

Welfare e immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura

Risultati di una consultazione tra esperti

Flavia Piperno

ricerca condotta nell'ambito del progetto

Lavoro di cura e internalizzazione del welfare

realizzato con il sostegno di



Marzo 2009

1. INTRODUZIONE.....	3
2. L'ATTUALE MODELLO DI INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL WELFARE È SOSTENIBILE?	6
3. I FLUSSI INDIRIZZATI ALLA CURA SI ESAURIRANNO?	12
4.L'IMPATTO DELLE MIGRAZIONI DI CURA SUL WELFARE ITALIANO	15
5. IL NOSTRO WELFARE E IL LORO: IMPATTO DELLE MIGRAZIONI ORIENTATE AL SETTORE SOCIO-SANITARIO E DELLA CURA SUI CONTESTI DI ORIGINE	20
6. RAFFORZARE IL NESSO TRA MIGRAZIONE E SVILUPPO SOCIALE IN ITALIA E NEI PAESI DI ORIGINE: QUALI STRATEGIE?	24
6.1 Migliorare l'impatto del lavoro di cura straniero sul welfare italiano.....	24
6.2 Affrontare la questione della sostenibilità del welfare transnazionale.....	27
6.3 Gestire l'impatto sui contesti di origine dei flussi migratori indirizzati al mercato socio-sanitario e della cura	31
BIBLIOGRAFIA.....	36

1. INTRODUZIONE

Secondo statistiche Eurostat, nell'Europa a 27, la fascia di persone con più di 65 anni raddoppierà da qui al 2060 passando da 84,6 milioni a 151,5 milioni, ovvero dal 17,1% al 30,0% della popolazione complessiva. Nello stesso arco di tempo le persone con più di 80 anni addirittura triplicheranno, passando da 21,8 milioni a 61,4 milioni. Mentre nel 2008 il rapporto tra la fascia di popolazione in età da lavoro e persone con più di 65 anni è stata di 4:1, nel 2060 sarà di 2:1 (Giannakouris 2008).

La gravità dello scenario che si va delineando interroga da tempo i singoli stati membri e l'Unione Europea rispetto alle politiche da adottare per ammortizzare l'effetto del fenomeno sugli equilibri sociali comunitari e gestire il cambiamento repentino e inarrestabile della composizione dei bisogni socio-sanitari dei cittadini europei (Zulli 2008: 14).

A fronte di questo dissanguamento demografico l'immigrazione non può essere la sola risposta, ma è certamente una parte importante di essa (Pastore 2008): non solo perché presto (secondo l'Eurostat già a partire dal 2015) essa costituirà l'unico fattore di crescita della popolazione e di sostegno alla forza lavoro attiva, ma anche perché, sempre di più, il ruolo dei lavoratori immigrati diventa fondamentale per rispondere a una domanda di welfare che diviene progressivamente più ampia e complessa.

L'Italia, dove la popolazione al di sopra dei 65 anni è tra le più numerose in Europa, è certamente uno dei paesi dove tali squilibri si presentano in forma più acuta.

Il presente studio intende riflettere su un aspetto di tale questione, ovvero sulle dinamiche che verranno innescate, sul medio e lungo termine, dal ricorso a manodopera straniera per soddisfare la crescente domanda di servizi in ambito socio-sanitario e della cura¹.

Nel nostro paese i flussi migratori già sono fortemente legati a una domanda di welfare che si espande. Sebbene l'attenzione di politici e mass media tenda generalmente a concentrarsi sul problema degli stranieri intesi come 'consumatori di welfare', i migranti nel nostro paese sono anche importanti produttori di welfare. Il loro impiego nella filiera socio-sanitaria e della cura è però fortemente piramidale e vede gli stranieri impiegati maggiormente nei settori più bassi.

Ai vertici della piramide vi sono le professioni più qualificate: i medici stranieri iscritti all'Albo erano 1.963 nel 2005, pari allo 0,5% del totale (Censimento dell'Associazione Medici Italiani, in Chaloff 2008).

Nel gradino immediatamente sotto, vi sono gli infermieri: nel 2005 secondo dati IPASVI (Federazione dei Collegi degli Infermieri) erano nati al di fuori dell'Europa a 25, 6.730 infermieri ovvero l'1,9% del totale (Mellina Pittau Ricci 2006). Sebbene si tratti di un numero ancora esiguo, e ampiamente al di sotto della media OCSE che si attesta intorno all'11% (OECD 2007), l'impiego di immigrati in questo settore è più che raddoppiato in pochi anni (+157,6% tra il 2002 e il 2005). Del resto, gli infermieri professionali attivi nelle corsie di ospedale, negli ospizi e nelle case di cura, ma non iscritti all'Albo, secondo lo stesso IPASVI erano già 20.000 nel 2006 e nel corso del 2005 i non comunitari che hanno ottenuto l'equipollenza sono stati circa 8/9 mila (Mellina, Pittau, Ricci 2006). Rispetto a un bisogno stimato, nel 2005, di 60.000 infermieri non reperibili sul mercato locale (dati IPASVI in Chaloff 2008), si comprende come tale cifra sia assai consistente.

Una quota maggiore di stranieri risulta inserita nel settore socio-sanitario. Anche se non è ancora disponibile una rilevazione censuaria, sappiamo che aumenta la forza di lavoro

¹ La crescente domanda di servizi socio-sanitari e di cura si registra in tutta l'Europa. Tra il 1995 e il 2001, più di due milioni di posti di lavoro sono stati creati in questo settore. Si tratta del 18% dei posti di lavoro creati nello stesso arco di tempo. Nel 2003 il 10% dell'impiego nell'Unione Europea era nel settore socio-sanitario e della cura (Commissione Europea 2004).

immigrata in questo campo: nel 2005 la presenza di lavoratori stranieri nelle cooperative sociali veniva stimata intorno al 5-10% e quella nei servizi sociali intorno al 15% (stime di Legacoop e Confcooperative in Boccagni 2006). Non disponiamo di dati circa la crescita dell'impiego di immigrati in questo settore, ma secondo stime Excelsior la domanda di operatori socio-sanitari nel 2006 avrebbe superato di 3 volte quella di infermieri (Chaloff 2008).

Alla base della piramide, nel settore domestico e della cura, si registra il maggior numero di lavoratori stranieri. Nel 2006 gli immigrati registrati all'INPS in questo settore erano 339.223 unità: oltre il 70% del totale (Osservatori lavoratori domestici dell'INPS²). Anche il trend di crescita, del 273,5% tra il 2000 e il 2004, appare certamente più sostenuto che negli altri settori e ha continuato a crescere negli anni successivi. Dal 2005 a oggi ogni decreto flussi ha destinato quote di ingresso sempre più consistenti al settore domestico e della cura. Nell'ultimo decreto, quello del 2008, l'impiego in questo settore costituiva addirittura l'unico possibile canale d'ingresso per lavoro non stagionale consentito a paesi non riservati. La domanda di lavoro di domestiche e assistenti familiari è, del resto, ancora più forte rispetto alle previsioni del governo. La tabella sottostante mostra come, a seguito di ogni decreto, il numero di chiamate nominative pervenute al Ministero dell'Interno sia stato almeno quattro volte superiore al totale delle quote previste. Anche se una percentuale di queste domande è fraudolenta (nel 2007 il 45% delle domande erano prive di requisiti e il 49% dei richiedenti erano stranieri, che in diversi casi tentavano un ricongiungimento improprio), il dato mostra comunque l'esistenza di un vasto bacino di manodopera probabilmente impiegata al nero.

Tabella 1 – Quote di ingresso di lavoratori extracomunitari: decreti flussi 2005 - 2008³

	Totale quote	Quote per lavoro subordinato non stagionale	Totale domande nominative giunte al Ministero dell'Interno	Quote riservate a lavoro domestico o di assistenza alla persona	Domande giunte al Ministero dell'Interno per lavoro domestico o di assistenza alla persona
2005	79.500	30.000	250.880	15.000	56.000
2006	170.000	120.000	540.000	45.000	200.000
2007	170.000	170.000	720.000	65.000	391.864
2008	150.000	150.000	*	105.400	*

Fonti: Ministero dell'Interno; Mazzacurati 2005; Sole 24 ore 2007

* Per i 150.000 nuovi lavoratori stranieri non c'è stata alcuna procedura per la presentazione delle domande. Sono stati ripescati coloro che avevano già inoltrato la richiesta per il precedente decreto attraverso la procedura telematica dei 'click day'.

Una stima dell'IRS (Istituto di Ricerca Sociale) sul numero di assistenti domestici familiari, che comprende anche la fascia di lavoro nero e grigio, indica la presenza nel 2008 di 700.000 lavoratori stranieri su un totale di 774.000 (Pasquinelli Rusmini 2008).

Diversi studi negli ultimi anni sono stati diretti ad indagare evoluzione, caratteristiche e condizioni del lavoro di cura immigrato, così come l'emergere di nuove identità, ruoli di potere e dinamiche di classe, genere e razzismo come conseguenza dell'impiego di donne, e in piccola parte uomini, stranieri nel settore domestico⁴. In Italia sono ormai numerosi gli

² Disponibile alla pagina: [<http://servizi.inps.it/banchedatistatistiche/domestici/index.jsp>].

³ Nella tabella non sono riportate le quote integrative per stagionali e per stranieri con formazione all'estero e il decreto flussi – bis 2006 che ha stabilito una quota di 350.000 ingressi per lavoro subordinato non stagionale, limitatamente, però, alle domande presentate agli sportelli Unici nell'ambito del precedente decreto flussi (entro il 21 luglio 2006).

⁴ Si vedano tra gli altri i lavori di Ambrosini 2005, Andall 2003 e 2004, Anderson 1993 e 2000, Colombo 2003 e 2005, Lutz 2002, Sarti 2004 e 2005, Scrinzi 2003 e 2005.

studi che analizzano la composizione del mercato della cura straniero nell'ambito di singoli contesti regionali⁵. Un numero minore di ricerche è stato inoltre finalizzato ad analizzare il fenomeno dell'inserimento dei migranti nel settore socio-sanitario e a mettere in luce il crescente livello di auto-imprenditorialità migrante nell'ambito della cooperazione sociale⁶.

Sono però poche le ricerche che si interrogano sulla sostenibilità di questo sistema di welfare, sia in termini di tenuta complessiva dei meccanismi che oggi si offrono che di impatto sul contesto sociale dei paesi di arrivo e di origine.

La nostra ricerca punta a colmare questo vuoto a partire da quattro spunti di riflessione:

1) Ci chiediamo quanto è sostenibile un modello di *care* fortemente basato sul reclutamento di manodopera dall'estero e quanto le esigenze degli altri segmenti del mercato del welfare possono essere soddisfatte dalla presenza di lavoratori e lavoratrici immigrati/e.

2) Intendiamo riflettere sui futuri bacini di provenienza delle lavoratrici di cura e sulle problematiche che una possibile trasformazione dei paesi di provenienza può comportare.

3) Un ulteriore quesito riguarda l'impatto del ricorso a manodopera straniera sul sistema di welfare in Italia, e l'adeguatezza delle principali risposte adottate da governo ed Enti Locali ai problemi che si creano.

4) Infine ci domandiamo che impatto abbia un'emigrazione indirizzata a soddisfare le esigenze del nostro sistema di welfare sui contesti di origine

Al termine della ricerca ci interroghiamo su quali siano le migliori opzioni di gestione delle principali problematiche che oggi si presentano.

Per riflettere su queste tematiche abbiamo avviato una consultazione con esperti, *policy-makers* e amministratori locali riuniti attraverso la metodologia del Delphi group⁷. I partecipanti sono stati 17 in tutto. Si è trattato di ricercatori e docenti appartenenti ad università italiane ed estere e a centri di ricerca italiani, autori, a partire da varie discipline (storia, demografia, economia, sociologia), di numerosi studi sul sistema di welfare italiano e sulla questione migratoria; rappresentanti di Enti Locali, come la Provincia di Milano e la Regione Liguria, da anni attivi nella riflessione e nella sperimentazione di buone pratiche per una più corretta gestione del lavoro di cura immigrato; esperti del settore socio sanitario a vari livelli, grazie alla collaborazione della Lega Nazionale delle Cooperative Sociali, del Ministero della Salute e dell'IPASVI; Dirigenti istituzionali esperti di politiche migratorie.

Attraverso l'utilizzo di internet i partecipanti al Delphi group, che per tutta la durata del lavoro sono rimasti nell'anonimato, sono stati invitati a rispondere alle 4 domande sopraelencate. A seguito di una prima elaborazione da parte del conduttore, in cui si segnalavano le principali problematiche emerse nel corso del primo round, gli esperti sono stati invitati a fare una seconda riflessione sulle politiche da adottare.

Si è trattato di un esercizio, assolutamente inedito per l'Italia e ha beneficiato di una partecipazione impegnata e vivace da parte di tutti gli esperti consultati. La difficoltà segnalata da diversi partecipanti all'elaborazione delle risposte, specie nel secondo round, è a

⁵ Si veda ad esempio Pavolini 2005, IRS 2006, Mattoscio et al. 2007.

⁶ Ambrosini 2006, Chaloff 2006, Confcooperative 2007, Mellina, Pittau, Ricci 2006.

⁷ Hanno partecipato al Delphi group e si ringraziano per la loro collaborazione: Anna Banchemo (Regione Liguria), Francesca Bettio (Università di Siena), Paolo Boccagni (Università di Trento), Alessio Cangiano (Compas – Oxford), Luca Einaudi (Presidenza del Consiglio dei Ministri), Costanza Fanelli (Lega delle cooperative sociali), Federico Giammusso (Ministero delle Finanze), Giovanni Lamura e Gabriella Melchiorre (INRCA), Giovanni Leonardi e Annalisa Malgeri (Ministero della Salute), Claudio Minoia e Alberto Zoia (Provincia di Milano), Sergio Pasquinelli e Giselda Rumini (IRS), Emmanuele Pavolini (Università degli Studi di Macerata), Raffaella Sarti (Università di Urbino), Renzo Scortegagna (Università di Padova), Francesca Scrinzi, (Glasgow University), Stefano Zamagni (Università di Bologna), Stefania Gastaldi (IPASVI). Tutto il materiale prodotto nell'ambito di questo progetto di ricerca sono disponibili alla pagina web: [www.cespi.it/Delphi-welfare.html].

nostro parere un segnale positivo, che evidenzia lo sforzo da parte da parte degli esperti ad andare oltre una riflessione già svolta nel corso di precedenti indagini e ricerche.

Nelle pagine che seguono, verrà dedicato un paragrafo ad ognuno dei 4 spunti di riflessione sopra elencati. Il paragrafo finale metterà in luce le raccomandazioni politiche evidenziate per fare fronte alle principali criticità individuate.

2. L'ATTUALE MODELLO DI INTERNAZIONALIZZAZIONE DEL WELFARE È SOSTENIBILE?

In Italia il ricorso a manodopera immigrata per soddisfare la domanda di welfare è un fenomeno che, come abbiamo visto, acquista sempre maggiore evidenza e rilevanza: non solo nel settore domestico quanto, sebbene in misura più ridotta, in quello socio-sanitario e infermieristico.

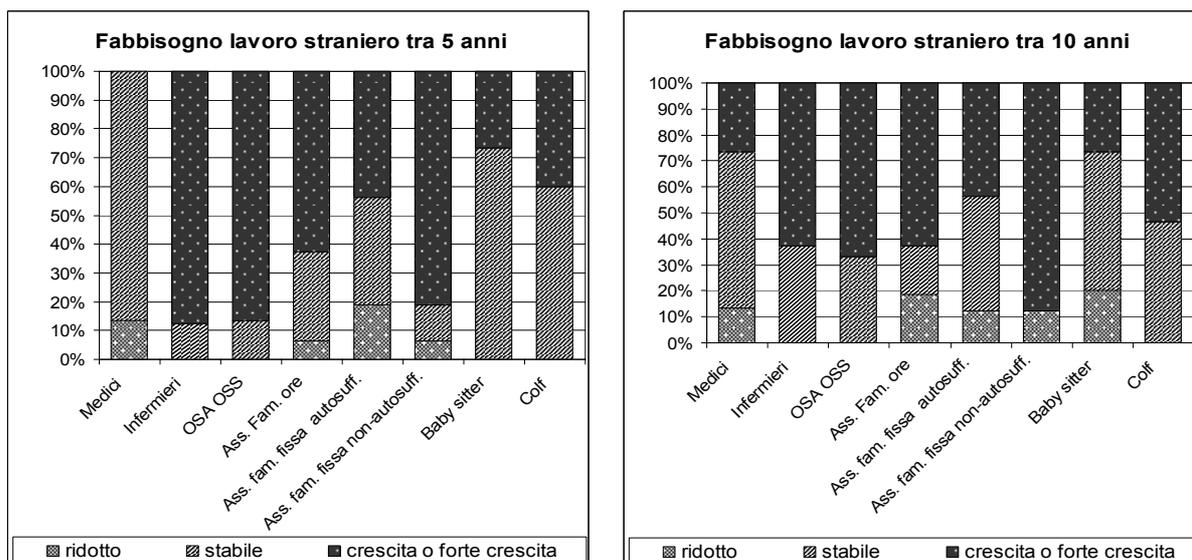
In un tale contesto, colpisce l'assenza di un dibattito circa la sostenibilità del modello di welfare che viene creandosi. Mentre in Europa si rende sempre più evidente l'allarme relativo a una possibile crisi dell'offerta di cura dovuta all'invecchiamento della popolazione, alla ridotta capacità di spesa pubblica e alla contemporanea diminuzione della cura informale offerta nell'ambito della famiglia (Cancedda 2001; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2006), l'Italia sembra aver rimandato tale problema. Il ricorso massiccio a un mercato della cura straniero flessibile, a buon mercato e apparentemente illimitato, sembra la chiave per conservare il tradizionale welfare familista, tipico dei regimi mediterranei (Sciortino 2004), e per continuare a perseguire l'obiettivo della domiciliarità. Si ha l'impressione di poter disporre di un "esercito di badanti", pronto a rendersi protagonista di una "invasione" silenziosa e benefica, in grado di penetrare i vuoti che la trasformazione della famiglia, la dinamica demografica e la tradizionale debolezza delle politiche sociali in Italia lasciano scoperti⁸. Un esercito di clandestine, particolarmente adattabili, dunque, a rispondere ai meccanismi di autoregolazione del mercato, ma che al tempo stesso può essere 'sanato' senza perdere il consenso dell'opinione pubblica. Per quanto riguarda i gradini più qualificati della filiera del welfare, si fatica a ragionare in prospettiva e ciò rende meno impellente la necessità percepita di doversi attrezzare per fare fronte a una possibile carenza di manodopera nel settore.

Il lavoro del Delphi ha messo in evidenza come tra gli esperti sia invece diffusa la preoccupazione circa un aumento del fabbisogno di manodopera straniera non solo nel settore della cura ma anche in altri segmenti del welfare italiano, a cui potrebbe – per diversi motivi – non corrispondere un'offerta di lavoro sufficiente o adeguata.

Come mostra la tabella 2, secondo la maggior parte degli esperti consultati, i settori che nell'arco di 5-10 anni potrebbero richiedere un afflusso più massiccio di manodopera migrante sono quello della cura agli anziani non auto-sufficienti, quello infermieristico e quello degli operatori socio-sanitari. Si tratta di settori già in crescita da alcuni anni e la cui espansione continuerà in modo sostenuto o molto sostenuto sul medio e lungo termine. Al contrario, la domanda di medici, colf e babysitter tenderà a mantenersi stabile.

⁸ "Esercito" e "invasione" sono definizioni utilizzate da alcuni giornali italiani per trattare il fenomeno delle assistenti familiari.

Tabella 2 – Fabbisogno di lavoro straniero tra 5 e 10 anni nella filiera del welfare in Italia (I grafici si riferiscono ai soli rispondenti)



Già questo è un primo dato di rilievo. Nel dibattito scientifico e politico è stata infatti ampiamente analizzata la necessità di ricorrere a manodopera dall'estero per soddisfare le esigenze del mercato della cura e del settore infermieristico. L'esenzione dai limiti di ingresso per gli infermieri e la disposizione di quote e sanatorie *ad hoc* per regolarizzare le lavoratrici di cura sono stati i principali strumenti di cui il governo italiano si è dotato per rispondere a tale esigenza. Assolutamente meno indagata è la crescita del fabbisogno di lavoro straniero nel settore dei servizi socio-sanitari. Se confermato, si tratterebbe di una tendenza da considerare con attenzione, in quanto offrirebbe un'opportunità di carriera da parte della manodopera migrante nella filiera del welfare, con minori barriere in ingresso rispetto al settore infermieristico e, al tempo stesso, costituirebbe un'occasione di integrazione sociale nel contesto di arrivo. Il settore socio-sanitario consente, infatti, una migliore presa di coscienza circa l'organizzazione delle politiche sociali in Italia, favorisce l'abilità a muoversi nella rete del welfare mix locale e offre buone possibilità di auto-imprenditorialità, anche al femminile. L'accumulo di un bagaglio di competenze in ambito sociale può essere spendibile anche nel contesto di origine.

La crescita del fabbisogno di infermieri e di operatori socio-sanitari stranieri, secondo la maggior parte dei partecipanti, è dovuta a una serie di fattori che influiscono sia sul fronte della domanda che dell'offerta. I principali fattori che secondo gli esperti porteranno a una crescita della domanda in entrambi i settori sono: l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie di lunga durata, che avranno un impatto anche psicologico sui pazienti e richiederanno una specializzazione sociale oltre che sanitaria; la carenza di offerta autoctona, dovuta all'esiguità dei salari in relazione alle mansioni svolte: già ben visibile nel settore infermieristico, ma che riguarderà sul medio e lungo termine anche le carriere di OSA (Operatori Socio-Assistenziali) e OSS (Operatori Socio-Sanitari); la crescente tendenza all'esternalizzazione dei servizi pubblici al settore privato e alla cooperazione sociale, che presenta criteri di accesso meno rigidi rispetto al pubblico, a fronte, però, di peggiori condizioni lavorative e minori standard professionali. Così come è avvenuto nel settore della cura, dove un'offerta flessibile e a basso costo ha contribuito ad alimentare la domanda di assistenti familiari (Colombo 2005), allo stesso modo la presenza di una manodopera straniera meno disponibile a lavorare come "badante" e più propensa a percorsi di mobilità potrebbe, secondo alcuni esperti, alimentare la domanda di lavoratori in questo segmento del welfare.

Per quanto riguarda il settore della cura, la crescita dello stato di salute degli anziani e della possibilità di un invecchiamento attivo e la diminuzione del bisogno di cura grazie al ricorso ad ausili farmacologici, medici e tecnologici, sono fattori che aumenteranno l'indipendenza della fascia di popolazione anziana. Tali elementi, tuttavia, secondo la maggioranza degli esperti consultati, non freneranno un aumento della domanda, sul medio e ancor più sul lungo termine, di assistenti familiari stranieri, soprattutto in co-residenza e per anziani non autosufficienti. Ciò è dovuto al forte invecchiamento della popolazione; all'insufficienza dei servizi pubblici; a fattori culturali, quali la mancata redistribuzione dei ruoli all'interno della famiglia e l'enfaticizzazione dell'importanza di evitare l'istituzionalizzazione della 3° e 4° età; alla minore offerta di cura all'interno della famiglia, a causa del maggiore tasso di occupazione femminile, della tendenza a posticipare l'età della pensione, dell'aumento di famiglie non multigenerazionali e degli anziani soli; all'appetibilità decrescente di questi lavori per la manodopera autoctona, anche dovuta alla "colonizzazione" di questo settore da parte di lavoratrici migranti; alla presenza di un'offerta che alimenta la domanda rendendo possibile un risparmio rispetto al costo medio del ricovero in istituto, ma livellando salari e tutele verso il basso.

Lo scenario che si profila, dunque, è quello di una crescita del protagonismo migrante nell'offerta di servizi di welfare. Un protagonismo tuttavia che ha più il sapore di una delega che di una politica consapevolmente perseguita dalle istituzioni e che può crescere nel contesto di una progressiva espansione del mercato, per via della crescente privatizzazione e terziarizzazione della cura e dei servizi di assistenza socio-sanitaria.

Come nota uno dei partecipanti, sul medio e lungo termine lo scenario italiano resterà quello di: "un contesto basato su uno strutturale sostegno all'immigrazione come strumento per soddisfare l'elevato fabbisogno assistenziale del nostro Paese, direttamente (attraverso le sanatorie susseguitesi negli anni) ed indirettamente (tramite il mantenimento ed espansione dei programmi di *cash-for-care*)".

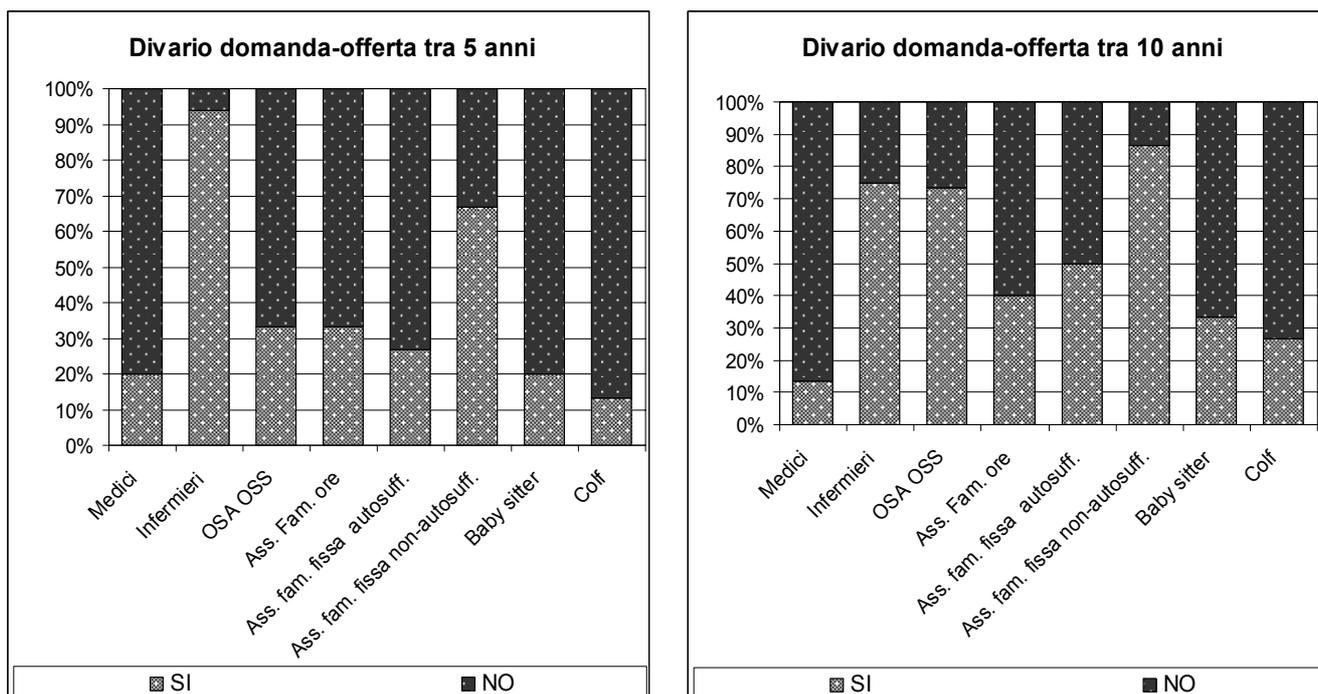
Da questo punto di vista, c'è un diffuso consenso sul fatto che l'Italia, in mancanza di serie riforme, sia destinata ad aumentare la distanza da altri paesi europei dove – grazie al ridotto invecchiamento della popolazione, alla maggiore offerta di servizi, alla diversa regolazione del mercato del lavoro e al tentativo di potenziare l'offerta interna prima di reclutare quella internazionale – la domanda di lavoro di cura straniero potrebbe essere più limitata, anche se comunque in aumento.

L'Italia dunque continuerà ad affidarsi ad una manodopera importata dall'estero per rispondere a una crescente domanda di servizi in segmenti importanti della propria filiera di welfare. Ma in che misura, negli anni a venire, il fabbisogno di lavoratori immigrati potrà essere soddisfatto attraverso i meccanismi del mercato? E che tipo di sostenibilità può avere un sistema di welfare così costruito?

Come accennato all'inizio del paragrafo, contrariamente a quanto emerge dal dibattito pubblico, la maggior parte degli esperti giudica che proprio nei settori dove la domanda di cura sarà più forte, l'insufficiente offerta di lavoro autoctono non potrà essere esaurientemente compensata dall'arrivo di nuove forze-lavoro dall'estero.

I partecipanti sembrano concordare sulla possibilità che si verifichi un divario tra domanda e offerta di lavoro per infermieri e assistenti familiari per non autosufficienti in co-residenza, sia sul medio che sul lungo termine. Sul lungo termine c'è un diffuso consenso sul fatto che si delineerà un divario tra domanda e offerta di lavoro anche per le funzioni di OSA e OSS. Tale problematica non si pone per i medici, mentre per quanto riguarda le altre categorie (baby sitter, colf, assistenti familiari a ore e in co-residenza per autosufficienti) le opinioni degli esperti appaiono più divergenti.

Tabella 3 – Divario tra la domanda e l’offerta di lavoro tra 5 e 10 anni nella filiera del welfare (I grafici si riferiscono ai soli rispondenti)



Per quanto riguarda il settore dell’assistenza alla persona (con particolare riferimento al lavoro in co-residenza per non autosufficienti), le risposte degli esperti inducono ad evidenziare 4 importanti tendenze che, con l’avanzare degli anni, possono portare ad un divario crescente tra domanda e offerta di lavoro e ad una progressiva insostenibilità di un sistema che vede l’erogazione di cura strutturalmente affidata a manodopera migrante.

In primo luogo gli esperti ritengono che aumenterà un’offerta di lavoro ad ore da parte delle donne immigrate, mentre da parte delle famiglie sarà più elevata una domanda di lavoro in co-residenza. Tale problematica si era posta già alla fine degli anni ’60, quando la manodopera di cura era quasi esclusivamente italiana e cominciava a mostrarsi sempre meno disposta a vivere sotto lo stesso tetto con i datori di lavoro. Proprio il radicarsi di tale fenomeno ha concorso, a partire dagli anni ’80, alla necessità di reclutare manodopera estera, e i frammentati tentativi da parte del governo italiano volti a gestire il flusso di lavoratori di cura proveniente dall’estero, sono stati proprio tesi a vincolare la presenza straniera al settore della co-residenza (Colombo 2003: 323; Andall 2000; Sarti 2004)⁹.

Oggi, dopo oltre un trentennio di progressivo inserimento dei lavoratori stranieri nel settore della cura (nel 1982 essi occupavano il 5,6% della forza lavoro inserita in questo segmento, oggi come si è detto, oltre l’80%), questo problema comincia a porsi per la manodopera migrante.

Le donne straniere inserite da più anni nel settore dell’assistenza alle famiglie aumentano, infatti, il proprio livello di integrazione socio-professionale e avvertono – come dimostrato da diverse ricerche – l’esigenza di una mobilità sociale che le porti a trovare un lavoro ad ore, un domicilio proprio e ad ottenere la possibilità di ricongiungere i propri familiari nel paese di arrivo. Al tempo stesso, le nuove arrivate, si inseriscono in catene migratorie già forti (anche se con le dovute distinzioni a seconda delle comunità migranti) che rendono loro possibile una maggiore indipendenza socio-economica e dunque una minore malleabilità rispetto alle

⁹Facciamo riferimento in particolare alla Legge n°943/86 e alla Circolare del Ministero del Lavoro n°156/91.

esigenze del mercato¹⁰. Come nota uno degli esperti, il risultato di questo fenomeno è già visibile in numerosi contesti territoriali (come ad esempio a Milano, Lodi, Brescia, Roma, Pordenone, Maniago e S. Vito al Tagliamento in Friuli Venezia Giulia)¹¹, dove gli sportelli per l'incontro tra domanda e offerta di lavoro “a fronte di una richiesta di assistenza a tempo pieno in regime di co-residenza da parte delle famiglie, registrano una ridotta disponibilità delle assistenti, che cercano prevalentemente di lavorare a ore”.

Il secondo elemento che porterà ad un aumento del divario tra domanda e offerta di lavoro nel settore dell'assistenza alla persona deriva dall'insostenibilità finanziaria di questo mercato. Da questo punto di vista, le risposte degli esperti mettono in evidenza una situazione paradossale. Il mercato della cura, così come oggi si presenta, può reggersi unicamente su una condizione di soggiogazione, bassi salari e scarse tutele delle lavoratrici migranti. Il bilancio delle famiglie a medio e basso reddito, da cui proviene una parte importante della domanda di cura privata, non consente un vero sviluppo del settore. E' dunque un segmento del welfare che si sostiene “mangiando” welfare.

Nel futuro, però, questo contraddittorio equilibrio potrebbe rompersi. In un contesto di ridottissima crescita del reddito pro-capite, l'erosione della capacità di spesa delle famiglie, pur a fronte di un elevato bisogno di cura, potrebbe spingere ad un livellamento delle tutele verso il basso (salari più bassi e maggiore irregolarità). Questa tendenza sarà rafforzata in modo ancora più drammatico dopo il prossimo decennio, quando, come nota uno degli esperti, “arriveranno alla vecchiaia molte persone con pensioni molto basse, verosimilmente insufficienti ad assumere una badante a tempo pieno”.

Contestualmente, la politica di lotta al sommerso e all'evasione fiscale potrebbe invece indurre un innalzamento dei costi, rendendo meno accessibile alle famiglie il ricorso alla cura privata. Una delle partecipanti evidenzia inoltre come nel futuro la presenza in Italia di un'offerta disponibile a lavorare nel settore della cura dipenderà dalla capacità del nostro paese di vincere la concorrenza di altri paesi europei nell'attrarre manodopera migrante: “i flussi migratori probabilmente saranno quantitativamente e qualitativamente sufficienti solo se emigrare in Italia sarà più facile che emigrare in paesi più “attraenti” e se si garantiranno adeguati diritti civili e tutele agli immigrati”. Politiche volte a garantire tali condizioni, tuttavia, si rivelano un ulteriore elemento che rischia di rendere: “molto (troppo) caro il lavoro potenzialmente impiegabile nel settore domestico e in quello dell'assistenza familiare privata”.

In terzo luogo, alcuni esperti temono che la domanda di assistenza per i grandi vecchi (+ 80 anni) cresca oltre la capacità di auto-regolazione del mercato, pur in presenza di un alto livello di informalità e sommerso.

Infine una delle partecipanti al delphi nota come “la sostenibilità della domanda è assicurata dall'equilibrio tra quattro condizioni demo-economiche che rendono possibile assumere e coordinare il lavoro di cura privato: 1) sommerso che abbassa i costi, 2) offerta di lavoratori immigrati abbondante 3) scarsa partecipazione delle donne al mercato del lavoro che abbassa il costo/opportunità del lavoro di cura 4) anziani all'interno di una rete familiare che coordina il servizio di badantato. Se cambiano questi fattori (e nel futuro potrebbero cambiare, ad esempio a causa del crescente numero di anziani soli), il modello della badante straniera potrebbe divenire inapplicabile” (Bettio Solinas 2009).

Come evidenziato dal grafico, la maggior parte dei partecipanti al Delphi ritiene che anche nei gradini più alti delle professioni del welfare, la crescente domanda di lavoro potrebbe non trovare un'offerta adatta.

¹⁰ Su queste tematiche interessanti riflessioni sono state svolte dall'IRS. Si veda: IRS 2006, IRS 2007 e Pasquinelli Rusmini 2008.

¹¹ Si veda a questo proposito l'archivio del sito www.qualificare.info dove sono riportati i risultati di diverse sperimentazioni di gestione del lavoro di cura avviate a livello locale.

Nel settore infermieristico, come accennato all'inizio del paragrafo, si registra una carenza di offerta autoctona per via di un iter formativo e condizioni di lavoro troppo 'pesanti' a fronte di stipendi ridotti: "in un contesto in cui aumenta il fabbisogno di cure, al pensionamento o pre-pensionamento della manodopera occupata nel settore, non corrisponde un'offerta formativa in grado di garantire l'ingresso nel mercato di un numero sufficiente di nuove leve (attualmente sottodimensionata di circa il 50%)". La capacità di espansione del settore è limitata, del resto, dall'assenza di adeguate risorse di bilancio che porta all'assenza/blocco di assunzioni e concorsi.

Pur a fronte di una crescente domanda di personale infermieristico, difficilmente la manodopera migrante riuscirà ad inserirsi in questo settore. Il principale motivo che porta a tale situazione è senz'altro la difficoltà di accesso da parte dell'offerta straniera ad un mercato altamente regolato e con elevati standard di qualificazione in entrata: il mancato riconoscimento dei titoli di studio acquisiti nei paesi d'origine e l'impossibilità da parte dei lavoratori stranieri di partecipare a concorsi pubblici, costituiscono i principali ostacoli in questo senso.

Cresce, inoltre, la domanda di nuove specializzazioni, difficilmente in possesso della manodopera migrante: ad esempio aumenta la richiesta di personale infermieristico altamente specializzato che al contempo abbia una preparazione psicologica di relazione e di aiuto per il paziente e la famiglia.

Ai problemi sopra elencati si aggiunge la minore capacità di attrazione dell'Italia – rispetto ad altri paesi europei – di personale infermieristico. Come nota uno dei partecipanti: "Vi è una competizione internazionale tra paesi sviluppati per attirare medici e infermieri dal resto del mondo, destinata a protrarsi nel tempo a causa dei noti fenomeni di invecchiamento della popolazione e dell'insufficiente offerta interna. L'Italia non vi rientrerà per quel che riguarda i dottori ma invece lo farà per le infermiere". La minore capacità attrattiva dell'Italia rispetto a paesi ricchi è del resto già evidente come dimostrato dal fatto che "la recente tendenza di alcuni Paesi del Nord Europa (Irlanda, Regno Unito e Germania in primis) a ridurre il protezionismo nei confronti di flussi regolari e "mirati" di immigrati sta già gradualmente modificando la direzione dei flussi dall'Est Europeo, riducendone la "pressione" nei confronti dell'Italia dopo un quinquennio (2002-2007) certamente storico in tal senso".

Infine viene evidenziato un problema di ordine "razziale" che frena l'incontro tra domanda e offerta di lavoro tanto nel settore infermieristico che in quello socio-sanitario. Come nota un esperto: "Rispetto ai fattori che influenzano i divari, sia in una direzione che nell'altra, un ruolo importante è giocato dalle resistenze culturali al cambiamento e quindi anche dal permanere di alcuni stereotipi che impediscono un equilibrio. Questi stereotipi possono riguardare gli stessi immigrati (o immigrate) che continuano ad essere considerati/e "badanti", senza capire il processo di emancipazione e sviluppo a cui sono interessate".

Gli esperti concordano sul fatto che nonostante gli elementi sopra accennati configurano un rischio di *labour shortage* crescente ai vari gradini della filiera del welfare, tale problematica continua a risultare assente nell'agenda politica italiana (anche a livello locale). Quest'ultima resta centrata su questioni legate all'emergenza e al riordino dell'esistente (ad es. attraverso progetti di riduzione del lavoro nero ed aumento della qualificazione del lavoro di cura), piuttosto che su obiettivi di medio e lungo termine. Non solo. Alcune politiche, secondo alcuni esperti, possono avere come conseguenza indiretta addirittura l'aumento del divario tra domanda e offerta di lavoro nei settori esaminati. La disomogeneità nelle politiche di integrazione portata avanti dagli enti locali, ad esempio, inibisce la mobilità interna dei lavoratori, favorendo una maggiore scarsità di lavoro in alcune realtà locali; il recente riconoscimento accordato a percorsi formativi in ambito infermieristico e socio-sanitario, non essendo sostenuto da un aumento di risorse volte ad sostenere l'assunzione di personale più qualificato, può contribuire ad aumentare il divario tra domanda e offerta in questo campo. Lo stesso può avvenire come conseguenza di un aumento dei diritti e delle tutele sociali nel

settore, ad esempio come conseguenza dell'adozione del contratto nazionale colf. A ciò si aggiungono politiche migratorie centrate su un'ottica che punta a ridurre il flusso dai paesi terzi piuttosto che ad attrarre e promuovere l'impiego qualificato dei migranti.

3. I FLUSSI INDIRIZZATI ALLA CURA SI ESAURIRANNO?

Per quanto riguarda il settore della cura, negli ultimi anni siamo stati abituati ad associarlo non solo al lavoro della manodopera straniera, ma anche, più specificatamente, al servizio di alcune comunità immigrate, in particolare quelle di origine est europea. Se la regolarizzazione del 2002 ha rappresentato una vera e propria epifania, una rivelazione largamente inattesa, che ha innescato una definitiva presa di coscienza sul “fenomeno badanti” (Pastore Piperno 2006), essa ha anche segnato l'avvio di una marcata ‘colonizzazione’ del settore da parte della comunità est europea, passata rispetto all'anno precedente dal 21% al 54,3% sul totale della manodopera impiegata (Istat 2006). Non a caso, secondo alcuni osservatori (Bettio, Solinas 2009), è stato proprio il flusso migratorio dall'Europa dell'Est, seguito al crollo dei regimi comunisti, a trasformare il settore della cura agli anziani in Italia, rendendo la cura privata un fenomeno di massa. Si afferma, in altri termini, una dinamica secondo cui, se da una parte la domanda di cura seleziona i flussi dall'Est, ritenuti culturalmente più vicini, e li rimodella rafforzandone la componente femminile, dall'altra il radicamento di tali catene migratorie, come accennato nel precedente capitolo, influenza ed espande, a sua volta, la domanda di cura (e la dipendenza delle famiglie dal settore privato).

Ma questo circuito che si autoalimenta e, oggi, è in gran parte sostenuto dalle migrazioni provenienti dall'Est, è destinato a durare nel tempo? La risposta a tale domanda deriva dalla possibilità che il flusso dall'Europa dell'Est, che negli ultimi anni è fortemente cresciuto (sono est europee 3 delle principali comunità oggi in Italia), continui ad espandersi o quanto meno si mantenga stabile e, nel caso esso si esaurisca, dal grado di adattabilità di altri flussi migratori al mercato della cura italiano.

Secondo diversi esperti, le migrazioni est-europee sarebbero destinate ad indebolirsi gradualmente a causa del progressivo invecchiamento della popolazione che si registra nei paesi di origine, del catching-up economico che coinvolge specialmente i nuovi paesi membri e, per quanto riguarda l'Italia, della crescente concorrenza da parte di paesi più ricchi del nostro che, come la Gran Bretagna, tendono ad attrarre flussi est europei ritenuti di più facile integrazione nella società autoctona. E' probabile che la crisi economica e finanziaria che oggi investe con particolare durezza alcuni paesi dell'Est, tra cui Romania e Ucraina, frenerà questa tendenza, ma solo parzialmente e sul breve termine.

Nel novembre 2008 la Commissione Europea dichiarava che: “si può ritenere che i flussi di mobilità dai paesi UE-2 e UE-8 abbiano già raggiunto la loro punta massima e che gran parte degli spostamenti intracomunitari sia di natura temporanea. La rapida crescita dei redditi e della domanda di manodopera nei paesi di origine, in concomitanza con il grande ridursi del numero di giovani disposti ad emigrare, ha per effetto una diminuzione dei flussi di lavoratori e porterà probabilmente ad un ulteriore calo dell'offerta di manodopera proveniente dai paesi dell'Unione Europea (Commissione delle Comunità Europee 2008: 16)”.

Già un anno prima Blangiardo notava come sebbene: “appare incontestabile il carattere strutturale del recente cambiamento nella direzione dei flussi che ha portato al primato est europeo, meno convincente risulta la possibilità che esso vada consolidandosi nel tempo e che l'Est Europa sia destinata a continuare a svolgere in futuro un ruolo di protagonista verso il nostro paese. (...) Tra il 2010 e il 2015 due “grandi fornitori” dell'immigrazione oggi giorno

diretta in Italia, Romania e Ucraina, si troverebbero ad affrontare un progressivo calo dell'offerta di lavoro locale ed è verosimile immaginare che, con tali premesse, la forza espulsiva di lavoratori verrà fortemente attenuata, se non del tutto annullata (Blangiardo 2008: 44-45)".

Abbiamo posto agli esperti una domanda circa il futuro delle migrazioni est europee dirette all'Italia. Su 16 rispondenti, 9 ritengono che sul medio e lungo termine i flussi dall'Europa dell'Est diminuiranno: specie per quanto riguarda la Romania, mentre rispetto all'Ucraina si registra una maggiore incertezza. Quasi tutti ritengono che tale diminuzione avverrà tra i 5 e i 10 anni, mentre uno degli esperti colloca tale possibile sviluppo nel periodo immediatamente successivo (a partire dal 2020). L'opinione dei partecipanti, appare dunque piuttosto spaccata, e conferma solo in lieve misura le previsioni di chi ritiene prossima una diminuzione dei flussi dall'Est. E' però interessante notare come su 7 partecipanti che ritengono che i flussi dall'Est Europa non diminuiranno nei prossimi 10 anni, 3 di essi (dunque circa la metà) ritengono che essi sono tuttavia destinati a trasformarsi e rischiano di essere sempre meno adattabili alla domanda proveniente dal mercato della cura. Tale sviluppo è dovuto alla tendenza – già rilevata da alcuni osservatori (Ricci 2008) - da parte di alcune comunità est europee (specie quella rumena) a dividersi tra chi punterà ad un inserimento stabile nel nostro paese e chi aumenterà la propria mobilità (circolarità, ritorno, spostamento verso altri paesi europei).

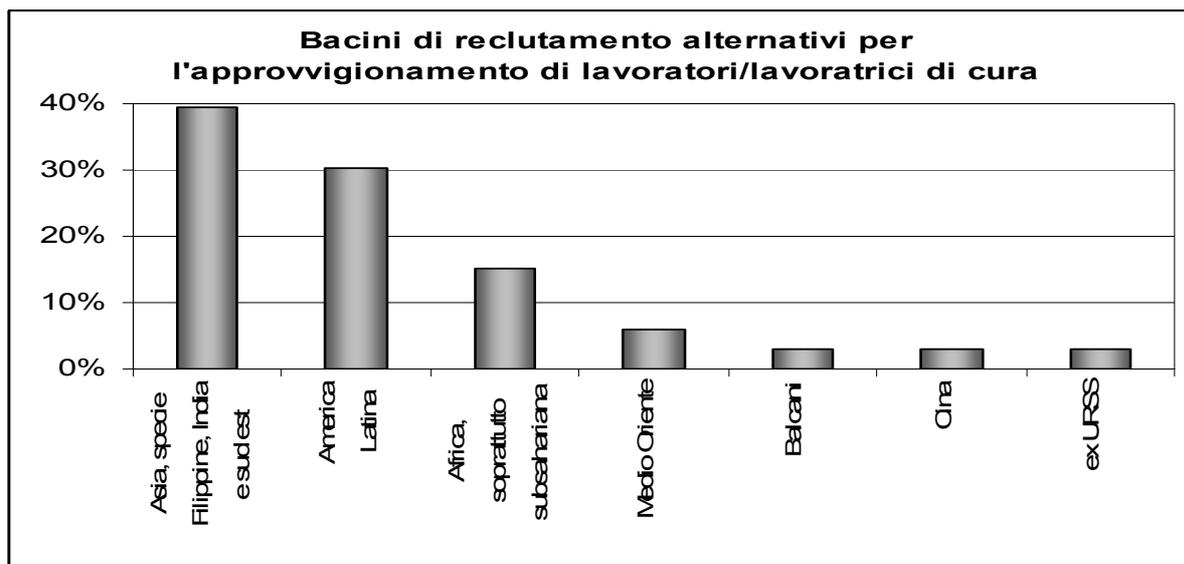
Una maggiore integrazione, come già accennato, ridurrà la malleabilità della manodopera est europea alle richieste del mercato della cura. A questo proposito un partecipante nota come: "Se, da un lato, immaginiamo che il bacino di reclutamento delle operatrici continuerà ad essere ricco, prevediamo tuttavia che non sarà facilmente adattabile come lo è stato negli anni passati. Secondo i nostri studi e l'opinione di alcuni testimoni privilegiati, si evidenzia già da parte delle assistenti familiari una notevole presa di coscienza dell'importanza del proprio ruolo e di quelli che sono i propri diritti. Questo si traduce, nei territori dove la domanda di cura è forte, in una minore disponibilità ad andare incontro acriticamente alle richieste (totalizzanti) di assistenza da parte delle famiglie".

L'aumento della mobilità della comunità est europea, a sua volta, renderà più difficile l'incontro tra domanda e offerta di lavoro. Come chiarisce uno degli esperti si prevede: "un elevato turn over della comunità est europea, con possibile insoddisfazione reciproca di lavoratori (basso stipendio e limitate possibilità di carriera, rischi di disoccupazione tra un datore di lavoro e l'altro) e dei datori di lavoro (qualità del lavoro percepita come poco qualificata, inaffidabilità, durata dei rapporti di lavoro troppo corta, e differenze culturali talvolta vissute con diffidenza)".

Resta ora da chiedersi quale impatto possa avere la riduzione e la trasformazione dei flussi provenienti dall'Europa dell'Est sul più complessivo approvvigionamento di lavoratori da destinare al mercato della cura.

In generale i partecipanti ritengono che ci saranno sempre bacini di reclutamento alternativi: Asia e America Latina in primo luogo e Africa, specie sub-sahariana, a seguire.

Tabella 4 Bacini di reclutamento alternativi per lavoratori/lavoratrici di cura



Come chiarisce uno dei partecipanti: “In ogni caso la presenza di una domanda di personale in Italia attiverà sempre facilmente fenomeni migratori da qualche parte nel resto del mondo, anche grazie a rapidi cambiamenti dei paesi di origine, perché fuori dall’Europa i divari di reddito rimarranno enormi e in Italia le politiche di controllo delle frontiere non sono in grado di funzionare in presenza di una domanda solvibile da parte delle famiglie italiane”.

Resta tuttavia da capire quanto tali flussi si riveleranno adatti a mantenere il sistema della cura privato così come oggi si presenta. Su quest’ultimo tema le opinioni degli esperti divergono sostanzialmente.

A un estremo vi è chi ricorda come nell’ultimo trentennio abbiamo assistito a un continua trasformazione dei bacini di reclutamento di manodopera straniera rivolta al mercato del lavoro domestico e di cura. Negli anni ’80 erano soprattutto le donne capoverdiane e quelle del Corno d’Africa a prestare servizio presso le famiglie italiane. Successivamente gli asiatici (filippini e cingalesi) hanno occupato quote sempre più ampie di questo mercato, e solo dal 2002 si sono affermati gli immigrati provenienti dall’Europa dell’Est. Come evidenzia una delle partecipanti: “un ulteriore cambiamento finirebbe dunque per inserirsi in un contesto in cui la trasformazione è la norma e non porterebbe sconvolgimenti particolari”.

Diversa è l’opinione di quanti ritengono che: “Per quel che riguarda il personale meno qualificato di assistenza familiare, non è prevedibile uno scenario di scarsità assoluta di lavoratori stranieri in Italia”, ma che malgrado ciò potrebbero approfondirsi i problemi di mismatch tra domanda e offerta di lavoro. Come nota uno degli esperti “già oggi convive una disoccupazione femminile elevata delle donne straniere (oltre il 10%, notevolmente superiore a quella delle italiane), con un loro basso tasso di partecipazione al mercato del lavoro, e la percezione italiana che mancano le colf e le badanti straniere”. Tale divario potrebbe essere ulteriormente approfondito a causa dell’acuirsi di una questione culturale, dovuta alla maggiore distanza culturale, linguistica, religiosa che caratterizza i nuovi flussi in arrivo, specie se di origine islamica (si veda a questo proposito Schierup Hansen Castles 2006: 34, 45).

All’estremo opposto, vi è infine chi ritiene che nella prospettiva di un progressivo esaurimento delle migrazioni dall’Est, il modello badanti così come oggi lo conosciamo, non si dia più.

L’inserimento nel mercato del lavoro di donne che vengono da paesi molto lontani aumenta le esigenze di inserimento nella società italiana e di ricongiungimento familiare e, dunque,

riduce ulteriormente la disponibilità alla co-residenza. Come nota una delle partecipanti: “diminuirebbe l’immigrazione temporanea e ‘a staffetta’ o ‘rotazione’ (in particolare fra le donne dell’est che curano gli anziani) e aumenterebbe l’immigrazione di lungo periodo, con chiare esigenze di integrazione sociale e di prospettive di carriera”.

Il divario culturale e l’indisponibilità da parte degli stessi migranti provenienti da alcuni paesi (si pensi ad esempio alle migrazioni africane di carattere prevalentemente maschile) ad inserirsi nel mercato della cura sono ulteriori fattori che potrebbero contribuire a una scarsità assoluta di manodopera nel settore. Due degli esperti consultati ad esempio scrivono: “Non crediamo che da altre zone economicamente depresse, quali potrebbero essere Africa e Asia possano giungere nuove ondate di donne disponibili (o ritenute adatte) a lavorare come operatrici socio-sanitarie o badanti”. Simile la conclusione di un altro partecipante, il quale ritiene che: “Se, allo stato attuale, l’immigrazione sembra essere una risorsa sufficiente per soddisfare la domanda, questo potrebbe non essere più così vero nel medio termine – se ad esempio dovesse verificarsi la già discussa possibile riduzione delle migrazioni in provenienza dall’Europa dell’Est”.

4.L’IMPATTO DELLE MIGRAZIONI DI CURA SUL WELFARE ITALIANO

Per lungo tempo il ricorso a manodopera migrante è stato considerato lo strumento adatto a conseguire una sorta di “quadratura del cerchio” per quanto riguarda il settore della cura in Italia. Esso rende infatti possibile per le famiglie italiane disporre di servizi di cura personalizzata, a basso costo e a domicilio, mentre il governo può limitare la spesa sociale: il Ministero del Lavoro nel 2007 stimava che il ricorso a manodopera di cura, aveva consentito un risparmio pubblico di 6 miliardi di euro in mancate prestazioni socio-assistenziali¹². Al risparmio diretto si aggiunge del resto un flusso aggiuntivo di risorse che indirettamente discende da questa “internazionalizzazione” del welfare: la presenza di sostegno familiare permette, di fatto, a molte donne italiane di entrare sul mercato del lavoro, aumentando il Pil, i redditi familiari ed i versamenti di tasse e contributi. A loro volta, colf e badanti straniere contribuiscono al bilancio statale versando tasse e contributi, anche se – data l’esiguità del reddito – in misura ridotta.

Solo in anni recenti esperti e *policy maker* hanno cominciato a considerare l’impatto negativo di una dipendenza così forte del settore della cura dal lavoro straniero.

Abbiamo chiesto agli esperti quali fossero a loro parere i principali rischi in questa direzione. Le risposte hanno evidenziato tre problematiche principali.

LA COMMODIFICATION DEL WELFARE RIDUCE IL SENSO DI APPARTENENZA CIVICA

Prima tra tutte, è stata menzionata una questione di ordine culturale. La così detta *commodification* del welfare, ovvero l’affidamento ad una logica di mercato di un settore che finora trovava la propria ragione d’essere in un principio di solidarietà, è già di per sé un fatto considerato con inquietudine da molti osservatori. Un esperto osserva come: “si riduce sempre di più la fiducia da parte delle famiglie italiane nella capacità del welfare pubblico di far fronte a una domanda di cure essenziali, mentre si afferma l’idea che sia necessario ‘arrangiarsi’ sfruttando le opportunità più o meno trasparenti offerte dal mercato”.

¹² Intervento di Lea Battistoni, Direttore Generale del Ministero del Lavoro al XVIII Congresso Nazionale delle Acli-Colf, Roma 6 maggio 2007.

Se è vero che il senso di appartenenza a una nazione – e dunque di cittadinanza – nasce proprio dalla consapevolezza di poter avere, a fronte di una serie di doveri, il diritto a una protezione sociale, a un welfare redistributivo, si comprende come sia lo stesso senso civico ad essere messo in discussione (si veda anche Schierup Hansen Castles 2006: 54; Dahrendorf 1985: 2006).

Come nota uno dei partecipanti, sembra che : “le lancette dell’orologio del welfare italiano abbiano fatto qualche giro a ritroso, riprendendo, anche se con modifiche, alcuni riferimenti “liberali” che erano stati superati negli anni Ottanta. Questa situazione però segue un andamento “selvaggio” e non risponde propriamente ad un disegno di “meno stato e più mercato” che potrebbe essere anche condiviso e sviluppato. Ciò che si crea è fuori dalla programmazione e quindi motivo di squilibri e di confusione, specialmente sul piano della sostenibilità e su quello della qualità”.

A tale problematica, si affiancano ulteriori rischi più immediatamente pratici.

SCADIMENTO E DEQUALIFICAZIONE DEL SETTORE DELLA CURA A DOMICILIO

Viene avvertita, da quasi tutti gli esperti, la preoccupazione di uno scadimento e di una dequalificazione del settore della cura a domicilio. Lo sviluppo di un mercato della cura è al tempo stesso conseguenza e causa di un forte disinvestimento da parte dello Stato italiano in politiche di welfare, specie dirette alla cura di lungo termine. Il nostro paese, come ricorda uno dei partecipanti: “è uno dei paesi in Europa con la minore crescita di servizi pubblici dedicata agli anziani negli ultimi 10 anni e l’unico Stato in cui, a fronte di un aumento della popolazione anziana, il tasso di copertura dei servizi residenziali si è addirittura ridotto negli ultimi 10 anni”.

Il mercato privato che viene affermandosi, se da una parte compensa il vuoto lasciato dal pubblico, dall’altra si rivela – come è ampiamente noto – fortemente carente sia dal punto di vista delle condizioni che della qualità del lavoro.

Lo scadimento del settore della cura deriva del resto anche dal progressivo emergere di una forte segmentazione tra servizi. Secondo una delle partecipanti al Dlephi: “Il ricorso alla manodopera straniera per rispondere al bisogno di servizi alla persona a domicilio e per deistituzionalizzare l’assistenza si è associato a una segmentazione del mercato della cura. Le divisioni tra le diverse forme di organizzazione del rapporto di lavoro (cooperativa, istituzione, mercato “privato” della cura) e tra economia formale e informale si sono rafforzate e moltiplicate. Questa frammentazione e gerarchizzazione del mercato non favorisce ma ostacola un processo di qualificazione dei lavori della cura”. Mentre un’altra esperta nota come: “si definisce un problema di difficile integrazione tra la figura delle assistenti familiari, che rappresentano ormai un fondamentale elemento dell’odierna rete assistenziale dell’anziano non autosufficiente, e gli altri snodi di detta rete, costretti a rivedere il proprio ruolo in funzione di questo nuovo attore”.

Tale segmentazione si risolve, in alcuni casi, addirittura in aperta concorrenza. A questo proposito, una partecipante evidenzia che: “la cooperazione sociale, che è stata tra gli inventori e attuatori più importanti dell’assistenza domiciliare, vede con preoccupazione questa possibile area di competizione. Il problema non sta nella presenza di questo personale straniero che copre bisogni non evasi, ma nel possibile gioco al ribasso che le politiche pubbliche possono attivare in questo settore, affermando la percezione secondo cui il lavoro di cura non richiederebbe alte professionalità e una struttura a rete tra diversi attori del territorio”.

NUOVE FASCE DI EMARGINAZIONE TRA IMMIGRATI E ITALIANI

Gli esperti rilevano inoltre la paradossale situazione di un sistema di welfare che si afferma riducendo il livello complessivo di coesione sociale ed estendendo le fasce di emarginazione.

Il ricorso al lavoro domestico e di cura privato si basa, infatti, spesso sullo sfruttamento di persone che finiscono per lavorare in condizioni inferiori a qualsiasi standard nazionale e per essere escluse da ogni possibilità di integrazione socio-lavorativa. Tale situazione di emarginazione può ricadere anche sui figli delle assistenti familiari, aumentando i problemi legati alle seconde generazioni. A lungo termine è possibile immaginare anche la presenza di: “numerosi lavoratori che saranno rimasti in Italia fino alla vecchiaia ma avranno troppi pochi versamenti per finanziare anche solo una pensione minima con un sistema contributivo” e si trasformeranno dunque in nuovi pensionati sociali. A ciò si aggiunge la prospettiva di una crescente emarginazione che sul medio e lungo termine potrebbe investire gli stessi anziani italiani, specie in un contesto di riduzione di redditi e pensioni. Come chiarisce uno dei partecipanti: “gli anziani e le loro famiglie vanno/andranno sul mercato privato per “comparare” cura e assistenza e, ovviamente, acquisteranno servizi la cui qualità dipenderà dalla condizione economica dell’anziano (e delle famiglie). Si genereranno quindi iniquità nell’accesso a tali servizi e, dato il peso crescente che l’assistenza in età anziana avrà nella nostra società, tale sperequazione potrebbe aumentare considerevolmente il tasso di povertà degli anziani. Si tratterebbe di un fenomeno nuovo nel panorama distributivo degli ultimi decenni dove la popolazione 65+ ha avuto un tasso di povertà significativamente inferiore al resto della popolazione. A questo fenomeno va aggiunto il futuro calo degli import pensionistici rispetto ai redditi in età lavorativa. In sintesi, lasciare al settore privato questa componente di servizi che sarà cruciale per gli anziani nei prossimi anni potrebbe generare un nuovo fenomeno di povertà oltre i 65 anni dai delicati risvolti sociali”.

L’IMPATTO DEL RICORSO A MANODOPERA STRANIERA NEL SETTORE INFERMIERISTICO

Anche l’inserimento di manodopera straniera nel settore infermieristico ha un impatto sulla modalità di erogazione di questo servizio. A fronte di crescenti opportunità e miglioramenti nati dal confronto tra diverse esperienze professionali, sorgono nuovi problemi legati alla carente conoscenza della lingua italiana e – in alcuni casi – a una preparazione pratica non adeguata al livello richiesto dalle aziende italiane. L’esiguità delle infermiere straniere (meno di 7.000 nel 2005 contro circa 700.000 colf e badanti), rende però più debole l’impatto di questo flusso migratorio sul nostro sistema di welfare e meno impellente l’urgenza di politiche volte ad ammortizzare le esternalità negative legate all’utilizzo di tale risorsa. Diversa la situazione nel settore dell’assistenza familiare.

L’ATTIVAZIONE DI POLITICHE PER LA PROMOZIONE DEL LAVORO DI CURA A LIVELLO LOCALE E NAZIONALE

Negli ultimi anni, i principali squilibri cui si è fatto cenno sono di fatto stati oggetto di una serie di politiche e sperimentazioni portate avanti da numerosi Enti Locali in quasi ogni regione d’Italia, dal nord al sud del paese. Le iniziative locali sono state finalizzate a favorire: l’emersione del sommerso e la sostenibilità della domanda grazie a strategie di accompagnamento sociale e finanziario alle famiglie (mediante voucher e assegni di cura); la regolazione e la qualificazione del mercato della cura attraverso interventi di formazione delle assistenti familiari, incontro tra domanda e offerta di lavoro, istituzione di albi professionali; l’integrazione e il sostegno psico-sociale delle lavoratrici straniere mediante l’erogazione di servizi di ascolto e counseling e l’allestimento di punti-incontro; il superamento dell’attuale segmentazione tra servizi diversi, attraverso la messa in rete del lavoro di cura con altri soggetti del territorio (Piperno 2008).

A fronte di una ricca sperimentazione locale, l’iniziativa nazionale è stata piuttosto carente. Nel corso del 2007 il governo italiano ha mostrato un interesse a gestire il lavoro di cura straniero nel quadro di una più ampia programmazione nazionale¹³; tuttavia, più recentemente

¹³ Di seguito vengono elencate le iniziative più importanti che, nel corso del 2007, hanno teso in questa direzione: Il Contratto Nazionale per le colf approvato nel febbraio 2007, che per la prima volta ha dato un

– pur a fronte di un maggiore numero di quote riservato all’ingresso di lavoratrici di cura – nelle azioni del Governo non emerge alcuna attenzione particolare al riconoscimento e alla qualificazione del lavoro svolto dalle assistenti familiari e all’inclusione della cura privata in una rete di welfare mix coordinata e monitorata a livello centrale.

Come si evince dalla tabella 5, il taglio disposto dall’attuale legge finanziaria a numerose voci di spesa sociale, riduce anche sul medio termine la possibilità di un lavoro incisivo a favore di una coerente gestione del lavoro migrante diretto al settore della cura.

Tabella 5 – Spesa destinata al sociale previste dalle leggi finanziarie (2008-2011) (milioni di euro)

Voci previste in finanziaria	2008	2009	2010	2011
Fondo da ripartire per le politiche sociali	1.528	1.312	1.029.	961
Sostegno alla famiglia	273	187	186	138
Promozione dei diritti e delle pari opportunità	44	30	3	2
Promozione dei diritti e delle opportunità per l’infanzia e l’adolescenza	206	44	40	40
Aiuto alla non autosufficienza	299	399	-	-
Fondo nazionale per l’inclusione degli immigrati	5	-	-	-
Aiuto pubblico a favore dei pvs	733	322	331	216

Fonti: Legge Finanziaria 2009 (n° 203/08): [<http://www.camera.it/parlam/leggi/eletenum.htm>]; [<http://www.anoss.it>]; Decreto 6 agosto 2008 del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali per il Riparto del “Fondo per le non autosufficienze” per gli anni 2008 e 2009: [<http://www.solidarietasociale.gov.it/NR/rdonlyres/E62C95AB-6ADE-4858-A5E3-9800C0ABBD95/0/Decreto6agosto2008.pdf>].

Il contenimento della spesa dovuto alla crisi finanziaria e al peggioramento di tutti gli indici macro-economici, rende ancor più difficile un percorso di questo tipo. Nonostante ciò, a livello locale, la sperimentazione di buone prassi sembra continuare e addirittura migliorare sulla base dell’esperienza passata.

Nel corso del Delphi abbiamo chiesto ai partecipanti come giudicassero le principali politiche messe a punto a livello locale e nazionale per gestire l’ingresso si manodopera straniera nel settore della cura e l’impatto che esso provoca.

La maggioranza dei partecipanti giudica positivamente le principali esperienze locali portate avanti, specie nel Nord Italia. Esse vanno nella direzione giusta, e costituiscono un importante tentativo di affrontare le principali problematiche sopra accennate.

Un giudizio particolarmente positivo viene espresso riguardo alle sperimentazioni che puntano a qualificare il lavoro di cura attraverso la definizione di profili professionali e percorsi formativi stabiliti a livello regionale (si trovano esempi in Toscana, Friuli Venezia

inquadramento nazionale a questa categoria professionale; Il disegno di legge sulla non autosufficienza collegato alla finanziaria 2008 (ddl Ferrero Turco) approvato dal Consiglio dei Ministri nel novembre 2007 che prevedeva “misure volte a favorire l’assunzione da parte dei soggetti non autosufficienti o dei loro familiari di addetti all’assistenza personale o familiare stabilite nell’ambito delle politiche coordinate dalla cabina di regia nazionale” e fissava i livelli essenziali per i servizi sociali da garantire in modo uniforme sull’intero territorio nazionale; l’intesa del settembre 2007 approvata in Conferenza Unificata tra Governo, Regioni ed Enti Locali per progetti a sostegno delle famiglie, che promuoveva un piano di qualificazione per le assistenti familiari, certificazione delle competenze e monitoraggio dei risultati ottenuti a livello locale, aprendo anche a possibili interventi nei paesi di origine; il finanziamento da parte del Ministero delle Pari Opportunità con decreto del 4-12-2007 di progetti pilota finalizzati all’emersione del lavoro sommerso nel campo del lavoro di cura domiciliare; il decreto del 12-09-07 del Ministero della Solidarietà Sociale che conteneva un avviso pubblico nell’ambito del Fondo Nazionale per l’Inclusione Sociale degli Immigrati in cui si prevedeva una speciale misura per l’inclusione socio-lavorativa delle badanti.

Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Lombardia, etc.). Il riconoscimento regionale dona forza al titolo ottenuto e consente l'accreditamento per accedere alle carriere socio-sanitarie.

Altre sperimentazioni d'interesse sono identificate nella nascita presso alcune province, di sportelli che non si limitano al semplice incontro tra domanda e offerta di lavoro di cura, ma si fanno realmente carico di accompagnare le famiglie e le assistenti familiari durante il rapporto di lavoro (ad es. prevedendo il tutoraggio delle assistenti familiari, la garanzia delle famiglie di disporre con continuità di assistenti qualificate, il sostegno agli anziani privi di rete familiare per la gestione del rapporto con l'assistente, etc)¹⁴. Secondo gli esperti, solo servizi di questo tipo possono rendere un rapporto di lavoro regolare davvero concorrenziale rispetto al sommerso. Viene lodato anche il ruolo dei Centri per l'Impiego (CpI) Provinciali quando assumono essi stessi il compito della mediazione al lavoro tra famiglie e assistenti e si pongono in rete con gli altri attori del territorio¹⁵. Secondo alcuni sarebbe utile che i CpI estendessero la propria azione anche nei contesti di origine. A tal proposito, alcuni esperti ricordano come le azioni di formazione e reclutamento in loco, promosse tra l'altro dall'intesa del 20 settembre 2007 approvata in Conferenza Unificata, mostrano potenzialità che possono essere sviluppate.

Nel complesso, tuttavia, si ritiene che le politiche avanzate risentano di una mancata pianificazione e coordinamento a livello nazionale. Ciò approfondisce la disomogeneità degli interventi sul territorio, peggiorando i divari interregionali già esistenti, e riduce la rilevanza delle politiche promosse sia in termini di numero di beneficiari che di reale efficacia dei risultati ottenuti. Un esempio evidente di questa problematica è citato da uno dei partecipanti, il quale nota come l'istituzionalizzazione della figura di assistente familiare da parte di alcune regioni (con la conseguente possibilità di riconoscimento di crediti formativi per il passaggio a profili professionali più elevati) costituisca senz'altro un passo avanti, che perde però forza in quanto la formazione non può essere riconosciuta al di fuori dell'ambito regionale. Similmente, adottare un sistema di voucher può essere utile per regolarizzare una parte importante dell'offerta, ma deve avvenire nell'ambito di un ripensamento globale dell'attuale sistema di sussidi (in particolare l'assegno di accompagnamento), che a sua volta implica la necessità di riconsiderare gli attuali sistemi di rilevazione delle risorse finanziarie della famiglia (incluso l'ISEE).

Alcuni partecipanti si mostrano inoltre scettici circa l'utilità di percorsi formativi, così come essi sono proposti oggi. Se il lavoro di assistenza familiare non viene maggiormente qualificato e riconosciuto, è assai improbabile che la manodopera autoctona e migrante decida di impegnarsi a lungo in questo settore e, dunque, l'investimento in formazione sarà sprecato. Al tempo stesso la famiglia, se non adeguatamente sostenuta finanziariamente, difficilmente sceglierà la manodopera più qualificata.

A ciò si aggiunge il problema della scarsità dei finanziamenti. Come nota uno dei partecipanti: "sebbene sempre più diffusi, i sostegni economici non sono sufficienti a stimolare la regolarizzazione dei rapporti di lavoro bastando a malapena a coprire il costo della contribuzione ed essendo erogati per periodi che alla famiglia possono apparire troppo brevi (al massimo un anno). Alla scarsità di contributi erogati a livello locale, si aggiunge il fatto che l'attuale regime fiscale non consente la detrazione del costo dell'assistenza, se non in maniera irrisoria". Se non legati alla messa in regola dell'assistente, voucher e assegni di cura finiscono inoltre per alimentare il lavoro nero.

Un rischio di fondo, sottolineato da più di un partecipante, è che le iniziative locali promosse si muovano in un'ottica di breve periodo, che dà per scontato il continuo afflusso di immigrate/i disposti a lavorare in condizioni molto dure e per salari molto bassi.

¹⁴ Esempi di questo tipo di politiche sono riportati sul sito: [www.qualificare.info].

¹⁵ Uno dei primi esempi in questo senso si è registrato a Parma nell'ambito del progetto Madreperla. Si veda Rossi 2004 e Piperno 2006.

Se da una parte si giudica impossibile rimpiazzare il badantato con un sistema di servizi pubblici come nel modello scandinavo, dall'altra si ritiene che anche politiche progressive, in grado di scommettere su un 'modello misto' che fonde badantato con servizi di integrazione, supporto e complemento da parte del pubblico, presenta punti di debolezza strutturali. Si rischia infatti di perpetuare un modello di welfare basato su compensi bassi per i lavoratori (rispetto all'impegno richiesto) e costi alti dal punto di vista delle famiglie che li impiegano.

La consapevolezza di questa debolezza di fondo motiva una presa di posizione più radicale da parte di alcuni esperti, i quali ritengono che il pubblico non debba limitarsi a svolgere una funzione di regolazione e controllo dell'incontro tra domanda e offerta nel settore privato, ma sostenere la fuoriuscita dal rapporto privatistico famiglia-assistente familiare che è la causa del protrarsi di rapporti servili (e della "fuga" dal lavoro di cura, e dunque, ancora del rischio di labour shortage)¹⁶. Il lavoro di assistenza familiare dovrebbe essere trasformato in un servizio, svolto a ore, eventualmente attraverso l'intermediazione di cooperative e/o lo sviluppo di servizi di scala.

In mancanza di tali riforme, le politiche locali rischiano di rivelarsi "ideologiche e vuote". A questo proposito una delle esperte consultate nota come: "studi empirici hanno mostrato che tutti i servizi che si occupano a vario titolo di formalizzare il rapporto di servizio domestico (collocamento, formazione professionale, assistenza amministrativa e giuridica) si scontrano con l'ambiguità tipica del rapporto di servizio domestico (Scrinzi 2003). Ogni azione di qualificazione entra inevitabilmente in tensione con i regimi attuali della divisione sessuale del lavoro e con le politiche d'immigrazione, che tendono a riprodurre precarietà giuridica, informalità e manodopera a basso costo. Questo radicarsi della non qualificazione dell'assistenza nei rapporti sociali che sono all'opera nella società fa sì che le iniziative di "professionalizzazione" finiscono spesso per riprodurre le categorizzazioni essenzialistiche sul genere, la differenza culturale e la classe". Simile la posizione di un altro partecipante il quale ritiene che le politiche locali possano divenire addirittura un "alibi" – portato avanti con il consenso delle parti – per "scaricare" i compiti di cura sulle famiglie e non affrontare il tema più globalmente e in prospettiva, attraverso una precisa integrazione dell'offerta privata da parte del pubblico.

5. IL NOSTRO WELFARE E IL LORO: IMPATTO DELLE MIGRAZIONI ORIENTATE AL SETTORE SOCIO-SANITARIO E DELLA CURA SUI CONTESTI DI ORIGINE

Come accennato nell'introduzione, uno dei temi affrontati nell'ambito della consultazione tra esperti ha riguardato l'impatto che il ricorso a manodopera straniera per il mercato del welfare italiano genera sui paesi di origine: tanto sul contesto familiare che sui sistemi di welfare locali.

¹⁶ Questi esperti si ricollegano ad un ampio filone di pensiero secondo cui il lavoro domestico, così come altri lavori svolti da immigrati, si rivela esclusivamente una forma di sfruttamento basata sulla sottomissione a rapporti personali, che nel caso degli immigrati si anche in rapporti attraversati dal razzismo. E' questa la linea in cui si pongono ad esempio importanti autrici femministe come Andall e Anderson (J.Andall, 2000, Anderson, 2000). Per una riflessione sul tema di veda A. Colombo (2002).

A livello internazionale, negli ultimi anni, diversi studi¹⁷ hanno analizzato l'impatto delle migrazioni femminili indirizzate al mercato della cura sulle famiglie di origine. Ricerche di campo condotte in diversi contesti di emigrazione hanno evidenziato la problematica di una crescente "dislocazione delle relazioni affettive", così come la questione legata al costituirsi di "catene globali" che vedono le donne migranti offrire lavoro di cura sui mercati occidentali e, allo stesso tempo, acquistarlo nel paese di origine da donne ancora più svantaggiate; è stata inoltre studiata la trasformazione dei tradizionali modelli di erogazione della cura che fa seguito all'emigrazione femminile, la nuova condizione in cui si trovano i figli *left behind*¹⁸, così come la capacità delle madri migranti di provvedere "cura emotiva e guida da lontano" (Parreñas 2003) e articolare su scala globale la sfera riproduttiva (Nyberg Sørensen 2005).

Una questione su cui non si è ancora concentrata sufficientemente l'attenzione riguarda invece l'impatto sui sistemi di welfare locali prodotta dall'emigrazione, specie quella diretta al settore socio-sanitario e della cura in Occidente.

Come messo in rilievo da alcuni autori (Sciortino 2005 e Pillinger 2008), la ricerca sul nesso tra politiche sociali e migrazione ha finora principalmente messo in risalto l'impatto dei flussi migratori sulle politiche sociali nei contesti di arrivo, concentrandosi sulla problematica dell'integrazione e sull'incidenza della popolazione straniera sui sistemi di welfare occidentali a livello di costi o benefici¹⁹. La modalità in cui i flussi migratori si adattano ai regimi di welfare e/o li trasformano resta invece un tema poco studiato tanto nei contesti di immigrazione che di emigrazione.

Al tempo stesso, come suggerisce Pillinger: "gli studi di politica migratoria, hanno prevalentemente analizzato l'impatto delle migrazioni sui contesti di destinazione, in relazione alle politiche migratorie e d'asilo, alla capacità di attrarre personale qualificato o comunque adatto a colmare le carenze dei mercati locali, e alle politiche di integrazione. La ricerca sui contesti di origine si è invece concentrata sulle conseguenze dell'emigrazione dovuta alla fuga di cervelli e delle competenze e all'impatto socio-economico delle rimesse. Solo in misura minore è stata dedicata attenzione all'impatto delle migrazioni sui sistemi di welfare nei contesti di origine e ai temi ad esso associati come l'erogazione di servizi di cura, la trasformazione delle relazioni di genere e il possibile contributo dei migranti allo sviluppo sociale (Pillinger 2008: 14. t.d.a.)".

In linea con il dibattito scientifico, le politiche tese a rafforzare il nesso tra migrazione e sviluppo si sono concentrate sulla promozione delle così dette "tre R" (rimesse, reclutamento e ritorno) e sul modo in cui questi fattori influenzano i contesti di origine a livello economico. Il modo in cui le rimesse, il drenaggio/guadagno di competenze e cure, il trasferimento di conoscenze, le catene di cura globali, incidono sulla politica sociale dei paesi di origine sono tutti temi rimasti in secondo piano. Il binomio migrazione-sviluppo raramente è stato integrato attraverso la dimensione della politica sociale, e non è stata richiamata l'attenzione sull'importanza di un coordinamento tra politiche che coinvolga non solo l'area migratoria e quella della cooperazione allo sviluppo, ma anche quella sociale (Pillinger 2008: 4).

Analizzare l'impatto delle migrazioni sul welfare locale, oltre che sul sistema economico e su quello familiare, risulta particolarmente importante quando si tratta di flussi diretti al settore

¹⁷ Si veda ad esempio: Wong 1997; Hochschild 2003. Bryceson e Vuerela 2002; Hondagneu-Sotelo e Avila 1997; Nyberg Sørensen 2005; Pribilsky 2004; Parreñas 2001.

¹⁸ Sono soprattutto studi svolti negli stessi contesti di emigrazione che in anni recenti hanno analizzato la condizione dei minori *left behind*. In Romania ad esempio gli studi su questo fenomeno si sono moltiplicati in pochi anni. Si veda: Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică 2005; FRCCF e UNICEF 2005; Irimescu e Lupu 2006.

¹⁹ Per l'Italia si veda Caritas Migrantes 2008, Ismu 2007, Ferrante Zanfrini 2008; INPS-Caritas 2004. Per una rassegna ragionata sulla letteratura a livello internazionale si veda Sciortino 2005.

socio-sanitario e della cura, dato che essi hanno un impatto particolarmente forte sui sistemi sociali nei contesti di origine.

Si pensi all'impatto esercitato dal drenaggio/guadagno di competenze in ambito socio-sanitario (tema su cui già esiste un ampio dibattito scientifico e politico); a come la femminilizzazione delle migrazioni dettata dall'instaurarsi di catene globali di cura, diminuendo le risorse di *care* informale all'interno della famiglia, possa tradursi in un'aumentata e diversa domanda di servizi pubblici in loco (Piperno 2007, Mansoor 2007); alla riformulazione dei ruoli tra generi dettata dalle maggiori chances di lavorare all'estero per le donne straniere (Gamburd 2000); o ancora alla tendenza da parte delle donne di indirizzare gran parte delle rimesse verso spese sociali in patria (UNIFEM 2004; Murison 2005; SØresen 2004).

Sebbene l'Italia sia tra i maggiori paesi in Europa che reclutano manodopera di cura straniera, il dibattito scientifico sul possibile impatto che ciò genera sui paesi di origine è ancora agli inizi. Ugualmente, le politiche cui si è fatto cenno nel paragrafo precedente, volte a promuovere e qualificare il lavoro di cura straniero, non hanno quasi mai tenuto conto della sua dimensione transnazionale, puntando a gestire, compensare, valorizzare l'impatto sociale che tali migrazioni producono a livello locale.

Qualche iniziale tentativo da parte della cooperazione decentrata italiana di gestire le migrazioni per valorizzarne la funzionalità rispetto alle esigenze del mercato italiano, ma rispettando al tempo stesso le necessità dei contesti di origine, si registra nei programmi di reclutamento di infermiere. Alcuni progetti hanno promosso lo sviluppo di fondi volti a compensare il drenaggio di professionisti dal settore sanitario locale e a potenziare la formazione in loco tanto per la manodopera disposta a inserirsi nel mercato locale che per quella intenzionata ad emigrare (Piperno Reina 2005). Si tratta comunque di pochi progetti isolati e scarsamente conosciuti.

Nonostante questo gap scientifico e politico, tutti gli esperti interpellati evidenziano la stretta interrelazione tra il nostro sistema di welfare, sempre più bisognoso di manodopera straniera, e la trasformazione del tessuto familiare e sociale e più in generale dei sistemi di welfare nei contesti di origine.

LA FAMIGLIA IN DIFFICOLTÀ AI DUE POLI DELLA CATENA MIGRATORIA

Il principale elemento messo in evidenza da quasi tutti i partecipanti è proprio la questione connessa alla separazione forzata delle donne migranti dai familiari rimasti in patria. Come sottolinea uno dei partecipanti: “i rapporti familiari delle donne che emigrano, vengono assai spesso sottoposti a tensioni emotive, sociali e psicologiche che non tutti i nuclei di origine riescono a reggere nel corso del tempo, con evidenti conseguenze negative sulle relazioni con il partner, i figli ed i genitori. Se da un lato le rimesse economiche derivanti dall'attività di cura svolta in Italia consentono di meglio superare le difficoltà finanziarie che sono spesso alla base del progetto migratorio, con un evidente ritorno complessivo per il paese d'origine, non indifferenti sono tuttavia le difficoltà relazionali riportate da molte famiglie transnazionali di immigrati”.

Il così detto “drenaggio di cure” colpisce di conseguenza a livello transazionale e su entrambe le sponde del processo migratorio.

Sul fronte italiano, una delle partecipanti ricorda come la lontananza dai figli genera situazioni di forte disagio per le madri, specie in situazioni di forte sfruttamento del lavoro o nell'ambito di matrimoni misti poco funzionanti. Il disagio della famiglia immigrata, in diversi casi, non si esaurisce neanche a seguito del ricongiungimento che, dopo anni di lontananza, può rivelarsi un evento traumatico. Ciò implica che le immigrate e le loro famiglie trovino servizi di supporto personale e familiare più attenti anche nei contesti di arrivo.

In patria, i membri più vulnerabili della famiglia transnazionale, minori e anziani, sono i soggetti destinati a subire le conseguenze più dure dell'emigrazione femminile. Tale problematica si manifesta in modo ancora più critico quando coinvolge flussi migratori di lunga distanza e potrebbe rafforzarsi sul medio termine in concomitanza della già discussa possibile riduzione dei flussi dall'Est Europa.

È utile ricordare, infine, come il drenaggio di cure a sua volta comporti una nuova pressione sui servizi sociali locali. Ciò è dovuto all'aumento, come sottolineano alcuni, del disagio sociale nei contesti d'origine e, conseguentemente, all'emergere di una nuova domanda di sostegno a livello educativo e scolastico. Si rileva: “una domanda diffusa – e prevalentemente disattesa – di percorsi di accompagnamento mirato, scolastico ed educativo, per i figli *left behind*, che possono combinare benessere (almeno apparente) e isolamento affettivo e relazionale, prospettive di vita incerte e generale stigmatizzazione, nel gruppo dei pari e nel discorso comune della loro società d'appartenenza”.

Il costo personale si trasforma così in un costo sociale, reso del resto già alto dal forte sbilanciamento demografico che colpisce tutti i paesi a forte emigrazione che perdono una percentuale importante di popolazione attiva.

DRENAGGIO DI CERVELLI E COMPETENZE

La seconda questione evidenziata dagli esperti riguarda il drenaggio di cervelli e competenze. Tale drenaggio viene associato tanto alle migrazioni orientate al mercato della cura (dato che spesso chi si inserisce in questo segmento ha una buona formazione alle spalle), quanto a quelle indirizzate al settore infermieristico. In quest'ultimo caso il drenaggio di cervelli e competenze sottrae direttamente risorse ai sistemi socio-sanitari locali, spesso già carenti di personale qualificato.

RIDEFINIZIONE DEI RAPPORTI TRA GENERE E POTENZIALE EMANCIPAZIONE FEMMINILE

Una terza questione rilevata dagli esperti riguarda la possibile ridefinizione dei rapporti tra generi dovuta all'accresciuta emigrazione femminile. Non necessariamente tale potenzialità si risolve però in un esito positivo e andrebbe, come vedremo nel prossimo capitolo, sostenuta attraverso opportune politiche. La maggior parte dei partecipanti mette in rilievo come l'aumento della domanda di lavoro femminile straniero sui mercati occidentali, conferisca a molte donne immigrate un nuovo ruolo di *breadwinner* all'interno della famiglia di origine. Ciò a sua volta può divenire parte di un processo di emancipazione ed *empowerment* femminile. Altri esperti tuttavia ritengono che l'aumento delle opportunità di impiego all'estero non basta a ridefinire profondamente i ruoli all'interno della famiglia. Generalmente infatti, come diverse ricerche empiriche hanno dimostrato (Haidinger 2008), “i mariti delle donne emigrate tendono ad investire poco del loro tempo nelle attività della cura della casa e dei figli e a ricorrere, piuttosto, al lavoro gratuito di altre donne della famiglia. Altri uomini semplicemente rifiutano di assumersi le responsabilità domestiche della cura separandosi dalla moglie e dalla famiglia”. Il limitato sviluppo di sistemi di sostegno alla famiglia in loco ostacola ulteriormente il processo di redistribuzione del carico riproduttivo.

MIGRAZIONE LEGATE AL WELFARE COME POTENZIALE VETTORE DI SVILUPPO SOCIALE NEI PAESI DI ORIGINE

Due degli esperti interpellati evidenziano, infine, come le migrazioni associate al settore socio-sanitario e della cura possano promuovere una dinamica di trasformazione e sviluppo sociale in loco. Sebbene, generalmente, il lavoro a bassa qualifica viene scarsamente considerato nell'ambito delle politiche tese a promuovere il nesso tra migrazione e sviluppo, uno dei partecipanti si interroga sulle potenzialità delle donne che lavorano nel settore della cura di divenire “ponte per la circolazione di capitale sociale e umano”, a costo però che esse possano conseguire una migliore integrazione socio-professionale nel contesto di arrivo.

Il secondo esperto intravede la possibilità che emergano, nei paesi di origine, le condizioni per una nuova politica di welfare e un'espansione del mercato della cura con conseguente aumento della domanda di lavoro nel settore (anche qualificata). Possono contribuire a questa tendenza alcuni fattori tra i quali: l'investimento di maggiori risorse finanziarie scaturite dalle rimesse indirizzate al settore della cura, la definizione di nuovi bisogni di cura, più tarati su standard occidentali, la proposizione di un modello culturale che vede l'espansione di un sistema di cura privato o misto: "Gli effetti non saranno immediati, ma i modelli si contamineranno, per cui anche nei Paesi di origine sorgeranno nuove domande, a cui la famiglia non sarà più in grado di rispondere. Si eleveranno i livelli di sicurezza e di benessere, per cui si creeranno le condizioni per una nuova politica di welfare, che influenzerà gli stessi flussi migratori. Le donne immigrate sperimentano che il lavoro di cura può essere remunerato e non delegato totalmente alla famiglia. Questo (...) si sostiene su una accresciuta disponibilità di risorse, proveniente anche proprio dal lavoro femminile. E' probabile che tali aspetti si trasferiscano anche nei Paesi di provenienza delle donne immigrate, per cui si crei un mercato della cura, capace di assorbire almeno una parte dell'offerta, costretta oggi a emigrare".

6. RAFFORZARE IL NESSO TRA MIGRAZIONE E SVILUPPO SOCIALE IN ITALIA E NEI PAESI DI ORIGINE: QUALI STRATEGIE?

La crescente domanda di servizi che si riscontra nei diversi gradini della filiera socio-sanitaria e della cura può trovare parziale risposta nella disponibilità di una manodopera proveniente da paesi più poveri del nostro.

Affidare l'offerta di welfare all'incontro tra domanda e offerta di lavoro nell'ambito di un mercato globale può però avere – come evidenziato nei capitoli precedenti - un impatto contraddittorio sui sistemi di welfare, sia nel nostro paese che in quelli di emigrazione, e andare incontro a limiti di sostenibilità.

Quest'ultimo capitolo dà conto delle principali raccomandazioni suggerite dagli esperti, al fine di attenuare o quantomeno gestire le principali problematiche, relative alla creazione di un welfare transnazionale, da essi stessi evidenziate.

Nelle pagine che seguono ci chiediamo quali strategie dovrebbero essere adottate per rilanciare le politiche di welfare in Italia valorizzando la componente immigrata che ne costituisce una parte sempre più integrante; cosa possono fare i governi nazionali e locali per far fronte al progressivo divario tra domanda e offerta di welfare che si profila nonostante il contributo reso disponibile dalla manodopera migrante; come può essere gestito l'impatto sui contesti di origine dei flussi migratori indirizzati al nostro mercato socio-sanitario e della cura.

6.1 Migliorare l'impatto del lavoro di cura straniero sul welfare italiano

In questa sezione, ci riferiamo principalmente a manodopera di cura, in quanto il flusso migratorio diretto al settore infermieristico è troppo esiguo per avere un impatto significativo sul welfare italiano.

Nel quarto paragrafo abbiamo visto come il ricorso massiccio ma non adeguatamente regolato a manodopera straniera nel settore della cura, crea (o contribuisce a rafforzare) delle disfunzioni importanti, che possono essere ricondotte a tre problematiche fondamentali:

- 1) disinvestimento/scadimento del welfare pubblico;
- 2) emergere di un mercato privato dequalificato e poco controllabile dal pubblico;
- 3) sviluppo di nuove fasce di emarginazione tra gli immigrati (le lavoratrici di cura e i loro figli) e tra gli italiani (specie nella fascia con più di 65 anni).

Ci chiediamo adesso come tali problematiche possano essere affrontate nel corso dei prossimi anni.

Come accennato nel quarto paragrafo, secondo la maggior parte degli esperti, le principali politiche portate avanti a livello locale per migliorare la gestione della risorsa migrante nel settore della cura, possono contribuire a contrastare il livellamento verso il basso del mercato della cura e fenomeni di emarginazione. Esse tuttavia si rivelano azioni di corto respiro se non vengono rafforzate nell'ambito di una regia nazionale, e se non contribuiscono a un rilancio più ampio della professione di cura. A partire da queste problematiche gli esperti delineano le azioni che dovrebbero essere intraprese nel futuro.

Per rendere più incisive le attuali politiche di promozione e qualificazione del lavoro di cura è, in primo luogo, necessario introdurre standard omogenei per le prestazioni da svolgere. La legge 328/00 che ha per la prima volta affermato la necessità di definire i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS), non ha dato da questo punto di vista gli esiti sperati. Il disegno di legge sulla non autosufficienza collegato alla finanziaria 2008 (ddl Ferrero Turco) che stabiliva i livelli essenziali di prestazioni per i non autosufficienti non è mai stato convertito in legge. Secondo gli esperti bisogna dunque rafforzare gli sforzi in questa direzione, immaginando anche soluzioni nuove. Ad esempio, nonostante la difficoltà – specie in ambiti estesi – di monitorare il mercato e di fare emergere le rispettive percezioni di qualità, alcuni partecipanti immaginano la possibilità di erogare finanziamenti solo alle sperimentazioni locali che rispondono a standard nazionali, promuovendo al tempo stesso il raccordo tra iniziative simili.

A monte di qualsiasi politica in questo campo, secondo diversi partecipanti, deve esserci il riconoscimento del lavoro di assistenza familiare (il così detto “badantato”), come una vera professione, attraverso moduli formativi accreditati e uniformi su tutto il territorio nazionale (secondo alcuni) o quanto meno a livello regionale (secondo altri). Gli sforzi volti alla formazione dei/delle assistenti familiari possono però sperare di avere un successo non effimero solo se si coniugano con un impegno a migliorarne le condizioni di lavoro (salario e tutele), cosa che comporta un aumento dei costi. Poiché ciò rischia, a sua volta, di incentivare ulteriormente il nero ed estendere il gap con la solvibilità economica dei destinatari della cura, si rende necessario un sostegno alle famiglie più consistente di quanto non avvenga ora. La spesa pubblica dovrebbe essere rivolta a una politica di voucher vincolata all'assunzione regolare e al rispetto delle condizioni di lavoro previste dalle norme vigenti e dal contratto nazionale di lavoro. Si comprende dunque come una riqualificazione della professione di assistente familiare si lega ad un'altra necessità, anch'essa giudicata prioritaria dagli esperti, e cioè l'aumento delle risorse dedicate all'assistenza e il collegamento tra le diverse azioni dei progetti (formazione, mediazione al lavoro, sostegno alla domanda) che finora sono state implementate in modo troppo disgiunto.

A livello più generale, è inoltre opinione diffusa che la risorsa migrante possa essere correttamente utilizzata solo nel quadro di un rilancio dell'assistenza territoriale e di integrazione dei servizi socio-sanitari, rispetto ai quali essa deve assumere un carattere integrativo e non sostitutivo. In quest'ottica, come nota una delle partecipanti: “è opportuno passare da un regime di welfare che concentra i propri investimenti sull'area previdenziale e la sanità a un welfare che recepisce il cambiamento di ottica che l'allungamento della vita impone e riorganizza le proprie risposte in una visione più territoriale, di rete tra interventi e soggetti, di unificazione tra aspetti previdenziali, sanitari e assistenziali”.

Si tratta, come spiega un altro esperto, di passare da una logica di *cure*, concentrata sulla “prestazione”, ad una logica di *care*, più attenta alla globalità della persona. Bisogna, in altri termini, “pensare già in partenza a politiche di servizi e prestazioni che vedano nella progettazione e nell’organizzazione territoriale forme diverse di assistenza: sia quelle a contenuto specialistico che quelle a forte contenuto relazionale e di cura alla persona”. Si configura così il passaggio a un “welfare di comunità” che preveda anche nella costruzione e realizzazione dei piani di zona un migliore raccordo tra attori diversi a livello pubblico, privato e di terzo settore. Si pongono così le basi per la messa in rete di figure tradizionali (medici di base, infermieri, operatori sociali, assistenti sociali, etc) e figure “nuove” come le assistenti familiari, ma anche organizzazioni di famiglie o di volontariato. Questo percorso, secondo diversi esperti, richiede a sua volta un ripensamento dei servizi sociali e lo sviluppo di nuove competenze tra gli operatori sociali affinché siano in grado di valorizzare gli aspetti relazionali e di attivare le risorse del territorio.

Il lavoro dell’assistente familiare viene così inserito nell’ambito di un programma complessivo di presa in carico dell’anziano da parte del pubblico e integrato con lo sviluppo di servizi residenziali e “intermedi” (centri di sollievo, centri diurni, servizi di monitoraggio e integrazione dell’assistenza domiciliare, di supporto durante eventuali periodi di assenza delle collaboratrici straniere, etc). Contemporaneamente, si ritiene necessario sviluppare la rete tra gli attori che possono assicurare un migliore inserimento socio-professionale delle assistenti familiari, attraverso un più stretto collegamento tra gli sportelli di mediazione al lavoro e i Centri Provinciali per l’Impiego e mediante un più forte raccordo tra Caritas, sindacati, servizi sociali, associazioni del terzo settore.

Ma queste politiche con quale bilancio possono essere attuate? Come ricordato da diversi partecipanti al Delphi, una seria politica della domiciliarità costa moltissimo. Alcuni esperti giudicano che per essere realmente efficace una seria politica sulla non autosufficienza dovrebbe ricevere tra i 4 e i 5 miliardi di euro annui. Tale è stato lo sforzo del governo francese che, grazie al sussidio definito “allocation personnalisée à l’autonomie” (APA), nel 2004 ha garantito un importo medio di 489 euro al mese a 827.000 anziani che potevano decidere se pagare il ricovero in una struttura di tipo residenziale, oppure assumere un’assistente privata (Ungerson Yeandle 2007).

Una spesa difficile da sostenere in Italia, specie se si considera il tradizionale sottofinanziamento di tutte le politiche sociali che scontano il drenaggio di risorse dovuto al pagamento degli interessi passivi sul debito pubblico e alle pensioni. La situazione è resa oggi ancora più difficile dalla congiuntura economica negativa.

Gli esperti concordano sul fatto che se si vogliono investire maggiori fondi pubblici nel settore dell’assistenza agli anziani è necessario reperire risorse nuove. Ciò, secondo alcuni, sarebbe possibile sia attraverso prelievo fiscale aggiuntivo (come accaduto in Germania, Austria e Francia), sia tramite una riorganizzazione delle attuali provvidenze monetarie (pensioni di disabilità, indennità di accompagnamento, etc.). Diversi partecipanti ritengono anche necessario riequilibrare la spesa, spostandola verso gli anziani più bisognosi – dai 55-64enni a quelli con più di settanta anni – attraverso l’allungamento dell’età della pensione: ciò però a sua volta comporterebbe un ulteriore aumento della domanda di *care* privato data la minore disponibilità dei familiari ad offrire cura informale. Ulteriore spazio va trovato migliorando l’efficienza della spesa pubblica.

Naturalmente ogni strategia che preveda di valorizzare l’apporto della manodopera migrante migliorandone la ricaduta sul sistema sociale italiano deve necessariamente confrontarsi con la politica migratoria. Un uso distorto delle quote alimenta infatti emarginazione e irregolarità e rende impensabile una politica di promozione del lavoro di cura.

Del resto i limiti della politica migratoria italiana si manifestano con particolare evidenza nella gestione del flusso migratorio rivolto alla cura. Il criterio della “chiamata a distanza” che

lega la possibilità di ingresso nel nostro paese al preventivo possesso di un contratto di lavoro è giudicato “impensabile in un settore delicato come quello dell’assistenza alla persona, in cui le parti si devono inevitabilmente incontrare e *piacere*”. La concentrazione degli ingressi in un’unica parte dell’anno e la lungaggine delle procedure amministrative è anch’essa inconciliabile con le esigenze del mercato della cura, dato che il bisogno di assistenza, specie nel caso degli anziani, si manifesta spesso in maniera improvvisa, a seguito di un evento traumatico e in qualsiasi momento dell’anno. Infine, come si è visto nel capitolo introduttivo, la programmazione dei flussi non appare in grado di rispondere all’effettivo numero di richieste.

A fronte di questi evidenti limiti diversi esperti chiedono il ripristino di norme già previste nel Testo Unico sull’immigrazione. In particolare, la possibilità di scindere lo stretto rapporto tra ingresso e possesso di un contratto di lavoro grazie all’opportunità di entrare in Italia per ricerca di lavoro o la reintroduzione dello sponsor. L’allungamento della durata del permesso di soggiorno e del periodo in cui è possibile restare in Italia anche nel caso di disoccupazione (il limite potrebbe essere riportato dai 6 mesi a un anno) sono ulteriori norme adatte a proteggere i lavoratori e le lavoratrici occupati in un mercato altamente instabile come quello della cura.

Esiste invece una divergenza tra gli esperti circa l’opportunità di mantenere il sistema delle quote²⁰. Se per alcuni esse andrebbero superate attraverso un sistema di accordi bilaterali con i principali paesi fornitori di lavoro di cura²¹ e la possibilità di “regolarizzazioni continue”, per altri esse sono “il sistema meno sbagliato” – per quanto pieno di difetti – di cui l’Italia è in grado di dotarsi. Il sistema delle quote può però essere migliorato, attraverso una gestione che garantisca una maggiore “regolarità negli ingressi, continuità nelle cifre, realismo e velocità di rilascio delle pratiche”. Poiché “un sistema non può funzionare con ritardi di oltre dodici mesi nell’accoglimento/respingimento delle domande di ingresso, bisogna migliorare la capacità di valutare le domande celermente frenando all’origine quelle senza alcuna possibilità di essere accolte (nel decreto flussi 2007 il 45% delle richieste di ingresso erano prive dei requisiti). Potrebbe essere inoltre introdotta la possibilità di determinare meglio le priorità, distinguendo tra aiuto a persone non autosufficienti con necessità mediche provate, da soddisfare velocemente, e dall’altro lato situazioni di minore urgenza. Anche in questo caso, rimane però la difficoltà di definire queste situazioni senza burocratizzare ulteriormente il processo ed evitando al contempo che tutte le domande si concentrino su quel segmento”.

6.2 Affrontare la questione della sostenibilità del welfare transnazionale

All’interno di questa impostazione generale, registriamo un vastissimo consenso sul bisogno di politiche che compensino la possibile carenza di cura nei vari segmenti della filiera del welfare (in particolare quello della co-residenza e quello infermieristico). Secondo uno dei partecipanti, il bisogno di politiche è reso particolarmente urgente proprio dal fatto che il deficit di manodopera potrebbe registrarsi concomitantemente nei vari gradini della catena della cura: “La carenza di personale infermieristico, è già drammatica. Poiché spesso le badanti assistono anziani con gravissimi problemi di salute, che necessitano di cure di tipo

²⁰ Nell’art. 27 del Testo Unico sull’immigrazione sono elencate una serie di categorie di lavoratori stranieri per i quali il nulla osta al lavoro viene rilasciato, quando richiesto, al di fuori delle quote annualmente stabilite con il decreto flussi (cd. ingressi fuori quota). Tra questi sono menzionati anche i collaboratori familiari, ma solo nello specifico caso in cui essi abbiano regolarmente in corso all’estero, da almeno un anno, rapporti di lavoro domestico a tempo pieno con cittadini italiani o di uno Stato membro dell’Unione europea residenti all’estero, che si trasferiscono in Italia (art. 27 lett. E).

²¹ Fino ad oggi la Direzione Generale dell’immigrazione ha concluso accordi bilaterali in materia di regolamentazione e gestione dei flussi migratori per motivi di lavoro con il governo della Moldavia, del Marocco e dell’Egitto. Si veda a questo proposito: [http://www.solidarietasociale.gov.it/SolidarietaSociale/tematiche/Immigrazione/flussi_migratori/].

infermieristico, se dovesse verificarsi una situazione di carenza di assistenti familiari la pressione sui servizi diventerebbe davvero insostenibile”.

Come gli stessi partecipanti notano, si tratta di un ambito di policy del tutto assente dall’agenda politica Italiana: innanzitutto perché, come rilevato all’inizio, si registra una scarsa consapevolezza a livello nazionale del problema di un possibile *labour shortage* nella filiera della cura, in secondo luogo in quanto “a livello di consenso politico paga di più occuparsi dei problemi attuali piuttosto che di quelli futuri”.

In quest’ambito, i principali indirizzi strategici che la politica italiana dovrebbe adottare possono essere ricondotti a 4 principi fondamentali.

1) ATTRARRE E TRATTENERE MANODOPERA AUTOCTONA E MIGRANTE NELLA FILIERA SOCIO-SANITARIA E DELLA CURA

In primo luogo, è necessario attrarre e/o trattenere la manodopera autoctona e migrante nei vari segmenti della filiera socio-sanitaria e della cura. Abbiamo già accennato sopra a come il settore della cura dovrebbe essere riqualificato. Per quanto riguarda l’ambito infermieristico e socio-sanitario si ritiene prioritario incrementare le attrattive della professione, intervenendo innanzi tutto sui livelli retributivi e sulle condizioni contrattuali (potrebbero ad esempio essere previsti benefici collaterali, come condizioni abitative agevolate, contributi in conto affitto, etc.). Il settore infermieristico richiede inoltre azioni di ridefinizione dei profili (ad es. trasferendo ad infermiere compiti affidati attualmente a personale medico) e una differenziazione delle mansioni, accentuando le prospettive di carriera. Per quanto riguarda la formazione, occorrerebbe prevedere, a livello universitario, una maggiore presenza di infermieri tra i professori che insegnano materie legate al *Nursing*. Sarebbe altresì necessario aumentare il numero dei posti per accedere ai corsi di laurea per infermieri.

La strada è tuttavia in salita: l’esperienza degli altri paesi europei, e in particolare della Gran Bretagna rispetto al personale infermieristico e socio-sanitario, suggerisce che non è facile contrastare il progressivo abbandono da parte della popolazione autoctona di lavori considerati mal pagati per lo sforzo richiesto e le condizioni di lavoro. Al tempo stesso, un mancato sviluppo della professione rende strutturale un bisogno sempre maggiore di immigrazione e l’alto turnover dei lavoratori.

2) RIDURRE LA DOMANDA DI CURA A PAGAMENTO

In secondo luogo, gli esperti indicano la necessità di puntare su politiche che riducano la domanda di cura privata a pagamento. A questo fine si caldeggia lo sviluppo della tecnologia assistiva in grado di ridurre l’impiego di risorse umane nel lavoro di assistenza e l’incremento di politiche che facilitino l’assunzione di alcuni compiti di cura da parte della famiglia (ad esempio attraverso lo sviluppo di servizi di supporto). Molto meno chiaro è il possibile impatto che lo sviluppo di una possibile rete di servizi domiciliari pubblici e di strutture intermedie tra istituti e domicili privati (*day centres*, soluzioni condominiali, etc.) avrebbe sulla riduzione della domanda di *care*.

Mentre per quanto riguarda l’infanzia, si ritiene che un aumento di servizi abbia un impatto immediato in termini di riduzione della domanda di assistenza privata, il caso degli anziani è assai più complesso. Secondo alcuni esperti (circa la metà) un aumento di servizi “spazzerebbe” l’offerta privata, a costo però che vengano ridotti i costi e le barriere burocratiche.

Come nota una delle partecipanti: “il ‘familismo’ della cura in Italia è in parte indotto dall’inefficienza dei servizi pubblici e dal costo di quelli privati. Se si riuscisse ad organizzare servizi efficaci e non più costosi dell’alternativa badanti (per le famiglie), le donne italiane (e qualche uomo) reagirebbero positivamente. Anche quando la famiglia se lo può permettere, infatti, ricorrere ad una badante può comunque rivelarsi dispendioso in tempo e fatica per il

familiare che ha in carico l'anziano (spesso una donna) e che deve assicurare il coordinamento fra i vari servizi, la copertura del giorno libero, delle vacanze, etc". La domiciliarità, dunque, non deve essere considerata una "panacea" e nemmeno la prima scelta delle famiglie. Al contrario, spesso essa nasconde intollerabili situazioni di isolamento ed emarginazione di assistenti e anziani. Solo se si rompe la scala dell'assistenza 1:1 è possibile riqualificare e regolare il lavoro di cura e al tempo stesso rispondere alla domanda di una popolazione anziana che cresce.

Secondo altri invece la forte cultura della domiciliarità, la scarsa fiducia nelle istituzioni e la preferenza per le relazioni informali e flessibili sono fattori che continuerebbero a rendere preferibile l'offerta di cura privata e un aumento dei servizi potrebbe beneficiare unicamente la popolazione troppo povera per permettersi un'assistenza personale.

3) PROMUOVERE E INCENTIVARE LA MOBILITÀ INTERNAZIONALE DEI LAVORATORI

Una terza raccomandazione indicata dagli esperti consiste nel promuovere e incentivare la mobilità internazionale dei lavoratori.

Per quanto riguarda il settore infermieristico, tra gli esperti è assai diffusa l'opinione secondo cui: "il problema da affrontare è riconducibile alla scarsa (o nulla) capacità del nostro paese di attrarre personale qualificato dall'estero. Il mercato del lavoro in questo settore è infatti oggi tra i più internazionalizzati e molti paesi ricchi, soprattutto anglofoni (USA, Australia, UK, Irlanda, Canada, Nuova Zelanda, ma anche dell'Europa continentale come Francia e Germania) competono per attrarre forza lavoro offrendo condizioni favorevoli e predisponendo programmi transnazionali di formazione e reclutamento attraverso cooperazione con i paesi di origine. In questo contesto, la competitività dell'Italia risulta particolarmente ridotta".

A questo fine è necessario perseguire, anche attraverso accordi bilaterali con alcuni paesi di origine, politiche attive ed eque di reclutamento e qualificazione della manodopera, facilitazione del riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero, circolazione transnazionale della forza lavoro e scambio di esperienze e buone prassi. A questo proposito viene giudicata positivamente l'esperienza di alcune regioni (quali il Veneto, l'Emilia Romagna ed il Lazio) che hanno aperto sportelli per il riconoscimento dei titoli di studio.

Si auspica anche una maggiore collaborazione tra gli organismi sanitari interessati a livello internazionale (europeo ed extraeuropeo) al fine di permettere la libera circolazione di professionisti con particolare riguardo alla uniformità dei livelli formativi sia teorici che pratici. La maggior parte degli esperti auspica l'approvazione in tempi brevi della direttiva europea sulle alte qualifiche che fornisce linee guida per il riconoscimento delle qualifiche dei lavoratori stranieri nei paesi membri e facilita la circolazione dei lavoratori qualificati all'interno dei confini europei²². Tale processo presenta però anche dei rischi per l'Italia. Come nota uno dei partecipanti, infatti, poiché l'Italia ha un reddito pro capite inferiore alla media dell'Ue 15 e a malapena superiore alla media dell'Ue 27, una maggiore circolazione dei profili professionali socio-sanitari – favorita dall'omogeneizzazione delle politiche socio-

²² Commissione delle Comunità Europee, Proposta di Direttiva del Consiglio sulle condizioni di ingresso e soggiorno di cittadini di paesi terzi che intendano svolgere lavori altamente qualificati, COM(2007) 637 definitivo. La direttiva, che dovrà ora essere esaminata dai Ministri dell'Interno dell'Ue e dalla sessione plenaria dell'Europarlamento, prevede l'introduzione di un permesso di residenza e lavoro temporaneo per tre anni (la così detta "blue card"), rinnovabile per altri due anni, sicurezza sociale inclusa. La carta blu autorizzerebbe i lavoratori che hanno passato 3 anni in un Paese europeo ad entrare dopo tale data in un altro Paese dell'Unione. Per definire i "lavoratori qualificati" la proposta li distingue a seconda del grado di istruzione o delle esperienze professionali: almeno tre anni di studio in un determinato settore o una qualifica specifica dimostrata da almeno 5 anni di esperienza lavorativa:

[http://www.solidarietasociale.gov.it/SolidarietaSociale/tematiche/Immigrazione/focus_immigrazione_2008_N12.htm].

sanitarie, dei profili professionali e dell'organizzazione dei servizi – potrebbe tramutarsi velocemente in un esodo di competenze qualificate dall'Italia, sia di italiani che di stranieri. Una strategia di questo tipo – se si vuole frenare un'ulteriore espansione del divario tra domanda e offerta di lavoro nel settore – deve dunque essere accompagnata da un rilancio più generale della professione e dall'offerta di condizioni che aumentino la concorrenzialità italiana.

Anche nel settore della cura si ritiene necessario sviluppare politiche che attraggano la manodopera migrante. Partenariati bilaterali in grado di mettere in rete attori del settore pubblico e privato a livello transnazionale (agenzie di reclutamento, formazione, onlus, cooperative sociali, etc.) sono ritenuti uno strumento utile a questo fine. Il reclutamento a distanza naturalmente è più difficile nel caso del lavoro di cura che richiede, più che altri settori, un rapporto fiduciario al momento dell'assunzione e dunque un incontro *vis à vis*. Progetti di formazione e reclutamento a distanza di lavoratrici di cura promossi dalla regione Veneto in Romania, Tunisia e America latina si sono scontrati proprio con queste difficoltà (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: 25). La mediazione di una cooperativa di fiducia, la turnazione sullo stesso posto di lavoro, l'utilizzo di tecnologie che consentono un incontro anche visivo a distanza, possono però in parte ridurre queste difficoltà.

Al fine di favorire la circolazione della manodopera di cura, alcuni esperti indicano inoltre la necessità di promuovere un sistema di certificazione²³ di professionalità a livello europeo che includa anche i gradini oggi meno qualificati della filiera del welfare.

A livello nazionale sarebbe auspicabile inoltre facilitare e incentivare il turn-over di personale che intende trattenersi solo per pochi anni, rendendone più semplice l'ingresso in Italia. Le assistenti familiari disponibili alla co-residenza sono, infatti, quelle che hanno progetti migratori di breve periodo (2 o 3 anni) e che non hanno familiari in Italia (Pasquinelli Rusmini 2008). Accordi come quelli recentemente stipulati con la Comunità europea con alcuni paesi dell'Est Europa²⁴ possono rivelarsi uno strumento utile in questo senso. Tali accordi stabiliscono che i cittadini extracomunitari provenienti dai paesi firmatari possano godere di procedure semplificate per il rilascio del visto per soggiorni di breve durata (massimo 90 giorni). La norma prevede una diminuzione del tempo di rilascio del visto (sceso da trenta a dieci giorni), stabilisce che il costo delle spese di rilascio sia pari a 35 euro, prevede la possibilità di ottenere visti per più ingressi, con validità di lungo periodo.

“Tutto ciò riduce costi e rischi dell'ingresso in Italia e aumenta le possibilità di ingresso per i lavoratori che intendono trattenersi a breve, per “fare cassa” e tornare velocemente nel paese di origine”. Se è vero che un aumento del *turn over* approfondisce la problematica di una ridotta qualificazione delle assistenti familiari (a cominciare dalla competenza linguistica), è anche vero che la possibilità di ingressi reiterati riduce in parte questo rischio.

A tutti i livelli della filiera del welfare, infine, la mobilità geografica deve essere incentivata attraverso una vera “mobilità sociale”. Gli esperti auspicano conseguentemente l'adozione e la piena e omogenea applicazione della direttiva sulla portabilità dei diritti pensionistici e l'estensione degli accordi, anche in sede bilaterale, sulla portabilità dei contributi e di altre prestazioni sociali.

²³ Per maggiori informazioni sulla politica di certificazione delle competenze promossa in ambito UE si può consultare il sito:

[<http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/Europalavoro/SezioneOperatori/NetworkProfessionali/SciftAid/AreeTematich e/IstruzioneFormazione/pccertificaizonecompetenze>].

²⁴ Si veda la Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea del 29 gennaio 2008.

4) *PROMUOVERE E INCENTIVARE LA MOBILITÀ PROFESSIONALE DEI LAVORATORI*

La quarta e ultima indicazione per ridurre il divario tra domanda e offerta di lavoro nel settore del welfare va infine nella direzione di promuovere e incentivare la mobilità professionale dei lavoratori. Si sottolinea come una politica per la mobilità professionale (scelta) sia necessaria in termini generali, ma il settore della *care* presenta caratteristiche tali da renderlo più sensibile di altri ai benefici di politiche pubbliche dirette in questo senso. A questo fine si auspica una formazione che - nell'ambito della filiera socio-sanitaria e della cura - accrediti ogni percorso per l'accesso allo step successivo: da assistente familiare a OSA/OSS a infermiere. Sostegni economici, la possibilità di sostituzione sul luogo di lavoro, l'accreditamento dell'esperienza accumulata attraverso il lavoro di assistenza familiare per il passaggio ai mestieri di OSA e OSS, rappresentano fattori incentivanti rispetto a questo tipo di mobilità. Per facilitare il passaggio ai livelli di OSA/OSS e infermieristico, si rende inoltre necessaria una riforma organica, ed omogenea a livello territoriale, della pubblica amministrazione per renderla accessibile ai lavoratori stranieri.

6.3 Gestire l'impatto sui contesti di origine dei flussi migratori indirizzati al mercato socio-sanitario e della cura

Nel quinto paragrafo sono stati messi in luce alcuni rischi e opportunità dettati, nei paesi di origine, dall'emigrazione indirizzata al settore socio-sanitario e della cura alla persona. Adesso ci chiediamo se sia possibile promuovere un approccio integrato alla gestione di tali flussi migratori, che tenga contemporaneamente conto delle esigenze dei sistemi di welfare nei contesti di arrivo e di partenza. Secondo una maggioranza di partecipanti questa prospettiva è possibile. Molte delle politiche proposte dai partecipanti per migliorare l'impatto nei paesi di origine, coincidono in effetti con quelle volte a valorizzare il contributo delle migrazioni a beneficio dei nostri sistemi di welfare e a limitare i rischi di *labour shortage*, e potrebbero dunque rivelarsi politiche *win win*.

RIDURRE L'IMPATTO NEGATIVO DEL DRENAGGIO DI CURE DAI PAESI DI ORIGINE

Come evidenziato nel quinto paragrafo, la difficoltà a cui va incontro la famiglia transnazionale come conseguenza delle migrazioni legate alla cura, è stata una delle principali problematiche evidenziate dagli esperti. Coerentemente con tale posizione, si registra un vasto consenso sulla necessità di intervenire, sia nei contesti di arrivo che in quelli di origine, promuovendo servizi di sostegno alla famiglia.

Alcuni esperti indicano l'opportunità di sostenere lo sviluppo delle strutture scolastiche, dei centri diurni e dei servizi psico-sociali che assistono minori e anziani nei contesti di origine: "Si tratterebbe di attivare servizi formali in alternativa a quelli informali persi". Una tale politica risponderebbe alla richiesta di diversi paesi che oggi affrontano il problema dei così detti *children left behind*. In Romania, ad esempio, l'Organizzazione Nazionale per la Protezione del Bambino (ANPC), dipendente dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, ha proposto che nei Programmi di Interesse Nazionale (PIN) venisse inclusa anche la creazione di servizi per i bambini con genitori all'estero. In una fase successiva, tale proposta è stata revisionata sulla base di una prospettiva più ampia secondo la quale i PIN 2007 dovrebbero creare servizi per tutti i minori a rischio senza alcun focus particolare sui figli dei migranti (A.R. Torre, in via di pubblicazione).

Altri partecipanti si spingono oltre, immaginando di mettere in rete i principali servizi che in patria si occupano dei membri più vulnerabili della famiglia *left behind* e i servizi che in Italia si occupano di madri migranti, spesso proprio nell'ambito di politiche di sostegno alle assistenti familiari: "si rende opportuno l'investimento in infrastrutture di ascolto e consulenza che facilitino la comunicazione e il confronto a distanza tra genitori emigrati da un lato e scuole, o altri attori della socializzazione dei minori *left behind*, dall'altro. In Italia si

auspica la promozione di servizi di sostegno psico-sociale, e l'alfabetizzazione informatica di base come misure a supporto della maternità transnazionale". Il costituirsi di tali reti impone a sua volta una trasformazione del strutture coinvolte, una loro specializzazione sui temi della famiglia transnazionale e, con il tempo, un'integrazione e "contaminazione" delle modalità di lavorare dei servizi (e delle reti di servizi) collocati alle due sponde del processo migratorio. Ciò a sua volta può avere un impatto positivo sullo sviluppo di pratiche e conoscenze riguardo all'organizzazione dei servizi sociali che può beneficiare i sistemi di welfare locali. Azioni di questo tipo, secondo gli esperti che le propongono, dovrebbero godere di fonti diverse di finanziamento (da parte della cooperazione allo sviluppo, del Fondo per le politiche sociali, etc.). L'impatto sarebbe positivo anche per l'Italia in quanto potrebbe essere meglio gestito il disagio della famiglia immigrata, prima ed eventualmente anche dopo, il ricongiungimento. Laddove le catene migratorie che collegano specifiche città qui e lì sono forti (come ad esempio nel caso della comunità ecuadoriana), interventi di questo tipo sarebbero probabilmente più efficaci se la diagnosi del disagio partisse nel contesto di origine e da lì si risalisse alle madri migranti.

A fianco di queste misure, la maggior parte degli esperti auspica un rafforzamento delle misure tese a promuovere la circolarità. Tale misura, invocata anche per ridurre il rischio di *labour shortage* nel settore della cura, sembra essere lo strumento adatto a conciliare maggiormente spazi di vita e di lavoro, e dunque a rispondere contemporaneamente alle esigenze dei paesi di origine (almeno quelli meno lontani dal nostro). Questo tipo di migrazione richiede però: "un lavoro organizzativo necessario a stabilire una rete di contatti con clienti e altre lavoratrici che permetta di gestire le periodiche assenze dal posto di lavoro. Queste migrazioni transnazionali potrebbero conciliarsi con l'organizzazione dell'assistenza tramite struttura intermediaria". Politiche sociali e di cooperazione allo sviluppo (volte a favorire la nascita di strutture intermediarie alle due sponde del processo migratorio) andrebbero in questo caso associate a interventi di politica migratoria tesi a facilitare la circolarità dei migranti. Secondo alcuni dovrebbero essere promossi gli ingressi stagionali. Secondo altri si tratta in generale di: "rendere più semplice e veloce il trasferimento in Italia, anche dopo una prima uscita dal nostro paese, ripristinare la possibilità di recuperare i versamenti pensionistici nel momento in cui si lascia l'Italia e assicurare la possibilità di ritorno frequente del congiunto che lavora all'estero rimuovendo gli ostacoli legati ai ritardi nel rinnovo del permesso di soggiorno". Molti ritengono che interventi di politica migratoria dovrebbero prevedere anche innovazioni sul tema del ricongiungimento familiare, ad esempio facilitando visite temporanee da parte di figli o altri familiari. Politiche volte a promuovere e gestire la circolarità dei migranti nel settore della cura possono avere maggiori opportunità di successo se portate avanti con i paesi dell'Europa dell'Est, data la maggiore vicinanza geografica e le minori restrizioni all'ingresso.

COMPENSARE LA FUGA DI CERVELLI DAL SETTORE SANITARIO

Sebbene l'Italia attragga una quota di infermieri stranieri assai ridotta rispetto alla media OCSE, la presenza di infermieri nati all'estero nel nostro paese è, come si è visto nell'introduzione, in forte aumento.

Se da una parte si registra l'esigenza di rendere il nostro paese una meta più attraente per i flussi indirizzati al settore sanitario, dall'altra è importante dotarsi di politiche che contribuiscano a limitare il peso del drenaggio di competenze e cervelli dai contesti di origine.

Una prima indicazione è diretta a promuovere politiche di reclutamento che rispondano a standard etici, evitando o monitorando attentamente la mediazione dei soggetti privati. Un buon esempio in questo senso è il Code of Practice for the International Recruitment of Healthcare Professionals adottato dai paesi del Commonwealth. Il Codice impone, tra le altre cose, che il reclutamento non avvenga in paesi che soffrono di una forte carenza di personale medico e infermieristico (esiste una lista ufficiale pubblicata dal governo), sia concertato

nell'ambito di accordi inter-governativi, offra reali opportunità di crescita professionale e diritti sociali ai lavoratori coinvolti, non imponga il pagamento di tasse. Le agenzie di reclutamento che aderiscono al Codice sono obbligate a rispettarlo e appaiono in una lista ufficiale disponibile anche sul web.

Una seconda raccomandazione è volta ad incentivare la formazione in loco, puntando alla promozione di standard qualitativi più alti e standardizzati, come raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Rafforzare la formazione in loco risponde a una nostra esigenza di reclutare professionisti preparati, ma avvantaggia anche il personale locale. Un progetto interessante, finanziato dalla cooperazione italiana nel 2004 ha riguardato l'istituzione, volta anche a facilitare il riconoscimento dei titoli, di percorsi formativi congiunti attraverso accordi tra le università di Arad, Cluj e Timisoara in Romania e le università di Parma, Udine e Padova in Italia (con finanziamenti rispettivamente da parte della provincia di Parma, della regione Friuli Venezia Giulia nell'ambito di un programma europeo gestito dallo IAL, e della regione Veneto). I formatori dei corsi sono stati a loro volta formati in Italia o attraverso corsi svolti da docenti delle università italiane in Romania, mentre gli studenti hanno avuto la possibilità di svolgere stage in Italia da cui potevano nascere opportunità di lavoro (Piperno Reina 2005).

Favorire la circolarità della manodopera viene ancora una volta ritenuto uno strumento utile: non solo come si è detto sopra, per rispondere al deficit di manodopera del settore sanitario italiano, ma anche per diminuire il drenaggio di competenze dai contesti di origine, approfondendo lo scambio di conoscenze tra paesi. Resta, tuttavia, la difficoltà di offrire incentivi adeguati al rientro.

Infine secondo un partecipante, e in linea con quanto raccomandato dal Libro Verde sull'Immigrazione della Commissione Europea: "l'Italia potrebbe offrire delle forme di compensazione ai paesi d'origine per i costi dell'istruzione di coloro che emigrano per lavoro (soprattutto nei Paesi più poveri come Ucraina e Romania)". Tali fondi potrebbero essere diretti a rafforzare le strutture socio-sanitarie nei contesti di origine e ad attrarre nuovo personale locale diminuendo così l'impatto dello *skill drain*. Tuttavia, secondo un altro partecipante dati i limiti di bilancio, "è difficile immaginare più che semplici azioni simboliche. Le rimesse sono la compensazione reale, mentre qualche progetto da pochi milioni di euro non cambierebbe la sostanza".

MIGLIORARE L'IMPATTO SULLO SVILUPPO SOCIALE DELLE MIGRAZIONI ORIENTATE ALLA CURA

Alcuni esperti, sebbene in minoranza, ritengono difficilmente praticabile una valorizzazione delle migrazioni di cura che tenga conto delle esigenze di sviluppo sociale tanto dei paesi di origine che di destinazione. Si evidenzia che: "la costruzione sociale dell'assistenza come lavoro formalmente non qualificato, o come "non lavoro", si iscrive in un contesto di rapporti sociali di genere, classe e nel razzismo che – in mancanza di riforme strutturali e di ampia portata – ne rende difficile la promozione". Si tratta: "di un tipo di flusso migratorio sul quale è particolarmente difficile esercitare un controllo (attraverso incentivi alla permanenza, alla formazione o al ritorno) data la tendenza auto-riproduttiva delle reti su cui si fonda e il marcato inserimento nel bacino di lavoro sommerso". La migrazione di cura, inoltre, generalmente "non si presenta come una scelta pianificata e presenta scarse prospettive di rientro qualificato".

Tutte queste difficoltà sono indiscutibilmente presenti e rendono le migrazioni femminili indirizzate alla cura il target più difficile da raggiungere da parte di politiche tese a rafforzare il nesso tra migrazione e sviluppo. Nonostante ciò, la maggioranza degli esperti ritiene comunque praticabile una sperimentazione che vada nel senso di migliorare la gestione delle migrazioni di cura per potenziarne l'impatto sullo sviluppo sociale "qui" e "là". Saranno però verosimilmente più praticabili percorsi con i nuovi paesi membri grazie alla relazione di

prossimità con la terra di origine, alla maggiore libertà di circolazione, e alla possibilità per la cooperazione internazionale di fare leva su finanziamenti e *know how* rilevanti.

Quasi tutte le risposte convergono sulla necessità, per promuovere tale strategia, di sviluppare politiche che leghino formazione, inserimento e inclusione sociale in Italia e circolazione della manodopera migrante. È inoltre necessario ricorrere a un approccio intersettoriale che affianchi, politiche migratorie, del lavoro, sociali e di cooperazione allo sviluppo. Tale integrazione tra ambiti diversi di policy può dare risultati interessanti, ma dati i limiti di bilancio, può essere sperimentata inizialmente a livello locale più che nazionale.

L'intersectorialità delle politiche mostrerebbe la sua efficacia se, ad esempio, venissero promossi percorsi di formazione e reclutamento all'estero (interventi già sostenuti nell'ambito della già citata Intesa Stato-Regioni del settembre 2007), in stretto legame con le politiche di promozione e regolarizzazione del lavoro di cura già in corso – come si è visto – in numerosi contesti locali italiani. Uno dei partecipanti, ad esempio, immagina politiche di formazione all'estero nel settore socio-sanitario e della cura legate a bonus fiscali e contributivi (*in-work benefits*) che nella terra di arrivo scoraggino il ricorso al sommerso; mentre un altro esperto immagina politiche di ingresso e circolazione nel settore della cura legate a strategie di sostegno alla domanda delle famiglie (ad esempio attraverso l'utilizzo di voucher). Solo a partire da una reale inclusione sociale – che attraverso queste misure verrebbe gestita fin dall'inizio del percorso migratorio – è possibile consentire un accumulo di capitale umano e finanziario da cui possono sorgere dinamiche di sviluppo.

Secondo alcuni partecipanti, il bagaglio professionale dei lavoratori e delle lavoratrici di cura può inoltre divenire una competenza spendibile in loco, specie se sostenuta attraverso adeguati percorsi formativi.

Nei nuovi paesi membri, la trasformazione dei mercati del welfare, stimolata dal processo di adesione all'Unione Europea, crea opportunità interessanti di ritorno qualificato che potrebbero essere favorite attraverso il sostegno della cooperazione sociale italiana. A questo proposito un'esperta nota come sarebbe importante: “valorizzare e qualificare la presenza delle donne nell'ambito di settori nuovi di welfare dei paesi recentemente entrati in Ue ed emergenti attraverso il sostegno di forme organizzative innovative e flessibili sia pubbliche che del privato sociale e del non profit”.

Iniziative di cooperazione allo sviluppo indirizzate alla promozione dei servizi sociali nei contesti di origine potrebbero inoltre trovare un raccordo migliore con gli interventi di sostegno al lavoro di cura, creando opportunità per la circolazione e il rientro qualificato di lavoratori e lavoratrici impiegati nel settore socio-sanitario e dell'assistenza. Sempre la stessa esperta ribadisce, l'utilità di: “Riconoscere le esperienze fatte nei diversi ambiti di lavoro di cura e di assistenza delle donne emigrate e incoraggiare e sostenere il loro reingresso nei paesi di origine con incentivi e politiche tese a migliorare le risposte di welfare di quei paesi anche come spazi qualificati di lavoro delle donne”. Si avvicina a questo obiettivo un progetto di cooperazione decentrata in ambito sociale promosso dalla Regione Emilia Romagna, dal Comune di Forlì e dalla Provincia di Forlì-Cesena nei Balcani. Attraverso i progetti New e Newnet è stato avviato un programma quadriennale teso a sviluppare la programmazione sociale in alcune città dei paesi adriatico-orientali, a sostenere il processo di decentramento amministrativo dei servizi sociali, la formazione professionale in ambito sociale, l'avvio e il rafforzamento dell'imprenditoria sociale. Successivamente, il progetto Migravalue, anch'esso co-finanziato dalla regione Emilia Romagna, ha puntato a unire il tema delle migrazioni con quello dello sviluppo sociale: ad esempio è stato sostenuto l'investimento dei migranti in campo sociale oltre che economico; il fenomeno migratorio è stato promosso come tema di cui tenere conto nella programmazione sociale locale; è stato sostenuto il dialogo inter-istituzionale per la promozione di accordi sugli accantonamenti previdenziali dei lavoratori immigrati. Un limite di queste politiche è stato quello di non considerare le migrazione

orientata al settore socio-sanitario e della cura come elemento da valorizzare nell'ambito di politiche di sviluppo sociale (certamente anche per via del ridotto flusso migratorio indirizzato a questo settore e proveniente dall'area balcanica).

Per rafforzare il nesso tra migrazione e sviluppo sociale in loco è però necessario ripensare la formazione, che secondo diversi partecipanti è “la politica *win-win* più efficace: per l'Italia il vantaggio è in termini di aumento degli *skill* degli immigrati. Per i paesi d'origine il vantaggio è in un accresciuto ritorno della scelta di emigrare, ritorno economico che in prospettiva aumenterebbe il valore di scelte di ritorno nel paese di origine”.

Un riconoscimento più ampio della qualifica di assistente familiare (con la definizione di standard a livello europeo), oltre che essere utile – come si è detto sopra – per valorizzare e ottimizzare l'assistenza domiciliare in Italia, faciliterebbe politiche di circolazione della manodopera di cura.

Integrare i corsi di formazione diretti alle assistenti familiari con moduli che tengano conto delle realtà dei contesti di origine e favorire l'accreditamento per le professioni di OSA e OSS sono entrambi strumenti, secondo i partecipanti, che possono promuovere l'accumulo di competenze spendibili in loco. Interventi di questo tipo potrebbero costituire *step* iniziali per eventuali progetti di affiancamento al ritorno. È anche possibile sviluppare moduli specificatamente orientati alla creazione di impresa sociale nel contesto di origine come è stato fatto dal comune di Reggio per rispondere a una richiesta proveniente da lavoratrici di cura ucraine che si riunivano presso il punto-incontro Madreperla (Piperno 2006).

La creazione di partenariati tra enti locali, strutture ospedaliere e operatori del terzo settore nei paesi di origine e di arrivo viene indicata dagli esperti come un'ulteriore strada per incentivare la circolarità e la contaminazione tra diversi sistemi di welfare; aumentare le opportunità di scambi formativi e professionali tra paesi coinvolti in fenomeni migratori; migliorare il livello dei servizi sociali in loco e conseguentemente la motivazione di chi ci lavora. In Romania la Caritas gestisce servizi di cura a domicilio che sono tarati su standard occidentali, consentono continue possibilità di scambi formativi e training e vengono considerati un esempio di punta nel panorama locale. In Ungheria, nella città di Szombathely, è stata creata un'impresa sociale in grado di pagare salari fino al 50% superiori alla media nel settore grazie a un'ottima capacità di *fund raising*. Corsi di lingua, *training* e continui scambi con l'estero (Spagna, Belgio, Regno Unito e Germania) rendono il lavoro in questa struttura particolarmente appetibile (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: 31).

A monte di questo processo, diversi partecipanti auspicano il rafforzamento del ruolo di programmazione della Regione, che finora è stato piuttosto carente. Dal 2002 le Regioni possono intervenire nella programmazione dei flussi indicando cifre e facendo suggerimenti, ma fino ad oggi sono state sostanzialmente assenti e non si sono dotate di concreti indicatori di fabbisogno lavorativo. Più di un esperto indica conseguentemente la necessità che questi organismi siano maggiormente in grado di comprendere i bisogni del territorio, programmare i flussi migratori e il profilo delle competenze necessari a rispondervi e mantenere al tempo stesso una relazione di cooperazione con i principali contesti di emigrazione: “le Regioni, attraverso osservatori ed iniziative attivate in collaborazione con le associazioni dei datori di lavoro e dei rappresentanti degli immigrati, dovrebbero puntare a realizzare una valutazione quali/quantitativa delle tipologie professionali carenti nel proprio territorio. Tale collaborazione dovrebbe spingersi a promuovere appositi Piani di Formazione Professionale da svolgersi nei paesi d'origine, comprendenti l'apprendimento della lingua italiana e il conseguimento di specifiche abilità professionali, in prospettiva utili anche al paese di origine in caso di rientro in patria dell'immigrato”. Lo stesso strumento del piano di zona potrebbe risultare utile per costruire ponti “translocali” permanenti e non legati a singoli progetti. Bisognerebbe: “inserire nel lavoro di confronto e programmazione dei piani di zona questo

obiettivo (quello cioè di una programmazione dei flussi che tenga conto delle esigenze del tessuto sociale di origine e destinazione), costruendo percorsi con le associazioni degli immigrati e i patronati e gli Enti che si occupano di questo settore specifico. Occorre soprattutto passare da progetti limitati nel tempo a politiche e creazione di strutture che organizzino questi ‘ponti’ in permanenza”.

BIBLIOGRAFIA

- Ambrosini, M (a cura di) (2006), “Allargando i confini. Impresa sociale, terzo settore ed immigrazione”, *Impresa Sociale*, n. 2, anno 16, vol. 75.
- Ambrosini, M. (2005), “Dentro il welfare invisibile: aiutanti domiciliari immigrate e assistenza agli anziani”, in *Studi Emigrazione*, XLII, n. 159.
- Andall, J. (2000), *Gender, migration and domestic service: the politics of black women in Italy*, Aldershot, Ashgate.
- Andall, J. (2003), “Hierarchy and interdependence: the emergence of a service caste in Europe”, in Andall (a cura di), *Gender and ethnicity in contemporary Europe*, Oxfors, Berg.
- Andall, J. (2004), “Le Acli-colf di fronte all’immigrazione straniera: genere, classe ed etnia”, in *Polis*, vol. 18, n. 1.
- Anderson, B. (2000), *Doing the dirty work? The global politics of domestic labour*, London-New-York, Zed Books.
- Bettio, F., Solinas S. (2009), “Which European model for elderly care? Equity and efficiency in home based care in three European countries”, *Economia & Lavoro*, vol. 1, in corso di stampa.
- Blangiardo, G.C. (2008), “Aspetti quantitativi e riflessioni su prospettive e convenienza dell’immigrazione straniera in Italia”, in ISMU, *Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007*, Milano, Franco Angeli.
- Boccagni, P. (2006), “Economia sociale e integrazione degli immigrati in Italia: un quadro d’insieme”, in Ambrosini M. (a cura di), *Allargando i confini. Impresa sociale, terzo settore ed immigrazione*, *Impresa Sociale*, n. 2, anno 16, vol.75.
- Bryceson, D., Vuerela, U. (2002), “Transnational families in the twenty first century”, in Bryceson D., Vuerela U. (eds), *The transnational family. New European frontiers and global networks*, Oxford, Oxford University Press.
- Cancedda, A. (2001), *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Emolymnt in house hold services*, Luxembourg, Office for the Official Publications of the European communities.
- Caritas Migrantes (2008), *Dossier Statistico 2008, XVIII Rapporto*, Roma, Idos.
- Centrul Județean de Asistență Psihopedagogică – Iași, (2006), *Studiu privind efectele migrației părintilor la muncă în străinătate asupra copiilor*, studiul preliminar.
- Chaloff, J. (2008), “Mismatches in the formal sector, expansion of the informal sector: immigration of health professionals to Italy”, *OECD Health Working Papers*, n. 34.
- Chang, G. (2000), *Disposable domestics. Immigrant women workers in the global economy*, Cambridge, South End Press.

- Colombo, A. (2003), "Razza, genere, classe. Le tre dimensioni del lavoro domestico in Italia", in *Polis*, vol. 17, n. 2.
- Colombo, A. (2005), "Il mito del lavoro domestico: struttura e cambiamenti in Italia (1970-2003)", in *Polis*, vol. 19, n. 3.
- Commissione Europea (2004), Report from the High Level Working Group, *Facing the challenge: the Lisbon strategy for growth and employment*, Luxembourg, Office for the Official Publications of the European communities.
- Commissione delle Comunità Europee, COM (2008) 765 def, Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato Economico e Sociale Europeo e al Comitato delle Regioni, *Le ripercussioni della libera circolazione dei lavoratori nel contesto dell'allargamento dell'Unione Europea*, Bruxelles, 18.11.2008.
- Confcooperative (2007), Rapporto 2007 sulle cooperative di immigrati nella provincia di Roma.
- Dahrendorf, R. (1985), *Law and order*, Boulder, Westview Press.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2006), *Employment in Social Care in Europe*, [<http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/50/en/1/ef0650en.pdf>].
- Ferrante V., Zanfrini L. (2008), *Una parità imperfetta. Esperienze a confronto sulla tutela previdenziale dei migranti*, Roma, Edizioni Lavoro.
- FONPC (2005), O noua forma de abandon: copiii romanilor care muncesc in strinatate, Atti del convegno.
- FRCCF e UNICEF (2005), Foreignland: dreamland or nightmare? Research study on the migration phenomenon from Oaş, Rapporto di ricerca.
- Gamburd, M. (2000), *The kitchen and the spoon's handle: transnationalism and Sri Lanka's migrant housemaids*, Ithaca and London, Cornell University Press.
- Giannakouris, K. (2008), *Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies*, Eurostat 72/2008, [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF].
- Haidinger, A. (2008), "Contingencies Among Households: Gendered Division of Labour and transnational Household Organization – the Case of Ukrainians in Austria", in H. Lutz (ed.), *Migration and Domestic Work. A European Perspective on a Global Theme*, Ashgate, Aldershot.
- Hondagneu-Sotelo, P., Avila, E. (1997), "I'm here but I'm there". The meaning of transnational motherhood", in *Gender & Society*, n. 55.
- INPS-Caritas Migrantes (2004), *Immigrazione e collaborazione domestica: i dati del cambiamento*, INPS.
- Irimescu, G. e Lupu, A.L. (2006), *Home alone! Study made in Iași area on children separated from one or both parents as a result of parents leaving to work abroad*, Iași, Alternative Sociale.
- IRS (2006), *Qualificare il lavoro privato di cura in Lombardia*, Milano, IRS.
- IRS (2007), *Il lavoro privato di cura nella Provincia di Lodi*, Milano, IRS.
- ISMU (2007) *Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007*, Milano, Franco Angeli.
- Istat (2006), *La partecipazione al mercato del lavoro della popolazione straniera*, Roma, Istat, [www.istat.it].
- Lutz, H. (2002), "At your service madam! The globalization of domestic service", in *Feminist Review*, n. 79.

- Mansoor, A., Quillin, B. (a cura di) (2007), *Migration and remittances. Eastern Europe and the former Soviet Union*, Washington DC, The World Bank.
- Mattoscio, N., Colantano, E., Furia, D., Castagna, A. (a cura di) (2007), *Il fenomeno del badantato nella provincia di Chieti*.
- Mazzacurati, C. (2005), *La diffusione dell'irregolarità nel mercato dell'assistenza privata*, in www.qualificare.i, newsletter n. 2 intervento n. 1.
- Mellina, C., Pittau, F., Ricci, A. (2006), *Le migrazioni di infermieri in Italia*, Atti della IX Consensus Conference sull'Immigrazione, Palermo 27-30 aprile.
- Milagros B., Asis, M., Huang, S. Yeoh, B. (2004), "When the light of the home is abroad. Unskilled female migration and the Filipino family", *Singapore Journal of Tropical Geography*, vol. 25, issue 2.
- Murison, S. (2005), Evaluation of DFID Development Assistance: Gender equality and women's Empowerment: Phase II Thematic Evaluation. Migration and development, Working Paper n. 13, Evaluation Department, Department for International Development.
- OECD (2007), *International migration outlook*, Sopemi Edition, OECD.
- Parreñas, R.S (2003), "The care crisis in the Philippines: children and transnational families in the new global economy", in Ehrenreich, B., Hochschild, A. (a cura di), *Global Woman. Nannies, maids and sex workers in the new economy*, New York, Metropolitan Books.
- Parreñas, R.S. (2001), *Servants of globalization. Women, migration and domestic work*, California, Stanford University Press.
- Pasquinelli, S., Rusmini G., (2008), *Badanti: la nuova generazione. Caratteristiche e tendenze del lavoro privato di cura*, Milano, IRS.
- Pastore, F. (2008), *L'Europa e l'immigrazione: la pancia contro la testa*, [www.affarinternazionali.it].
- Pastore, F., Piperno, F. (2006), *Welfare transnazionale. Un ambito strategico di intervento per la cooperazione decentrata?*, Roma, Discussion paper CeSPI, [<http://www.cespi.it/SCM/strand2/welfare%20transnazionale-Piperno.pdf>].
- Pavolini, E. (2005), *Il mercato privato dell'assistenza nelle marche: caratteristiche e ruolo regolativo dell'attore pubblico*, Agenzia regionale Marche Lavoro.
- Pillinger, J. (2008), *The migration-Social Policy Nexus: Current and Future Research*, UNRISD.
- Piperno, F. (2006), *Fuga di welfare. Quale equilibrio?* [<http://www.cespi.it/SCM/strand2/fuga%20di%20welfare-Piperno.pdf>].
- Piperno, F. (2007), "L'altra faccia del nostro welfare: il drenaggio di cura nei paesi di origine. Il caso della Romania", in *Studi Emigrazione/Migration Studies*, vol. 44, n. 168.
- Piperno, F. (2008), "Chi si cura delle assistenti familiari?", *Animazione Sociale*, n. 222.
- Piperno, F., Reina, E. (2005) *Migrazioni e sviluppo nelle politiche degli enti locali*, [<http://www.cespi.it/migration2/PAPERS/8-migr-svi-enti%20locali.pdf>].
- Pribilsky, J (2004), "Aprendimos a convivir?: conjugal relations, co-parenting, and family life among Ecuadorian transnational migrants in New York City and the Ecuadorian Andes", in *Global networks*, 4 (3).
- Ricci, A. (2008), "Caratteristiche dell'immigrazione romena in Italia prima e dopo l'allargamento", in Pittau, F., Ricci, A., Silj, A. (a cura di), *Romania. Immigrazioni e lavoro in Italia*, Idos Edizioni, Roma.

- Rossi, A. (2004), *Anziani e assistenti immigrate. Strumenti per il welfare locale*, Roma, Ediesse.
- Sarti, R. (2004), “‘Noi abbiamo visto tante città, abbiamo un’altra cultura’. Servizio domestico, migrazioni e identità di genere in Italia: uno sguardo di lungo periodo”, *Polis*, vol. 18, n. 1.
- Sarti, R. (2005), “Conclusion. Domestic service and the European identity”, in S. Pasleau, Sarti R., Schopp I. (eds) *Final Report. The socio-economic role of domestic service as a factor of European identity*, vol. 5, Liège, Presses Universitaires de Liège, [www.uniurb.it/scipol/drs_servant_project_conclusion.pdf].
- Sarti, R. (2006), “Domestic Service: Past and Present in Southern and Northern Europe”, *Gender & History*, vol. 18, n. 2.
- Schierup, C-U., Hansen, P., Castles, S. (2006), *Migration, citizenship, and the European Welfare State. A European dilemma*, Oxford, Oxford University Press.
- Sciortino, G. (2004), “Immigration in a Mediterranean Welfare State: The Italian experience in comparative perspective”, *Journal of Comparative Policy Analysis*, vol. 6, n. 2.
- Scrinzi, F. (2003), “‘Ma culture dans laquelle elle travaille’. Les migrantes dans les services domestiques en Italie et en France », in *Cahiers du Cedref* n. 10.
- Scrinzi, F. (2005), *Les migrant(e)s dans les emplois domestiques en France et en Italie: construction sociale de la relation de service au croisement des rapports sociaux de sexe, de race et de classe*, tesi di dottorato in sociologia, co-tutela tra URMIS, Università di Nizza, Francia e DISA, Università di Genova.
- Sole 24 ore (2007), *Speciale Colf e badanti*, 2 aprile.
- Sørensen N.N. (2004), *The development dimension of migrant transfers*. DIIS Working Paper n. 16.
- Sørensen, N.N. (2005), *Transnational family life across the Atlantic: the experience of colombian and Dominican migrants in Europe*, paper presented at the International Conference on ‘Migration and Domestic work in a global perspective, Wassenaar, Paesi Bassi, 26-29 maggio 2005.
- Torre, A.R. (2009), “Romania”, in Piperno F. (a cura di), *L’emigrazione come questione sociale: politiche e rappresentazioni in Ecuador, Romania e Ucraina*, in corso di stampa.
- Ungerson C., Yeandle S. (a cura di) (2007), *Cash for care in developed welfare states*, New York. Palgrave.
- UNIFEM (2004), *Women migrant workers’ capacity and contribution*, in “*Empowering women migrant workers in Asia: A briefing kit*, New York & Bangkok, Unifem.
- Wong, S.-L. (1997), “Diverted mothering: representations of caregivers of colour in the age of multiculturalism”, in Nakano Glenn E., Cang, G., Rennie Forcey, L. (a cura di), *Mothering: ideology, experience and agency*, London, Routledge.
- Zulli F. (a cura di) (2008), *Badare al futuro. Verso la costruzione di politiche di cura nella società italiana del terzo millennio*, Milano, Franco Angeli.