

# **SENZA WELFARE?**

## **Federalismo e diritti di cittadinanza nel modello mediterraneo**

Napoli, 30 settembre – 2 ottobre 2010

### **LE LAVORATRICI DI CURA IMMIGRATE NELLA PROVINCIA DI MASSA CARRARA**

Autore

FRANCESCO PALETTI\*

Paper presentato alla Terza Conferenza annuale ESPAnet Italia 2010

Sessione: nr. 2E

*Il welfare invisibile dell'Europa Meridionale: migranti e assistenza a domicilio*

\*LARISS (Laboratorio di Ricerca sullo Sviluppo Sociale)

Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali

Università di Pisa

Via Serafini 3a,

56100

Pisa

[f.paletti@polis.pisa.it](mailto:f.paletti@polis.pisa.it)

## 1.Introduzione

Come è stato autorevolmente sottolineato da tanta letteratura e ricerca sociale negli ultimi anni (Castagnaro, 2002; Ambrosini, 2004 e 2008; Nanni, 2004; IREF/Acli 2007), il lavoro di cura si sviluppa quale luogo e momento d'incontro di due diversi bisogni: la necessità di supporto nei lavori domiciliari e di assistenza da parte delle famiglie, sempre più "nucleari" e a doppia carriera, e quella di trovare un'occupazione da parte di tante donne immigrate. E' al crocevia di questa duplice esigenza, e in conseguenza degli evidenti limiti dei sistemi di assistenza, che si è sviluppato e consolidato un "welfare informale" pressoché totalmente demandato alla dinamica dei rapporti fra lavoratrici e famiglie bisognose di assistenza. Pur rispondendo ad un bisogno reale, il fenomeno in realtà non è privo di ombre e di "esternalità negative" che impattano significativamente sui vissuti e sui processi di c.d. "integrazione" di questo peculiare segmento della popolazione migrante come autorevolmente messo in evidenza dalla recente letteratura: dal "care drain" (Piperno 2006) alla condizione di "madri a distanza" (Ambrosini 2008), passando per i processi di "familiarizzazione" che, spesso, sovrintendono alle dinamiche lavorative e abitative (Spano, 2006; Ambrosini 2008).

Il *paper*, relativo ad un percorso sviluppato con le lavoratrici di cura nella Provincia di Massa Carrara, si colloca in continuità con quest'ultima linea di analisi sociale ed è il prodotto di un percorso di ricerca qualitativa promosso dall'Osservatorio Provinciale per le Politiche Sociali della Provincia di Massa Carrara e realizzato dal LARISS (Laboratorio di Ricerca per lo Sviluppo Sociale) del Dipartimento di Scienze Sociali dell'Università di Pisa, realizzato fra aprile e giugno 2008.

Ciò che ne emerge è una fotografia vivace e peculiare in riferimento alla condizione "esistenziale" di questo specifico segmento di popolazione migrante dato che la ricerca qualitativa, infatti, ha esplorato alcune delle dimensioni tipiche dei processi di "familiarizzazione": l'abitare e le conseguenze della frequentissima situazione di coresidenza con la persona accudita, i carichi di lavoro sovente superiori e diversi rispetto a quanto pattuito da contratto e il diffuso ricorso al "nero parziale", il (poco) tempo libero "abitato" soprattutto dalla solitudine.

Una delle ipotesi alla base del percorso di ricerca sviluppato con le lavoratrici di cura immigrate della Provincia di Massa Carrara, su cui si è concentrata una parte importante dello sforzo in fase di rilevazione ed analisi, è che vi sia una relazione significativa fra l'età anagrafica della lavoratrice e dei figli al momento della migrazione e l'intenzionalità del progetto migratorio. Più specificamente si è ipotizzato che, quando l'emigrazione avviene in età abbastanza giovane (ad esempio al di sotto o intorno ai 30 anni) e/o i figli sono ancora relativamente piccoli (ad esempio non abbiano ancora cominciato o appena iniziato la scuola dell'obbligo) è più probabile che il progetto migratorio della lavoratrice abbia un'intenzionalità diretta al ricongiungimento familiare in un "altrove" diverso dal contesto di provenienza (anche se non per forza coincidente con quello in cui si trova al momento); viceversa quando, invece, l'età all'emigrazione è piuttosto elevata sia per la lavoratrice che per i figli si può supporre un'intenzionalità del progetto migratorio di carattere temporaneo e finalizzato al rientro nel contesto di partenza una volta conseguito un determinato risultato di tipo prevalentemente economico.

Dal punto di vista metodologico, l'analisi qualitativa si è basata su interviste semistrutturate (questionario a domande aperte) rivolte ad un campione di 22 addette rappresentativo dei due principali gruppi nazionali impiegati nel lavoro di cura nel territorio provinciale (Romene e

Dominicane) e ad 11 c.d. “testimoni privilegiati”, ossia operatori del pubblico e del privato sociale convenzionato, che si occupano di lavoro di cura e/o d’immigrazione.

## 2. Esistenze al crocevia del cambiamento

Quello delle lavoratrici di cura straniere non è un fenomeno nuovo per il nostro Paese visto che i primi flussi risalgono all’inizio degli anni ’70 e riguardano soprattutto “colf” (è la definizione ricorrente allora) provenienti da Paesi cattolici (Filippine, Perù e America Latina in genere), dal Corno d’Africa (Somalia, Eritrea ed Etiopia) e da Capoverde. Ma è solo nell’ultimo decennio che esso assume una rilevanza quantitativa e una visibilità sociale tale da attrarre in misura crescente l’attenzione dei media, delle scienze sociali e, sia pure con qualche ritardo, anche dei “policy maker” in conseguenza del consistente incremento del bisogno di cura delle famiglie italiane, causato dall’invecchiamento della popolazione: l’Italia, infatti, già oggi è la nazione con il più alto tasso nel mondo di persone con oltre 65 anni di età e la tendenza è quella di un aumento della longevità se è vero che la speranza di vita continua ad aumentare<sup>1</sup> non essendo sufficiente a compensarla la lievissima ripresa della natalità<sup>2</sup>. Conseguentemente si fanno sempre più diffuse le situazioni di persone in condizioni di non autosufficienza: uno studio del Ministero del Welfare (2006) ha calcolato in circa 2milioni e 800mila gli italiani non autosufficienti. Il problema è particolarmente sentito nelle classi d’età più avanzate: una qualche forma di disabilità, infatti, colpisce circa un quinto (19,3%) degli ultrasessantacinquenni e quasi la metà (47,7%) di quelli con più di ottanta anni<sup>3</sup>.

Eccezion fatta per i casi di persone affette da patologie di una certa gravità, in Italia è sempre stata la famiglia, e soprattutto le donne, a farsi carico dei compiti di cura nei confronti dei membri più fragili, anziani in particolare. Questo modello di presa in carico ha tenuto almeno fino alla metà degli anni ’80; da un ventennio a questa parte, invece, ha palesato segnali di crisi sempre più evidenti. In primo luogo per là già sottolineata crescita della popolazione anziana, ma anche perché sono in rapida trasformazione i modelli e le istituzioni socio-culturali di riferimento della società italiana: il riferimento è, innanzitutto, all’emancipazione lavorativa femminile, che nel nostro Paese non è stata accompagnata da percorsi di redistribuzione fra i generi dei compiti familiari di cura di uguale intensità. La conseguenza è stata una traslazione della linea d’impegno delle donne italiane: da «casalinga-madre-moglie» a «lavoratrice-madre-moglie». “Alcune di esse arrivano a lavorare anche 70 ore a settimana e questo in un contesto in cui è venuto meno il perno tradizionale dei familiari e dei parenti stretti e, specialmente nelle aree metropolitane, sussiste la difficoltà a ritornare a casa in tempi accettabili a causa della distanza del posto di lavoro” (INPSCaritas/Migrantes, dicembre 2004).

L’affermarsi di un modello familiare nucleare in luogo della famiglia «allargata», prevalente fino a qualche decennio fa e in grado assicurare quella trama di relazioni e rete di supporti ai soggetti più deboli del nucleo, è un altro elemento di trasformazione della società italiana che concorre ad

---

<sup>1</sup> “La speranza di vita alla nascita è cresciuta in un solo decennio (1993-03) di quasi tre anni per gli uomini e di quasi due per le donne, portandosi a 77 anni per i primi e ad 82 e mezzo per le seconde (...). Circa due terzi dell’allungamento della speranza di vita complessiva sono ascrivibili ai miglioramenti intervenuti nelle età più avanzate” (pag. 77, “Rapporto di monitoraggio delle politiche sociali”, Ministero del Welfare, 2005)

<sup>2</sup> Passata da 1,19 figli per donna in età feconda del 1995 (minimo storico per l’Italia) a 1,33 nel 2004.

<sup>3</sup> La stessa indagine ha evidenziato come più di un quinto (22,5%) degli ultraottantenni viva in una condizione di “confinamento individuale” (costrizione a letto, su una sedia a rotelle o in casa) e circa un terzo incontra difficoltà nell’espletamento delle principali attività di cura della propria persona (vestirsi, lavarsi, mangiare, etc). (pag. 100, “Rapporto di monitoraggio delle politiche sociali”, Ministero del Welfare, 2005).

incrementare il bisogno di cura. Ciò anche alla luce del moltiplicarsi delle forme familiari in conseguenza dell'aumento delle separazioni e dei divorzi che ha implicato una crescita dei nuclei ricostituiti e di quelli costituiti da una sola persona.

A fronte di cambiamenti di tale portata, che non è esagerato definire epocali quanto meno dal punto di vista socio-culturale, il sistema di welfare nazionale si è fatto trovare ampiamente impreparato: il sistema di protezione sociale italiano, infatti, è basato essenzialmente “su trasferimenti di reddito, soprattutto sotto forma di pensioni, e meno su servizi pubblici alle persone e alle famiglie, rispetto ai Paesi dell'Europa settentrionale e centrale (...) Ma una simile architettura del welfare riflette un assetto sociale tradizionale, in cui gli uomini lavorano fuori casa (...), mentre le donne si occupano dei compiti afferenti alla sfera domestica (...). Questo assetto scricchiola sempre più da quando anche le donne sposate sono entrate massicciamente nel mercato del lavoro extradomestico ed è aumentato il numero di anziani da assistere, mentre non ha fatto grandi progressi la redistribuzione dei compiti all'interno delle famiglie” (Ambrosini, pag.19, 2004). Prova ne è che l'Italia è, fra i Paesi OCSE, quello che dispone del numero più basso di posti letto in residenze protette per anziani: 20 per ogni mille ultrasessantacinquenni mentre nessun altro Paese industrializzato scende sotto la media dei sessanta. Non solo, uno studio dell'EACHH (*European Association of Care and Help at Home*) ha confrontato i sistemi di assistenza domiciliare di undici Paesi europei evidenziando come il nostro sistema sanitario nazionale riesca a raggiungere a domicilio una proporzione inferiore all' 1% degli anziani con più di 65 anni. “Il distacco dagli altri Paesi è elevato: la Repubblica Ceca, penultima per consistenza dei servizi domiciliari, raggiunge comunque il 6 per cento degli ultrasessantacinquenni; la Francia l'8 per cento, la Germania il 10, la Gran Bretagna e i Paesi Scandinavi il 20” (W.Nanni/S.Salvadori, pag. 291 in “Dossier Statistico Immigrazione 2004”, IDOS).

Un ultimo elemento che evidenzia ulteriormente il bisogno di cura delle famiglie italiane è quello che Castagnaro (2002) ha definito come “cultura della domiciliarità”. In un contesto di forte trasformazione, come quello delineato nelle pagine precedenti, sembra restare costante, invece, il desiderio di dare risposta alle necessità di cura dell'anziano nell'ambito del suo contesto di vita. “Non è soltanto la carenza di strutture residenziali per gli anziani bisognosi di assistenza, o il loro costo, infatti, a indurre le famiglie alla soluzione privatistica dell'assunzione (regolare o meno) di un'aiutante domiciliare. Interviene anche il rifiuto di soluzioni istituzionalizzanti, il desiderio di mantenere l'anziano nel proprio ambiente di vita, di non sconvolgere i suoi ritmi e le abitudini, poterlo visitare liberamente quando lo richiede o quando c'è un momento libero (M.Ambrosini, 19:2004)<sup>4</sup>.

E' al crocevia di queste tensioni, quasi tutte orientate al cambiamento, che si costruisce quel “welfare nascosto” di cui le lavoratrici di cura straniere costituiscono il pilastro fondamentale. “Si configura un welfare “leggero”, familiare e informale, povero di professionalità ma percepito e vissuto come più “amichevole”, deburocratizzato, flessibile e, naturalmente più governabile da parte degli utilizzatori-datori di lavoro. Le famiglie scambiano di fatto la rinuncia ad avvalersi di servizi istituzionali (che peraltro non riuscirebbero a rispondere ai loro bisogni) e anche ad un'assistenza professionalmente qualificata e razionalmente organizzata, con la libertà di gestire le per gli anziani

---

<sup>4</sup> Lo conferma anche una recente indagine del Censis (giugno 2008) secondo cui solo il 7% degli italiani pensa che in caso d'insorgenza di non autosufficienza in un proprio genitore bisognerebbe trasferirlo in una struttura residenziale; mentre il 30% ritiene che dovrebbe esserci un'offerta pubblica e privata di assistenza domiciliare modulata sulle esigenze, il 28% è convinto che dovrebbe vivere con uno dei figli (se ne ha ovviamente) e il 22% che dovrebbe rimanere in casa propria salvo beneficiare di visite regolari da parte dei familiari per garantire l'assistenza necessaria.

entro lo spazio domestico, intaccando il meno possibile abitudini e ritmi di vita del congiunto” (M.Ambrosini, 20:2004).

Le lavoratrici di cura immigrate, infatti, garantiscono tutta una serie di “requisiti” che incontrano i bisogni delle famiglie autoctone. In primo luogo la disponibilità a svolgere un lavoro che i locali non accettano più di fare, a causa certo della bassa retribuzione, ma ancor di più della pesantezza delle mansioni da svolgere e della bassa considerazione sociale di cui gode questa professione. Quindi, come accennato, il risultare economicamente molto più convenienti rispetto all’assistenza privata convenzionata, anche in conseguenza del fatto che molte di queste donne sono disposte (a volte per mancanza di alternative, altre volte perché vantaggioso rispetto agli obiettivi del loro progetto migratorio) a monetizzare la rinuncia ad alcuni diritti contrattuali, “facendosi pagare un po’ di più il mese di ferie, rinunciando in cambio a goderle” (A.Rossi/P.Piva, 16:2006)<sup>5</sup>. A tutto ciò si aggiunge il vantaggio della coresidenzialità, ossia il fatto che la lavoratrice, frequentemente (soprattutto nel primo periodo di permanenza in Italia), è disponibile a vivere nell’abitazione della persona accudita: per le immigrate la convenienza sta nel fatto di risolvere in tempi brevi il problema abitativo, rendendosi pressoché invisibili nei confronti di eventuali controlli e risparmiando somme relativamente elevate da rimandare in patria; le famiglie, invece, possono garantire la permanenza dell’anziano in ambiente domestico grazie all’assistenza continuativa della lavoratrice di cura che, in tali circostanze in modo particolare, assicura il massimo della flessibilità disponibile sul mercato del lavoro: “oltre ai normali compiti di cura della casa, che sono di solito l’oggetto principale del contratto esplicito, vengono qui richieste prestazioni di tipo assistenziale e para-sanitario, come quelle di lavare, tenere in ordine, mettere a letto e alzare le persone assistite, tenere sotto controllo il loro stato di salute, a volte medicare, somministrare farmaci, prevenire e curare le piaghe da decubito. Ma si richiede anche compagnia e sostegno emotivo o, in altri termini, una disponibilità allargata a sostituire i familiari assenti nel sollevare il morale e far passare il tempo agli anziani assistiti” (M.Ambrosini, 24-25;2004).

Questo welfare informale e nascosto non assicura solo convenienza reciproca ma produce anche svantaggi su ambo i lati della relazione. Il carico maggiore è sulle spalle delle donne migranti, segregate in nicchie occupazionali che godono di scarsa considerazione sociale e, sovente, impieghi inferiori alle loro competenze e aspettative. Le possibilità di emanciparsi da tale situazione e di integrarsi nel territorio locale sono limitate a causa dei gravosi orari, dei carichi di lavoro e soprattutto della coresidenzialità, la quale, frequentemente, finisce col limitare anche i ricongiungimenti familiari per la mancanza di un alloggio autonomo. Sul versante familiare, invece, l’inconveniente maggiore è l’assenza di profili professionali non adeguati per un lavoro, come quello di cura, che domanda non solo disponibilità alla fatica fisica ma anche competenze relazionali e socio-sanitarie specifiche di cui, spesso, le lavoratrici di cura sono sprovviste.

### **3. L’inserimento lavorativo e relazionale delle lavoratrici di cura immigrate della Provincia di Massa Carrara. Un’indagine qualitativa.**

L’indagine si basa su 22 interviste qualitative, realizzate fra aprile e giugno 2008, a lavoratrici di cura straniere della Provincia di Massa Carrara. Oltre la metà del campione (13 interviste) è composto da lavoratrici di cura originarie dell’Europa orientale, soprattutto della Romania. L’altro

---

<sup>5</sup> Al riguardo una ricerca di ormai quasi dieci anni fa (novembre 2001) condotta dall’Osservatorio Socio-religioso del Triveneto e dalla Delegazione Caritas Nord-Est stimava in circa 273 milioni di euro il risparmio delle famiglie venete e dell’amministrazione regionale derivante dalla presenza delle circa 15mila lavoratrici di cura immigrate.

gruppo abbastanza omogeneo per provenienza geografica è quello dell'America centro-meridionale cui appartengono sei delle donne intervistate<sup>6</sup>.

La distribuzione per aree geografiche fa emergere i due principali flussi migratori di addette del settore che, negli ultimi due decenni, hanno caratterizzato il territorio provinciale succedendosi nel tempo: in questa provincia il lavoro di cura e domestico svolto da immigrate, infatti, è stato per lungo tempo monopolio quasi esclusivo delle donne dell'America Latina, soprattutto dominicane ed ecuadoriane, cui soprattutto a partire dal 2000 si sono prima affiancate e poi, in larga misura sostituite, le migranti provenienti dall'Europa orientale.

In oltre due terzi dei casi il percorso migratorio non ha conosciuto tappe intermedie: 15 delle 22 lavoratrici di cura intervistate, infatti, sono partite dal Paese d'origine arrivando direttamente a Massa Carrara, dove hanno trovato lavoro e si sono stabilite contando su una rete d'appoggio di parenti e amici connazionali che ha offerto loro supporto nel primo periodo.

La quasi totalità delle intervistate ha figli, ma poco più un terzo è riuscita a ricongiungersi con qualcuno dei propri familiari e meno di un quinto vive in Italia con il nucleo familiare al completo. In generale la condizione di "madre a distanza" sembra essere molto comune anche fra lavoratrici di cura straniere della Provincia di Massa Carrara<sup>7</sup>.

Il primo gradino che anche le lavoratrici di cura straniere devono salire nel loro percorso d'inserimento nel mercato occupazionale è, inevitabilmente, il contratto di lavoro, una soglia che, però, è divenuta sempre meno inaccessibile anche in un segmento del mercato del lavoro caratterizzato da un ampio ricorso al "sommerso". Massa Carrara, in tal senso, sembra allinearsi alla tendenza nazionale: solo un quinto delle intervistate, infatti, ha una posizione lavorativa completamente irregolare. La limitatezza del campione deve necessariamente indurre alla cautela nelle generalizzazioni, ma è possibile che anche la provincia dell'alta Toscana sia caratterizzata da quelle forme sempre più diffuse di "nero parziale" cui si è già accennato: infatti l'orario settimanale medio delle intervistate che hanno un contratto di lavoro è precisamente di 25 ore settimanali, ossia la soglia minima contributiva più vantaggiosa per il datore di lavoro. La "verità" del contratto, però, raramente coincide con la realtà vissuta dalle lavoratrici:

*Lavoro per due famiglie diverse: la mattina sto da una e il pomeriggio, verso le quattro e mezzo, vado dall'altra. Ma ho un solo contratto di lavoro. Inevitabilmente, quindi, lavoro di più rispetto all'orario previsto. Più o meno sessanta ore a settimana.*

Per capire "quanto" di più abbiamo confrontato il monte orario contrattuale con quello effettivamente svolto negli otto casi in cui è stato possibile quantificarlo.

---

<sup>6</sup> L'età media è di 40 anni e la classe d'età nettamente prevalente è quella compresa fra i 31 e i 50 anni.

<sup>7</sup> La situazione è particolarmente pesante per le romene, in maggioranza alle prese con figli in età adolescenziale (l'età media è di 16 anni e mezzo e la classe d'età prevalente è quella compresa fra gli 11 e i 15 anni), mentre pare essere più gestibile per le donne originarie dell'America Centro-Meridionale visto che nella quasi totalità dei casi i figli sono persone ormai adulte con una vita autonoma (In questo caso l'età media è di 26 anni e mezzo e la classe d'età prevalente è quella compresa fra i 26 e i 30 anni)

Tab. 1 – Confronto fra monte ore contrattuale e monte ore effettivo

	MONTE ORE CONTRATTUALE	MONTE ORE EFFETTIVO
INTERVISTATA 1	25	10
INTERVISTATA 2	20	30
INTERVISTATA 3	25	77
INTERVISTATA 4	25	50
INTERVISTATA 5	25	60
INTERVISTATA 6	25	50
INTERVISTATA 7	25	50
INTERVISTATA 8	25	50
<b>MEDIA</b>	<b>24,4</b>	<b>47,1</b>

Fonte: Indagine diretta OPS – Massa Carrara

Per quanto relativo ad un numero molto limitato di persone, la tabella 1 sembra delineare una tendenza a forme piuttosto acute di “nero parziale”: le otto addette, infatti, lavorano il doppio delle ore effettivamente dichiarate dal contratto. Un fenomeno preoccupante, frequentemente accettato quasi supinamente dalla lavoratrici stesse, probabilmente perché poco informate in ordine ai loro diritti in materia di lavoro, in posizione di debolezza rispetto al datore di lavoro e, forse, qualche volta anche tacitamente d’accordo.

*Ho un contratto da venticinque ore alla settimana, ma faccio assistenza ventiquattro ore su ventiquattro ... Lavoro giorno e notte. Ma il contratto è fatto in quel modo lì per pagare meno tasse.*

La retribuzione mensile media dichiarata dal campione è di 788 euro, ma la “forchetta” è molto ampia: la punta più alta, almeno stando alle dichiarazioni della diretta interessata, è di 1.700 euro; la più bassa, invece, si ferma a quattrocento. Oltre i tre quarti delle lavoratrici intervistate guadagna meno di 900 euro al mese e quasi la metà si colloca nella fascia compresa fra i 700 e i 900 euro.

L’analisi dei compiti professionali quotidianamente svolti dalle addette del settore rivela in modo chiaro quanto la distinzione professionale fra cura delle persone, collaborazione domestica e gestione della casa riveli una scarsa capacità esplicativa: nell’esperienza quotidiana delle intervistate, infatti, i diversi ruoli si alternano e si sovrappongono senza soluzione di continuità nello spazio di una stessa giornata lavorativa pur rimanendo in capo alla stessa persona.

*La signora ha il Parkinson, quindi la devo pulire, l’aiuto a camminare, a cambiarsi, gli faccio la doccia, cucino e faccio tutti gli altri lavori di casa.*

*Faccio tutte le cose che fanno le persone che accudiscono gli anziani. Cucino, lavo, stiro, curo l’orto, faccio punture, cambio il pannolone, a volte taglio anche i capelli (...).*

Le testimonianze delle intervistate evidenziano come alle lavoratrici di cura straniere siano delegate anche funzioni di carattere parasanitario: sono loro, infatti, che fanno le punture, somministrano i farmaci e supportano le capacità di deambulazione di persone affette anche da patologie gravi. Tutte mansioni apprese “sul campo”, senza però avere una preparazione professionale adeguata alla gravità dei problemi di salute che affliggono molti degli accuditi.

Ricapitolando, i carichi di lavoro sono intensi e faticosi e gli orari molto lunghi mentre la retribuzione è modesta: nonostante tutto, però, i due terzi delle intervistate vogliono rimanere in questo settore, magari lavorando a condizioni diverse dalle attuali. In particolare il superamento dell'assistenza continuativa c.d. "24 ore su 24" e il passaggio dalla "mono" alla multicommitenza, ossia da uno solo ad una pluralità di datori di lavoro, sono fra gli obiettivi professionali più ambiti.

*Mi piace questo lavoro e non credo che lo cambierei. Però vorrei tanto smettere di lavorare "24 ore su 24", vorrei lavorare a ore e a turni (...)*

*Di cambiare lavoro non se ne parla. Anzi, in questo periodo sto anche seguendo un corso OSA<sup>8</sup> per specializzarmi. Certo vorrei un po' di autonomia in più e orari non così pesanti. (...).*

Per un terzo delle intervistate, invece, la professione di lavoratrice di cura rappresenta solo il primo gradino del percorso d'inserimento: nel caso loro questo lavoro sembra rispondere soprattutto a motivazioni contingenti, benché le aspirazioni siano altre.

*Vorrei lavorare in una fabbrica, magari di scarpe, o in un ristorante. Ma per fare quei lavori devo imparare meglio l'italiano. Per adesso mi accontento di questo.*

*Da qualche mese non faccio più la badante, sono operatrice in una casa di riposo. Le cose vanno meglio, era quello che volevo. Il prossimo passo? Provare a fare l'infermiera (...).*

Sono soprattutto le donne più giovani quelle maggiormente interessate a cambiare settore occupazionale: non a caso l'età media delle addette del primo gruppo, quelle di coloro che guardano con maggior favore alla prospettiva di rimanere nell'ambito del lavoro di cura a domicilio, è di quasi 40 anni contro i 33 anni del secondo.

L'altro gradino da salire, nel percorso d'inserimento nel contesto d'arrivo, è la casa che, anche per le lavoratrici di cura di Massa Carrara, è una meta in larga misura ancora da raggiungere. Lo scenario tratteggiato dai rapporti annuali di "Scenari Immobiliari"<sup>9</sup>, che evidenzia una crescita costante delle compravendite che hanno come acquirente un immigrato, non trova corrispondenza nell'esperienza delle famiglie straniere che hanno come fonte unica, o prevalente, un reddito proveniente dal settore del lavoro di cura domiciliare, quanto meno in quelle dell'alta Toscana al centro di questa indagine: nessuna delle intervistate, infatti, è proprietaria della casa in cui abita e coloro che sono in affitto coprono appena un terzo del campione; per i restanti due terzi la soluzione è la coresidenza con l'anziano assistito.

La scelta fra la soluzione in affitto e la coresidenza dipende dalle risorse economiche disponibili, ma soprattutto dalla natura del progetto migratorio: la prima, infatti, è quella più indicata quando l'emigrazione ha un'intenzionalità di lungo periodo e vi è, quindi, la necessità di riunire in Italia il nucleo familiare; la seconda, invece, è funzionale alle migrazioni di breve periodo, orientate a

---

<sup>8</sup> Operatore Socio-Assistenziale

<sup>9</sup> L'Osservatorio nazionale che, con cadenza annuale, pubblica il rapporto "Immigrati e casa": nelle ultime due edizioni ha evidenziato una crescita costante degli acquisti di abitazioni da parte di cittadini stranieri pari, rispettivamente, a +8,4% nel 2007 e + 12,9% nel 2006.

risparmiare il più possibile per reinvestire in patria<sup>10</sup>. In effetti anche nei percorsi delle intervistate sembra esservi una certa correlazione tra soluzione abitativa in locazione e progetto migratorio di lungo periodo, visto che 5 delle 8 persone che vivono in affitto<sup>11</sup> o si sono già ricongiunte con una parte almeno della famiglia o hanno intenzione di farlo nel più breve tempo possibile, e, sul versante opposto, tra coresidenza e progetto migratorio finalizzato all'investimento in patria, in quanto più della metà di coloro che hanno scelto questa soluzione esprimono uno scarso interesse verso la possibilità di ricomporre il proprio nucleo familiare nel Paese d'arrivo.

L'addetta al lavoro di cura straniera, in Italia da sola, che sceglie la via della coresidenza con l'accudito e la lavoratrice che si orienta verso la ricerca di una casa in affitto dall'altro, costituiscono i due profili tipici che più di frequente si ritrovano anche nella letteratura dedicata all'argomento. Ma nel territorio di Massa Carrara sembra trovare spazio anche un modello relativamente nuovo: quello della famiglia ricongiunta, o in fase di ricongiungimento, che vive in coresidenza.

*Vivo insieme alla mia famiglia nella stessa casa della persona che accudisco: stiamo un po' stretti perché siamo in tre in una sola stanza. Però, siamo tutti insieme. Inoltre loro (i datori di lavoro N.d.A) hanno assunto anche mio marito, gli hanno fatto un piccolo contratto.*

*Ci hanno dato una camera e anche un cucinotto. Io e mio marito viviamo lì. Anche lui lavora per la "signora": lui fa le cose fuori e quelle più pesanti. Va a fare la spesa, cura il giardino e anche un pochino l'orto.*

Eppure è la solitudine, e non il lavoro o la casa, il "problema vissuto" indicato con maggiore frequenza dalle 22 intervistate: il doppio delle volte rispetto alle problematiche di carattere amministrativo-legale che pure, come è noto, condizionano pesantemente la vita dei migranti, e addirittura il triplo nei confronti di "lavoro" e "salute". Il tempo libero, per quanto scarso, è il momento in cui tale sensazione si oggettivizza in situazioni e dati di fatto: oltre la metà delle intervistate, infatti, lo trascorre "da sola" e "in casa", che spesso significa in quella della persona accudita.

*Il mio lavoro mi lascia anche tempo libero ... ma non conosco nessuno. Ho un'amica sola, che però sta a Forte dei Marmi, troppo lontano per andare a visitarla. Poi ho paura, non mi piace conoscere ... ho paura.*

*Avevo solo un giorno di riposo (alla settimana N.d.A), ma spesso non sapevo dove andare e rimanevo lì (nella stanza messa a disposizione dal datore di lavoro N.d.A) a guardare la tv o ad ascoltare la musica ... che mi piace tanto! Se c'era il mercato, invece, ci andavo.*

Il fatto di essere arrivate nel territorio di Massa Carrara seguendo i percorsi tracciati dalle "catene migratorie" fa sì che quasi tutte abbiano un congiunto o degli amici nelle vicinanze: spesso una

---

<sup>10</sup> La coresidenza è molto penalizzante sul piano dell'autonomia e della qualità della vita, ma ha il "vantaggio" di essere una sistemazione economicamente a costo zero e si presenta, quindi, come un sacrificio accettabile alle migranti il cui scopo è guadagnare il più possibile in breve tempo.

<sup>11</sup> Il canone medio è di 347 euro al mese; quella che spende meno paga 150 euro (ma è al "nero"), mentre quello più costoso è di 505 euro.

sorella o un'amica, più raramente un fratello o un parente diverso. Quando la lavoratrice di cura vive da sola, è insieme a loro che trascorre una parte significativa del suo tempo libero, a prescindere dal fatto che ciò accada al chiuso delle mura domestiche o, invece, in spazi pubblici.

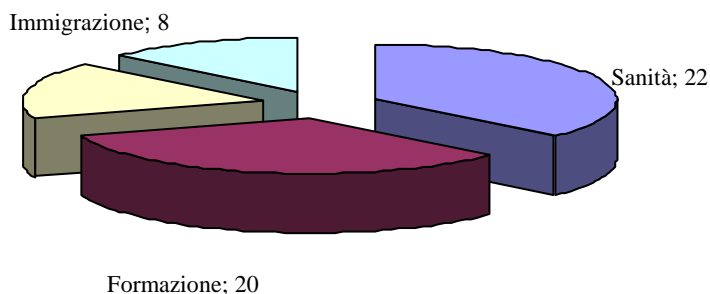
*Non ho molte amiche e comunque non mi piace uscire la sera. Preferisco guardare la tv, soprattutto programmi di cucina che mi servono per il lavoro. La domenica, che è il mio giorno libero, invece vado a casa di mio fratello e sto con la sua famiglia.*

*Cammino tanto, faccio un giro al mercato. E poi vedo mia sorella e mia nipote, o mia cognata.*

Dal panorama delineato attraverso le testimonianze emerge un quadro che presenta diversi elementi di criticità: le condizioni di forzata solitudine e isolamento cui le “costringe” la professione svolta, il poco tempo a disposizione per sé stesse e per il riposo e la propensione a spenderlo al massimo nella ristretta cerchia dei parenti e degli amici connazionali, infatti, disegnano uno scenario che presenta pochissime opportunità di relazione paritaria con il contesto d'accoglienza e, per conseguenza, il rischio di rimanere reclusi in nicchie etniche che potrebbero finire con l'assorbire quasi tutti gli ambiti di vita della migrante.

Considerazioni che sembrano riflettersi anche nei servizi pubblici o di pubblica utilità maggiormente frequentati dalle lavoratrici di cura, per esigenze di classificazione ripartiti in quattro macro-categorie: sanità, istruzione e formazione, lavoro e immigrazione.

Fig. 1 – I servizi pubblici/di utilità maggiormente utilizzati dai migranti



Fonte: Indagine diretta OPS – Massa Carrara

La prima<sup>12</sup> è la categoria che è stata indicata più volte e la motivazione è abbastanza logica: la necessità di un tempestivo intervento o trattamento sanitario, infatti, costringe ad abbattere diffidenze e paure che, invece, resistono quando la situazione non è tale da richiedere un intervento immediato.

Invece il fatto che i servizi dell'area “lavoro”<sup>13</sup> risultino complessivamente poco frequentati dalle lavoratrici di cura conferma come in questo segmento del mercato occupazionale il reclutamento avvenga soprattutto attraverso il sistema del “passaparola” e delle reti amicali, prevalentemente con connotazione etnica. La distanza delle lavoratrici straniere impiegate in questo settore dalle istituzioni e dalle organizzazioni che operano nel mondo del lavoro sembra coinvolgere anche il sindacato: i due terzi delle intervistate, infatti, non ha mai messo piede nella sede di uno di essi. Più

<sup>12</sup> Ospedale, servizi sanitari Asl, medico di famiglia, etc.

<sup>13</sup> Centri per l'impiego, patronati, sindacati, associazioni e organizzazioni del terzo settore che hanno promosso servizi dedicati, etc.

conosciute e frequentate, invece, le associazioni d'immigrati o che si occupano d'immigrazione visto che la metà campione ha detto di esservi stata almeno una volta e, in alcuni casi, di andarvi con una certa assiduità. Da alcune testimonianze, però, emerge un tipo di fruizione marcatamente funzionale: le lavoratrici di cura frequentano le associazioni quando hanno un problema da risolvere o necessitano di un qualche servizio, non vedendo in esse dei luoghi e degli spazi di partecipazione, bensì delle agenzie erogatrici di servizi.

*Sono andata spesso, sia quando ho avuto bisogno di trovare un lavoro che per avere informazioni sui corsi di formazione professionale. Quando voglio saper qualcosa vado lì.*

*Ci vado spesso. Le prime volte andavo per capire che cosa dovevo fare per mettermi in regola visto che in quel periodo ero clandestina. Una volta risolto questo problema ho continuato ad andarci per cercare lavoro.*

Qualcosa, però, anche a Massa Carrara sta cambiando.

*Per un periodo ho fatto volontariato in una casa di riposo. Andavo la domenica, che era il mio giorno libero. Per me era un modo di passare il tempo facendo qualcosa di utile. Da quando sono arrivate le mie figlie, però, non sono più potuta andare.*

*No, non le ho mai frequentate perché non riesco a trovare il tempo. Anche se l'idea di dedicarmi al volontariato mi è sempre piaciuta.*

Da quest'altre testimonianze, infatti, sembrano emergere bisogni diversi rispetto ai precedenti, che richiamano una modalità più partecipativa di fruizione degli spazi associativi, visti come luoghi in cui esprimere un'identità culturale in una logica non rivendicativa, bensì centrata sulla pubblica utilità. Il bisogno "di uno spazio dove in totale autonomia (le lavoratrici di cura *N.d.A*) possano trattenersi in attività liberamente scelte" (Santoro, 53:2006) pare qualificarsi anche come un antidoto al rischio d'isolamento e di reclusione all'interno delle reti etniche, specie se tali spazi riusciranno a qualificarsi come luoghi d'incontro e di partecipazione in grado di fare proposte attraenti non solo nei confronti delle lavoratrici di cura, ma anche verso la generalità dei cittadini.

#### **4. Il sistema dei servizi e degli interventi territoriali nello sguardo dei testimoni privilegiati**

Con "sistema dei servizi e degli interventi promossi nel territorio" si fa riferimento a tutti gli interventi attuati in una determinata area, a qualunque titolo e da qualsiasi soggetto, ma in grado di venire incontro ai bisogni delle lavoratrici di cura e non solo a quelli pubblici, o a "regia" pubblica, per quanto quest'ultimi costituiscano ovviamente la parte più significativa.

Per una lettura di tale sistema l'indagine dell'Osservatorio Provinciale per le Politiche Sociali di Massa Carrara ha coinvolto alcuni professionisti del settore<sup>14</sup> allo scopo di evidenziare criticità e punti di forza del sistema dei servizi e degli interventi territoriali e di abbozzare alcune possibili indicazioni operative per favorire l'integrazione di questo specifico segmento di popolazione straniera.

---

<sup>14</sup> Dieci, soprattutto italiani ma anche stranieri, che operano sia nei servizi pubblici e in quelli del terzo settore e dell'associazionismo: assistenti sociali, mediatori interculturali, operatori di sportelli per stranieri e assistenti domiciliari. A tutti è stato somministrato un questionario semistrutturato.

La valutazione generale dei testimoni privilegiati sull'adeguatezza o meno di tale sistema in ordine alla capacità di dare risposta alle questioni poste dalla presenza delle lavoratrici di cura straniere oscilla fra "l'abbastanza" e il "poco adeguato", con una prevalenza del primo giudizio. Solo una persona, invece, lo considera "inadeguato" e nessuna "molto adeguato". La moderazione delle opinioni espresse, a prescindere dalla declinazione positiva o negativa, si spiega probabilmente, in primo luogo, con il fatto che i soggetti intervistati, proprio per la loro qualità di "testimoni privilegiati", non sono terzi rispetto a tale sistema, ma vi agiscono dal di dentro; in altri termini ne sono attori, sia pure a diversi livelli di protagonismo.

Guardando indietro, al cammino fatto negli ultimi cinque anni, quasi tutti percepiscono segnali di crescita nella capacità del territorio di dare risposta ai bisogni evidenziati anche da questa indagine<sup>15</sup>. Il giudizio, invece, diverge sull'intensità di tale crescita: per qualcuno "è stata evidente", oppure "abbastanza rapida"; qualche altro parla di "sistema molto migliorato". Per altri, invece l'attenzione alla situazione di queste lavoratrici è senz'altro cresciuta: il Centro per l'Impiego di Aulla, ad esempio, ha attivato un servizio specifico che sarebbe anche utilissimo se, però, le badanti lo frequentassero. Ma è ancora poco rispetto alle necessità.

*Non posso dire che le cose non siano migliorate: ad esempio, è cresciuta la capacità dei diversi soggetti di "fare rete" e di lavorare in modo integrato. Ma si va avanti ad un passo troppo lento.*

Nello specifico i miglioramenti più significativi, secondo i testimoni privilegiati, hanno riguardato il sostegno all'apprendimento della lingua italiana (indicata 8 volte) attraverso l'accresciuta offerta di corsi per adulti e le azioni di orientamento di tipo amministrativo e legale (6 indicazioni). Solo una persona, invece, ha menzionato il "sostegno nella ricerca della casa" e nessuno l'area "lavoro". Il parere unanime, comunque, è che nell'immediato futuro dovrà essere profuso un impegno ancora più intenso perché il bisogno di cura continuerà ad aumentare e, con esso, s'intensificheranno ulteriormente i flussi delle lavoratrici.

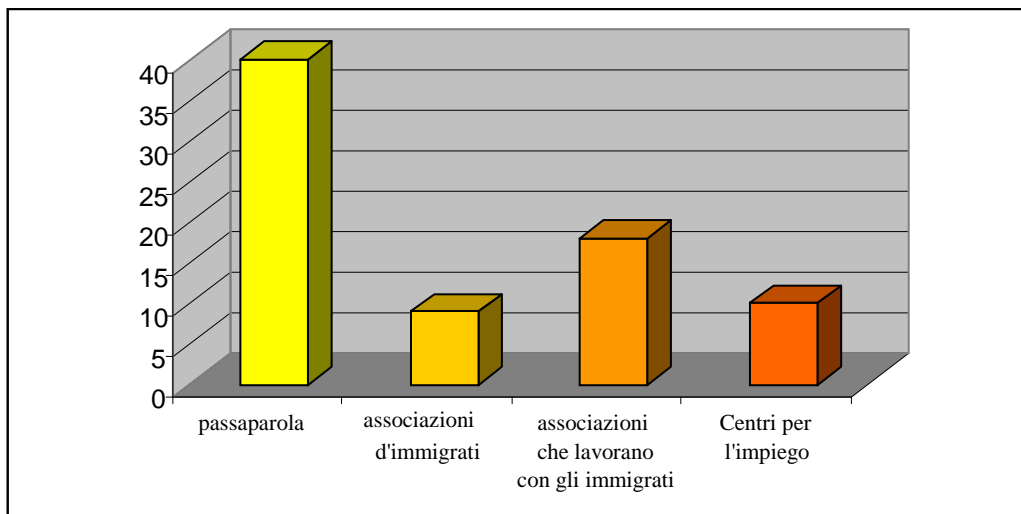
Nello specifico lo sforzo di fantasia e d'innovazione cui sarà chiamato tutto il sistema, secondo i testimoni privilegiati, dovrà concentrarsi soprattutto sulla promozione di modalità meno "informali" d'incontro fra domanda e offerta di lavoro e sull'attivazione di percorsi di qualificazione professionale di questo segmento di manodopera, straniera e non. Anche per i testimoni privilegiati intervistati, infatti, è quasi esclusivamente attraverso il passaparola all'interno delle reti etniche o di colleghe che le lavoratrici di cura cercano, e trovano, lavoro. E' stato chiesto, infatti, a ciascuno di classificare i canali<sup>16</sup> attraverso cui avviene l'incontro fra domanda e offerta di lavoro di cura straniero usando una scala di valore da 1 a 4 in base alla frequenza di utilizzo. La figura 4 ne sintetizza i risultati.

---

<sup>15</sup> Fa eccezione una sola testimonianza: "a me sembra che queste donne siano mandate allo sbaraglio, lasciate a sé stesse insomma".

<sup>16</sup> Passaparola, associazioni d'immigrati, associazioni che lavorano con gli immigrati, Centri per l'Impiego.

Fig.. 2 – I canali di ricerca di lavoro delle lavoratrici di cura secondo i testimoni privilegiati



Fonte: Indagine diretta dell'OPS – Massa Carrara

Eppure sul territorio provinciale ci sono sportelli che svolgono anche questo tipo di servizio: se ne occupa l'associazionismo, autonomamente o in convenzione con i servizi pubblici, e poi i centri per l'impiego.

*Ci sono gli sportelli promossi dalle associazioni e i centri per l'impiego. Inoltre qualche immigrata si rivolge anche alle agenzie interinali, anche se non tantissime perché la maggior parte di esse chiede il certificato d'idoneità alloggiativa. Accade da quando, con le modifiche introdotte dalla "Bossi-Fini", è il datore di lavoro che deve garantire l'idoneità della casa della lavoratrice di cura. Per quanto riguarda i Centri per l'impiego, invece, la maggiore difficoltà è di tipo linguistico: molte donne non riescono a leggere, e comprendere, il significato degli annunci e a compilare il modulo per le autocandidature. Tant'è che molte ritirano il modulo e vanno alle associazioni a farselo compilare.*

*La situazione è percepita in modo leggermente diversa in Lunigiana, dove proprio il Centro per l'Impiego, ha attivato recentemente un sportello specificamente rivolto al lavoro di cura:*

*E' un servizio molto utile perché facilita l'emersione dal lavoro nero. Inoltre gli operatori sono molto preparati professionalmente.*

La fuoriuscita dall'informalità dell'incontro fra domanda e offerta di lavoro va di pari passo con la necessità di una maggiore attenzione alla qualificazione professionale della lavoratrici di cura. Per la maggior parte dei testimoni privilegiati, infatti, è su questi due aspetti che, nel breve-medio periodo, dovrebbero concentrarsi con maggiore impegno le istituzioni locali e i soggetti del terzo settore e dell'associazionismo in un sforzo di creatività diretto anche ad individuare risposte innovative a un bisogno crescente. Alcune proposte, sia pure in forma abbozzata, sono emerse anche durante le interviste

*In primo luogo sarebbe necessario una sorta di “censimento”: conoscere quante sono e dove. In modo da poterle mettere in rete. Mi rendo conto che è difficile perché tante sono irregolari. Ma uno sforzo in questa direzione deve essere fatto, altrimenti continueremo a lavorare con quelle poche che possono muoversi alla “luce del sole” senza alcun problema.*

*Sarebbe opportuno che le lavoratrici di cura promuovessero un soggetto, non saprei se un’agenzia o una cooperativa, esclusivamente dedicato al lavoro di cura a cui le famiglie possono rivolgersi direttamente quando hanno bisogno d’assistenza. Un soggetto, ovviamente, in cui sono impiegate lavoratrici immigrate, anche se è importante che abbia il supporto dell’associazionismo e dei sindacati.*

*Serve anche più formazione mirata. Penso all’assistenza sanitaria di base perché, anche se può sembrare strano, fare delle medicazioni ha anche delle implicazioni culturali. Lo stesso concetto d’igiene, ad esempio, non è uguale in tutte le culture. E poi delle agenzie che erogano servizi di cura domiciliare, composte sia da lavoratrici straniere che italiane.*

Al riguardo in molti hanno sottolineato l’importanza di aver incentivato la partecipazione delle lavoratrici di cura stranieri ai corsi per Operatori Socio-Assistenziali organizzati dalle Aziende Sanitarie:

*E’ importante che le immigrate li frequentino e imparino qualche nozione di assistenza sanitaria di base, soprattutto per i datori di lavoro che, in questo modo, si sentono più tutelati. E quindi tranquilli.*

*Li fanno, ma dovrebbero farne più spesso. Ne servirebbe almeno uno l’anno.*

Corsi sicuramente più frequenti quindi, ma anche organizzati diversamente

*Sono a pagamento e molte non possono permetterseli. Inoltre richiedono molto tempo a disposizione e, quindi, non sempre sono accessibili a persone che hanno carichi di lavoro molto pesanti. Invece dovremmo agevolare di più la partecipazione delle badanti straniere: ad esempio diluendo i corsi in un arco di tempo più lungo in modo da accorciare la durata delle singole lezioni.*

*Il passaggio successivo, poi, dovrebbe essere il riconoscimento della professionalità acquisita, a garanzia tanto della lavoratrice, quanto della persona accudita*

*Servirebbe una sorta di albo provinciale, in cui possono iscriversi le badanti che hanno seguito corsi di formazione mirati: ne guadagnerebbe tutto il sistema.*

*Non manca, infine, chi sostiene anche il bisogno di una maggiore diffusione sul territorio di sportelli e iniziative d’informazione e orientamento rivolte alle lavoratrici di cura:*

*Bisognerebbe potenziare anche i servizi di consulenza legale e amministrativa. Quelli che ci sono lavorano bene, ma sono pochi. Perché, ad esempio, non pensare ad un intervento di questo tipo nella piazza sul lungomare di Marina di Carrara e negli altri luoghi di ritrovo delle lavoratrici di cura?*

## **5. Nota conclusiva.**

La crescente migrazione di donne che lasciano Paesi poveri per inserirsi in una nicchia del mercato occupazionale, quella appunto del lavoro di cura, di Paesi ricchi e caratterizzati da un'alta incidenza di popolazione anziana, è senza alcun dubbio una migrazione di tipo economico: la partenza, infatti, è una conseguenza della situazione di povertà o di bisogno vissuta in patria, seguita da una valutazione, solitamente familiare, in ordine al componente che deve emigrare e al luogo in cui andare. Come evidenzia anche il presente rapporto di ricerca, infatti, le c.d. "reti etniche transnazionali" si dimostrano straordinariamente capaci sia di selezionare le informazioni utili che di farle circolare fra i parenti e gli amici nei contesti di provenienza, sulla base delle quali, poi, questi pianificheranno la migrazione: si spiega così, infatti, l'apparente contraddizione tra la diffusa ignoranza delle lavoratrici di cura intervistate sulle caratteristiche generali del territorio in cui si accingevano ad emigrare (molte non sapevano neppure dove fosse prima di emigrare) e il fatto che tutte sapessero con precisione il lavoro che le avrebbe attese al loro arrivo.

Una domanda destinata a crescere. L'IRS ne ha stimate 620 mila in tutta Italia, noi fra le 47 e le 61 mila in Toscana. Secondo l'INPS, la fonte ufficiale più qualificata in materia, in dieci anni (1995-2004) le lavoratrici domestiche regolarmente iscritte sono più che quintuplicate. La tendenza è quella ad una crescita sempre più veloce per una miscela di motivazioni non difficile da comprendere: la popolazione continua ad invecchiare (l'Italia è il Paese più anziano d'Europa), la "famiglia allargata" è quasi scomparsa, le donne, un tempo loro malgrado depositarie di tutti i compiti di cura nell'ambito del nucleo familiare, non sono più in grado di assolverli a causa dei crescenti carichi di lavoro extradomestici mentre ancora stenta a diffondersi una diffusa cultura delle "pari responsabilità" in famiglia. Il sistema sociale e culturale che per lungo tempo aveva consentito di mantenere in ambito familiare la presa in carico dei componenti più fragili si sta rapidamente sgretolando e i "policy maker" se ne sono resi conto con colpevole ritardo se è vero che il sistema sanitario nazionale riesce a raggiungere a domicilio appena l'1% degli ultrasessantacinquenni contro il 20% dei Paesi scandinavi, il 10% della Germania, e il 6% della Repubblica Ceca. Inevitabile, in una situazione del genere, che la domanda di cura cresca, anche perché dall'altro lato, l'offerta è ampia e a prezzo contenuto.

Segregazione occupazionale. Oltre i tre quarti delle intervistate, infatti, guadagnano meno di 900 euro al mese. Anche a Massa Carrara l'inquadramento contrattuale più diffuso sono le 25 ore settimanali anche se poi, mediamente, ciascuna lavoratrice lavora circa il doppio (47 ore per la precisione) perché la maggior parte di esse fa assistenza continuativa e abita in situazione di "coresidenza", ossia sotto lo stesso tetto dell'anziano accudito. Ce n'è già abbastanza per spiegare il 80 motivo per cui quella del lavoro di cura, soprattutto se "a 24 ore", è divenuta una nicchia del mercato del lavoro occupata quasi esclusivamente da lavoratrici straniere.

Una migrazione economica "peculiare". Per una parte di esse, le più giovani, questa professione rappresenta il primo gradino di un percorso di realizzazione professionale e sociale: di solito con un livello d'istruzione medio-alto, appena possono cercano un'occupazione più gratificante, meglio retribuita e che gode di maggiore considerazione sociale. Ma l'età media del campione delle intervistate è di 40 anni e la classe più numerosa è quella che va dai 31 a 50 anni: in linea con

quanto evidenziato da altre indagini, insomma, i flussi per lavoro di cura, anche nella provincia di Massa Carrara, sono costituiti prevalentemente da donne adulte, quando non mature, e con progetti migratori, almeno nelle intenzioni, transitori e orientati prevalentemente all'investimento nel Paese d'origine. Divise fra il luogo in cui vivono e quello in cui hanno lasciato i propri affetti, diversamente dalle colleghe giovani non hanno una motivazione altrettanto forte ad affermarsi in Italia e finiscono, quindi, con l'alimentare quella situazione di segregazione occupazionale, evidenziata poco sopra, e quel sentimento di solitudine ampiamente descritto anche nelle testimonianze riportate in questo rapporto. L'età è solo una delle caratteristiche che rende questo genere di flussi peculiari nell'ambito delle migrazioni economiche. Un'altra è quella di essere costituita da c.d. "pioniere", ossia di essere avviate da donne sole, contrariamente al mercato protagonismo maschile che caratterizza, solitamente, i flussi migratori con movente economico. Il ricongiungimento familiare è solo una possibilità, certo non remota, ma neppure una certezza, soprattutto nel caso di quelle più mature (emagari con figli in età adolescenziale) provenienti dall'Europa Orientale.

I progetti migratori delle lavoratrici di cura. In ordine all'intenzionalità del progetto migratorio dichiarato dalle intervistate, quindi, le migrazioni delle lavoratrici di cura, con qualche forzatura, possono essere ricondotte a due profili prevalenti:

- giovani donne, desiderose di realizzarsi professionalmente e socialmente in Italia, per le quali il ricongiungimento familiare rappresenta un obiettivo quasi irrinunciabile, pena il fallimento del progetto stesso, e il lavoro di cura solo una fase transitoria, legata alle esigenze di mantenersi nel primo periodo dell'esperienza migratoria.
- Donne mature e "madri e mogli transnazionali", il cui movente principale è quello di guadagnare il più possibile per le esigenze dei congiunti rimasti in patria: cercano di riempire la distanza che li separa da loro con il telefono, i pacchi regalo, i rientri purtroppo non troppo frequenti e soprattutto le rimesse.

La conseguenza più rilevante è che si tratta di flussi migratori diversi per caratteristiche anagrafiche esigenze e prospettive, benché accomunati dal fatto di collocarsi, almeno per un certo periodo, nella stessa nicchia occupazionale. Che, quindi, domanderebbero interventi differenziati: soprattutto per il secondo profilo, infatti, il problema non è solo legato alla mancanza di risorse per le politiche d'integrazione: esso, infatti, sembra configurarsi come una migrazione certo di lunga durata, ma dal carattere temporanea e, quindi, con un'intenzionalità di segno opposto rispetto a quella propensione all'insediamento stabile che connota le migrazioni verso l'Italia degli ultimi venti anni e verso cui è stato indirizzato la quota più cospicua delle politiche e degli interventi di c.d. "integrazione". Si tratta, in altri termini, di migrazioni con caratteristiche peculiari che chiedono ai decisori politici di confrontarsi con la difficile sfida dell'innovazione: se è vero, infatti, che le lavoratrici di cura straniere hanno assunto un ruolo centrale nel nostro sistema di welfare, è un'ovvia conseguenza la necessità di governare tali flussi cercando un equilibrio fra il bisogno di cura delle famiglie italiane e quello di tutela delle lavoratrici straniere.

La riflessione al riguardo è appena agli inizi e, come capita di frequente, vede coinvolti soprattutto gli enti locali, in quanto istituzioni quotidianamente a diretto contatto con i cittadini e, quindi, meglio capaci d'intercettare bisogni e fenomeni emergenti. Ma alcuni dei suggerimenti abbozzati dai "testimoni privilegiati", se approfonditi e sperimentati, potrebbero rivelarsi piste operative innovative in grado di venire incontro alle esigenze poste da una presenza sempre più marcata anche nella Provincia di Massa Carrara. In particolare: la promozione di percorsi di formazione professionale, riconosciuti e quindi spendibili sul mercato del lavoro, quale strumento diretto a colmare le lacune e ad arricchire il bagaglio di competenze delle lavoratrici di cura; l'istituzione di

una sorta di “albo delle lavoratrici di cura” o, comunque, di un sistema di accreditamento della professionalità acquisita, pubblico e accessibile alle famiglie, a garanzia sia della persona accudita che dell’operatrice; la costituzione di agenzie di servizi dedicate al lavoro di cura, in cui sono impiegate operatrici italiane e straniere, in modo da potenziare il potere contrattuale sul versante dell’offerta; la creazione di sportelli informativi decentrati nei luoghi pubblici d’incontro delle lavoratrici di cura; infine il potenziamento delle iniziative e dei contesti d’aggregazione per il loro tempo libero.

## **Bibliografia**

- AcliColf, *Le opinioni e la condizione delle colf in Italia*, Acli, Roma, 2005.
- Ambrosini M., *Gli immigrati nel mercato del lavoro italiano in Immigrazione Dossier Statistico 2006*, Caritas/Migrantes, Roma, 2006
- Ambrosini M., *Un’assistenza senza confini. Welfare “leggero”, famiglie in affanno, aiutanti domiciliari immigrate*, ISMU, Milano, 2004
- Baratto B., Castegnaro A. *Veneto italiano in Immigrazione Dossier Statistico 2002*, Caritas/Migrantes, Roma, 2002
- Barbuglia P., *Il progetto Lalera per le assistenti familiari romene in Romania, immigrazioni e lavoro in Italia*, Caritas/Migrantes, Roma, 2008.
- Beudò M., Giovani F., Savino T. *Dal lavoro alla cittadinanza: l’immigrazione in Toscana*, IRPET, Firenze, 2008.
- Bonapace W., *L’immigrazione al femminile in Immigrazione Dossier Statistico 2007*, Caritas/Migrantes, Roma, 2007.
- Castagnone E., Eve M., Petrillo R., Piperno F., *Madri Migranti*, Cespi, Milano, 2007
- Catania D., Recchia D., Simoni M., Zucca G., *Il welfare “fatto in casa”*, IREF, Roma, 2007.
- Censis, *Il sociale non presidiato n.2*, Censis, Roma, 2008.
- Fulcitti A., *La globalizzazione della collaborazione familiare in Immigrazione Dossier Statistico 2005*, Caritas/Migrantes, 2005.
- Ehrenreich B., Hochschild, *Donne globali*, Feltrinelli, Milano, 2004
- INPS, Caritas/Migrantes, *Immigrazione e collaborazione domestica: i dati del cambiamento*, INPS, Roma, 2004.
- Luatti L., Bracciali S., Renzetti R., *Nello sguardo dell’altra*, CesvoT, Firenze, 2006.
- Mesini D., Pasquinelli S., Rumini G. *Il lavoro privato di cura in Lombardia*, Milano 2006
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali*, Roma, 2005.
- Nanni M., *Gli archivi dell’INPS: iscrizioni e retribuzioni in Immigrazione Dossier Statistico 2007*, Caritas/Migrantes, 2005.
- Nanni W., Salvatori S. *I lavoratori immigrati nelle famiglie italiane in Immigrazione Dossier Statistico 2004*, Caritas/Migrantes, 2004.
- OPS Massa Carrara, *Dossier Statistico n.3*, Massa Carrara, 2006.
- Piperno F., *Fuga di welfare: quale equilibrio?*, Cespi, 2006
- Spano P., *Anziani e badanti, le convenienze nascoste*, Nuova Dimensione, Milano, 2006
- Tomei G., *Rapporto Sociale Provincia di Massa Carrara*, Massa Carrara, 2005.