

Caratteri del lavoro di cura delle badanti

Mara Tognetti Bordogna

1. Premessa

Nel nostro contributo analizzeremo il fenomeno delle cosiddette badanti, nella sua complessità e specificità rispetto al lavoro di cura, i fattori che sono all'origine di tale presenza, i cambiamenti e gli impatti che tale figura determinano sulla relazione di cura, sul *welfare* e sulle dinamiche familiari, cercando, all'interno di queste questioni, di evidenziare alcune linee di politica sociale. Per comprendere appieno le peculiarità del fenomeno badante in Italia, oltre ad analizzare le peculiarità dei flussi migratori, è necessario capire inoltre le caratteristiche del nostro *welfare* e l'idea di senso comune su: «a chi compete la funzione di cura degli anziani?».

In estrema sintesi, i motivi alla base del fenomeno sono complessi e intrecciati fra loro. Innanzitutto va ricordato il forte invecchiamento della popolazione e la rarefazione delle nascite con relativo aumento degli anziani soli. Ricordiamo infatti che gli anziani oltre gli 80 anni sono passati dall'1,3 per cento della popolazione nel 1960 al 3,9 nel 2000, con una stima nel 2010 pari al 4,5 per cento; inoltre la popolazione superiore a 65 anni passerà dal 27 per cento del 2002 al 31 del 2010.

Al fenomeno dell'invecchiamento si accompagna una cronicizzazione delle patologie, con la conseguenza che il bisogno espresso non è solo di tipo sanitario, ma anche socio-sanitario (Pavolini, 2003). Sulla base di recenti dati

* Mara Tognetti Bordogna è docente di Politiche immigratorie presso l'Università di Milano-Bicocca.

Alcuni aspetti trattati all'interno di questo contributo sono emersi nell'ambito del lavoro (in corso) *Progetto di ricerca di interesse nazionale su Nazionalità, genere e classe nel nuovo lavoro domestico. Cambiamenti nella famiglia italiana ed evoluzione dei sistemi migratori*, coordinato da Raimondo Catanzaro e articolato su sei unità locali basate a Bari, Bologna1, Bologna 2, Milano, Milano-Bicocca, Trento. Il progetto è visibile sul sito <http://cofin2004.cineca.it> (area 14, Scienze politiche e sociali, progetto n. 12). Si ringrazia Giovanni Mottura per le indicazioni e i suggerimenti.

(Bettito, Simonazzi, Villa, 2004) emerge che gli anziani che necessitano di cura continua (*long term care*) sono accuditi nell'83,1 per cento dei casi dai familiari o dal partner, nel 9,7 dai servizi privati, nel 2,1 dai familiari e servizi privati, nel 5,1 da un *mix* fra servizi pubblici e privati.

Un secondo fattore, poi, è costituito dal continuo incremento delle donne inserite nel mercato del lavoro produttivo e di famiglie a doppia carriera, il quale non è accompagnato all'interno della famiglia da una divisione del carico del lavoro di cura fra i generi, fenomeno particolarmente presente nel nostro paese (Andall, 2000). Aspetti questi che vanno ad aggiungersi all'aumento del carico assistenziale delle famiglie, a fronte di una diminuzione delle risorse familiari. Nell'ultimo trentennio si è rilevato un *trend* crescente di restringimento dell'ampiezza dei nuclei familiari italiani: questi sono passati, infatti, dalle 3,5 unità del 1971 alle 2,6 del 2001. Ricordiamo che il nostro *welfare* assegna un ruolo chiave alle famiglie in quanto si basa su di esse per il proprio funzionamento.

Un terzo elemento è dato dal radicamento culturale, particolarmente accentuato nel nostro paese, relativo al fatto che l'anziano debba essere curato dalla famiglia, possibilmente *in* famiglia. Persistenza culturale, questa, che trova rinforzi nel fatto che molti anziani sono proprietari dell'abitazione in cui vivono, quindi possono mettere a disposizione delle badanti un letto, una stanza, uno spazio libero.

Tutto questo va inoltre a sommarsi all'elevato costo dei servizi di ricovero per anziani, specialmente se questi ultimi presentano qualche grado d'invalidità, e ai forti trasferimenti monetari dei nostri *welfare* (Gori, 2002). Non vanno ovviamente sottovalutate altre variabili strutturali quali:

- le disuguaglianze dei rapporti tra speranza di vita, autosufficienza, condizioni economiche e sociali (al diminuire del titolo di studio, del reddito, aumentano sia il rischio di mortalità sia il rischio di trovarsi in cattive condizioni di salute in caso di sopravvivenza);
- la disuguaglianza legata al genere, in quanto le donne tendono ad assumere compiti di cura in età matura e anziana;
- il livello di socializzazione del rischio di non autosufficienza, particolarmente basso nel nostro paese.

Il quarto elemento è costituito dalla rigidità e dall'inadeguatezza del nostro *welfare*, che mal si presta a fornire servizi e interventi integrativi o flessibili in funzione delle esigenze dell'anziano e della sua famiglia, dunque un *welfare* che può rispondere solo alle situazioni di maggiore fragilità. Un *wel-*

fare dai forti trasferimenti monetari (*voucher*, assegni di cura ecc.) usati «impropriamente» per le badanti, originando così un conflitto fra l'uso corretto, istituzionale e l'uso «discrezionale» del *voucher*. Un conflitto accentuato in un *welfare* dal preteso carattere universalistico, che nella realtà risulta essere altamente selettivo e discrezionale.

Infine, un elemento spesso sottovalutato nel dibattito sul lavoro di cura è costituito dalla presenza dell'offerta di mano d'opera flessibile, a basso costo, cioè la forte disponibilità a lasciare il proprio paese per il bene della famiglia da parte delle donne della migrazione dell'ultimo decennio, o più semplicemente perché così fan tutti. Esse sono inoltre molto disponibili a inserirsi in un mercato del lavoro poco tutelato, disponibili a svolgere anche lavori complementari. Donne la cui presenza è stata letta in modo semplicistico come nuova attività di cura da mettere in rete con le altre risorse del *welfare*, sottovalutando che tale presenza, oltre che contribuire a delineare un diverso e nuovo *welfare* per gli anziani e le loro famiglie, ne determina un utilizzo per sé e per i propri figli. Allo stesso tempo questo origina inoltre relazioni familiari, nuovi legami e spazi affettivi di tipo transnazionale e, comunque dislocati, nuove forme di famiglia: miste, ricongiunte, transnazionali (Tognetti Bordogna, 2004).

2. Le badanti: chi sono e da dove vengono

Con tale termine s'intendono le donne della migrazione che svolgono un particolare lavoro di cura consistente prevalentemente, se non esclusivamente, nell'accudire persone anziane sole e non autonome o individui disabili¹.

Il lavoro domestico assistenziale o di cura, o più semplicemente il lavoro della badante, è un'attività ad alta incidenza di situazioni d'irregolarità che penetra nella vita quotidiana delle persone e delle famiglie, che sovverte l'idea «che l'economia richiede gli immigrati, ma la società li rifiuta», oppure l'idea che vogliamo solo coloro che sono regolari e vogliamo lasciare fuori gli irregolari. Un

¹ Sul termine massmediatico di badante si è aperto un dibattito non ancora chiuso: la legge in riferimento a questa figura parla di «personale di origine extracomunitaria adibito ad attività di assistenza a componenti della famiglia affetti da patologie o handicap che ne limitano l'autosufficienza», altri parlano di «assistente familiare», il Winr le definisce *Women Family Caregivers*. Ciò nonostante crediamo che il termine badante sia ben esemplificativo della precarietà di questo ruolo e permetta di non sovrapporsi alla figura della colf.

conflitto che si fonda su una pretesa legalità pubblica – per i clandestini – e la tolleranza e «apprezzabilità» dell'irregolarità e illegalità nel privato.

La presenza delle badanti incrocia gli assetti tradizionali della vita familiare, i bisogni emergenti, i nuovi stili di vita, originando una domanda crescente di manodopera femminile. In Italia, le peculiarità di tale presenza sono da attribuire alla rapidità di affermazione del fenomeno e alle sue dimensioni, a partire dalla fine degli anni novanta. Ammonterebbero a 341.121 le domande di regolarizzazione di badanti e colf, circa il 48,4 per cento del totale. Prima della regolarizzazione veniva stimato da 43 (Fondazione Andolfi) al 77 per cento (Censis) la presenza delle donne occupate nel settore. Presenza la cui diffusione interessa tutto il territorio nazionale, sia a carattere urbano sia rurale.

Le badanti provengono, inizialmente (la prima ondata risale alla fine degli anni novanta), dai paesi dell'Est Europa (Moldavia, Polonia, Romania, Russia, Ucraina), mentre più recentemente (a partire dal 2002) dall'Ecuador, dal Perù e anche dal Marocco; 3 su 4 sono coniugate, il 51 per cento ha superato i quarant'anni, il 18 per cento è laureato e il 40 ha una scolarizzazione superiore; guadagnano 20, 30 volte di più di quello che potrebbero guadagnare nel loro paese, anche svolgendo la professione di medico o ingegnere.

Hanno vissuto, in particolare prima di partire, un periodo di disoccupazione, o hanno lasciato un lavoro mal retribuito. È il collasso dell'economia dei paesi dell'Est – come fa notare Mottura (2003) – che determina la loro migrazione. Esse sono le *breadwinner* della famiglia, specialmente nella fase iniziale in cui il fenomeno del badantato si struttura. Hanno prevalentemente un progetto migratorio definito e chiaro, relativamente breve, a meno che non decidano di ricongiungere qualche familiare, in generale i figli. Fra di loro prevalgono i progetti migratori di tipo economico, e il denaro guadagnato viene interamente risparmiato e spedito a casa o tenuto per sé. Mantengono inoltre forti legami con il paese d'origine.

Donne che s'inseriscono – come già detto – in modo visibile nei flussi migratori verso il nostro paese alla fine degli anni novanta, e che arrivano avvalendosi di «agenzie specializzate» nel trasporto. Almeno agli inizi del fenomeno si caratterizzano per la forte irregolarità e per il forte pendolarismo fra un posto di lavoro e l'altro, pur non rientrando sistematicamente al paese d'origine, anche a causa della situazione d'irregolarità che avrebbe potuto farle incappare nei controlli di frontiera. Molte sono donne che data la loro età non sono appetite dal mercato del sesso.

Il loro progetto non è ben definito rispetto ai tempi, hanno però un'idea molto precisa circa i soldi che debbono accumulare e per quali spese poi utilizzarli. Cambiano lavoro frequentemente, possono avvicinarsi a fianco dell'anziano con parenti o amiche dello stesso paese.

Le badanti vengono in Italia sia perché hanno conoscenti o amici che hanno fornito loro precise indicazioni circa la possibilità di trovare lavoro, sia perché esistono sistemi più o meno legali di reclutamento. Per ottenere il lavoro hanno dovuto pagare una somma di denaro, specialmente se provengono dai paesi dell'Est. Sono inoltre coscienti di non avere troppe alternative a questo lavoro, pur puntando, se decidono di restare, su qualche forma d'emancipazione lavorativa, come «operatore nelle residenze per anziani».

Abbiamo sottolineato che le badanti si caratterizzano altresì per il costante collegamento con il paese d'origine, o attraverso il telefono cellulare o mediante scambi informativi veicolati da amici, parenti; inviano beni e merci, denari, ai loro familiari avvalendosi dei piccoli o grandi trasportatori che fanno da corriere fra l'Italia e il loro paese con cadenza settimanale. Se molte badanti arrivavano inizialmente per un periodo limitato, anche se alcune di esse erano e sono interessate a restare, in gran parte sono spesso isolate nella relazione con l'anziano il quale frequentemente non comunica e non vuole comunicare «con un'estranea». Nel tempo il lavoro e il progetto migratorio delle badanti si modifica, evolve, si trasforma o viene abbandonato.

Sulla base di una recente ricerca (Ambrosini, Cominelli, 2004), sono stati individuati quattro profili esemplificativi della differenziazione, al proprio interno, di un fenomeno che troppo frettolosamente tendiamo a descrivere come omogeneo:

– *esplorativo*, costituito da ragazze giovani, mosse da curiosità e spirito di avventura, che si ritrovano a fare il lavoro di badante quasi per caso; instaurano un rapporto «quasi amicale» con le famiglie ospitanti, anche se possono essere soggette a forte sfruttamento. Il lavoro di badante è considerato un trampolino di lancio per altre attività, nel tempo possono aspirare a cambiare lavoro per restare. Sono disponibili a instaurare relazioni con i coetanei autoctoni;

– *utilitarista*, donne non più giovani che considerano questo lavoro nel suo significato meramente economico; sono caratterizzate da progetti migratori a termine, arrivano con visto turistico e prevalentemente dai paesi dell'Est. Il loro obiettivo di risparmio ben si concilia con questo lavoro che ri-

chiede la convivenza con il curato. Non aspirano a ricongiungere i familiari rimasti in patria e le loro relazioni si attivano verso i connazionali in momenti informali;

– *familista*, riguarda donne con figli minori rimasti in patria che non disdegnano e frequentemente attivano un progetto di stabilizzazione qui; provengono da paesi in cui il pendolarismo non è facile date le distanze (Perù, Ecuador), tale distanza le può indurre a sviluppare un sentimento affettivo, nuovo, qui. Frequentano corsi con lo scopo di una mobilità sociale (da fisse a ore), fanno vita associativa;

– *promozionale*, sono donne giovani adulte, istruite, provenienti da professioni qualificate. Sono coloro che soffrono di più per la collocazione professionale in cui si trovano. Cercano di uscire dal settore non appena si presenta l'occasione, sono attive nell'associazionismo formale.

Lentamente possiamo scorgere, anche dentro a questa collocazione occupazionale considerata come un blocco monolitico, realtà diverse, aspirazioni, obiettivi articolati, aspettative anche di emancipazione lavorativa.

Anche una più recente ricerca (Armal, 2005), condotta nella regione Marche, evidenzia come il quadro del lavoro di cura svolto dagli immigrati stranieri sia composito, e come all'interno di questa poliedricità si possano individuare profili che si caratterizzano per aspirazioni, strategie, percorsi migratori differenti, valutabili in termini di aspettative di permanenza in Italia e di volontà di continuare a svolgere il lavoro di cura. Infatti, circa un quinto dei lavoratori immigrati ha intenzione di rimanere a lungo in Italia, continuando a svolgere il lavoro di assistenza, mentre un altro quinto intende rimanere poco in Italia, continuando a svolgere attività di cura.

Nell'ambito della succitata ricerca sono stati costruiti i seguenti profili (assistenti familiari che ritengono di):

– rimanere molto tempo in Italia e continuare l'attuale lavoro di cura vista l'assenza di alternative;

– rimanere molto tempo in Italia e continuare l'attuale lavoro di cura;

– rimanere poco tempo in Italia e continuare l'attuale lavoro di cura;

– non sapere quanto intendono fermarsi qui in Italia e (in genere) quanto intendono continuare l'attuale lavoro di cura;

– rimanere molto tempo in Italia e cercare un altro tipo di occupazione;

– rimanere poco tempo in Italia e cercare un altro tipo di occupazione.

Aspettative, obiettivi differenziati e articolati, ma nonostante ciò il lavoro di badante, proprio perché a contatto con anziani o disabili non autosuffi-

cienti, soli, e spesso con forte dipendenza, si caratterizza il più delle volte per il fatto che non attiva nessuno scambio culturale rispetto al lavoro di cura, alle pratiche e alle modalità a esso connesse. Scarso o nullo è lo scambio determinato anche dalle poche occasioni di contatto con il sistema dei servizi da parte di queste donne, perché tale contatto le potrebbe rendere visibili, o perché non sono a conoscenza della rete delle risorse pubbliche o perché lavorano in contesti in cui non esistono risorse alternative (situazione tipica di molti contesti rurali).

Viene così meno un'occasione di scambio di «competenze» fra l'addetta al lavoro di cura dell'anziano e i servizi e gli operatori preposti. Contatti che potrebbero favorire una migliore gestione dell'anziano o, comunque, la trasmissione di alcune nozioni tecniche essenziali. Ed è proprio questo tipo di lavoro di cura, a causa dei contenuti «tecnici» che contiene – che aumentano in proporzione al livello di non autonomia dell'anziano –, che richiederebbe maggiori occasioni e momenti di elaborazione del quotidiano, sia per apprendere nuove tecniche sia per elaborare la fatica e l'usura connessa a tale attività².

La non capacità o l'impossibilità di costruire reti di saperi – rispetto coloro che condividono la stessa attività lavorativa – assume valenza negativa non solo nei confronti della qualità della prestazione, ma anche rispetto all'elaborazione dei vissuti da parte di chi svolge tale attività, e quindi sulla salute psichica. L'isolamento, il non sapere come reagire e come agire si somma, frequentemente, alla non condivisione dei modelli di accudimento dell'anziano fra badante e famiglia datrice di lavoro; a una diversa idea di anziano: il saggio della famiglia, colui che deve essere accudito dai figli o dai discendenti e non lasciato in mani estranee. Molte volte la badante non comprende il perché dell'isolamento in cui è lasciato l'anziano.

Idea di anziano, in presenza di un individuo malato che non sempre è in grado di intendere, che rifiuta di essere accudito, e in assenza di tecniche minime di gestione, che può determinare grande conflitto psicologico per la badante, con esiti anche drammatici. Questo quadro, inoltre, s'inserisce in una realtà di grande isolamento della badante stessa rispetto alla gestione dell'anziano, poiché l'anziano che accudisce vive solo e sono rare le visite dei figli o dei parenti, il responsabile di cura è «latitante».

² Si vedano a questo proposito le molte ricerche relative ai carichi di lavoro e alle condizioni usuranti dei *care giver*.

Il fenomeno delle badanti, pur presente su tutto il territorio, assume tratti locali. Sulla base di recenti ricerche si calcola che nelle Marche vi siano fra le 13.000 e le 14.200 lavoratrici straniere che svolgono lavoro di cura a domicilio, di esse il 41,8 per cento è in possesso di permesso di soggiorno. Il 91,4 per cento delle badanti intervistate ha dichiarato di essere alle dirette dipendenze dell'anziano e della sua famiglia. Il 61,4 per cento risulta essere privo di un regolare contratto di lavoro. In media l'orario giornaliero di lavoro è di 11,3 ore, mentre la media settimanale è di circa 68 ore; il 25,9 per cento delle assistenti è in servizio dalle 13 alle 24 ore. Il 22 per cento delle assistenti dichiara di lavorare tutti i sabati e le domeniche del mese, 1 donna su 4 deve assistere l'anziano tra i 22 giorni e tutte le notti. Per oltre il 65 per cento delle badanti l'impegno di lavoro è risultato superiore alle 100 ore.

Si stima che in Emilia Romagna vi siano fra le 14.000 e le 19.000 badanti. In Lombardia il 13,4 delle donne immigrate svolge il lavoro di badante, mentre il 33,1 per cento fa il lavoro di colf o di baby sitter. In Veneto, nel 2001 veniva stimata la presenza di 15.000 aiutanti domiciliari, mentre sarebbero 22.000 nel nord-est; sempre nella stessa regione, recentemente (2006) sono state stimate 56.000 badanti, mentre sarebbero, a livello nazionale, tra 713.000 e 1.136.000. Secondo Eurisko (2006), in Italia sarebbero 1.000.000.

3. Strategie emancipative

In questi ultimi anni la figura della badante si sta delineando in funzione della domanda, ma anche in relazione a percorsi di emancipazione lavorativa delle stesse donne e a nuove esigenze di cura. Abbiamo così che a fianco della *badante del lavoro totalizzante*, giorno e notte presso il datore di lavoro, s'inseriscono le badanti che vanno ad accudire o a far compagnia all'anziano ricoverato in Rsa o in ospedale, le così dette *badanti aggiuntive*. Nel momento in cui l'anziano non può più essere seguito al domicilio e viene ricoverato, la famiglia – in particolare le donne della famiglia – non si sente di lasciarlo «solo» e quindi «fa ricoverare» anche la badante. In alcune strutture è stato messo a punto un «protocollo di accoglienza» che contempla anche la figura della badante, i cui costi sono, ovviamente, a carico della famiglia dell'anziano.

Figure che si sostituiscono ai familiari nell'accudimento degli anziani, all'interno delle strutture di ricovero, vere e proprie donatrici di relazione. In-

fatti, poiché il ricovero in queste strutture, specialmente se determinato da problemi sanitari e di autonomia, è vissuto dai familiari come anticamera della morte, essi non si sentono di lasciare l'anziano solo, si fanno così sostituire dalla badante – un vero prolungamento della figlia o del figlio.

La presenza della badante aggiuntiva non sarebbe necessaria in quanto le strutture di ricovero sono attrezzate per rispondere alle diverse esigenze dell'ospite, ma è una soluzione che tranquillizza i familiari. Segnaliamo che in alcune strutture di ricovero, specialmente se l'anziano è affetto da qualche forma di cronicità e non è autonomo, vi può essere una richiesta esplicita di badanti aggiuntive da parte della struttura stessa.

Tale presenza pone però problemi interni alle strutture, sia di logistica sia di sovrapposizione a figure professionali presenti nelle strutture stesse, almeno in alcuni compiti. Inoltre può verificarsi che la badante aggiuntiva, nel tentativo di garantirsi il lavoro, anche se l'anziano è ricoverato nella struttura metta in atto strategie «concorrenziali», sminuendo il lavoro del personale interno o strutturando veri e propri gruppi d'interesse volti a controllare lo spazio lavorativo.

Questi gruppi d'interesse possono aiutare la badante a restare a fare il suo lavoro di cura nell'ospedale o nella Rsa, ovviamente pagata dai familiari in nero. Fino a quando l'anziano resta ricoverato nella struttura lo «seguiranno», poi cercheranno un altro anziano da accudire, restando sempre all'interno della medesima struttura, passando così da un anziano all'altro. Passaggi dovuti al fatto che l'anziano per cui è diventata badante aggiuntiva è morto o è stato dimesso, ma anche perché si scopre che è meno oneroso svolgere il lavoro di cura presso le strutture, rispetto al domicilio. Inoltre qui si sentono meno sole.

Le famiglie scoprono così «l'infedeltà» della badante dovuta alla ricerca di un lavoro meno usurante. In alcune realtà ospedaliere, quelle più piccole, di provincia, è possibile trovare gruppi di badanti che frequentano la struttura, come visitatrici, in attesa di un «nuovo datore di lavoro» appena ricoverato. Nel caso di badanti aggiuntive la struttura ospedaliera o la Rsa (Residenza per anziani) si trova a dover includere nella relazione di cura, nei rapporti con la famiglia e con l'anziano, anche quest'altra figura.

Vi sono poi coloro che dopo l'esperienza lavorativa nelle strutture di ricovero decidono di restare in Italia, inserendosi in un percorso di emancipazione lavorativa, poiché «scoprono» che la professione di cura è una professione legittimata. Acquisiscono così titoli di studio e riconoscimenti specifici.

ci come Ota od Osa, per collocarsi a tutti gli effetti come vere e proprie professioniste nelle strutture, o più frequentemente instaurano rapporti lavorativi con le cooperative sociali che si dedicano all'assistenza domiciliare o ad attività di servizio nelle strutture di ricovero per anziani.

4. I costi e le condizioni di lavoro

In questa sede considereremo, in modo schematico, solo i costi di tipo economico, ma in questo tipo di attività vi sono costi sociali e costi psicologici sia per la badante sia per l'anziano e per i suoi familiari che non possono essere sottovalutati, e che sono ampiamente trattati nella letteratura dedicata ai *caregiver* cui rinviamo.

Sulla base delle ancora poche ricerche effettuate sul fenomeno emerge che una badante regolare costa 8/10 euro l'ora, una irregolare costa il 30-40 per cento in meno. I livelli retributivi oscillano tra 600 e 830 euro mensili, se irregolare. La spesa media mensile sostenuta dalle famiglie con anziani non autosufficienti per l'acquisto di assistenza privata è pari a 978 euro. Regolarizzare una badante costerebbe dai 120 ai 200 euro in più al mese. Una badante ha un costo orario della metà rispetto a un operatore di una cooperativa.

In Emilia Romagna si stima in circa 325 milioni di euro il costo dell'assistenza privata a pagamento. È stato calcolato, a Modena, che il costo di una prestazione oraria è di 29 euro per il servizio pubblico, 13 euro per un servizio reso da una cooperativa sociale, 8,5 euro se è reso da un'organizzazione *profit*, 2 euro se reso da una persona convivente in regola; i modenesi possono contare su 4 fonti finanziarie: bilancio comunale, Fondazione Cassa di risparmio di Modena, assegno di cura messo a disposizione dalla Regione, indennità d'accompagnamento connessa al riconoscimento dell'invalidità civile. In Veneto si stima (2001) una spesa di 186 milioni di euro per aiuti domiciliari. Secondo la Caritas del nord-est, il lavoro delle badanti fa risparmiare alla Regione Veneto 450 milioni di euro di assistenza. Complessivamente, la spesa nazionale è stimabile tra i 2.500 e i 3.600 milioni di euro per l'assistenza privata a pagamento. Un impatto e una «riduzione» dei costi del *welfare* significativo, che spesso ricade sulle spalle delle famiglie e delle stesse badanti.

Più volte, con l'obiettivo di non sovrapporre il lavoro di cura con quello domestico, abbiamo evidenziato che il lavoro di cura occupato dalle badan-

ti si caratterizza per le particolari condizioni di sfruttamento, spesso più marcato rispetto al lavoro svolto dalle colf (Carchedi, Mottura, Pugliese, 2003; Mottura, 2005). Condizioni che, in qualche modo, sono «legittimate» dalle stesse donne a causa del particolare progetto migratorio, almeno all'inizio, dal limitato tempo a disposizione per raggiungere i loro obiettivi, quindi finalizzato a massimizzare l'accumulo di risorse finanziarie per soddisfare bisogni precisi del proprio nucleo familiare.

Condizioni di sfruttamento, di precarietà, che si aggravano per una maggiore ricattabilità se siamo in presenza di donne clandestine. Le minacce di denuncia alla polizia, il sequestro dei documenti, violenze fisiche e sessuali, l'assenza di riposo settimanale e giornaliero, retribuzioni molto al di sotto dei parametri contrattuali, la non applicazione e l'elusione del contratto di lavoro, il superlavoro, sono frequenti, così come frequentemente vengono applicati contratti al minimo o altri contratti.

Le condizioni di lavoro e la retribuzione non sono negoziabili, la disponibilità di ferie e permessi è lasciata alla discrezionalità delle famiglie, l'isolamento forzato, sono tutte situazioni facilmente riscontrabili in questo settore. Condizioni che possono sommarsi a restrizioni alimentari, divieto di accesso a certi locali dell'abitazione, divieto di ricevere o fare telefonate. E sono proprio le persone più isolate che subiscono il maggiore sfruttamento. Infatti, per il tipo di lavoro e per le condizioni in cui si svolge, le badanti si trovano nell'impossibilità di poter frequentare i connazionali, gli amici, in generale di non poter utilizzare il canale informativo dei connazionali o condividere l'esperienza lavorativa con altri che svolgono il medesimo lavoro.

Situazione di sfruttamento che si somma, a causa della condivisione dello spazio domestico e di un'intimità forzata, a un sentimento di forte coinvolgimento. E come evidenziano de Filippo *et al.* (2003), in molte situazioni si può parlare di pretesa «lealtà eccessiva» che lega l'immigrata alla famiglia, sproporzionatamente rispetto al tipo di contratto, che va inquadrata anche nel bisogno e ricerca di punti di riferimento affettivi. Si attiva così un legame sempre più segregante, poiché l'assenza di contatti con l'esterno, con i servizi, con il contesto, rendono necessario l'instaurazione di un legame privilegiato con la famiglia al fine di risolvere qualsiasi bisogno pratico. Ed è sempre e solo verso la famiglia che la badante è «costretta» a orientare la propria affettività ed emotività.

Le badanti, per il lavoro che svolgono, sono sottoposte a forti stress psicologici che non sempre riescono a gestire, fanno uso di psicofarmaci e di alcol

in dosi consistenti per fronteggiare l'isolamento e la solitudine, non sono infrequenti vere e proprie situazioni di depressione che insorgono nel tempo. Lo stato di salute di queste donne si caratterizza per una fragilità iniziale a causa delle modalità migratorie, ma anche fragilità e vulnerabilità che insorgono successivamente nel tempo. Problemi legati alla menopausa, alle malattie da invecchiamento come flebiti, reumatismi, malattie trascurate, ma anche malattie tumorali che insorgono a causa delle condizioni di vita e a situazioni ambientali nocive, vissute precedentemente nel paese d'origine (Ucraina, ad esempio).

Sul campo possono incontrare difficoltà sia nella relazione con l'anziano sia con gli eventuali familiari dell'anziano. Difficoltà di comunicazione e linguistiche riconducibili a modelli di cura e a idee diverse di anziano e del ruolo che egli deve giocare nella famiglia e nella società. Difficoltà che possono originare veri e propri conflitti. Problemi e difficoltà nel cercare e ottenere la fiducia dei familiari e dell'anziano, nella gestione della quotidianità. Difficoltà nelle relazioni con i familiari, i quali possono interferire negativamente in una nuova organizzazione della quotidianità del soggetto curato. Le badanti spesso debbono fronteggiare litigi fra familiari i quali hanno, tra loro, idee diverse di accudimento e assistenza dell'anziano.

Non dimentichiamo, poi, i possibili frequenti cambiamenti di lavoro a causa della morte dell'assistito, nonché il persistere dello stato di irregolarità sia a causa della vigente normativa, ma anche perché molti datori di lavoro non le regolarizzano in quanto preoccupati che dopo, una volta regolarizzate, se ne vadano per fare altro.

Per queste donne il permesso di soggiorno rappresenta un importante elemento di tranquillità, meno importante è il contratto di lavoro. A queste lavoratrici sono richieste anche competenze relazionali, dal forte investimento psicologico, con persone che appartengono a contesti culturali e idee di cura differenti. Debbono convivere con persone anche prive di autonomia e quindi si trovano in situazioni dal difficile equilibrio, possono essere chiamate a erogare prestazioni anche sanitarie.

Condizioni lavorative che si aggravano se le badanti sono in situazione di irregolarità e quindi possono vivere sentimenti di paura nei confronti del curante, di isolamento nel timore di incontrare la polizia, di impossibilità a imparare l'italiano, ad articolarsi nel contesto, a ricongiungere i familiari; sono impossibilitate a modificare il progetto migratorio, sono escluse dalla previ-

denza. Sostanzialmente si trovano a vivere in una situazione di sospensione, anche perché la loro famiglia, o alcuni componenti di essa, sono rimasti al paese d'origine.

5. La famiglia e la badante: una complessa relazione

Rispetto al ruolo che la famiglia responsabile di cura gioca nella sua nuova funzione di datrice di lavoro, ritroviamo un elemento di ulteriore differenziazione fra lavoro di colf e lavoro di badante. Nel primo caso, se fissa, la colf s'inserisce in una famiglia che tradizionalmente era abituata ad avere personale al suo servizio, e tale abitudine sarà presente anche nella maggior parte dei casi in cui il lavoro della colf passerà da fissa a un lavoro a ore (Miranda 2002; Tognetti Bordogna, 2004). Nel caso della badante, poiché va a inserirsi nella maggior parte delle famiglie che hanno un anziano a carico, indipendentemente dal loro *status*, e nella maggior parte dei casi non sono abituate ad avere personale di servizio, s'instaura un rapporto di lavoro poco asimmetrico, non sempre chiaro nelle funzioni. Così come non è sempre chiaro quale sia il ruolo del datore di lavoro e quale quello della lavoratrice. Questa scarsa chiarezza aumenta sia per il tipo di relazione intima che tale attività richiede sia per la «forzata convivenza».

Siamo in presenza della riduzione della distanza fra datore di lavoro e lavoratore, anche a causa, non infrequentemente, dell'appartenenza a ceti sociali più bassi da parte dei datori di lavoro rispetto a quelli delle badanti, sia perché il titolo di studio delle badanti può essere più elevato di quelli del datore di lavoro sia per le loro precedenti esperienze lavorative in settori produttivi (ingegneri, medici, infermieri ecc). Generando ciò che studiosi hanno ben evidenziato (Parrenas Salazar, 2001), una convergenza tra la posizione di classe o di ceto della lavoratrice e della famiglia dei datori di lavoro – un vero e proprio squilibrio di status. Ciò appare ancora più emblematico nei casi in cui le stesse badanti sono datrici di lavoro nei paesi d'origine.

Questo tipo di relazione lavorativa fatica a essere considerata come un «normale rapporto di lavoro» subordinato, con orari precisi, diritti e doveri precisi. Più frequentemente si tende a considerarlo come un rapporto lavorativo in cui prevale la dimensione relazionale, affettiva, di dono reciproco, ma anche di favori reciproci, più che di rapporto lavorativo subordinato. Inoltre, come ha fatto notare Mottura (2005), quest'attività è percepita come sostitutiva di

attività la cui idoneità a svolgerlo consiste nell'essere familiare e femminile, quindi – sottolineiamo noi – non un normale rapporto di lavoro.

I tempi e i carichi di lavoro spesso occupano anche il tempo libero, diventa difficile mantenere una parità tra datore di lavoro (il responsabile di cura o lo stesso anziano) e il lavoratore (la badante). Questo spiega anche perché se la badante cambia lavoro, o lascia l'anziano, la famiglia si sente tradita, non considerando tale scelta come una libera scelta del lavoratore.

Anche se il fenomeno del ricorso alla badante è sempre più normale in quanto «così fan tutti», anche nella sua forma di irregolarità, l'assunzione di tale decisione è però una decisione lunga e complessa, poiché proprio per il tipo di cultura dell'accudimento dell'anziano nel nostro paese – di tipo familistico – i famigliari, in particolare le figlie, cercano di fronteggiare inizialmente la situazione da soli, fino a che non ce la fanno più. Si tratta di decidere se optare per la soluzione pubblica, regolare e codificata (i servizi), oppure se optare per una soluzione più vantaggiosa economicamente, una prestazione più flessibile e dedicata ma irregolare.

Scatta la decisione di ricorrere alla badante quando sono a rischio i rapporti familiari all'interno del proprio nucleo, o quelli lavorativi. Così piuttosto di litigare con il partner o arrivare a una separazione a causa di carichi di accudimento non più gestibili da una sola persona, e non più conciliabili con il lavoro extradomestico, si ripiega sulla badante, con non pochi sensi di colpa, specialmente all'inizio della scelta.

Frequentemente la scelta avviene in una situazione limite, poco ragionata e poco razionalizzata, dove il passaggio dalla percezione del disagio di una situazione non più conciliabile a una situazione razionalizzata di bisogno di aiuto, e all'esplicitazione della domanda, avviene in un lasso di tempo poco negoziato. La decisione di optare per un aiuto esterno, specialmente per una figlia, comporta spesso la coscienza o la convinzione di un fallimento nei confronti della responsabilità di cura rispetto a un proprio genitore.

Sentimenti che connotano un processo di riposizionamento sia nella propria famiglia sia nel ruolo di cura. Riposizionamento segnato da quattro fasi:

- chiarire a se stessa le proprie aspettative di figlia, di moglie, di lavoratrice extradomestica;
- ricercare la badante, optando fra soluzioni informali o profane, oppure rivolgendosi alle pubbliche istituzioni o a reti organizzate. La scelta di una soluzione piuttosto che un'altra è strettamente legata ai differenti costi;

- quando: subito, o dopo il declino definitivo dell’anziano, o quando l’aiuto da parte del pubblico non è più sufficiente;
- assunta la decisione, riposizionarsi rispetto alla vita e alle relazioni familiari.

Si attiva così quello che è stato definito il triangolo di complesse relazioni fra familiare o responsabile di cura, badante, anziano. Rapporto in cui i diversi attori hanno un ruolo e un peso negoziale e decisionale decisamente diverso, a volte anche conflittuale come abbiamo descritto nei precedenti paragrafi. Rapporto che resta a tre finché le istituzioni sono sullo sfondo, ma che diventa a quattro se entrano in gioco anche le risorse di *welfare*: allora la relazione diventa ancora più complessa, non solo perché gli attori hanno potere diverso ma, cosa più importante, alcuni hanno solo competenze profane, mentre le istituzioni hanno un potere tecnico e anche di «controllo» delle situazioni di irregolarità.

Tali relazioni sono rese ancora più complesse dal tipo di rapporto che s’instaura fra badante e famiglia: pur essendo un rapporto di natura lavorativa si fonda su interessi divergenti, di tipo strumentale per la badante, a carattere affettivo per la famiglia, con livelli di intimità profonda più che di competenza professionale. Rapporto che riguarda individui dagli orizzonti diversi, frequentemente molto diversi. La badante percepisce tale rapporto come un rapporto di lavoro maggiormente protetto, la famiglia come rapporto affettivo. Anche se gli attori perseguono obiettivi diversi e hanno una diversa percezione di quest’attività lavorativa, tutti accettano questo tipo di lavoro, anche se irregolare, secondo una «alleanza strumentale».

L’offerta di lavoro della badante continua a essere la soluzione più vantaggiosa ai problemi dell’invecchiamento della popolazione, perché è conveniente per tutti gli attori di questo processo. La famiglia perché può gestire in proprio il lavoro di cura dell’anziano, continuando a tenerlo in famiglia, sedando così gli eventuali sensi di colpa. È inoltre una soluzione meno onerosa, sul piano economico, rispetto all’accesso a cure fornite dal mercato privato. La badante trova soluzioni «vantaggiose» sul piano lavorativo poiché può disporre di un’abitazione, inoltre può accumulare risorse occultando il ricavato alle autorità fiscali e di intermediazione, ed è un lavoro che può svolgere anche se è in situazione di irregolarità. Il sistema di *welfare*, le istituzioni, risparmiano comprimendo i costi a carico della famiglia, e non sono chiamate ad adeguare continuamente le prestazioni

in relazione al cambiamento della domanda di prestazioni. Soluzione, questa, frequentemente praticata a causa di un *welfare* inadeguato, dai forti costi dei servizi, dall'elevata offerta di badanti.

Tutti aspetti di vantaggio che spesso portano a sottostimare i costi economici e non, legati a eventuali vertenze che possono innescare un lavoro irregolare, o un rapporto di lavoro non definito sulla base di un contratto scritto, o che si fonda sull'elusione delle norme fiscali. Lo stesso decisore pubblico continua a sottovalutare le eventuali vertenze derivanti da un rapporto di lavoro irregolare o che non rispetta a pieno il contratto.

6. L'impatto sul *welfare state* e sui modelli di cura, sulle cooperative sociali

L'attività di cura comprende una serie di attività e di compiti che, in relazione alle politiche sociali, può rivestire il carattere di integrazione, di complementarietà, di surrogazione. Caratteri che possono essere validati anche in relazione ai componenti del nucleo familiare del soggetto curato.

La surrogazione, per le badanti, è totale: esse assumono un ruolo totale nei confronti dell'anziano rispetto all'abitazione, alla vita di relazione, alla spesa, alla salute, alla sfera corporea, alle abitudini alimentari, alla rete relazionale. Nel caso dell'attività della badante, per le caratteristiche del lavoro di cura svolto e per le condizioni in cui si trova l'anziano, gli spazi di negoziazione sono infiniti, e la ridefinizione delle pratiche di cura e di accudimento è tutta nelle mani della badante, spesso inconsciamente, attraverso la negoziazione dei modelli di cura del qui – per quello che le è dato sapere – e i modelli di cura del là; ridefinisce le modalità di assistenza dell'anziano, ridefinisce il tempo, i ritmi, l'idea di salute e di benessere, la qualità della vita, la relazione con gli altri, i parenti, gli amici, i figli.

La trasformazione dei modelli di cura degli anziani non ha solo impatti all'interno degli stili di cura, sulle abitudini alimentari, sulle norme igieniche e di accudimento nella famiglia, sul posto del lavoro domestico nella vita della donna, ma in particolare sul nostro sistema dei servizi, sulle nostre politiche sociali.

Da un modello di servizio pubblico, in rete, si passa, in alcune fasi della vita, a un modello surrogatorio, spesso deprofessionalizzato. Anche se, recentemente, alcune Regioni (Veneto, Friuli, Emilia Romagna) hanno

introdotto forme e incentivi finalizzati alla regolarizzazione e alla professionalizzazione delle badanti. Dal modello centrato sulla socializzazione tra pari, si passa a un modello individualizzato.

Si evidenzia come la presenza delle badanti, dunque, contribuisca a produrre ma anche a trasformare il nostro *welfare*. La presenza delle badanti, in particolare, produce alcuni effetti specifici sul sistema dei servizi per gli anziani: riduzione delle prestazioni di assistenza domiciliare di tipo pubblico, a eccezione di quei casi in cui lo stato dell'anziano richiede anche prestazioni infermieristiche e/o sanitarie; riduzione delle ammissioni nelle Rsa; abbattimento delle liste di attesa nelle Rsa; aumento dei ricoveri nelle case protette di anziani molto gravi, trasformando di fatto queste strutture in veri e propri cronici; modificazione della relazione con il sistema dei servizi; nuovo ruolo del decisore pubblico nella contrattazione fra badante e famiglia. Cambiamenti legati non solo alla carenza di assistenza domiciliare, ma in particolare ai forti costi che la famiglia dovrebbe sostenere se accedesse al mercato privato dei servizi.

La presenza della badante modifica dunque anche la qualità della cura dell'anziano, cambiando le dinamiche delle politiche socio assistenziali e il loro disegno strategico, dinamizzando il mercato della cura. Riproduce una relazione esclusiva, isolante, dal contesto e dai servizi. Il lavoro a domicilio svolto dalla badante è prevalentemente connotato da scarsa qualità della prestazione, discontinuità nell'intervento, scarsa competenza tecnica, scarsa possibilità di integrazione con altre risorse di cura, ma dal forte carattere relazionale. Ciò è validato anche in quelle situazioni in cui sono stati attivati supporti o brevi corsi formativi rivolti alle badanti da parte del soggetto pubblico o del terzo settore.

Le badanti contribuiscono così a generare un *welfare* che si adatta, che presenta «lati oscuri», che usa in modo strumentale la presenza migratoria, che rafforza il circuito segregante del lavoro di cura, utilizzando soggetti che presentano modelli di cura spesso molto distanti dai modelli su cui, almeno teoricamente, si basa il nostro *welfare*. Svelano così i molti lati oscuri del nostro *welfare*, evidenziandone gli aspetti di crisi e contribuendo a incrementare il *welfare* monetario.

La presenza delle donne immigrate contribuisce a validare un *welfare* familistico, in cui la responsabilità del lavoro di cura continua a essere tenuta fra le mura domestiche. Si propaga il modello di *welfare* residuale, si delinea così un *welfare* leggero dai caratteri particolari. Un *welfare* che si avvale di u-

na figura che meglio di ogni altra rappresenta il nuovo «proletariato dei servizi», composto da lavoratori precari e scarsamente o per nulla garantiti. Un *welfare* che ricorre, per stare in piedi, a un lavoro sottopagato e più flessibile dalla sempre più scarsa professionalità.

Un *welfare* che utilizza in modo improprio le risorse finanziarie del mercato sociale: molti assegni di cura, infatti, sono utilizzati per pagare le badanti, anche se non in modo esplicito e trasparente. Anche i sostenitori del mercato nel *welfare* debbono riconoscere che questo tipo di modello di cura mal si coniuga a un teorico perfetto modello di mercato in cui l'utente sceglie sempre liberamente dove e da chi farsi curare. Un *welfare* leggero, che non dà garanzie sulla qualità della cura, sulla sua continuità, che favorisce lo sviluppo di *welfare* dai forti connotati residuali.

La presenza delle badanti, inoltre, va a mettere in discussione anche il ruolo del terzo settore all'interno del *welfare*, in particolare rispetto alle cooperative sociali, le quali vengono «buttate fuori» dall'assistenza domiciliare poiché diminuisce la domanda. A livello locale le badanti possono così essere vissute come coloro che rubano il lavoro agli operatori qualificati, poiché le cooperative non sono ancora attrezzate a offrirsi come mediatori e come integratori di questa nuova attività.

La presenza delle badanti attribuisce anche una funzione e un compito alle famiglie datrici di lavoro, cosa a cui la maggior parte delle famiglie non è abituata. È la famiglia che deve «costruirsi il suo sistema di cura», anche ricorrendo a «forme di privatizzazione selvaggia» come sono alcune situazioni di cura. Le badanti così, da un lato, alleggeriscono il lavoro di cura, dall'altro, rendono più complessa la gestione del medesimo. Contribuiscono a delinearne un *welfare* dai nuovi carichi di cura e decisionali.

Non va sottaciuto però che questi lati oscuri del *welfare* originano, nonostante tutto, comportamenti virtuosi, aspetti positivi, di stimolo nei confronti del nostro *welfare*, conseguenti proprio al ricorso alle badanti. La loro presenza favorisce, in particolare, l'accudimento al domicilio, consente il rispetto delle preferenze individuali, contribuisce a sviluppare politiche di *self help*. Le badanti producono un nuovo *welfare*, esternalizzano il lavoro di cura degli anziani mantenendolo in famiglia.

La presenza delle badanti fa emergere la capacità delle famiglie di trovare soluzioni in proprio, di avvalersi di risorse direttamente autoprodotte, trasformando di volta in volta il ruolo di mero consumatore in decisore. Anche se per alcuni aspetti questo cambiamento più che una scelta è

una costrizione, contribuisce a modificare l'idea di *welfare*. Un *welfare* in cui, anche se costretto, l'attore famiglia diventa protagonista nell'accudimento dell'anziano.

La presenza delle badanti, inoltre, aumenta la tipologia dei servizi integrativi alla famiglia³. A fianco dell'assistenza domiciliare professionale, dell'assistenza infermieristica al domicilio, del *day hospital*, delle strutture protette per permanenze brevi, per interventi di sollievo, si collocano le badanti, coloro che accudiscono in modo continuativo l'anziano al proprio domicilio. Esse contribuiscono a produrre politiche di *self help* che, a loro volta, producono politiche culturalmente innovative, in quanto nelle loro azioni assumono largo spazio gli aspetti relazionali del problema e della risposta⁴. Politiche dagli effetti positivi, perché vanno a soddisfare l'esigenza di prestazioni a bassa valenza burocratica e di tipo personalizzato, ordinando al meglio il sistema delle prestazioni; prestazioni con ritmi adeguati a quelli dell'anziano. Producono *welfare* e nuove forme di *welfare* (sviluppano nuove competenze professionali nel settore della cura).

Spesso le badanti sono individuate come coloro che esercitano una concorrenza sleale ai danni delle imprese oneste. Vi è però chi non manca di rilevare come anche queste attività abbiano un'utilità per la società ospite, perché contenendo i costi di produzione vendono prodotti a buon mercato che possono soddisfare le esigenze dei consumatori meno abbienti (Zanfrini, 2004).

La presenza delle badanti su tutto il territorio nazionale, indipendentemente dalla realtà produttiva ed economica, contribuisce anche alla valorizzazione dei *welfare* locali, poiché il decisore pubblico non può più ignorare, almeno teoricamente, la questione anziani soli. L'inserimento delle badanti nella rete dei servizi alla persona è utile e importante non solo per potenziare i servizi, ma anche per attivare un processo di decentramento da sé degli operatori e un processo di politiche transculturali, in quanto costringono «dolcemente» al confronto con l'alterità, la diversità.

Rendono accessibili a tutti prestazioni di cura, danno indipendenza ai membri della famiglia con anziani, consentono alle donne – ma anche agli

³ Ci riferiamo alla tipologia costruita da Setter R. (1998), *Anziani e politica sociale: modelli e prospettive*, in *La Ricerca Sociale*, n. 38.

⁴ Tognetti Bordogna M. (2005), *Politiche di self help*, in *Lineamenti di politica sociale*, Milano, Franco Angeli.

uomini – di liberarsi della necessità di fornire servizi ai componenti della famiglia. Consentono la permanenza delle donne nel mercato del lavoro. Contribuiscono così a produrre un nuovo *welfare*, sostenuto economicamente dai singoli.

La presenza delle badanti, dunque, non può essere considerato un problema tutto interno alla famiglia, che riguarda le sole politiche migratorie, ma una realtà che, proprio perchè va a modificare il nostro *welfare* nel suo complesso, con effetti sia negativi sia positivi, interroga anche le politiche sociali, sanitarie e del lavoro, e la gestione dei carichi di lavoro della famiglia, dei loro componenti. Emerge ancora una volta come la migrazione costituisca un pezzo, una parte importante del nostro *welfare* e, allo stesso tempo, la presenza delle donne immigrate conferma il carattere femminile dei lavori di cura.

È opportuno considerare un ultimo aspetto legato alla presenza delle badanti, fenomeno non irrilevante specialmente nei contesti rurali: gli effetti sul mercato matrimoniale. Infatti non sono infrequenti situazioni di matrimoni fra queste donne e qualche componente della famiglia del curato, di solito soggetti poco appetiti per il mercato matrimoniale autoctono; così come non sono rare le situazioni in cui è lo stesso soggetto curato che sposa la curante. Nuove modalità di costruire la famiglia, in particolare la famiglia mista (Tognetti Bordogna, 2006). Infine ricordiamo come la presenza delle badanti, al pari della colf, possa costituire occasione di sperimentazione di cosa sia la vita sessuale per i più giovani componenti della famiglia del curato.

Le nuove scelte familiari, costruire una famiglia qui o ricongiungere qualche membro della famiglia, almeno per le badanti regolari⁵ hanno un impatto anche sulle famiglie del là, contribuendo a modificarla, a introdurre modelli familiari della modernità pur basandosi, per potere disporre di risorse economiche necessarie, su un modello tradizionale di famiglia del qui (svolgere attività di cura in una famiglia classica in cui non si ha una redistribuzione del lavoro di cura fra i componenti e fra i diversi generi).

Siamo dunque sempre più di fronte a una realtà articolata, in cui a fianco di soggetti irregolari convivono donne che utilizzano questo tipo di segregazione occupazionale comunque per un processo di emancipazione (*le eman-*

⁵ Tognetti Bordogna M. (a cura di) (2004), *Ricongiungere la famiglia altrove. Strategie, forme, modalità dei ricongiungimenti familiari in Italia*, Milano, Franco Angeli.

cipate), così come vi sono coloro che intendono massimizzare e massimizzano le competenze professionali maturate sul campo (*le professionalizzate*), infine abbiamo coloro che basandosi sulle risorse che questo tipo di lavoro consente attivano processi di stabilizzazione qui, ricongiungendo qualche componente della famiglia (*le stabilizzate*).

Bibliografia

- Ambrosini M., Cominelli C. (2004), *Un'assistenza senza confini*, Osservatorio regionale per l'integrazione e la multietnicità, Milano.
- Andall J. (2000), *Gender, Migration and Domestic Service. The Politics of Black Women in Italy*, Ashgate, Aldershot.
- Armal (2005), *Il mercato privato dell'assistenza nelle Marche: caratteristiche e ruolo regolativi dell'attore pubblico*, in Pavolini E. (a cura di), *Flash Lavoro*, 17 dicembre.
- Bettito F., Simonazzi A., Villa P. (2004), *The care in the mediterranean: notes on the Italian experience, The third workshops on Long Term Care Solutions*, Tokio, dicembre, mimeo.
- Carchedi F., Mottura G., Pugliese E. (a cura di) (2003), *Il lavoro servile*, Milano, Franco Angeli.
- de Filippo E., Hamdani N., Mormiroli A. (2003), *Il lavoro servile e le forme di sfruttamento paraschiavistico: il caso di Napoli*, in Carchedi F., Mottura G., Pugliese E. (a cura di), *Il lavoro servile*, Milano, Franco Angeli, pp. 273-304.
- Gori C. (a cura di) (2002), *Il welfare nascosto*, Roma, Carocci.
- Granovetter M. (1973), *The Strength of Weakties*, in *American Journal of Sociology*, vol. 78, n. 6, maggio.
- Miranda A. (2002), *Domestiche straniere e datrici di lavoro autoctone. Un incontro culturale asimmetrico*, in *Studi Emigrazione*, n. 148, pp. 859-878.
- Mottura G. (2003), *Necessari ma non garantiti. I fattori di vulnerabilità socio-economica presenti nella condizione di immigrati*, in Carchedi F., Mottura G., Pugliese E. (a cura di) (2003), *Il lavoro servile*, Milano, Franco Angeli, pp. 61-82.
- Mottura G. (2005), *Introduzione*, in *Domanda di care domiciliare e donne immigrate. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia Romagna*, Asr Regione Emilia Romagna, Dossier 110.
- Parrenas Salazar R. (2001), *Servantes of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*, Stanford, Stanford University Press.
- Pavolini E. (2003), *Regioni e politiche sociali per gli anziani*, Roma, Carocci.
- Tognetti Bordogna M. (1998), *Balie italiane e colf straniere, mostra fotografica*, sezione immigrazione, Milano, Teti.

- Tognetti Bordogna M. (2003), *Fra le mura domestiche: sfruttamento e crisi del welfare nel lavoro di cura delle badanti*, in Bernardotti M.A., Mottura G. (a cura di), *Immigrazione e sindacato. Lavori, discriminazione, rappresentanza*, Roma, Ediesse.
- Tognetti Bordogna M. (2004), *Lavoro e immigrazione femminile, una realtà in movimento*, in Delle Donne M., Melotti U. (a cura di), *Immigrazioni in Europa. Strategie di inclusione-esclusione*, Roma, Ediesse, pp. 147-176.
- Tognetti Bordogna M. (a cura di) (2004), *I colori del welfare*, Milano, Franco Angeli.
- Tognetti Bordogna M. (2006), *Les mariages mixtes, un laboratoire transculturel: à partir d'une recherche de Terrain*, in *L'autre. Clinique, culture et société*, n. 1, pp. 79-98.
- Zanfrini L. (2004), *Sociologia delle migrazioni*, Bari, Laterza.