

**Donne immigrate e lavoro di cura:  
un welfare invisibile ma bisognoso di innovazione sociale.**

Claudia Zilli

*Executive Summary*

- Secondo il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione una persona su nove ha sessant'anni o più, ma si prevede che questa proporzione arriverà a una su cinque entro il 2050. In Italia, l'indice di invecchiamento in cinquant'anni è raddoppiato e le previsioni ci mostrano che nei prossimi cinquanta anni la crescita sarà significativa, portando tale indice a valori vicini al 35%.
- Non solo un numero crescente di persone raggiunge una maggiore età anagrafica, ma aumenta anche il numero di anni durante i quali queste persone sono tenute a vivere nelle più diverse condizioni (in funzione per esempio del sesso e del luogo di residenza); e queste trasformazioni comportano importanti conseguenze soprattutto sui piani relazionale, lavorativo e assistenziale.
- Diversi cambiamenti sociali, come lo stesso processo di invecchiamento della popolazione, la diversificazione dei tipi di famiglie e soprattutto l'aumento della partecipazione delle donne al mercato del lavoro extradomestico, hanno portato ad avere crescenti bisogni di Long Term Care (LTC) per gli anziani (in particolare quelli della così detta "quarta età" e/o affetti di malattie croniche o degenerative a lungo termine) e i membri non-autosufficienti del nucleo familiare.
- Nei paesi con regimi di welfare tendenzialmente familisti, come il caso dell'Italia e altri paesi dell'Europa meridionale, basati principalmente su trasferimenti di reddito e sulla persistente centralità delle famiglie come fornitrici di servizi alle persone, le figure professionali dedicate ai servizi domestici e di cura (p.es. colf e assistenti familiari) hanno acquisito una grande rilevanza, consolidando un settore di lavoro di "nicchia" per lavoratrici/tori immigrati, soprattutto donne proveniente del Est Europa e del Sud America, rappresentando uno dei principali canali di inserimento lavorativo per queste persone, spesso a prescindere della loro qualifica professionale e condizione di (ir)regolarità.
- Questa sorta di "welfare invisibile" presenta una serie di vantaggi in termini di flessibilità, cura in un ambiente privilegiatamente "familiare" e, potenzialmente, coinvolgimento emotivo sia da parte dei datori di lavoro (*care manager*) che dalle lavoratrici/lavoratori (*care worker*) e dei soggetti anziani (*care receiver*). Ma ciò presenta, allo stesso tempo, una serie di difficoltà che incidono sulle condizioni di lavoro e vita dei membri di questo "triangolo di cura": alti livelli di informalità; carenza di *skills* adeguate ad affrontare i crescenti e sempre più complessi bisogni legati all'invecchiamento e alla malattia; scarsa valorizzazione della complessità del lavoro di cura; problemi di comunicazione interculturale; etc. Uno dei principali apporti del progetto Innovacare sarà indagare e confrontare le diverse prospettive dei membri di questo triangolo di cura.
- Il lavoro di cura prestato da migranti mette a confronto le fragilità di almeno due attori vulnerabili: gli anziani che attraversano un processo di invecchiamento e i lavoratori (regolari o ancora più se irregolari) di origine straniera che attraversano un processo migratorio; senza dimenticare le famiglie (*care managers*), in particolare le donne adulte, che diventano -non senza difficoltà- mediatori (di parte) di queste due complesse realtà.
- Esistono enormi opportunità per migliorare la sostenibilità di questo settore di LTC in costante crescita tramite l'applicazione di nuovi prodotti e processi di innovazione sociale, per esempio: professionalizzazione di nuove figure tramite percorsi formativi per richiedenti asilo e rifugiati; adozione di nuove applicazioni tecnologiche *eHealth*; creazione di nuove alleanze di finanziamento tra settori pubblico e privato; implementazione di progetti sociali indirizzati a incoraggiare un maggiore coinvolgimento della comunità.

Versione ridotta del Working Paper  
**Donne immigrate e lavoro di cura:  
 un welfare invisibile ma bisognoso di innovazione sociale.**

Claudia Zilli  
 Università degli Studi di Milano  
 claudia.zilli@unimi.it

## 1. Invecchiamento della popolazione

Tra i diversi mutamenti sociali vissuti dalla popolazione mondiale durante l'ultimo secolo riveste particolare rilievo quello del suo progressivo invecchiamento. Il termine **invecchiamento demografico** convenzionalmente si riferisce al raggiungimento di un particolare traguardo di età anagrafica da parte degli individui, **superiore a 60 anni ordinariamente**, e si definisce insieme ad altre misure demografiche concrete come l'**età mediana**<sup>1</sup> della popolazione, e l'**età media**<sup>2</sup>. In alternativa, il processo di invecchiamento può essere definito in funzione della cosiddetta **speranza di vita**, ovvero, l'aspettativa di vita alla nascita indicata in termini di quanti anni in media è destinato a vivere un individuo appena nato oppure il tempo di permanenza in vita a partire da una certa età, p.es. 60 o 65 anni (Lutz, Sanderson & Scherbov, 2008). Questa può modificarsi con il tempo in funzione dei cambiamenti demografici strutturali della popolazione, dei progressi scientifici in ambito medico e delle variazioni delle condizioni di vita (in particolare in termini di alimentazione e igiene).

In questo modo, non solo un numero crescente di persone raggiunge una maggiore età anagrafica, ma aumenta anche il numero di anni durante i quali queste persone sono tenute a vivere nelle più diverse condizioni, e queste profonde trasformazioni comportano importanti conseguenze soprattutto sui piani relazionale, lavorativo e assistenziale. In numeri concreti, secondo il Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (UNFPA e HelpAge International, 2012), nell'anno 2000 la popolazione mondiale di età uguale o superiore ai 65 anni aveva raggiunto i 420 milioni di individui, con un incremento superiore a 9,5 milioni a partire dalla metà del 1999. Solo dal 2000 al 2010 il numero degli ultrasessantacinquenni è aumentato mensilmente da 795.000 a 847.000 unità; questo vuole dire che ogni secondo che passa ci sono in media due persone che festeggiano il loro sessantesimo compleanno. Attualmente, una persona su nove ha sessant'anni o più ma si prevede che questa proporzione arriverà a una su cinque entro il 2050. Per farsi un'idea ancora più chiara del fenomeno a livello globale, nell'anno 2000, 31 Paesi contavano una popolazione di oltre 2 milioni di ultrasessantacinquenni, mentre le proiezioni per il 2030 indicano che questo traguardo sarà raggiunto da più di 60 Paesi.

In Europa la quota della popolazione di età pari o superiore ai 65 anni è in aumento in ogni Stato membro dell'UE; nel decennio 2006-2016 si è registrato un aumento totale di 2,4 punti percentuali nell'insieme dell'UE-28 (Eurostat, 2017). In Italia in particolare si osserva un crescente peso degli anziani sul totale della popolazione e, in particolare sulla popolazione attiva, come caratteristica saliente della struttura demografica. L'indice di invecchiamento in cinquant'anni è raddoppiato e le previsioni ci mostrano che nei prossimi cinquanta anni la crescita sarà significativa, portando tale indice a valori vicini al 35% (Mazza e Capacci, 2006).

Mentre per l'aspettativa di vita il valore medio della popolazione mondiale è di circa 71 anni (68 anni e 6 mesi per i maschi e 73 anni e 6 mesi per le femmine sul periodo 2010-2013, secondo il United Nations World Population Prospects 2013), ci sono variazioni importanti tra regioni/paesi come il Principato di Monaco o Giappone (dove le aspettative di vita in 2017 sono rispettivamente di 93,5 e di 88,8 per le femmine e di 85,6 e 81,9 per i maschi) e Afghanistan e Chad p.es. (dove le aspettative di vita per lo stesso

<sup>1</sup> MA o *Median Age* in inglese: indicatore variabile relativo a la ripartizione della popolazione ordinata secondo l'età in due gruppi ugualmente numerosi, cioè il punto in cui metà della popolazione è più vecchia di quella età e metà è più giovane.

<sup>2</sup> *Aver. Age* o *Average Age* in inglese: Indicatore numerico calcolato a partire del rapporto tra la somma delle età di tutti gli individui e il numero di individui che compongono la popolazione residente.

anno sono rispettivamente di 53,2 e di 51,9 per le femmine e di 50,3 e 49,4 per i maschi). Ampi divari nella speranza di vita si riscontrano sia all'esterno che all'interno di aree geografiche più omogenee: negli Stati Uniti nello stato più longevo la speranza di vita alla nascita è di circa dieci anni più alta che in quello meno longevo; mentre tra i 27 paesi dell'Unione europea il divario è di circa 13 anni e, più nello specifico, tra le regioni italiane è di circa 3 anni, con le regioni del Mezzogiorno più svantaggiate di quelle del resto del Paese. Queste differenze si presentano anche per quello che riguarda il divario di genere: come tendenza generale le donne rappresentano la maggioranza degli anziani e, in quasi tutti i paesi, hanno un'aspettativa di vita maggiore rispetto agli uomini. Attualmente, per 100 donne sessantenni nel mondo ci sono solo 84 uomini. Per quanto riguarda gli ottantenni invece, si contano solo 61 uomini ogni 100 donne.

Le differenze non sono solo numeriche, le donne vivono in modo diverso il processo di invecchiamento; nonostante la maggiore speranza di vita, in molte situazioni le donne anziane possono essere più vulnerabili nei confronti delle discriminazioni, tra le quali ricordiamo minori opportunità di accesso alle cure mediche, maggiore esposizione al non riconoscimento del diritto alla proprietà e all'eredità, alla mancanza di un reddito vitale minimo e di una copertura sociale, alla precarietà economica dovuta alla scarsa o nulla partecipazione al mercato del lavoro durante il loro percorso di vita, etc. (Bertin, 2009).

In questo modo, mentre l'incremento della speranza di vita e dello sviluppo dell'individuo sono indicatori molto positivi per le società attuali, bisogna anche dire che l'invecchiamento della popolazione implica una serie di sfide particolarmente importanti per gli anziani stessi, per le famiglie, per le persone di diverse generazioni che li circondano e, non meno importante, per le istituzioni.

### 1.1. Diversi modi di invecchiare e bisogno di LTC

Nella fascia della popolazione collettivamente definita come "anziani" è possibile trovare diverse potenzialità, ricchezze, limiti, necessità, difficoltà, etc., che possono variare anche sensibilmente da persona a persona. Il percorso verso la vecchiaia è individuale ed è la storia di vita di ciascuno ad influenzare notevolmente il modo in cui ogni individuo percepisce e vive il proprio stato di anzianità. Così all'interno del gruppo "anziani" si trovano donne e uomini, anziani in difficoltà perché non autosufficienti, anziani con diverse malattie a gradi della malattia, anziani che vivono in compagnia del compagno o compagna oppure dei figli, anziani soli, e si trovano anche anziani che conducono una vita attiva sia sul piano personale che sociale. Da questa riflessione si evince come il modo di sperimentare l'invecchiamento sia connesso al modo nel quale si è condotta la propria vita oltre che dalle possibilità di sostegno da parte della famiglia, dello Stato tramite il sistema di welfare e della società nel complesso. In questo senso diventa importante favorire lo sviluppo di un ecosistema capace di accreditare l'immagine dell'anziano non come un peso da sopportare, bensì come vera e propria risorsa da reinvestire, come soggetto di cui è doveroso valorizzare esperienze e potenzialità. Occorre quindi sensibilizzare ed educare alla vecchiaia sia gli anziani di oggi sia coloro che vivranno la condizione di anzianità nel corso dei prossimi decenni. Da ciò scaturisce la precisa necessità di politiche sociali che, oltre a supportare le famiglie con anziani non autosufficienti, sappiano promuovere e sostenere le opportunità relazionali degli anziani (Bertin, *Ibid*).

Questo processo di invecchiamento della persona può essere diviso in diverse tappe:

1. quella iniziale dopo i 60-65 anni conosciuta come "terza età" (**elderly o anziani**), la quale solitamente comincia con l'uscita del mercato del lavoro e con il pensionamento (il quale continua a spostarsi in avanti a partire dall'allungamento delle speranze di vita), e di solito caratterizzata almeno da discrete condizioni economiche e di salute;
2. quella seguente conosciuta come "quarta età" (**old o vecchi**), caratterizzata invece da una salute sempre più fragile e da una progressiva perdita della capacità di vita autonoma verso il periodo finale della propria esistenza (Laslett, 1989).

Altri autori parlano di quattro tappe invece di due, per esempio Tamanza (2001): anziani giovani (64-74 anni), anziani (75-84 anni), grandi vecchi (85-99 anni) e centenari. Sebbene questi raggruppamenti siano basati su un aspetto fondamentalmente cronologico, non è possibile classificare in maniera definitiva le

persone inserite in ogni singolo gruppo visto che le condizioni di vita per ogni singola tappa possono variare considerevolmente da una persona all'altra in termini di modalità, ritmi e conseguenze.

Generalmente la quarta -e ultima età- è quella che rappresenta le maggiori sfide sia per l'anziano/a che per la famiglia e le persone che lo circondano in quanto l'individuo frequentemente non è più in grado di vivere da solo e richiede maggiori attenzioni, cure e altri servizi, specialmente se affetto da malattie croniche e/o di lunga durata.

Da questa condizione di fragilità generale o parziale, relativa al bisogno di aiuto nella realizzazione di attività specifiche, nasce un'importante necessità di attenzione, supporto, cure mediche personalizzate rivolte ad individui che, gradualmente o improvvisamente, perdono la propria autonomia in funzione del processo stesso di invecchiamento oppure della presenza di una o più malattie (Rapporto Osservasalute, 2017). Diversi sono gli aspetti che determinano la salute generale dell'anziano: cambiamenti biologici e fisici; cambiamenti cognitivi; difficoltà economiche in relazione al pensionamento; cambiamenti psicologici e identitari in funzione dei ruoli sociali che potenzialmente non possono essere più svolti; cambiamenti relazionali, morte del coniuge, parenti e/o amici coetanei, separazioni dei figli e/o amici, e senso di isolamento e solitudine; etc. Per questo motivo, il lavoro di cura richiesto per accudire queste persone, soprattutto durante quella che è considerata *"la quarta età"*, può estendersi per periodi di tempo prolungato e variare molto in funzione delle attività svolte e le skills tecniche e sociali richieste ai lavoratori di cura e/o assistenti personali nello svolgimento del proprio lavoro.

In questo modo il termine inglese *"Long Term Care"* o LTC, che può essere tradotto come "assistenza di lungo termine", è definito come *"ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita"* secondo l'OCSE (2011), è diventato oggetto di analisi e di elaborazioni di politiche pubbliche, soprattutto nei paesi del Nord Europa e più recentemente nei paesi dell'Europa continentale. Nel caso dell'Europa meridionale le politiche relative a questo settore si caratterizzano ancora per essere frammentate e con ampi spazi di miglioramento, essendo l'assistenza a lungo termine fornita principalmente da lavoratrici di origine straniera, spesso nell'economia sommersa indipendentemente dal loro status giuridico (Da Roit *et al.*, 2013). Bisogna chiarire che il termine Long Term Care non si riferisce solo alle cure in supporto ad anziani, persone disabili e non autosufficienti, ma a tutte quelle pratiche, anche preventive, che si svolgono su un lungo periodo di tempo onde evitare, laddove possibile, l'insorgere o l'aggravarsi di una situazione di non autosufficienza, che non è solo una condizione medica, ma anche economica.

## 2. Il lavoro di cura (immigrato)

In Italia il settore domestico e di cura si è particolarmente sviluppato a partire dal 2001, passando da circa 270 mila a quasi un milione di lavoratori; in altri termini, in meno di venti anni il settore è esploso, triplicando il numero di addetti (Maioni, 2016). Insieme alle lavoratrici domestiche addette alla pulizia della casa e ai diversi tipi di mansioni come lavare, stirare, cucinare, etc., (chiamate collaboratrici/collaboratori familiari o COLF), si sono moltiplicati anche lavoratrici e lavoratori che, contemporaneamente impiegate/i in lavori fondamentalmente domestici, sono assunte/i con il compito di svolgere lavori di cura alle persone fragili e non-autosufficienti. Questo trend ha avuto una crescita così importante da giustificare spesso l'utilizzo dell'espressione *"fenomeno badanti"*, nonostante il termine sia riduttivo per la quantità, qualità e delicatezza delle mansioni svolte da queste persone, specialmente donne di mezza età (Iori, 2009).

Con il termine "badante" viene, nel linguaggio comune, indicata una persona che si occupa dell'assistenza di anziani, malati e persone non autosufficienti; può anche svolgere le mansioni di colf in caso di necessità e richiesta da parte del datore di lavoro, ma queste non sono le sue principali funzioni. A seconda delle condizioni di salute dell'anziano - come descritto precedentemente - la "badante" può occuparsi dell'assistenza della persona anziana a tutti gli effetti, aiutandola nell'assunzione di farmaci, a lavarsi, a vestirsi, a spostarsi, accompagnandola durante commissioni o semplici passeggiate. La "badante" generalmente non esegue operazioni mediche più complesse, che rientrano nelle mansioni di OSS o infermieri, ma sicuramente contribuisce a supervisionare lo stato generale di salute dell'anziano

e rappresenta spesso la principale fonte di compagnia per la persona, per cui le mansioni svolte possono essere veramente ampie come ampi possono essere gli effetti dell'invecchiamento stesso. Il tipo di attività realizzate da queste persone, formalmente o informalmente impiegate, in realtà non è una cosa nuova; sono stati diversi i passaggi storici e i cambiamenti sociali che hanno contribuito alla maturazione di queste figure professionali.

Già dalle prime inchieste realizzate da ACLI Colf durante gli anni Sessanta-Settanta emergeva che le persone che si occupavano dei lavori domestici erano in gran parte donne, soprattutto anziane, di origine proletaria e sottoproletaria, con un bassissimo livello di istruzione e spesso nubili: donne che non avevano propriamente "scelto" il lavoro domestico come professione ma che erano state spinte dalla necessità verso un impiego poco tutelato dal punto di vista legislativo e contrattuale, nel quale il rispetto delle regole era molto basso e l'evasione contributiva molto frequente; un impiego per lo più considerato basso nella scala sociale, che speravano fosse provvisorio ma che nella maggioranza dei casi si rivelava infatti definitivo (Sarti, 2016). Un impiego che le costringeva a vivere in continuo contatto con ambienti borghesi in cui molte si sentivano disprezzate e sfruttate; un impiego che le condannava ad una frustrante condizione di marginalità sociale, e di solito anche ad un forte isolamento personale (Turrini, 1977), condizioni tutte queste che in molti casi si ripresentano nei casi delle assistenti familiari contemporanee, soprattutto quelle straniere e irregolari.

L'importanza di questa occupazione si è gradualmente rinforzata con il passare degli anni, da un lato diventava una valvola di sfogo del settore industriale in crescita, uno spazio di sopravvivenza soprattutto per le donne di ceti sociali bassi da cui attingere operaie nelle fasi di espansione, e su cui scaricare le lavoratrici nelle fasi di crisi. Dall'altro lato, e in modo particolare, la crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro "formale", considerata come il fenomeno più importante della seconda metà del XX secolo (pur rimanendo bassa in Italia e altri paesi Mediterranei, se confrontata ad altri paesi europei dove questa presenza era più consolidata; Scherer e Reyneri, 2008), ha richiesto una maggiore presenza della figura di collaboratrice domestica per permettere alle donne di ceto medio e alto (anche se durante gli ultimi anni il suo utilizzo progressivamente si è esteso a famiglie di classe sociale non abbiente nonostante il peso nel bilancio familiare) di sottrarsi al ruolo di casalinga e svolgere un lavoro extradomestico; tradizionalmente l'impiego di una lavoratrice domestica permetteva alle donne abbienti unicamente di mantenere il proprio status sociale occupandosi di altre attività educative, sociali e ricreative, comunque lontane dal lavoro remunerato fuori di casa. In questo modo, queste donne impegnate nel settore domestico e di cura sono diventate non solo riserve per il lavoro industriale ma anche in molti casi riserve per il "*mondo casalingo*" che aveva sempre più bisogno della loro presenza (Turrini, *Ibid*).

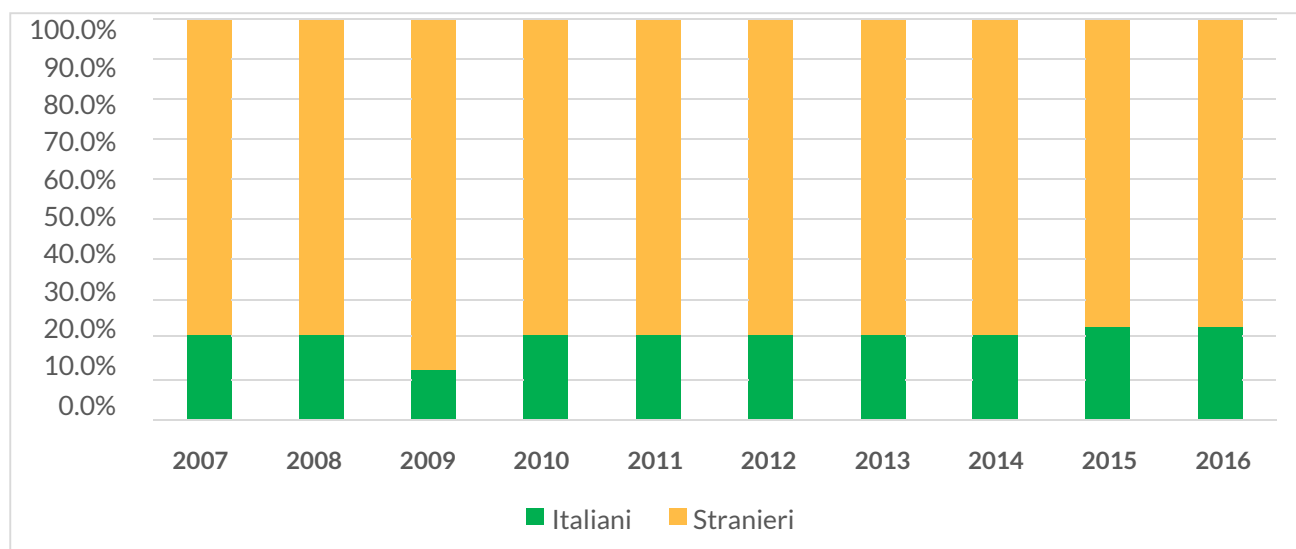
Due cambiamenti importanti sono stati osservati durante le ultime decadi: da una parte gli effetti dell'invecchiamento della popolazione si sono accentuati con una crescita costante di circa 3 punti percentuali ogni decada (p.es. dal 2006 al 2016 le persone ultra65enni sono passate dal 19,9% della popolazione al 22,0% e questa percentuale continuerà a crescere in modo costante durante i prossimi 30 anni, Istat 2017); e dall'altra, si è incrementata la presenza di lavoratori immigrati - regolari e irregolari - in particolare nel settore domestico e di cura.

Basta dire che sulla base dei dati INPS, i rapporti di lavoro domestico e di cura regolarmente registrati nel 2015 sono stati 888.125, dei quali un notevole **75.9%** (circa 672 mila) vede coinvolte persone di origine straniera. In termini di genere, la maggioranza di questi lavoratori sono donne; p.es. nel 2015 queste rappresentavano l'**87.8%** dei lavoratori impiegati nel settore, mentre solo il 12.2% erano uomini. A questi numeri bisogna aggiungere almeno un altro **50%** di lavoratori impiegati in condizioni di irregolarità (sotto l'aspetto contrattuale e/o dello status legale) nel mercato sommerso (Maioni & Zucca, 2016).

Nel complesso, il settore domestico e di cura rimane appannaggio delle **donne straniere** che, in netta maggioranza rispetto agli uomini, trovano una collocazione soprattutto nella cosiddetta "nicchia" dei servizi di assistenza alla persona consolidando uno dei canali di inserimento lavorativo che, a prescindere dalla formazione e dal livello d'istruzione (**generalmente over-qualificate per il lavoro**

**svolto**), fornisce loro le maggiori possibilità di impiego in Italia. Secondo l'ISTAT alla fine del 2014, quasi la metà delle donne straniere registrate residenti in Italia (47%) era inserita nei servizi domestici e/o di cura (Maioni, Ibid).

Figura 1. Quota di lavoratori domestici italiani e stranieri (2007-2016).



Fonte: INPS.

Osservando la distribuzione territoriale dei lavoratori/trici domestici/che in base al luogo di lavoro, il Nord Ovest è la ripartizione geografica in cui si registra il maggior numero di lavoratori regolari (29,9%), seguito dal Centro (28,6%) e dal Nord Est (19,8%). Più ridotte le percentuali rilevate nel Sud (12,6%) e nelle Isole (9,1%). In particolare, più della metà dei lavoratori domestici si concentra in quattro Regioni: la Lombardia, con il 18,2% del totale (pari a 157.465 lavoratori), seguita dal Lazio (15,0%), dall'Emilia Romagna (8,9%) e dalla Toscana (8,6%) (INPS, 2017).

Il paese di origine di queste lavoratrici domestiche/domestici varia sensibilmente in ragione della specifica nicchia occupazionale (cfr. tabella 1): nel caso delle collaboratrici familiari, si trovano persone prevalentemente provenienti dalla Romania, l'Ucraina, le Filippine, lo Sri Lanka, l'Ecuador o il Perù; mentre nel caso delle assistenti familiari si parla soprattutto di donne provenienti da paesi dell'Est d'Europa.

Tabella 1. Area di provenienza dei lavoratori domestici (2008-2015).

	Assistente familiare Badante		Collaboratore domestico Colf		Totale	
	Distr. % 2015	Differenza % 2015-2008	Distr. % 2015	Differenza % 2015-2008	Distr. % 2015	Differenza % 2015-2008
<b>Italia</b>	<b>19,1%</b>	<b>+10,0</b>	<b>27,9%</b>	<b>+4,9</b>	<b>24,1%</b>	<b>+2,4</b>
Europa Est	60,7%	-14,0	34,6%	-9,6	45,7%	-2,5
Europa Ovest	0,2%	+0,1	0,4%	+0,1	0,3%	+0,0
America Centrale	1,4%	+0,4	1,5%	+0,3	1,4%	+0,3
America Sud	6,6%	-1,3	7,4%	-0,6	7,1%	-1,0
Asia Medio Orientale	2,1%	+1,8	0,7%	+0,4	1,3%	+1,0
Asia: Filippine	2,6%	+0,4	12,1%	+2,6	8,1%	-0,3
Asia Orientale	2,8%	+1,0	8,0%	+1,2	5,8%	-0,1
Africa Nord	3,3%	+1,3	4,3%	+0,6	3,9%	+0,5
Africa Centro-Sud	1,1%	+0,2	3,0%	+0,1	2,2%	-0,3
<b>Totale</b>	<b>100,0%</b>		<b>100,0%</b>		<b>100,0%</b>	

Fonte: Fondazione Leone Moressa su dati INPS

Da questa tavola si possono individuare due dati di particolare rilievo: il primo riguarda la percentuale di lavoratrici/lavoratori italiane/i, che è aumentata negli ultimi anni molto probabilmente come strategia di sopravvivenza alla crisi economica. Il secondo è che tale percentuale sia significativamente più alta per la figura di collaboratore domestico o Colf in confronto a quella di assistente familiare o “Badante”. Il motivo principale alla radice di questa differenza è la co-residenza, molto più elevata fra le assistenti familiari, e quindi più accettata dalle straniere, per la non disponibilità di un alloggio proprio oppure per far fronte ad una situazione di irregolarità. La possibilità di co-resiedere rappresenta una strategia per accedere a vitto e alloggio in condizione di necessità, ma al contempo espone al rischio di un forte sfruttamento (Alemani, 2016). Un altro dato interessante che emerge da questa tabella riguarda invece la diminuzione, durante gli ultimi anni, di persone originarie delle due principali aree geografiche di provenienza, ovvero Europa Est ed America del Sud. I motivi possono essere diversi (un relativo miglioramento delle condizioni di lavoro e di vita nel paese di origine, il raggiungimento di una certa età, o anche la crescita del lavoro irregolare “in nero”, etc.), ma resta un punto da prendere in considerazione soprattutto da parte delle politiche migratorie e assistenziali, al fine di soddisfare il crescente bisogno di lavoratori di cura durante i prossimi anni.

### 3. Il Welfare “Invisibile” ed il Triangolo di Cura

Nei paesi con regimi di welfare tendenzialmente familisti, come il caso dell’Italia e altri paesi dell’Europa meridionale, basati su trasferimenti di reddito e sulla persistente centralità delle famiglie come fornitrici di servizi alle persone (Ferrera, 1995; Flaquer, 2000), le figure professionali dedicate ai servizi domestici e di cura (e.g. colf e assistenti familiari) hanno acquisito una grande rilevanza, consolidando un settore di lavoro di “nicchia” per lavoratrici/tori immigrati, incoraggiando – non senza criticità – uno dei principali canali di inserimento lavorativo per queste persone (spesso a prescindere della loro qualifica – che tendenzialmente è più alta di quella richiesta da questo tipo di lavoro- e dalla loro condizione di regolarità).

Originalmente, la nascita del welfare state ha consentito alle famiglie di sgravarsi da molte incombenze relative alla cura delle persone non autosufficienti. Nonostante questo, in molti paesi sviluppati sono emersi seri problemi di carenza di risorse disponibili per le attività informali di cura delle persone. Quello che in inglese è definito “*care shortage*” (Simonazzi, 2009), dovuto in particolare alla crescente partecipazione delle donne al lavoro extradomestico, ha posto sotto tensione molti equilibri della sfera familiare (Bettio *et al.*, 2006). Nonostante questi cambiamenti, la redistribuzione dei carichi domestici e di cura tra i generi non è avvenuta in maniera efficiente da una parte, e dall’altra i servizi pubblici nell’insieme tendono da alcuni anni a ridurre la loro copertura anziché espandersi (Ambrosini, 2013).

Si osserva inoltre una tendenza culturale ad identificare (ancora) il lavoro domestico come uno spazio quasi esclusivo delle donne. Il perdurare della centralità femminile nel mondo della cura, sempre più frequentemente comporta il trasferimento di attività ed incombenze domestiche a figure terze a pagamento, in questo caso a collaboratrici domestiche e assistenti familiari, prevalentemente immigrate (Barazzetti, 2006). A questa identificazione della cura con il mondo femminile si aggiunge una preferenza, da parte delle famiglie, di ricevere la cura a domicilio, in modo da permettere alla persona anziana in condizione di fragilità di gestire la cura e la malattia in un clima di familiarità, almeno fino a quando questa situazione non richiede cure mediche più sofisticate che necessitano l’ospedalizzazione.

La mancanza di servizi pubblici specializzati nel gestire direttamente i bisogni di cura degli anziani e il consolidamento di questi orientamenti culturali hanno messo le famiglie nelle condizioni di fronteggiare gli stessi compiti di cura del passato, aggravati dal chiaro processo di invecchiamento della popolazione, con una minore disponibilità di forze per farsene carico, ma con una dotazione relativamente maggiore di risorse economiche per acquistare privatamente lavoro o servizi, senza particolari controlli sulle modalità di impiego degli aiuti economici da parte dalle istituzioni pubbliche (Ambrosini, 2013).

Un emendamento alla legge di Bilancio 2018, già entrata in vigore, ha istituito presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali il “Fondo per il sostegno del titolo di cura e di assistenza del Caregiver Familiare” con una dotazione iniziale di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020. L’obiettivo è

fornire copertura finanziaria a interventi legislativi finalizzati al riconoscimento del valore sociale ed economico dell'attività di cura non professionale del caregiver familiare.

Questa sorta di "welfare invisibile" presenta una serie di vantaggi in termini di flessibilità, cura a domicilio in un ambiente privilegiatamente "familiare" e, potenzialmente, coinvolgimento non solo rigorosamente lavorativo ma anche emotivo sia da parte dei datori di lavoro (*care manager*) che dalle lavoratrici/lavoratori (*care worker*) e dei soggetti anziani (*care receiver*). Ma presenta allo stesso tempo una serie di difficoltà che incidono sulle condizioni di vita dei membri di questo così detto "triangolo di cura" (Ambrosini, *Ibid*).

Diverse ricerche sono state condotte per conoscere le condizioni di vita e lavoro, difficoltà e prospettive, soprattutto di questo segmento di manodopera così essenziale per soddisfare i bisogni di cura delle famiglie italiane (Bonizzoni, 2009; Pasquinelli e Rusmini, 2013; Zucca 2016; Vianello, 2016). In questo senso, diversi margini per un possibile miglioramento delle loro condizioni, e di conseguenza delle famiglie che li accudiscono, sono stati identificati.

Un primo aspetto riguarda le condizioni di lavoro: In Italia, già da alcuni decenni è possibile applicare un contratto collettivo nazionale di lavoro specifico per lavoratrici domestiche e assistenti familiari o per "addetti al funzionamento della vita familiare e delle convivenze familiarmente strutturate", riprendendo la dicitura ufficiale. Il contratto collettivo nazionale di riferimento principale per la categoria è quello rinnovato il 1mo. Luglio 2013, firmato dai sindacati dei lavoratori domestici (FILMCAMS-CGIL, FISASCAT-CISL, UILTUCS-UIL e Federcolf), e dalle organizzazioni dei datori di lavoro (FIDALDO e DOMINA). L'esistenza di un contratto collettivo nazionale risponde decisamente alle necessità messe in luce dall'articolo 7 della Convenzione OIL n.189 che afferma come le lavoratrici domestiche debbano essere informate sulle proprie condizioni d'impiego in una modalità che sia di comprensione semplice e verificabile. Nonostante questo, la stipula di un contratto di lavoro per iscritto e la comprensione del medesimo non sono una caratteristica comune fra i rapporti di lavoro: questa situazione può risultare problematica non solo per le lavoratrici ma anche per gli stessi datori di lavoro in caso di potenziali azioni legali (Marchetti, 2016). La sottoscrizione o meno di un contratto di lavoro, così come il rapporto di corrispondenza tra lo stipendio percepito e le ore lavorate è distribuita asimmetricamente sul territorio nazionale. Il perdurare del lavoro irregolare in questo ambito è influenzato non solo dal mutare del contesto socio-economico fra regioni e città italiane, ma anche da iniziative da parte delle amministrazioni municipali che prevedono incentivi fiscali e supporti economici per sostenere le famiglie, facilitando le assunzioni con le corrispondenti regole, e queste situazioni si presentano maggiormente in un contesto tendenzialmente più regolarizzato come quello del Nord d'Italia.

Accanto a queste difficoltà relative alla contrattualizzazione, si riscontrano quelle legate agli alti livelli di irregolarità; alle carenze di *skills* di cura adeguate ad affrontare i complessi cambiamenti in atto nell'invecchiamento e nella malattia; alla scarsa valorizzazione della complessità del lavoro di cura; ai problemi di comunicazione interculturale tra i *care receiver* e *care manager*; e, infine, alle difficoltà rilevanti nella gestione dei rapporti affettivi transnazionali con le famiglie lasciate nel paese di origini come figli e genitori anziani (Bonizzoni, 2009; Marchetti, 2016).

Analizzare in profondità tutti i ruoli, le aspettative e le difficoltà degli attori coinvolti in questa complessa attività di cura sarà uno dei principali obiettivi dal punto di vista sociologico del progetto **Innovacare** in modo di poter identificare possibili soluzioni e applicazioni di innovazione sociale focalizzate a correggere alcune delle contraddizioni con le quali i membri del triangolo di cura devono confrontarsi quotidianamente.

Ad esempio:

**Care Receiver:** Bisogni di cura; perdita dell'autonomia; cambiamenti identitari; confronto con il tema della propria morte; cambiamenti relazionali e sentimenti di isolamento.

**Care Manager:** gestione economica, istituzionale e logistica del rapporto di cura; lavoro di mediazione



tra parente anziano e lavoratore domestico; conciliazione del lavoro di cura con altri membri della famiglia, per esempio bambini piccoli, e altre attività lavorative; senso di allontanamento e sentimenti di frustrazione nei confronti della persona malata e/o non autosufficiente.

**Care Worker:** bisogno di lavorare, spesso anche in condizioni di irregolarità; condizioni di sfruttamento e marginalizzazione; carenza di capacità tecniche ed interculturali per affrontare le complessità del lavoro di cura; senso di isolamento e nostalgia rispetto alla famiglia nel paese di origine, etc.

A questi attori fondamentali del triangolo di cura si aggiungono però anche lo Stato (coinvolto tramite politiche assistenziali, lavorative e migratorie), il mercato e la comunità, che insieme costituiscono quello che è stato definito “il diamante della cura”, un rombo al cui vertice si colloca la famiglia, ai lati rispettivamente lo Stato (inteso come complesso dei servizi pubblici, centrali e locali) e il mercato, mentre all’angolo inferiore la comunità (Piperno, 2010; Raghuram, 2012)

#### 4. Un Welfare Invisibile bisognoso di Innovazione Sociale

Il lavoro di cura prestato in larga parte da migranti, come abbiamo visto, mette a confronto le fragilità di almeno due attori vulnerabili: gli anziani, che attraversano un processo di invecchiamento ed i lavoratori-regulari o ancora più se irregolari- di origine straniera che attraversano un processo migratorio; senza dimenticare le famiglie, in particolare le donne adulte (*care managers*), che diventano -non senza difficoltà- mediatori (di parte) di queste due complesse realtà.

Specialmente nell’Europa meridionale, l’organizzazione delle cure ruota tuttora attorno al ruolo centrale delle famiglie e, più precisamente, delle donne, come mogli e madri prima, come figlie di genitori anziani dopo. All’ incremento della partecipazione femminile al lavoro extradomestico non ha corrisposto né un adeguato sviluppo dei servizi pubblici, né una sufficiente redistribuzione dei compiti all’interno delle famiglie (Ambrosini, 2013). In questo *care regime* le politiche sociali non solo sono comparativamente meno sviluppate, ma consistono anche prevalentemente in trasferimenti di reddito, come già precedentemente accennato. Questo implica che siano le famiglie a gestire nella quasi totalità il lavoro di cura dei membri anziani non-autosufficienti, con le conseguenti sfide.

L’impiego, sia regolare che irregolare, soprattutto di donne di origine straniera come assistenti familiari e/o Colf ha contribuito a soddisfare la domanda di questo “*welfare invisibile*” (Ambrosini, 2013). Contemporaneamente, ha contribuito a creare un mercato di lavoro che attrae in particolare donne di paesi a redditi più bassi disposte a lavorare nelle così dette “*global care chains*” che a loro volta si riproducono su rapporti di disuguaglianza sociale a livello transnazionale (Lutz, 2018).

Questo mercato del lavoro viene influenzato direttamente dalle politiche migratorie che, nel caso dell’Italia e altri paesi Europei, sono diventate sempre più rigide e con un sempre più marcato orientamento alla sicurezza nazionale. È bene sottolineare che, contrariamente a ciò che viene percepito dall’opinione pubblica, influenzata dalla grande diffusione del tema nei mezzi di comunicazione e nei discorsi politici (Dal Lago, 1999), il volume della popolazione immigrata in Italia è da alcuni anni pressoché stazionario. Parliamo di poco più di 5 milioni di persone (5.144.440 al 1° gennaio 2018 secondo l’Istat, equivalente all’8,5% della popolazione residente). Un cambiamento importante è invece la conformazione della popolazione immigrata, passando dall’epoca delle migrazioni per lavoro, e successivamente per famiglia, a quella caratterizzata da nuovi flussi sempre più spesso motivati dalla ricerca di asilo politico e protezione internazionale. Durante il 2016, per esempio, sono stati rilasciati 226.934 nuovi permessi, il 5% in meno rispetto all’anno precedente. Il calo ha riguardato soprattutto le migrazioni per lavoro (12.873) – diminuite ben del 41% rispetto al 2015 – che rappresentano ormai solo il 5,7% dei nuovi permessi; mentre continua la rapida crescita dei nuovi permessi per motivo di asilo e protezione umanitaria che nel 2016 ha raggiunto il massimo storico (77.927, il 34% del totale dei nuovi permessi di fronte a un totale di più di circa 123,500 richieste) (UNHCR, 2017).

Queste politiche migratorie sempre più restrittive (soprattutto in termini di modalità dei permessi di soggiorno rilasciati), insieme alle sopramenzionate difficoltà nei rapporti di lavoro che possono instaurarsi all’interno del cosiddetto triangolo di cura, e alle semplici difficoltà implicite del lavoro di

cura a lungo termine, fanno sì che l'applicazione di prodotti e/o processi di innovazione sociale risultino una concreta possibilità per migliorare le caratteristiche del lavoro nel settore.

In questa fase iniziale è utile ricordare la definizione di innovazione sociale. Innovazioni sociali sono considerate *“social in both their ends and their means”* e consistono in *“new ideas (products, services and models) that simultaneously meet social needs (more effectively than alternatives) and create new social relationships or collaborations. In other words, they are innovations that are not only good for society but also enhance society’s capacity to act”* (Bureau of European Policy Advisors in Hubert, 2010).

In questo modo, sono identificati alcuni elementi chiave dell'Innovazione Sociale che dovrebbero identificare qualsiasi intervento in questa direzione: 1. Novità e risposta a bisogni specifici; 2. Maggiore efficacia; 3. Maggiore inclusività e empowerment; e 4. Maggiore efficienza (Razetti, in corso di pubblicazione, InnoVARe Unità di Ricerca 1).

Il prossimo passo sarà quindi conoscere meglio l'ecosistema di cura e, soprattutto, identificare quali possano essere le direttrici lungo cui articolare iniziative di innovazione sociale indirizzate a un utilizzo più efficace e sostenibile del lavoro di cura prestato da migranti che riesca a migliorare le condizioni di lavoro e di vita delle parti coinvolte.

Successivamente sarà elaborata una serie di proposte su cui lavorare riguardo l'innovazione sociale in questo settore; proposte che possono articolarsi lungo vari assi:

1. Profilo migratorio dei collaboratori di cura e processi di inserimento specifico per richiedenti asilo e rifugiati;
2. Nuove forme di collaborazione finanziaria tra i settori pubblici e privati e ulteriori agevolazioni fiscali;
3. Consolidamento della figura di Mediatore all'interno dei rapporti di lavoro specificamente di cura;
4. Implementazione di nuove applicazioni tecnologiche e telemedicina (*eHealth*) con la corrispondente formazione per l'utilizzo;
5. Programmi multilaterali di coinvolgimento di altri attori della società nel lavoro di cura come comunità locale, gruppi di vicini di quartiere (p.es. *social streets*, modalità di assistente familiare condivisa), associazioni locali insieme ad altri attori tradizionali come sindacati e associazione di categoria;
6. Implementazione di programmi di prevenzione per adulti e anziani in fase iniziali del processo di invecchiamento per migliorare lo stato di salute generale prima di raggiungere una fascia di età più critica.

## Riferimenti Bibliografici

- Alemani, C. (2004). *Le colf: ansie e desideri delle datrici di lavoro*, in POLIS, XVIII, n.1.
- Ambrosini, M. (2013). *Immigrazione irregolare e welfare invisibile. Il lavoro di cura attraverso le frontiere*, Bologna, Il Mulino.
- Barazzetti, D. (2006), *Doppia presenza e lavoro di cura. Interrogativi su alcune categorie interpretative*, in «Quaderni di Sociologia», 40, pp. 85-96.
- Bertin, G. (2000), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*. Milano: Erickson.
- Bettio, F., Simonazzi, A. & Villa, P. (2006). *Change in Care Regimes and Female Migration: The Care Drain in the Mediterranean*, in «Journal of European Social Policy», 16(3), pp. 271-285.
- Bonizzoni, P. (2009), *Famiglie globali: Le frontiere della maternità*, Torino, UTET Università.
- Da Roit, B., Gonzalez Ferrer, A. & Moreno-Fuentes, F. (2013). *The Southern European migrant-based care model: long-term care and employment trajectories in Italy and Spain*, in «European Societies», 15(4), pp. 577-596.
- Del Lago, A. (1999), *Tautologia della paura*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», Gennaio-Marzo, pp. 5-42.
- Iori, C. (2009), *Da badanti ad assistenti familiari. L'evoluzione di una figura professionale nell'esperienza della provincia di Modena*, Roma, Carocci Editore.
- Ferrera, M. (1995). *Los estados del bienestar del Sur en la Europa Social*, in S. Sarara e L. Moreno (a cura di) *El Estado del Bienestar en la Europa del Sur*, Madrid. CSIC- Consejo Superior de Investigacion Cientificas.
- Flaquer, L. (2000). *Family Policy and Welfare State in Southern Europe*, Working Paper No. 185, Barcellona, Institut de Ciències Polítiques i Socials.
- Laslett, P. (1992), *Una nuova mappa della vita. L'emergere della terza età*, Bologna, Il Mulino.
- Lutz, H. (2018). *Care migration: The Connectivity between Care Chains, Care Circulation and Transnational Social Inequality*, in *Current Sociology*. 66(4): 577-589.
- Lutz, H. Sanderson, S. & Scherbov, S. (2008), *The Coming Acceleration of Global Population Ageing*, in *Nature*, Feb 7., 451(7179), pp. 716-9.
- Maioni, R. & Zucca, G. Eds. (2016), *Viaggio nel lavoro di cura*, Roma, Ediesse.
- Marchetti, S. (2016). *Domestic work is work? Condizioni lavorative delle assistenti familiari in Italia, tra finzioni e realtà* in Maioni, R. & Zucca, G. (a cura di), *Viaggio nel lavoro di cura*, Roma, Ediesse.
- Pasquanelli, S. & Rusmini, G. Eds. (2013), *Badare non basta*. Roma, Ediesse.
- Piperno, F. (2010), *Dalla catena della cura al welfare globale. L'impatto delle migrazioni sui regimi di cura nei contesti di origine e le nuove sfide per una politica di co-sviluppo sociale*, in «Mondi Migranti», 3, pp. 47-61.
- Raghuram, P. (2012), *Global Care, Local Configurations – Challenges to Conceptualizations of Care in Global Networks*, 12(2), pp.155-174.
- Razetti, F. (2018 TBP). *Long Term Care e innovazione sociale: quali spunti dall'Europa?*, Working Paper INNOVACARE, Fondazione Cariplo, Università degli Studi di Milano.
- Sarti, R. (2016), *Badante: Una nuova professione? Luci e ombre di una trasformazione in atto*, in Maioni, R. e Zucca, G. (a cura di), *Viaggio nel lavoro di cura*, Roma, Ediesse.
- Simonazzi, A. (2009), *Care Regimes and National Employment Models*, in «Cambridge Journal of Economics», 33(2), pp. 211-232.
- Scherer, S., e Reyneri, E. (2008), *Come è cresciuta l'occupazione femminile in Italia: fattori strutturali e culturali a confronto*, in «Stato e Mercato», 2, pp. 183-216.
- Tamanza, G. (2001), *La cura familiare degli anziani. Uno studio longitudinale del processo di caregiving*, in «La Famiglia», 208, pp. 19-36.
- Turrini, O. (1977). *Le casalinghe di riserva: Lavoratrici domestiche e famiglia borghese*, Roma, Coines.
- Vianello, F. (2016), *La salute delle assistenti familiari* in Maioni, R. e Zucca, G. (a cura di), *Viaggio nel lavoro di cura*,

Roma, Ediesse.

Zucca, G. (2016). *Viaggio del lavoro di cura: una ricerca azione sulle trasformazioni del lavoro domestico* in Maioni, R. e Zucca, G. (a cura di), *Viaggio nel lavoro di cura*, Roma, Ediesse.

**Pagine elettroniche:**

Eurostat (2018), *Statistics Explained. Struttura e invecchiamento della popolazione:*

[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/it](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/it)

Inps (2017), *Osservatorio sui lavoratori domestici 2016:*

<https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=51067>

Istat (2017), *Dati Anziani:* <http://www4.istat.it/it/anziani>

Hubert., A. (2010, a cura di), *Empowering people, driving change. Social Innovation in the European Union,*

Lussemburgo, Publication Office of the European Union,

<http://ec.europa.eu/DocsRoom/documents/13402/attachments/1/translations/en/renditions/native>

Mazza, S. e Capacci, G. (2006) in Giarini, O. & Tagliabue, M. (a cura di), *L'invecchiamento della popolazione italiana: effetti e politica sociale*, « Quaderni Europei sul Nuovo Welfare. Invecchiamento e Società ». Quaderno n. 5.

Luglio: <http://www.newwelfare.org/category/quaderno-n5-2006/>

OECD (2011). Colombo, F., et al. *Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy*

*Studies*, Paris, OECD Publishing: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted\\_9789264097759-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en)

Rapporto Osservasalute (2017), *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Università Cattolica del

Sacro Cuore: <https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2018/04/ro-2017.pdf>

United Nations Population Fund (UNFPA) and HelpAge International (2012), *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and a Challenge*, New York e Londra:

<https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20report.pdf>

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013), *World Population*

*Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables*, Working Paper No. ESA/P/WP.228:

[https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012\\_HIGHLIGHTS.pdf](https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf)

UNHCR (2017), *The UN Refugee Agency. Statistiche:* <https://www.unhcr.it/risorse/statistiche>