



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale (*ordinamento ex
D.M. 270/2004*)

In Lavoro, cittadinanza sociale e interculturalità

Tesi di Laurea

Risposte di *policy* a tutela delle lavoratrici
della cura. Analisi comparativa dei principali
sistemi di welfare europei.

Relatrice

Prof.ssa Francesca Campomori

Laureanda

Francesca Anita Puntoriero

Matricola 839583

Anno Accademico

2015 / 2016

INDICE

Introduzione

CAPITOLO I

Le trasformazioni sociodemografiche degli ultimi decenni.....7

1.1 Introduzione

1.2 Invecchiamento e mutamenti familiari

1.3 Le trasformazioni femminili del mercato del lavoro

1.4 Il fenomeno migratorio

1.5 Migrazioni femminili e il lavoro di cura

1.5.1 Quando le donne migrano

1.5.2 Il lavoro di cura

1.5.3 Le principali caratteristiche

1.6 Per concludere

CAPITOLO II

La situazione italiana29

Introduzione

PARTE I

2.1 Il welfare familista italiano

2.2 La riforma dell'assistenza sociale

2.3 Gli strumenti di assistenza all'anziano

2.4 Politiche migratorie e lavoro di cura

PARTE II

2.1 Mercato sommerso e politiche migratorie

2.1.1 Alcuni dati utili

2.1.2 Politica delle sanatorie

2.2 Strumenti statali per la qualificazione del lavoro di cura

2.2.1 Formare le assistenti familiari

2.2.2 Sportelli di incontro domanda e offerta

2.2.3 Sostegni economici

2.3 Esperienze virtuose a livello regionale

2.4 Per concludere

CAPITOLO III

Analisi comparata degli stati51

Introduzione

3.1 La Germania conservatrice

3.1.1 Le caratteristiche del welfare

3.1.2 La regolazione degli ingressi

3.1.3 La professionalizzazione della cura

L'assicurazione per la Long Term Care. Pflegeversicherung

Pflegegeld, i budget personali

La cura integrata, Integrierte Versorgung

Incentivi per la regolarizzazione delle lavoratrici domestiche

3.1.4 Il mercato del lavoro di cura

3.2 L'Inghilterra liberale

3.2.1 Le caratteristiche del welfare state

3.2.2 La regolazione degli ingressi

3.2.3 La professionalizzazione della cura

Il sistema inglese del "quasi mercato"

Il programma dei budget personali

Le assicurazioni di sicurezza sociale

3.2.4 Il mercato del lavoro di cura

3.3 La Svezia socialdemocratica

3.2.1 Le caratteristiche del welfare state

3.2.2 La regolazione degli ingressi

3.2.3 La professionalizzazione della cura

3.2.4 Il mercato del lavoro di cura

3.4 Analisi dei dati e conclusioni

CAPITOLO IV

L'esigenza di un welfare transnazionale75

Introduzione

4.1 Il contributo delle lavoratrici domestiche allo sviluppo dell'economia

4.1.1 Il contributo degli immigrati in generale

4.1.2. Il caso delle lavoratrici domestiche

4.2 L'esigenza di promuovere un welfare transnazionale

4.2.1 Il care drain, l'altra faccia della medaglia

4.2.2 Il welfare transnazionale	
4.3 Alcune normative comunitarie sul tema	
4.4 La Convenzione ILO	
Conclusioni.....	91
Bibliografia	

Introduzione

Secondo il *Domestic Workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection* (2012) dell'Organizzazione internazionale del lavoro (OIL), nel mondo vi sono circa 52 milioni di persone impiegate in attività di lavoro domestico, di cui l'83% donne. Le incontriamo tutti i giorni, nelle nostre case, sui mezzi pubblici, per la strada, ma rappresentano una realtà che si conosce poco: non si sa da dove provengano, che tipo di professionalità portano con sé e che immagine hanno di noi. Siamo abituate a considerarle soprattutto per il lavoro che fanno nelle nostre abitazioni, assistendo agli anziani, i disabili o i bambini e curando la casa, e spesso instauriamo con loro un rapporto che va oltre la dimensione lavorativa, tanto da farle diventare persone di famiglia. Il ruolo dei migranti in queste attività emerge in relazione alla segmentazione del mercato del lavoro, che ha relegato ai posti più bassi le attività lavorative più faticose, meno socialmente prestigiose e meno redditizie. Le attività di cura familiari sono ascrivibili in tale segmento, formando una nicchia occupazionale occupata dai migranti, in particolare da donne, soprattutto asiatiche, sudamericane e dell'Est Europa. Un impiego straordinario delle persone che obbliga la sociologia a riflettere su questo fenomeno.

Quello del lavoro di cura svolto da lavoratrici migranti è un impiego sempre più diffuso all'interno dei principali sistemi europei, ma non solo, è un fenomeno che supera anche i confini europei. È un dato di fatto che all'interno delle nostre società il bisogno di cura dell'anziano non autosufficiente viene ormai ampiamente soddisfatto dalle lavoratrici domestiche, che per la quasi totalità sono donne immigrate. È un dato di fatto, un fenomeno quasi scontato per la coscienza comune. Ma se analizzato a fondo, se compreso nella sua globalità, questo fenomeno fa emergere le innumerevoli contraddizioni che contraddistinguono i principali sistemi di welfare che lo "sfruttano" a compensazione delle proprie lacune. È da questa certezza che si è voluto partire per analizzarne il fenomeno in ogni sua sfaccettatura.

La domanda di partenza che ci si è posti per portare avanti questa ricerca è stata: quali risposte di *policy* forniscono l'Italia e alcuni paesi europei al lavoro di cura svolto dalle lavoratrici migranti? Infatti dopo averne analizzato il fenomeno a livello sociologico, il tentativo è quello di effettuare una comparazione tra i principali sistemi di welfare europei, prendendo come esempio tre nazioni: Germania, Gran Bretagna e Svezia.

La tesi prevede una struttura che può essere definita circolare dove il punto di partenza sarà anche il punto d'arrivo che sarà arricchito dai temi analizzati strada facendo. Infatti gli argomenti presi in considerazione risultano essere tra loro strettamente correlati e interdipendenti, a dimostrazione delle numerose variabili che compongono il fenomeno e che devono essere tenute in considerazione per comprenderlo al meglio.

La parte iniziale della tesi, il primo capitolo, vuole analizzare le trasformazioni sociodemografiche che le società moderne stanno vivendo, come punto di partenza del fenomeno. L'analisi permetterà di comprendere infatti come proprio le principali trasformazioni sociodemografiche siano state la leva principale allo sviluppo del lavoro di cura svolto da lavoratrici migranti. Prima fra tutte il fenomeno sempre più incalzante dell'invecchiamento della popolazione, che vede non solo un aumento esponenziale del numero degli anziani, ma vede anche un ampliamento degli anni in cui si permane in questa condizione esistenziale, caratterizzata molto spesso da fragilità tali che richiedono l'assistenza di altri. Secondo le statistiche ISTAT il fenomeno è inevitabilmente destinato a crescere nei prossimi decenni.

Il secondo fenomeno che modifica lo scenario sociale riguarda la crescente partecipazione femminile nel mercato del lavoro. Ciò ha costretto le società a fare in modo che il vuoto determinato all'interno della famiglia venisse compensato in altro modo, spingendo pertanto i sistemi di welfare ad adattarsi a tale mutamento. Il terzo fenomeno di trasformazione è quello dei flussi migratori, sempre più presenti nelle società attuali. Questi mutamenti hanno senza dubbio fatto una richiesta ai sistemi di welfare, "pretendendo" di adeguarsi e di dare risposte ai cittadini proprio alla luce di queste trasformazioni che ne hanno determinato i nuovi bisogni.

Nei capitoli successivi si vuole proprio cercare di capire se il welfare italiano prima, e alcuni welfare europei poi, abbiano risposto in maniera sufficientemente adeguata a questi nuovi bisogni.

Il secondo capitolo prende in analisi il modo in cui il modello di welfare italiano ha fatto fronte alle trasformazioni sociali analizzate nel capitolo precedente. Il capitolo è stato a sua volta suddiviso in due parti. Nella prima parte si analizzeranno le caratteristiche del sistema di welfare italiano, identificato come modello familistico che vede la peculiarità della famiglia come ammortizzatore sociale; si descriverà dove si colloca il sistema di assistenza sociale laddove la famiglia non è più in grado di sopperire ai suoi bisogni e come questo tenti di darne una risposta attraverso le prestazioni essenziali garantite a supporto del problema della non autosufficienza. Attraverso l'analisi degli interventi ci si

renderà conto dell'importanza del lavoro di cura svolto prevalentemente da lavoratrici straniere e dello stretto legame con le politiche migratorie nazionali fornendo delle risposte ai nuovi bisogni dei cittadini, in particolare a quello di cura degli anziani non autosufficienti. Nella seconda parte del capitolo, si punterà l'attenzione sulle peculiarità che contraddistinguono il lavoro di cura in Italia, su quanto le politiche sociali facciano per qualificarne l'offerta e per ridurre l'ingresso in un mercato irregolare.

Il terzo capitolo costituisce il cuore della ricerca in quanto vedrà l'analisi comparativa delle risposte di policy fornite da tre paesi europei in riferimento al lavoro di cura domestico. La scelta dei tre stati è stata effettuata in base alla classificazione proposta da Esping – Andersen in tre modelli: conservativo-corporativo, liberale e socialdemocratico. Per ognuno di questi tre modelli verranno presi in considerazione rispettivamente Germania, Inghilterra e Svezia. Si analizzerà in che modo questi tre paesi all'interno della propria agenda politica prevedano degli interventi a tutela del lavoro di cura svolto da lavoratrici migranti.

L'analisi partirà tenendo in considerazione quattro variabili che appaiano tra loro strettamente correlate e inscindibili ai fini della ricerca. Queste sono: l'analisi del sistema di welfare state; le politiche migratorie e la regolazione degli ingressi; il sistema assistenziale e la professionalizzazione della cura; ed infine il mercato del lavoro. La comparazione di quanto emerso permetterà di rilevarne lacune e potenzialità di ogni paese.

Il quarto ed ultimo capitolo vuole far emergere l'impatto di queste risposte di *policy* nei paesi di origine dei lavoratori migranti. Si analizzerà l'importanza del contributo dei lavoratori stranieri nel sistema economico italiano, e cosa accadrebbe se questi non ci fossero, quali sono le opportunità che si prospettano nell'accogliere questi lavoratori. Dall'altro lato si analizzerà cosa queste lavoratrici lasciano nei paesi d'origine, che determina la necessità di gestire il fenomeno attraverso un approccio di welfare transnazionale.

1 Le trasformazioni sociodemografiche degli ultimi decenni

1.1 Introduzione

Il tentativo, in queste pagine, è quello di identificare, all'interno del nostro panorama sociale, le principali tendenze che hanno determinato le trasformazioni demografiche in atto negli ultimi decenni, e le ripercussioni che queste hanno avuto sui sistemi di welfare europei, al fine di comprendere come queste trasformazioni sociali vanno a creare un bisogno nuovo, all'interno dei principali sistemi di welfare europei, che attualmente viene ampiamente soddisfatto dal lavoro di cura svolto dalle donne migranti.

Nell'arco di quarant'anni infatti, fra il 1970 e il 2010, la popolazione italiana ha vissuto una vera e propria rivoluzione che ha toccato tutti i momenti fondamentali della vita quotidiana. Mutamenti che hanno mutato in profondità la struttura sociodemografica della società.¹

Queste grandi trasformazioni che di pari passo vanno a generare una trasformazione dei bisogni possono essere così identificate: in primo luogo, il progressivo invecchiamento della popolazione e l'inversione della cosiddetta piramide sociale; in secondo luogo, la crescita del lavoro femminile, la crisi del welfare, il passaggio dall'economia industriale alla società dei servizi. Ed ancora, i mutamenti culturali legati alla crisi dei legami intergenerazionali e, più in generale, ai cambiamenti della famiglia. Infine, ma non di minore importanza, le grandi trasformazioni sociali che le migrazioni internazionali hanno apportato nella società moderna.

Queste gigantesche trasformazioni generano inevitabilmente nuovi bisogni, vedendo costretti i sistemi di welfare europei ad adattarsi continuamente a questi nuovi bisogni dando risposte di *policy* diversificate ed adeguate alle nuove esigenze. Quelli qui analizzati sono, quindi, quei fenomeni di cambiamento sociale che hanno imposto e stanno imponendo ai sistemi di welfare delle risposte innovative.

1.2 Invecchiamento e mutamenti familiari

A partire dagli anni Ottanta, si osserva in tutti i paesi industrializzati un'accelerazione del processo di invecchiamento, esito, da un lato, dell'allungamento della speranza di vita

¹ Ferrario P., *Politiche sociali e servizi. Metodi di analisi e regole istituzionali*. Ed. Il Mulino, p.311

della popolazione, e dall'altro della riduzione del numero di figli per donna, così come dimostra la tabella 1.

Ci troviamo per la prima volta di fronte a un evento nuovo: non solo si invecchia, ma si rimane molto più a lungo in questa condizione esistenziale. Emerge quindi con forza “un nuovo tempo per la vecchiaia”.

L'invecchiamento della popolazione è consistente in tutti i paesi e destinato a produrre un divario sempre più accentuato tra popolazione anziana e popolazione in età lavorativa, uno sbilanciamento che inevitabilmente sfida gli attuali assetti di welfare. Attraverso un'analisi degli scenari futuri è anche possibile notare le difficoltà che tale squilibrio demografico genererebbe sulle capacità del sistema fiscale e di protezione sociale, soprattutto di quello pensionistico². Il chiaro disequilibrio che tenderà ad accentuarsi nei prossimi anni tra chi pagherà i contributi e chi li riceverà porterà ad un'implosione del sistema previdenziale la cui soluzione non può solo ricercarsi nell'allungamento della vita lavorativa ma anche, e soprattutto, in una riqualificazione delle figure lavorative delle persone anziane³.

In questo scenario c'è da tenere in considerazione che oltre la metà della popolazione ultrasettantacinquenne soffre di patologie croniche gravi. Il diabete, i tumori, l'Alzheimer e le demenze senili sono le patologie che mostrano una dinamica in evidente crescita rispetto al passato. In generale, non si tratta di un peggioramento delle condizioni di salute, ma di un incremento della popolazione anziana esposta al rischio di ammalarsi.

E in tutto questo il numero delle *caregivers*, che generalmente sono le donne, si va riducendo per effetto dell'aumento della popolazione anziana da un lato e della riduzione della fecondità dall'altro. Ma la ragione della riduzione del numero di potenziali prestatrici di cura va ricercata, oltre che nelle trasformazioni demografiche, nell'ingresso e nella permanenza delle donne nel mercato del lavoro, così come si analizzerà più avanti: sempre più donne vi entrano e vi rimangono, riducendo così l'ammontare di tempo che le donne possono, o sono disponibili a, dedicare al lavoro di cura non retribuito⁴.

Anno 1° gennaio	0-14 anni	15-64 anni	65+ anni	Totale residenti	Età media
2013	8.348.338	38.697.060	12.639.829	59.685.227	43,5

² Naldini M., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*. Ed. Carocci, p.71

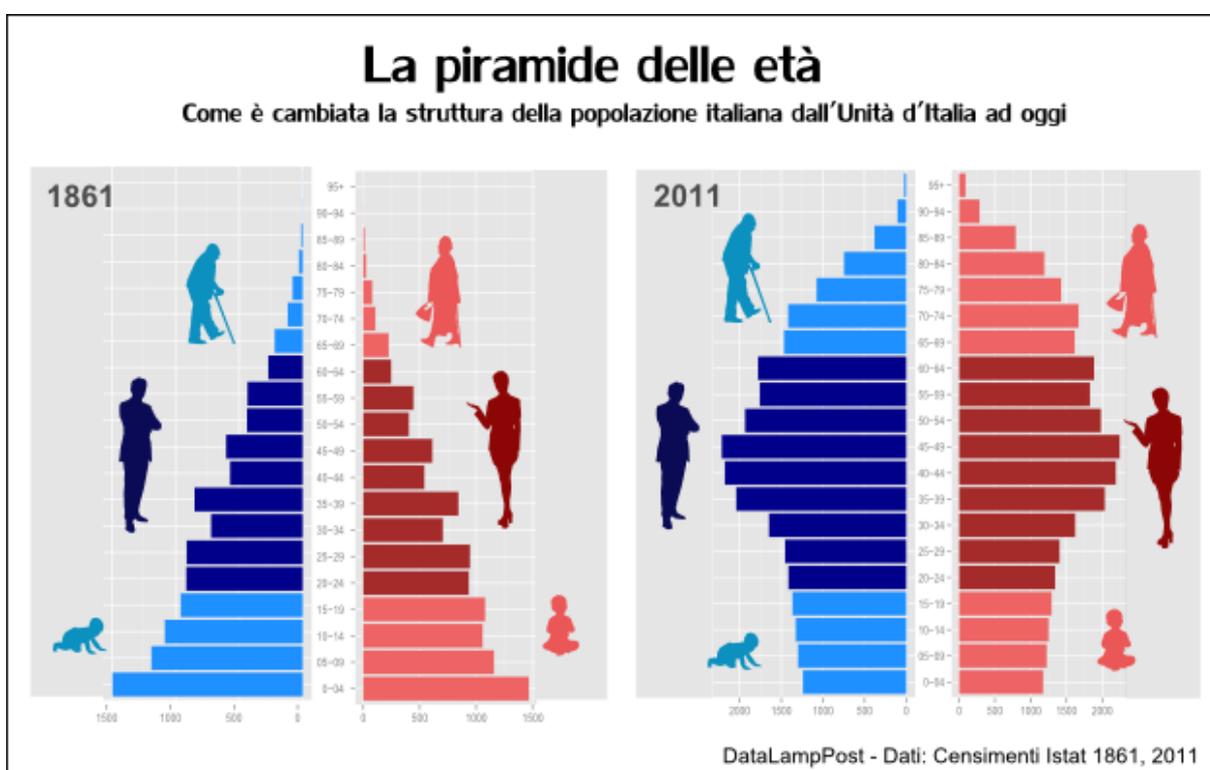
³ Salinas, Mastrorocco, *Sull'Invecchiamento della popolazione*, p.15

⁴ *Ivi*, p. 72.

2014	8.448.133	39.319.593	13.014.942	60.782.668	43,7
2015	8.383.122	39.193.416	13.219.074	60.795.612	43,9

Tab. 1 Fonte Istat al 1° gennaio 2015

A colpo d’occhio, osservando la seguente piramide dell’età (Tab.2), ci si rende conto di quanto finora descritto: i cambiamenti della struttura sociale e demografica, la diminuzione della fecondità e l’aumento dell’invecchiamento. Peraltro è interessante osservare i radicali cambiamenti avvenuti nel corso degli ultimi 150 anni. Tutto ciò porta a inevitabili conseguenze sui sistemi di welfare dove diventa importante individuare soluzioni adatte a riorganizzare la struttura ed adeguare la società ai mutamenti in atto.



Tab.2

Da un lato, l’aumento della longevità (imputabile all’adozione di stili di vita più salubri, alla maggiore prevenzione in ambito sanitario e ai progressi nell’efficacia delle cure e delle caratteristiche tecniche delle attrezzature mediche disponibili) rappresenta una grande conquista sia dal punto di vista sociale, sia medico sanitario; dall’altro, come già detto per l’Italia, potrebbe porre pressanti problemi alle economie e ai sistemi previdenziale dei paesi europei.

Se ci ponessimo la domanda “cosa accadrà in futuro?”, i dati ci fornirebbero una risposta che fa riflettere. I dati Eurostat 2014 confermano che l’invecchiamento della popolazione

riguarderà in futuro tutti i paesi dell'Unione Europea. Secondo le previsioni demografiche nel 2030 oltre un quarto della popolazione europea avrà 65 anni o più⁵. La popolazione degli ultrasessantacinquenni supera già adesso di oltre mezzo milione quella con meno di 20 anni, dato destinato a crescere negli anni a seguire. L'intensità e la velocità del processo di invecchiamento costituiscono una straordinaria, positiva opportunità individuale e contemporaneamente una straordinaria e complessa sfida collettiva, da un punto di vista politico e organizzativo⁶. Con queste cifre nulla può rimanere immutato, pena l'esplosione dell'intera società e dell'economia italiana.

Un'altra tendenza che si registra, e che colpisce in pieno questa fascia d'età, è quella degli anziani soli. Essi, infatti, alla fragilità derivante dall'età rischiano di aggiungere quella provocata dall'isolamento dalle reti familiari. Studi dimostrano che si vive meglio non solo se la salute fisica viene tutelata, ma anche se i fattori ambientali che circondano l'anziano mantengono quelle caratteristiche tipicamente familiari. È necessario evitare che per questi anziani vivere soli divenga una esclusione sociale con rilevanti conseguenze anche sul piano sanitario.

Il processo di invecchiamento si è accompagnato a tutta una serie di altre trasformazioni familiari, che vanno dall'aumento dell'instabilità coniugale alla diffusione delle convivenze *more uxorio*, dall'aumento delle nascite fuori dal matrimonio fino all'emergere di quelle che vengono definite le "nuove famiglie": monogenitoriale, i single, ricostituite e di fatto.⁷

Inoltre ci troviamo di fronte ad un altro importante dato da tenere in considerazione: il calo della natalità.

Naldini descrive ancora come anche questa sia una tendenza europea. A metà degli anni 90 il nostro paese, insieme a Germania e Spagna, è entrato a far parte del gruppo di paesi definiti a bassissima fecondità.

Ruini⁸ descrive come sia ormai noto che l'Italia è uno dei paesi più colpiti dalla denatalità, con una fecondità che si è ridotta del 50% rispetto agli anni '70.

Quindi la forte riduzione della fecondità si è accompagnata a un innalzamento delle speranze di vita e a un aumento dell'invecchiamento.

⁵ Capacci G., Rinesi F. L'invecchiamento demografico in Italia e l'Europa del futuro

⁶ Ruini, *Il cambiamento demografico*, Ed. Laterza, p.68

⁷ Naldini M., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*. Ed. Carocci, p.68

⁸ Ruini, *Il cambiamento demografico*, Ed. Laterza

“Senza dubbio c’è da tenere in conto la crisi economica che ha esposto il welfare dei paesi europei a un ridimensionamento importante. In Italia è stata ridotta la quota del Fondo per le politiche sociali, come anche la copertura del servizio pubblico nei riguardi degli anziani e dei disabili, con il parallelo aumento delle rette delle case di riposo, l’esposizione del paese a queste dinamiche, frutto di scelte di politica economica e sociale condizionate anche da diffuse retoriche neoliberistiche presuppongono la riduzione al minimo del welfare quale costo per lo Stato da trasformare in spesa corrente per le famiglie, ha contribuito alla crescita di un welfare informale e familiare, agevolato dalla presenza di migranti disposti a svolgere assistenza domiciliare.”⁹

1.3 Le trasformazioni femminili del mercato del lavoro

Una delle più importanti novità nello scenario sociale ed economico dei paesi occidentali negli ultimi trenta-quarant’anni, che a sua volta è stato causa ed effetto dei cambiamenti familiari, è l’ingresso massiccio delle donne nel mondo del lavoro. Il soggetto femminile è quello che più ha trasformato il mercato del lavoro.

Le trasformazioni femminili nel mercato del lavoro, che nel corso degli anni settanta ha visto per la prima volta le donne costituirsi e autodefinirsi come soggetto autonomo, portatore di propri diritti e libertà, hanno contribuito a mettere in crisi sia il modello “tradizionale” di famiglia, quella basata sul *male breadwinner*, che l’assetto di welfare che su di esso si basava.

Anche a livello europeo si riscontra questa dinamica¹⁰. Dal 1960 al 2000, l’aumento del tasso di attività femminile è stato particolarmente consistente nei paesi scandinavi, come la Danimarca; minore ma importante in Gran Bretagna, in Francia e in Germania; molto più contenuto in Italia se confrontato ai principali paesi europei. In Italia e in Germania, contrariamente a ciò che accade altrove, la partecipazione femminile al mercato del lavoro diminuisce nel corso degli anni sessanta e nella prima metà degli anni settanta, per iniziare a crescere solo alla fine di quel decennio. Tutto ciò è il risultato del nuovo protagonismo femminile, dovuto all’aumento della scolarizzazione ed effetto delle trasformazioni nei rapporti familiari.

⁹ Omizzolo M., *Nuovi bisogni di assistenza familiare: le attività di cura dei migranti in Italia*. La Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 2-3/2015

¹⁰ Naldini M., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*. Ed. Carocci p.73

Uno dei fattori che maggiormente ha influenzato il livello e il tipo di integrazione delle donne nel mercato del lavoro è lo sviluppo del welfare state e in particolare l'introduzione di politiche pubbliche a sostegno del lavoro delle madri.

Ed è qui che si fa spazio il tema della conciliazione famiglia – lavoro. A partire dagli anni novanta il tema della conciliazione tra vita familiare e vita lavorativa inizia ad essere assunto come un problema di *policy*¹¹. Ciò avviene innanzitutto a livello europeo, le prime direttive e raccomandazioni della Comunità europea avevano per obiettivo le pari opportunità tra uomini e donne, e in questa prospettiva insistevano sulla necessità di politiche di sostegno alle madri lavoratrici.

L'emergere del tema delle politiche di conciliazione nell'agenda delle politiche comunitarie e nazionali va inquadrata nel più ampio contesto di profonde trasformazione che hanno attraversato sia la famiglia sia il mercato del lavoro. Questo tema diventa uno dei paradigmi attraverso cui leggere alcune delle trasformazioni lavorative e familiari¹².

Una sfida altamente complessa in quanto fa riferimento a un intreccio di fattori di ordine vario e riguardanti piani diversificati (politico, culturale, sociale, economico). Conciliare esigenze familiari e lavorative è una questione che coinvolge molti aspetti: sono scelte e strategie che devono tenere conto delle esigenze del coniuge e dell'intero gruppo familiare.

Queste politiche mirano a incoraggiare la crescita dell'occupazione femminile e al tempo stesso contribuiscono a far restare o ritornare nel mercato coloro che, altrimenti, ne resterebbero escluse. Non va dimenticato che le politiche di conciliazione sostengono anche la fecondità, in particolare possono facilitare, se non proprio incoraggiare, le coppie nella scelta di avere il numero di figli desiderato¹³. Sono politiche per le pari opportunità finalizzate a una più equa redistribuzione del lavoro tra uomini e donne a sostegno della partecipazione delle donne nel mercato del lavoro: obiettivi conseguibili grazie a una maggiore disponibilità e copertura dei servizi di cura per i bambini e le persone non autosufficienti¹⁴. In tal senso Naldini ci tiene a sottolineare come il summit di Lisbona del marzo 2000 fissò l'obiettivo della crescita dell'occupazione femminile al 60% entro il 2010.

¹¹ Naldini M., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*. Ed. Carocci, p. 121

¹² *Ivi*, p.123

¹³ *Ivi*, p.150

¹⁴ Ruini, *Il cambiamento demografico*, Ed. Laterza, p. 14

Il lavoro di cura viene visto, quindi, come un impedimento alla partecipazione al mercato del lavoro più che come attività che risponde a bisogni individuali e sociali.

1.4 Il fenomeno migratorio

L'Italia, paese storico di emigrazione, è divenuta ufficialmente paese d'immigrazione nel 1975, quando per la prima volta si è registrato un saldo migratorio positivo; da quel momento, e in misura crescente nel tempo, la presenza di stranieri nel paese è stata sempre più rilevante. Negli ultimi anni, tuttavia, il saldo migratorio italiano con l'estero, seppur sempre positivo, si è caratterizzato per una progressiva riduzione della distanza tra immigrazione ed emigrazione.

Nel 2013 il Dipartimento per gli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite ha stimato a livello globale oltre 232 milioni di migranti internazionali, a fronte dei 175 milioni nel 2000. Stando a questo trend, nel corso dei prossimi 25 anni il numero potrebbe quasi raddoppiare e raggiungere quota 400 milioni nel 2040¹⁵.

La popolazione straniera continua ad assumere un peso rilevante in Italia nonostante la congiuntura economica negativa che colpisce il paese da anni. In Europa nello specifico, la crisi economica non ha comportato un'inversione di tendenza.

Le caratteristiche attuali delle migrazioni nei paesi europei riflettono una situazione che si potrebbe definire nuova. I paesi del Sud e dell'Est Europa assumono sempre di più rilevanza nelle geografie dell'immigrazione internazionale, distinguendosi dai paesi dai tradizionali modelli di immigrazione, intesi da Castles e Miller¹⁶. Italia, Grecia, Spagna e Portogallo delineano infatti il cosiddetto "modello mediterraneo" con sue specifiche caratteristiche. Perna, nel suo articolo, descrive infatti come la caratteristica peculiare di questo modello migratorio riguarda l'inserimento lavorativo: al contrario della migrazione degli anni '60 e '70 nei paesi dell'Europa continentale, quella attuale verso i paesi mediterranei si caratterizza per una maggiore rilevanza del lavoro informale degli immigrati in settori quali l'agricoltura, i servizi domestici e di cura, il piccolo commercio e la vendita ambulante. Inoltre, i flussi migratori sono costituiti in misura rilevante da donne che si inseriscono nel lavoro domestico e di cura, elemento che ha caratterizzato sin da subito il sistema migratorio sud-europeo.

¹⁵ Perna R., *L'immigrazione in Italia. Dinamiche e trasformazioni in tempo di crisi*. Politiche sociali/Social policies – n.1/2015 p.89 - 116

¹⁶ Ibidem

I dati in possesso del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2014) dimostrano come la popolazione straniera continua a costituire una quota rilevante della forza lavoro in Italia, soprattutto in alcuni ambiti lavorativi. La concentrazione maggiore di stranieri risulta nella categoria “altri servizi collettivi e personali”, dove rientrano appunto i servizi alle persone, domiciliari e di cura: su 100 occupati ben 40 sono di cittadinanza straniera. In generale, si conferma la dualità del mercato del lavoro straniero in Italia, con una domanda modesta di lavoratori altamente qualificati e una richiesta particolarmente elevata per quelle mansioni che ricadono all’interno dei lavori dalle “cinque P”: pesanti, pericolosi, precari, poco pagati e penalizzati socialmente¹⁷.

Le peculiarità del mercato del lavoro italiano e del suo sistema di welfare hanno certamente favorito, soprattutto in questo ultimo decennio, l’incremento costante delle donne straniere occupate nei settori di cura alla persona e nei servizi domestici. Le immigrate hanno favorito l’esternalizzazione del lavoro di cura familiare, in un contesto di welfare pubblico debole e familistico da un lato, e in presenza di mutamenti demografici e crescenti istanze emancipative delle donne italiane dall’altro. Ma delle peculiarità del sistema di welfare italiano se ne parlerà con maggior dettaglio nei capitoli seguenti. Quello che si vuol far emergere in questo paragrafo è l’importanza del fenomeno migratorio nel contesto sociale attuale italiano ed europeo, del peso sempre più importante della forza lavoro straniera nell’economia italiana, dell’insostituibilità dei lavoratori immigrati in alcuni settori economici.

1.5 Migrazioni femminili e il lavoro di cura

Di fronte ai cambiamenti finora descritti la società attuale presenta inevitabilmente dei nuovi assetti strutturali e delle nuove esigenze emergenti che vengono soddisfatte dal lavoro di cura svolto principalmente dalle donne migranti. Dopo una breve analisi che ci porterà ad analizzare il fenomeno delle migrazioni femminili e le caratteristiche del lavoro di cura svolto nei principali paesi europei, ma non solo, nei prossimi capitoli si cercherà di analizzare in che modo il welfare italiano, comparato ai principali welfare europei hanno dato, e stanno cercando di dare risposte, attraverso le proprie politiche sociali, per la tutela dei diritti delle lavoratrici della cura, e delle condizioni di lavoro.

¹⁷ Ibidem

1.5.1 Quando le donne migrano

Un altro fenomeno sociale di importante rilevanza ai fini di questa ricerca è quello delle migrazioni femminili. I tassi di crescita delle migrazioni delle donne hanno raggiunto il 51,6% di tutta la popolazione migrante su scala globale nel 2010, superando così il numero di migranti uomini (International Labour Office 2010)¹⁸. Ma ciò che più di tutto appare rilevante è il numero di donne che emigrano sole.

“Grazie” alla globalizzazione anche le donne sono in movimento come non mai prima nella storia. Anche se si sente parlare molto poco di un consistente flusso di lavoro femminile stiamo assistendo ad una sempre più ingente migrazione di milioni di donne dai paesi poveri verso quelli ricchi, dove lavorano come tate, collaboratrici domestiche e qualche volta lavoratrici del sesso¹⁹. Oggi più che mai i movimenti migratori sono un fenomeno trasversale, che si radica a tutti i livelli – economico, politico, sociale, simbolico – nelle società di partenza e di arrivo, come materializzazione dei rapporti che collegano le diverse regioni del mondo²⁰.

Hochschild e Ehrenreich in “Donne Globali” evidenziano come la migrazione delle donne sia una rivoluzione di genere su scala globale, e che porta alla luce il rovescio della medaglia, tutto femminile della globalizzazione. Un ingente flusso di donne si muove dai paesi del Sud del mondo per svolgere il “lavoro da donne” nel Nord del mondo.

Queste donne attraversano il globo per andare a lavorare. Migrano sole, rovesciano il modello tradizionale dell’economia familiare, diventano donne *breadwinner* e lasciano la cura dei loro cari alle donne di famiglia per andare a svolgere lavori di cura e domestici nei paesi dove altre donne a questi lavori si sono parzialmente sottratte, grazie alle politiche di conciliazione lavoro – famiglia testè descritte e che hanno preso piede nei principali paesi europei.

Queste donne migrano anche per ambizione, immaginando un percorso autonomo per la propria vita. “È il forte senso di responsabilità familiare a spingere le donne ad emigrare e a portarle a lavorare presso altre famiglie, per prendersi cura della casa delle datrici o dei datori di lavoro, dei loro bambini, degli anziani. Ci troviamo di fronte ad un percorso migratorio che è intrapreso per un forte senso di responsabilità nei confronti dei familiari

¹⁸ Mezzadra, Ricciardi “*Movimenti indisciplinati. Migrazioni, migranti e discipline scientifiche*” Ed. Ombre Corte, p.31

¹⁹ Ehrenreich e Hochschild, *Donne globali, tate, colf e badanti*. Ed. Feltrinelli, p.8

²⁰ Scrinì F., *Professioniste della tradizione. Le donne migranti nel mercato del lavoro domestico*.

ed è coniugato da un progetto di cambiamento e di miglioramento personale di sé come donna”.²¹

Ogni anno a migliaia lasciano l’America Latina, le Filippine, i paesi dell’Est europeo e gli altri paesi del terzo Mondo per lavorare nelle case degli Occidentali. Questo trasferimento su larga scala di lavoro tradizionalmente associato al ruolo femminile produce uno scambio diseguale. Le energie che vengono a mancare nei paesi occidentali con prepotente ingresso delle donne nel mondo del lavoro vengono sottratte ai paesi poveri, spesso con conseguenze devastanti per le famiglie che le migranti si lasciano alle spalle. Queste donne vanno a colmare il “deficit di cura” dei paesi ricchi, ma lo ricreano nei paesi di origine²².

Le immigrate del Terzo Mondo ottengono la propria realizzazione materiale solo assumendo i ruoli domestici cui ormai le donne a medio e alto reddito del Primo Mondo hanno abdicato. Così facendo, gli stili di vita del Primo Mondo sono resi possibili da un trasferimento su scala globale delle funzioni associate al ruolo tradizionale della moglie (cura dei figli, gestione della casa e sessualità di coppia) dai paesi poveri a quelli ricchi. Vanno a integrarsi due aspetti perfettamente complementari: da una parte le donne dei paesi occidentali che lavorano sempre più fuori casa, e dall’altra le donne dei paesi del Terzo Mondo che emigrano per supplire questo vuoto.

Ehrenreich e Hochschild sottolineano comunque che non è sufficiente attribuire la globalizzazione del lavoro femminile a una semplice sinergia di bisogni tra donne del Sud e del Nord del mondo. Innanzitutto bisogna tenere in considerazione l’inadeguatezza dei governi del Primo Mondo nel creare un welfare adeguato alle esigenze e alle trasformazioni delle società. In più significherebbe non tenere conto del ruolo degli uomini: alcune ricerche, hanno rilevato che mentre le donne americane intraprendono professioni retribuite, gli uomini all’interno della famiglia fanno ben poco per incrementare il proprio contributo al lavoro domestico.

Trovo utile citare autori come Sassen e Balibar che hanno parlato in contesti diversi di una ri-colonizzazione delle migrazioni (Balibar 2003; Sassen 1999, 2002); e altri come Mohanty di uno “sfruttamento globale neocoloniale” delle “donne del Terzo Mondo” o non occidentali, nel senso che spesso il capitale globale cerca di incorporare le loro

²¹ Giuliana Chiaretti “La catena globale del lavoro di cura” in Corradi, Perocco (a cura di) *Sociologia e globalizzazione*, Mimesis Edizione, Milano 2007

²² Ehrenreich e Hochschild, *Donne globali, tate, colf e badanti*. Ed. Feltrinelli.

soggettività attraverso una nozione di lavoro femminile del tutto fondata su rappresentazioni coloniali e patriarcali di “razza” e di “genere”.

Come sintetizza Düvell il processo di accumulazione capitalistico contemporaneo “si fonda su una politica delle differenze: differenze tra generi, razze e nazioni che si riflettono nella divisione del lavoro, nella segmentazione dei mercati del lavoro e nelle differenze dei prezzi, tali differenze si traducono in un sistema di differenziazione dei diritti (che include lo status dei migranti), in differenze salariali e riproduttive facilmente sfruttabili. Il fatto è che le economie di mercato hanno interesse a mantenere determinate distinzioni sociali o geografiche attraverso una differenziazione sessuale, razziale e territoriale dell’umanità”.

Il lavoro di cura delle assistenti familiari si può ascrivere all’interno di questo ragionamento che vede le donne migranti protagoniste di questa logica mondiale inferiorizzante.

A tal proposito Pasquinelli e Rusmini ricordano come negli anni Settanta e Ottanta la corrente di pensiero neo marxista aveva posto forte enfasi su come la migrazione approfondisse l’asimmetria di risorse e potere tra paesi del Nord e del Sud del mondo: il sottosviluppo dei paesi del Sud, dovuto al trasferimento di risorse cruciali per la loro crescita, tra cui la stessa forza lavoro era identificato, infatti, come la preconditione dello sviluppo del Nord. La migrazione, letta all’interno di questo sistema di potere, non poteva dunque avere effetti positivi per i paesi poveri, privati di risorse preziose direttamente trasferite ai paesi più ricchi²³.

Sulla base di questa teoria le catene della cura vengono viste essenzialmente come il trasferimento del nuovo oro, dalle famiglie del Sud del mondo a quelle dei paesi ricchi. Hochschild parlando di “nuovo oro” vuole intendere l’amore e l’accudimento che le donne che emigrano portano ai paesi occidentali, utilizzando la metafora del colonialismo e dell’imperialismo che nella sua forma più classica hanno comportato il saccheggio, da parte del Nord, delle risorse materiali del Sud del mondo. Oggi il Nord del mondo non sottrae amore al Sud con la forza: “non vi sono ufficiali coloniali con gli elmetti color cachi, né eserciti invasori, né navi cariche di armi che partono per le colonie. Assistiamo invece a una scena serena di donne del Terzo Mondo che spingono carrozzine, badanti

²³ Pasquinelli, Rusmini, “Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche”. Ediesse, p.94

che passeggiano pazientemente sottobraccio ad anziani clienti per le strade o sedute accanto a loro nei giardini pubblici del Primo Mondo”²⁴.

Escrivà parla del concetto di catene di cura “che porta alla mente l’idea di un sistema in cui ogni cosa è connessa ed è dunque influenzata dall’azione delle singole parti. Al tempo stesso il concetto di catena richiama anche il concetto di ostacolo, un fattore che limita le esperienze di vita e le aspirazioni delle donne” (2005).

Da ciò si deduce che il nostro sistema sociale ha bisogno, per sostenersi, di risorse esterne che vengono conseguentemente sottratte ai paesi di emigrazione. Sistemi di welfare ai due poli del processo migratorio sono dunque legati e interdipendenti all’interno di un rapporto di acquisizione (da parte dei paesi del Nord) a cui corrisponde una perdita (da parte dei paesi del Sud).

Hochschild definisce catena globale del lavoro di cura per sottolineare la creazione di un’ampia rete transnazionale di lavoro femminile (e non solo) sottoposto alla legge della domanda (da parte di una famiglia che vuole o che deve ricorrere al mercato per sopperire al lavoro di cura e domestico delle donne in famiglia) e dell’offerta²⁵.

Se adottiamo il linguaggio dell’economia e parliamo di mercato globale del lavoro di cura, di mercificazione del lavoro di cura, di catena del lavoro globale ci è più semplice comprendere la natura dei rapporti che stanno dietro il lavoro di cura delle donne migranti. Quello del lavoro di cura è diventato un vero e proprio mercato del lavoro.

La Hochschild parla di “commercializzazione della vita intima familiare” dovuta alle trasformazioni del rapporto famiglia – economia – mercato, e alla piena e stretta interdipendenza tra orario di lavoro e organizzazione quotidiano familiare.

Interessante sottolineare il fenomeno che ci viene presentato da Mezzadra e Ricciardi riguardo la migrazione “circolare” che permette alle migranti di tornare dai figli, temporaneamente affidati ad altre donne nei paesi di provenienza, e “passare”, per un periodo definito, il lavoro ad altre donne ancora, turnandosi e salvando contemporaneamente reddito. Il turnover migratorio e conseguentemente il lavoro produttivo e riproduttivo di cui le donne si fanno doppiamente carico tende a fare dello spazio domestico l’unico luogo di vita, portando alla luce la segregazione messa in atto da questi processi.

²⁴ Hochschild Ehrenreich, *Donne Globali*, p. 33

²⁵ Giuliana Chiaretti “La catena globale del lavoro di cura” in Corradi, Perocco (a cura di) *Sociologia e globalizzazione*, Mimesis Edizione, Milano 2007

Oggi la metà dei migranti nel mondo è costituita da donne. Come spiegano Catles e Miller: “le donne svolgono un ruolo sempre più determinante in tutte le aree regionali e in tutti i tipi di migrazione. In passato, la maggior parte delle migrazioni per lavoro e molti movimenti di rifugiati erano a predominanza maschile, e le donne rientravano nella categoria dei ricongiungimenti familiari. Ma, a partire dagli anni sessanta, le donne assumono un ruolo primario nell’emigrazione per lavoro. Oggi nell’emigrazione da un capo all’altro del mondo, le donne costituiscono la maggioranza.”

1.5.2 Il lavoro di cura

E’ all’interno del contesto sociodemografico fin qui descritto che si può contestualizzare il fenomeno del lavoro di cura svolto dalle donne migranti.

La risposta più efficace al bisogno di cura degli anziani non autosufficienti nel contesto italiano ed europeo viene data dalle donne migranti.

Nei paesi europei la crescente inclusione delle donne nel mercato del lavoro, la mancata redistribuzione dei compiti di cura tra i generi e contestualmente il progressivo taglio della spesa sociale dettato dalle politiche neo-liberiste sono stati una potente leva per l’attrazione di manodopera di cura femminile straniera²⁶. Alla luce di ciò, la disponibilità di forza lavoro femminile a basso costo ha reso possibile per molte famiglie europee di classe media e medio bassa esternalizzare parte del lavoro di cura al mercato privato, favorendo così un disinvestimento pubblico. I flussi migratori diretti alla cura sono dunque sia la conseguenza che il motore dei processi trasformativi nei regimi di welfare ai due poli del processo migratorio.

La massiccia presenza delle donne all’interno del mercato del lavoro di cura mostra la persistenza della divisione sessuale del lavoro.

L’istituzionalizzazione delle badanti e della migrante come figura precaria e domestica è centrale nell’organizzazione contemporanea del lavoro e rappresenta l’altra faccia della monetizzazione del welfare, dove la prestazione dei servizi è composta di salari pagati da altri salari e dove i servizi sono acquistati sul mercato²⁷. Ricciardi e Mezzadra parlano di cittadinanza interrotta, per indicare esperienze fratturate, dove l’interruzione consiste

²⁶ Ivi, p. 95.

²⁷ Ivi, p.35

nell'essere al di fuori della cittadinanza e dentro le case dei cittadini, lavoratrici del welfare pubblico e serve private ma anche protagoniste di migrazioni temporanee, di interruzioni strategiche della propria cittadinanza originaria.

1.5.3 Le principali caratteristiche

Il lavoro di cura è svolto prevalentemente da donne straniere con un'età media che è di 42 anni. La presenza delle italiane, pari a circa il dieci per cento del totale, sta crescendo. Ma vanno ad occupare quasi esclusivamente il segmento del lavoro a ore. (Pasquinelli, Rusmini).

Non è facile calcolare quante siano le assistenti familiari presenti in Italia. Innanzitutto perché una parte consistente è impiegata senza un contratto di lavoro²⁸.

Dai dati che si sono riusciti a reperire in Italia gli assistenti domiciliari sono l'85% degli 893.351 lavoratori migranti dichiarati all'Inps al 31 dicembre 2011, di cui il 35% comunitari, il 50% non comunitari e il restante 15% di nazionalità italiana²⁹.

Sempre sulla base di quanto descritto da Pasquinelli e Rusmini, la stragrande maggioranza proviene dall'Europa dell'est (in particolare Ucraina, Romania e Moldavia) e dal Sud America (soprattutto Ecuador e Perù). Dati Istat dimostrano che negli ultimi anni è andato ad incrementarsi il numero delle immigrate proveniente dalla Romania.

Le attività di cura familiare delle migranti sono prestate nelle abitazioni private di milioni di di persone e interessano una vasta gamma di servizi: faccende domestiche, assistenza di cura, supporto psicologico, rafforzamento delle relazioni sociali con i membri della famiglia allargata, network dialettici, e transnazionali con le famiglie e i paesi protagonisti dell'esperienza migratoria³⁰. I migranti impiegati in queste attività passano da semplici fornitori di cure a manager dell'assistenza domiciliare.

Le donne immigrate sono gravate dalla debolezza data dalla condizione di nuove entrate nella società e si connotano pertanto come un anello debole all'interno della società. Hanno scarsa retribuzione, disponibilità totale di orari e di compiti, mancanza di alloggio proprio, e subiscono spesso violenza e ricatti sessuali da parte dei datori di lavoro e dei familiari.

²⁸ Pasquinelli, Rusmini, "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 42

²⁹ Omizzolo M., *Nuovi bisogni di assistenza familiare: le attività di cura dei migranti in Italia*. La Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 2-3/2015

³⁰ Ibidem

La convivenza con la persona che assistono, giorno e notte, vivere quotidianamente sotto lo stesso tetto rende del tutto particolare il lavoro di cura, amplificandone la dimensione relazionale, gli aspetti affettivi ed emotivi della relazione, che riguardano la diade assistente familiare/badante, investita da sentimenti che ne decidono la qualità, la tonalità estetica: aggressività da parte dell'anziano, potere di controllo e di decisione da parte dell'assistente, sentimento reciproco di dipendenza, attaccamento, insofferenza, assunzione da parte dell'assistente del ruolo sostitutivo di figlia, affetto e riconoscimento, gratitudine, rapporto di tipo servile o di tipo familiare.

L'assenza di spazi propri è fonte di grande sofferenza per le lavoratrici, è impossibilità di uno spazio per sé, lesiva della persona e dei suoi diritti individuali, quanto lo è l'assenza di un tempo per sé.

Esse sono esposte a uno sfruttamento duplice sul mercato del lavoro, come donne e come migranti. Le statistiche evidenziano l'isolamento al quale il lavoro domestico le costringe, un orario di lavoro che oscilla in media tra le quindici e le sedici ore giornaliere, forme di abuso e violenza, assenza di garanzie economiche e contrattuali. Lo sfruttamento ha i tratti di un controllo capillare su ogni aspetto della vita.

Il lavoro di cura rappresenta in modo evidente il paradigma della divisione sessuale del lavoro e del rapporto donne/riproduzione e in quanto tale risulta particolarmente significativo per osservare il modo specifico in cui le donne, e le migranti prima di tutte, sono reinserite nei processi di riproduzione sociale.

La disponibilità 24 ore su 24 del lavoro di cura in casa, o ancora l'isolamento e il comando subito dalle lavoratrici domestiche che abitano nel posto di lavoro, fanno sì che questa diventi un'occupazione oppressiva dove pesa lo stigma sociale di un lavoro servile e dove vige una logica strutturale dello sfruttamento implicita nel rapporto capitalistico tra serva e padrona.

Lo spazio privato della casa è al contempo luogo di lavoro salariato; il confine tra pubblico e privato si è fatto più sottile. I due terreni si intrecciano e contemporaneamente la distanza tra loro si fa meno evidente e più violenta.

Il lavoro di badante, che per condizioni temporali totalizzanti è fortemente segregante difficilmente permette di attivare scambi culturali o di accedere al sistema dei servizi³¹.

A tal proposito lo studio proveniente dalla Ricerca Prin 2005 “ *Nazionalità, genere e classe nel nuovo lavoro domestico. Cambiamenti nella famiglia italiana ed evoluzione*

³¹ Rivista “Autonomie locali e servizi sociali” V.1/2010 p.64

*dei sistemi migratori*³² ha analizzato anche il rapporto che tale figura intrattiene con il welfare italiano, in particolare con il welfare sanitario. In generale le donne immigrate che svolgono il lavoro di cura avrebbero bisogno di interagire con i servizi in misura maggiore di quanto fanno vista la loro età e il tipo di lavoro molto usurante sul piano psicologico e fisico, invece quando si rivolgono al welfare è sempre per il “badato” e non per sé stesse. Altre ricerche hanno dimostrato infatti come assistere una persona anziana riduca le opportunità di contatto e aumenti l’isolamento³³. Poter disporre di un tempo libero dal lavoro può significare potersi dare un tempo anche per la propria salute e per sé.

Altro dato interessante che emerge dalla ricerca succitata è quello relativo all’uso dei servizi in relazione alla competenza linguistica e al titolo di studio, da cui si evince che coloro che hanno una competenza linguistica buona/ottima ricorrono più frequentemente (69,3%) ai servizi rispetto a coloro che hanno una minore o scarsa capacità (58,5%). Non ricorrono ai servizi nel 39,6% dei casi coloro che hanno scarsa comprensione e scarsa competenza linguistica. Esse sono coscienti di come tale competenza se inadeguata sia un forte ostacolo nella relazione di salute e sia decisiva nella relazione terapeutica con il medico.

Tognetti e Bordogna (2004) lo definiscono un “welfare muto” proprio perchè fa poco per comunicare con coloro che sono meno attrezzati, per rendersi trasparenti nel suo funzionamento. La difficoltà di comunicazione induce inoltre i professionisti della salute ad abbreviare l’iter anamnestico, saltando dei passaggi o intere fasi, nel tentativo di facilitare la comunicazione, producendo una maggiore insoddisfazione oltre che una cattiva cura, in coloro che proprio per le condizioni di lavoro e di vita, e per la limitata conoscenza dell’italiano, avrebbero bisogno di essere maggiormente ascoltati e compresi. Immaginare il proprio progetto migratorio come temporaneo significa rifiutare che la condizione di badante, colf, operaia diventi un’identità “appiccicosa”, significa prendersi uno spazio molto più vasto per la propria soggettività, rifiutare il margine come luogo di vita e specchio di un’identità³⁴.

Da un punto di vista psicologico si può affermare che il lavoro domestico e di cura delle migranti le espone a significativi rischi per il loro benessere fisico e psichico, derivanti

³² Tognetti, Bordogna, *Il lavoro di cura tra produzione e consumo di welfare: il ruolo del network di cura*,

³³ Rivista “Autonomie locali e servizi sociali” V.1/2010 p.67

³⁴ Giuliana Chiaretti “La catena globale del lavoro di cura” in Corradi, Perocco (a cura di) *Sociologia e globalizzazione*, Mimesis Edizione, Milano 2007

dalle condizioni di lavoro e dalla particolare esposizione a situazioni di sfruttamento lavorativo e violenza fisica, psichica e sessuale.

Molte, per non dire la maggioranza, delle immigrate hanno bambini. Provengono da paesi dove la maternità costituisce l'elemento centrale dell'identità femminile e dove il tasso di natalità è elevato. Spesso le immigrate, specie quelle prive di documenti, non possono portare con sé i figli. La maggior parte delle madri cercano di affidarli alle cure di nonne, zie e padri. Alcune bambinaie che lavorano nei paesi ricchi assumono a loro volta bambinaie che accudiscono i loro figli in patria, da sole o in appoggio alle parenti cui sono stati affidati. Quale che sia la sistemazione che queste madri hanno scelto per i propri figli, la maggioranza di loro soffre profondamente per la separazione, con sensi di colpa e rimorsi. Queste le parole di una madre immigrata che ha lasciato un piccolo di due mesi alle cure di un parente. *“ I primi due anni mi sembrava di impazzire. Deve credermi se le dico che mi sembrava di avere seri problemi psicologici. Mi scoprivo a fissare il vuoto, pensando al mio bambino ”*³⁵.

In generale, le donne spediscono a casa dalla metà a quasi tutto quello che guadagnano. Queste rimesse hanno un impatto significativo sulla vita dei figli, dei genitori, dei fratelli, oltre che sui governi stessi del Terzo Mondo.

La maggior parte delle lavoratrici immigrate si fermano nei paesi di adozione. Devono quindi, come già detto, affrontare la scelta difficile e dolorosa di una lunga separazione dai figli. Con le relative conseguenze che questa scelta può comportare sui figli stessi. Ricerche effettuate su figli di emigrati che restano nel paese di origini dimostrano che questi si ammalano più spesso; sono soggetti più frequentemente ad accessi di rabbia, a momenti di confusione o di apatia; ottengono risultati mediocri a scuola. Altri studi effettuati dimostrano un aumento della delinquenza e dei suicidi tra i bambini³⁶.

Donne globali ha mostrato come la casa diventi la fabbrica entro cui si giocano rapporti di potere tra le donne in forma privata e dove si risolve il conflitto tra i sessi assumendo una lavoratrice domestica.

Le operaie della casa rappresentano a tutti gli effetti un nuovo welfare privatistico, dove il welfare stesso è al centro delle trasformazioni globali, divenendo da luogo di erogazione di servizi un luogo di prestazione degli stessi, un luogo di lavoro.

³⁵ Eherenreich e Hoschild, *Donne globali, tate, colf e badanti*. Ed. Feltrinelli, p.27

³⁶ Ivi, p.28

Per quanto concerne la tutela di queste lavoratrici, secondo l’Oil, solo il 10% dei lavoratori domestici è tutelato dalla legislazione del lavoro, mentre un quarto è escluso dalla relativa disciplina³⁷. La convenzione Oil ha provato a mettere ordine nel settore, avanzando soluzioni capaci di informare e stimolare la comunità internazionale e i governi, offrendo una prospettiva di uscita dalla subalternità e dallo sfruttamento. Adottata nel giugno del 2011 durante la centesima sessione della Conferenza internazionale del lavoro, essa si basa su cinque elementi fondamentali: il diritto di associazione, la contrattazione collettiva, la proibizione del lavoro forzato, di quello minorile e della discriminazione sul lavoro; riconosce dunque il salario minimo, una forma di pagamento almeno mensile, un più facile accesso alla sicurezza (includendo la maternità, l’assistenza sanitaria e la pensione), l’obbligo di almeno un giorno libero a settimana (con 24 ore di riposo obbligatorie) e la regolamentazione ufficiale dell’orario di lavoro. La convenzione prevede anche controlli nei 185 paesi dell’Oil, con la chiamata in giudizio dei trasgressori, l’individuazione e promozione di buone pratiche e obblighi puntuali nei riguardi degli Stati che non l’hanno ratificata. È entrata in vigore nel 2012 dopo le prime tre ratifiche effettuate da Uruguay, Mauritius e Filippine. L’Italia l’ha ratificata il 5 settembre 2013³⁸.

Nel prossimo capitolo si tenterà di comprendere quanto della Convenzione è stato realmente messo in atto dall’Italia.

1.6 Per concludere

Trasformazioni demografiche e familiari, trasformazioni femminili nel mercato del lavoro, nuove forme di esclusione e vulnerabilità sociale lungo il ciclo di vita richiedono una ridefinizione dell’assetto del welfare, delle politiche di sostegno al reddito, come delle politiche di cura. Ci troviamo di fronte a una situazione in cui è necessario affrontare i nuovi rischi sociali emergenti, tra i quali quelli connessi alla questione della cura e del

³⁷ Sodano Pina in (Omizzolo M.), *Nuovi bisogni di assistenza familiare: le attività di cura dei migranti in Italia*. La Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 2-3/2015

³⁸ Omizzolo M., *Nuovi bisogni di assistenza familiare: le attività di cura dei migranti in Italia*. La Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 2-3/2015

lavoro di cura. Nel prossimo capitolo si tenterà di analizzare in che modo il modello di welfare italiano affronta questi nuovi rischi sociali emergenti.

2. La situazione italiana

Introduzione

Quello che si vuole tentare di fare in questo capitolo è entrare nel vivo della ricerca andando ad analizzare in che modo il modello di welfare italiano punti alla qualificazione del lavoro di cura e alla tutela delle lavoratrici, per farlo non si può prescindere da un'analisi del contesto normativo legislativo in cui queste politiche si attuano. Lo si farà suddividendo il capitolo in due parti.

Nella prima parte si analizzeranno le caratteristiche del sistema di welfare italiano, identificato come modello familistico che vede la peculiarità della famiglia come ammortizzatore sociale. Si descriverà dove si colloca il sistema di assistenza sociale laddove la famiglia non è più in grado di sopperire ai suoi bisogni e come questo tenti di darne una risposta attraverso le prestazioni essenziali garantite a supporto del problema della non autosufficienza. Attraverso l'analisi degli interventi ci si renderà conto dell'importanza del lavoro di cura svolto prevalentemente da lavoratrici straniere e dello stretto legame con le politiche migratorie nazionali.

Alla luce di tutti questi elementi, nella seconda parte del capitolo, si punterà l'attenzione sulle peculiarità che contraddistinguono il lavoro di cura in Italia, su quanto le politiche sociali facciano per qualificarne l'offerta e per ridurre l'ingresso in un mercato irregolare.

PARTE I

2.1 Il welfare familista italiano

Prima di entrare nel vivo dell'analisi della ricerca che andrà a riguardare nello specifico in che modo le politiche sociali rivolte agli anziani non autosufficienti hanno tutelato i diritti delle badanti, è doveroso fare un breve accenno a quelle che sono le principali caratteristiche del sistema di welfare italiano, quelle che sono le sue peculiarità e criticità. I welfare state hanno storicamente registrato e tuttora registrano vistose differenze per quanto riguarda la gamma e la generosità delle prestazioni, le condizioni di accesso, l'ampiezza e le caratteristiche dei loro destinatari, le modalità di finanziamento e di amministrazione. Ogni welfare state nazionale presenta una combinazione unica di tratti caratterizzanti.

L'autore che maggiormente ha influito in tal senso è Esping Andersen. Ed è sulla base di questa classificazione di sistemi di welfare state che si è voluto analizzare il tema qui proposto. Secondo questo autore si sono consolidati tre diversi regimi di welfare: quello liberale, quello conservatore – corporativo, e quello socialdemocratico, i quali verranno analizzati maggiormente nei prossimi capitoli. Il regime di welfare italiano può essere collocato nel sistema di welfare che Esping Andersen definisce conservatore-corporativo, seppur con delle sue proprie peculiarità, come si analizzerà tra poco.

Con l'espressione regime di welfare, Esping Andersen fa riferimento non solo al contenuto delle politiche sociali dello Stato, ma all'intero sistema di interrelazioni fra queste e il mercato del lavoro, da un lato, e la famiglia, dall'altro lato. Quindi le differenze tra i sistemi di welfare nei processi di inclusione sociale e nel grado di benessere socio economico, sono riconducibili al diverso ruolo attribuito dallo stato alle potenzialità del mercato e all'azione della famiglia. Esping Andersen è uno dei primi a cogliere l'importanza di considerare i principi che regolano le relazioni tra stato, famiglia e mercato, come elemento analitico in grado di spiegare le differenze esistenti tra i sistemi di welfare. L'insieme delle relazioni, tra stato, famiglia e mercato finalizzate alla produzione di benessere sociale costituiscono ciò che Esping Andersen definisce un regime di welfare³⁹.

³⁹ Esping Andersen, *The three Worlds of Welfare capitalism*, Polity press, New York, 1990

Diversi autori tra cui Ferrera⁴⁰ e Bonoli⁴¹ sostengono la necessità di integrare la tripartizione di Esping Andersen con un quarto modello definito come il welfare familista dell'Europa meridionale. L'integrazione di questo quarto regime scaturisce dalla consapevolezza che la tripartizione classica non include i paesi dell'Europa meridionale, per quanto l'Italia venga ricondotta al modello conservatore -corporativo.

Fino agli anni '70 il welfare italiano era considerato come un caso caratterizzato da arretratezza storica, dalla prevalenza di elementi tipici di un sistema paternalistico e centralistico, fortemente influenzato da un'ideologia conservatrice e da una tradizione corporativa ereditata dall'amministrazione dello stato fascista⁴².

Successivamente ricerche mettono in evidenza il carattere familistico del welfare italiano, fondato sulla delega alle famiglie di molte funzioni di servizio attraverso programmi pubblici fondati esclusivamente su trasferimenti monetari: la famiglia, in una prospettiva italiana e sud - europea appare infatti una risorsa decisiva per le politiche sociali⁴³. Il pilastro fondamentale del welfare, continua Ranci, è costituito dalla famiglia in grado di mantenere importanti responsabilità di redistribuzione delle risorse e di intermediazione tra la produzione pubblica di welfare e i bisogni sociali.

Tuttavia i cambiamenti socio demografici più recenti, trasformando le strutture familiari, stanno indebolendo la funzione protettiva della famiglia, mettendo così a repentaglio l'intero sistema. Cambiamenti che comportano un aumento della domanda non solo di prestazioni socio sanitarie ma anche di servizi sociali di nuova generazione, come i servizi domiciliari, i centri semiresidenziali e/o di sollievo. Inoltre la crescita della partecipazione femminile al mercato del lavoro influisce sulla disponibilità di tempo delle donne da dedicare alle tradizionali attività di cura dei bambini e degli anziani, accrescendo di conseguenza l'esigenza di servizi sociali territoriali e di risposte da parte delle politiche pubbliche.

Ci si trova di fronte ad una riduzione della capacità protettiva della famiglia e di conseguenza viene meno la sua efficacia nel ruolo di ammortizzatore sociale.

⁴⁰ Ferrera, *The Southern model of welfare in social Europe*, Journal of European social Policy, p.17-37, 1996 n.6

⁴¹ Bonoli, *Classifying Welfare State*, Journal of Social Policy, 26 p.351 - 372

⁴² Ranci C., *Politica Sociale*, Ed. Il Mulino, p.161

⁴³ *Ibidem*, p.163

2.2 La riforma dell'assistenza sociale

Ai fini di questa ricerca, per comprendere al meglio il contesto normativo - legislativo all' interno del quale si collocano le politiche sociali rivolte alla non autosufficienza, risulta doverosa una brevissima analisi su quella che è stata in Italia l'evoluzione dell'assistenza sociale, quale deputata all'erogazione dei servizi rivolti agli anziani non autosufficienti.

Il primo passo verso la strutturazione di un sistema di assistenza sociale viene fatto corrispondere alla legge 1972/1890, la cosiddetta Legge Crispi, che con le sue peculiarità si è caratterizzata per essere l'unica norma in tema di assistenza sociale per lungo tempo. All'indomani della caduta del regime fascista, la Costituzione divenne il nuovo punto di riferimento dell'assistenza sociale. In particolare l'articolo 38 prescrive che *“ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale”* e che spetta allo Stato realizzare la tutela dei soggetti protetti nonché predisporre ed organizzare un compiuto sistema di sicurezza sociale.

Si è dovuto attendere fino al 2000, quando attraverso la Legge 328, l'Italia si è dotata di una legge quadro nazionale sull'assistenza sociale, titolata *“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”*. Infine il passaggio definitivo lo si ha l'anno seguente, con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 *“Modifiche al titolo V della Costituzione”* andando a modificarne l'art. 117. Qui, fra le competenze statali, appare la frase *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili sociali, che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale”*. Va quindi ad individuare un insieme articolato di prestazioni considerate essenziali, che devono essere garantite in tutto il territorio nazionale.

La legge infatti, all'art. 22 considera come essenziali le prestazioni relative a *“interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio”*. All'art. 15, inoltre, la legge annovera tra le tre disposizioni per la realizzazione di particolari interventi di integrazione e sostegno sociale quello del sostegno per le persone anziane non autosufficienti, per favorirne la permanenza a domicilio e l'inserimento sociale. Il legislatore ha quindi ben chiaro come

l'esigenza dell'anziano solo non autosufficiente o parzialmente autosufficiente sia un bisogno a cui dover far fronte. La legge quadro pone la sua attenzione agli interventi diretti a mantenere l'autonomia delle persone anziane e la loro permanenza nell'ambiente, a riconoscere l'autonomia di ciascun componente della famiglia.

Ed è sempre la riforma del Titolo V a modificare le competenze legislative delle Regioni: l'opzione di legiferare in materia sociale viene demandata alle singole Regioni, determinando così le inevitabili differenze che si riscontrano nel territorio italiano, soprattutto tra Nord e Sud.

La Legge 328 prevede un sistema nuovo all'interno del panorama sociale italiano, un sistema integrato di interventi e servizi che ha come attori una molteplicità di soggetti istituzionali e non, che agiscono sulla base dei principi di sussidiarietà, efficacia, efficienza ed economicità.

Come sostiene Maggian⁴⁴ la situazione attuale è caratterizzata da un maggior numero di soggetti decisorii autonomi, in quanto le norme emanate dagli anni novanta in poi hanno rafforzato le autonomie regionali e comunali, valorizzato l'apporto delle famiglie e degli organismi del terzo settore e favorito il coinvolgimento dei soggetti economici privati nel settore sociale. Con l'aumentare dei soggetti è aumentata la complessità del sistema socioassistenziale, con inevitabili sovrapposizioni di compiti e conflitti di competenza e conseguente dispersione di risorse e di energia.

2.3 Gli strumenti di assistenza all'anziano

Alla luce di questo quadro normativo legislativo si prova ora ad analizzare quella che è l'offerta pubblica dell'assistenza all'anziano, da cui non si può prescindere per giungere infine all'analisi delle politiche sociali rivolte alle lavoratrici della cura degli anziani.

Tale offerta può essere suddivisa in tre macrocategorie: i trasferimenti monetari, servizi per la domiciliarità e i servizi residenziali.

Tra i principali interventi di trasferimento monetario si identificano:

1. L'assegno sociale agli ultra sessantacinquenni. È una prestazione di carattere assistenziale che prescinde del tutto dal pagamento dei contributi e spetta ai cittadini che si trovino in disagiate condizioni economiche. L'assegno sociale è corrisposto ai cittadini italiani che abbiano compiuto 65 anni e si trovino nelle

⁴⁴ Maggian R. *I servizi socioassistenziali. Sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Terza Edizione, Carocci Faber 2013

condizioni reddituali previste dalla legge, non prevede quindi una condizione di non autosufficienza per ottenerne l'erogazione. Viene qui citato in quanto rivolto a quella fascia d'età presa in considerazione in questa ricerca.

2. L'indennità di accompagnamento. Prevista dalla Legge 18/1980 ed erogata dall'INPS, è un assegno mensile garantito a chi presenti un'inabilità totale per affezioni fisiche o psichiche e si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e/o nell'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita. L'accessibilità a questa prestazione è valutata da una commissione di medici. A differenza dell'assegno sociale non esistono vincoli legati al reddito del destinatario e nemmeno alla destinazione d'uso dell'importo erogato.

Il rischio collegato all'utilizzo di questi tipi di trasferimenti monetari consiste proprio nell'uso improprio che ne viene fatto da parte del destinatario e al riguardo il governo dovrebbe fornire delle misure volte a promuovere una destinazione funzionale dell'importo monetario erogato. Come sostiene Pasquinelli, l'indennità di accompagnamento è divenuta un'integrazione ai redditi familiari *tout court*, usata in larga misura per pagare le badanti, molto spesso in modo irregolare. Ed è qui che bisogna fare un breve accenno ai *voucher* (buoni servizio), quali strumenti che permettono di trasferire risorse pubbliche in modo vincolato. Rispetto alle classiche erogazioni monetari (indennità di accompagnamento) i voucher rappresentano un'opzione più restrittiva e tale da garantire alla pubblica amministrazione maggiori garanzie circa l'uso corretto delle risorse⁴⁵.

Nell'analizzare invece i servizi per la domiciliarità è doveroso un breve accenno a cosa si intende con questo concetto e perché ne viene posta tanta enfasi. "La domiciliarità della persona comprende la persona stessa con la sua globalità, unicità, irripetibilità e tutto ciò che la circonda, che significa la casa, con i suoi affetti, ricordi, esperienze, gioie e sofferenze; è lo scenario della persona, è il contesto dotato di senso."⁴⁶

Tra i principali servizi per la domiciliarità si identificano:

3. Servizio di assistenza domiciliare (SAD). Consiste in interventi da fornire al cittadino al fine di favorirne la permanenza nel loro ambiente di vita, evitando

⁴⁵ Pasquinelli, Rusmini, "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 191

⁴⁶ Maggian R. *I servizi socioassistenziali. Sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Terza Edizione, Carocci Faber 2013

l'istituzionalizzazione e consentendo loro una soddisfacente vita di relazione attraverso un complesso di prestazioni socioassistenziali. Tali prestazioni possono essere intese come: cura della persona e igiene personali, pulizia degli alloggi, pasti a domicilio e manutenzione degli alloggi. Il personale che svolge queste prestazioni sono figure professionali di assistenza alla persona, con specifica formazione in relazione alle diverse aree di bisogno.

4. Assistenza domiciliare integrata (ADI). offre assistenza a domicilio con interventi socio-assistenziali e di cura alla persona non autosufficiente con problemi socio-sanitari complessi. Anch'essa ha finalità di favorire la permanenza a domicilio dell'anziano evitandone l'istituzionalizzazione. Caratteristica del servizio è l'unitarietà dell'intervento, che assicura prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socioassistenziali in forma integrata e secondo piani individuali programmati.

Infine, le prestazioni di tipo residenziali consistono nell'erogazione di un servizio integrato sociosanitario e alberghiero presso istituti idonei accreditati destinato a individui in condizioni di bisogno di cure e assistenza continuativa. Tra queste possono essere annoverate:

5. Residenze sanitarie assistenziali (RSA). è una struttura che accoglie prevalentemente persone anziane, che hanno bisogno di riabilitazione, di recupero psicofisico in seguito a malattia o per problemi di salute anche acuti, che non possono essere trattate a domicilio e per le quali non si ritiene necessario il ricovero ospedaliero.
6. Case di Riposo. È una struttura sociale residenziale a prevalenza accoglienza alberghiera destinata a ospitare, temporaneamente o permanentemente, anziani autosufficienti che per loro scelta preferiscono avere servizi collettivi anziché gestire in maniera autonoma la propria vita o che hanno dei limitati condizionamenti di natura economica o sociale nel condurre una vita autonoma, ovvero privi di supporto familiare.

Il quadro fin qui presentato prefigura un'assistenza agli anziani che appare ricca di risposte, ognuna con le proprie specificità regionali proprio alla luce della competenza regionale in materia. Ciò che non emerge e che non viene del tutto preso in considerazione quando si parla del tema della non autosufficienza degli anziani, è il lavoro di cura svolto dalle assistenti familiari su tutto il territorio nazionale, e non solo.

Le reti informali sono la fonte più importante di assistenza agli anziani a conferma di una tradizione familista profondamente radicata nel sistema di welfare italiano. La famiglia è generalmente portata ad assumersi il carico della cura dei parenti più anziani, tuttavia, i cambiamenti in atto nella sua struttura e composizione, ostacolano questa funzione e responsabilità determinando l'insorgere del ricorso a forme di sostegno alternative come le badanti, figure terze, che vengono inserite nell'ambito familiare.

La sostenibilità dell'assistenza agli anziani in Italia, così come è impostata è messa in discussione su più fronti e, in generale, sarebbe auspicabile un miglioramento dell'offerta pubblica. Tuttavia l'impostazione familista del welfare italiano ha spontaneamente portato verso la diffusione delle badanti come risposta ai bisogni di cura delle generazioni che invecchiano e, a proposito, lo stato riconosce la necessità di far emergere l'irregolarità del settore e di allineare il servizio assistenziale informale alle specifiche esigenze delle persone anziane e a un livello minimo di professionalità e sicurezza.

2.4 Politiche migratorie e lavoro di cura

Per meglio chiarire il quadro normativo all'interno del quale si colloca il lavoro delle badanti risulta doveroso un'analisi del rapporto tra le politiche migratorie e il lavoro di cura svolto dalle badanti, che risulta inscindibile vista la forte componente di donne immigrate che svolgono questo lavoro.

A livello normativo in questo settore, le politiche migratorie si innestano su una normativa del rapporto di lavoro domestico che si può far risalire alla legge 339 del 1958. Più recentemente le mansioni del lavoratore domestico sono indicate nei profili previsti dall'art. 10 CCNL lavoro domestico del 1° marzo 2007.

Il testo unico sull'immigrazione delinea le procedure per l'assunzione di un lavoratore straniero, che nella concretezza sono molto complesse.

Si parla della legge n.189 del 2002, conosciuta anche come la legge Bossi -Fini, che andava a modificare in alcune parti i contenuti del Testo Unico approvato nel 1998. Provvedimento che segna l'avvio di una fase per la storia migratoria italiana caratterizzata senza dubbio da un orientamento politico più restrittivo.

Attraverso questo strumento tecnico giuridico si è riusciti a rendere la vita degli immigrati ancora più incerta e ricattabile di quanto già non lo fosse.

Tale legge trova la sua pietra miliare nell'articolo 5 che introduce la figura giuridica del contratto di soggiorno per lavoro subordinato. Essa consiste sostanzialmente in un

contratto di lavoro stipulato tra un datore di lavoro italiano o straniero regolarmente soggiornante in Italia, e un cittadino di uno Stato non appartenente all'Unione Europea o apolide. Sempre in questo articolo, viene istituito un legame tra permesso di soggiorno e contratto di lavoro in quanto all'articolo 5 comma 3bis si prescrive che il permesso di soggiorno per motivi di lavoro è rilasciato a seguito della stipula del "contratto di soggiorno per lavoro" e la sua durata è quella prevista dallo stesso contratto di soggiorno. È facile capire che l'effetto scontato di una simile normativa è di accrescere a dismisura il rischio di trovarsi in condizioni di irregolarità per tutta la massa dei lavoratori immigrati dal momento che entrare regolarmente in Italia è possibile solo se il lavoratore immigrato ha già concluso nel suo paese di origine un contratto col suo "datore di lavoro" e se costui si è assunto l'impegno a trovargli un alloggio e ad accollarsi le spese del rientro, non senza aver accertato prima di concludere il contratto e che non ci siano da nessuna parte lavoratori italiani disponibili per quella data mansione. Da quando è stata approvata la Bossi Fini, solo una percentuale bassissima degli ingressi di immigrati in Italia è potuto avvenire nel rispetto della normativa⁴⁷.

Si evince facilmente che il target di lavoratori stranieri, presi in considerazione in questo lavoro di ricerca, – le assistenti familiari - non restano estranei a questa logica complessa di immissione regolare all'interno del mondo del lavoro.

Per le lavoratrici straniere questo complesso iter risulta essere un ulteriore elemento di penalizzazione all'interno del mondo del lavoro.

PARTE II

L'analisi effettuata finora ha descritto tutta una serie di risposte del welfare pubblico al problema della non autosufficienza che possono apparire esaustive. Tuttavia la percezione che si ha dall'analisi della letteratura riguardante il tema è quanto venga sottovalutato il lavoro svolto dalle assistenti familiari e come questo vada a coprire quella falla che non viene presa in considerazione dal sistema di welfare. L'intervento del welfare c'è, ma non è sufficiente.

⁴⁷ Francesca Coin (a cura di). Gli immigrati, il lavoro, la casa, p.79

Vediamo ora, dopo l'analisi delle principali risposte pubbliche al problema della non autosufficienza degli anziani, quelli che sono i principali strumenti dello stato che vanno a offrire tutela alle lavoratrici domestiche, puntando quindi a una maggiore qualità del lavoro di cura.

Prima di analizzare ciò risulta utile fare il punto sulla situazione del lavoro irregolare per questa fetta di lavoratori stranieri in Italia.

2.1 Mercato sommerso e politiche migratorie

2.1.1 Alcuni dati utili

Da una ricerca⁴⁸ effettuata nel 2013 da Censis e Ismu in collaborazione con il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali descrivono alcuni dati importanti che fanno emergere un'importante presenza di lavoro irregolare.

Quante sono? Dal 2001 al 2012 il numero delle persone che svolgono lavoro di collaborazione a domicilio per le famiglie è passato da 1083mila a 1655 mila, per un incremento del 53%, registrando la sua crescita più significativa nella componente straniera, che oggi rappresenta il 77,3% del totale. Nel 2011 quasi 2 milioni 600 mila famiglie (10,4% del totale) si sono rivolte al mercato per acquistare servizi di collaborazione, di assistenza ad anziani o altre persone non autosufficienti e di baby sitting. Questo dato la dice lunga sull'importanza della presenza in Italia di questa fetta di popolazione straniera.

Ma la ricerca si spinge oltre e prova a fare una previsione per i prossimi anni: per quanto lo scenario da qui ai prossimi anni appaia gravido di incertezze si stima che, mantenendo stabile il tasso di utilizzo dei servizi da parte delle famiglie, la crescita della domanda porterà il numero degli attuali collaboratori da 1 milione 655 mila a 2 milioni 151 nel 2030, determinando un fabbisogno aggiuntivo di circa 500 mila unità. Dato questo che ci permette di comprendere come questo fenomeno non sia destinato a scomparire, bensì ad incrementarsi.

Lavorano regolarmente? Secondo i dati dell'Osservatorio INPS sui lavoratori domestici (aggiornati a luglio 2014) nel 2013 sono stati registrati 944.634 lavoratori regolari, per la

⁴⁸Censis Ismu (2013)“ Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera.”

maggioranza stranieri (poco meno dell'80%) e con una predominanza della componente femminile (superiore all'80% del totale). Nonostante il numero dei lavoratori domestici sia cresciuto enormemente, arrivando quasi a raddoppiare, nell'arco di un decennio, l'INPS ha rilevato nel 2013 una contrazione del numero dei collaboratori domestici regolari. Ma questa contrazione riflette realmente un calo delle assistenti familiari nel nostro paese? In realtà, i segnali dicono esattamente il contrario: le assistenti familiari non solo non risultano in calo, ma anzi aumentano, e in questo momento proprio nel mercato del lavoro irregolare. I lavoratori registrati dall'INPS risulterebbero inferiori alla presenza effettiva: ai lavoratori regolari occorrerebbe, infatti, aggiungere quelli in nero (sia italiani che stranieri) e quelli che si trovano in una condizione di completa irregolarità, sia lavorativa che relativa al permesso di soggiorno. Per una stima realistica è necessario, dunque, considerare tanto le fonti ufficiali quanto quelle informali.

In sostanza, solo una minoranza delle assistenti familiari si trova in una condizione di completa regolarità, e con la crisi è ulteriormente diminuita la disponibilità delle famiglie a stipulare un contratto⁴⁹.

2.1.2 Politica delle sanatorie

Come emerge dall'analisi delle caratteristiche dell'offerta straniera nel lavoro di cura, ci si rende conto come un'ampia fetta appartenga al mondo del mercato sommerso. Vale quindi la pena soffermarsi su quali siano stati i passi che lo Stato ha compiuto per tentare di regolarizzare questa ampia parte di lavoratori.

Nel 2012 è avvenuta l'ennesima "regolarizzazione" dei lavoratori irregolarmente immigrati nel nostro paese, la settima dal 1997. Questa volta non era esclusiva per le colf e le badanti, ma era estesa a tutte le categorie di lavoratori. Come funzionava? I datori di lavoro che impiegavano irregolarmente un immigrato hanno potuto autodenunciarsi a partire dal 15 settembre per un mese, pagando mille euro più contributi e versamenti arretrati e assumendo il lavoratore hanno potuto regolarizzare la propria situazione e quella del cittadino straniero. (Pasquinelli Rusmini 2013).

Esattamente come accaduto nella sanatoria del 2009 i risultati sono stati deludenti, le domande pervenute sono state di gran lunga inferiori alle previsioni. Dai dati definitivi del Ministero per l'Interno, Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione, le

⁴⁹ Pasquinelli, Rusmini, "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse

domande pervenute in questa ultima sanatoria sono circa 135.000, a fronte di un numero di lavoratori nettamente maggiore.

Allora ci si chiede perché le istanze di regolarizzazione sono state così poche?

Pasquinelli e Rusmini provano a fornire una risposta. Intanto perché i costi della procedura sono molto alti: oltre alla cifra forfettaria di mille euro, peraltro non rimborsabile nel caso di non accettazione della domanda, va aggiunto l'obbligo di versamento di tutte le somme dovute per almeno sei mesi: retribuzione, contribuzione, fisco e oneri accessori. A ciò va aggiunto il fatto che era necessario comprovare la presenza in Italia del lavoratore straniero al 31/12/2011, cosa per nulla facile. Quindi alti costi e farraginosità burocratiche hanno limitato il numero delle domande. Questo da un lato, dall'altro lato ci sono peculiarità rispetto i datori di lavoro, ovvero le famiglie.

La regolarizzazione ha avuto costi e benefici. Il problema è stato che i benefici sono andati quasi solo a favore del lavoratore (colf e badanti), i costi prevalentemente a carico del datore di lavoro (le famiglie). Per la popolazione immigrata irregolare la sanatoria è risultata l'occasione per ottenere il tanto agognato permesso di soggiorno: in molti non ci speravano più. Non è stato così per le famiglie, per le quali l'unico beneficio consisteva nell'uscire dall'illegalità, dando lavoro a un clandestino ed evitando le possibili sanzioni introdotte dal "pacchetto sicurezza", con multe fino a 5mila euro e la reclusione da sei mesi a tre anni (decreto legge 92/2008).⁵⁰ Tante famiglie, tuttavia, non hanno assegnato a questo rischio sanzionatorio un peso particolare, per diversi motivi: alcune non conoscevano le sanzioni perché il governo non ha compiuto un'adeguata campagna informativa in proposito, altre non le hanno ritenute una minaccia realistica. Oppure, e paradossalmente, diverse famiglie non hanno regolarizzato per timore di possibili rivalse legate alle irregolarità pregresse. Sulle famiglie è ricaduta la maggior parte degli oneri. I quali presi uno a uno avevano un peso relativo mentre la loro somma, sottovalutata, ha fatto la differenza. La resistenza maggiore è in realtà dovuta al dover assumere e pagare tutti gli oneri contributivi, rientrando in un contesto di regole, di diritti e di doveri: molte famiglie non se la sono sentita, non hanno voluto, non ci sono state. Passare dall'irregolarità a un regolare contratto comporta un aggravio dei costi mensili delle famiglie mediamente tra il 30 e il 40 per cento.

Quindi le famiglie non hanno visto benefici tali da giustificare i costi di una regolare assunzione. In assenza di un regime fiscale "amico delle famiglie" gli interventi locali

⁵⁰ Pasquinelli, Rusmini, *La regolarizzazione delle badanti*, 2012, Maggioli Editore

continueranno a subire l'handicap di una potente forza attrattiva da parte del mercato sommerso. È necessario porre la questione in agenda: detrazioni rilevanti per rendere l'assunzione regolare meno penalizzante⁵¹.

2.2 Strumenti statali per la qualificazione del lavoro della cura

Veniamo ora all'analisi di quelli che sono i principali strumenti previsti dalle politiche statali che puntano alla qualificazione del lavoro di cura.

L'idea di base è che è fondamentale intervenire e organizzare forme virtuose di collocamento e di accompagnamento al lavoro che possano meglio rispondere alle esigenze delle assistenti familiari ma anche della famiglia datrice di lavoro. Da un lato quindi, troviamo la famiglia/datrice di lavoro che non cerca solo un nome e un curriculum competente, ma la "persona giusta" che sia in grado di vivere all'interno del luogo domestico nel rispetto delle relazioni in esso presenti. Dall'altro lato abbiamo una lavoratrice a cui non basterà ricevere un salario a fronte della firma di un contratto prescindendo dalle relazioni di prossimità con cui si dovrà raffrontare, ma desidererà trovare un luogo in cui si sentirà soprattutto rispettata.

Comprensione e rispetto non sempre si incontrano nella relazione di lavoro domestico. Non sempre tali condizioni riescono a realizzarsi e ad essere mantenute nella quotidianità del lavoro. Diventa dunque fondamentale il ruolo di accompagnamento di un soggetto terzo che non intervenga solamente al momento della stipula del contratto di lavoro, ma che sia in grado di leggere oltre i bisogni espressi e i curricula analizzati, supportando la relazione di lavoro prima, durante e dopo la sua cessazione.

Per questo si ritiene che il collocamento della badante così semplicemente inteso non sia sufficiente, ma che debba essere accompagnato da forme di sostegno al rapporto di lavoro domestico come il tutoraggio familiare, percorsi formativi professionalizzanti, validazione e bilancio di competenze, assistenza contrattuale. In sintesi, è necessario riuscire a garantire una serie organizzata di azioni e servizi sia a supporto della cura della persona assistita a domicilio, sia di chi garantisce tale cura, possibilmente rapportandosi con il contesto socio – familiare in cui i soggetti sono inseriti, per fare uscire tale relazione dalla solitudine in cui spesso è relegata⁵².

⁵¹ Ibidem

⁵² Pasquinelli, Rusmini, "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 149

Nella logica di promuovere interventi nel settore del lavoro domestico e di cura quanto più omogenei possibile, attraverso delle linee guida nazionali, in termini di emersione del lavoro nero, accesso alla formazione, sostegno alle famiglie, incontro tra domanda ed offerta e gestione del rapporto di lavoro domestico, possiamo indicare il programma avviato a partire dal 2010 dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, che va nella direzione di promuovere l’inserimento lavorativo e la qualificazione professionale nel settore dei servizi di cura e di assistenza attraverso percorsi di politiche attive del lavoro. L’esperienza insegna che famiglia e lavoratore non possono essere lasciati soli a fronte dei molteplici bisogni che emergono nel settore dell’assistenza alla persona a domicilio (formativi, di gestione contrattuale, di assistenza medica, di socializzazione). Essi necessitano di quella che Maioni⁵³ definisce la “Rete della cura”, ovvero di un supporto di servizi in grado di intervenire e di rispondere alle differenti necessità con cui si dovranno rapportare.

Vediamo allora nel dettaglio quali siano gli strumenti identificati a livello nazionale per il perseguimento di questi obiettivi.

2.2.1 Formare le assistenti familiari

I percorsi formativi per le assistenti familiari, definiti a livello regionale, costituiscono un elemento importante per la regolazione del mercato privato di cura. Vanno a garantire un livello di competenza di base, assicurano validità territoriale del titolo ed offrono un percorso di crescita personale.

Sono ormai 14 le Regioni (in altre sono in atto sperimentazioni) che hanno definito uno standard formativo per le assistenti familiari⁵⁴. Ogni percorso formativo ha le sue caratteristiche in termini quantitativi e di strutturazione, così come si evince dalla Tabella 1.

Regione	Durata del percorso formativo
Abruzzo	400 ore
Campania	120 ore
Emilia Romagna	120 ore
Friuli Venezia Giulia	200 ore
Lazio	120 ore corso breve

⁵³ Ivi, p.151

⁵⁴ Ivi, p.160

	300 ore corso standard
Liguria	200 ore
Lombardia	160 ore corso base 300 corso standard
Marche	100 ore
Molise	200 ore
Piemonte	200 ore
Puglia	400 ore
Toscana	220 ore
Umbria	150 ore + stage
Valle d'Aosta	120 ore

I percorsi formativi presentano differenti definizioni di contenuti e diverse articolazioni in aree tematiche. In linea generale possono essere individuate 4 macrocategorie:

1. Istituzionale: include lo studio della rete dei servizi socio sanitari, delle figure professionali in essa operanti e della normativa in materia di assistenza socio - sanitaria.
2. Contrattuale: comprende l'analisi dei diritti e doveri del lavoratore, della persona assistita e dei familiari, la condizione giuridica dello straniero in Italia.
3. Relazionale: accorpa lo studio della psicologia dell'anziano, le tecniche di comunicazione, le modalità relazionali, la gestione delle emozioni e la capacità di ascolto, la prevenzione e mediazione delle tensioni.
4. Tecnico operativa: include l'igiene della persona, la mobilitazione , la preparazione e la somministrazione dei cibi, la geriatria (studio delle patologie frequenti negli anziani), le nozioni di pronto soccorso, l'igiene domestica, il governo della casa.

Se si provassero ora ad analizzare i punti critici nella formazione delle assistenti familiari si riscontrano senza dubbio elevati abbandoni. Conciliare la formazione con l'impegno richiesto dal lavoro di cura non è facile: da un lato le donne occupate come assistenti familiari hanno poco tempo per frequentare le lezioni, dall'altro le famiglie hanno difficoltà (e scarso interesse) a rinunciare anche solo per qualche ora alla presenza dell'assistente.

In secondo luogo si riscontra una ridotta adesione da parte delle donne con progetti migratori di breve periodo: chi è maggiormente interessata ad intraprendere un percorso formativo sono le donne con progetti di lungo periodo, in particolar modo quelle che aspirano a lavorare in strutture come case di riposo e ospedali.

Infine un grosso limite delle attività formative risiede, oltre che nella difficoltà di partecipazione da parte delle assistenti occupate, nell'esclusione di quelle irregolarmente soggiornanti, che come già analizzato rappresentano un'ampia fetta del totale. Si evidenzia, pertanto, la necessità di una maggiore coerenza tra gli interventi regionali di regolazione del mercato privato di cura e le politiche nazionali per l'immigrazione, che di fatto rendono difficoltosa la regolarizzazione delle assistenti extracomunitarie, vincolandola a specifici periodi-finestra e ad una numerosità massima ammissibile (decreti flussi), oppure a eccessivi esborsi economici in occasione delle sanatorie *ex post*. (Pasquinelli, Rusmini, 2013).

2.2.2 Sportelli di incontro domanda e offerta

Sempre di più sul territorio nazionale sono andati moltiplicandosi gli sportelli di incontro tra domanda e offerta. In linea generale gli sportelli offrono:

- Analisi dei bisogni familiari e individuali
- Analisi della competenza e informazioni sulle opportunità formative
- Incontro qualificato tra domanda e offerta
- Assistenza per le pratiche contrattuali o per l'utilizzo di voucher di lavoro occasionale.
- Consigli utili per la gestione del rapporto di lavoro.

Quindi sono dei luoghi dinamici che offrono informazione ma anche orientamento, accompagnamento e sostegno continuativo.

Il valore aggiunto più prezioso degli sportelli sta proprio nel poter collegare i sostegni della domanda (informazione, orientamento, sostegno economico, assistenza contrattuale) ai sostegni dell'offerta (informazione, formazione, riconoscimento delle conoscenze acquisite, iscrizione agli albi). Diventano luoghi in cui i diversi interventi operano in modo complementare⁵⁵.

⁵⁵ Pasquinelli, Rusmini, "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 166

Gli obiettivi generali degli sportelli prevedono di migliorare la capacità del contesto territoriale di rispondere non più in maniera emergenziale ma strutturale alla domanda di cura domiciliare qualificata, di garantire un supporto a percorsi di emersione del lavoro sommerso in ambito domiciliare, avviandone un processo di riconoscimento formale di qualificazione e valorizzazione, di favorire l'occupabilità femminile prevenendo fenomeni di espulsione dal mercato del lavoro causati da una doppia presenza lavoro/cura e creando percorsi di inserimento lavorativo qualificato e regolare per i soggetti più deboli.

L'obiettivo specifico è quello di prevedere l'attivazione di processi di emersione della domanda/offerta di prestazioni private di cura alla persona, potenziamento del sistema e della capacità di parte del sistema regionale di favorire l'emersione e la regolarizzazione dei rapporti lavorativi tra famiglie e assistenti familiari, promozione e riconoscimento della professionalità di chi svolge lavori di cura e assistenza a domicilio, favorendo l'inserimento in percorsi formativi, promozione di cambiamento culturale che porti a migliorare il grado di attrattività del lavoro di cura, soluzioni innovative in grado di integrare occupazione stabile e prestazioni di lavoro che rispondano alla domanda di sostituzione dell'assistente familiare per brevi periodi, promozione e potenziamento delle reti territoriali tra i principali soggetti che lavorano nello specifico settore di intervento.

Pasquinelli (2013) prova a definire quali risultati ottengono gli sportelli. Le uniche evidenze disponibili mostrano buoni riscontri per quanto riguarda i primi contatti, sia tra chi domanda lavoro (le famiglie) sia, soprattutto, tra chi lo offre (assistenti familiari), ma i numeri diminuiscono di molto quando si passa dai primi contatti agli abbinamenti, nonché ai contratti regolarmente stipulati.

La disponibilità a stipulare un contratto rimane bassa per motivi di convenienza reciproca. In nero un'assistente familiare prende al netto di più e costa di meno, a parità di ore lavorate. La pura intermediazione di lavoro, se non collegata ad altri interventi ha il fiato corto e lo sforzo sembra sproporzionato ai risultati.

A diffondersi capillarmente sul territorio sono anche i registri o albi delle assistenti. Questi sono strumenti che offrono alle famiglie le possibilità di accedere alle informazioni sulle lavoratrici in maniera trasparente, esercitando una facoltà di scelta che è invece fortemente limitata nel caso di una ricerca tramite passaparola. Tramite questi albi o registri alle assistenti familiari vengono riconosciuti uno status professionale, le conoscenze acquisite frequentando corsi ad hoc, le competenze maturate in ambito lavorativo.

I registri restano comunque uno strumento che ha un'efficacia limitata rispetto al raggiungimento di due obiettivi centrali: qualificare il lavoro di cura e ridurre il tasso di irregolarità.

La capacità di attrazione del sistema di incrocio domanda/offerta di lavoro tramite sportelli e albi si lega soprattutto alla presenza di ulteriori benefici: sostegni economici, orientamento, gestione delle pratiche burocratiche, supporto e accompagnamento alla relazione, copertura dei periodi di sostituzione, accoglienza temporanea di sollievo durante le ferie delle assistenti o per emergenze, nel contesto di un reale collegamento con i servizi sociali⁵⁶.

2.2.3 Sostegni economici

Nel corso degli anni sono sempre di più le regioni che erogano un sostegno economico sotto forma di assegno di cura, agli anziani non autosufficienti accuditi a domicilio con l'aiuto di un'assistente familiare regolarmente assunta.

Ogni Regione italiana legifera in materia e regolarmente i criteri per poter disporre del assegno. Solitamente le soglie di reddito per accedere a questi benefici, generalmente calcolato con l'ISEE, si aggirano fra 10 e 15 mila euro, in alcuni casi arrivano anche fino ai 30000 euro. L'importo del contributo, che sia fisso o variabile in base alle caratteristiche del beneficiario (gravità, condizione economica, numero di ore settimanali di assunzione dell'assistente familiare), nella maggioranza dei casi tende a coprire solo il costo degli oneri previdenziali che il datore di lavoro è tenuto a versare alla lavoratrice regolarmente assunta.

Per fare un esempio, in Friuli Venezia Giulia sono in atto da anni azioni volte non solo all'emersione del lavoro sommerso nella cura alla persona e al sostegno all'incontro domanda/offerta, ma anche nella qualificazione del lavoro delle assistenti familiari.

In FVG infatti, Legge Regionale 6/2006 ha previsto l'istituzione del Fondo per l'Autonomia Possibile (FAP) rivolto a persone che per la loro condizione di non autosufficienza, non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri.

⁵⁶ Pasquinelli, Rusmini, (2013) "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 168

Attraverso il Decreto del Presidente della Regione 8 gennaio 2015, n.7 è stato emanato il nuovo Regolamento di attuazione del Fondo, andando a ridefinire le modalità di erogazione del beneficio, gli interventi finanziati dal FAP e i criteri per l'accesso.

L'intervento che vede coinvolto l'ausilio delle assistenti familiari nella cura della persona non autosufficiente è quello previsto dall'art. 6 del Regolamento: Contributo per l'Aiuto Familiare (CAF).

Il comma 1 recita: *“il Contributo per l'Aiuto Familiare è un beneficio economico previsto allo scopo di sostenere le situazioni in cui, per l'accudimento delle persone in condizioni di non autosufficienza ci si avvale dell'aiuto di addetti all'assistenza familiare”*.

Gli addetti all'assistenza sono assunti direttamente dagli assistiti o dalle loro famiglie. Questi possono essere messi a disposizione anche da agenzie interinali e da soggetti, operanti nell'ambito dei servizi alla persona, appartenenti al settore pubblico, privato e del privato sociale, o da soggetti costituiti in forme associative che, in coerenza con i programmi di sviluppo delle economie del territorio e dell'imprenditorialità locale previsti dai Piani di Zona, agiscono nel campo dell'assistenza a domicilio.

Tra i requisiti all'ammissibilità del contributo il Regolamento identifica:

1. una soglia ISEE del richiedente pari a 30000 euro;
2. Regolare contratto di lavoro con una persona fisica;
3. Condizione di non autosufficienza del richiedente.

In linea generale, oltre all'obiettivo di favorire l'emersione del lavoro nero, in alcuni casi il contributo ha anche lo scopo di qualificare l'offerta. In questo caso non è vincolato solo alla regolare assunzione dell'assistente, ma anche alla sua iscrizione presso un elenco o albo di lavoratrici accreditate.

2.3 Esperienze virtuose a livello regionale

L'interesse verso pratiche di valorizzazione e qualificazione del lavoro di cura delle lavoratrici straniere è stato dimostrato dalla stragrande maggioranza delle Regioni italiane.

L'analisi delle esperienze realizzate in Italia ha permesso di individuare alcune pratiche e specifici progetti, permettendo di presentare un panorama il più possibile esaustivo di quanto si è sperimentato negli ultimi anni o si sta attualmente sperimentando in Italia. Si tratta, nella maggior parte, di interventi progettati e realizzati solamente a livello locale,

con forti connotazioni territoriali. Solo in pochissimi casi sono stati selezionati anche progetti transnazionali che hanno visto la realizzazione di sperimentazioni non solo in Italia, ma anche in altri Paesi europei, ma l'analisi di queste esperienze si è però concentrata esclusivamente su quanto realizzato a livello locale.

Se ne vogliono presentare alcuni a titolo esemplificativo⁵⁷:

1. In famiglia, vivere con la badante – Provincia di Milano. Il principale ambito tematico del progetto è quello dell'informazione e supporto alla regolamentazione delle condizioni di lavoro, fruizione di diritti/emolumenti (supporto per famiglie e lavoratori), empowerment dei lavoratori domestici e di cura. Svolge quindi azioni di informazione/comunicazione, sensibilizzazione e orientamento e formazione.
2. Progetto Iqea – Regione FVG e Regione Sardegna. Vuole raggiungere obiettivi di empowerment dei lavoratori domestici di cura, attraverso azioni di formazione e supporto per il riconoscimento delle competenze.
3. Sportello colf e badanti – Comune di Saronno. Con l'obiettivo di fornire informazione e supporto alla regolamentazione delle condizioni di lavoro e alla fruizione dei diritti.
4. Nuovi alunni nuovi cittadini – Comune di Bologna è un progetto che punta la sua attenzione ai figli dei lavoratori domestici attraverso interventi volti all'inclusione socio-educativa dei bambini/ragazzi a seguito di ricongiungimenti familiari. Fornisce accoglienza e orientamento, accompagnamento all'iscrizione scolastica.
5. Concilia – Comune di Lodi. Progetto che svolge azioni per la conciliazione famiglia lavoro.
6. Operation vote – Regione Toscana svolge azioni di inclusione sociale e di partecipazione alla vita pubblica per il sostegno ai lavoratori domestici e di cura
7. Associazione badanti Nadya – Comune di Ferrara. Propone percorsi di inserimento socio lavorativo per l'inclusione e la partecipazione dei lavoratori domestici alla vita sociale.

⁵⁷ Lavoro domestico e di cura: pratiche e benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa. (2015) Irs Milano. Progetto co finanziato dall'Unione Europea.

8. Progetto R.O.S.A. - Regione Puglia. Fornisce supporto ai lavoratori ai fini della regolamentazione delle condizioni di lavoro. Svolge interventi di formazione e mette a disposizione sportelli di incontro tra domanda e offerta.

2.4 Per concludere

L'analisi fin qui effettuata ha fornito un'immagine del lavoro di cura che appare ricca di offerte ma quello che emerge dall'analisi dell'esperienze di governo del mercato privato della cura è che tante cose si potrebbero ancora fare. Ogni intervento fin qui analizzato presenta punti critici e punti di forza, su cui varrebbe la pena investire.

Quello che emerge in maniera evidente è che perdura, nel nostro paese, l'assenza di una politica nazionale sulla non autosufficienza e di una strategia per l'emersione e la qualificazione del lavoro privato di cura. Quello che è stato fatto fino adesso si limita al riconoscimento di leggeri sgravi fiscali alle famiglie e alla destinazione dei fondi⁵⁸.

Ciò che si può rilevare è che è necessario un coordinamento tra le varie politiche affinché possano generarsi azioni di concertazione.

Innanzitutto, Pasquinelli sottolinea come sia necessario creare tutta una serie di azioni che vadano a valorizzare gli interventi del mercato della cura (formazione, incontro domanda/offerta, ecc). Qualsiasi intervento è irrilevante se l'informazione sulla sua esistenza non circola o se richiedere tali benefici è complicato. Quindi questo potrebbe essere un primo impegno da parte delle politiche locali.

A livello di governo, bisogna tenere in considerazione che l'accesso ai corsi di formazione rivolti alle assistenti familiari e l'iscrizione agli albi/registri è possibile solo per le assistenti familiari regolarmente soggiornanti in Italia. È evidente, quindi, attuare politiche per l'immigrazione che favoriscano la regolarizzazione di queste lavoratrici. Inoltre di fronte alla difficoltà, descritta precedentemente, per poter avviare le pratiche di regolarizzazione previste dalla sanatoria, è chiaro che c'è la tendenza ad evitare di intraprendere questi percorsi. O ancora, in assenza di un regime fiscale amico delle famiglie, che offra sgravi significativi, gli interventi regionali e locali continueranno a subire l'handicap di una potente forza attrattiva da parte del mercato sommerso. La mancanza di coerenza tra gli interventi regionali di regolazione del mercato privato e le

⁵⁸ Pasquinelli, Rusmini, (2013) "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 172

politiche nazionali penalizza fortemente gli sforzi in atto. Per ridurre il sommerso dilagante occorre lavorare sulla leva fiscale, potenziare le attuali, assai limitate detrazioni rendendo meno svantaggiosa l'assunzione. Una fiscalizzazione almeno parziale degli oneri sociali non è impossibile: la possibile riduzione del gettito verrebbe in larga misura compensata dall'emersione dei rapporti di lavoro prima sommersi.

Infine, Pasquinelli fa ben notare come a livello di politiche sia contraddittorio, da una parte favorire l'emersione del lavoro sommerso nell'ambito della cura destinando risorse a programmi specifici e dall'altra parte erogare un'indennità di accompagnamento che in assenza di finalizzazione può essere usata per alimentare rapporti di lavoro irregolari.

Rusmini sottolinea che servono servizi sociali collegati al mercato della cura, capaci di offrire informazione, accompagnamento, *counseling* alle famiglie e alle lavoratrici.

Quello dei servizi di collaborazione domestica si caratterizza in Italia per essere un mercato ancora fortemente destrutturato. Diventa quindi necessario attuare a livello centrale politiche per l'immigrazione, per il lavoro, per la formazione, per la non autosufficienza che siano tra loro concordanti.

Lavorare a "compartimenti stagni" risulta del tutto inefficace.

3. Analisi comparata degli stati

Si tenterà ora di entrare nel vivo della ricerca andando ad analizzare in che modo tre paesi europei (Germania, Inghilterra e Svezia) affrontano il tema del lavoro di cura svolto dalle lavoratrici domestiche straniere, ovvero se e come le politiche sociali hanno deciso di tutelare la qualità del lavoro. Williams (2012) fa presente come il fenomeno del lavoro di cura affidato a donne di origine straniera sia presente in tutti i paesi dell'Europa, pur essendo particolarmente sviluppato soprattutto nei paesi del sud Europa (Italia, Spagna, Grecia). Paesi che non a caso sono contraddistinti da un sistema di welfare di tipo familistico, dove cioè i compiti di cura vengono demandati alle famiglie e in misura nettamente minore allo stato. Le caratteristiche del sistema di welfare, delle politiche migratorie, le politiche assistenziali di cura e le politiche del mercato del lavoro, di ogni singolo paese europeo, e il modo in cui queste vengono tra loro intersecate rendono diverse le modalità di affrontare il tema dei Migrant Care Workers (MCW). Saranno proprio queste 4 le linee guida della ricerca, intese come i fattori fondamentali che influenzano l'impiego dei MCW dei rispettivi paesi:

1. La prima è l'analisi del **welfare state**, e quindi le principali caratteristiche che questo presenta in linea generale.
2. La seconda è l'analisi della **regolazione degli ingressi** e quindi quanto questi vengano regolati e controllati dalle normative, in modo tale da selezionarne gli arrivi in base alla nazionalità, competenze, requisiti specifici necessari al mercato del lavoro, quanto invece ci sia la tendenza a preferire una immigrazione non qualificata.
3. La terza vedrà l'analisi del **sistema assistenziale** dei singoli paesi, e quindi quanto i paesi ricorrano alla famiglia come fonte primaria di assistenza, o al contrario quanto lo stato riesca a fornire risposte adeguate alle esigenze dell'anziano non autosufficiente.
4. La quarta variabile infine è rappresentata dal **mercato del lavoro** del settore di cura, dove è possibile distinguere tra paesi in cui è presente una certa professionalizzazione del settore e paesi in cui il lavoro di cura è considerato a bassa qualificazione, ovvero non sono richieste competenze specifiche.

Dall'intersezione di queste variabili è possibile valutare dove i MCW trovino collocazione nei singoli paesi presi in considerazione.

Ognuno dei tre paesi analizzati rappresenta uno dei tre modelli di welfare state identificati da Esping Andersen:

1. La Germania per il regime Conservatore corporativo
2. L'Inghilterra per il regime liberale
3. La Svezia per il regime socialdemocratico

3.1 La Germania conservatrice

3.1.1 Caratteristiche del welfare state

Il regime conservatore corporativo si caratterizza per una maggiore importanza attribuita alla famiglia e alle associazioni intermedie nella socializzazione dei rischi infatti, la logica sottesa al processo di demercificazione enfatizza la collettivizzazione dei rischi in base alla posizione socio economica degli individui. L'adozione di criteri specifici di differenziazione negli interventi e nelle misure di sostegno comporta una distribuzione dei rischi sociali fortemente differenziata all'interno della popolazione. La maggior parte della procedure di erogazione dei servizi fa fede al principio della sussidiarietà, infatti, l'intervento dello stato si limita alle situazioni in cui viene meno la capacità della famiglia di provvedere ai suoi componenti rispetto ai più comuni rischi sociali, quali invalidità, malattia, disoccupazione e vecchiaia.

In sintesi, utilizzando la descrizione utilizzata da Ferrera (2006), il regime conservativo può così sintetizzarsi:

- Predominanza di schemi assicurativi pubblici collegati alla posizione occupazionale
- Formule di computo collegate ai contributi
- Destinatari principali: i lavoratori adulti maschi capofamiglia (*male breadwinners*)
- Enfasi sulla "sussidiarietà" degli interventi pubblici: lo Stato interviene solo nella misura in cui i bisogni non trovano risposta a livello individuale, familiare o di associazioni intermedie.

3.1.2 La regolazione degli ingressi

In Germania tra gli anni 50 e gli anni '70 si sviluppa compiutamente il sistema dei *Gastarbeiter*, i lavoratori ospiti. Un sistema che partì non tanto per una carenza generale di lavoro, quanto per la preferenza dello stato a “mantenere” le donne ad occuparsi del lavoro domestico, che sarebbe potuta continuare solo reclutando lavoratori dall'estero, piuttosto che incoraggiando le donne a entrare nel mondo del lavoro.

Tuttavia, l'attuale regime migratorio dà la sua priorità ad una “migrazione controllata” che preferisce lavoratori *skilled*, qualificati. Molte politiche europee, soprattutto quelle del Sud Europa, proprio sulla base della necessità di “conciliare” il lavoro di cura e il mondo del lavoro, hanno regolato le politiche degli ingressi attraverso un sistema di quote (come ad esempio la politica delle sanatorie in Italia, già ampiamente discussa nel capitolo precedente). Altri come ad esempio la Germania, hanno duramente riconosciuto la necessità delle lavoratrici domestiche, vista la loro volontà di una politica di “migrazione controllata”. Questo non significa affatto che i MCW non esistano in Germania, ma sono ben presenti e sopportano difficili condizioni di vita in, quella che Lutz (2008), definisce una *twilight zone*. Basti pensare che nel 2002 è stato stipulato in Germania un accordo, sulla scia del modello dei *Gastarbeiter*, dal nome inglese *Care Workers Scheme*, attraverso cui reclutò 4 mila tra baby sitter e badanti, da Polonia, Ungheria, Repubblica Ceca, Slovacchia e Slovenia per un periodo massimo di tre anni.⁵⁹ In Germania i MCW provengono da varie regioni del mondo, ma soprattutto dai paesi dell'Est Europa, in particolare la Polonia. A differenza di altri paesi europei, il governo tedesco riconobbe la presenza dell'immigrazione solo nel 2005 attraverso l'emanazione della legge sull'immigrazione *Zuwanderungsgesetz*. Fino al 1973, anno in cui si decretò la fine del sistema dei *Gastarbeiter*, l'influsso dei lavoratori era regolato da un sistema che aveva l'obiettivo di ridurre l'immigrazione (*Anwerbestoppausnahmegenehmigung*). Fino ad allora, e al contrario delle sue intenzioni, la Germania ha continuato ad essere una meta per gli immigrati⁶⁰.

Proprio come in altri paesi dell'Europa, l'attuale politica migratoria tedesca persegue e preferisce la strada di una migrazione controllata, con la priorità quindi ai lavoratori con

⁵⁹ Colombo A., *Fuori controllo? Miti e realtà dell'immigrazione in Italia*. Il mulino (2012), p. 24

⁶⁰ H.Lutz, E. Moellenbeck, *Care Work Migration in Germany: Semi – Compliance and Complicity*, in *Social Policy and Society – Volume 9*, July 2010

determinate competenze (come ad esempio ingegneri, manager, specialisti informatici). Il lavoro di cura rientra invece nella gamma del lavoro *unskilled* e indesiderato. Infatti, le normative sul lavoro domestico sono particolarmente severe. Diversamente dall'Italia, la Spagna e l'Austria, in Germania non esiste un sistema di quote che preveda la regolarizzazione di questo tipo di lavoratori.

Oggi la politica migratoria tedesca tende a privilegiare i lavoratori qualificati a continua a chiudere gli occhi di fronte la necessità di lavoratori che si occupino del lavoro di cura. Quindi, questo regime migratorio tende a privilegiare ed auspicare i flussi migratori di figure altamente qualificate, controllando ex ante l'ingresso, e limitando pertanto il flusso migratorio irregolare.

3.1.1 La professionalizzazione del lavoro di cura⁶¹

A. L'assicurazione per la Long Term Care, *Pflegeversicherung*

In Germania nei primi anni '90, l'assicurazione per la *long term care* (LTC) (*Pflegeversicherung*) venne prevista all'interno di un sistema assicurativo, andando a riconoscere la non autosufficienza come un rischio sociale. Questa prevedeva comunque una copertura parziale, richiedendo ai cittadini un'assicurazione aggiuntiva parziale.

La Germania può essere considerata come la pioniera nella riforma della LTC in Europa. Innanzitutto, il principale obiettivo era quello di ottenere un sistema universale che avrebbe ridotto la necessità per gli anziani di affidarsi alla prova dei mezzi per determinare il costo della loro cura. Ma ad ogni modo i soldi che concede lo Stato restano insufficienti per una persona che necessita di cura 24 ore al giorno.

B. *Pflegegeld*, il budget personale

Alcuni programmi in Germania sono basati su un budget personale (*Pflegegeld*) che viene assegnato all'utente sulla base dei suoi bisogni. Con questo budget egli può scegliere, con l'aiuto di un case manager, tra i servizi disponibili e/o pagare un assistente personale. Generalmente viene usato per un assistente alla cura informale.

⁶¹ La fonte di questo paragrafo è "Care Regime on the Move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy". Università di Charleroi, Belgium. Aprile 2012.

Questo budget personale prevede inoltre la possibilità di scegliere se ricevere esclusivamente l'intera parte in denaro, o suddividerne una parte in denaro e la restante parte in servizi "in natura" (*service in kind*). La tendenza generale dei fruitori del *Pflegegeld* è quella di utilizzarlo per compensare il supporto fornito all'anziano da parte dei familiari.

C. La "cura integrata", ⁶²*Integrierte Versorgung*.

In Germania il tema della "cura integrata" è stato discusso a due livelli. Da una parte, il coordinamento e la collaborazione in rete sono diventati importanti con l'introduzione dell'assicurazione di non autosufficienza (*Pflegeversicherung*) che ha praticamente introdotto un libero mercato per i servizi di assistenza e cura. In tale contesto si sono formati dei comitati di cura regionali o distrettuali al fine di un confronto regolare e regolamentare tra i vari attori, con l'obiettivo di sviluppare nuovi servizi, indicatori di qualità e progetti coordinati.

Per supportare lo sviluppo di progetti di cura e assistenza agli anziani il Ministero per la Famiglia, gli Anziani e le Donne ha istituito un bando di gara nel 2000 e quasi la metà dei 20 progetti finanziati avevano un focus sul coordinamento e il lavoro in rete.

Dall'altra parte la cura integrata in Germania è diventata una parola chiave delle ultime riforme sanitarie, in particolare nel 2004, quando un emendamento legislativo introduceva degli incentivi per le assicurazioni sanitarie e finanziamenti per gli investimenti necessari da parte dei fornitori. Il concetto è ispirato dall'approccio di "managed care" dei paesi anglosassoni. Si tratta quindi di percorsi integrati all'interno del sistema sanitario per guidare il paziente secondo la sua malattia dalla diagnosi fino alla riabilitazione.

D. Incentivi per la regolarizzazione delle lavoratrici domestiche

Così come in Italia, anche la Germania ha recentemente introdotto degli incentivi finanziari con l'obiettivo di regolarizzare l'ingente forza lavoro che opera nel mercato nero.

Nel 2009 la legislazione nazionale ha introdotto riduzioni del 20% sui costi della cura fino a 4000€ all'anno. Inoltre il Sistema prevede riduzioni per l'impiego di lavoratrici

⁶² Bertin G. (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*. Ed. Erickson, 2009.p. 204

immigrate impiegate 24 ore su 24 per un periodo massimo di tre mesi. Ma queste riduzioni fiscali restano comunque di utilità limitata per tutte quelle famiglie che hanno un basso reddito. Il sistema di tasse nazionale ha previsto quindi un Sistema che andasse ad agevolare e regolamentare l'assunzione dei MCW favorendone così un'assunzione regolare.

I trasferimenti monetari alle famiglie sembrano essere l'elemento chiave della politica tedesca della cura che fa aumentare l'impiego di *care givers* migranti che vivono nelle case private.

3.1.4 Il mercato del lavoro di cura

Helma Lutz (2008), una delle principali studiose tedesche sul tema, sostiene che anche la Germania, nonostante le politiche migratorie che richiedono degli immigrati altamente qualificati, e l'apparente scarso interesse da parte del governo tedesco verso il lavoro informale di cura, ha la tendenza a identificare persone esterne alla famiglia per svolgere le mansioni di pulizie della casa, per accudire i figli e per svolgere i compiti di cura agli anziani e ai disabili. Anche qui la maggior parte delle persone che svolgono queste mansioni sono donne e migranti.

In Germania si stima che i lavoratori domestici informali raggiungano circa 500 – 600 mila persone⁶³. E anche qui come in Italia traspare l'evidente "femminilizzazione" del fenomeno, in quanto le donne rappresentano la stragrande maggioranza dei MCW. Per quanto riguarda invece la provenienza in Germania sono principali cechi e polacchi, ma anche provenienti da altre nazionalità.

Importanti statistiche rilevano che, anche in Germania, le lavoratrici domestiche sono le principali protagoniste dell'economia sommersa, infatti è molto difficile fare una statistica ben precisa, proprio per l'evidente presenza di un mercato sommerso⁶⁴. Una ricerca svolta in Hessen (Assia, stato federale della Germania occidentale) rivela come un tedesco su due fa uso di lavoratrici domestiche (incluso per le attività di giardinaggio, lavori manuali e assistenza agli anziani).

⁶³ Pasquinelli, Rusmini, (2013) "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 119.

⁶⁴ H.Lutz, E. Moellenbeck, *Care Work Migration in Germany: Semi – Compliance and Complicity*, in Social Policy and Society – Volume 9, July 2010

In sostanza appare piuttosto chiaro come in Germania si abbia a che fare con una situazione in cui, da una parte c'è una chiara intenzione a ignorare la presenza delle lavoratrici domestiche della cura, e dall'altra però ce ne sia un disperato bisogno.

Lutz (2012) ci illustra come il regime di cura tedesco infatti è basato sulla premessa che siano le famiglie a prendersi cura dei propri anziani, e gli anziani stessi preferiscono essere assistiti dai membri della propria famiglia. In generale, inoltre, c'è la tendenza a non ricorrere all'assistenza infermieristica. Pfau – Effinger (2005) sostengono infatti che la politica ufficiale è caratterizzata da una cultura che si orienta ad un approccio familistico della cura.

Lutz afferma quindi che la Germania con il suo regime di welfare conservativo corporativista può essere comparato ai paesi dell'Europa meridionale.

Lutz nel suo articolo⁶⁵ si chiede se il lavoro di cura domestico possa essere considerato o meno un lavoro ordinario. La risposta è no. Innanzitutto perchè il lavoro di cura si svolge interamente all'interno dello spazio privato dell'assistito, luogo dove qualsiasi tipo di controllo a tutela della lavoratrice viene evaso. Inoltre, lo spazio privato domestico è un'arena dove l'individualità viene annullata, dove le lavoratrici domestiche devono performarsi e familiarizzare con lo spazio dell'anziano che curano. E' un luogo in cui non c'è spazio per la propria creatività e indipendenza. Secondariamente, il lavoro domestico non è solo impegnativo dal punto di vista psicologico, ma anche dal punto di vista emozionale. In questo impiego è difficile misurare quali siano le necessarie abilità emotive e sociali per svolgerlo con successo. E ancora Lutz continua sostenendo che il lavoro domestico è un impiego prettamente femminile, fornito gratuitamente e senza prestigio sociali. Un lavoro che per le sue caratteristiche resiste fortemente a una professionalizzazione e ad un' aumento della qualità per le lavoratrici.

In questo settore la relazione tra i lavoratori e i datori di lavoro non si caratterizza semplicemente come una relazione di sfruttamento, ma piuttosto come un rapporto di lavoro "isolante", che non riguarda solo la relazione con il proprio datore di lavoro, ma anche macrosistemi, come ad esempio il regime migratorio tedesco, che minimizza le qualità delle lavoratrici migranti e tende alla loro esclusione dalla società.

⁶⁵ Lutz H. *When home became a Workplace: Domestic work as an ordinary job in Germany?* In *Migration and domestic work*, edited by Helma Lutz. ASHGATE E book. (2008)

Interessante notare poi, come in assenza di un dibattito politico, ci sia un grosso fervore sul tema attraverso i giornali nazionali, che sostengono fermamente che il lavoro di cura in Germania dipenda tacitamente dal lavoro informale delle donne migranti.

Un esempio ne è il tabloid – daily *Bild*, che ha creato la sezione fumettistica che prende spunto dal libro “*Wohin mit Vater?*” “*Where to put my father?*” il cui giornalista non ha voluto palesarsi, utilizzando lo pseudonimo di Anonymus. Un esempio che rende chiaro a che punto sia in Germania il dibattito e le condizioni delle lavoratrici domestiche della cura. L’autore descrive una storia romanzata di una normale famiglia tedesca in cui gli ormai anziani genitori diventano non autosufficienti e dipendenti dalla cura di qualcuno altro. I due figli vagliano tutte le ipotesi e si accorgono che le cure da parte di un’infermiera qualificata sarebbero troppo care, e che la pensione degli anziani non basterebbe. Valutano la possibilità di un ricovero presso una casa di riposo, e l’autore ne descrive così la reazione all’idea:

“That’s unbelievable”, the son thought. “My father in a double room! Two men at a ripe old age who have never met before, two perfect strangers, are supposed to spend the rest of their days together on a few square metres now that they are old and invalided. They are supposed to share the other’s daily rhythm, smell his odours, suffer the other’s pain and his insomnia. And, when it comes to it, to see him struggle with death and die – in the bed next to one’s own. Unbelievable” the son thought.

La “soluzione” finalmente arriva nell’ultimo episodio, come “un angelo dalla Polonia”:
Teresa, a petite nurse speaking broken German, gave father back his enjoyment of life on the very first day – for 1,100 Euro a month.

La lavoratrice domestica polacca salva i due fratelli dalla battaglia di responsabilità nei confronti dei genitori e gli permette di continuare pacificamente le loro vite personali.

L’autore in questo libro vuole denunciare e mettere alla luce il problema culturale e sociale dell’impiego illegale della lavoratrici domestiche migranti molto presente anche in Germania. E lo fa utilizzando uno pseudonimo, Anonymous. Il messaggio finale per il lettore vuole essere la promessa che nel caso ci si trovi nella stessa situazione, si possa ricorrere al mercato formale.

3.2 L'Inghilterra liberale

3.2.1 Il welfare state

Il regime liberale è caratterizzato dalla prevalenza del mercato come principale agente di socializzazione dei rischi e da un basso livello di demercificazione. In questo regime la maggior parte dei programmi pubblici di assistenza sociale sono di tipo categoriale, riferiti cioè solo a specifici gruppi ad alto rischio. L'elemento che contraddistingue l'azione dello stato è il residualismo (proprio quello inteso dal modello residuale Titmussiano) infatti, non tutte le possibili situazioni di rischio sono coperte da un intervento statale e le prestazioni assistenziali sono rivolte agli individui in grado di dimostrare un reale stato di bisogno attraverso la prova dei mezzi.

Prevale dunque la necessità di ridurre la diffusione delle povertà estreme e dei fenomeni di emarginazione sociale. La funzione del welfare state è di garantire a chi ha perso l'autosufficienza il rientro nel mercato.

Ferrera (2006) sintetizza così il sistema di welfare liberale:

- Predominanza di misure di assistenza basate sulla prova dei mezzi (*means test*)
- Schemi di assicurazione sociale relativamente circoscritti e con formule di prestazioni poco generose
- Destinatari principali sono i "poveri", i bisognosi e i lavoratori a basso reddito
- Il welfare state incoraggia il ricorso al mercato: in modo passivo (minima interferenza e regolazione, soprattutto per quanto riguarda il mercato del lavoro) o in modo attivo (incentivi per il ricorso a schemi assicurativi non statali).

3.2.2 La regolazione degli ingressi⁶⁶

L'immigrazione nel Regno Unito è stata senza alcun dubbio segnata dalla sua storia coloniale. Nei decenni successivi alle guerre mondiali molti cittadini delle colonie si spostarono verso il Regno Unito. Negli anni 2000 molti migranti ottennero il permesso di risiedere in Inghilterra attraverso i ricongiungimenti familiari e per ragioni umanitarie.

⁶⁶ IOM Migration Research Series. The role of Migrant Care Workers in Ageing Societies. Report on research in United Kingdom, Ireland, United States, and Canada. (2010)

Kundnami⁶⁷ nel suo saggio ci dimostra come anche in Inghilterra le politiche migratorie nel corso degli anni si siano orientate andando a suddividere gli immigrati in immigrati desiderati e indesiderati, in base alle esigenze del mercato.

I lavoratori migranti che vengono ammessi nella nazione devono presentare un determinato livello di qualificazione, come ad esempio gli infermieri, i medici ed altre categorie professionali sanitarie. L'ammissione regolare nel Regno Unito richiede per queste professionalità una certificazione di conoscenza del sistema sanitario e un esame della competenza della lingua inglese.

Questi permessi di ingresso naturalmente non sono destinati ai MCW e al mercato della cura. I migranti con più basse competenze e qualità, tendono ad arrivare anche in Inghilterra attraverso il sistema dei ricongiungimenti familiari o delle richieste d'asilo⁶⁸. Allo stesso tempo anche l'espansione dell'Unione Europea, attraverso l'ingresso di diversi paesi quali Polonia, Slovenia, Slovacchia, ha incrementato il bacino di lavoratori immigrati a bassa qualificazione (*low skilled*) che hanno costituito un' importante fornitura per il mercato del lavoro della cura.

In Inghilterra, è tutt'ora vivo un ampio dibattito interno per un miglior controllo sul flusso dei migranti destinati a quell'ampia fetta del mercato del lavoro della cura. Per comprendere al meglio cosa è accaduto è necessario analizzarne i momenti più salienti.

Tra il 2001 e il 2006 furono rilasciati in Inghilterra oltre 22000 permessi a lavoratori destinati al mercato della cura. Ma questa tendenza si ridusse drasticamente con l'introduzione di criteri più restrittivi e con opportunità più ridotte di poter fare ingresso in questa fetta del mercato del lavoro. Tra le principali motivazioni c'era innanzitutto il fatto che i MCW presentavano un bassissimo livello di qualificazione, e bassissime competenze spendibili nel mercato del lavoro. Fino a quell'anno infatti queste posizioni sono sempre state considerate a bassissima qualificazione e con una tendenza a percepire bassi salari.

Fino al 2007, anno in cui lo UK Home Office, organo preposto agli Affari Interni dello Stato, invertì la rotta stabilendo che per poter beneficiare di permessi per questo tipo di impiego sarebbe stato necessario possedere determinati caratteristiche.

⁶⁷ Kundnami A. " *Gran Bretagna: l'integrazionismo, la politica del razzismo anti-musulmano*" in *Razzismo di Stato*, a cura di Pietro Basso, FrancoAngeli (2012)

⁶⁸ Franca Van Hooren, *Varieties of migrant care work: comparing pattern of migrant labour in social care*. *Journal of social Policy*, 22(2), 2012

Tra le principali si evidenziano le seguenti: i lavoratori della cura dovevano possedere una qualificazione formale, due anni di esperienza certificata, un impiego con il ruolo di supervisione, ed una remunerazione al di sopra del salario minimo.

In molti ritengono che questa inversione di rotta abbia reso molto più difficile per i datori di lavoro reclutare potenziali lavoratori fuori dall'Unione europea e per i lavoratori migranti altrettanto difficile sia rinnovare il proprio permesso di lavoro.

3.2.3 La professionalizzazione della cura⁶⁹

a. Il Sistema inglese del “quasi market”

In Inghilterra le autorità locali sono sempre state responsabili della fornitura di servizi destinati alla cura degli anziani non autosufficienti fin dai primi anni '70. Fino agli anni 90, quando l'intera gamma dei servizi di assistenza all'anziano iniziarono ad essere forniti nel domicilio dell'anziano fragile, attraverso organizzazioni no profit che, giocando un ruolo minore, non ricoprivano il posto dominante raggiunto dalla loro controparte nei principali paesi europei.

Infatti, il sistema sanitario del Regno Unito (*National Health Service NHS*) con il libro bianco *Working for patients*, nei primi anni '90, può essere considerato come uno dei pionieri in Europa del cosiddetto “quasi mercato”, inteso come nuovo sistema di regolazione del mercato interno.

Nei quasi-mercati lo Stato mantiene il controllo del funzionamento del settore ma delega la funzione di produzione dei servizi ad organizzazioni indipendenti (pubbliche, private), le quali competono per acquisire clienti e quindi vedono dipendere il loro finanziamento dalle scelte dei destinatari dei servizi o da chi per loro o, ancora più comunemente, da agenzie pubbliche o semi-pubbliche che agiscono come agenti degli stessi utenti finali. Da qui la definizione di quasi mercato, proprio perché vi è stata l'introduzione di meccanismi competitivi e di contrattazione tipici della logica dei mercati.

Nello spirito dei quasi-mercati pertanto il ruolo dello Stato dovrebbe consistere nell'esercitare la doppia funzione di responsabile dell'allocazione macroeconomica delle risorse e di supervisore dei risultati quali-quantitativi dell'offerta di servizi pubblici, restituendo forza al principio della sovranità dell'utente/paziente. I quasi-mercati, inoltre,

⁶⁹ La fonte di questo paragrafo è “Care Regime on the Move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy”. Università di Charleroi, Belgium. Aprile 2012

tendono a utilizzare gli incentivi tipici dei mercati concorrenziali per raggiungere obiettivi socialmente auspicabili ma devono agire all'interno di una struttura rigidamente regolata se vogliono evitare di degenerare in fallimenti. Quindi devono necessariamente prevedere la presenza di agenti, chiamati terzi acquirenti (*third-party purchaser*), che siano in grado di prevenire tali fallimenti. Essi agiscono per conto del paziente e identificano i bisogni della popolazione di riferimento, individuano con un largo tempismo i cambiamenti nei comportamenti dei fornitori e valutano i risultati.

Un'altra importante caratteristica tipica dei quasi mercati consiste nella possibilità da parte dello Stato di contribuire parzialmente alla copertura del prezzo che l'utente deve pagare al fornitore, contributo che varia sulla base del reddito del cittadino, prevedendo quindi una logica contributiva.

Soprattutto il settore dell'assistenza domiciliare ha visto, in Inghilterra, l'introduzione in maniera piuttosto massiccia di questo modo di regolazione del mercato.

In sostanza il risultato di queste riforme ha determinato un cambiamento radicale rispetto agli anni '70, quando i principali fornitori di servizi erano le autorità locali. Questo adesso non avviene più, e i principali fornitori sono diventati soggetti terzi ma pur sempre regolati dallo Stato.

Riassumendo, l'introduzione di "quasi mercati" anche nell'ambito sociosanitario ha creato una nuova cultura di contratti con un numero crescente di erogatori pubblici e privati (non profit e for profit), andando a creare un sistema assistenziale altamente competitivo e fortemente regolato dove ogni cittadino ha la possibilità di scegliere tra diversi soggetti produttori-erogatori. La concessione di questa facoltà mira ad introdurre un elemento di competizione che spinga verso un soddisfacente rapporto qualità/prezzo.

b. Il programma dei Budget Personali

Anche nel regno Unito, dal 1996, il programma "*Direct Payments*", attraverso l'erogazione di Budget Personali, è sempre più diffuso tra le persone con disabilità di tutte le età. In seguito a una valutazione dei bisogni individuali e delle capacità gestionali, alla persona richiedente viene assegnata una somma specifica (senza limiti) per assumere un'assistente personale (eccezionalmente anche un familiare), per pagare centri diurni e/o di breve termine, gite e altre attività. Per gestire questi Budget basta aprire un nuovo conto corrente. Al terzo settore è stato destinato un budget per la diffusione del

programma, nonché per aiutare i destinatari a gestire i conti e trovare il personale adeguato ai propri bisogni e aspettative⁷⁰. In sostanza attraverso questi Personal Budgets il trasferimento statale è destinato a ciascun beneficiario direttamente sul suo conto corrente bancario, con il diritto di spenderlo come meglio crede per curarsi, in modo tale che possano ritagliarsi su misura i servizi e gli ausili di cui hanno bisogno. Ciò significa un passaggio da servizi rigidi, centralizzati, erogati in blocco a un'offerta molto più flessibile, dislocata, informale e decentralizzata, spesso organizzata nei pressi delle abitazioni degli utenti⁷¹. Questa risorsa può essere usata in maniera del tutto flessibile, sulla base delle preferenze individuali e in accordo con un assistente personale (*care manager*) che fornisce l'aiuto necessario per valutare la risorsa più adatta⁷².

c. Le assicurazioni di sicurezza sociale

L'Attendance Allowance (AA) introdotta nel dicembre del 1971 e la Disability Living Allowance (DLA), introdotta 20 anni più tardi, furono le principali assicurazioni sociali in tema di anziani non autosufficienti.

Godono del beneficio DLA le persone che necessitano di aiuto e di assistenza personale o che hanno difficoltà nella deambulazione a causa di una disabilità fisica o mentale e che hanno meno di 65 anni al momento della presentazione della domanda. Questo assegno è corrisposto in aggiunta ad altre prestazioni senza obbligo contributivo.

Mentre hanno diritto a un assegno di aiuto (Attendance Allowance) le persone con più di 65 anni di età che necessitano dell'assistenza di terzi a causa di una disabilità fisica o mentale. Tale assegno può essere corrisposto in aggiunta ad altre prestazioni. Non sussiste alcun obbligo contributivo, ma è necessario soddisfare le condizioni di residenza e di presenza nel Regno Unito. Quasi un quinto della popolazione ultrasessantacinquenne percepisce l'AA che varia dai 200 ai 300 euro al mese (Organization for Economic Cooperation and Development, 2005).

Un terzo tipo di beneficio fu introdotto nel 2002, la Carers' Allowance, che è un' indennità settimanale che viene corrisposta a chi si prende cura della persona non autosufficiente

⁷⁰ Bertin G. (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*. Ed. Erickson, 2009. P. 198

⁷¹ Leadbeater C., Bartlett J., Gallagher N., *"Budget personali e servizi autogestiti"* in *Il Welfare che verrà*, mensile *Communitas*, maggio 2008.

⁷² LIVINDHOME, *living independently at home. Reforms in Home care in 9 European Countries*. Copenhagen 2011 SFI – The Danish National Centre for Social Research

per almeno 35 ore settimanali, pagata sulla base della gravità della disabilità. Tale contributo ammonta a circa 80€ alla settimana⁷³. Tale assegno può influire sulla corresponsione di altre indennità.

Questi benefici non impongono alcun obbligo da parte dei beneficiari, non sono basati sulla prova dei mezzi e possono essere spesi liberamente. In generale, i benefici relativi a queste assicurazioni sono mirati ad un ampio range di livelli di disabilità, comprendendone quindi un'ampia gamma.

Inoltre AA e DLA sono benefici universali, a differenza dell'assistenza domiciliare fornita attraverso il meccanismo del quasi mercato già ampiamente discusso che è basato prevalentemente sulla prova dei mezzi.

3.2.4 Il mercato del lavoro di cura⁷⁴

Negli anni recenti un importante afflusso di lavoratori stranieri in Inghilterra avviene negli anni che vanno dal 2004 al 2009, anni in cui l'Unione Europea apre le sue porte a molti Paesi, quali Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Ungheria, Romania. E' questa infatti la principale provenienza dei MCW nel Regno Unito. Ma non solo, molto spesso le lavoratrici della cura provengono anche da paesi dell'Asia, come Filippine o Sri Lanka. Nel 2008 il 20,7 % dei lavoratori impiegati nel settore della cura formalmente erano stranieri. Tale percentuale può essere stimata in un totale di 121.500 Migrant Care Worker in Inghilterra.

Per quanto concerne le principali modalità di impiego dei MCW si rileva che in Inghilterra il ricorso ad agenzie del lavoro per il reclutamento di Migrant Care Worker High skilled è in netto aumento. Le agenzie infatti possono rendere più agevole il rapporto di lavoro che intercorre tra il lavoratore e il beneficiario della cura, quindi l'anziano non autosufficiente e la sua famiglia, andando a regolamentare maggiormente l'orario di lavoro, il pagamento e i vari compiti che questa è tenuta a svolgere. Le agenzie vanno quindi a definire delle pratiche di impiego che rispettano i diritti delle lavoratrici. A tal proposito questo è quanto dichiarato da una MCW: *"It's good to be employed by an*

⁷³ www.gov.uk/carers-allowance/eligibility

⁷⁴ Lalany, Gordolan, Care and immigration. Migrant care workers in private households. (2009).

*agency. So you know, you get your correct time, everything, you know, systematically. You get your wages also good, you get your hours, you get your day off- everything”.*⁷⁵

Altre interviste con lavoratrici impiegate attraverso agenzie rivelano come queste vadano a regolare anche il tempo dedicato alle pause o al pagamento del lavoro notturno. Ad esempio se una lavoratrice non riesce ad usufruire della sua pausa, così come previsto da contratto, questa ha diritto al pagamento del lavoro straordinario.

La maggior parte delle assunzioni da parte delle agenzie viene fatta attraverso modalità informali, intendendo con questo termine però il fatto che il principale mezzo per reperire lavoro da parte delle lavoratrici domestiche è il passaparola e/o i rapporti di conoscenza e vicinato, molto spesso di persone provenienti dalla stessa regione geografica. Anche se molti MCW trovano impiego attraverso mezzi formali, il passaparola resta la forma di reclutamento e assunzione più comune. Ciò permette di fornire costi vantaggiosi per il datore di lavoro può in questo reperire una lavoratrice domestica con maggior facilità e senza costi aggiuntivi di intermediari. Naturalmente questo sistema basato sul passaparola funziona maggiormente quando parliamo di lavoratori *low skilled*. Le infermiere professionali tendono a trovare impiego attraverso canali di lavoro più formali, come ad esempio agenzie per l'impiego

A livello qualitativo, nel Regno Unito il governo ha istituito un codice “ *The code of Practice for the active Recruitment of Helthcare Professionals*”, che è stato curato dal servizio nazionale della salute (National Health Service).

Proprio come il nome suggerisce il Codice viene applicato nello specifico per il reclutamento di operatori sanitari professionali, andando a migliorarne le pratiche.

Alcune delle prescrizioni presenti nel Codice, impongono una protezione dei diritti dei lavoratori all'interno del posto di lavoro e si assicurano che questi abbiano un adeguato livello linguistico, nonché delle abilità nell'ambito della cura che siano sufficienti.

I Migrant Care Worker sono impiegati principalmente nel settore privato della cura, ma i dati quantitativi relativi all'impiego irregolare dei lavoratori migranti nelle famiglie non è disponibile. L'impiego privato sicuramente esiste ma dai dati in possesso si può affermare che questo fenomeno in Inghilterra è molto meno comune se comparato alla situazione italiana o ai paesi con welfare cosiddetto familista.

Sempre mantenendo il paragone con l'Italia, mentre qui i MCW hanno trovato il loro massimo impiego direttamente tramite le famiglie, proprio per le sue specificità di welfare

⁷⁵ Lalany, Gordolan, Care and immigration. Migrant care workers in private households. (2009), p. 22.

familiistico, in Inghilterra c'è la tendenza ad un maggiore inserimento del lavoratore migrante nel mercato del lavoro attraverso il mercato, nello specifico attraverso le agenzie deputate alla fornitura della cura, che come si è visto hanno avuto una larga diffusione. In tal senso, Van Horen (2012) nel suo saggio definisce il modello d'impiego dei MCW nel sistema di cura inglese come un modello definito "*migrant in the market*", migrante nel mercato, a differenza del modello italiano definito dallo stesso autore "*a migrant in the family*".

Non ci sono dati che ci indichino che i Direct Payments o le Attendance Allowance abbiano contribuito a incrementare l'impiego privato dei Migrant Workers. In pratica, il DP è spesso usato per pagare le lavoratrici della cura che comunque lavorano alle dipendenze di un'agenzia.

Dal momento che questi soldi vengono controllati dallo stato, questo non permette che vengano usati per l'impiego irregolari di MCW, come invece spesso accade in Italia.

3.3 La Svezia socialdemocratica

3.3.1 Il welfare state

Il regime socialdemocratico si distingue dagli altri due regimi per la centralità del ruolo dello stato nel processo di demercificazione e per l'adozione del principio universalistico come riferimento prevalente nella programmazione delle politiche sociali. L'obiettivo di questo disegno istituzionale è di garantire a tutti gli individui, senza discriminazioni, la protezione sociale come diritto di cittadinanza, in base al solo stato di bisogno individuale, e quindi di demercificare il benessere riducendo al minimo le dipendenze dal mercato attraverso uno sforzo statale attivo ed esplicito. In quest'ottica lo stato si pone in sostituzione al mercato e alla famiglia. Questo terzo regime di welfare richiama la definizione del modello istituzionale redistributivo di Titmuss.

Volendo schematizzare con la definizione fornita da Ferrera (2006) il sistema di welfare socialdemocratico presenta le seguenti caratteristiche:

- Predominanza di schemi universalistici di sicurezza sociale con alti standard di prestazione
- Formule di computo: generose, ma prevalentemente a somma fissa con finanziamento fiscale
- Il welfare state mira a marginalizzare l'importanza del mercato come fonte di risposta ai bisogni e ai rischi sociali

3.3.2 La regolazione degli ingressi

La Svezia è caratterizzata da un sistema di governo del regime degli ingressi piuttosto rigido dove l'immigrazione irregolare e l'impiego informale vengono duramente sanzionati. Il numero dei migranti *undocumented* risulta infatti piuttosto basso. Si stima, da un report del governo svedese che in Svezia nel 2011 non erano presenti più di 35000 migranti irregolari⁷⁶.

In Svezia, a differenza dei principali paesi mediterranei, la maggior parte dell'immigrazione degli ultimi decenni non è stata di tipo economico, bensì un'immigrazione costituita da richiedenti asilo e da ricongiungimenti familiari. L'espansione dell'Unione Europea del 2004, costituisce anche in Svezia, così come in Inghilterra, un'apertura delle frontiere a quei paesi che entravano a farne parte permettendone pertanto un ingresso regolare. Il principale apporto di lavoratori stranieri fu fornito in quegli anni dalla Polonia⁷⁷.

Le statistiche presentano anche in Svezia una tendenza a preferire migrazioni *high skilled* contro un'immigrazione *low skilled*⁷⁸. Ricerche svolte nel campo dell'assistenza familiare

⁷⁶ Swedish Governmental Commission: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/98/15/1ce2f996.pdf>, date of access 25. 3. 2015

⁷⁷ Hobson B., Hellgren Z., Bede L., "Migration and domestic care service and the capabilities of migrants in Sweden and Spain" Families and societies. Working paper series 45(2015).

⁷⁸ Hobson B., Bede L., *Precariousness and capabilities: migrant care/domestic workers in two institutional contexts*. TEORIJA IN PRAKSA let. 52, 3/2015

identificano infatti un numero consistente di lavoratrici che nel paese di origine svolgono mansioni come segretarie, infermiere, o comunque tutte mansioni che hanno previsto un titolo di studio.

I recentissimi avvenimenti migratori che stanno coinvolgendo l'intera Europa vede la presenza di un ampio numero di rifugiati in Svezia provenire dalla Siria. Infatti, in seguito a tali eventi l' "Union centre for undocumente migrants" a Stoccolma stima, ad oggi, la presenza di circa 50000 75000 migranti *undocumented* in Svezia⁷⁹.

3.3.3 La professionalizzazione della cura

Il settore della cura agli anziani a lungo termine in Svezia è gestito a tre livelli. Un primo livello è esercitato dal governo centrale attraverso gli strumenti classici quali la legislazione, le politiche sociali e i sussidi statali. Lo Stato inoltre svolge una funzione di supervisione su tali politiche attraverso National Board of Health and Welfare (*Socialstyrelsen*). Un secondo livello è quello regionale che vede le 21 regioni responsabili della maggior parte del settore della sanità. Infine a livello locale le 290 municipalità (*kommun*), di dimensioni e caratteri diversi, sono legalmente obbligati a fornire i servizi base della domiciliarità per persone di tutte le età⁸⁰.

Il settore dell'assistenza domiciliare in Svezia è regolato dal *Social Service Act*, introdotto nel 1982. L'obiettivo generale di questa legge è quello di assicurare il diritto universale all'assistenza. Infatti, proprio sulla base delle caratteristiche del welfare state socialdemocratico, ognuno ha diritto di rivendicare il servizio pubblico e il supporto in qualsiasi momento della vita, e le autorità locali hanno il diritto di assicurarsi che tali necessità vengano sempre soddisfatte. L'assistenza fornita dallo stato dovrebbe essere inoltre sempre di buona qualità e in grado di assicurare un "ragionevole livello di vita"⁸¹. Di pari passo l'innovazione più importante è stata la riforma effettuata dal governo nel 2007. La coalizione Conservativa, allora al governo, mise in atto un' importante agevolazione fiscale che permise alle famiglie di ottenere dei generosi sgravi fiscali per quanto concerne il sistema privato di cura domestica, attraverso l'assunzione di operatori qualificati. L'agevolazione prevede il diritto da parte dei contribuenti di un'agevolazione fiscale del 50% sulla spesa relativa ai servizi domestici e di cura. Nel rispetto della logica

⁷⁹ www.migrationsverket.se

⁸⁰ LIVINDHOME, living independently at home. Reforms in Home care in 9 European Countries. Copenhagen 2011 SFI – The Danish National Centre for Social Research

⁸¹ Ibidem

del regime di welfare socialdemocratico, in Svezia la principale fonte di finanziamento della spesa dedicata ai servizi per gli anziani proviene per l'85% da tasse municipali e un 10% da tasse nazionali, facendo sì che possa essere il settore pubblico il deputato principale a soddisfare il bisogno dei cittadini.

Nonostante questo però, è necessario sottolineare che in Svezia dal 1993 al 2010 la fornitura privata di assistenza domiciliare è aumentata dal 3% al 19%. Il sistema ha visto quella che viene definita "marketizzazione" del mercato del lavoro. I servizi sono stati a poco a poco esternalizzati e quindi privatizzati e lasciati alla libera scelta del consumatore, con quella che viene chiamata politica del "cash for care".

Alla luce di questi elementi è facile intuire che in Svezia c'è stata la tendenza a preferire le agevolazioni fiscali introdotte dallo Stato con la riforma del 2007 piuttosto che affidarsi al settore privato, che seppur esistente, è meno conveniente⁸². La Svezia è un paese dove la logica del *cash for care* gioca un ruolo marginale se comparato ai servizi pubblici offerti dallo stato.

3.3.4 Il mercato del lavoro di cura⁸³

Il fenomeno dei MCW si rileva anche in Svezia seppur in misura inferiore ai paesi mediterranei e alla Germania.

Nell'agenda politica svedese il tema del lavoro migrante, come soluzione primaria al problema dell'invecchiamento generale della popolazione, è molto discusso a livello politico e sociale.

Anche nella società svedese la rete sociale costituisce per i lavoratori migranti una opzione importante per trovare impiego, diventa cruciale per i processi migratori utilizzare questa strategia. Le reti sociali sono altrettanto cruciali per il mercato del lavoro. In Svezia il 60/80% del lavoro formale è organizzato attraverso queste reti sociali informali. Soprattutto se si tratta di migranti con limitati accessi al mondo del lavoro e alle istituzioni (dovuto al limitato accesso a informazioni, comunicazione e diritti sociali e legali), le reti sociali (*social network*) sono la chiave per trovare lavoro.

⁸² Ibidem

⁸³ Le fonti del paragrafo sono: Gavanoas A., who cleans the welfare state? Migration, informalization, social exclusion and domestic services in Stockholm. Institution for studies, Research report. 2012; Hobson B., Bede L.. Precariousness and capabilities: migrant care/domestic workers in two institutional contexts. TEORIJA IN PRAKSA let. 52, 3/2015

Come già esplicitato, l'economia formale e quella informale non sono separate ma in una relazione quasi simbiotica, dove gli intermediari si occupano di mettere in connessione le agenzie deputate al reclutamento di lavoratori con i lavoratori. In Svezia si individuano tre tipi di intermediari: gli imprenditori (*entrepreneurs*), reti sociali (amici, la famiglia, la comunità di appartenenza, internet e i social network) e i subappaltatori (*subcontractors*). Questi intermediari organizzano l'economia in/formale mettendo in contatto lavoratori e datori di lavori, si occupano di vendere contatti alle compagnie che si occupano del settore domestico della cura di potenziali lavoratori migranti. Il sociologo Zoran Slavic sostiene che le "reti sociali" costituiscono una strategia di sopravvivenza per i lavoratori migranti per compensare l'esclusione dal mercato del lavoro. In altre parole questi *social networks*, *subcontractors* e *entrepreneurs* compensano il gap esistente tra i migranti e il mercato del lavoro.

I lavoratori domestici in Svezia sono obbligati a muoversi attraverso il mercato informale come fosse un passo obbligatorio per giungere ad un impiego riconosciuto nel mercato del lavoro formale.

La conoscenza fluente della lingua svedese costituisce anche una risorsa cruciale per i migranti per il processo di inclusione all'interno del mercato del lavoro formale. Diversamente, la mancanza di questo requisito, così come la mancanza dei documenti necessari che rendono il migrante regolare costituiscono la possibilità di sfruttamento da parte degli attori che fanno parte di questa catena del settore di cura domestico. Da ciò si rileva la tendenza da parte di questa nazione a puntare su una maggior qualificazione e professionalizzazione delle lavoratrici della cura.

L'introduzione di agevolazioni fiscali voluta dal governo nel 2007 per il servizio domestico è uno dei maggiori fattori che hanno influenzato la richiesta e le condizioni di lavoro nel settore domestico della cura, determinando anche un'importante decrescita del mercato informale a favore di quello formale. Fino a poco tempo fa infatti, la classe media in Svezia non considerava il lavoro domestico di cura fiscalmente conveniente.

All'inizio degli anni 2000, due grandi compagnie hanno dominato il settore di cura domestico in Svezia: "*Hemfridd*" con 3500 clienti, e "*Homemaid*" con 2000 clienti.

A partire dall'introduzione della riforma relativa alle agevolazioni fiscali in Svezia del 2007, ricorrere all'utilizzo dei servizi domestici è diventato incredibilmente comune ed accettato nel discorso pubblico, ed ha portato inoltre ad una riduzione del ricorso al mercato informale da parte delle famiglie.

C'è anche chi sostiene che attraverso le riduzioni del 2007 ha sperimentato uno sviluppo positivo per i lavoratori migranti, attraverso anche l'inclusione sociale.

Il settore formale di cura è in grado di offrire grandi possibilità di lavoro, con lavori onesti e regolati, per un significativo numero di persone.

Gli intermediari, di cui si è parlato, sostengono che la riduzione delle tasse che il governo svedese ha apportato nel mercato dei servizi di cura ha costituito una precondizione necessaria per la loro esistenza. Questi sostengono inoltre che se le agevolazioni fiscali venissero rimosse, il mercato formale sparirebbe per lasciare spazio a quello informale nuovamente. Tanto che il numero delle aziende che si occupa di questo settore si è incrementato del 24% durante i primi 5 anni successivi all'emanazione della riforma del 2007⁸⁴. Il settore domestico è diventato altamente competitivo in Svezia grazie all'espansione esponenziale di queste ditte che competono all'interno di un mercato ridotto⁸⁵.

3.4 Analisi dei dati e conclusioni

La comparazione dei sistemi migratori tra gli stati presi in considerazione ci ha permesso di rilevare alcune differenze ed analogie.

L'analisi fornita da Colombo (2012) ci aiuta a sostenere che il quadro delineato non autorizza ad affermare che i livelli di regolarizzazione dei paesi dell'Europa mediterranea (Italia, ma anche Spagna, Portogallo e Grecia) e quelli dell'Europa Centrale e Settentrionale (Regno Unito, Germania e paesi scandinavi) siano comparabili. Germania e Regno Unito infatti, se comparati a paesi mediterranei, dimostrano valori decisamente modesti di regolarizzazioni di immigrati. Quindi quello che appare è che ci troviamo di fronte a dei paesi che più di altri riescono a tenere sigillate le frontiere, e che più di altri risultano impermeabili a immigrazioni indesiderate.

Ma tale affermazione risulta parzialmente vera. Come si è visto infatti, in paesi come l'Italia la principale fonte di lavoratori stranieri dedicati al lavoro di cura viene regolarizzato attraverso le cosiddette sanatorie. Mentre in paesi come Svezia e Inghilterra la principale fonte di lavoratori dedicati al lavoro di cura è data da chi arriva in questi

⁸⁴ Hobson B., Bede L., Precariousness and capabilities: migrant care/domestic workers in two institutional contexts. *TEORIJA IN PRAKSA* let. 52, 3/2015.

⁸⁵ *Ibidem*

paesi attraverso domande di ricongiungimento familiare e di richiedente asilo. In tal senso bisogna tenere in considerazione nell'analisi anche il comportamento tenuto da questi stati nei confronti delle domande di asilo e delle richieste di concessione dello status di rifugiato.

Un sguardo alle dimensioni di questi processi rivela, allora, che ciò che per i paesi dell'Europa meridionale, e quindi l'Italia, sono state le regolarizzazioni e le sanatorie, per paesi quali, Regno Unito, Svezia e Germania è stato l'accoglimento delle domande di richiedenti asilo e rifugiati. Fermo restando poi che in Germania nel 2002 abbiamo assistito a quello che è stato soprannominato il *Care Workers Scheme*, con la regolarizzazione di 4 mila badanti e baby sitter.

Ci troviamo quindi di fronte a due tipi di regimi migratori⁸⁶:

1. Regime migratorio più regolato (Svezia, Regno Unito e Germania), dove l'immigrazione qualificata è considerata auspicabile; l'immigrazione per motivi di lavoro è altamente regolata e controllata, non prevedendo sanatorie (in questo senso la Germania si trova in una via di mezzo); l'immigrazione irregolare è infrequente; nel settore della cura gli immigrati sono impiegati generalmente da agenzie od organizzazioni che operano a tutela delle lavoratrici domestiche riducendone il rischio di sfruttamento da parte del datore di lavoro (fatta eccezione per la Germania che vede un'ampia fetta delle lavoratrici domestiche impiegate privatamente).
2. Regime migratorio meno regolato (Italia) caratterizzato da immigrazione poco qualificata, che viene tollerata, seppur non auspicata; l'immigrazione da lavoro è regolata, ma scarsamente controllata con frequente adozione di misure sanatorie; l'immigrazione irregolare è frequente; nel settore della cura gli immigrati sono prevalentemente assunti privatamente dalle famiglie, e molto spesso in maniera irregolare.

Le differenze presentate tra i vari regimi assistenziali portano anch'esse ad alcune conclusioni: la presenza di sistemi assistenziali più o meno regolamentati portano ad un "utilizzo" diverso dei MCW nei vari Paesi.

1. Nei regimi assistenziali più regolamentati (Svezia e Inghilterra) i MCW trovano collocazione soprattutto come regolari dipendenti delle agenzie intermediarie

⁸⁶ Pasquinelli, Rusmini, (2013) "Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche". Ediesse, p. 125

erogatrici di assistenza, godendo anche in linea di massima di un trattamento uguale a quello riservato alla forza lavoro autoctona. Seppur, come si è visto, il lavoro informale esiste in minima parte e queste rende gli immigrati maggiormente vulnerabili a situazioni di sfruttamento. Questo tipo di regime affida la cura nella non autosufficienza prevalentemente al settore formale/professionale e meno alla famiglia. C'è la tendenza a favorire agevolazioni fiscali per il pagamento dei servizi dedicati al settore di cura.

2. Nei regimi assistenziali meno regolamentati si riscontra un consistente ricorso a trasferimenti monetari per la non autosufficienza erogati senza vincolo di destinazione, come avviene in Germania e in Italia. È un regime che affida la cura della non autosufficienza esplicitamente al sostegno informale delle famiglie e implicitamente a quello irregolare e non professionale delle assistenti familiari. L'assunzione che avviene in forme irregolari rendono i lavoratori soggetti ad un rischio di sfruttamento (non solo economico) ben più elevato di quello riscontrabile tra la forza lavoro autoctona.

Infine il terzo elemento di paragone è stato quello del mercato del lavoro.

Innanzitutto un carattere che accomuna tutti i paesi presi in considerazione è che quello dei Migrant Care Worker è un fenomeno presente in tutti i paesi, seppur in misura nettamente inferiore, quasi marginale, in Svezia dove il ruolo dello stato è predominante. L'analisi delinea poi quello dei MCW come un lavoro svolto prevalentemente da donne, se identifica pertanto un carattere di "femminilizzazione" per questo settore del mercato del lavoro. Si riscontra che è un lavoro che per le sue caratteristiche resiste fortemente a una professionalizzazione e ad un' aumento della qualità per le lavoratrici, soprattutto in Germania e in Italia. Mentre Inghilterra e Svezia puntano ad una maggiore professionalizzazione dei lavoratori, dimostrazione di ciò è anche la richiesta della conoscenza della lingua locale.

Per cercare di dare uno sguardo di insieme a questa comparazione, quello che si può osservare è che in paesi caratterizzati da un sistema di welfare socialdemocratico, quindi la Svezia, e in paesi liberali, quindi l'Inghilterra, si riscontra una presenza rilevante di servizi di cura pubblici professionalizzati, affiancata da un approccio migratorio fortemente regolato. Ciò avviene in misura minore in paesi continentali con un welfare conservativo come la Germania. Qui il lavoro dei Migrant Care Workers si dispiega prevalentemente in forma di occupazione regolare ma è si rileva anche un importante

quota di lavoro irregolare all'interno delle famiglie. La Germania si colloca quindi come una via di mezzo tra Svezia e Inghilterra e l'Italia che, con il suo welfare familistico, è tipicamente contraddistinto da un'offerta più debole di servizi assistenziali e professionalmente qualificati, nonché da minori controlli migratori, in cui i MCW vengono assunti prevalentemente a titolo individuale ed irregolare da parte dei nuclei familiari degli anziani non autosufficienti.

Chiatti (2012) offre a tal proposito una distinzione di tre principali approcci che possono corrispondere agli elementi rilevati in questa comparazione:

1. Nordico britannico (Svezia, Inghilterra): la prevalente finalità dei più recenti interventi operati in questo tipo di welfare state è stata quella di flessibilizzare l'offerta di servizi, attraverso l'introduzione o l'estensione dei trasferimenti monetari (o assegni) di cura e stimolando una maggiore privatizzazione del settore, onde attribuire all'utente un maggior grado di autonomia nella scelta del mix e del tipo di servizi più confacenti.
2. Continentale (Germania): in tale contesto l'adozione degli assegni di cura ha mirato prevalentemente ad estendere la platea dei beneficiari degli interventi, allargando al contempo anche il mercato di cura privato.
3. Mediterraneo (Italia) a fronte di un'offerta tradizionalmente debole di servizi, i trasferimenti monetari in questi paesi hanno assunto una funzione prevalentemente "risarcitoria" dei compiti di cura svolti dalle famiglie, il cui ruolo centrale non è stato generalmente messo in discussione.

Un altro trend che si può riscontrare è quello della propensione del regime socialdemocratico svedese a usare la leva fiscale piuttosto che quella monetaria. Ne è la dimostrazione la riforma del 2007 che ha permesso importanti agevolazioni per lo sviluppo del settore assistenziale di cura, favorendone così drasticamente la riduzione mercato del lavoro illegale. La riduzione del regime fiscale appare tuttavia anche in Germania. Al contrario di Italia e sorprendentemente della Gran Bretagna.

In estrema sintesi, ritornando all'espressione proposta da Van Horeen (2012), il Sistema di welfare familistico italiano ci fa pensare alla lavoratrice migrante all'interno della famiglia "*migrant in the family*", il modello liberale ci porta alla mente l'idea del migrante all'interno del mercato, "*migrant in the market*", mentre il regime socialdemocratico si contraddistingue per la netta presenza dello Stato.

4. L'esigenza di un welfare transnazionale

Il capitolo precedente ha messo in luce quanto il fenomeno del lavoro di cura svolto da lavoratrici migranti sia un fenomeno presente in molti paesi dell'Unione Europea, con le proprie peculiarità in relazione agli specifici sistemi di welfare.

In questo capitolo si analizza l'importanza del ruolo svolto dai lavoratori migranti, e nello specifico dalle lavoratrici della cura, nelle società europee all'interno di un welfare molto spesso informale. L'analisi di questo capitolo permetterà di mettere alla luce quanto le società europee ne risentirebbero se non ci fosse la presenza di questi lavoratori. I dati analizzati permetteranno anche di far emergere quanto le lavoratrici della cura contribuiscono anche allo sviluppo del paese di origine, e non solo a quello di accoglienza, attraverso le rimesse che questi inviano ai propri familiari.

Ma questo aspetto presenta anche un'altra faccia: le ripercussioni sulla famiglia che lasciano nel paese d'origine, le famiglie *left behind*, primi fra tutti i figli.

L'analisi di questo fenomeno porta a prendere in considerazione l'esigenza di promuovere una politica di welfare transnazionale, che sia in grado di mettere al centro innanzitutto i bisogni delle migranti e che le sostenga nelle diverse fasi del loro percorso migratorio e di vita.

Infine si esamineranno le principali azioni messe in campo dai più importanti organismi mondiali, come ad esempio la Convenzione ILO sul lavoro domestico.

4.1 Il contributo delle lavoratrici domestiche allo sviluppo dell'economia

4.1.1 Il contributo dell'immigrazione in generale

Nei capitoli precedenti si è mostrato come il mercato della cura in Italia, ma anche in altri paesi dell'Europa, è basato essenzialmente dal lavoro delle donne migranti, che costituiscono una risorsa fondamentale ma pur sempre vittima di privazioni di diritti fondamentali.

Nonostante il ruolo cruciale che le lavoratrici straniere svolgono nel colmare le lacune del welfare state, gli immigrati sono facilmente indicati dai media, dai politici e dall'opinione pubblica come un problema e una minaccia da cui le società di accoglienza

devono liberarsi, cavalcando la riduzione del numero dei migranti e una certa precarizzazione dello status di immigrato, ritenuto un peso economico e sociale insopportabile.

Dati forniti dalla ricerca *Transatlantic Trends Immigration*, mettono alla luce come l'atteggiamento nei confronti dell'immigrazione negli Stati Uniti e nei cinque paesi UE presi in considerazione (Francia, Germania, Italia, Regno Unito e Spagna) rivela che la maggioranza degli americani (53%) e degli europei (52%) continua a non ritenere l'immigrazione un'opportunità ma un problema. In tutti i paesi la maggioranza degli intervistati si dichiara preoccupata dell'immigrazione clandestina, con una media europea del 67% e picchi in Spagna del 74% e soprattutto in Italia con una percentuale dell'80%. Il nemico da combattere resta la percezione degli immigrati come "usurpatori" di risorse sociali ed economiche già insufficienti per i soli cittadini autoctoni⁸⁷.

Eppure i dati raccontano un'altra storia. La Fondazione Leone Moressa, che nel 2015 ha pubblicato il Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione, ci fornisce dati accurati sul contributo dei migranti all'economia. Innanzitutto capiamo che in Italia sul totale di 5 milioni di stranieri rappresentano una componente importante per il nostro paese in quanto contribuiscono con circa 125 miliardi di euro a rimpinguare le casse dello Stato, che in termini percentuali corrisponde all'8,6% del Valore Aggiunto. La *tabella 1* descrive nel dettaglio in quali settori questi sono impiegati. Il contributo principale è fornito dal settore dei servizi, che la Fondazione tiene a sottolineare essere costituito da ristorazione ed edilizia. Oltre ad essere una risorsa per il paese di accoglienza, gli immigrati costituiscono anche una risorsa per il paese d'origine, attraverso le rimesse che vengono spedite. I dati dimostrano come le rimesse spedite nei paesi d'origine ammontino complessivamente a circa 5 miliardi e mezzo di euro, il *grafico 2* mostra nel dettaglio la suddivisione tra i vari continenti. Le rimesse sono state definite come il metro di misura dei legami che connettono i migranti con le loro società di provenienza⁸⁸.

La Fondazione Moressa ci fornisce un altro dato per sottolineare l'importanza del contributo economico che gli immigrati forniscono al nostro paese, che vale la pena tenere in considerazione. Si tratta del rapporto tra i costi e i benefici dell'immigrazione: quante sono le entrate da loro prodotte e quante sono le uscite che questi determinano nelle casse statali, dove le entrate sono determinate appunto dal gettito fiscale e dai contributi

⁸⁷ Felice F., Prencipe L., *Immigrazione e welfare. Un rapporto difficile* in Libertà Civili, marzo – aprile 2012.

⁸⁸ Ambrosini, *Un'altra globalizzazione, la sfida delle migrazioni transnazionali*. IL mulino, (2008)

previdenziali, e le uscite sono determinate dai servizi del welfare (sanità, scuola, servizi sociali). Il saldo finale è di + 3,9 miliardi di euro. Non è affatto un dato trascurabile, quindi, che gli immigrati versino alle casse pubbliche più di quanto prendano come fruitori di prestazioni e servizi sociali.

Ricchezza prodotta dagli occupati stranieri in Italia (anno 2014)

Settori	“Pil dell’immigrazione” (in milioni di €)	% del V. A. prodotto da immigrati su tot. V. A.
Agricoltura	4.749	14,1%
Manifattura	24.941	9,5%
Costruzioni	13.250	17,3%
Commercio	10.220	6,3%
Alberghi e ristoranti	9.369	18,0%
Servizi	62.334	7,2%
Totale	124.863	8,6%

Rimesse ai paesi di origine

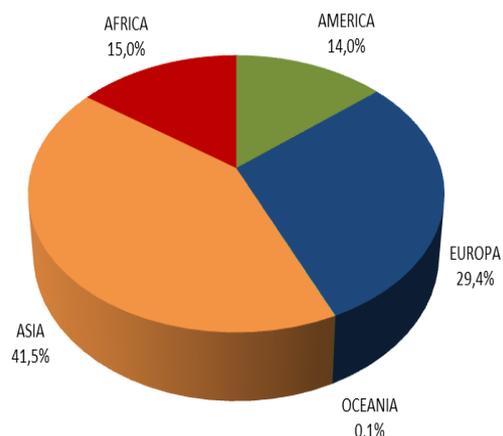


Grafico 1

Tabella 1

Studi condotti anche in altri Paesi europei, come nel Regno Unito, hanno indicato che il contributo della popolazione straniera all'erario è del 10% maggiore di quanto essi ricevano come beneficiari di stato sociali⁸⁹. Risultati analoghi sono emersi in Germania, dove i migranti contribuiscono all'economia in modo molto maggiore di quanto non ricevano in benefici economici diretti, riuscendo anche a dimostrare che non ci sono significative differenze tra la *welfare dependency* (il livello di dipendenza dai servizi sociali) della popolazione autoctona e di quella straniera. Più in generale gli studi svolti nell'Unione Europea mostrano come col tempo i migranti tendano a inserirsi nel sistema socio produttivo del paese ospitante, pesando in modo sempre minore sul sistema di welfare, e anzi contribuendo notevolmente al suo mantenimento⁹⁰.

E ancora Devillanova (2012) sostiene che gli immigrati forniscono un apporto importante al sistema di welfare italiano, garantendone un beneficio fiscale netto, questo perché

⁸⁹ Omizzolo, *Includere gli immigrati nel sistema di welfare è la sfida del futuro*, in *Libertà Civili*, 2/2012

⁹⁰ *Ibidem*

l'elevato tasso di attività tra gli immigrati, spiegato anche da ragioni demografiche favorisce la sostenibilità finanziaria dei sistemi di protezione sociale, aumentandone la base contributiva.

In tutti i Paesi avanzati i migranti costituiscono una quota crescente della popolazione attiva, il cui riconoscimento dei diritti rappresenta un passaggio fondamentale nel percorso di inclusione sociale e di crescita economica. Tra questi risultano particolarmente importanti il diritto alla salute e all'assistenza sociale, il diritto all'abitazione, all'istruzione e alla cittadinanza, ossia i diritti che attengono ai beni essenziali per la vita degli individui, da cui derivano legittime aspettative non come singoli, uno indipendente dall'altro, ma come soggetti che vivono in società con altri soggetti.

Includere i migranti nel processo di riprogrammazione del welfare italiano a partire dal ruolo sociale ed economico che essi ricoprono, fondamentale per l'economia italiana così come anche per il mantenimento di standard qualitativi di vita elevati, è la sfida del futuro. Questo percorso agevolerebbe un processo di inclusione che eviterebbe tensioni sociali e aiuterebbe il dialogo interculturale, a partire proprio da un rinnovato sistema di welfare. Si tratta di una delle sfide più complesse delle democrazie contemporanee, soprattutto quella italiana, rappresentata dalla necessità di conciliare i crescenti livelli di diversità culturale con il senso di una comune identità da porre alla base dei moderni sistemi di welfare.

4.1.2 Il caso delle lavoratrici domestiche

Si è già ampiamente discusso nel corso di tutto questo lavoro dell'importanza del ruolo svolto dalle lavoratrici domestiche all'interno del sistema di welfare italiano, del loro contributo essenziale ed inestimabile al bisogno dell'anziano non autosufficiente che altrimenti sarebbero molto più costosi per lo Stato.

E' difficile fare emergere i dati esatti in termini di contributi versati dalle lavoratrici domestiche, in quanto, come si è visto nel corso di questo lavoro, un' ampia parte di questa fetta di lavoratrici è impiegata nel mercato sommerso.

I dati della Fondazione Moressa relativi al 2010 fanno emergere che i lavoratori domestici versano nelle casse dell'Inps 834 milioni di € in contributi, di cui l'83,9% è versato da colf e badanti di origine straniera (699 milioni di €). Nel decennio 2001-2010 la crescita dei contributi versati è stata del +274,8%, ma se si osserva la parte riservata agli immigrati si tratta del +487,6% (quindi quasi sei volte).

Un altro dato è costituito dalla sanatoria avviata nel settembre 2009 per gli addetti al settore domestico e di cura che ha portato nelle casse statali circa 154 milioni di euro di contributi arretrati.

Questo ci porta a presupporre che, anche in Italia, oltre a contribuire e beneficiare del welfare nazionale i lavoratori migranti del settore della cura vanno considerati anche come creatori/erogatori di un welfare informale o invisibile che prende la forma del lavoro domestico e di assistenza alla persona di cui essi (e in particolare le donne) sono gli addetti quasi esclusivi.

Il ruolo dei lavoratori migranti in questo ambito mira a sostituire servizi che il settore pubblico stenta a garantire, mentre la forza lavoro italiana semplicemente continua a svolgere altre occupazioni.

In altri termini, il ricorso a manodopera (per lo più femminile) di origine straniera ha gradualmente assunto un ruolo centrale per la gestione delle esigenze di cura che attraversano in misura crescente la società italiana e quella europea, consentendo alle famiglie di disporre di servizi di cura personalizzata, a basso costo e a domicilio e al Governo di limitarne la spesa sociale, con un risparmio pubblico che viene stimato dallo stesso Ministero del Lavoro in circa 6 miliardi di euro annui per mancate prestazioni socio assistenziali. (Felice, Prencipe 2012).

Il welfare informale e nascosto basato sul lavoro delle donne immigrate svolge ormai una funzione insostituibile nel funzionamento quotidiano nelle nostre società. Ambrosini (2008) propone infatti che al di là della formazione o degli albi, il passaggio fondamentale consisterebbe nell'introdurre un soggetto terzo come datore di lavoro, tra la famiglia che richiede il servizio e le persone disponibili a svolgerlo, così come accade in paesi come la Svezia o l'Inghilterra. Infatti, come si è già visto nel secondo capitolo, quello della cura in Italia è un settore fortemente destrutturato che necessita di un lavoro di coordinamento tra le varie politiche.

Quelli descritti nei paragrafi precedenti sono dati che rovesciano considerazioni allarmistiche e che dovrebbero spingere in favore di politiche pubbliche molto più centrate sulla presenza dei lavoratori migranti e sulla loro capacità di generare economie virtuose. L'importanza del contributo che i lavoratori migranti assicurano alla sostenibilità del sistema pensionistico italiano potrebbe essere assai maggiore qualora si promuovesse il loro inserimento regolare tanto nel mondo del lavoro che, di riflesso nelle

strutture sociali e giuridiche del Paese. Deve nascere l'idea che il complesso sistema di welfare deve essere trasformato a partire dal patrimonio culturale e sociale di una popolazione sempre più eterogenea e culturalmente complessa. L'allarmismo lanciato da alcuni studiosi relativamente alla minacciosa avanzata dei migranti nel territorio nazionale risulta del tutto fuori contesto e non sostenibile.

Questa descrizione rende evidente quanto l'immigrazione sia profondamente incorporata nelle dinamiche e nei fabbisogni della nostra società. Per quanto si possa essere diffidenti e ostili nei confronti dell'immigrazione straniera pare difficile sostenere che si tratti, come molti continuano a pensare, di un fenomeno essenzialmente esogeno, provocato dalla povertà e dal sottosviluppo, in cui i paesi quali il nostro sono coinvolti loro malgrado, come luoghi di approdo di torme di disperati, o peggio di famelici predatori.

4.2 L'esigenza di promuovere un welfare transnazionale

4.2.1 Il *care drain*, l'altra faccia della medaglia.

Quindi, se da un lato questo fenomeno spinge gli individui a partire per poter contribuire anche allo sviluppo del proprio paese di origine attraverso le rimesse che questi inviano alle proprie famiglie, dall'altro c'è da tenere in considerazione l'altra faccia della medaglia.

Si deve tenere conto di quanto questa migrazione metta sotto tensione l'intero assetto familiare del migrante, obbligando i diversi soggetti a distacchi, faticosi riadattamenti e compensazioni di vario genere. Va a configurarsi quella che Ambrosini (2008) definisce una stratificazione internazionale delle opportunità di accudimento, che vede all'apice le famiglie abbienti dei paesi sviluppati, coadiuvate da domestiche, assistenti agli anziani e baby sitter, e alla base vede le famiglie transnazionali dei paesi poveri che si trovano a dover sopperire alle loro esigenze di cura, dei propri figli e dei propri anziani, che vengono a loro volta lasciati alla cura di nonne o altre donne. Anche Hochschild ed Ehrenreich (2004) hanno ampiamente trattato questo tema sostenendo che oggi le famiglie dei paesi ricchi sottraggono a quelli più poveri una risorsa fondamentale, connessa ai tradizionali compiti femminili, fatta di dedizione, cure pazienti, attenzione costante ai bisogni degli altri, una risorsa che richiama l'amore. Questi autori quando

parlano di questo fenomeno, parlano di “nuovo oro” volendo intendere proprio l’amore e l’accudimento che le donne che emigrano portano ai paesi occidentali, utilizzando la metafora del colonialismo e dell’imperialismo che nella sua forma più classica hanno comportato il saccheggio, da parte del Nord, delle risorse materiali del Sud del mondo.

Quello di cui stiamo parlando è il fenomeno del *care drain*, termine usato internazionalmente per indicare la perdita di capitale umano in forme di figure assistenziali rilevanti, che si determina con la loro emigrazione all’estero, con un impatto rilevante sui familiari che rimangono, soprattutto se minori.

Infatti questi ragazzi, sebbene avvantaggiati economicamente dalle rimesse finanziarie loro inviate dalle madri, soffrono spesso di deprivazione sociale ed emotiva per la carenza del supporto materno, dando luogo a fenomeni di disadattamento e disagio psicosociale che solo in parte sono compensati dalle cure prestate dagli altri membri della rete familiare allargata.

Inoltre, le disposizioni normative dei paesi riceventi rafforzano questa asimmetria: è relativamente facile importare una donna straniera, formalmente o informalmente, per affidarle compiti di accudimento e cura in una famiglia italiana; ben più difficile è invece per lei ricongiungere la propria famiglia, dati i requisiti di regolarità dello status, di reddito dichiarato e di comfort abitativo che le sono richiesti, lasciando da parte i problemi di riconversione occupazionale che la gestione di una famiglia comporta; mentre risulta per lei pressoché impossibile farsi raggiungere dai propri genitori o da altri parenti che potrebbero aiutarla ad assolvere meglio i compiti genitoriali.

Parreñas (2001) parla del “dolore della genitorialità transnazionale”, con questa migrazione, alle madri transnazionali è preclusa la possibilità di interpretare i ruoli di genere (*to do gender*, volendo utilizzare l’espressione americana)⁹¹. Ricerche effettuate su figli di emigrati che restano nel paese di origini dimostrano che questi si ammalano più spesso; sono soggetti più frequentemente ad accessi di rabbia, a momenti di confusione o di apatia; ottengono risultati mediocri a scuola. Altri studi effettuati dimostrano un aumento della delinquenza e dei suicidi tra i bambini⁹². Altri definiscono questi bambini “orfani sociali” denunciandone fenomeni di solitudine, depressione, ma anche bullismo, uso di alcol e droghe, favoriti da disponibilità economiche non accompagnate da una

⁹¹ Ambrosini M., *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*. Ed. Il Mulino. P. 111

⁹² Ivi, p.28

guida educativa adeguata⁹³. Come se non bastasse le madri sono anche frequentemente colpevolizzate non solo dalla comunità, ma anche dai figli stessi, che vivono come abbandono la partenza della madre.

Queste le parole di una madre immigrata che ha lasciato un piccolo di due mesi alle cure di un parente. “ *I primi due anni mi sembrava di impazzire. Deve credermi se le dico che mi sembrava di avere seri problemi psicologici. Mi scoprovo a fissare il vuoto, pensando al mio bambino* ”⁹⁴.

La questione del rapporto tra madri espatriate e figli rimasti in patria rappresenta un nodo cruciale del fenomeno delle famiglie transnazionali. Pereñas (2001) sostiene che per garantire un adeguato funzionamento della famiglia è necessario garantire: cure morali, cure emotive e cure materiali. Nelle famiglie transnazionali i genitori possono provvedere alle cure materiali con l'aiuto della famiglia estesa, anzi, i redditi conseguiti grazie al lavoro all'estero garantiscono ai figli una maggiore sicurezza economica, mentre le cure morali ed emotive restano in qualche misura inadeguate, considerando che il sostegno emotivo fornito da altri parenti non può sostituire completamente quello dei genitori. L'autrice inoltre afferma che “nelle famiglie transnazionali, l'assenza di interazioni quotidiane nega la familiarità e diviene un'irreparabile lacuna nella definizione delle relazioni genitori-figli” (2001). Per fronteggiare la pena della separazione dai familiari, le madri ricorrono a tre risposte: la mercificazione dell'amore, ossia la sostituzione degli atti di cura quotidiana con beni materiali, la repressione delle tensioni emotive, basata sull'enfasi sulle proprie sofferenze o sulla negazione dei costi emotivi della separazione, e la razionalizzazione della distanza, con la giustificazione che i guadagni economici superano di gran lunga i costi emotivi sopportati dalle famiglie, o con la motivazione che la distanza può essere gestita grazie alla comunicazione regolare.

Alla luce di tutto questo se si prova a fare un bilancio ci si rende conto che i vantaggi derivanti dalle rimesse economiche spedite dai MCW alle famiglie d'origine potrebbero essere smorzati dalle carenze socio educative a carico dei figli rimasti in patria, e dall'impatto che queste potrebbero avere a livello di sistema di welfare complessivo. Inoltre le migliori opportunità di lavoro incontrate dai migranti nei paesi di destinazione

⁹³ Ambrosini M., *Un'altra globalizzazione. La sfida delle migrazioni transnazionali*. Ed. Il Mulino. P.111 (2008)

⁹⁴ Eherenreich e Hoschild, *Donne globali, tate, colf e badanti*. Ed. Feltrinelli, p.27

potrebbero essere avversate da – non infrequenti – situazioni di discriminazione ed esclusione sociale. Ma il gioco regge la candela?

Occorre far sì che la responsabilità dell'adozione di misure in tale ambito sia il meno possibile affidata ai singoli paesi e coinvolga piuttosto quanto più possibile organismi di livello internazionale e quindi senz'altro l'Unione Europea. A tal fine, appare necessario prestare maggiore attenzione alla prevenzione di fenomeni sistematici di sfruttamento (non solo economici) e al rispetto rigoroso dei diritti umani dei Migrant Care Workers; fare maggior leva su programmi di cooperazione internazionale, nonché su campagne di sensibilizzazione ed investimento sulle cure continuative.⁹⁵

4.2.2. Il welfare transnazionale

Il fenomeno del *care drain* dovrebbe portare a esigere, da parte di tutti i paesi che utilizzano la risorsa migratoria per il settore domestico della cura, una politica di welfare di tipo transnazionale.

Lutz e Mollenbeck (2011) sostengono che i flussi migratori legati alla cura non possono essere letti solo nei termini di un processo di acquisizione o sottrazione di risorse, ma piuttosto come fenomeni che hanno un impatto sulla più complessiva evoluzione dei sistemi di welfare nei contesti di arrivo e nei contesti di partenza.

Quindi nei paesi di arrivo, e quindi i principali paesi europei, la crescente inclusione delle donne nel mercato del lavoro, la mancata redistribuzione dei compiti di cura tra i generi e contestualmente il progressivo taglio della spesa sociale dettato dalle politiche neo liberiste sono stati una potente leva per l'attrazione di manodopera di cura femminile straniera. L'Italia in questo ne rappresenta un caso esemplare, ma è una tendenza ben visibile in tutta Europa. Le trasformazioni del regime della cura negli Stati occidentali si intrecciano a quelle dei contesti di origine.

Autori quali Fedyuk, Piperno e Vianello propongono alcune raccomandazioni per sviluppare una politica transnazionale a favore delle lavoratrici migranti impiegate nel settore domestico e di cura, che sia in grado di mettere al centro innanzitutto i bisogni delle migranti e che le sostenga nelle diverse fasi del loro percorso migratorio e di vita. Sostenere le donne straniere impegnate nel lavoro di cura, valorizzarne il contributo e l'esperienza professionale, offrire loro opportunità di ritorno, sostenerle nella difficile gestione dei processi di genitorialità a distanza e ricongiungimento familiare vuol dire

⁹⁵ Lamura G., *I migrant care workers in Europa*. In Badare non basta. (Rusmini, Pasquinelli) 2013.

gestire processi transazionali, che interessano l'Italia, e i paesi di arrivo, nonché i paesi di provenienza. In termini concreti questo significa che si tratta di intervenire cominciando a pensare che i processi di integrazione nel nostro paese, il mercato di cura a cui affidiamo l'anziano, i processi di ricongiungimento, la possibilità per chi lavora sul nostro territorio di tornare nel proprio contesto di origine, e ancora, la convivenza sociale a cui possono aspirare, devono essere oggi regolate anche attraverso forme di *governance* multilivello e transnazionale. E quindi, agli strumenti del welfare locale devono affiancarsi strumenti di sussidiarietà transnazionale, che prendano atto del fatto che i luoghi di intervento delle politiche sociali sono collocati in territori diversi, anche molto lontani tra loro, ma in strettissima correlazione.

Gli stessi autori propongono alcune raccomandazioni per sviluppare un sistema di welfare transnazionale:

1. Sostegno socio sanitario, visti i rischi significativi per la salute a cui le lavoratrici migranti sono sottoposte e che potrebbero avere ripercussioni sia sull'anziano assistito che sulle relazioni familiari dell'assistente familiare, è utile adottare politiche volte a migliorare le condizioni di lavoro da un lato, e dall'altro la promozione di una rete transnazionale di servizi capaci di offrire assistenza socio sanitaria alle lavoratrici, visto che le malattie professionali hanno un costo economico e sociale non solo per la società di destinazione, ma anche per la società di provenienza delle migranti. Sarebbe prioritario attivare progetti di cooperazione tra servizi pubblici e privati già esistenti nei paesi di immigrazione e di emigrazione con l'obiettivo di costruire una rete transnazionale dei servizi.
2. Supporto psico-sociale alla famiglia migrante. Un'altra proposta è quella di attivare dei servizi di assistenza psicologica sia nei paesi di arrivo che in quello di emigrazione per essere in grado di seguire le migranti lungo l'intero arco della loro esperienza migratoria, andando a sostenere inoltre sia le migranti che la famiglia *left behind*, attraverso forme di partenariato, pianificazione e lavoro in rete.
3. Misure a favore delle migranti di ritorno, creando delle condizioni di vita decenti ed eque per le migranti che desiderano tornare nel proprio paese di origine. Garantire la trasferibilità dei contributi pagati dal paese di immigrazione al paese di provenienza renderebbe più sicure le donne che non intendono invecchiare in Italia. Per questo gli autori ritengono fondamentale la promozione di accordi bilaterali in cui siano previsti meccanismi più inclusivi e trasparenti per il

pagamento dei contributi e la loro riscossione. Sarebbe, inoltre, importante la promozione di una più accurata diffusione delle informazioni relative al trattamento pensionistico attraverso le reti dei servizi già esistenti, l'attivazione di un numero verde e l'organizzazione di brevi corsi di formazione. In questo modo non solo si sosterebbero le migranti che desiderano concludere la propria esperienza migratoria, ma si contrasterebbero anche gli abusi da parte dei datori di lavoro e degli intermediari, resi possibili dalla scarsa conoscenza dei diritti da parte delle lavoratrici. Incoraggiare i datori di lavoro ad assumere due lavoratrici al posto di una, consentirebbe alle migranti che desiderano mantenere rapporti più stretti con il contesto di provenienza di tornarvi più spesso. Inoltre, il mantenimento di consistenti e frequenti contatti con la società di origine favorirebbe l'eventuale reinserimento nel mercato del lavoro locale, dato che è proprio la prolungata assenza a rendere complesso il rientro delle migranti.

4.2.3 Alcune normative comunitarie sul tema

A titolo esemplificativo, la “*mobility partnership*” firmata nel 2008 tra la Moldavia, l'Unione Europea e vari Stati europei (inclusi Francia, Grecia, Polonia, Romania e Italia) ha previsto un set di misure volte a facilitare il ritorno volontario dei lavoratori, nonché mirate ad affrontare gli effetti negativi della migrazione su minori e famiglie *left behind*. Si rilevano inoltre in molti Paesi europei programmi e politiche nazionali a favore dell'integrazione scolastica dei bambini figli di lavoratori e lavoratrici immigrati. Si tratta di azioni che possono facilitare la scelta del ricongiungimento familiare e rafforzare il benessere dei figli di famiglie migranti ricongiunte⁹⁶.

In numerosi Paesi è previsto ad esempio il ricorso ad interpreti in quei casi che richiedono alle scuole di primo e secondo livello di comunicare con le famiglie immigrate. A seconda degli Stati, questo intervento può essere considerato un diritto per le famiglie in quanto regolamentato e finanziato a livello centrale, oppure dipendere da singole iniziative locali. A titolo esemplificativo, in Polonia dal 2008/09, le normative vigenti permettono alle scuole frequentate dai bambini immigrati di avvalersi di insegnanti ausiliari in grado di parlare la lingua materna degli alunni.

⁹⁶ *Lavoro domestico e di cura: pratiche di benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa*. Soleterre. Marzo 2015

O ancora a livello comunitario, risulta utile citare in questo contesto la Direttiva Ue 2003/86/CE sul ricongiungimento familiare, la quale stabilisce le condizioni alle quali può essere esercitato il diritto al ricongiungimento per i cittadini dei Paesi terzi legittimamente residenti nell'Unione, con l'obiettivo di tutelare l'unità familiare e facilitarne l'integrazione. Possono beneficiare del ricongiungimento familiare i figli minorenni (se maggiorenni solo se non sposati e a determinate condizioni, come per gli ascendenti in linea retta) e il coniuge del richiedente.

I familiari ricongiunti hanno diritto ad un permesso di soggiorno della stessa durata di quello della persona che hanno raggiunto e dopo al massimo cinque anni di residenza hanno diritto a un permesso di soggiorno autonomo (ovviamente il riferimento è al coniuge e ai figli maggiorenni).

L'accoglimento della domanda di ricongiungimento è subordinata alla disponibilità da parte del richiedente di un alloggio salubre e sicuro e di risorse stabili per provvedere alle proprie necessità e a quelle dei familiari e questo aspetto ovviamente rende più difficile per le lavoratrici domestiche e di cura conviventi con il datore di lavoro esercitare, laddove lo desiderino, questo diritto.

La direttiva, che al momento dell'adozione era considerata un primo passo verso l'armonizzazione, è stata successivamente criticata dalle ONG e dal mondo accademico perché ha stabilito un livello di armonizzazione piuttosto limitato. Nella prima relazione sulla sua applicazione, la stessa Commissione è giunta alla conclusione che la direttiva lascia agli Stati membri un margine di discrezionalità troppo ampio nell'applicare le clausole facoltative, in particolare per quanto riguarda il periodo di attesa autorizzato, il livello di reddito richiesto e le eventuali condizioni di integrazione.

Inutile sottolineare il fatto che per poter far ricorso al diritto del ricongiungimento familiare la normativa comunitaria prevede che il migrante sia in possesso di un regolare contratto di lavoro, e di un'abitazione adeguata ad accogliere il familiare, condizioni che molto spesso non esistono nelle situazioni dei MCW.

4.2.4 Alcune esperienze virtuose nell'ottica del welfare transnazionale

La ricerca effettuata da Soleterre per conto dell'Irs di Milano dal titolo "Lavoro domestico e di cura" (2015) ci fornisce alcune esperienze che mettono in pratica l'idea di un welfare transnazionale.

A titolo esemplificativo, il progetto "*La mamma ti ama*", realizzato dall'associazione delle Donne Rumene in Italia, mira a sostenere la coesione della famiglia transnazionale

e a prevenire gli effetti negativi di una mancata comunicazione tra genitori, in particolare madri, e bambini rimasti nel Paese di origine.

Il progetto implementato in Romania in collaborazione con l'Associazione Nazionale dei Bibliotecari e delle Biblioteche Rumene, a seguito di un accordo di partenariato, assicura ai bambini uno spazio internet gratuito nelle biblioteche in cui poter comunicare con i propri genitori via skype. Similmente, un ulteriore accordo di collaborazione con il Comune di Milano e con l'Associazione Italiana Biblioteche, ha permesso di avviare in via sperimentale il progetto in Italia in 4 biblioteche comunali ed ulteriori estensioni del progetto ad altri ambiti territoriali si sono registrate negli ultimi anni (ad es. in Toscana e in Sicilia).

Anche in Romania, il servizio originariamente implementato in via sperimentale in 5 biblioteche regionali è stato esteso ad altre 13 biblioteche di quartiere a Bucarest e in altre città più piccole e viene offerto tuttora.

L'assenza però di una fonte di finanziamento continua che consenta un'estensione ulteriore del progetto e la sua stabilizzazione, costituisce un indubbio elemento di criticità. Il progetto si basa, infatti, sul volontariato dei membri dell'Associazione delle Donne Rumene in Italia e su protocolli di intesa volontari con le biblioteche o altre istituzioni in Italia e Romania.

Azioni per agevolare la comunicazione audio-visiva tra i bambini rimasti in Romania ed i genitori emigrati all'estero e per supportare i familiari che si prendono cura dei bambini in assenza dei genitori sono previste da due altre pratiche rumene: il progetto "*Cresciamo insieme*" realizzato da *Save the children Romania* e il progetto "*Supporto per i bambini figli di migranti delle scuole di Lasi*" attuato dall'associazione Alternativa Sociale.

Il progetto "*Programma di supporto al ricongiungimento familiare*" realizzato in Spagna dal Comune di Barcellona - Dipartimento per l'Immigrazione, introduce invece un servizio facilitatore del ricongiungimento familiare e si rivolge agli immigrati/e residenti a Barcellona, operatori e servizi per l'immigrazione.

Obiettivo del programma è quello di fornire assistenza tecnica e sostegno locale a chi intende operare il ricongiungimento. Il servizio verifica in particolare tutte le condizioni necessarie alla presentazione della richiesta, comprese quelle abitative, e i richiedenti vengono supportati e accompagnati nella preparazione del piano di riunificazione familiare. Questa fase prevede l'organizzazione di riunioni per informare il richiedente su aspetti legali, sistema educativo, lingua, codici di comportamento, norme di pari opportunità vigenti (per prevenire forme di discriminazione e violenza di genere in

famiglia), fornisce assistenza psicologica e nel contempo identifica le necessità specifiche di ciascun richiedente

Il progetto “*Carer plus*”, iniziativa transnazionale che coinvolge fra gli altri Paesi anche **Francia** (capofila), **Romania**, **Spagna e Italia**, appare particolarmente innovativa nell’ambito degli interventi di conciliazione, perché consente l’acquisizione di competenze professionalizzanti, offre a queste lavoratrici la possibilità di utilizzare gli strumenti digitali per il mantenimento delle relazioni con le famiglie/figli rimasti nel Paese di origine.

4.3 La convenzione ILO sul lavoro domestico

In anni più recenti (giugno 2011), è stata stipulata la **Convenzione ILO n. 189 sul lavoro domestico**, firmata allo stato attuale da 17 Paesi ed entrata in vigore a settembre 2013.

L’Italia, in particolare, ha ratificato la Convenzione a gennaio 2013, come primo Stato europeo e quarto a livello mondiale. Annessa alla convenzione è la **Raccomandazione n. 201 sul Lavoro dignitoso per le lavoratrici e i lavoratori domestici**.

La Convenzione ILO costituisce un importante passo avanti verso la promozione di una base minima di diritti sociali e condizioni di lavoro eque e dignitose per le lavoratrici e i lavoratori domestici. Il cardine della Convenzione, infatti, è l’equità di trattamento rispetto alle altre categorie di lavoratori per quanto concerne diritti fondamentali quali: il diritto di organizzarsi a livello sindacale, beneficiare di regimi di previdenza sociale, di un salario equo, di riposi settimanali, della regolamentazione dell’orario di lavoro fino al riconoscimento della maternità. Di questi diritti i lavoratori domestici non possono ancora godere in molti Paesi.

Attraverso la Convenzione si è avviato in generale il riconoscimento professionale e la valorizzazione di un settore, come quello dei servizi alla persona, che se adeguatamente tutelato può essere anche foriero di buona occupazione per gli immigrati, soprattutto donne. La specificità del lavoro domestico non costituisce infatti una ragione adeguata per escludere quelli che lo svolgono dalla protezione degli standard internazionali dei

quali hanno diritto di beneficiare. La ratifica, in particolare, può contribuire alla formalizzazione del lavoro e all'avvio di una vasta azione di regolarizzazione.

Dopo la firma e la ratifica della Convenzione, ogni membro deve attuare le disposizioni della Convenzione, attraverso la legislazione, i contratti collettivi o altre misure. Deve inoltre stabilire meccanismi efficaci per assicurare il rispetto della legislazione nazionale sulla protezione dei lavoratori domestici, nonché stabilire e attuare misure ispettive e sanzionatorie. Per monitorare le azioni e i progressi degli Stati che hanno aderito, il Consiglio di amministrazione dell'Ufficio Internazionale del Lavoro presenterà alla Conferenza generale, ogni qual volta lo riterrà opportuno, un rapporto complessivo sull'applicazione della Convenzione.

Rispetto ai contenuti della Convenzione, questi i temi più rilevanti:

1. Modalità di informazione sulle condizioni di lavoro, reclutamento e assunzione
2. Orario di lavoro e periodo di riposo
3. Retribuzione
4. Sicurezza sociale, protezione della salute, maternità e conciliazione
5. Condizione dell'alloggio
6. Tutela dei diritti umani

Altre agenzie delle Nazioni Unite, oltre all'OIL, si sono occupate di sensibilizzare rispetto alle problematiche associate al lavoro domestico. Diversi Rapporti delle Nazioni Unite sui Diritti Umani dei Migranti hanno approfondito a turno questo tema.

A livello europeo, le problematiche inerenti il lavoro domestico sono state affrontate anzitutto dalla **Risoluzione Europea sulla normalizzazione del lavoro domestico** del 2001 che ha fornito una serie di raccomandazioni agli Stati per una migliore tutela di questo settore di lavoro. La Risoluzione chiedeva il riconoscimento del lavoro domestico come professione a tutti gli effetti e di considerarlo come rientrante in linea di principio nel campo di applicazione delle direttive già esistenti in materia di occupazione e di lavoro (quindi in materia di diritti sociali e lavorativi). In particolare, ha raccomandato di definirne le mansioni, quantificare e limitare chiaramente il numero massimo delle ore lavorate, prevedere adeguate coperture previdenziali e l'accesso alla formazione. Agli Stati la Risoluzione chiedeva inoltre di far rientrare il lavoro domestico nel quadro generale del diritto del lavoro e di adottare misure specifiche contro il lavoro sommerso, come gli sgravi fiscali e la semplificazione delle formalità amministrative per le dichiarazioni di assunzione a carico dei privati. Particolarmente interessante anche la

raccomandazione agli Stati membri di affrontare in modo esaustivo la situazione specifica dei migranti che lavorano come collaboratori domestici e di creare centri specializzati per migranti donne, in grado di fornire assistenza psicologica e psichica in caso di violenze e di supporto all'avvio di procedure di regolarizzazione del permesso di soggiorno temporaneo.

Conclusioni

Il punto di partenza di questo lavoro è stata un'analisi delle principali trasformazioni sociodemografiche che hanno fatto sì che i principali paesi europei si modificassero drasticamente. Fenomeni come l'invecchiamento demografico, i nuovi mutamenti familiari e in particolare l'ingresso massiccio della donna nel mondo del lavoro, le recenti ondate migratorie hanno avuto effetti notevoli sull'intero assetto societario. L'analisi ha messo in luce come ci si trovi di fronte a una situazione in cui è necessario affrontare i nuovi rischi sociali emergenti, primo fra tutti la necessità di dare risposta all'anziano non o quasi autosufficiente, presente in maniera sempre più massiccia e prolungata nel tempo all'interno delle nostre società.

La risposta primaria a questo tipo di bisogno è senza dubbio fornita dalle lavoratrici della cura, le cosiddette "badanti" che, soprattutto donne e di origine straniera, costituiscono una risorsa fondamentale per il sostegno agli anziani non autosufficienti. La presenza dei migranti nel mercato del lavoro di cura è legata all'organizzazione del sistema di welfare istituzionale e ai suoi limiti strutturali non adeguati alla nuova complessità della società contemporanea e ai diffusi bisogni emergenti.

Questo lavoro di tesi ha voluto analizzare in che modo l'Italia ed altri paesi europei, attraverso le proprie politiche sociali, siano in grado di dare risposte innovative ed efficaci a questo bisogno emergente e se e come sono in grado di garantire alle lavoratrici domestiche la tutela dei propri diritti.

Ci si è resi conto, durante il lavoro di ricerca, che per analizzare questo tema non si può prescindere dall'analizzare ulteriori elementi quali, il sistema di welfare, le politiche assistenziali e quelle migratorie di ogni paese preso in considerazione, in quanto elementi tra loro inscindibili e strettamente correlati e che vanno a influenzarne la presenza dei Migrant Care Workers.

Innanzitutto si è voluto dare ampio spazio all'analisi della situazione italiana e secondariamente, attraverso l'analisi degli altri stati europei, si è voluto cercare di comprendere in cosa si differenziano tra loro gli stati presi in considerazione. L'analisi ha, infatti, permesso di cogliere lo *status quo* degli altri paesi, ma ha anche permesso di capire quali insegnamenti da questi si possono trarre per il contesto italiano.

L'analisi effettuata in Italia ha fatto emergere quanto ancora in Italia ci sia da lavorare su questo fronte. Il sistema di welfare italiano è fondato su una delega implicita di molte

funzioni di cura alle famiglie. Il pilastro fondamentale del welfare italiano, è costituito dalla famiglia, che è in grado di mantenere importanti responsabilità di redistribuzione delle risorse e di intermediazione tra la produzione pubblica di welfare e i bisogni sociali (Ranci 2008). Le attività di cura familiare dei migranti hanno svolto e continuano a svolgere un ruolo supplente nel modello solidaristico familiare italiano. La famiglia tradizionale ha modificato il suo assetto e la sua organizzazione. Con il venir meno della possibilità di prendersi cura dell'anziano e non intervenendo un sistema pubblico capace di fornire validi servizi di welfare, si è fatto ricorso alla forza lavoro extrafamiliare.

Gli altri paesi presi in considerazione nel lavoro (Germania, Svezia e Gran Bretagna) presentano diversi sistemi di welfare e rendono significativa una comparazione su come hanno affrontato il tema delle politiche di cura.

La Germania, basata sul modello conservativo corporativo, presenta un sistema di welfare che pone molta enfasi sulla “sussidiarietà” degli interventi pubblici, ovvero lo Stato interviene solo in seguito alla famiglia ed associazioni intermedie. Il welfare inglese di stampo liberale prevede l'intervento dello Stato in maniera residuale, infatti, non tutte le possibili situazioni di rischio sono coperte da un intervento statale e le prestazioni assistenziali sono rivolte agli individui in grado di dimostrare un reale stato di bisogno attraverso la prova dei mezzi. Infine il sistema di welfare socialdemocratico svedese vede la centralità dello Stato come riferimento prevalente per la programmazione delle politiche sociali. Questi tre diversi sistemi di welfare hanno fatto emergere differenze sostanziali nella gestione dei Migrant Care Workers.

Il primo elemento preso in considerazione è stato quindi il sistema migratorio.

L'analisi ha fatto emergere la presenza di due diversi sistemi migratori:

1. In Germania, Inghilterra e Svezia presentano delle analogie in questo senso. Qui la regolazione degli ingressi è più stringente rispetto al caso italiano per quanto riguarda i lavoratori a bassa qualificazione: le frontiere sono infatti difficilmente permeabili a immigrati *low skilled* non necessari alle logiche del mercato. Gli immigrati che vengono ammessi devono presentare un determinato livello di qualificazione, e alle lavoratrici domestiche nello specifico vengono richiesti determinati requisiti di professionalizzazione. In questi Paesi il principale apporto di migranti è determinato dalle richieste di ricongiungimenti familiari e da richieste di asilo..

1. In Italia invece il regime migratorio risulta essere meno regolato rispetto i paesi precedentemente descritti. Il sistema è basato sull'ingresso delle lavoratrici migranti principalmente attraverso il sistema delle sanatorie, l'ultima avvenuta nel 2012. Sistema, quello delle sanatorie, estremamente farraginoso ed oneroso per i datori di lavoro che avrebbero voluto regolarizzare le lavoratrici domestiche. Le famiglie non hanno visto un beneficio tale da giustificare i costi relativi alla regolarizzazione. I risultati infatti sono stati nettamente inferiori rispetto alle aspettative. Per questo motivo nel settore della cura gli immigrati sono prevalentemente assunti privatamente dalle famiglie, e molto spesso in maniera irregolare. Questo è un primo punto critico a sfavore dell'Italia: le politiche italiane dovrebbe prevedere un sistema fiscale "amico" delle famiglie che vada ad agevolare i costi di assunzione e la regolarizzazione delle lavoratrici, o comunque prevedere un regime migratorio che controlli *ex ante* l'ingresso, come avviene in Svezia e Inghilterra, abbandonando i provvedimenti *ex post* volti a sanare la posizione di chi già si trova nel territorio del paese.

Questa è la prima macro differenza tra i vari paesi: da un lato regimi regolati, che ne controllano l'ingresso *ex ante*, ed una conseguente presenza di lavoratrici maggiormente qualificate e assunte in maniera regolare; dall'altro un regime meno regolato che prevede la presenza di lavoratrici a bassa qualificazione e ancora in ampia parte nel mondo del mercato sommerso e irregolare direttamente alle dipendenze delle famiglie datrici di lavoro. L'analisi ha comunque fatto emergere che l'Italia ha fatto molti passi in avanti in questa direzione, legiferando in materia al fine di aumentare il livello di qualificazione e di regolarizzazione delle lavoratrici domestiche. I principali strumenti messi a punto in molte regioni italiane sono: gli sportelli di domanda e offerta, la formazione di albi e corsi professionali. Ma che risultano strumenti utili solo se di pari passo si pensa ad attuare una politica che lavori sulla leva fiscale per rendere meno svantaggiose le condizioni di assunzione regolare. Una fiscalizzazione almeno parziale degli oneri sociali non è impossibile: la possibile riduzione del gettito verrebbe in larga misura compensata dall'emersione dei rapporti di lavoro prima sommersi.

Il secondo aspetto preso in considerazione è stato quello del regime assistenziale, e queste sono le principali caratteristiche emerse per ogni paese:

1. la Svezia presenta un regime assistenziale altamente regolato, dove nel rispetto delle sue caratteristiche di welfare socialdemocratico, il sistema assistenziale è regolato nella quasi totalità dallo Stato. Attraverso la grande riforma del 2007 ha

previsto per i datori di lavoro degli importanti sgravi fiscali per l'assunzione di lavoratrici domestiche. Questo tipo di regime affida la cura della non autosufficienza prevalentemente al settore formale/professionale e molto meno alla famiglia.

2. L'Inghilterra invece, con il suo sistema definito di quasi mercato delega ad organizzazioni esterne la produzione dei servizi di cura, mantenendone però il controllo generale. In analogia con l'Italia, il sistema assistenziale inglese prevede l'erogazione di trasferimenti monetari senza vincolo di destinazione.
3. La Germania, prevede un sistema assistenziale meno regolato, così come l'Italia, i quali affidano la cura della non autosufficienza esplicitamente al sostegno informale delle famiglie e a quello irregolare e non professionale delle assistenti familiari.

Infine la terza dimensione di analisi si è incentrata sul ruolo del mercato del lavoro legato alle funzioni di cura. Innanzitutto un carattere che accomuna tutti i paesi presi in considerazione è che quello dei Migrant Care Worker è un fenomeno presente in tutti i paesi, seppur in misura inferiore in Svezia dove il ruolo dello stato è predominante. L'analisi delinea poi quello dei MCW come un lavoro svolto prevalentemente da donne, se ne identifica pertanto un carattere di "femminilizzazione".

L'analisi della situazione in Germania risulta molto interessante in quanto nonostante il regime migratorio fortemente regolato, che vuole l'ingresso di un'immigrazione qualificata, è presente un'altissima percentuale di mercato sommerso. Lutz (2008) sostiene che la Germania, pur essendo un paese con un regime di welfare di tipo conservativo, può essere paragonato ai principali sistemi di welfare familistico dell'Europa meridionale. Il mercato del lavoro della cura in Germania è un settore che resiste fortemente a una professionalizzazione e ad un aumento della qualità per le lavoratrici.

L'Inghilterra presenta una situazione in cui la principale modalità d'impiego dei MCW è il ricorso ad agenzie intermediarie presenti nel mercato. Queste vanno a regolamentare il rapporto di lavoro tra la lavoratrice e l'anziano, determinandone gli orari di lavoro, la paga e le modalità di impiego. Le agenzie vanno quindi a definire delle pratiche di impiego che rispettano i diritti delle lavoratrici e ne favoriscono la qualità.

Infine anche in Svezia come in Inghilterra è molto utilizzata la pratica di utilizzo di agenzie intermediarie che si occupano della gestione del rapporto di lavoro; è posto maggiore interesse allo sviluppo della qualità del lavoro; ed infine gli sgravi fiscali

permettono un consistente utilizzo delle lavoratrici domestiche in maniera del tutto regolare.

Trarre delle conclusioni alla luce di questa comparazione, che possano essere costruttive per le politiche italiane, è qualcosa di estremamente ambizioso, ma in linea del tutto ipotetica si vuole provare a fare un tentativo:

1. Puntare ad un maggiore sgravio fiscale per l'assunzione regolare delle lavoratrici che ne vada a garantire la tutela di tutti i diritti, al pari di qualsiasi lavoratore, prendendo come spunto la riforma svedese.
2. Favorire la regolarizzazione delle assistenti familiari attraverso politiche migratorie meno farraginose (L. Bossi Fini, sanatorie). Solo in questo modo tutte le lavoratrici potranno avere diritto a partecipare a corsi di formazioni e qualificazione, a cui diversamente, in una posizione irregolare, sarebbe difficile aderirvi.
3. Attuare a livello centrale politiche per l'immigrazione, per il lavoro, per la formazione, per la non autosufficienza che siano tra loro concordanti. Quello dei servizi di collaborazione domestica si caratterizza in Italia per essere un mercato ancora fortemente destrutturato.

Di certo la comparazione dei vari paesi ha permesso di mettere alla luce le differenze interne dei singoli paesi, ma nel quarto capitolo si è voluto mettere in evidenza come le risposte di policy date nei paesi fin qui descritti abbiano un impatto importante anche sui paesi di origine dei Migrant Care workers.

Dati statistici hanno permesso di far emergere l'importanza del contributo economico del lavoro immigrato nello specifico del lavoro domestico della cura, per lo sviluppo economico dei paesi, andando a identificarli come presenze fondamentali al suo interno, facendo cadere tutta quella sfilza di luoghi comuni che li vedono come dei "parassiti" all'interno della società. Oltre al contributo che danno al paese di accoglienza gli immigrati forniscono un vitale sostegno ai paesi di provenienza, (forse è uno dei motivi principali che li spinge a partire) attraverso le rimesse che questi spediscono alle proprie famiglie. Ma questa migrazione fa emergere anche l'altra parte della medaglia, ovvero il fenomeno del *care drain*, tutto ciò che le donne migrando lasciano nei paesi di origine: i propri figli lasciati alle cure di qualcun altro, con inevitabili conseguenze per lo sviluppo psicofisico dei ragazzi e dell'assetto familiare stesso.

Ma se da un lato le rimesse contribuiscono a migliorare l'alimentazione, l'educazione, l'abitazione e le cure mediche dei familiari che rimangono nei luoghi di origine, andando a costituire una vera e propria forma di investimento, dall'altro la lontananza della figura genitoriale della madre costituisce una grave ripercussione nella vita dei figli soprattutto. Il fenomeno del *care drain* dovrebbe pertanto spingere le politiche nazionali ad adottare un approccio il più possibile transnazionale per una sua corretta analisi e gestione. Un approccio di welfare transnazionale deve prevedere un sistema che tenga conto sia dei sistemi di partenza che di quelli di arrivo. La ricerca qui effettuata ha analizzato alcuni progetti di welfare transnazionali che puntano ad abbattere le barriere esistenti tra le lavoratrici e il suo contesto familiare, ma la scarsa attenzione politica al tema dimostra come ancora lunga sia la strada da percorrere.

Bibliografia

- Anderson B. “*Migrant Domestic Workers: Good workers, poor slaves, new connections*” *Social Politics* , Volume 22, Number 4. (2012)
- Bertin G. (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*. Ed. Erickson, (2009)
- Bonoli, *Classifying Welfare State*, *Journal of Social Policy*, 26 p.351 – 372 (1997)
- Brennan, Cass, Himmelweit, *The marketization of care: rationales and consequences in Nordic and liberal care regimes*, *Journal of European social policy*, 22(4) 2012.
- Capacci G., Rinesi F. *L'invecchiamento demografico in Italia e l'Europa del futuro* (2014)
- *Care Regime on the Move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*”. Università di Charleroi, Belgium. Aprile (2012)
- Chiatti C., *Family networks and support in older age*. in Phellas C. *Ageing in European societies. Healthy ageing in Europe*. Springer, (2012)
- Chossudovsky M. *Globalizzazione della povertà e Nuovo Ordine Mondiale*, Ed. Altrisaggi (2003)
- Colombo A. *Fuori controllo? Miti e realtà dell'immigrazione in Italia*. Ed. Il Mulino, (2012)
- Decimo F. *Quando emigrano le donne. Percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*. Ed. Il mulino. (2005)
- Devillanova, *I benefici della presenza e i rischi dell'esclusione*. In *Libertà Civili* n.2 anno 2012
- Eherenreich e Hoschild, *Donne globali, tate, colf e badanti*. Ed. Feltrinelli (2004)
- Esping Andersen, *The three Worlds of Welfare capitalism*, Polity press, New York, (1990)
- Ferrario P., *Politiche sociali e servizi. Metodi di analisi e regole istituzionali*. Ed. Il Mulino (2013)
- Ferrera, *The Southern model of welfare in social Europe*, *Journal of European social Policy*, p.17-37, 1996 n.6

- Fondazione Leone Moressa, (a cura di) *Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione*. Edizione 2015
- Franca Van Hooren, *Varieties of migrant care work: comparing pattern of migrant labour in social care*. Journal of social Policy, 22(2), 2012
- Gavanas A., *Who cleans the welfare state? Migration, informalization, social exclusion and domestic services in Stockholm*. Institution for studies, Reserch report. (2012)
- Giuliana Chiaretti “La catena globale del lavoro di cura” in Corradi, Perocco (a cura di) *Sociologia e globalizzazione*, Mimesis Edizione, Milano (2007)
- H.Lutz, E. Moellenbeck, *Care Work Migration in Germany: Semi – Compliance and Complicity*, in Social Policy and Society – Volume 9, July 2010
- Hobson B., Bede L., *Precariousness and capabilitetis: migrant care/domestic workers in two institutionale contest*. TEORIJA IN PRAKSA let. 52, 3/2015
- Hobson B., *Outsourcing Domestic (Care) Work: The Politics, Policies, and political Economy*. Social Politics 2015 Volume 0 Number 0
- IOM Migration Research Series. *The role of Migrant Care Workers in Ageing Societies. Report on research in United Kingdom, Ireland, United States, and Canada*. (2010)
- ILO International Labour Office, *Effective protection for Domestic Workers: a guide to designing labour laws*. Geneve, (2012)
- IRS, Sole Terre, (a cura di) *Lavoro domestico e di cura: pratiche e benchmarking per l'integrazione e la conciliazione della vita familiare e lavorativa*. (marzo 2015)
- Kundnami A. “Gran Bretagna: l'integrazionismo, la politica del razzismo anti-musulmano” in *Razzismo di Stato*, a cura di Pietro Basso, FrancoAngeli (2012)
- Lalany, Gordolan, *Care and immigration. Migrant care workers in private households*. (2009).
- Lutz H. *When home became a Workplace: Domestic work as an ordinary job in Germany?* In *Migration and domestic work*, edited by Helma Lutz. AshGAtE E book. (2008)
- Maggian R. *I servizi socioassistenziali. Sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Terza Edizione, Carocci Faber (2013)

- Mezzadra, Ricciardi “*Movimenti indisciplinati. Migrazioni, migranti e discipline scientifiche*” Ed. Ombre Corte (2013)
- Naldini M., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy.* Ed. Carocci (2006)
- Omizzolo M., *Nuovi bisogni di assistenza familiare: le attività di cura dei migranti in Italia.* La Rivista delle Politiche Sociali/Italian Journal of Social Policy, 2-3/2015
- Pasquinelli, Rusmini,(2013) “*Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*”.
- Perna R., *L’immigrazione in Italia. Dinamiche e trasformazioni in tempo di crisi.* Politiche sociali/Social policies – n.1/2015 p.89 – 116
- Pfau – Effinger, *Cultures and welfare state policies: reflections on a couple interrelation.* Journal of social policy, 34, (2005)
- Prencipe, Felice, *Immigrazione e welfare. Un rapporto difficile.* in Libertà Civili, n. 2 anno 2012
- Ranci C., *Politica Sociale,* Ed. Il Mulino (2008)
- Rivista “Autonomie locali e servizi sociali” V.1/2010
- Ruini, *Il cambiamento demografico,*Ed. Laterza (2011)
- Salinas, Mastrorocco, *Sull’Invecchiamento della popolazione* (2010)
- Scrinzi F, *Professioniste della tradizione. Le donne migranti nel mercato del lavoro.*(2004)
- Shutes, Chiatti, *Migrant labour and the marketization of care for older people: the employment of migrant care workers by families and service providers,* Journal of European Social Policy 22(4) 2012
- Tognetti, Bordogna, *Il lavoro di cura tra produzione e consumo di welfare:il ruolo del network di cura.* (2009)
- Williams F. *Converging variations in migrant care Work in Europe.* Journal of European social policy, 22(4) 2012
- Williams F., *Migration and Care Work in Europe: making connections across the transnational political economy of care.* University of Leeds (2012)

