

Nuovi bisogni di assistenza familiare: le attività di cura dei migranti in Italia

Marco Omizzolo

RPS

L'articolo assume come focus di analisi le attività di cura prestate ad anziani e disabili in Italia da lavoratori e lavoratrici migranti, considerato elemento centrale del nuovo welfare state. Esso parte dall'analisi dell'indagine Oil (2012) e delle soluzioni normative elaborate in favore dei lavoratori e delle

lavoratrici migranti impegnati nelle varie attività di cura familiare. Si approfondiscono anche gli elementi sostanziali dell'assistenza sociale migrante in Italia, individuandone gli elementi di forza e di debolezza, insieme alle modifiche sociali sostanziali del relativo modello familiare.

1. 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. Un impiego straordinario di persone che obbliga la sociologia a riflettere con attenzione sul fenomeno. 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. Si tratta di attività che garantiscono un «significativo contributo dei lavoratori domestici all'economia globale, che comprende crescenti opportunità di impiego retributivo per donne e uomini con responsabilità familiari, un maggiore bisogno di cure per popolazioni che invecchiano, bambini e persone con disabilità» (Oil, 2012, p. 50). All'assistenza familiare è richiesto spesso un coinvolgimento psicologico e sociale complesso, svolgendo specifiche mansioni domiciliari e nel contempo coltivando relazioni sociali che coinvolgono l'assistito e il suo nucleo familiare. Ciò significa prevedere un impegno emotivo e professionale che, come già rilevato

da Hochschild (1983), coinvolge il suo quadro psico-sociale, i suoi stati d'animo, eventuali fobie o tensioni e una comunicazione empatica con il nucleo sociale di riferimento. Si viene obbligati a una dipendenza reciproca non riconducibile alle sole azioni pratiche-professionali atte all'accudimento del disabile o dell'anziano. La relazione non è circoscritta al solo rapporto assistente-assistito ma coinvolge anche la famiglia di quest'ultimo che spesso ricopre un ruolo sovraordinato nella dinamica lavorativa (Ambrosini, 2013), assumendo specifiche caratteristiche nel momento in cui l'assistente domiciliare è una donna migrante. È questa particolare relazione che si intende analizzare, anticipata da un'analisi generale ispirata dal rapporto dell'Oil, così da coglierne anche gli aspetti quantitativi e giuridici generali.

2. Le ricerche sull'attività di cura familiare tra accudimento e assistenza

Le principali ricerche sulle attività di cura in ambito familiare (Ambrosini, 2013) si sono concentrate su aspetti tradizionali, quali l'accudimento dei bambini, sottovalutando il ruolo svolto dai migranti nella fornitura di servizi di cura alle persone. Essi nel tempo hanno saputo rispondere ai crescenti bisogni di cura della popolazione italiana, derivanti *in primis* dal modificarsi del modello familiare tradizionale e dall'impiego sempre maggiore delle donne in attività lavorative extra-familiari. I migranti hanno svolto funzioni tradizionalmente delegate ai componenti la ristretta cerchia familiare dell'assistito, compiendo attività indispensabili per i disabili o le persone con limitata autonomia. Non si tratta di una vocazione professionale antropologicamente presupposta o culturalmente orientata, né di una strategia di inserimento occupazionale nel settore dell'assistenza familiare. La nicchia occupazionale nella quale milioni di migranti sono riusciti a inserirsi si è determinata grazie a una domanda inesausta di lavoro, spesso caratterizzata da salari modesti, scarso prestigio sociale e grande fatica fisica, psicologica ed emotiva. I servizi sociali di cura, peraltro avvertiti come fondamentali dalle famiglie italiane, sono stati tradizionalmente «appaltati» da famiglie *upper class*, capaci di sopportarne i costi economici, a soggetti delle classi sociali inferiori. La stessa organizzazione del mercato del lavoro, con riferimento alle attività di cura, ha prediletto il ricorso a soggetti socialmente fragili, provenienti da paesi terzi, sotto-

pagati e poco rappresentati. Una carenza che ha comportato sfruttamento e soprusi. Ha concorso ad aumentare le domande di assistenza e le varie forme di intervento sociale informale il costante invecchiamento della popolazione che ha comportato lo sviluppo di nuovi bisogni psico-fisici e sociali.

3. I principi della convenzione internazionale Oil sul lavoro domestico¹

L'analisi distinta per continenti dei lavoratori domestici a livello mondiale permette una prima analisi del fenomeno. Secondo l'Oil (2012) circa 21,4 milioni di impiegati nel settore del lavoro domestico si troverebbero in Asia e nel Pacifico, 19,6 milioni in America Latina e nei Caraibi, 5,2 milioni in Africa, 2,2 milioni nel Medio Oriente e 3,6 milioni nei paesi industrializzati, Europa meridionale compresa. L'assistenza familiare rappresenterebbe il 7,5% dell'occupazione femminile dipendente a livello mondiale, con una percentuale che aumenterebbe in alcune aree geografiche come l'Asia e il Pacifico, l'America Latina e i Caraibi.

Nel solo ventennio 1990-2010 i lavoratori domestici nel mondo sono aumentati di oltre 19 milioni, in prevalenza provenienti dall'Est Europa e dai paesi in via di sviluppo. La loro tutela giuridica è risultata spesso limitata a fronte di obblighi sociali sovradimensionati e sfruttamento lavorativo. Nel caso delle attività di cura delle donne migranti, ad esempio, si sono registrati casi ricorrenti di abusi, anche sessuali, e ricatto occupazionale. Le stesse condizioni di lavoro risultano spesso generiche, determinando situazioni che obbligano a svolgere mansioni non previste dagli obblighi contrattuali e senza un adeguato riconoscimento salariale. Secondo l'Oil solo il 10% dei lavoratori domestici è tutelato dalla legislazione del lavoro, mentre oltre un quarto è escluso dalla relativa disciplina. Questa condizione aumenta per le lavoratrici migranti precarie, con scarsa conoscenza della lingua nazionale e delle norme che regolano il proprio settore, comprese le prassi amministrative del luogo di residenza.

La convenzione internazionale dell'Oil ha messo ordine nel settore, avanzando soluzioni capaci di informare e stimolare la comunità in-

¹ Questo paragrafo è stato scritto dalla dottoressa Pina Sodano.

ternazionale 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 sociale (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, sintesi tra le volontà di governi, categorie datoriali e sindacati, 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, alle quali sono seguite quelle di diversi altri paesi, tra i quali l'Italia (il primo del gruppo dei paesi a economia avanzata) avvenuta il 5 settembre del 2013. Il governo italiano avviò un monitoraggio per comprendere il rapporto tra i contenuti espressi dalla convenzione e la legislazione italiana vigente. La relazione del Ministero del Lavoro dichiarò la conformità tra gli standard richiesti e la legislazione italiana, nonostante alcuni principi e norme della convenzione fossero già previste. Sono state introdotte anche importanti innovazioni che hanno ampliato la gamma di diritti sociali riconosciuti ai lavoratori domestici, a partire, come afferma la Acli-Colf (2013) dal superamento della distinzione tra il lavoro domestico e le altre occupazioni, superando un diffuso stereotipo inferiorizzante. È stato riconosciuto, inoltre, il diritto all'astensione obbligatoria per maternità, con relativo divieto di licenziamento fino a tre mesi ed escluso il diritto all'astensione facoltativa dal lavoro, le ore di assenza giornaliera per allattamento e il congedo parentale nel caso di un figlio disabile.

4. Il bisogno di assistenza sociale della popolazione italiana

La tutela dei bisogni delle persone non autosufficienti rappresenta da alcuni decenni una delle più rilevanti sfide delle società sviluppate. Secondo molte ricerche, soprattutto sociologiche, l'incidenza delle ma-

lattie croniche è arrivato nel 2015 al 17% (Who, 2005), mentre il numero di disabili ultra 75enni senza sufficiente assistenza familiare in Europa al 2030 aumenterà almeno del 40% (Gaymu, 2008). L'effetto congiunto del progressivo invecchiamento della popolazione e delle difficoltà della rete familiare e parentale a prendersi cura del disabile, determina la modifica sostanziale della divisione del lavoro di assistenza tra famiglia, pubblica amministrazione e mercato. Ciò vale in particolare nei paesi, come l'Italia, dove l'organizzazione del mercato del lavoro e dei servizi pubblici rendono difficile la conciliazione delle attività lavorative con quelle assistenziali.

I dati demografici fanno emergere processi che ai fini della riorganizzazione delle politiche sociali sono da considerare attentamente, insieme alle risposte in termini di welfare informale che la popolazione ha elaborato. In Italia, ad esempio, circa un quinto della popolazione è ultra 65enne (12 milioni di persone), di cui il 27% vive già solo (Cnel, 2014). Sono persone che vanno incontro a necessità che non sempre lo Stato è capace di soddisfare con la necessaria professionalità e in tempi compatibili con lo stato di bisogno. Gli invalidi sono circa 2,7 milioni, mentre 2,4 milioni sono gli invalidi civili, i ciechi e i sordomuti percettori dell'indennità di accompagnamento (Inps, 2013). Secondo la Fish (2013), circa metà delle persone con disabilità hanno più di 80 anni e il 62,2% è colpito da tre o più patologie croniche. Ogni anno in Italia il numero delle persone non autosufficienti aumenta di 90 mila unità, mentre oltre mille anziani al giorno diventano cronici per patologie invalidanti come il diabete, problemi neurologici o cardiovascolari. I presidi socio-assistenziali sono circa 13.207 per 429.220 posti letto e 404.170 ospiti, di cui 301.150 (ossia i tre quarti) non autosufficienti, oltre a 80 mila adulti con meno di 65 anni e 23 mila minori. Secondo il Censis (2009) il 10,5% delle famiglie italiane, ossia 2 milioni e 451 mila persone, assisterebbero in casa un anziano. Secondo il Network Non Autosufficienza (2012), solo nel biennio 2008-2009 un quarto delle persone ultra 65enni è stato sottoposto ad assistenza, di cui il 2,6% ricoverato presso strutture residenziali, il 4,1% a servizi di assistenza domiciliare del Comune di residenza, il 2,8% ad assistenza domiciliare integrata della Asl di riferimento, il 9,5% ad indennità di accompagnamento e il 7,6% a servizi offerti da personale assunto.

Secondo l'Istat (2012a) l'assistenza complessiva in Italia costa circa 6,3 miliardi di euro di cui almeno 3 miliardi a carico delle famiglie con

RPS

Marco Omizzolo

quote mensili che variano tra i 900 e i 1200 euro. La restante parte è a carico di vari enti pubblici. Le somme stanziare dalle famiglie sono rilevanti rispetto ai redditi medi e sono un costo non sempre sostenibile. Secondo l'organizzazione Badandum del Pio Albergo Trivulzio di Milano (2012), l'assistenza domiciliare costa alle famiglie italiane circa 9 miliardi di euro l'anno, ossia un miliardo in meno della spesa sostenuta dallo Stato per l'indennità di accompagnamento. Il rapporto Inrca (Istituto nazionale ricovero e cura anziani, 2009) concorda con la stima di Badandum, ricordando come essa rappresenti lo 0,59% del Pil italiano. Al costo immaginato di un assistente domiciliare si devono aggiungere i costi per il vitto e l'alloggio in caso di co-residenza. Il risparmio maturato dallo Stato è importante sia in termini economici che sociali. Se quest'ultimo dovesse sopportarli per intero, a parità di *performance*, dovrebbe investire circa 45 miliardi di euro (Spina, 2009). Una cifra oggi indisponibile o reperibile solo a fronte di un cambio radicale delle priorità politiche. Su mandato della Oxford Economics, la società Accenture ha condotto un'indagine in dieci paesi quali Australia, Brasile, Canada, Francia, Germania, India, Italia, Regno Unito, Singapore, Stati Uniti, per monitorare l'andamento della spesa sociale nei servizi pubblici (2012). Il nostro paese, con la Germania, è quello con il maggiore incremento delle spese sociali a causa del rapido invecchiamento della sua popolazione (il 4% ha più di 65 anni) con un impegno aggiuntivo di spesa di circa 25 miliardi di euro. Questa è la sintesi dei dati emersi anche dal *Rapporto Istat sull'inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale* (2012b)². Senza dubbio la crisi economica 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 neoliberiste che 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, e un *fai-da-te* che può presentare aspetti di particolare

² Le indagini statistiche sono complicate dall'estrema articolazione di questo settore. Per questa ragione i dati vanno assunti con cautela.

inefficienza. Non a caso in Italia gli assistenti domestici familiari 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 italiana, con una netta prevalenza di rumeni e polacchi. Le donne provenienti dall'Est Europa arrivarono in Italia generalmente da sole, in età adulta e con una buona formazione, disoccupate o impiegate in attività non redditizie, spinte dalla necessità di garantire alla famiglia le risorse economiche necessarie al proprio sostentamento. Durante la loro esperienza di lavoro nel paese di accoglienza esse preferiscono la convivenza con l'assistito per ammortizzare i costi di affitto. Solo negli anni sessanta erano circa 10 mila. Secondo l'Università Bocconi il numero di comunitari impiegati in questo settore nel 2005 sarebbe salito a circa un milione, per arrivare a oltre un milione e mezzo nel 2010 (Censis, 2011).

Secondo l'Istat (2012c) il comparto dei servizi alle famiglie presenta la maggiore concentrazione di lavoratori di origine straniera. La percentuale si attesta al 21,2%. Il lavoro non qualificato nei servizi domestici è quello che impiega il maggior numero di filippini (63,4% del relativo flusso migratorio), seguono Sri Lanka (36,1%), Ucraina (33,4%), Perù (27,9%), Moldavia (27,1%), Bulgaria (25,8%), Ecuador (22,6%), Polonia (18,7%), Romania (14,0%), Ghana (12,8%), Pakistan (10,6%) e India (6,6%). L'impiego non qualificato nei servizi domestici si afferma, per i migranti, nella classe di età 25-34 anni, con un'incidenza dell'11,8%, di 35-44 anni, con un'incidenza del 14,8%, e di 45-54 anni, con un'incidenza del 20,8%. Solo in due classi di età non si registra questa prevalenza. Si tratta degli esercenti e degli addetti alle attività di ristorazione, che prevalgono nella classe di età 15-24 (incidenza del 26,5%) e nelle professioni qualificate nei servizi personali che dominano nella classe di età 55-64 anni (incidenza del 26,5%), di poco superiore al personale non qualificato addetto ai servizi domestici (25,1%). L'impiego dei migranti in attività non qualificate è tradizionalmente elevato. Generalmente raggiunge un terzo del totale degli occupati mentre per gli italiani la percentuale si attesta intorno al 7,7%. Ciò conferma la tesi di Ambrosini (2008) delle 5P relativamente all'impiego dei migranti in settori che prevedono occupazioni pesanti, pericolose, precarie, poco pagate e penalizzate socialmente. Il livello di istruzione, invece, indica che il 44,5% dei migranti non ha un diploma a fronte del 34,5% degli italiani. Inoltre, l'84% degli italiani laureati svolge un lavoro qualificato, mentre per i migranti la relativa per-

RPS

Marco Omizzolo

centuale crolla al 36,5%, dimostrando lo scarso utilizzo delle loro competenze da parte dell'Italia e il loro impiego in attività soprattutto operaie (Della Ratta-Rinaldi e Pintaldi, 2012). Per le donne gli impieghi in attività sottoqualificate sono prevalenti, rappresentando in modo ancora più chiaro l'incapacità del paese di utilizzare professionalità e competenze specifiche; quasi la metà di esse svolge una professione non corrispondente al titolo di studio in suo possesso.

Il contributo fornito dalle assistenti familiari, soprattutto migranti, è fondamentale almeno per due motivi. In primis, consente al welfare di reperire le risorse economiche essenziali alla propria sopravvivenza; secondo poi, aiuta a coprire, in modo sussidiario, la limitata incidenza dell'intervento pubblico. Le attività di cura familiare dei migranti hanno svolto e continuano a svolgere un ruolo supplente nel modello solidaristico familiare italiano. La famiglia tradizionale, dagli anni ottanta del Novecento, ha modificato la sua organizzazione, soprattutto in virtù di un'evoluzione sociale che negli ambiti lavorativi e delle relazioni sociali ha comportato impegni extrafamiliari crescenti. In questa dinamica conta molto l'emancipazione femminile e, dunque, l'aumento esponenziale del numero di donne occupate in attività fuori casa. Del resto, con il venir meno della possibilità di prendersi cura dell'anziano (o del disabile) e non intervenendo un sistema pubblico capace di fornire validi servizi di welfare, si è fatto ricorso alla forza lavoro extrafamiliare. Questa sostituzione è avvenuta inizialmente nei contesti urbani, in particolare metropolitani, e poi nei piccoli centri abitati e rurali.

5. Le attività di cura familiare dei migranti in Italia

I servizi sociali e la redistribuzione delle responsabilità in seno alla famiglia non hanno garantito livelli di cura corrispondenti alle molteplici domande di assistenza emergenti. È in corso (Ambrosini, 2013) uno scollamento tra gli obblighi di cura, ancora riconducibili alla funzione centrale della solidarietà familiare fondata sul lavoro non retribuito prevalentemente delle donne in quanto madri, mogli, sorelle, figlie e in alcuni casi anche nuore, e le capacità di rispondere a essi nei termini culturalmente prescritti. Alla crescita dell'occupazione femminile extrafamiliare non è seguita quella dei servizi sociali, né un'adequata redistribuzione dei compiti nella sfera familiare. Ciò ha consen-

tito a migliaia di *nuove* lavoratrici di trovare occupazione nel settore dell'assistenza familiare. Crescono inoltre i sussidi economici pubblici alle famiglie che si fanno carico di persone non autosufficienti, salvo garantire standard adeguati, a cui si somma la qualità offerta da alcune strutture pubbliche, non sempre corrispondente agli standard previsti dalla legge, agevolando il ricorso al *ricovero domiciliare*. A queste ragioni segue una *cultura della residenzialità* che consente all'anziano di continuare a vivere nel suo ambiente domestico, di godere di un'assistenza continua, di soddisfare le proprie esigenze e aspettative di vita senza subire il trauma del trasferimento in una struttura pubblica o privata.

Nel caso di un assistente migrante, soprattutto donna, si genera una relazione complicata data dal persistere di un'asimmetria di status legata alle differenze di genere, sociali e culturali tra le parti, che può giustificare l'impiego nell'attività di cura e, attraverso una forma grave di giustificazionismo etnico, anche pretese eccessive e sfruttamento. Lutz (2011, p. 110) scrive di «un'attività di demarcazione di confini etnici» che conduce a una sorta di giustificazionismo etnico e a relazioni di potere asimmetriche che possono produrre segregazione e sfruttamento. È una condizione che può coesistere con forme di soddisfazione personale e gratificazione del lavoratore.

In molte famiglie italiane si è consolidata una prassi atta a soddisfare la necessità inevasa dai servizi sociali attraverso il ricorso ad assistenti sociali stranieri. È un imponente fenomeno di ristrutturazione dell'assistenza a domicilio gestita direttamente dalle famiglie, generalmente fuori gli schemi di regolazione pubblica (Ambrosini, 2013). Il welfare formale e informale in sostanza si rivolge alle stesse persone sebbene possieda caratteristiche diverse. Il primo è pienamente nella legalità, il secondo invece può comprendere irregolarità, evasione contributiva e salariale, sebbene sia capace di adattarsi con rapidità alle mutevoli condizioni dell'assistito e della famiglia, di prescindere dai doveri della burocrazia e di rispondere alla domanda di lavoro informale diffusa nel settore.

Le attività di cura familiare dei migranti sono prestate nelle abitazioni private di milioni 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 tra le famiglie e i paesi protagonisti dell'esperienza migratoria. Ciò significa che col prolungamento delle condizioni di dipendenza dell'accudito e il crescere del complesso

RPS

Marco Omizzolo

delle prestazioni di cura, i migranti impiegati in queste attività passano da semplici fornitori di cure a manager dell'assistenza domiciliare (Degiuli, 2010), responsabili della gestione di un insieme di azioni e comportamenti direttamente sottoposti al proprio indirizzo. Le attività di cura familiare dei migranti diventano responsabili di una serie di impegni non opzionali che non si esauriscono nell'esecuzione delle mansioni proprie del badante ma sono legati all'ordinaria e straordinaria amministrazione dell'assistito e di molti dei suoi bisogni. La loro inclusione nella legislazione nazionale che tutela i diritti del lavoro e nei sistemi di protezione sociale risulta ancora oggi piuttosto limitata. Sono invece ricorrenti le violenze e gli abusi. Le stesse condizioni di lavoro e i termini formali del loro espletamento sono poco chiare a discapito del lavoratore. Le medesime strategie seguite da alcune agenzie private per reperire personale estero da impiegare nelle attività di cura familiare dei migranti sono a volte irregolari e con contratti fraudolenti. La dipendenza del migrante nelle sue funzioni di assistente familiare dal datore di lavoro, a volte per la scarsa conoscenza della lingua, delle norme vigenti e dei suoi diritti reali, agevola la sua esposizione a forme varie di sopraffazione.

In Italia le attività di cura familiare vedono come protagoniste soprattutto le donne, di cui circa l'80% straniera. Una recente ricerca del Censis e dell'Ismu, commissionata dal Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, restituisce un quadro interessante del fenomeno, della sua organizzazione e dei possibili scenari futuri (Censis, 2013). Il numero di lavoratori impiegati presso le famiglie italiane è passato da poco più di un milione nel 2001 all'attuale milione e 655 mila (+53%). La crescita maggiore riguarda i migranti di origine straniera, i quali rappresentano il 77,3% del totale. Sono invece circa 2 milioni 600 mila le famiglie che hanno attivato servizi di collaborazione, assistenza per anziani o persone non autosufficienti e babysitteraggio, ossia circa il 10,4% del totale. Mantenendo stabile il tasso di utilizzo dei servizi delle famiglie italiane, il numero degli assistenti familiari aumenterà nel 2030 a circa 2 milioni 151 mila (circa 500 mila in più). I tratti fondamentali di questo fenomeno sono la sua poliedricità e la scarsa specializzazione. Anche quando comporta un'assistenza specialistica a persone non autosufficienti, l'impegno supera generalmente la responsabilità lavorativa formale, coprendo mansioni eccedenti l'ambito familiare. L'83,4% degli assistenti risulta occupato nella gestione dell'abitazione, il 15,3% nell'assistenza avanzata a persone non autosufficien-

ti, mentre il 18,3% a bambini. Solo il 14,3% degli assistenti ha seguito un percorso formativo specifico, sebbene il 60% di essi assista una persona anziana. La domanda di lavoro in Italia non è caratterizzata dalla richiesta di una specifica professionalità. Solo l'8,8% delle famiglie, infatti, considera prioritaria, al momento dell'assunzione, una qualche attestazione professionale. Ciò significa che la formazione si compie durante l'espletamento del lavoro di assistenza, con una caduta, almeno iniziale, della professionalità (Brugnola, 2015).

Il reclutamento dell'assistente familiare migrante prescinde da un'organizzazione formale finalizzata a incrociare la relativa domanda e l'offerta di lavoro, fondandosi invece sul network sociale, ossia la conoscenza reciproca e conseguente fiducia. Solo il 19% delle famiglie italiane si avvale di intermediari per il reclutamento. L'assistente deve essere innanzitutto una persona di cui fidarsi, alla quale affidare le cure del proprio familiare ed esporre la propria famiglia nella sua dimensione privata.

6. Analisi e proposte per un nuovo status delle lavoratrici migranti impiegate nelle attività di cura

In Italia il 27,7% dei rapporti di lavoro risulta irregolare, mentre un altro 37,8% appartiene alla categoria del *grigio*, che garantisce solo in parte il rispetto della normativa e i diritti vigenti. È evidente che l'emersione per i migranti dall'irregolarità è più complessa rispetto agli italiani. I primi sono più deboli dei secondi nella contrattazione con il datore di lavoro a causa della non sempre adeguata conoscenza della normativa, della lingua italiana, del sistema amministrativo e sindacale. Inoltre, la scelta di trovare un'occupazione come assistenti familiari è data per il 71% dei casi dalla precarietà della propria condizione sociale. Malgrado ciò, le opportunità occupazionali, il rapporto con la famiglia di cui ci si occupa e la mediazione determinata in sede di reclutamento dal rapporto di fiducia, consente ai migranti impiegati, di apprezzare la scelta compiuta: la maggioranza (il 70%) considera l'occupazione stabile e solo il 16% cerca un lavoro più soddisfacente (tra gli italiani la percentuale sale al 25%). In questo quadro, l'analisi di condizioni, aspettative, rivendicazioni e difficoltà delle famiglie che assumono come assistenti un migrante comprendono il «fattore organizzativo», a cui si somma la complessità della legislazione nazionale

RPS

Marco Omizzolo

data da procedure amministrative e prassi articolate. Le stesse famiglie domandano, oltre a sgravi economici (40% delle famiglie), una maggiore semplificazione per l'assunzione e la regolarizzazione degli assistenti migranti (34% delle famiglie), insieme a servizi sociali territoriali che agevolino l'incrocio tra domanda e offerta (29%). Il 34,5% delle famiglie vorrebbe registri di assistenti per avere garanzia di professionalità o accertare le esperienze di lavoro maturate e relative capacità, il 39% auspica la creazione o il potenziamento di strutture per il reclutamento e il 25,7% sarebbe pronto ad affidarsi ad un'agenzia privata che sollevi la famiglia dalle incombenze burocratiche e gestionali. Il welfare informale, inoltre, ha un costo che incide sui bilanci familiari. A fronte di una spesa media di 667 euro al mese, solo una famiglia su tre riesce a ricevere un contributo pubblico, quale l'accompagnamento (19,9%). Se la spesa che le famiglie sostengono incide per quasi il 30% sul reddito familiare, non stupisce che la maggioranza di esse (56,4%) non riesca a farvi fronte: il 48,2% ha ridotto i consumi pur di mantenere il collaboratore, il 20,2% ha intaccato i propri risparmi e il 2,8% si è indebitato. L'irrinunciabilità del servizio di assistenza familiare sta conducendo quasi il 15% delle famiglie del Sud e il 20% di quelle del Nord a considerare l'ipotesi che un proprio membro rinunci al lavoro per necessità d'assistenza. Il 44,4% delle famiglie italiane pensa che nei prossimi cinque anni avrà bisogno di aumentare il numero degli assistenti o delle ore di lavoro svolte, la metà di esse è consapevole delle difficoltà nel sostenere il servizio e il 41,7% pensa che dovrà rinunciare.

Con una domanda crescente di protezione sociale è indispensabile incrociare il welfare familiare, che impiega rilevanti risorse private, con un intervento pubblico di organizzazione e razionalizzazione dei servizi alla persona basato su vantaggi fiscali alle famiglie per garantirne la sostenibilità, insieme al riconoscimento dei diritti dell'assistente, italiano o migrante (Isfol, 2014).

7. Conclusioni

I migranti impiegati in attività di cura nelle famiglie italiane rispondono in modo relativamente adeguato ai tradizionali e nuovi bisogni familiari derivanti dall'invecchiamento della popolazione e dalla trasformazione della famiglia, con riferimento in particolare al ruolo del-

la donna. I migranti sono riusciti a penetrare questa nicchia occupazionale, peraltro complessa per le ricadute che le prestazioni assistenziali determinano nei riguardi dell'assistito e della sua cerchia familiare. A volte le famiglie, per ragioni burocratiche, prestazionali e sociali assumono migranti come prestatori di cura in modo irregolare, assicurandosi una posizione di dominio nei suoi confronti. La loro presenza nel mercato del lavoro dell'assistenza familiare 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. Sono diverse le proposte avanzate per regolare il fenomeno ed evitare che esso sbilanci il rapporto di lavoro, con sfruttamento e illegalità. La prima prevede il più agevole incontro tra domanda e offerta attraverso sistemi pubblici di reclutamento costantemente monitorati. Il sistema dei controlli è poi di fondamentale importanza e a esso si deve sommare una cultura fondata sui principi dell'accoglienza, della giustizia sociale e del diritto. È necessario anche definire meglio il migrante impiegato in attività di cura familiare, comprendendo la complessità di una figura professionale che svolge compiti socialmente rilevanti. La sottovalutazione di questa occupazione, come rilevato dall'Oil, mina il processo di elaborazione necessario e le relative proposte normative.

RPS

Marco Omizzolo

Riferimenti bibliografici

- Accenture, 2012, *Delivering Public Service for the Future: Navigating the Shifts*, Oxford economics, www.pharmastar.it/popup/stampa.html?idlink=9360.
- Acli-Colf, 2013, *Il lavoro di cura nel welfare che cambia*, www.acli.it/documenti_acli/20_aclicolf/generale/tesicongressuali_aclicolf2013.pdf.
- Ambrosini M., 2008, *Un'altra globalizzazione*, il Mulino, Bologna.
- Ambrosini M., 2013, *Immigrazione irregolare e welfare invisibile*, il Mulino, Bologna.
- Badandum, 2012, *Le cure domiciliari nella medicina della complessità*, www.afihcs.com/attachments/article/7/Atti-Congresso%20Home%20Care.pdf.
- Brugnola F., 2015, *L'assistenza sanitaria alle persone immigrate*, in Omizzolo M. e Sodano P. (a cura di), *Migranti e Territori*, Ediesse, Roma.
- Censis, 2009, *Percorsi di prevenzione per la messa in sicurezza dei lavoratori domestici*, www.anolf.it/archivio/download/censis_rapporto_badanti_2009.pdf.
- Censis, 2011, *Sicurezza sul lavoro. I rischi di infortunio dei collaboratori domestici*, www.censis.it/7?shadow_comunicato_stampa=107733.

- Censis, 2013, *Servizi alla persona e occupazione nel welfare che cambia*, «Note & Commenti», n. 7/8.
- Cnel, 2014, *Rapporto sul welfare 2012-2013*, Commissione istruttoria Politiche sociali e della Pubblica amministrazione.
- Degiuli F., 2010, *The Burden of Long-Term Care: How Italian Family Caregivers Become Employers*, «Aging and Society», vol. 30, n. 5, p. 755-777.
- Della Ratta-Rinaldi F. e Pintaldi F., 2012, *Occupati e disoccupati stranieri nel 2011*, in Caritas e Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2012*, Edizione Idos, Roma.
- Fish, 2013, *Raccontiamola giusta*, www.fishonlus.it/iniziative/raccontiamola-giusta/.
- Gaymu J., 2008, *Con chi vivranno, domani, gli anziani non autosufficienti?*, disponibile al sito internet: www.neodemos.it.
- Hochschild A.R., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, University of California Press, Berkeley.
- Inps, 2013, *I trattamenti assistenziali, I trasferimenti monetari per invalidità, pensioni sociali, integrazioni al minimo, pensioni di guerra e pensioni ai superstiti*, www.lavoro.gov.it/Strumenti/StudiStatistiche/Documents/Trattamentiassistenziali2009.pdf.
- Inrca, 2009, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Rapporto 2009, www.maggioli.it/rna/pdf/rapporto2009-assistenza_anziani.pdf.
- Isfol, 2014, *Il lavoro sommerso e irregolare degli stranieri in Italia. Sintesi dei principali risultati*, Isfol - Progetto strategico Mezzogiorno e sviluppo locale, disponibile all'indirizzo internet: http://isfoloa.isfol.it/bitstream/123456789/895/3/Ficco_Iadevaia_Pomponi_Tagliaferro_Lavoro%20stranieri.pdf.
- Istat, 2012a, *Rapporto Annuale*, www.istat.it/it/files/2012/05/Focus_2012.pdf.
- Istat, 2012b, *Rapporto sull'inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale*, disponibile all'indirizzo internet: www.istat.it/it/archivio/77546.
- Istat, 2012c, *Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente*, www.istat.it/it/files/2012/12/Migrazioni_popolazione-residente.pdf.
- Lutz H., 2011, *The New Maids: Transnational Woman and the Care Economy*, Zed Books, Londra.
- Network Non Autosufficienza, 2012, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, 4° Rapporto, www.maggioli.it/rna/2012/pdf/rapporto2012-assistenza_anziani.pdf.
- Oil, 2012, *Domestic Workers across the World: Global and Regional Statistics and the Extent of Legal Protection*, www.ilo.org/travail/Whatsnew/WCMS_173363/lang-en/index.htm.
- Omizzolo M., 2012, *Includere gli immigrati nel sistema di welfare è la sfida del futuro*, in «Libertà Civile», n. 2, Franco Angeli, Milano, pp. 35-43.

- Omizzolo M., 2014, *Il welfare circolare, la nuova dimensione dello Stato sociale*, «Libertà Civili», n. 4, Franco Angeli, Milano, pp. 118-124.
- Spina R., 2010, *Wie unsichtbare Migrantinnen italian zusammenbalten*, «Neue Zürcher Zeitung», 29 dicembre (trad. it: *Le immigrate invisibili che tengono insieme l'Italia*, disponibile all'indirizzo internet: italiadallestero.info/archives/10705).
- Who, 2005, *Prevenire le malattie croniche: un investimento vitale*, disponibile al sito internet: www.who.int.

RPS

Marco Omizzolo

