

Lia Giancristofaro

Università di Chieti-Pescara

Vivo nell'ombra. Oppressione intersezionale delle care-givers straniere in un contesto italiano

Abstract

Domestic and carer work can bring about intersectional oppression of women, with detrimental effects on their health. This is the case of foreign caregivers who willingly undertake carer work in the transnational labour market and even though regulated by law, marginalizes the worker involved. This article offers the results of ethnographic research conducted in a central-southern Italian province and highlights conditions of the structural suffering of women who experience regret, unease, depression, and guilt somatization – the so-called “Italy syndrome” – especially when it is time to return home. Some even decide not to go back to their homeland and families, lingering in the transitory condition that had been an initial plan. Like many migrant workers, these caregivers make short-term life projects that aim to bring advances for them, their families, and the families of their charges, but in the long term prove to be distressing on a psychological, relational, and environmental level. This analysis of the situations of oppression and subjugation - but also situations of resistance - highlights the daily reproduction of systems of power, which are experienced, embodied and reproduced by social actors.

Keywords: *ethnography; caregiving; women; migration; oppression*

1. Premessa: la cura negoziata vista da una prospettiva intersezionale

La cura domiciliare all'anziano non autosufficiente è un dispositivo culturale molto importante in Italia per due motivi: primo, in Italia le persone credono nella obbligazione morale intergenerazionale di curare i familiari anziani; secondo, presso gli anziani vige l'idea di restare nella propria casa anche in condizioni di malattia e, per quanto possibile, morire lì, circondati dai propri cari¹. L'intreccio di questi fattori spinge a realizzare un welfare "mediterraneo" basato sulla sussidiarietà tra lo Stato e la parentela. Nella famiglia italiana, il lavoro domestico e di cura non viene retribuito, perché rientra nella obbligazione morale intergenerazionale di curare i propri cari.

Da circa trent'anni, in Italia, il tasso di invecchiamento della popolazione raggiunge livelli mai visti finora². Le persone fragili aumentano ogni anno di numero. Contemporaneamente, le persone abili devono lavorare fuori casa per guadagnarsi da vivere. Sicché, risulta impossibile per una sola persona prendersi cura di due o tre anziani fragili (genitori, zii, nonni, suoceri) che magari vivono ognuno nella sua casa o in luoghi lontani rispetto alla residenza del proprio lavoro. In Italia, l'allungamento della

¹ La forza di questa tradizione è stata indebolita durante la pandemia del 2020, quando le persone fragili sono state internate in condizioni di isolamento. Ho approfondito le implicazioni nel volume *Fragments indigestos. Cultura popular y funerales en tiempos de COVID19 en Italia*, Sociedad Humanista Ética Argentina "Deodoro Roca", Mendoza, 2020.

² *In Italia, la quota di coloro che hanno oltre 80 anni tra il 2001 e il 2020 è passata dal 16 % (2001) al 21% (2020). L'invecchiamento della popolazione aumenterà fino al 2050. I dati medi europei sono lievemente più bassi. Fonte: Eurostat, Population structure indicators at national level, last update: 28/09/2023.*

vita media e il peso sanitario degli anziani si combinano col minore numero di nascite, per cui sempre meno persone saranno costrette a occuparsi dei propri familiari sempre più numerosi e sempre più fragili.

I familiari di anziani fragili che non possono erogare il lavoro di cura domestico (e gratuito) impiegano lavoratrici esterne alla famiglia, soprattutto donne immigrate dai paesi dell'Europa dell'Est. Dunque, la cura domiciliare viene garantita da persone esterne alla famiglia. Nel lessico italiano, questo lavoro di *care-giving* è definito come “looking after”, inteso in senso olistico come “prendersi cura di una persona fragile”. Questa parola italiana nasce alla fine del XX secolo per dare un nome a figure nuove che entrano nella scena sociale quando il lavoro gratuito di *care-giving* (ai bambini, ai malati, agli anziani) passa dall'affidamento interno, cioè dalle donne della famiglia, alle persone estranee: da un lato questo lavoro resta nel contesto della casa, dall'altro lato esso viene retribuito, e questo rappresenta una novità, perché nessuno pensa di retribuire una madre che accudisce i suoi bambini o una figlia che si prende cura dei genitori anziani. Il nuovo ruolo retribuito viene dunque descritto mediante la trasposizione della parola “garzone” che in passato si prendeva cura degli animali domestici nella fattoria: questo era il garzone, il guardiano di bestie, colui che viene pagato pochi spiccioli “to look after”. Questa parola, che dal mondo dell'allevamento passa al mondo del lavoro domestico, contiene e riproduce disuguaglianze di classe, di genere e di cittadinanza che stigmatizzano sia la persona fragile; sia, per antonomasia, l'intera categoria dei fragili; sia la persona che svolge il lavoro di *care-giving*; sia, per antonomasia, l'intera

categoria dei care-givers³. La caratteristica fondamentale di questo lavoro è che viene dato al genere femminile: nel mondo, le donne sono i principali fornitori di assistenza formale e informale, retribuita e non retribuita.

In Italia, l'insufficiente disponibilità delle donne residenti intercetta una precisa offerta: quella delle donne straniere, le quali sono disposte a lasciare i propri cari e a domiciliarsi per anni insieme alle persone fragili. Sul momento, questa opportunità di lavoro sembra un grande vantaggio sociale. Gli svantaggi vengono evidenziati nel tempo.

Nel corso degli ultimi vent'anni, in Italia il lavoro delle care-takers ha acquisito visibilità sociale grazie soprattutto ai controlli della Guardia di Finanza e alle nuove norme finalizzate all'emersione del lavoro irregolare. Tuttavia, questa attività è ancora sottopagata e spesso irregolare. Da quando ho iniziato questa ricerca, nel 1998, il mio obiettivo è quello di conoscere le condizioni di vita delle care-givers straniere e valutare il loro benessere (o il malessere) come singole persone e come membri di un gruppo. Per valutare ciò, ho considerato il lavoro e il genere, ma anche altre categorie sociali, come la classe, la nazionalità, la cultura, per comprendere la posizione della persona (o del gruppo) nel sistema dei rapporti di potere. Ho osservato i comportamenti delle care-givers molto a lungo e in

³ La parola italiana "badante" è offensiva sia per le persone che ricevono le cure (equiparate ad animali), sia per la persona che eroga le cure, vista come una guardiana di animali. Questo pessimo neologismo potrebbe essere rimpiazzato da altre parole (Faso 2010). Fino al 2007, questo pessimo neologismo è presente persino nel contratto nazionale di lavoro; nel 2007, viene sostituito dalla locuzione "assistente familiare". Nel linguaggio comune, resiste la parola "badante" che, per metonimia, oggi intende tutte le lavoratrici dell'Europa dell'Est.

tutti i momenti della giornata; per un periodo limitato, sono stata “una di loro”. Solo in questo modo ho potuto capire che la sovrapposizione (o “*intersectionality*”) delle diverse identità sociali e produce discriminazioni, oppressioni, dominazioni sulla persona intesa come identità individuale e collettiva. Il sessismo, il razzismo e tutti i pregiudizi basati sull’intolleranza non agiscono in modo indipendente, ma si interconnettono per creare una gerarchia sociale oppressiva (Crenshaw, 1989; Browne and Misra 2003) che nel tempo produce una profonda sofferenza.

2. Presentazione della ricerca etnografica: la salute delle care-givers straniere in provincia di Chieti

La migrazione delle donne è in aumento, e con essa aumenta anche la loro vulnerabilità alla discriminazione, allo sfruttamento e agli abusi.

I fattori di spinta dei Paesi di origine si intrecciano coi fattori di attrazione dei Paesi di destinazione: nei Paesi a basso reddito, mancano le opportunità di lavoro e i salari sono bassi. I Paesi di accoglienza offrono lavoro poco qualificato dal basso salario, ma comunque vantaggioso rispetto al salario del Paese a basso reddito. I Paesi di accoglienza affrontano l’invecchiamento della popolazione, mentre i Paesi a basso reddito la popolazione cresce più velocemente del mercato del lavoro.

Il problema principale è l’inadeguatezza dei sistemi giuridici e assistenziali: nei Paesi ad alto reddito, la migrazione per motivi di lavoro non rientra nelle politiche occupazionali e viene esclusa dal diritto dei lavoratori. La situazione degli immigrati viene esaminata solo per controllare le frontiere e la sicurezza interna. In tali condizioni, i diritti fondamentali del lavoratore vengono facilmente aggirati e la migrazione diventa sempre più

informale e irregolare. La migrazione internazionale è vista come un fenomeno transitorio di risposta a carenze temporanee, ma è una caratteristica strutturale delle economie dei Paesi di tutto il mondo⁴.

La mia osservazione comincia nel 1998 nella città dove nasco e vivo fino al 2002. A Lanciano, città in provincia di Chieti, mentre terminavo i miei studi a distanza presso l'EHESS di Parigi, svolgo un lavoro di cura presso una residenza per studentesse canadesi. Questo lavoro mi impegna soprattutto la notte e nei week-end. Dunque, anche io svolgo un lavoro transitorio di care-giving retribuito e questo aumenta la mia empatia verso le *caregivers* straniere. Il lavoro nella residenza, il quartiere e la rete sociale mi consentono di conoscerle e di diventare amiche. Nel 2002 mi trasferisco a Chieti e poi a Vasto, ma resto in contatto con le mie colleghe care-givers e ne conosco molte altre. Seguo le loro vicende anche quando lasciano il lavoro in Italia e tornano “a casa”, dove vivono i loro figli e la loro famiglia.

Questa osservazione si inserisce sulla mia osservazione più ampia sulle relazioni domestiche del contesto dove vivo. La provincia di Chieti è fatta da 104 comuni di dimensioni medie e piccole: qui si trovano le città di Lanciano, Vasto e Chieti, dove vivo e ho vissuto; qui ho le mie relazioni parentali; qui dal 1998 al 2023 raccolgo materiale etnografico su un campione di circa 370.000 abitanti.

In questa provincia, la maggior parte della popolazione è anziana: dopo la Seconda Guerra Mondiale, i piccoli paesi della montagna hanno ceduto migliaia di giovani alle città, che sono cresciute rapidamente. I loro figli, cioè i miei coetanei

⁴ Secondo le Nazioni Unite, dal 2002 si verifica una crescita costante e inarrestabile del numero di persone che emigrano.

(attualmente ho 53 anni) sono emigrati a loro volta per lavorare a Bologna, a Milano e all'estero. I pochi giovani rimasti e i figli degli immigrati non ringiovaniscono la demografia. Dunque, il territorio attualmente sembra un ospizio a cielo aperto⁵.

La cittadinanza è composta da pensionati di classe media e bassa, portatori di un'etica altamente conservatrice dominata dal cattolicesimo, per cui le donne, per tradizione, devono occuparsi della casa e della famiglia anche quando lavorano fuori casa. Ma l'invecchiamento di questa generazione e la mancanza di disponibilità dei discendenti mettono in crisi lo scambio intergenerazionale della cura. Questo viene aggravato dai cambiamenti del Sistema Sanitario Nazionale: la diminuzione dei posti letto negli ospedali mantiene a casa gli ammalati, che hanno bisogno di cure domiciliari.

Le famiglie residenti richiedono con forza il lavoro delle *care-givers* straniere, che sono arrivate a migliaia. Ho raccolto il mio campione di ricerca in modo casuale ma con molta facilità tramite la metodologia passa-parola della "palla di neve": dal 1998 al 2023, ho intervistato 132 care-givers. Di queste, 125 lavorano per gli anziani e solo 7 lavorano per i bambini o per i giovani con disabilità.

La mia etnografia si concentra sulla salute delle care-givers straniere che lavorano per gli anziani. Osservando le care-givers, ho osservato anche gli anziani fragili. Sono persone che sono sopravvissute alla guerra e non si arrendono di fronte ai cambiamenti sociali. Questi anziani, nel corso degli ultimi

⁵ Nel 1998, i dati assegnano alla provincia di Chieti ben 18.375 persone di oltre ottanta anni, ovvero il 4,7% della popolazione residente (Guarriello et al., 2002: 195): una quota che è andata aumentando in modo esponenziale fino al 2022, quando gli ultraottantenni sono diventati l'8% della popolazione residente.

vent'anni, imparano a usare il personal computer, i cellulari e gli smartphone, cambiano idea sulla vita, cominciano a pensare a un nuovo amore se hanno perso il partner (questa prospettiva trent'anni prima risulta impensabile). Cresce in loro anche l'accettazione della care-giver esterna come unica soluzione per essere curati: nelle prime interviste (1998-2002), gli anziani rifiutano come "estranea" la figura della care-giver, non si fidano di lei e preferiscono essere curati dalla propria figlia o dalla propria nuora, come dice Maria⁶. Invece nelle ultime interviste (2023) essi riconoscono e accettano la presenza in casa della care-giver straniera, sono riconoscenti, meno razzisti e più generosi rispetto al passato, come dice Gabriella. «Non mi lamento della mia care-giver, è l'unica persona che può aiutarmi. Sono vedova; mia figlia vive a Bologna in un piccolo appartamento dove non c'è spazio per me. Fa la maestra e guadagna poco. Con la mia pensione, pago una care-giver di Bucarest. Mi piacerebbe vedere più spesso i miei parenti, ma sono tutti impegnati nel lavoro: hanno bisogno di guadagnare per poter vivere» (Gabriella, anni 78, intervistata a Chieti nel 2023). Questo cambiamento di prospettiva viene descritto dai

⁶ «Io ho assistito i miei genitori, i miei suoceri e una mia zia che non aveva figli. Vivevano tutti nella mia casa. Un tempo, si faceva così. Adesso sono io ad aver bisogno di cure e nessuno dei miei quattro figli si prende cura di me. Uno vive a Milano, uno a Londra, e gli altri due hanno mogli che non vogliono questa responsabilità. Mi hanno affidata ad una care-giver polacca. Quando morirò, si pentiranno per come mi hanno trattata, ma sarà troppo tardi» (Maria, anni 86, intervistata a Vasto nel 2001).

vari articoli che ho pubblicato su questo tema⁷. Torniamo alla salute delle care-givers.

Grazie a un episodio, accaduto nel 2003, ho deciso che questa ricerca deve mantenere una prospettiva molto critica. A Lanciano, una care-giver di nome Olga arriva dalla Romania per lavorare senza sosta nel tentativo di comprare la casa dove vivono, a Iasi, sua madre e i suoi tra figli. Suo marito ha problemi con l'alcool e non aiuta. Ella sente tutta la responsabilità sulle sue spalle e si prende cura di due anziani gravemente disabili; questi hanno un solo figlio che lavora come infermiere a Stoccolma (è emigrato perché lo pagano meglio che in Italia). Olga non ha una sostituzione, preferisce lavorare per due persone, ma per mancanza di riposo ha un collasso nervoso. In seguito, manifesta una forma di nevrosi. Olga non sa a chi rivolgersi per ricevere a sua volta le cure mediche; per telefono, il figlio della coppia le procura una visita psichiatrica urgente. Conosco personalmente Olga, diventiamo amiche e la intervisto. Le sue parole sono consapevoli ma, allo stesso tempo, fataliste: «Io ho lasciato la mia famiglia in Romania per venire in Italia a badare ai genitori di un medico che dall'Italia è andato in Svezia per fare lo stesso lavoro che faccio io. Tutti lasciano famiglia, tutti soffrono per guadagnare. La persona non esiste. Ma non c'è

⁷ Giancrisofaro Lia, 2021, *Alcuni effetti del lavoro femminile transnazionale in Europa: la 'Sindrome Italia'*, in Vincenza Pellegrino e Monica Massari (a cura di), *Scienze sociali ed emancipazione. Campi, posizionamenti e pratiche*, Immagin-azioni sociali, Genova University Press, Genova 2021, pp. 57-62; (2007), *Badanti straniere e nuove familiarità in Abruzzo*, in E. Spedicato Iengo (a cura di), *Mondo globale e vita quotidiana. Infanzia, adolescenza e scenari sociali*, Tinari, Chieti, 2007, pp. 251-269; (2007), *Nuove forme di familiarità e di circolazione della ricchezza regionale: il fenomeno del badantato*, in «Rivista Abruzzese», 60, 2, pp. 82-88.

una alternativa. Devo fare questo perché miei figli e mia madre devono mangiare. Ma per me è terribile stare lontana da loro. Spero di morire presto per trovare finalmente la mia liberazione dal dolore» (Olga, 34 anni, Lanciano, 2003).

Come si vede, le logiche economiche del mercato, applicate alla cura domiciliare e alla reciprocità, si mescolano e producono dei corto-circuiti concettuali che sono molto utili per comprendere i diversi punti di vista intorno al significato di “cura” e, soprattutto, le aspettative e le delusioni dei care-givers. Le sofferenze e le sinergie trasformano l’assistenza domiciliare in un terreno di negoziazione denso e multidimensionale, estremamente fertile per la ricerca etnografica.

3. Metodologia della ricerca

Esistono molti studi sulla relazione tra la parentela e l’assistenza, sul modello politico di welfare “mediterraneo”, sulle transazioni economiche legate al care-giving, sui problemi di salute delle care-givers. Qui non è possibile menzionarli tutti, ma possiamo ricordare alcune ricerche particolarmente pertinenti e capaci di inquadrare il problema⁸.

Aiutata da questa cornice, ho analizzato la condizione della *caregiver* straniera sia attraverso la socializzazione faccia a faccia, sia attraverso la mia esperienza diretta, sia attraverso il flusso espressivo dei social network grazie al quale mantengo il contatto con le informatrici⁹. Infatti, i social network (Facebook, Twitter, WhatsApp) aumentano l’accessibilità, la velocità e la

⁸ Per esempio, Hochschild (2006); Vianello (2009); Heady P., Grandits, H., Kohli M., Schweitzer P. (2010); Grilli S., Zanutelli F. (2010); Pizza e Ravenda (2012); Troisi e Von Kondratowitz (2013).

⁹ Le forme della comunicazione telematica consentono di leggere i modi in cui si strutturano le appartenenze simboliche (Kozinets 2015).

sostenibilità dei contatti interpersonali. Avrei voluto essere affiancata da giovani ricercatori, ma purtroppo mi sono trovata a lavorare da sola.

Il mio metodo è principalmente l'osservazione partecipante classica: ho colloquiato a lungo con le 132 care-givers provenienti dall'Europa dell'Est, ma anche con gli anziani che assistono e con le loro famiglie. La mia investigazione si è adattata al periodo (1998-2023) e alle tre città (Lanciano, Vasto e Chieti) dove ho condotto l'osservazione. La presente etnografia può definirsi multi-situata non solo nella provincia di Chieti, ma anche nel livello europeo: infatti ho incontrato Agata quando era in vacanza nella sua città natale (Sandomierz, Polonia, estate 2004) e Flori quando si trovava a Bucarest, in Romania (primavera 2014). È stato molto utile conoscere le loro famiglie, visitare le loro abitazioni e osservare quanto la lontananza abbia complicato le loro relazioni familiari. Un'altra caratteristica di questa etnografia è che essa è auto-finanziata e lunga quasi venticinque anni.

Per meglio comprendere le traiettorie esistenziali di queste donne, le loro aspettative e le loro delusioni, mi sono ispirata a Geertz e alla sua antropologia interpretativa (1973): la vita della *caregiver*, secondo la teoria della *thick description*, va sperimentata insieme alla comunità osservata, con la profonda empatia di essere una di loro. Questo consente di sperimentare piccoli rituali di sopravvivenza che creano una sorta di incantesimo e nascondono la sofferenza. Per cementare l'amicizia ho usato il dono (Mauss 1950): un regalo molto gradito è stato il trasporto con la mia automobile, poiché queste donne ne erano prive. Nel poco tempo libero, le ho portate al mare e nei luoghi glamour d'Abruzzo, ricevendo la loro gratitudine per questi rari momenti di spensieratezza: per un'ora

alla settimana erano esse sono fuori dal loro ruolo-prigione e scoprono il mondo con meraviglia. Alcune confidano di non voler più tornare al lavoro e di desiderare per loro stesse qualcosa di più. Altre invece hanno lo sguardo spento: sono divorate dai sensi di colpa per aver lasciato la famiglia e dopo la passeggiata tornano al loro lavoro con fatalismo, come se non ci fosse una alternativa, come la propria vita non fosse più degna di essere vissuta. Una di queste è Olga, col suo pensiero costante per il figlio minore che la rifiuta.

L'empatia consente di aggirare lo specchio deformante dell'incontro etnografico (Rappaport 1999) e spinge le care-givers a considerarmi come una strana collega italiana che fa molte domande. Le lingue della nostra conversazione sono l'italiano e il dialetto, ma insieme a loro imparo anche parole in polacco e rumeno. Incontro dopo incontro, condividiamo i progetti, le frustrazioni, la solidarietà: diventiamo una specie di sorority dove le parole comuni sono figli, sacrificio, soldi, nostalgia. Queste donne sono abbastanza istruite, leggono libri di psicologia e si informano su argomenti di medicina, cure palliative e salute mentale. Alcune sono laureate, una è medico dentista.

L'etnografia contiene una forza di emancipazione insita nell'attitudine collaborativa del confronto verbale, che sovente coinvolge più care-givers contemporaneamente. Qualche protagonista coglie gli spunti di emancipazione, qualche altra li sfiora, altre sembrano sorde, chiuse nel loro mondo di compiti silenziosi. In queste pagine, non posso raccontare tutte le interviste e la profondità delle relazioni che sono nate grazie al fatto che io conosco il lavoro. Gli autoctoni rifiutano il confinamento domestico, la sua precarietà e la sua invisibilità professionale. Io stessa, quando nel 2002 mi licenzio dal lavoro

di care-giver, noto con sorpresa che la direttrice della scuola non riesce a rimpiazzarmi e mi sento in colpa per aver abbandonato le ragazze di cui prendo cura fino a quel momento. Lasciato il residence, continuo ad aspettare il suono del campanello, a dormire con un occhio solo e ad essere pronta a risolvere ogni tipo di difficoltà, pressata dai loro genitori americani che mi chiedono molto e mi trattano, appunto, come una straniera.

Il care-giving è un lavoro pesante e la straniera porta sulle sue spalle il senso di colpa dei suoi familiari abbandonati; inoltre, affronta una relazione domestica che spesso esprime un'ulteriore asimmetria. Infatti, il committente del lavoro è una donna: una figlia, nuora, madre o sorella che affida la persona fragile alla straniera. Il rapporto con la persona fragile è complicato: se la persona muore, la *caregiver* perde il lavoro e riceve anche rimproveri. La condivisione della sofferenza (esistenziale, emotiva, fisica) esaspera la relazione o la cementa, come nota Norbert Elias (1985). La care-giver si affeziona all'anziano fragile, impara l'italiano e il dialetto per soddisfarlo, cerca di farlo vivere il più a lungo possibile e, ovviamente, nella sua casa (Biehl 2012). Da un lato lavora per mantenere la persona fragile nella sua casa fino alla fine, dall'altro lato, quando è esasperata, desidera che vada in una clinica specializzata. Molte interviste sono dei flussi di coscienza dove prevalgono espressioni come: «io curo tutti, e nessuno cura me»; «faccio questo sacrificio per soldi, per la mia famiglia, ma loro non mi vogliono più»; «io non esisto, sono trasparente»; «l'unica persona che ha bisogno di me è la vecchietta»; «sono una macchina»; «non so più cosa voglio»; «se esco dallo schema del mio lavoro, mi sento persa».

Come notano Kleinman e Van der Geest (2007, 2009), il trattamento della fragilità è specchio di come una collettività considera la salute, la malattia, la persona, la vita stessa. E la

“cura medica” non considera a sufficienza le relazioni domestiche, i rituali di accudimento, la reciprocità e la mancanza di reciprocità che si sviluppano nella relazione di cura.

4. Economia trans-nazionale, danno locale: la corsa ai consumi che produce malessere

Queste *care-givers* portano sulle spalle il paradosso di essere emigrate per assicurare il benessere ai propri figli, senza poterli accompagnare nella loro crescita e talvolta non sono nemmeno riconosciute come madri, come dice Iulia, anni 41, intervistata a Vasto nel 2018: «Le mie figlie mi chiamano zia, e mia sorella, che sta con loro, la chiamano mamma. Questo mi fa piacere perché stanno bene con mia sorella, ma mi fa anche dolore». Devono, a loro volta, affidare i loro figli e i loro genitori ad altri *care-givers*. Questo paradosso evidenzia le politiche sociali, che gli Stati lasciano all’iniziativa dei singoli, e l’emancipazione femminile (queste donne sono molto responsabili e lavorano come un “padre di famiglia”). Nello stesso tempo, questo paradosso relativizza l’idea di benessere, perché le risorse prodotte da queste donne servono sovente per acquistare beni di consumo.

L’aspettativa di dare il benessere alla propria famiglia è molto elevata. Tutte le *care-givers* intervistate hanno una età i 35 anni e i 55 anni e hanno da due a cinque figli; esse sperano di guadagnare somme per acquistare un’abitazione, un’automobile, il personal computer, gli elettrodomestici. Devono inoltre provvedere al mantenimento di chi si occupa dei loro figli (le proprie sorelle, la propria madre, la suocera, il marito). Oltre a questi obiettivi pratici, esse desiderano il riconoscimento sociale delle proprie capacità. La dura realtà di un lavoro, che le

porta a stare chiuse in casa per anni, viene accettata con rassegnazione.

Il lavoro logorante e marginale viene accettato solo perché consente di non pagare l'affitto, di lavorare 365 giorni all'anno e di accumulare più soldi. Ma dopo anni in cui lo schema si ripete senza un miglioramento, esprimono una dolorosa perplessità. L'attrattività economica rende accettabile il sacrificio fino al punto di rottura. Dopo anni di questa vita, Olga, ormai cinquantenne, nel 2019 racconta piangendo la crisi col figlio adolescente: «Quando torno a Iasi, il mio figlio di 16 anni non mi vuole, non mi chiama mamma. Lui non vuole parlare al telefono con me. Sono partita quando aveva tre anni e non c'era cibo in casa. Mio marito sempre ubriaco. Mia madre ha preso cura dei miei figli. Mio figlio sa che io sono partita per la famiglia, per lui, per pagare casa, macchina, cibo, scuola, computer, scarpe, vestiti. Lui fa vita da ricco grazie a me. Ma non capisce, dice che la sua mamma è morta quando lui aveva tre anni. Quando io morirò davvero, lui forse capirà la mia scelta e il mio dolore. Ogni giorno registro dei video con WhatsApp per spiegare a lui perché ho lasciato famiglia per venire a lavorare Italia. L'ho fatto per mandare i soldi. Lui dice che sono una vecchia pazza e non vuole ascoltare le mie parole. Lui rifiuta me. Io qui voglio stare solo cinque, dieci anni, appena pago casa torno a Iasi. Ma ora resto perché a Iasi c'è un problema grande, mio figlio, che non posso risolvere. Ora non servono soldi, ho pagato tutto, ma lavoro ancora per comprare cose di lusso per miei figli, per farmi perdonare».

Nel mondo interconnesso, sembra accettabile trasferirsi in una nazione diversa per un lavoro precario: le persone che sono dotate di un piccolo capitale di tecnologia e relazioni, trovano il lavoro tramite i social network e colgono l'opportunità. Se le

cose vanno male, ne trovano un altro¹⁰. Dietro questa apparente facilità delle relazioni, si consumano drammi familiari e derive psicologiche che aspettano di uscire allo scoperto non appena la care-giver incontra una persona disposta all'ascolto. L'ascolto non può arrivare dall'assistito, che si trova in una condizione di fragilità: «I vecchietti non possono sapere queste cose. Non devono sapere. Loro stanno male, si lamentano, io sono la loro infermiera: non posso stare male anche io»¹¹.

Queste lavoratrici partecipano al mercato transazionale e lo costruiscono con le loro esistenze. In questa cornice, il ruolo dipende da variabili quali la struttura familiare della persona, il suo livello socioculturale e, soprattutto, le sue aspettative. Queste variabili, nella loro diversa composizione, determinano il tasso di occupazione e le possibili mansioni. Nel *setting* transazionale, le condizioni in Italia risultano accettabili per le donne straniere, nonostante il lavoro sia precario, con un numero altissimo di ore, una vita da carcerata e una scarsa partecipazione alla vita pubblica.

5. Confinamento, esclusione, invisibilità. Interpretare il malessere con la prospettiva antropologica

Abbiamo menzionato la mobilità, l'allontanamento dagli affetti, lo spaesamento, il contatto con persone fragili, la ripetitività delle azioni di cura e il confinamento in casa altrui come fattori di sofferenza e forme di dominio sul corpo. Ma non è facile comprendere il rapporto tra corpo e potere, se non in modi vaghi e ideologici. Il malessere di una care-giver non si può ridurre alla somatizzazione della fatica di chi si trova ogni

¹⁰ Così dice Olga, oriunda di Iasi, nel corso dell'intervista che le ho fatto a Chieti nel 2019.

¹¹ *Ibidem*.

giorno al centro della tensione: questa etnografia dimostra che il malessere di queste donne è qualcosa di più, perché corrisponde ad un cortocircuito esistenziale.

Il malessere della care-giver esprime, al di là della coscienza personale, una forza rivoluzionaria. Molte care-givers richiedono terapie psicologiche, psichiatriche e di mutuo-aiuto, ma il terapeuta (medico o specialista rituale) sembra piuttosto un sostenitore dell'ordine costituito che depotenzia la protesta della donna-vittima di una catena di violenza. La care-giver si ammala quando non riesce più a sopportare la pressione di disuguaglianze ampie, trans-nazionali, globali. L'antropologia classica non aiuta a capire questo passaggio.

La preoccupazione dominante degli studi di Morgan (1871) sulla parentela e sulla vita domestica, estesi fino al lavoro di Lévi-Strauss e oltre, è quella di individuare la logica che genera la vita domestica e la parentela come sistema. Per questi antropologi, tutti uomini, la disuguaglianza tra i sessi è naturale e danno per scontato che siano le donne a prendersi cura delle persone fragili¹². L'altra preoccupazione, associata al funzionalismo di Malinowski (1930) e di Radcliffe-Brown (1965), vede la parentela come base dell'organizzazione sociale. Fino ai nostri giorni, antropologi come Godelier (2011) difendono questa prospettiva come fondamentale per comprendere i sistemi domestici contemporanei.

Una rottura significativa di questa prospettiva arriva con il lavoro di Schneider (1984) e Strathern (1992). Questa rottura porta a orientare l'ideologia, ad esempio il significato del sangue o la comprensione di ciò che le persone ritengono naturale all'interno della vita domestica (Strathern 1992), compresa

¹² Si pensi ad esempio all'importanza dello scambio matrimoniale per Lévi-Strauss (1969).

l'asimmetria di genere (Rosaldo & Lamphere 1974). La critica radicale alle asimmetrie percepite come "naturali" ci consente di cogliere le dinamiche di potere nella vita domestica che fino a questo momento sembrano ovvie e destinate a ripetersi nel futuro. La vitalità di questi approcci è evidente nei recenti saggi di Sahlins (2013) sulla mutualità e nel lavoro di Strathern (2020) sulla relazione. Per il caso di studio intersezionale che analizziamo in questo articolo, questi riferimenti risultano appropriati. Molto utili sono pure i concetti di egemonia e subalternità che in antropologia medica fondano gli approcci critici e soprattutto il concetto di "violenza strutturale". Gli studi pionieristici italiani di Antonio Gramsci ed Ernesto de Martino sull'Italia meridionale sono la linea rossa per combinare teoria, critica e politica fino ad arrivare a Nancy Sheper-Hughes, Margaret Lock, Paul Farmer o Didier Fassin, i quali sottolineano che i modi in cui il potere plasma le soggettività dei dominati e il loro corpo.

Assieme al loro tentativo di stare meglio, la vita stessa di queste donne pare strettamente legata alla condizione di subalternità sociale e politica. Il corpo dolorante e confuso diventa metafora politica di un sistema dolorante e ampio che mette al primo posto i beni materiali, confonde le persone, le fa agire senza consapevolezza, alla mercè di un pentimento che arriva quando è troppo tardi (Scheper Hughes 1994). Certe sofferenze somigliano a una famosa *culture-bound syndrome*, quella demartiniana del tarantismo. I contadini pugliesi riuscivano a costruirsi un tessuto connettivo ampio e complesso. Al contrario, presso queste donne prevalgono l'individualismo e la gestione singola del disagio. Leona (anni 54, intervistata nel 2017 a Chieti) dichiara di avere un buco nel cuore che inghiotte tutte le sue forze e tutti i suoi progetti: una metafora di molte

violenze, dalla violenza della storia alla violenza della quotidianità.

È, questo, un immaginario incarnato (Csordas 1990) nel quale la persona si dibatte quando non abita più del vecchio mondo, e nemmeno nel nuovo. La migrazione è questo (Beneduce - Taliani 2006).

6. La partecipazione come strategia di emancipazione

Consentire la narrazione e trasformare in discorso quello che rischiava di rimanere mero sintomo rende nuovamente pensabile (e gestibile) la propria esperienza.

Se la migrazione transnazionale costituisce la cornice delle vicende che descrivo, il confinamento domestico racchiude il luogo e la funzione del *care-giver*. Questo lavoro ha caratteristiche peculiari. Nonostante le norme di legge, esso si fonda su rapporti informali di tipo familiare e su una forma di vita simile alla reclusione. La co-abitazione viene offerta all'assistente come un'opportunità, ma si rivela una trappola. Quella che viene presentata come soluzione abitativa si traduce in un carcere, una gravissima limitazione della libertà spaziale. La persona si riproduce ogni giorno in un unico luogo. Questo tipo di segregazione sociale e di "compressione" e della vita della persona, accettata come una forma di "extralavoro" per ottenere qualche euro in più, ha effetti negativi sulla salute. A stretto contatto con l'assistito, senza valvole di sfogo, la *caregiver* può andare incontro a stress e disagio. Questa condizione non suona anomala in una cultura italiana che attribuisce alla donna la clausura, la gratuità e l'invisibilità sociale del lavoro domestico.

Prendersi cura di un anziano richiede pazienza e resistenza. La *caregiver* deve ascoltare e comprendere, ma non viene ascoltata

e non viene compresa. Insomma, il rapporto è asimmetrico: la lavoratrice ha solo il potere di licenziarsi. Tutto è già stabilito da obblighi ed orari prefissati. La “eticizzazione” (la straniera) e la “femminilizzazione” di questo lavoro si intrecciano alla fragilità di un profilo sociale poco tutelato. Una sovraesposizione che si ripercuote sulla salute.

La *caregiver* destina tutte le sue risorse al benessere dei familiari rimasti in madrepatria, senza concedersi quasi nulla, secondo una negoziazione relazionale che slatentizza una visione negativa di sé. Ottenuto il risultato economico, il lavoro viene giustificato nel miraggio dell’acquisto di beni superflui (Krzyzowski Mucha 2013). Procrastinare serve a non affrontare i problemi sopravvenuti a causa della lontananza e a lasciare la donna in una alienante condizione liminale, anzi liminoide, di auto-indeterminazione e auto-sottrazione alla dimensione del tempo, come suggerirebbe Turner (1982).

Durante l’esperienza lavorativa nella provincia di Chieti, Maria, Flori, Elena, Agata e Olga hanno dichiarato di aver «sprecato la loro vita» e di essere «in carcere senza colpa». Queste *caregivers* inizialmente erano energiche e speranzose, ma nel passare degli anni sono diventate tristi e amareggiate. Olga, secondo quanto riferiscono le amiche, è stata presa da quella sorta di esaurimento nervoso che nei paesi dell’Est hanno ribattezzato *Sindrome Italia*, ed è finita nella ‘clinica per le badanti’ di Iasi, in Romania¹³.

¹³ A causa di questo fenomeno medico-sociale di sofferenza, l’Istituto psichiatrico ‘Socola’ di Iasi, in Romania, conta centinaia di ex badanti ricoverate, tanto che i figli delle *caregivers*, in madrepatria, sono detti ‘orfani bianchi’, ovvero condannati a perdere definitivamente la madre in vario modo, nel momento in cui ella parte per l’Italia.

Questo disagio psichiatrico ha una dimensione epidemiologica che qui non è possibile approfondire. L'etnografia evidenzia gli aspetti nascosti di quello che sembra un fenomeno di emancipazione femminile (la lavoratrice manda i soldi a casa), ma che in realtà è una condizione di sofferenza. La violenza si ibrida con le forme post-moderne del liberismo lavorativo, fondate su un travaso di risorse che ha carattere distruttivo ed è destinato a produrre plus-valore solo per pochi. Considerare la sofferenza di queste donne significa esplorare il ruolo del potere nella produzione della differenza e della sofferenza. Il sistema politico, infatti, cospira perché le espressioni culturali appaiano oggettive, permanenti e naturali (Bourdieu 2001: 82).

Il richiamo alla coscienza e alla dignità della persona è veicolato dall'etnografia collaborativa. L'ascolto e la verbalizzazione aprono e disegnano una possibilità di cambiamento: l'ascolto è già una cura, quando stimola l'immaginazione di qualche alternativa ad una condizione percepita come ingiusta, ma inevitabile. In tal senso, queste *caregivers* sono figure del post-colonialismo, animate da una volontà di emancipazione che sovente le dirige verso un percorso accidentato e infelice¹⁴. Se queste figure femminili hanno in parte raccolto l'opportunità di riflettere e di salvarsi, come qualcuna dice, questo è stato possibile perché queste donne sono state impegnate in un progetto etnografico collaborativo. In tal senso, i momenti di parola su cui poggiano gli assunti della ricerca configurano una sorta di gruppo etnografico (Lassirer 2005) il quale consente una comune agentività sottratta al continuo piegarsi ad una gerarchia sociale che invita determinate categorie di persone a rendersi schiave.

¹⁴ Questi drammi possono essere compresi nella misura in cui si riuscirà a ricucire le cesure tra scienze sociali e psichiatria coloniale (Beneduce, 7-11).

L'umanità è a un bivio. Ci troviamo di fronte a una crescente disuguaglianza, a un'escalation di violenza politica, a fondamentalismi in guerra e a una crisi ambientale di proporzioni planetarie. Come possiamo creare un mondo che abbia spazio per tutti, per le generazioni a venire? Quali sono le possibilità, in un mondo simile, di una vita umana collettiva? Queste sono domande urgenti e nessuna disciplina è nella posizione migliore per affrontarle dell'antropologia. Lo fa mettendo a frutto la saggezza e l'esperienza delle persone ovunque, qualunque sia la loro formazione e il loro percorso di vita.

Questo campo di studi, un tempo impegnato negli ideali di progresso, crolla tra le rovine della guerra e del colonialismo, per poi rinascere come disciplina di speranza, destinata a essere al centro del dibattito sulle questioni etiche e politiche del nostro tempo (Ingold 2018). Questa nuova antropologia si concentra sulla comprensione delle pratiche quotidiane degli esseri umani, e del modo in cui queste pratiche danno forma al mondo. Le nuove sfide globali come la crisi ambientale, le crescenti disuguaglianze proiettano questa disciplina verso una nuova funzione: fornire valide risposte su come poter modellare un mondo abitabile per il futuro.

Continuerò ad analizzare in modo fenomenologico il potere e il suo funzionamento nei singoli contesti sociali, con attenzione specifica ad alcune dimensioni intersezionali – tra cui quelle di genere – per valorizzare metodologie della ricerca di tipo autoriflessivo, creativo, partecipativo, che da un lato consentono di evidenziare la mercificazione del mondo, dall'altro lato generano relazioni sociali specifiche. Questo tipo di ricerca sociale contrasta la lettura di tipo psico-individualistico che attribuisce ai subalterni il dovere di sopportare la sofferenza.

Vivo nell'ombra. Oppressione intersezionale delle care-givers straniere in un contesto italiano

Questo tipo di ricerca sociale porta entrambi, la persona marginale e chi fa ricerca su di essa, a riflettere insieme per produrre discontinuità cognitiva, per dare sollievo, per produrre soggettivazione, per sottrarsi alla mercificazione della vita umana.

Bibliografia

1. Beneduce R. 2014, *Figure postcoloniali*, in Beneduce R., Queirolo Palmas L. e Oddone C. (eds.), *Loro dentro. Giovani, Migranti, Detenuti*, Trento, Professional Dreamers.
2. Biehl J. 2012, *Care and Disregard*, in Fassin D. (ed.), *A Companion to Moral Anthropology*, John Wiley & Sons, Malden, MA: pp. 242-263.
3. Bourdieu P. 2001, *Il dominio maschile*, Feltrinelli, Milano [ed. or. *La domination masculine*, Seuil, Paris, 1998].
4. Crenshaw K. 1989, *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, in «The University of Chicago Legal Forum», vol. 140, 1, 1989, pp. 139–167.
5. Csordas T. 1990, *Embodiment as a paradigm for anthropology*. In «Ethos», 1990, 18 (1), pp. 5-47.
6. De Martino E. 1961, *La terra del rimorso*, Il Saggiatore, Milano.
7. Elias N. 1985, *La solitudine del morente*, Bologna, il Mulino
8. Faso G. 2010, *Lessico del razzismo democratico. Le parole che escludono*, Roma, DeriveApprodi.
9. Geertz C. 1973, *The interpretation of cultures*. New York: Basic Book.
10. Godelier, M. 2011. *The metamorphoses of kinship* (trans. N. Scott). London: Verso.

11. Grilli S., Zanotelli F. (eds.) 2010, *Scelte di famiglia. Tendenze della parentela nell'Italia contemporanea*. Pisa: ETS.
12. Guarriello F., Landini P., Massimi G. 2002, *Lavoro irregolare ed economia sommersa nella Provincia di Chieti*, Camera di Commercio, Chieti.
13. Heady P., Grandits, H., Kohli M., Schweitzer P. (eds.) 2010. *Family, Kinship and State in Contemporary Europe*. Frankfurt: Campus Verlag.
14. Kleinman A. 2007, *Today's biomedicine and caregiving: are they incompatible at the point of divorcing?*, Leiden, Universiteit Leiden.
15. Kleinman A., Van der Geest S. 2009, "Care in health care: Remaking the moral world of medicine", «Medische Anthropologie», 21 (1): pp. 159-168
16. Hochschild R. A. 2006. *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Bologna: Il Mulino.
17. Krzyzowski L., Mucha J. 2013, *Transnational caregiving in turbulent times: Polish migrants in Iceland and their elderly parents in Poland*, in «International Sociology», 29, pp. 22-37.
18. Kozinets, R. V. (2015), *Netnography Redefined*, London, Sage.
19. Ingold T., 2018, *Anthropology: Why It Matters*, Hoboken: John Wiley and Sons.
20. Lassirer E. 2005, *The Chicago Guide to Collaborative Ethnography*, Chicago, The University of Chicago Press.
21. Lévi-Strauss C. 1969. *The elementary structures of kinship* (trans. J.H. Bell, J.R. Sturmer & R. Needham). Boston: Beacon Press.
22. Malinowski B. 1930. *Kinship*. «Man», 30, pp. 9- 29.
23. Mauss M. 1950. *Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*, Paris, P.U.F.

24. Mykhaylyak T. 2023, *Lavoratrici ucraine a Napoli e provincia: esperienze lavorative, contesto abitativo e problematiche inclusive*, «Palaver», 12 (2023), n. 2, pp. 141-164.
25. Pizza G., Ravenda A.F. (eds.), *Presenze internazionali. Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica delle migrazioni in Italia*, «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», 33-34, 2012.
26. Radcliffe-Brown A.R. 1965. *Structure and function in primitive society*. New York: Free Press.
27. Rappaport, R. A. 1999, *Ritual and Religion in the Making of Humanity*, Cambridge, Cambridge University Press.
28. Rosaldo M.Z., Lamphere L., 1974. *Introduction*. In Rosaldo M.Z., Lamphere L. (eds.), *Woman, culture, and society*, Stanford: University Press, pp. 17-42.
29. Sahlin M. 2013. *What kinship is – and is not*. Chicago: University Press.
30. Schneider D. 1984. *A critique of the study of kinship*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
31. Strathern M. 1992. *After nature: English kinship in the late twentieth century*. Cambridge: University Press.
32. Turner V. 1982, *Dal rito al teatro*, Bologna, il Mulino.
33. Troisi J., e Von Kondratowitz H. J. (eds.) 2013, *Ageing in the Mediterranean*, Bristol: Policy Press.
34. Vianello F. 2009. *Migrando sole. Legami transnazionali tra Ucraina e Italia*, Milano: Franco Angeli.
35. Vietti F. 2019, *Il Paese delle badanti*, Milano, Meltemi.

