

Prendersi cura di sé e degli altri Politiche della salute, migrazioni e bio-legittimità in Italia

Veronica Redini e Francesca Alice Vianello

Taking Care of Oneself and Others. Health Policies, Migrations and Bio-Legitimacy in Italy

Abstract

On the basis of an ethnographic research carried out in Padua in this article, the Authors examine work-related health problems and the access to health care of migrant home care workers. The analysis focuses on exchange relations with employers and health services, showing how they intervene in favouring or inhibiting the fundamental right to health. As the Authors show, citizenship rights affect the possibility of taking care of oneself as well as others in the light of welfare policies and social recognition of care work in Italy today.

Keywords: migrant women, Home Care Work, employers, health policies, Italy

Introduzione

Negli ultimi trent'anni nei Paesi dell'Europa meridionale un processo di mercificazione ha investito il settore della cura attribuendo un ruolo strutturale all'assistente domiciliare¹. Questa figura, che spesso si identifica con una donna migrante, risulta strategica in un campo d'azione che, come noto, si ritaglia tra le sfere di competenza dello Stato, delle famiglie e, naturalmente, del mercato. Nello scenario di un *welfare* debole e familistico, essa ha rappresentato la soluzione ideale sia per i bilanci degli Stati², che hanno così potuto continuare a finanziare almeno in parte l'assistenza sociale, sia per le famiglie che attraverso di essa sono riuscite a garantire il modello di cura a lungo termine fondata sulla rete familiare³.

¹ Lutz, 2008.

² Minelli, Redini, 2015; Ranci, 2001.

³ La diffusione dei servizi domestici e di assistenza rappresenta il modo in cui le famiglie hanno tentato di rispondere ad uno scenario complesso che comprende l'invecchiamento della popolazione, una

Questo articolo⁴ e la ricerca *Migration and Occupational Health* (MigOccH)⁵ da cui prende le mosse, si collocano in questo scenario, in quella «economia dell'aiuto» alle persone anziane autosufficienti e non che, come è stato notato, può arrivare ad assumere i tratti di una vera e propria «fabbrica della cura»⁶. La letteratura sull'argomento è ormai molto ampia, eppure solo pochi studi si sono finora concentrati sulle conseguenze del lavoro di assistenza sulla salute e sull'accesso alle risorse terapeutiche delle lavoratrici⁷ nonostante sia stato dimostrato che la salute delle *caregiver* è particolarmente esposta ai rischi per la salute e condizione necessaria per garantire la qualità delle cure e, di conseguenza, il diritto alla salute dei loro pazienti⁸.

Sulla base dei primi risultati dell'indagine quanti-qualitativa che stiamo conducendo, in questo articolo focalizziamo l'attenzione sull'emergere di episodi di malattia e sull'accesso alle cure delle lavoratrici migranti moldave impiegate come assistenti familiari a Padova concentrandoci sul vissuto personale di questa esperienza e sul contesto lavorativo in cui essa prende forma. Senza ancora poter approfondire la dimensione politica dell'esperienza dei vari attori, per il momento vorremmo evidenziare il rapporto tra le condizioni di vita e i limiti imposti alle lavoratrici nell'accesso alle risorse e all'utilizzo dei servizi di salute. Attraverso l'analisi di interviste semi-strutturate alle lavoratrici e alle datrici e ai datori di lavoro, tenteremo di mostrare quali relazioni e forme di scambio intervengono nel favorire o inibire il diritto fondamentale alla salute di queste assistenti familiari. Per questo motivo analizzeremo in prima battuta il contesto normativo italiano che regola il lavoro a domicilio e in particolare il caso della malattia, per poi indagare la questione

maggior presenza delle donne native nel mercato del lavoro salariato, nuovi modelli di genere e familiari (Bettio, Simonazzi, Villa, 2006).

⁴ Questo testo è stato ideato ed elaborato insieme dalle due autrici, tuttavia nello specifico la stesura dei paragrafi 1, 4 e delle Conclusioni è di Veronica Redini, quella dei paragrafi 2, 3 e dell'Introduzione è di Francesca Alice Vianello. Per esigenze di riservatezza a tutti gli interlocutori che hanno preso parte alle vicende qui ricostruite abbiamo attribuito degli pseudonimi.

⁵ La ricerca, è finanziata dall'Università di Padova nell'ambito del Programma STARS Grants (MigOccH, *Migration and Occupational Health: Understanding the Risks for Eastern European Migrant Women*, funding: Euro 75,208). Il progetto di ricerca è focalizzato sulle problematiche di salute che interessano le lavoratrici migranti moldave impiegate a Padova nei servizi alla persona, notoriamente altamente femminilizzati e ad elevata intensità lavorativa. Si tratta di una ricerca pilota multi-metodo e multi-disciplinare (sociologia, antropologia ed economia). L'approccio utilizzato si basa sulla compenetrazione tra la metodologia di indagine quantitativa e qualitativa strutturata attorno a quattro percorsi di indagine paralleli: la somministrazione *face to face* di questionari a circa 200 donne moldave occupate in tutti i settori professionali; la realizzazione di 30 interviste semi-strutturate rivolte a donne moldave occupate nel lavoro di cura, specificamente nell'assistenza agli anziani; 10 interviste a datori e datrici di lavoro di assistenti familiari; e 10 interviste a medici.

⁶ Hochschild, 2004.

⁷ Ahonen *et al.*, 2010; Christensen, Manthorpe, 2016; Sarli, 2014; Vianello, 2019.

⁸ Maslach 2003; Poghosyan *et al.*, 2010.

della salute delle lavoratrici per come, da un lato, essa emerge nelle pratiche private coi datori di lavoro e per come, dall'altra, essa si disegna nel quadro della condizione migrante di queste lavoratrici.

1. Migrazioni, salute, lavoro

La letteratura internazionale ha ormai ampiamente analizzato come la dimensione della salute sia condizionata da determinanti e da dinamiche di natura sociale e culturale⁹. La malattia prende forma infatti non solo nel corpo «abitato» ma in quello collocato e «agente» nel mondo¹⁰. Questa riflessione ha permesso di mettere in luce come le malattie si sviluppano diversamente non solo in rapporto a uno specifico scenario di senso, ma anche ai diversi contesti sociali in cui le persone vivono e lavorano¹¹.

Questo nesso è emerso soprattutto nelle analisi sulla migrazione come condizione che può esporre a maggiori rischi di marginalità e vulnerabilità fisica e mentale e influenzare l'accesso alle cure¹². Diversi autori, in particolare, individuano, nei processi di razzializzazione ed etnicizzazione¹³ alcuni tra i fattori più importanti nella differente incidenza e gravità delle malattie e nella possibilità di accesso ai servizi sanitari dei migranti. L'origine geografica e il colore della pelle si presentano cioè, insieme alla classe sociale, al genere, alla professione e alla nazionalità come le coordinate entro cui nei Paesi di destinazione il capitale di salute dei migranti appare erodersi. È stato evidenziato infatti come pur in presenza di un profilo generale discreto, lo stato di salute dei migranti sia mediamente peggiore rispetto a quello dei nativi¹⁴. Su questa tendenza incidono una serie di fattori. Da un lato, il loro livello di inclusione¹⁵ e, dall'altro, le condizioni lavorative a cui i migranti sono sottoposti e che possono arrivare a produrre un «mal da lavoro». Per quanto riguarda la salute occupazionale dei migranti, la letteratura mostra che l'effetto più evidente riguarda i tassi di infortuni, che tra questi ultimi sono più elevati¹⁶. In linea generale gli studi hanno evidenziato come al migrante partito necessariamente sano per poter fronteggiare l'esperienza della migrazione, sia poi subentrato il migrante esausto dalle condizioni di lavoro precarie, dal disagio abitativo, dall'esclusione sociale e dalla precarietà¹⁷.

⁹ Garro, 1992; Good, 1999; Scarry, 1990.

¹⁰ Csordas, 2002; Good, 1999.

¹¹ Quesada, Hart, Bourgois, 2011.

¹² Nuti, Maciocco, Barsanti, 2012.

¹³ Fassin, 2006; Perocco, 2012.

¹⁴ Domnich *et al.*, 2012.

¹⁵ Perocco, 2012.

¹⁶ Ahonen, Benavides, Benach, 2007; Schenker, 2008.

¹⁷ Tognetti Bordogna, 2013.

L'ampia e ricca letteratura sul lavoro domestico e di assistenza ha studiato principalmente le condizioni di lavoro, le relazioni di potere all'interno della famiglia e alcune dimensioni specifiche del lavoro domestico e di assistenza, ma pochi di questi studi ne hanno analizzato anche le implicazioni sanitarie. Negli ultimi anni, tuttavia, i riflettori delle organizzazioni internazionali si sono accesi su tale questione. Un rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, per esempio, mette bene in luce i rischi per la salute a cui sono esposte le lavoratrici migranti impiegate nel settore della cura¹⁸. Il paradosso sottolineato nel rapporto riguarda il fatto che nonostante esse forniscano un contributo centrale per la salute pubblica globale, le lavoratrici soffrono spesso di limitati diritti sociali e sanitari.

Gli scarsi studi scientifici disponibili sulla salute delle assistenti familiari a livello globale evidenziano come le condizioni spesso avverse del lavoro a domicilio comportino l'esposizione a una serie di rischi: abusi fisici, verbali e sessuali; tensioni muscolo-scheletriche derivate dai compiti di assistenza, difficoltà respiratorie conseguenti all'esposizione a sostanze chimiche; problemi psichici legati al lavoro emotivo e all'isolamento¹⁹. Ahnonen *et al.*²⁰ sulla base di una ricerca condotta in Spagna tra le donne migranti impiegate nei servizi domestici sottolineano che questa tipologia di lavoratori è esposta ad una varietà di rischi ambientali, ergonomici e psicologici. Inoltre, a partire da una ricerca italiana è stato analizzato il rapporto tra le varietà di malattie psicologiche segnalate dalle cosiddette badanti e le condizioni di lavoro: come l'insonnia e l'ansia probabilmente causata dalla mancanza di controllo sull'orario di lavoro, la depressione dovuta all'elevato isolamento e al prolungato contatto con il dolore umano, la frustrazione per la mancanza di prospettive nell'ambito del loro lavoro²¹.

Una questione cruciale nell'analisi dello stato di salute dei migranti è inoltre rappresentata dal grado di accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari. Gli studi hanno preso in esame questo tema dal punto di vista giuridico-normativo e delle relazioni culturali tra i servizi sanitari e gli utenti²². In generale viene registrata una difficoltà dei migranti ad accedere ai servizi socio-sanitari a causa di barriere burocratiche e talvolta culturali e a districarsi nel complesso labirinto dei servizi. Una condizione che può essere aggravata dalla situazione di irregolarità.

La letteratura in merito alla fruizione dei servizi da parte di colf e assistenti familiari ha messo in luce quanto il tipo di lavoro svolto influenzi le diverse modalità di accesso al *welfare* sanitario²³. Le assistenti familiari ricorrono più frequentemente delle colf al medico di base, al pronto soccorso e all'ospedale. In particolare, per

¹⁸ WHO, 2017.

¹⁹ Malthotra, 2013; Redini, Vianello, Zaccagnini, 2020.

²⁰ Ahnonen *et al.*, 2010.

²¹ Vianello, 2019.

²² Kleinman, 1981; Quaranta, Ricca, 2012.

²³ Tognetti Bordogna, 2009.

quanto riguarda il rapporto con il medico di base si evidenzia come spesso vi sia una sovrapposizione tra il medico dell'assistito e quello dell'assistente. Questa dinamica facilita da un lato il ricorso alle cure e alla prevenzione da parte della lavoratrice, ma dall'altro lato, rende accessibili ai datori di lavoro informazioni riservate relative alle condizioni di salute delle loro dipendenti. Come vedremo, anche dalle nostre interviste emerge il ruolo di *passé-partout* delle datrici di lavoro rispetto al *welfare* sanitario, che rispecchia atteggiamenti solidali ma al contempo maternalistici.

Infine, la letteratura evidenzia anche come le lavoratrici domestiche talvolta tendano a sottovalutare la malattia, sia come reazione alle pressioni della società di immigrazione che legittima solo la presenza di attori produttivi, sia perché riconoscersi come ammalate ostacolerebbe la realizzazione del progetto migratorio e quindi del senso profondo attribuito alla migrazione²⁴. Infatti, l'analisi della declinazione del concetto di benessere da parte delle assistenti familiari straniere sottolinea come spesso esse proiettino sugli altri l'idea di star bene, in genere i figli rimasti nel Paese di origine, mentre rivolgono scarsa attenzione al proprio benessere e ai propri bisogni²⁵.

2. Il contesto socio-normativo

In Italia, il numero di ultrasessantacinquenni assistiti da un'assistente domiciliare è di circa un milione, ovvero il triplo degli anziani ammessi ai centri di assistenza²⁶. Le persone che ricorrono a tale servizio possono essere parzialmente o non autosufficienti. Secondo i dati ufficiali le assistenti familiari sono circa 400 mila²⁷ ma considerando la diffusione del lavoro informale questo numero deve probabilmente essere raddoppiato. La maggior parte sono donne²⁸ quarantenni con un *background* migratorio e il gruppo più numeroso proviene dall'Europa dell'Est.

La Moldova è uno dei Paesi a più alto tasso migratorio a livello mondiale. Il crollo del blocco sovietico e la successiva crisi economica hanno generato dalla fine degli anni Novanta una migrazione di massa che secondo l'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni ha riguardato circa 600.000 persone²⁹. Più del 60% di questi migranti sono donne che si sono dirette verso i Paesi del Sud Europa, in particolare verso l'Italia, attratte dalle opportunità di lavoro aperte dalle difficoltà dello stato sociale. A partire dalla fine degli anni Novanta Padova è diventata un polo

²⁴ *Ibidem*

²⁵ Boccagni, Ambrosini, 2012.

²⁶ Pasquinelli, 2012.

²⁷ Inps, 2018.

²⁸ Per questo motivo usiamo il femminile generico.

²⁹ OIM, 2017.

di attrazione per queste migranti³⁰ che si sono impiegate prevalentemente nel settore domestico e dell'assistenza agli anziani.

Considerando l'intero settore del lavoro domestico, i dati mostrano che vi è una leggera preponderanza di datori di lavoro di genere maschile (52%) e che l'età media è di 62 anni. Tuttavia, se consideriamo solo i datori di lavoro di 80 anni e oltre, che sono quelli che probabilmente impiegano un assistente familiare, le donne rappresentano la maggioranza³¹.

Il rapporto di lavoro di tutti i tipi di collaboratrici domestiche, comprese le cosiddette badanti, è regolato da un contratto collettivo di lavoro, la cui ultima versione è stata firmata dai sindacati confederali nel 2018. Il contratto collettivo di lavoro stabilisce due tipi di lavoratori domestici: quelli che vivono in casa (live-in regime) e quelli che vivono fuori casa (live-out regime). Nel primo caso non dovrebbero lavorare più di 54 ore settimanali e non più di 10 ore al giorno. Inoltre, dovrebbero riposare 11 ore di fila durante la notte più 2 ore al pomeriggio. Al contrario, per le assistenti familiari le ore settimanali sono 40.

In caso di assenza per malattia della lavoratrice, l'indennità di malattia non è pagata dall'INPS come gli altri dipendenti, ma dal datore di lavoro: a metà della tariffa contrattuale per i primi tre giorni e poi a tariffa piena per ogni giorno successivo, fino ad un massimo di 15 giorni a seconda della durata del servizio, ma non devono essere versati contributi pensionistici. Ciò significa che gli oneri di malattia delle lavoratrici ricadono sulle spalle dei datori di lavoro, ma anche che le lavoratrici domestiche sono meno protette degli altri lavoratori dipendenti. Inoltre, colf e assistenti familiari mantengono il posto di lavoro per un periodo che dipende dall'anzianità di servizio nella famiglia, fino ad un massimo di 180 giorni. I limiti di tempo aumentano del 50% in caso di malattia oncologica.

Per concludere, prendiamo in considerazione gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, anche se il numero è molto basso per questa categoria di lavoratrici. Nel 2016 il numero di infortuni sul lavoro è stato di 2.821, di cui i più comuni sono state fratture, contusioni e lussazioni. Nello stesso anno il numero totale di malattie professionali è stato di 21, di cui 11 malattie del sistema muscoloscheletrico e 8 malattie del sistema nervoso.

In caso di infortuni sul lavoro o malattie professionali, le lavoratrici domestiche sono tutelate dall'Istituto Nazionale Assicurazione contro le Infortuni sul Lavoro (INAIL). Il salario pieno deve essere pagato per i primi tre giorni di assenza dal lavoro, dopodiché il salario è pagato dall'INAIL e, come negli altri casi, il contratto di lavoro deve essere tenuto aperto per un numero di giorni che dipende dall'anzianità di servizio fino ad un massimo di 180 giorni.

³⁰ A Padova risiedono 4376 moldavi di cui 2848 donne. Il Veneto è in generale la regione italiana dove la presenza di questo gruppo nazionale è più consistente con 33.422 moldavi dei 128.979 presenti in Italia (Provincia Padova, 2019).

³¹ Domina, 2017.

Ai vincoli derivanti dalle regole contrattuali, l'accesso alle cure delle lavoratrici domestiche dipende anche dal loro status legale. Sebbene il sistema sanitario italiano riconosca il diritto alle cure a tutti gli individui a prescindere dal loro status legale, chi non dispone di un permesso di soggiorno regolare e della residenza ha minori possibilità di curarsi³². Essi hanno accesso alle cure essenziali e urgenti, ma non dispongo, ad esempio, di un medico di base che svolge un ruolo cruciale nelle attività di prevenzione. Di conseguenza l'assistente familiare romana non residente o la colf ucraina senza permesso di soggiorno sono categorie che soffrono di una cittadinanza sanitaria ridotta nel Paese in cui vivono e lavorano.

3. Tra riconoscimento e rimozione: lo sguardo delle datrici di lavoro sulla salute delle assistenti familiari

Le datrici di lavoro intervistate riconoscono la complessità del lavoro di cura sia in termini generali, sia in relazione alla particolare relazione che le lavoratrici sono chiamate a costruire con le persone assistite. Madri anziane e mariti ammalati sono rappresentati come persone caratterialmente difficili. Alcuni per via di malattie mentali come demenza senile o depressione, che li rendono aggressivi, irritabili e scontrosi; altri perché soffrono a causa di altre patologie; altri ancora sono così per natura. In ogni caso, le intervistate sono consapevoli che non è facile trascorre lunghe giornate accanto ai loro familiari.

Lucia, ad esempio, confessa che lei non riesce a stare a lungo insieme a sua madre, perché è una persona negativa a cui non va mai bene nulla. Di conseguenza empatizza molto con l'assistente familiare e cerca di difenderla dalle critiche e dagli attacchi di sua madre.

«Eh, mia mamma è difficile. [...] È una donna molto chiusa. [...] No ma è il carattere suo. Io faccio molta fatica a trovarmi con lei devo proprio tapparmi le orecchie da una parte e dall'altra per andare d'accordo: per stare quel poco che è necessario. “E questo non lo mangio” “e questo non va bene” “e questo non è bello” cioè la prima cosa che lei dice è in negativo, non le va mai bene niente.

Con la badante quindi quali sono i principali problemi che ha sua mamma? Le dà fastidio come le darebbe fastidio qualsiasi altra persona?

Sì, per fortuna appunto noi siamo con la badante anche mio fratello che va là tutti i giorni e la sostiene. La mamma poi dopo un po'.... Per fortuna hanno anche una casa grande, il bagno della badante è sotto il bagno di mia madre è sopra. La camera da letto però sia della mamma che della badante è sopra. Ha la sua televisione, per cui per esempio adesso al pomeriggio mia mamma si metterà a guardare la televisione su

³² Luzi *et al.*, 2013.

e l'altra ha la l'altra televisione si guarda che i programmi che vuole. Alle sei e mezza cenano, la spesa va a farla mio fratello e ovviamente si mangia quello che dice mia mamma (Lucia, 2019).»

Come sostiene Lucia, è fondamentale sostenere l'assistente familiare nella relazione con la persona assistita attraverso una pluralità di interventi volti ad alleggerire la fatica emotiva che richiede tale rapporto. Oltre all'empatia e al sostegno in caso di dissapori, è importante fornire alla lavoratrice degli spazi fisici e temporali per rigenerarsi. Un simile punto di vista è condiviso da Lisa, preoccupata per l'eccessivo affaticamento dell'assistente familiare di sua suocera, che dedica il suo tempo libero a secondi lavori. Secondo l'intervistata la stanchezza riduce le capacità dell'assistente di sopportare la relazione con l'anziana affetta da demenza senile, perciò ritiene che la lavoratrice dovrebbe riposare di più per essere in grado di sostenere il lavoro emotivo³³ a lei richiesto.

«L'unica cosa che ho notato è che sta accumulando stanchezza con questa mania di guadagnare soldi e di non interrompere mai...cioè lei va in ferie e poi per un anno lavora di seguito. Fa le due o tre settimane di ferie, l'anno scorso ha fatto un mese, e poi lavora sempre. In più si aggiunge lavori, che sono lavori di pulizia, stira se le danno da stirare o mentre la nonna dorme. Quest'anno è arrivata all'ultimo mese che secondo me non ce la faceva più. Le ho detto: "stai attenta, non puoi mica continuare così" allora dopo ha meno pazienza con la nonna perché chiaramente è stanca e non vede l'ora di andare via e inizia a mollare le cose e io le ho detto: "ma guarda che tu devi organizzarti in un altro modo, oltre a prenderti i tuoi momenti di pausa sabato e domenica" e lei "ma io non ho bisogno, non ho bisogno" ma ha bisogno di recuperare "una volta l'anno, a metà del tuo ciclo di lavoro, devi prenderti una settimana e dopo ti fai le ferie lunghe di tre settimane, ma prenditi una settimana!" (Lisa, 2019)».

Sebbene le datrici di lavoro intervistate siano abbastanza consapevoli delle difficoltà del lavoro di cura e rispettino le regole in materia di tempo libero e riposo, diverse raccontano di aver dovuto far fronte alle dimissioni delle proprie dipendenti che si sentivano esaurite e incapaci di sostenere il lavoro di assistenza in regime di coabitazione. In base a quanto riportato dalle interviste, raramente le lavoratrici esplicitano le reali motivazioni delle dimissioni, ma le lasciano trasparire tra le righe. Il caso di Cesare è emblematico:

«È stata fino ad aprile, fino a Pasqua con noi e dopo si è licenziata. L'abbiamo messa in regola e tutto e siamo partiti da settembre. Era ucraina. Si è stancata perché mia mamma è abbastanza difficile da gestire e devo dire la verità ha anche resistito molto.

³³ Hochschild, 1983.

Dal punto di vista relazionale o il lavoro difficile?

No, no relazionale: mia mamma ha sempre avuto diversi problemi, ha sofferto di depressione quindi è una persona estremamente instabile. Soffre di bipolarismo quindi lei ogni tanto ti fa un sorriso e dopo 5 minuti...tante telefonate che abbiamo ricevuto “la badante mi vuole uccidere” “la badante qua o la badante la”, va beh è stato difficile gestirla quindi devo dire è stata anche brava e poi ci ha detto “basta, ho dato quello che sono riuscita adesso basta” (Cesare, 2019)».

Il rispetto delle regole contrattuali sembra dunque non bastare per evitare il rischio di burnout. Le datrici di lavoro con maggiori possibilità economiche cercano di ridurre ulteriormente il sovraccarico lavorativo dell’assistente familiare, assumendone due che lavorano a turni. In altri casi, è possibile alleggerire l’orario di lavoro impiegando una lavoratrice a ore. Opzione possibile solo quando le persone assistite è in grado di stare da sola. La riduzione dell’orario di lavoro e la possibilità di dormire nella propria abitazione migliora significativamente il benessere delle lavoratrici e quindi anche le sue capacità di assistere l’anziana. Cesare, infatti, riconosce che la capacità dell’assistente di sostenere il rapporto con sua madre affetta da cronici problemi mentali è decisamente migliorata con l’impiego di una persona a ore.

«Ci siamo trovati di nuovo a dover cercare e allora siamo venuti qui al CAF. Tanti qua ci hanno dato una serie di nominativi, quindi ho contattato fino a che non ho trovato quella che c’è tutt’ora. Lei è moldava e diciamo che quella che c’era prima abitava momentaneamente a Scorzé e non aveva nulla, quindi è venuta da noi ed è rimasta stabile, 24 ore. Adesso ha iniziato questa signora che c’è adesso che invece abita a 300 metri da casa nostra perché vive con la sua famiglia, con suo figlio e con i nipoti. È una situazione abbastanza ideale direi perché viene 3 ore e mezza la mattina e 3 ore e mezza al pomeriggio ed è gestibile.

Quindi adesso questa signora sta 3 ore la mattina, il pomeriggio... e la notte?

La notte torna a casa, a dormire a casa. Io dico la verità, per quanto mi riguarda avrei preferito che ci fosse una persona presente sempre, però è anche vero che così prende un po’ fiato questa signora nel senso che non ha mia mamma addosso tutto il giorno e vedo, mi dice che riesce abbastanza a gestirla. Quando mia mamma si incazza lei comunque in pausa pranzo va via torna al pomeriggio e alla sera va via quindi ha i suoi momenti. Una che è là tutto il giorno ce l’ha addosso tutto il giorno, quindi diventa abbastanza difficile per loro ma le capisco anche cioè facciamo fatica noi figli. Io vado a mangiare sabato e domenica a turno con i miei fratelli, però quando stai con mia mamma due o tre ore vieni via che è difficile insomma, però è così (Cesare, 2019)».

Se le difficoltà relazionali e l'esaurimento emotivo sono questioni riconosciute e problematizzate dalle datrici di lavoro, la salute fisica non è messa a tema dalle intervistate. Le lavoratrici sono pensate come soggetti sani che nel momento in cui si candidano per svolgere il lavoro di assistente familiare devono godere della forma fisica richiesta da tale occupazione. Esse devono essere in grado di sollevare i corpi dei loro assistiti, adottare posizioni scomode a lungo e svolgere i lavori domestici. Inoltre, il rischio che possano insorgere delle malattie legate al lavoro non è considerato dalle intervistate. In altre parole si assiste a una profonda rimozione dello spettro di problematicità connesse alla salute fisica delle lavoratrici e all'usura dei loro corpi.

La rimozione narrativa rispecchia l'inconciliabilità del malessere fisico con il lavoro di assistente familiare. Infatti, le intervistate riportano vari casi in cui il rapporto lavorativo si è concluso proprio a causa della non idoneità fisica delle lavoratrici. La giustificazione del licenziamento si articola su due livelli discorsivi: da un lato, la qualità della cura, che verrebbe compromessa dalla cattiva salute della lavoratrice e, dall'altro lato, il bisogno della datrice di lavoro di non avere altre preoccupazioni. La storia di Marta è particolarmente emblematica. Suo marito, ammalato di Parkinson, è assistito 24 su 24 da due persone. Per il reclutamento Marta si è rivolta a un'agenzia di somministrazione, che però le ha inviato persone fisicamente non idonee. Al momento dell'intervista, essa aveva cambiato diversi lavoratori, sia uomini che donne, e stava ancora cercando la persona adatta per il turno di notte. La prima lavoratrice è stata considerata non idonea e quindi licenziata perché soffriva di mal di schiena, mentre il secondo perché era troppo anziano.

«La prima persona che mi ha mandato un'agenzia, perché io non sapevo, era peruviana. È probabilmente una brava persona ma ha cominciato, dopo pochissimo a... Intanto aveva un sacco di problemi suoi. Aveva problemi di soldi, di questi e di quelli. Mi chiedeva anticipi, per carità me li restituiva... Poi ha cominciato a dire che lei aveva mal di schiena, si è messa in malattia perché diceva che mio marito era pesante, forse era vero. [...] E quindi questa qui, che era una peruviana, si è messa in malattia dopo pochissimo e ho detto "ora cosa faccio?" Ho aspettato le finisse la malattia dopo di che l'ho dovuta licenziare. [...] Allora sempre la stessa agenzia mi ha mandato un uomo, perché sai per la notte, che però questo qua dello Sri Lanka aveva bisogno di vitto e alloggio e di vivere qui perché non ha famiglia. E allora ho detto vabbé questa casa è grande, ho una stanza in più, l'ho assunto. E devo dire che... dunque l'ho messo in regola da gennaio, prima aveva fatto dei periodi così per vedere come andava. Non mi sono trovata malissimo, però ad un certo punto abbiamo cominciato a vedere che... intanto aveva i suoi acciacchi, aveva la sua età e faceva fatica anche lui fisicamente a tirarlo su. Insomma ad un certo punto abbiamo visto che non andava più bene. E così con dispiacere, perché poi io mi immedesimo in queste persone che hanno problemi e tutto ma cosa posso fare? E quindi abbiamo

licenziato anche lui, liquidato con tutti i suoi crismi e adesso ne è arrivato (tra pochi giorni) un altro, moldavo (Marta, 2019).»

Le uniche malattie sostenibili dalle famiglie sono quelle di breve durata o di tipo cronico ma che non ostacolano il lavoro dell'assistente domiciliare, che costituisce il pilastro centrale del sistema di cura. In caso di influenza o piccoli infortuni è raro che i datori di lavoro attivino le formalità previste dal contratto e la situazione viene fronteggiata informalmente. L'accesso alle cure viene filtrato e facilitato dalle datrici di lavoro che si occupano di chiamare il medico di famiglia, acquistare i medicinali o se necessario portare la lavoratrice in ospedale. Le sostituzioni sono anch'esse garantite dalla rete di familiari che, se si tratta di brevi periodi, è in grado di far fronte alla temporanea assenza dell'assistente familiare.

«C'è stata una volta che una ha avuto un incidente attraversando il prato davanti casa, invece di fare la strada, è stata morsa dal cane dei vicini. Poco simpatici di per sé e il cane anche, abbiamo dovuto portarla all'ospedale a farle l'antirabbica e tutte queste cose e in montagna insomma. C'era il problema della cittadinanza, non mi ricordo come abbiamo fatto ma insomma abbiamo risolto tutto quanto.

E mentre lei stava male e non poteva lavorare come avete fatto?

No, lì è tutto molto...cioè si fa tutto insieme. Sì, qualcuno supplisce. (Giorgia, 2019)»

Quando tra la lavoratrice e la famiglia si instaura quel tipo di relazione confidenziale che va oltre il mero rapporto lavorativo, le datrici di lavoro, specialmente se sono colte e di classe medio-alta, costituiscono un ponte per l'accesso a cure sanitarie di elevata qualità che dura nel tempo anche oltre la morte dell'assistito e la fine del rapporto lavorativo. In questi casi il capitale sociale della famiglia datrice di lavoro viene mobilitato a favore dell'assistente familiare, che può accedere a una selezione di specialisti fidati.

«Esatto, non è solo il datore di lavoro e tu sei una domestica insomma, no lei era entrata in famiglia. Ha avuto bisogno di soldi e l'abbiamo aiutata ma senza nessun problema! Ancora adesso con mia figlia [medico] si sentono se c'è bisogno di qualcosa.

Sono coetanee.

Sì, un po' più vecchia di mia figlia. Mia figlia adesso ne ha 39 e lei ne ha 42 ma sì, siamo lì. Si sentono spesso, magari anche per un consiglio [medico] (Linda, 2019).»

Vediamo, dunque, come entrare a far parte dell'economia morale della famiglia fornisce legittimità a quella cittadinanza biologica e terapeutica che altrimenti le assistenti familiari di origine migrante non avrebbero in quanto

lavoratrici per definizione sane³⁴. Chi non gode di tale legittimità rischia di non poter curarsi e di dover nascondere il malessere psichico ma soprattutto fisico attraverso l'utilizzo di farmaci di vario genere, pena il licenziamento. La sopportazione del dolore viene portata all'estremo, fino al completo esaurimento delle risorse psico-fisiche della lavoratrice. Sono probabilmente queste le migranti di ritorno che una volta rientrate nel paese di origine sono interessate da quell'insieme di sintomi chiamati «sindrome Italia»³⁵.

4. Salute e lavoro di cura dal punto di vista delle lavoratrici migranti

Come si è detto, le assistenti domiciliari che si prendono cura di persone anziane o disabili possono svolgere un'attività ad ore o in coabitazione in base al grado di autosufficienza dell'assistito. Le lavoratrici incontrate nel corso della ricerca hanno tutte iniziato a lavorare preferendo quest'ultima soluzione, una scelta che ha permesso loro un inserimento lavorativo relativamente rapido e una sistemazione abitativa fondamentale ai fini della massimizzazione del salario e quindi delle rimesse. L'espressione attraverso cui indicano questa modalità di impiego è quella della “badante 24 ore”. Si tratta di un regime lavorativo (*live-in*) che, implicando la coabitazione, porta i datori di lavoro a definire ambigualmente la lavoratrice come “un membro della famiglia” e, offuscando il limite tra il tempo produttivo e riproduttivo, arriva a confondere anche quello tra lavoro retribuito e compiti di cura prestati gratuitamente. In questo modo crea le condizioni di quella «disponibilità permanente» che rende difficile per le lavoratrici rifiutarsi di dare una mano in qualsiasi momento venga loro richiesto³⁶.

Per questo motivo molte intervistate hanno progressivamente cercato di sottrarsi attraverso impieghi ad ore come domestiche o baby-sitter ritrovandosi poi, come raccontano, «a correre tutto il giorno da un posto all'altro» per riuscire a mettere insieme un salario dignitoso. Nonostante la fatica che ha implicato, questa scelta viene restituita come una via d'uscita salvifica rispetto a un regime lavorativo considerato particolarmente usurante e stressante dal punto di vista sia fisico sia psicologico.

Nel cosiddetto *live-in regime* si sommano infatti le attività di cura della persona anziana (farla alzare dal letto, lavarla, farla camminare e mangiare, etc.) con tutta una serie di mansioni dentro e fuori casa (lavare, stirare, cucinare, fare la spesa, andare dal medico o in farmacia, etc.). Le testimonianze delle lavoratrici sono per certi versi ripetitive in merito alle caratteristiche di questo regime lavorativo. Esse ritornano infatti costantemente sulla condizione di isolamento tra le quattro mura

³⁴ Sayad, 2002.

³⁵ Cozzi, 2019.

³⁶ Hondagneu-Sotelo, 1999.

domestiche, su una certa impreparazione rispetto alle competenze che le gravi disabilità psico-fisiche (demenza senile, morbo di Alzheimer) da cui gli anziani sono affetti richiederebbero, sulla mancanza di riposo dalla fatica del lavoro domestico visto come inevitabilmente connesso a quello di cura. C'è infine, molto spesso, l'entrata in scena della pluralità di attori che animano lo scenario del lavoro domestico. Non di rado infatti il regime di convivenza dell'assistente domiciliare è a doppio livello. Essa si trova cioè, per esempio, a prendersi cura di un anziano non o parzialmente autosufficiente e delle esigenze dei suoi figli e parenti che controllano, impartiscono ordini, impongono orari, impediscono uscite, richiedono essi stessi attenzioni. Per l'assistente domiciliare che lavora le "24 ore" c'è quindi una moltiplicazione dei compiti e del carico di lavoro che di solito si estende anche alla notte.

Il ritmo incalzante con cui viene restituita una qualsiasi giornata lavorativa riflette tutti questi elementi e, anche laddove presente, una costante "forzatura" dei limiti del contratto di lavoro che, nel caso dell'assistenza di una persona non autosufficiente, prevede la cura esclusiva del paziente. Aliona, una giovane moldava che al momento del nostro incontro era impiegata come assistente ad ore, rievocando la propria esperienza si sofferma sul contesto familiare in cui si inserisce il lavoro di cura e sulla, spesso conflittuale, relazione tra la lavoratrice migrante e la famiglia:

«Come sono i rapporti dentro a queste case in cui le badanti possono stare anche 24 ore? Non dico solo con le persone assistite ma anche coi familiari.

Se volessi, potrei scrivere un libro su questa cosa e ogni donna sarebbe un capitolo a parte. Rispetto alla mia esperienza posso dirti che è vero che c'è il permesso di fare la doccia solo una volta al mese o alla settimana e su quanto si mangia. Vuol dire che non puoi fare la doccia ogni sera ma che per risparmiare l'acqua la doccia si fa solo il sabato sera o il venerdì sera. Perché i parenti o gli assistiti più in salute controllano, non permettono di fare osservazioni, controllano il cibo. Ti danno una somma alla settimana per fare la spesa e tu capisci che più di tanto non puoi comprare: pasta, pomodoro, ma non più di tanto. Poi a volte se sono i figli o i nipoti che fanno la spesa per te e la persona assistita, ti chiedono la lista di cosa manca in casa ma possono anche non comprarti tutto. Questo succede abbastanza spesso. Mia zia aveva un contratto come badante di una persona ma nella casa in cui stava badava a cinque persone! Perché c'era il figlio, la nipote... poi d'estate andavano al mare e lì doveva pulire e cucinare per 5/6 persone. Alla fine per essere pagata ha dovuto denunciarli. Mi diceva che mangiava solo pasta e pomodoro. Poi, certo, ci sono anche delle famiglie bravissime. Io il sabato e la domenica sostituisco un'altra badante e lì non ho problemi, non mi manca niente e la signora è molto brava. Faccio solo una notte nel week end mentre durante la settimana faccio tre ore al giorno. Ma in passato ho lavorato otto mesi come badante. Stavo sempre in casa anche perché avevo sempre paura che potessero fermarmi e rimandarmi a casa perché non ero in regola.

Comunque, lì avevo il letto vicino a quello della signora che non era a posto con la testa e tutta la notte gridava. Non ho dormito per otto mesi» (Tania, 2019).

Questa testimonianza permette di mettere in luce alcune caratteristiche del lavoro di cura, che come si diceva, tendono a ripresentarsi in maniera abbastanza costante. L'isolamento, la disparità di potere nella relazione coi datori di lavoro e il loro *entourage*, la vulnerabilità implicata dalla condizione irregolare tendono ad agevolare, soprattutto nel caso dell'accudimento in coabitazione, l'instaurarsi di rapporti di lavoro particolarmente stressanti³⁷. Questi fattori inoltre sono richiamati dalle lavoratrici come motivi all'origine dei problemi di salute e come referenti imprescindibili di cui tener conto nel tentativo di porvi rimedio.

Le assistenti domiciliari, mostrano infatti di essere consapevoli del potenziale dirompente rappresentato dalle proprie condizioni di salute perché è principalmente, anche se non esclusivamente, il capitale di salute quello che mettono a valore nel lavoro di cura. Nell'assistenza il corpo si presenta infatti come uno strumento di affetto³⁸ e di lavoro rispetto a cui l'essere anche terreno di espressione della malattia appare impensabile³⁹. Questa contraddizione emerge dalle testimonianze dei datori di lavoro che se da un lato, formalmente, dichiarano di comprendere le conseguenze che l'assistenza comporta sul benessere delle lavoratrici, altrettanto chiaramente confessano quanto i problemi di salute compromettano, dalle fondamenta, il rapporto di lavoro. L'esperienza di Eva, assistente domiciliare a ore, appare in questo senso emblematica:

«Nel 2008 mi hanno trovato un'anomalia all'utero e me l'hanno asportato. Mi hanno operato il martedì, il sabato mi hanno dimesso e la signora dove lavoro mi chiama e mi dice "Eva, se lunedì non ti presenti al lavoro, io ti devo lasciare a casa e cercare un'altra persona" e io "Anna, mi hanno asportato l'utero martedì" e lei "Non mi interessa!". "Non mi interessa – mi fa – se lunedì non vieni a lavorare ti lascio a casa e prendo un'altra persona". Nel 2008 avevo i figli ancora piccoli e quindi pensavo "Cosa faccio?" e il lunedì sono andata a lavorare. Il martedì ho avuto un'emorragia e mi hanno portato in Pronto Soccorso. Si era rotto un capillare per via degli sforzi che avevo fatto.

Tutte queste cose sono avvenute senza che tu avessi un contratto?

No, non avevo un contratto ma io dico Veronica, c'è un po' di umanità? Questa è la condizione delle donne moldave! Nel 2006 a mia sorella che era qui a Padova viene diagnosticato un carcinoma totale infiltrante al seno. Era una forma di tumore molto aggressiva. I medici hanno subito detto che in questi casi si guarisce o si muore in tre mesi. Lei è stata fortunatissima perché qui abbiamo un centro oncologico

³⁷ Ambrosini, 2013.

³⁸ Ehrenreich, Hochschild, 2004; Twigg et al. 2011.

³⁹ Sayad, 2002.

all'avanguardia. È stata curata molto bene, seguita molto bene ed è ancora qua con noi. Ha fatto 8 cicli di chemio per diminuire la massa tumorale e bloccare il tumore, dopodiché l'hanno operata. All'epoca lavorava in una famiglia molto famosa, di medici. Mia sorella ha lavorato mentre faceva le chemio. Dopo l'intervento aveva naturalmente ancora tutti i tubicini attaccati per eliminare il siero, e andava a fare le notti con tutti i tubicini attaccati. Perché? Perché anche a lei hanno detto la stessa cosa che hanno detto a me: che a loro non interessa la malattia, a loro interessa una persona che va a lavorare».

Per la lavoratrice migrante la malattia, col suo manifestarsi, sembra mettere in crisi la necessità di provvedere col proprio lavoro a quanti sono rimasti nel Paese d'origine e le richieste espresse dallo specifico settore del mercato del lavoro in cui è impiegata. Richiamando l'espressione usata da Didier Fassin⁴⁰, in questo caso il corpo sofferente non può trovare spazio di legittimazione. Quello delle lavoratrici migranti è un infatti un corpo che tende a sfuggire alla legittimazione umanitaria e compassionevole perché consapevole di potersi legittimare solo nel suo essere attivo, sano, produttivo. Per questo motivo le lavoratrici, mostrano una spiccata intraprendenza e autonomia nella gestione del proprio malessere anche laddove questo è direttamente collegato alle condizioni di lavoro. In questo quadro le associazioni di volontariato svolgono un ruolo decisivo perché benché anche ai migranti irregolari in Italia siano garantiti i diritti in materia di prestazioni sanitaria, la precarietà della condizione di questi soggetti li rende timorosi di rivolgersi ai servizi pubblici perché temono di poter essere denunciati ed espulsi.

Darya, per esempio, una assistente domiciliare ad ore, pur collegando i propri problemi alle condizioni in cui ha vissuto e lavorato per anni, ha preferito farvi fronte non coinvolgendo né i servizi pubblici né i propri datori di lavoro. Non casualmente, nella sua testimonianza, la narrazione della malattia si interseca con quella dell'esperienza migratoria, dell'irregolarità, della subordinazione lavorativa ed economica. La malattia viene così collocata a un livello intermedio tra i diversi piani dell'esperienza: quella personale e quella sociale, quella organica ed emotiva, quella fisica e psicologica.

«Quando ho avuto i primi problemi di salute non ero in regola e una amica mi ha detto “Vai alle cucine popolari perché hai una faccia che non mi piace” perché lì c'era un dottore che veniva a visitare gli stranieri che non erano in regola. Io sono andata e ho fatto le analisi del sangue e quando sono tornata lui mi ha detto “Cara mia, ora tu a casa non torni, vai direttamente in ospedale”. Avevo il ciclo che non durava tre giorni come a casa mia, ma sei e poi abbondante che non ti posso dire, mamma mia! E io dicevo “Per questo sono così stanca”. Capito? È tutto cambiato. Perché noi quando

⁴⁰ Fassin, 2006.

siamo arrivate qua è cambiato tutto: il clima, questo caldo, il lavoro, il mangiare quello che capita, sempre di corsa, sempre agitate... non so come spiegare. Il fatto che sei sempre agitata, stai sempre a pensare alle cose. E quando sono andata in ospedale, loro hanno cominciato a controllarmi dalla testa ai piedi ed è finita che mi hanno operata. Avevo due polipi già grandi alle ovaie. Ora sto avendo lo stesso problema e ho ricominciato ad andare dal ginecologo, quella volta non ho pagato niente perché non ero in regola mentre ora pago e anche dei bei soldi. Ma ci vado sempre di mattina quando non lavoro perché non voglio che si creino problemi».

Attraverso l'esperienza di Darya, si vede bene come nell'assistenza domiciliare la salute delle lavoratrici assume i tratti di una questione "privata". Del resto, nelle testimonianze dei datori di lavoro la malattia dell'assistente domiciliare viene restituita, come si è visto, prevalentemente attraverso gli effetti piuttosto che in riferimento alle cause da cui è stata determinata, alle responsabilità individuali invece che ai fattori strutturali che ne hanno condizionato il manifestarsi. Il malessere delle lavoratrici è oggetto cioè di quell'«ethos compassionevole» per usare le parole di Fassin⁴¹ che assume un ruolo centrale nel modo in cui si disegna il lavoro, non solo di cura oggi in Italia tra ordine securitario standardizzazione burocratica ed economico-amministrativa.

In questo quadro il miglioramento delle condizioni di lavoro e quindi di salute delle assistenti domiciliari vengono ricacciate nell'ambito delle responsabilità personali configurandosi come l'esito di un'astratta idea di autonomia. Sulle lavoratrici stesse sembra infatti ricadere non solo la responsabilità della propria condizione, ma anche quella dell'elaborazione di una soluzione⁴². Lidia, per esempio, è un medico moldavo che in Italia si è impiegata come assistente domiciliare e che ha svolto per lungo tempo la propria attività coabitando con gli assistiti. Il lavoro corpo a corpo quotidiano con le esigenze degli anziani le ha procurato nel tempo problemi alle articolazioni e alla schiena che ha lungamente lamentato alla figlia dell'anziana assistita anche se, alla fine, ha dovuto attivarsi in prima persona per trovarvi soluzione:

«Lei mi diceva che ha iniziato ad assistere una persona e poi si è presa cura di due. Ma lei ha rivendicato questa cosa?»

Certo! Certo che l'ho detto! Ma la figlia... sono arrivata al punto che volevo denunciarla, ma non per me eh! Senti. Allora i signori erano molto anziani no? E le poltrone quelle che si alzano sono utili. Aiutano te e aiutano loro. Glielo ho detto e lei... muta. Non ha detto niente. Per fortuna che io abito vicino a dove c'è un negozio di roba per gli anziani usata, quella che quando gli anziani muoiono i figli non sanno

⁴¹ Fassin, 2006.

⁴² Castel, 2009; Fassin, 2006.

cosa farci. Io andando a vedere cosa c'era, ho visto questa poltrona elettrica. L'ho detto alla figlia che avevo visto questa poltrona e che costava poco, perché io avevo capito che era questione di soldi perché la prima volta lei mi aveva detto "eh, ma costano care queste poltrone, anche 1.300 euro!". Eh ma anche la mia schiena costa! Forse anche più di 1.300 euro! Insomma, va bene, l'ha comprata a 80 euro, ed era tutta contenta. Ma io dico [...] se tu, figlia, vuoi così tanto bene ai tuoi genitori, una poltrona la puoi anche comprare! Se io non andavo in giro, la poltrona non l'avrebbero avuta. Ma non era un mio compito andare in giro! Non erano genitori miei! Tante badanti non raccontano queste cose. Ma io sì perché ho visto tante situazioni: case in cui non c'era neanche il letto per la badante, con persone non autosufficienti, senza sollevatori! Io me ne intendevo, ma chi non sa le cose, tace e poi si ritrova con l'ernia del disco, dolori, problemi seri».

Conclusioni

Come abbiamo cercato di mostrare, prendersi cura degli altri e di se stessi significa affrontare il modo in cui oggi in Italia si tratteggia il mercato dell'assistenza domiciliare. Sebbene la normativa italiana sul lavoro domestico sia piuttosto avanzata, le lavoratrici risultano scarsamente protette nei casi in cui emergono problemi connessi alla salute. In questo scenario la malattia arriva a configurarsi come un processo sociale, come una condizione cioè prodotta in una situazione specifica connotata da profonde disegualianze e da diverse fragilità. Nell'ambito della cura domiciliare c'è infatti la vulnerabilità degli anziani con un elevato bisogno di assistenza, delle famiglie con persone non autosufficienti relegate in una solitudine che è stata ampiamente evidenziata⁴³, delle assistenti domiciliari migranti sottoposte a regimi di lavoro particolarmente usuranti. Come si è visto, la distinzione tra pubblico e privato, tra giurisdizione politica e regolamentazione strettamente economica⁴⁴ degli attuali sistemi di welfare fa entrare in conflitto il diritto alla salute delle lavoratrici con gli interessi economici e assistenziali delle famiglie che devono continuare a pagare i lavoratori durante il permesso di malattia e, allo stesso tempo, sostituire il lavoratore malato.

Nonostante la formale partitura delle competenze del *welfare mix*, il confine tra gli spazi di manovra dei diversi attori, non è quindi strettamente demarcato e tende a sfumare producendo campi di azione piuttosto ibridi. È del resto a partire dalla fine degli anni Settanta che nell'ambito del *welfare* europeo così come nell'organizzazione del lavoro⁴⁵, al venir meno di un sistema di regolazione collettivo è corrisposta la centralità del singolo utente/attore. In una realtà come quella italiana

⁴³ Degiuli, 2016.

⁴⁴ Deleuze, 1999.

⁴⁵ Castel, 2009.

progressivamente caratterizzata dai tagli alla spesa pubblica, non si assiste quindi “semplicemente” al trasferimento del lavoro riproduttivo dall’economia del dono a quella di mercato⁴⁶, ma piuttosto all’emergere di posizionamenti e investimenti affettivi che sembrano finalizzati a coprire i vuoti lasciati dall’arretramento delle tutele dello Stato.

In questo quadro di responsabilità frammentate è frequente che la garanzia dei diritti venga limitata e che si allarghino le zone caratterizzate da «forti spazi di discrezionalità»⁴⁷. Si delineano così, frequentemente, rapporti episodici e comunque auto-gestiti tra i vari attori che agiscono lo spazio domestico come privato ed extra-istituzionale. È in questa luce che le problematiche di salute degli assistiti così come delle assistenti appaiono strettamente circoscritte alla sfera domestica e alle competenze dei diversi soggetti coinvolti.

I datori di lavoro affrontano infatti, come si è visto, i problemi di salute temporanei delle lavoratrici senza attivare procedure formali ma aiutando i lavoratori a prendersi cura di se stessi. Quando invece le malattie sono croniche e invalidanti, i datori di lavoro non riescono ad essere così comprensivi, perché il sistema di assistenza domiciliare ha bisogno di lavoratori sani, altrimenti entra irrimediabilmente in crisi. È in questo scenario che il corpo diventa centrale per il riconoscimento di diritti⁴⁸ altrimenti trascurati nel quadro dei cambiamenti della «questione sociale»⁴⁹ e del mancato riconoscimento politico e sociale del lavoro di cura e delle sue ripercussioni sulla salute delle lavoratrici.

Riferimenti bibliografici

Ahonen, Emily - Benavides, Fernando - Benach, Joan

- “Immigrant populations, work and health - a systematic literature review”, *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2007, vol. 33, n. 2, pp. 96-104.

Ahonen, Emily - Lopez-Jacob, Maria José - Vazquez, Maria Luisa - Porthé, Victoria - Gil-Gonzalez, Diana - Garcia, Ana Maria - Benavides, Fernando (2010),

- “Invisible work, unseen hazards: the health of women immigrant household service workers in Spain”, *American Journal of Industrial Medicine*, 53, pp. 405-416.

⁴⁶ Bimbi, 1999.

⁴⁷ Barberis 2010, p. 85.

⁴⁸ Fassin, 2014.

⁴⁹ Castel, 1995.

Ambrosini, Maurizio

- *Irregular migration and invisible welfare*. London: Palgrave, 2013.

Barberis, Eduardo

- “Rapporti territoriali e coordinamento. Una contestualizzazione della governance sociale in Italia”, *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 1, 2010, pp. 79-101.

Bettio, Francesca - Simonazzi, Annamaria - Villa, Paola

- “Change in care regimes and female migration: The ‘care drain’ in the Mediterranean”, *Journal of European Social Policy*, 2006, 16(3), pp. 271-285.

Bimbi, Franca

- *Measurement, Quality and Social Changes in Reproduction Time, The twofold Presence of Women and The Gift Economy*. In O. Hufton, Y. Ravaritou (eds.), *Gender and the Use of Time/Gender and Emploi du Temps*. Firenze: European University Institute, Centre for Advanced Studies, Kluwer Law International, 1999.

Boccagni, Paolo – Ambrosini, Maurizio

- *Cercando il benessere nelle migrazioni. L'esperienza delle assistenti familiari straniere in Trentino*. Milano: Franco Angeli, 2012.

Castel, Robert

- *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard, 1995.

- *La montée des incertitudes. Travail, protections, status de l'individu*, Paris: Éditions du Seuil, 2009.

Christensen, Karen - Manthorpe, Jill

- “Personalised risk: New risk encounters facing migrant care workers”, *Health, Risk & Society*, 2014, 18(3-4), pp. 137-152.

Cozzi, Donatella

- “Legami in diaspora: madri, figli e genere nelle famiglie transnazionali. Alcune riflessioni sulla migrazione delle donne rumene in Italia”, *Etnoantropologia*, 2019, 7, 1, pp. 37-62.

Csordas, Thomas

- *Body/Meaning/Healing*. New York: Palgrave, 2002.

Degiuli, Francesca

- *Caring for a Living: Migrant Women, Aging Citizens, and Italian Families*. Oxford: Oxford University Press, 2016.

Deleuze, Gilles

- *Divenire molteplice, Nietzsche, Foucault ed altri intercessori*. Verona: Ombre Corte, 1999.

Domina

- *Il profilo del datore di lavoro domestico in Italia. Dimensioni del fenomeno, trend demografici, impatto economico e sociale*, <http://www.colfdomina.it/wp-content/uploads/2017/08/Lavoro-domestico-Ricerca-DOMINA-01.pdf>, 2017.

- Domnich, Alexander - Panatto, Donatella - Gasparini, Roberto - Amicizia, Daniela
- “The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today?”, *Italian Journal of Public Health*, 2012, vol. 9, n. 3.
- Ehrenreich, Barbara - Hochschild Arlie R. (a cura di),
- *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Milano: Feltrinelli, 2004.
- Fassin, Didier
- “Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l’ascolto come politica”, *Annuario di Antropologia*, 2006, 6, 8, pp. 93-111.
- *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*. Verona: Ombre Corte, 2014.
- Garro, Linda
- *Chronic Illness and the Construction of Narratives*. In M.J. Del Vecchio-Good et Alii (eds), *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley: University of California Press, 1992, pp. 100-137.
- Good, Byron
- *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità, 1999.
- Hochschild, Arlie R.
- *The managed heart: commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press, 1983.
- *Amore e oro*. In B. Ehrenreich, A. R. Hochschild (a cura di), *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Milano: Feltrinelli, 2004, pp. 21-36.
- Hondagneu-Sotelo, Pierrette
- *Storie senza lieto fine*. In B. Ehrenreich, A. R. Hochschild (a cura di), *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Milano: Feltrinelli, 2004, pp. 59-72.
- Kleinman, Arthur
- *Patient and Healer in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: California University Press, 1981.
- Inps (2018),
- *Osservatorio sui lavoratori domestici*, <https://www.inps.it/webidentity/banchedatistatistiche/menu/domestici/main.html>. 2018
- Lutz, Helma (ed.)
- *Migration and Domestic Work. A European Perspective on a Global Theme*. Ashgate: Aldershot, 2008.
- Luzi, Anna Maria - Pasqualino, Gaetano Mario - Pugliese, Lucia - Schwarz, Matteo - Suligo, Barbara
- “L’accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative”, *Not Ist Super Sanità*, 2013, 26, 3, 1, pp. 3-58.

- Malhotra R. - Arambepola C. - Tarun S. - de Silva V. - Kishore J. - Ostbye T.
- “Health Issues of Female Foreign Domestic Workers: a Systematic Review of the Scientific and Grey Literature”, *International Journal of Occupational and Environmental Health*, (2013), 19(4).
- Maslach, Christina
- *Burnout: The Cost of Caring*. Los Altos: ISHK, 2003.
- Minelli, Massimiliano – Redini, Veronica
- “Il “caso”, la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del welfare oggi in Italia”, *Anuac*, 2015, vol. 4, n. 1, pp. 145-169.
- Nuti, Sabina - Maciocco, Gavino - Barsanti, Sara (a cura di)
- *Immigrazione e salute. Percorsi di integrazione culturale*. Bologna: Il Mulino, 2012.
- OIM, Organizația Internațională pentru Migrație,
- *Profilul Migrațional Extins al Republicii Moldova 2010–2015*, 2017.
http://www.iom.md/sites/default/files/publications/docs/EMP%20Moldova%202010-2015_RO.pdf
- Pasquinelli, Sergio
- *Le badanti in Italia: quante sono, chi sono, cosa fanno*. In S. Pasquinelli, G. Rusmini (a cura di), *Badare non basta. Il lavoro di cura: attori, progetti, politiche*. Roma: Ediesse, 2012.
- Perocco, Fabio
- *Trasformazioni globali e nuove disuguaglianze. Il caso Italia*. Milano: Franco Angeli, 2012.
- Poghosyan, Lusine – Clarke, Sean P. – Finlayson, Mary – Aiken, Linda H.
- “Nurse Burnout and Quality of Care: Cross-National Investigation in Six Countries”, *Research in Nursing & Health*, 2010, vol. 33, n. 4, pp 288–298.
- Provincia di Padova
- Statistiche demografiche. <https://www.tuttitalia.it/veneto/provincia-di-padova/statistiche/cittadini-stranieri/moldavia/>
- Redini, Veronica – Vianello, Francesca Alice – Zaccagnini, Federica
- *Il lavoro che usura. Migrazioni femminili e salute occupazionale*. Milano: Franco Angeli, 2020 (in corso di stampa).
- Quaranta, Ivo - Ricca, Mario
- *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2012.
- Quesada, James, Hart, Laurie K., Bourgois, Philippe
- “Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States” *Medical Anthropology*, 2011, 30, pp. 339-362.
- Ranci, Costanzo (a cura di)
- *Il mercato sociale dei servizi alla persona*. Roma: Carocci, 2001.

Sarli, Annavittoria

- "The psycho-social malaise of migrant private carers in Italy: A rampant, but hidden health demand", *Acta Biomed for Health Professions*, 2014, 85(3), pp. 62-73.

Sayad, Abdelmalek

- *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Milano: Raffaello Cortina, 2002.

Scarry, Elaine

- *La sofferenza del corpo*. Bologna: Il Mulino.

Schenker, Marc

"Work-related injuries among immigrants: a growing global health disparity", *Occupational and Environmental Medicine*, 2008, vol. 65, n. 11, pp. 717-18.

Tognetti Bordogna, Mara

- Lavoro di cura e sistema di welfare. In R. Catanzaro, A. Colombo (eds.), *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Bologna: Il Mulino, 2009, pp. 279-298.

- "Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati", *Cambio*, 2013, 3, n. 5, pp. 59-72.

Twigg, J., - Wolkowitz, C., - Cohen, R.L. - Nettleton, S.

"Conceptualising body work in health and social care", *Sociology of Health & Illness*, 2011, vol. 33, pp. 171-188. doi:10.1111/j.1467-9566.2010.01323.x

Vianello, Francesca Alice

- "The Health of Migrant Women Working as Home Care Assistants in Italy: An Analysis of the Most Hazardous Factors of Home Care Work", *Research in the Sociology of Health Care*, 2019, 37, pp. 239-258. <https://doi.org/10.1108/S0275-495920190000037019>

World Health Organization

- *Women on the Move: Migration, Care Work and Health*, Geneva: World Health Organization, 2017. <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/women-on-the-move/en/>