

Il riconoscimento del *caregiver* nell'assistenza agli anziani: prospettive etnografiche sull'opposizione fra cure familiari e cure a pagamento

FRANCESCO DIODATI

Abstract

Questo testo esamina le rappresentazioni della figura di *caregiver* familiare e professionale nell'assistenza domestica agli anziani in Italia. Il riconoscimento istituzionale dell'assistenza nell'ambiente domestico si basa su un'opposizione fra, da un lato, le cure gratuite dettate da un legame affettivo e familiare e, dall'altro, il lavoro di cura a pagamento. Attraverso le prospettive dei partecipanti a progetti di sostegno all'assistenza familiare per anziani non-autosufficienti in Emilia-Romagna, confronto il riconoscimento del *caregiver* familiare con quello dell'assistente familiare qualificato. I risultati mostrano una discrepanza fra l'opposizione precedentemente menzionata e le prospettive degli attori sociali sui ruoli di accudimento familiare e assistenza professionale. È dunque necessario prendere consapevolezza di come questa opposizione ostacoli gli interventi diretti a sostenere sia familiari che lavoratrici impegnati a prestare assistenza nell'ambiente domestico.

Parole chiave: Caregiver; assistenti familiari; invecchiamento; welfare, Italia

Introduzione

Questo articolo esplora le rappresentazioni della figura di *caregiver* familiare e professionale nell'assistenza domestica agli anziani in Italia. La necessità di fornire percorsi di sostegno appropriati per i bisogni dei *caregiver* informali ha alimentato recentemente il dibattito politico e degli esperti dei servizi sociosanitari (Gusman 2015; Network Non Autosufficienza 2021, pp. 119-139). Nel contesto di invecchiamento demografico e diminuzione del finanziamento statale ai servizi di assistenza, è stato enfatizzato come la mancanza di un sostegno adeguato ai *caregiver* informali possa aumentare il numero di ricoveri nelle strutture residenziali e far lievitare la spesa pubblica (Marsili, Melchiorre, Lamura 2006; Canciani 2009, p. 18). Negli ultimi trent'anni si sono dunque moltiplicati studi quantitativi volti alla misurazione del carico assistenziale (*caregiver burden*) e delle conseguenze per la salute psico-fisica del *caregiver* (Jarret 1985). Ciò nonostante, è stato evidenziato come nella

mole di studi clinici e quantitativi sul carico assistenziale sia mancata spesso una definizione chiara della figura del *caregiver*, limitando così la possibilità di sviluppare interventi efficaci diretti a questo segmento di popolazione (Bastawrous 2013; Purkins, Ceci 2015). Come ha notato Bastawrous (2013, p. 432), il criterio principale utilizzato per identificare la figura di *caregiver* informale è che questa o questi non venga pagata o pagato per fornire le cure. Questo riconoscimento si basa su un'opposizione fra da un lato, chi presta le cure sulla base di un coinvolgimento affettivo dettato da un legame intimo e familiare e, dall'altro, chi opera nei settori più sottopagati del mercato del lavoro privato di cura. Quest'ultimo, infatti, è stato spesso visto nel dibattito pubblico e politico come in aperta contraddizione con la natura degli atti di cura, intesi in queste prospettive come un dono gratuito e volontario: *care-giving* (Buch 2014; si veda anche Muehlebach 2012).

Difatti, grazie al contributo delle scienze sociali, nelle stesse riviste assistenziali e gerontologiche sono comparsi diversi inviti a esplorare il significato che i *caregiver* stessi danno alla propria esperienza all'interno di contesti socioculturali e storici (Bastawrous 2013; Purkins, Ceci 2015). Secondo questi autori e autrici, la formulazione di politiche e piani di sostegno rivolti al *caregiving* beneficerebbe dunque di una maggiore attenzione ai fattori culturali che modellano il suo riconoscimento a livello istituzionale e nelle comunità. Questo dibattito si è sviluppato attorno alla stessa concezione della cura che emerge nei discorsi istituzionali e nel campo dei servizi socio-sanitari dedicati all'assistenza nel contesto domestico. L'obiettivo di questo testo è quello di mettere in prospettiva il riconoscimento ufficiale e istituzionale del *caregiving*. In questo senso, sostengo che sia necessario confrontare il riconoscimento della figura di *caregiver* familiare con quello della figura di *caregiver* professionale nell'assistenza domiciliare. Questo aspetto è spesso tralasciato nella letteratura sul *caregiver* che si muove sulla base di un ragionamento dicotomico che oppone cure familiari e cure retribuite.

Studi sociologici e antropologici hanno messo in luce l'utilizzo politico e strategico dei discorsi sui sentimenti di affetto alla base del *caregiving*. Dato per scontato che il *caregiver* scelga "volontariamente" di prestare assistenza sulla base di legami di affetto, questa figura può essere formata adeguatamente così da diventare una risorsa per i servizi socio-sanitari (Sadler, McKeivitt 2013). Questa definizione è da ricondurre al contesto di invecchiamento demografico e ristrutturazione neoliberale del *welfare*, quando ha iniziato a prendere piede l'idea che l'assistenza dovrebbe essere fornita *nella* comunità e *dalla* comunità piuttosto che negli ospedali e nelle strutture residenziali (Heaton 1999). Per queste ragioni, il riconoscimento ufficiale e istituzionale del carico assistenziale del *caregiver* risente a monte di una serie di assunti ideologici e politici sulla cura familiare (Purkins, Ceci 2015). Questo riconoscimento sembra rispecchiare quella che antropologi e sociologi hanno definito "ideologia delle sfere sperate", in cui la natura affettiva

della cura è considerata inconciliabile con la motivazione economica dello scambio lavoro per salario (Buch 2014; Zelizer 2007). Questi presupposti ideologici sono legati all'idea che la cura è migliore quando scaturisce da stati affettivi, che derivano naturalmente dai legami di parentela. In questa prospettiva la cura familiare è contrapposta nel dibattito pubblico e istituzionale al lavoro di cura retribuito e alle strutture residenziali (Thelen 2015; Buch 2014). Studi antropologici ed etnografici hanno messo in discussione la supposta universalità di questi immaginari sulla cura (Scaglioni, Diodati 2021). Difatti, le relazioni di parentela generano anche un carico di aspettative e responsabilità difficili da soddisfare, come nel caso dei rapporti di reciprocità generazionale fra figli adulti e genitori anziani (Carsten 2013; Thelen 2015; Cohen 1998). Come accennato in precedenza, la tendenza a vedere la cura degli anziani nella famiglia come motivata esclusivamente dall'affetto – più che da norme sociali legate allo status generazionale e a obblighi di parentela – sembra essere un fenomeno piuttosto recente (Jarret 1985; Thelen 2015).

Contestando la teoria precedentemente citata che il mercato corromperebbe la natura affettiva della cura, la letteratura etnografica ha anche mostrato come rapporti mercificati di cura possano produrre coinvolgimento emotivo, e anzi quanto quest'ultimo sia in effetti il surplus che conferisce valore allo scambio assistenza per salario (Ehrenreich, Hochschild 2004; Buch 2014; Redini 2020; Marchetti 2015). Da un lato, alcune studiose affermano che questo attaccamento produca situazioni di maternalismo, che accentuano la condizione di subordinazione e sfruttamento delle lavoratrici di cura (Marchetti 2016). Altre ricerche lo vedono come un fattore in grado di innescare processi di “parentificazione”, che rendono orizzontale il rapporto fra datori/datrici di lavoro e lavoratrici (Baldassar, Ferrero, Portis 2017, p. 538).

In questo testo mostro come incrociare le prospettive sul riconoscimento del *caregiver* sia familiare che professionale permetta di mostrare come gli attori sociali riflettano criticamente su e utilizzino strategicamente la distinzione ideologica fra cure familiari e lavoro di cura a pagamento.

Contesto e Metodologia

Il sistema di *welfare* mediterraneo e “familistico” si è basato storicamente su obblighi generazionali di cura degli anziani nel contesto domestico, ricaduti solitamente sulle donne del gruppo familiare (Sacchi, Viazzo 2018; Naldini, Saraceno 2008). Con la crisi delle tradizionali strutture di parentela e l'invecchiamento demografico, in Italia questi obblighi sono stati adempiuti attraverso il ricorso a un mercato largamente informale di lavoratrici della cura migranti, note come “badanti” e disposte a fornire assistenza in

casa giorno e notte (Sacchi, Viazzo 2018; Degiuli 2010; Naldini, Saraceno 2008). Con l'intenzione di limitare il ricorso alle strutture residenziali, le politiche sociali hanno incoraggiato il ricorso al mercato delle cure mediante l'erogazione di contributi economici alle famiglie (Naldini, Saraceno 2008; Le Bihan, Da Roit, Sopadzhyan 2019). Pertanto, alcuni studi sostengono che il mercato privato della cura abbia trattenuto quest'ultima all'interno di tradizionali obblighi familiari e generazionali, riproducendo la disegualianza sociale e di genere alla base del *welfare* italiano (Degiuli 2010; Rugolotto, Larotonda, Van der Geest 2017). Diverse ricerche hanno mostrato le situazioni di sfruttamento e abuso che hanno caratterizzato in questi anni il lavoro domestico e di cura (Naldini, Saraceno 2008; Redini 2020; Rugolotto, Larotonda, Van der Geest 2017).

Più recentemente, sono stati avviati dei tentativi per regolarizzare e professionalizzare il mercato del lavoro di cura (Network Non Autosufficienza 2021, pp. 101-119). Ciò ha significato per molte regioni italiane: promuovere servizi di assistenza domiciliare offerte da agenzie private e/o del terzo settore convenzionate con il pubblico; creare sportelli di orientamento per le famiglie sulla gestione del rapporto lavorativo; stabilire registri di lavoratrici della cura "qualificate" da corsi di formazione per assistenti familiari (Network Non Autosufficienza 2021, pp. 101-119). Inoltre, si è rinnovato il dibattito pubblico sulla necessità di creare percorsi di riconoscimento e sostegno dell'attività dei *caregiver* familiari (Network Non Autosufficienza 2021, p. 123). La questione della creazione del profilo di assistente familiare qualificato si lega a doppio filo a quella del riconoscimento del *caregiver* familiare. Sociologi del *welfare* parlano di "familismo sostenuto" o "familismo opzionale attraverso il mercato", per identificare questo processo di governance del *caregiving*, che mira a incoraggiare il lavoro di cura familiare dando come alternativa il ricorso al mercato (Le Bihan, Da Roit, Sopadzhyan 2019). Si tratta cioè del tentativo di supportare e professionalizzare sia l'assistenza informale che il lavoro privato di cura, tradizionalmente meno pagato e qualificato, attraverso la promozione di agenzie private e/o convenzionate di assistenza domiciliare, indennità economiche ai *caregiver* informali, gruppi di sostegno psicologico e corsi di formazione alla cura piuttosto che aumentando l'offerta dei servizi pubblici di assistenza (Le Bihan, Da Roit, Sopadzhyan 2019, p. 591). Gli studi generalmente affermano che questo processo abbia effettivamente prodotto un miglioramento nelle condizioni dei lavoratori della cura, delle famiglie degli assistiti e di questi ultimi (Le Bihan, Da Roit, Sopadzhyan 2019; Marchetti, Scrinzi 2014); anche se non mancano criticità. Le ricerche etnografiche hanno evidenziato come anche nei contesti più formalizzati e burocratizzati di assistenza domiciliare si producano situazioni di sfruttamento lavorativo e circolino stereotipi di genere e razza. Ascione (2012) rileva come impiegati e clienti di una cooperativa sociale in Italia centrale vedano la figura ideale di assistente familiare come

una straniera docile, gentile e modesta. In una ricerca condotta fra cooperative sociali lombarde ed emiliano-romagnole, Marchetti e Scrinzi (2014) hanno notato come, nonostante l'enfasi data alla formazione professionale offerta alle lavoratrici, gli impiegati e le stesse lavoratrici di cura utilizzino di frequente stereotipi di nazionalità e di genere per promuovere i propri servizi alle famiglie, come il possesso di capacità naturali di gentilezza, abnegazione e affetto. Infatti, le lavoratrici della cura straniera sono state spesso sponsorizzate nei discorsi istituzionali e nell'immaginario mediatico come sostitute "naturali" della cura tradizionale fornita da figlie/mogli/nuore nella casa (Degiuli 2010).

Nelle prossime pagine, presento estratti di conversazioni e interviste narrative realizzate ai partecipanti a gruppi di sostegno per *caregiver* familiari di anziani non-autosufficienti e a corsi di formazione per assistenti familiari del progetto *Badando*¹. Diretto da ASC InSieme (Azienda Servizi per la Cittadinanza - Azienda speciale Interventi Sociali Valli del Reno, Lavino e Samoggia), un ente pubblico per la gestione dei servizi alla persona in Emilia-Romagna, il progetto *Badando* al pari di iniziative simili è nato con l'obiettivo di contrastare l'irregolarità del lavoro privato di cura attraverso la costruzione di percorsi formativi e sportelli di incontro fra domanda e offerta (Network Non Autosufficienza 2021, pp. 101-119). Più recentemente, a causa di una rinnovata attenzione politica verso il riconoscimento della figura del *caregiver* familiare, il progetto *Badando* ha integrato al suo interno anche dei collegamenti con dei gruppi di sostegno per *caregiver* familiari del territorio. L'Emilia-Romagna è stata infatti la prima regione italiana a riconoscere ufficialmente il *caregiver* familiare come colei o colui che si prende cura di un soggetto non-autosufficiente in modo volontario e gratuito, stabilendo la necessità di sviluppare percorsi di sostegno per tutelare la preziosa risorsa dei *caregiver* familiari per la comunità e il sistema di *welfare* (Regione Emilia-Romagna 2014).

Le narrazioni de soggetti intervistati mostrano la presenza di interpretazioni contrastanti su chi debba essere la figura del *caregiver* e perché, mettendo in luce come questo riconoscimento sia condizionato da ideologie sul rapporto fra mercato e cure familiari (si veda anche Bastawrous 2013; Sadler, Mckevitt 2013).

1 Questo testo muove da una ricerca di dottorato che ha indagato come le figure di *caregiver* familiare e professionale nell'assistenza agli anziani siano riconosciute all'interno di un nucleo di servizi sociosanitari in Emilia-Romagna. Tra il 2018 e il 2021 ho condotto osservazione partecipante e realizzato interviste narrative e in profondità a operatori sociali e sanitari, assistenti familiari e *caregiver* familiari afferenti al progetto *Badando* e altre iniziative a sostegno del *caregiver* familiare.

Le prospettive dei caregiver familiari: la fatica di assistere i genitori e il modello del “cattivo caregiver”

Carmela è una donna di 60 anni che due anni fa ha deciso di fondare un gruppo di auto-mutuo aiuto dedicato ai *caregiver* familiari, dopo essersi occupata della madre malata di demenza. Il gruppo di Carmela era composto principalmente da figlie adulte che si occupavano di genitori anziani affetti da malattie gravi, come la demenza:

Carmela: Ho fondato questo gruppo due anni fa circa perché volevo creare un gruppo di aiuto per donne e uno per chi stesse facendo lavoro di cura – e le due cose spesso coincidono. Noi donne siamo più consapevoli del valore sociale del lavoro di cura. L'idea era trovare una valvola di sfogo, un posto dove confrontarsi e cercare di ridurre il senso di colpa perché io mi sono sentita spesso sola quando mi occupavo di mia madre².

I gruppi di auto-mutuo aiuto si basano sulla condivisione di esperienze partendo da quello che è identificato da tutti i partecipanti come un problema o una sofferenza comune (Canciani 2009). Nel caso dei *caregiver*, la condivisione di esperienze è considerata uno strumento utile per combattere l'isolamento sociale, alleviare i sentimenti contraddittori e ambivalenti verso la persona assistita – un misto di amore, compassione, odio e rabbia – e il conseguente senso di colpa e inadeguatezza provato (Canciani 2009; Marsili, Melchiorre, Lamura 2006).

Carmela era convinta della necessità di alleviare il peso delle responsabilità che i *caregiver* avvertono vedendo il proprio caro che soffre, “che si degrada”. Era perfettamente normale, sosteneva, nutrire dei sentimenti ambivalenti in questi casi. Lei stessa aveva avuto diversi scatti d'ira con sua madre che dopo la facevano sentire in colpa: perché non l'ascoltava - si rifiutava di lavarsi, di prendere le medicine, ecc. - non volendo o non riuscendo a rendersi conto della sua situazione. Il gruppo permetteva di poter scambiare esperienze simili lontano dal biasimo popolare, all'interno di un contesto dove non si veniva giudicati, come disse una volta una frequentatrice, “una cattiva figlia” che non si cura della salute dei propri genitori o che li tratta con asprezza e durezza:

Marcella: È un posto dove sfogare le proprie emozioni e non sentirsi giudicata; durante il primo incontro ho detto tutto piangendo perché sentivo che per la prima volta qualcuno mi stava ascoltando.

2 L'intervista è datata 12 marzo 2020, ed è stata realizzata telefonicamente a causa dell'insorgere della pandemia globale. Utilizzo degli pseudonimi al posto dei nomi veri dei soggetti intervistati.

Il divenire responsabili per la salute dei propri genitori era avvertito dai membri del gruppo come un onere difficile, poiché coincideva con l'esercitare un'autorità forte nei loro confronti. In questo senso, si ha la sensazione di allontanarsi da modelli ideali di rapporto figli-genitori, che prescrivono per i primi di essere affettuosi e rispettosi nei confronti dei secondi. La relazione fra figli adulti e genitori anziani era espressa spesso nei termini di un conflitto di autorità fra generazioni differenti. Il passaggio di consegne alla generazione successiva provocava conflitti che trovavano grande risonanza nelle testimonianze all'interno dei gruppi; per esempio, questo è quello che disse una partecipante, Antonia, presente a un incontro del gruppo a cui mi è stato permesso di assistere³:

Antonia: Questa è la difficoltà che incontro con mia madre: è difficile sai che i figli riescano a farsi ubbidire dai propri genitori, non dico ubbidire ma quantomeno farsi ascoltare. Quello che dicono gli altri è sempre meglio.

Anche un'altra donna, Marcella, lamentava delle tensioni nel proprio rapporto con la madre. Il marito e il figlio le dicevano che non era abbastanza accomodante: "So che dovrei essere più paziente ma non ci riesco, mi arrabbio quando non vuole prendere la pillola, non vuole bere l'acqua". Durante l'incontro, disse che suo malgrado, il figlio aveva assistito a scene poco piacevoli:

Marcella: Per esempio, quando lei mi aggredisce, mi tira una sberla, io le blocco le mani per difendermi... cerco di difendermi un po' da lei, ma d'altronde contro chi mi dovrei difendere? Non posso attaccarla! Non so, sono fatta così non riesco a non reagire, sono una cattiva *caregiver*.

Carmela: No, non è vero, sei bravissima [sorridente]. Vedi Francesco, la madre di Marcella soffre di una forma molto aggressiva di demenza che ha avuto anche mia madre: è la malattia che le fa fare certe cose. Ma ti assicuro [rivolta a Marcella] che ormai il peggio te lo stai lasciando alle spalle e da ora in poi è tutta in discesa.

Marcella concluse la sua testimonianza dicendo che, ironicamente, lavorando come medico era spesso a contatto con pazienti anziani "e ovviamente sul lavoro sono molto più accomodante, ma con lei non riesco". Jarret (1985) ha evidenziato come alla base del senso di colpa avvertito dai *caregiver* vi sia l'assunto secondo cui la cura familiare costituisca l'esteriorizzazione naturale di un sentimento di affetto. Ciò è all'origine dell'ambivalenza avvertita da molte figlie e figli che, lamentando di non riuscire a mostrare affetto nelle cure prestate ai propri genitori anziani, percepiscono una frattura rispetto ai modelli ideali di cura e rapporti familiari (Jarret 1985). Come ha

3 Per i motivi detti in precedenza si è trattato di un incontro online.

evidenziato Leibing (2017, p. 208), queste esperienze non sempre sono rese pubbliche perché contrasterebbero con l'ideale di una famiglia dedita ad accudire i propri malati. Le partecipanti del gruppo AMA lo descrivevano come un posto dove alleggerire la solitudine, poter raccontare le proprie esperienze senza raccogliere indifferenza, frasi fratte o giudizi morali.

Circa la metà dei partecipanti del gruppo avevano assunto delle assistenti familiari; ciò era dovuto anche ai collegamenti fra il gruppo e il progetto *Badando*. L'assunzione di un'assistente familiare è stata infatti sponsorizzata dalle istituzioni come un modo per allievare il carico che ricade sui familiari degli anziani bisognosi di cure (Degiuli 2010). Il tema dell'assunzione e della relazione con questa figura è stato toccato spesso all'interno del gruppo. Nei racconti dei membri emergeva come potessero nascere dei conflitti fra parenti e assistenti familiari per decisioni che riguardavano il benessere degli assistiti.

Le partecipanti al gruppo erano convinte che fosse importante trovare qualcuno che si trovasse bene con la propria madre e a cui questa si potesse affezionare. Nonostante questo, credevano che questa relazione e soprattutto il tipo di coinvolgimento personale delle assistenti familiari dovessero avere dei confini ben riconoscibili:

Anita: Non capisco il perché nascano certe gelosie, certi attaccamenti. Perché [le assistenti familiari] non riescono ad avere un atteggiamento più distaccato? [...] Ritornando alla gelosia: al funerale di madre ho scoperto che avevano avuto un litigio [con la badante] di cui io all'epoca non seppi nulla. Avevamo invitato anche la badante, e ci disse che un giorno preparò la sottoveste per mia madre, ma lei voleva indossarne un'altra: "Ma io le dissi di no!". Con le lacrime agli occhi, ci raccontò che mia madre aveva un carattere molto forte, orgoglioso, "Ma io non l'ho mai data vinta alla signora". Al che, io, mio marito, e mia figlia ci siamo guardati allibiti e mi sono morsa la lingua. Avrei voluto dirle: "Ma lei è anziana, vive a casa sua, tu lavori per me, ma perché non fargliela mettere, che ti frega!"

L'assunzione di una lavoratrice della cura è spesso apprezzata perché permette di mantenere in vita ideali della cura degli anziani a domicilio (Degiuli 2010; Rugolotto, Larotonda, Van der Geest 2017). Come ho accennato in precedenza, in queste prospettive le lavoratrici sono viste come il sostituto naturale della cura affettuosa fornita da figlie e nuore della famiglia (Degiuli 2010; Sacchi, Viazzo 2018). Deguli (2010) e Marchetti (2015) hanno rilevato come molti parenti tengano molto a individuare assistenti familiari in grado di entrare in empatia con i propri anziani. Ciò nonostante, i parenti, soprattutto le figlie, tendono a voler mantenere la propria autorità morale sulle decisioni che riguardano il benessere degli assistiti (Degiuli 2010, p. 773). È vero anche che sono molte le situazioni in cui si creano alleanze strategiche fra assistenti, familiari e anziani, in cui le prime vengono invitate

al pranzo della domenica e al funerale di questi ultimi. In questi casi, si può parlare di veri e propri processi di parentificazione per indicare come le assistenti familiari vengano inglobate a tutti gli effetti nel nucleo familiare dell'anziano (Baldassar, Ferrero, Portis 2017). Nelle restanti situazioni, invece, le assistenti familiari si scontrano spesso con i parenti dell'anziano per il controllo dello spazio domestico e le decisioni per il benessere dell'assistito. Inoltre, non sono infrequenti i casi di biasimo nei confronti dei parenti che assumono un'assistente familiare, accusati di abbandonare i propri cari nelle mani di estranei e approfittatori (Rugolotto, Larotonda, Van der Geest 2017, pp. 190-193).

Durante l'intervista, anche Carmela disse che aveva assunto diverse badanti nel corso degli anni per farsi aiutare, seppur non a tempo pieno. Mentre parlava dell'ultima di queste come di "una figlia", che aveva stretto un ottimo rapporto con sua madre, raccontava anche di averne licenziate parecchie nel corso degli anni, perché trattavano sua madre con durezza o "in modo meccanico":

Carmela: Ho scoperto anche che una sedava mia madre, perché alla sera trovavo i flaconi di antidepressivi quasi vuoti ... Le capisco sai, queste ragazze, lontano da tutto, lontano dagli affetti a fare un lavoro che magari non ti piace e che è anche difficile, perché questi sono casi difficili.

Francesco: *Ma i caregiver e le badanti hanno qualcosa in comune?*

Carmela: [sorridente] Nella mia esperienza un *caregiver* può essere una badante, come una badante può essere un *caregiver*.

La "cattiva" badante incarnava ai suoi occhi l'esempio di un "cattivo" *caregiver*, che presta le cure contro voglia, vivendo la propria opera come un'imposizione; l'esatto opposto di ciò che ci si aspetterebbe da chi dovrebbe essere spinto da un legame sincero di familiarità e affetto con la persona assistita. Un parente può assistere una persona in modo meccanico, senza interesse e coinvolgimento emotivo. E, allo stesso modo, una badante può legarsi alla persona assistita prendendosene cura in un modo che esprime, o ricorda, un legame familiare. Carmela rivendicava con fierezza di aver scelto di occuparsi di sua madre fino alla fine, senza ricorrere né a una badante a tempo pieno né a una casa riposo; eppure, nonostante questo, ammetteva che si trattasse in molti casi di una scelta quasi, se non del tutto, obbligata:

Carmela: Io ho scelto di prendermi cura di mia madre, avrei potuto fare altro, ma ho scelto di farlo. È vero ci sono casi che per difficoltà economiche non si può scegliere: non puoi permetterti una casa di riposo per dire o una badante a tempo pieno [...]. In ogni caso, soprattutto nel fine vita, ci sono dei momenti in cui sei costretta ad affidarla ad una struttura quando il deterioramento è troppo grande.

L'intervistata rifletteva su come essere un parente non è sinonimo di potersi o sapersi prendere cura di una persona. A tal proposito, esprimeva alcuni giudizi su persone che non si erano adattate al gruppo di auto-mutuo aiuto:

Carmela: Abbiamo avuto diverse persone che sono durate poco: non avevano capito lo scopo del gruppo, che non è un aiuto materiale. Per esempio, abbiamo avuto un uomo che era interessato soprattutto agli aspetti più pratici – come attivare un servizio, come comportarsi con il geriatra, ecc. – ma non si interrogava mai su di sé, sugli aspetti più intimi e profondi. Forse noi donne siamo abituate di più a riflettere su queste cose [ridendo], anche se ho conosciuto anche dei *caregiver* molto sensibili. Questa persona diceva sempre “questo mi fa schifo, pure quest’altro” e non piaceva neanche agli altri membri del gruppo. In quei casi, il gruppo ti costringe a riflettere su cose che non vorresti e può risultare molto fastidioso. Quando non riesci ad accettare la malattia del genitore, se hai le possibilità è meglio che l'affidi a una casa di riposo e vai a trovarla una volta al mese”.

Quest'ultimo esempio del “cattivo” *caregiver* mostra come a questo ruolo venisse associato il possesso di componenti emotive e di una predisposizione a compiere lavori corporei e intimi tipicamente femminili. Dal racconto di Carmela emerge come il gruppo tendesse a escludere, seppur indirettamente, coloro che rifiutavano di farsi coinvolgere in prima persona nella cura sia emotivamente che materialmente. In questo senso, iniziative dedicate al *caregiver* sembrano costruite in modo ambiguo attorno a un modello ideale di *caregiving* che insiste sulla visione di cura come un dono frutto di legami affettivi. Il rischio è quello di escludere tutti coloro che si trovano a fronteggiare la malattia di un proprio familiare e non rientrano in questo modello ideale. Peraltro, Carmela – e le altre interlocutrici – riflettevano criticamente sia su come questi ideali spesso tendessero a non rispecchiare anche le esperienze vissute dalle stesse partecipanti al gruppo di sostegno.

Le prospettive delle assistenti familiari: il riconoscimento del caregiver professionale e il discorso sulla distanza affettiva

Maria e Anita sono due donne italiane di quaranta e cinquant'anni che hanno partecipato al corso di formazione alla figura di assistente familiare del progetto *Badando*. Ritenevano che aver frequentato il corso le avesse reso parte di una categoria professionale, quella di assistente familiare, che non aveva nulla a che vedere con la “badante” tradizionale:

Maria: In certi momenti mi sono sentita inadeguata, perché è una cosa seria prendersi carico di una persona [...] È una cosa diversa dalla compagnia.

Anita: La figura vecchia della badante è una cosa e l'assistente familiare che è formata è un'altra cosa [...] La parola badante a me non piace, perché viaggia sui vecchi canali di una volta in cui la badante era quella persona che faceva compagnia all'anziano oppure che le faccende domestiche in sostituzione alla persona anziana che non le fa più⁴.

Anita affermava di ricoprire un ruolo lavorativo che dovrebbe essere riconosciuto di assistenza professionale a tutti gli effetti e non una sorta di sostituzione del lavoro domestico e di cura offerto da un parente:

Anita: Abbiamo una responsabilità più grande, anche perché devi essere capace di intervenire, fare cose che alle volte un familiare non è in grado di fare abbiamo un ruolo ben definito all'interno della famiglia. Per esempio, ieri mi è capitato che l'anziana signora che seguo in ospedale è scivolata e stava cadendo: se io non avessi avuto la prontezza e la capacità anche, piegandomi sulle ginocchia, sarebbe caduta e a quell'età, 92 anni, un femore rotto va via come niente [...] in quel momento ero da sola e ho dovuta tenerla io e ho paura di averle fatto anche male perché la sera era piena di dolori.

Sia lei che Maria disprezzavano il termine *badare*, trovandolo offensivo non solamente per sé stesse ma anche per le stesse persone che assistevano:

Anita: Per questo preferisco la parola di *caregiver* professionale o assistente familiare, badare è una parola bruttissima! Non è che stai badando un bambino e devi stare attenta che non si faccia male! [...] Lì devi far vivere al meglio, non buttati su una poltrona ad aspettare il tempo che passa.

Maria: Badante è un po' discriminatorio e riduttivo, perché non badiamo soltanto. Badare è un modo di dire, una volta si diceva badare alle mucche. Una persona non è un animale [...]. Non è che dobbiamo solo controllare la persona, dobbiamo prenderci carico della sua igiene personale, dargli una dignità anche nell'aspetto perché lì vengono a trovare amici e parenti e deve essere in ordine – sia donne che uomini perché se non è in ordine io non sto facendo bene il mio lavoro. In più devi dare le medicine correttamente e all'orario giusto. Dobbiamo decidere insieme cosa mangiare al giorno, dobbiamo cercare di coinvolgerle.

Come rilevato anche da altre ricerche sulle assistenti familiari (Grilli 2019, p. 135; Degiuli 2010, p. 775; Redini 2020), Anita e Maria non gradivano essere definite con un termine stigmatizzante per il proprio lavoro e i propri assistiti⁵. Presentandosi come assistenti familiari o *caregiver* professionali,

4 Tutte le interviste presentate in questo paragrafo sono state realizzate in presenza nel periodo che va da maggio 2019 a gennaio 2020.

5 Originariamente utilizzato per indicare le cure prestate agli animali o ai bambini, il termine ha acquisito negli anni una connotazione negativa; in quest'ottica dispregiativa si riferisce ad un'attività di vigilanza, priva di attaccamento emotivo, su anziani "infantilizzati"

tutte e due le intervistate enfatizzavano come il proprio ruolo comprendesse la gestione di persone fisicamente fragili per cui avevano ricevuto una formazione adeguata a differenze delle badanti tradizionali. Il loro compito non era solo quello di vigilarle ma comprendere i loro desideri e mantenerle il più possibile attive e socialmente impegnate. Come ha rilevato Buch (2014), molte assistenti domiciliari vedono il proprio lavoro di *caregiver* come un servizio di cure personalizzato e volto a sostenere il mantenimento dell'indipendenza individuale in età avanzata. Anita e Maria attribuivano strategicamente anche alla propria nazionalità la ragione di questa distanza dalla figura di "badante".

Anita: C'è da dire che questo è un lavoro che hanno fatto per tanti anni le persone straniere, l'italiano non voleva farlo.

Maria: Questo bisogna dirlo.

Anita: E quindi proprio perché discriminate.... visto che c'era una forma di razzismo...

Maria. Secondo me le extracomunitarie che venivano qui non avendo la casa, o nient'altro, erano un po' più predisposte a fare ventiquattro ore su ventiquattro. Noi ci siamo avvicinati un po' perché eravamo predisposte e un po' perché cercavamo lavoro. E secondo me, non perché siamo italiane, ma l'abbiamo valorizzato.

Anita: Forse nel momento in cui l'italiano è iniziato a subentrare alle straniere in questo lavoro, la società ha iniziato anche ad accettarlo e le strutture hanno cominciato a darci una formazione diversa.

Quando hanno iniziato a fare questo lavoro, Anita e Maria si trovavano in una situazione di difficoltà simile a quella delle lavoratrici straniere di cui parlavano, visto che erano entrambe disoccupate. Potevano contare però su una maggiore certezza economica ed esistenziale, quella della casa e di una rete familiare presente nel luogo dove vivevano. Tentavano di prendere le distanze dall'immagine popolare di donne che hanno iniziato ad assistere gli anziani spinte solo da bisogni materiali ma senza alcun interesse né preparazione per il lavoro di cura (si veda anche Ascione 2012). Recentemente, Busi (2020, pp. 24-29) ha notato come anche negli anni Settanta la componente di *colf* conviventi era quasi esclusivo appannaggio di donne originarie dell'Asia e dell'Africa, mentre le italiane erano più impiegate nel lavoro a ore⁶. Per quanto alcune delle mie interlocutrici, come Anita e Maria, non gradirebbero il paragone con il lavoro domestico, anche in questo caso si

e privati della loro soggettività (Grilli 2019, p. 135; Degiuli 2010, p. 775; si veda anche Redini 2020).

6 Il numero delle assistenti familiari italiane è cresciuto a partire dalla crisi economica del 2007; ciò nonostante, il più duro e faticoso regime di convivenza è ancora composto quasi interamente dalla popolazione di origine straniera (Network Non Autosufficienza 2021, p. 9).

nota come la divisione del lavoro riproduttivo segua assi non solo di genere ma anche fondati su differenze nazionali e di classe sociale (Busi 2020).

Tatiana, una donna di origini ucraine con alle spalle un decennio di esperienza nel campo del lavoro domestico e di cura, diceva di non offendersi più per il termine “badante” come quando era più giovane:

Tatiana: Prima mi dava fastidio quando dicevano “c’è la badante”, ma ora non ci faccio caso. Sono anche orgogliosa di questo lavoro, perché posso aiutare le famiglie. In alcuni casi sono rimasti in buoni rapporti con loro. Divento orgogliosa quando dicono: “Tania ha guardato mia moglie come fosse sua sorella”. Conosco tante persone che fanno la badante: c’è chi è brava, ma anche chi è sporca oppure puzza, parla molto, sta seduta a guardare la televisione.

X: Quali sono le qualità necessarie per fare questo lavoro?

Tatiana: Allora prima di tutto ci vuole voglia di lavorare. Rispettare orari, essere precisi nel dare la medicina, essere svegli. Bisogna avere carattere: anche se hai problemi a casa, li devi lasciare lì. Devi fare altre cose se c’è bisogno, non è che dai le medicine e ti fermi. Io ogni tanto vedo queste situazioni. Gente che ha lavorato tutta la vita non vuole vederti seduta, capito? L’agenzia a cui andavo costava diciotto euro l’ora: sono troppi soldi per loro. Per cui io dicevo: “Signora se c’è da stirare, da fare ...”. Hanno lavorato tutta la vita e vogliono vedere che lavori.

A differenza di Anita e Maria, Tatiana sosteneva che svolgere le faccende domestiche per tutti i componenti del gruppo familiare fosse una parte centrale del proprio lavoro. Ci teneva a dare un’immagine di sé come lavoratrice affaccendata che era consapevole dei problemi dei loro datori di lavoro, per cui l’assunzione di un’assistente domiciliare rappresentava un costo elevato. Nel fare questo, anche Tatiana prendeva strategicamente le distanze dalla figura stigmatizzata della badante straniera inaffidabile, pigra, scarsamente motivata e inesperta (Ascione 2012).

Le partecipanti costruivano narrazioni sulla figura dell’assistente familiare che utilizzavano strategicamente anche un altro tipo di paragone, quello con i familiari *caregiver*. Questo paragone, infatti, era usato in modo da rovesciare la prospettiva dell’ideologia delle sfere separate (Buch 2014; Zelizer 2007), discussa precedentemente, a favore delle assistenti. Il rovesciamento della prospettiva ideologica emerge in una narrazione che non segue il “vocabolario sui sentimenti” nei termini definiti da Redini (2020, p.70), ovvero di un coinvolgimento affettivo che supera il mero badare. Allo stesso modo, esso non tocca neanche il processo di parentificazione (Baldassar, Ferrero, Portis 2017, p. 535). Definisco questa narrazione un discorso sulla “distanza affettiva”, che sfruttava strategicamente la posizione ambigua dell’assistente familiare come collocata nel mezzo fra l’essere un membro del gruppo familiare e un estraneo.

Le assistenti raccontavano spesso di essersi trovate nel mezzo di dinamiche familiari complesse come quelle fra figli e genitori. Capitava che gli assistiti si sfogassero con loro a proposito di comportamenti che non accettavano dai parenti, dicendo di sentirsi controllati eccessivamente o viceversa abbandonati. Le lavoratrici erano consapevoli che certe forme di attaccamento con gli assistiti si sarebbero potute ritorcere contro di loro, poiché avrebbero potuto scatenare le gelosie dei loro parenti – che spesso erano anche i datori di lavoro – o le accuse di volersi approfittare di anziani vulnerabili. In quelle circostanze l'assistente familiare, che si riteneva una figura importante per le decisioni sulla salute dell'assistito, non poteva ritrarsi; doveva dunque esercitare molta cautela. Per esempio, uno dei pochi uomini partecipanti al corso di formazione, raccontava come cercava di muoversi in queste situazioni:

Gabriele: Ti racconto la storia di questa famiglia con una figlia e una coppia di anziani. Lì occorre muoversi in punta di piedi, soprattutto all'inizio, perché si ritrovano con te che praticamente stai là e vivi lì. Poi può capitare che ci siano rapporti di affetto e tu devi avere molto tatto nel dire le cose perché sei coinvolto: ti capita che comincino a raccontarti la loro vita, a lamentarsi un po' e sfogarsi, e devi stare attento perché una mamma può lamentarsi del figlio o della figlia ma tu non puoi dire niente di male [ridendo].

Diverse assistenti raccontavano che in alcuni casi i parenti non accettavano che il proprio caro stesse invecchiando e lo trattavano bruscamente, rimproverandolo quando dimenticava qualcosa, sbagliava vestiti, ecc. “Sai loro [i parenti] lo vedono soprattutto il week-end e ogni volta il lunedì lui è sempre abbattuto: io costruisco dei tasselli tutta la settimana e loro li demoliscono”, mi disse una volta un'assistente familiare italiana. Parafrasando Buch (2014, pp. 606-607), il racconto di queste storie faceva apparire le assistenti come *caregiver*, ovvero come donatrici di cura: lavoratrici che agivano spinte non solo da ragioni economiche ma anche e soprattutto dalla motivazione disinteressata di aiutare gli altri. Questo attaccamento emotivo era tuttavia in molti casi concepito come distinto dalla natura affettiva di un rapporto familiare. In queste narrazioni il legame familiare appariva come una debolezza e non un punto di forza.

Tatiana, per esempio, trovava molte somiglianze fra la situazione degli anziani in Ucraina e quella in Italia. I suoi genitori avevano avuto difficoltà ad accettare un'assistente domiciliare che li aiutasse con le faccende della vita quotidiana. Secondo Tatiana questo era dovuto al fatto che sia i figli che gli anziani stessi non riescono ad accettare le limitazioni della vecchiaia, soprattutto quando queste intaccano lo status di autorità nella sfera domestica e familiare:

Tatiana: I parenti non accettano la malattia, capito? Non capiscono. Sono abituati che la persona è normale e continuano a comportarsi come se lo sia,

ma non è normale, è malata. Come è qui per voi, noi siamo abituati che i genitori vivono con noi, dentro casa, e fanno tutto. Ecco forse perché mia madre non voleva comunque qualcuno in casa, perché era abituata a fare tutto da sola. Come è anche qui, se sei abituata a fare tutto da sola non vuoi nessuno in casa.

Maria raccontava un'esperienza che le era accaduta con una coppia di anziane con tre figlie infermiere. In questa narrazione dell'assistente familiare, questa appariva come un osservatore al tempo stesso interno – visto che viveva a contatto degli anziani assistiti – ed esterno – poiché non apparteneva al nucleo familiare:

Maria: Ora ti racconto questo fatto. In uno dei miei lavori ero con una coppia di anziani che aveva tre figlie, tutte infermiere. All'inizio le anziane avevano bisogno solo di compagnia. Dopo le condizioni sono peggiorate. Io dicevo alle figlie: "Guardate che i vostri genitori sono peggiorati"; ma loro rispondevano che non era vero e non li avevano visti così. Una volta erano caduti e c'era un po' di rossore: "Guardate che c'è un po' di rossore sulla faccia", "No, no, io ci sono stata oggi non ho visto niente". Quindi ci ho rinunciato e ho lasciato perdere. Dopo un po' di tempo mi richiamano e mi dicono: "Maria avevi ragione tu, noi non riuscivamo a vedere che stavano male". Per un altro magaro è diverso, per un estraneo, riesce a gestirlo di più.

In queste narrazioni non si individuano quelle discriminazioni, viste in precedenza, fra badanti italiane e straniere. Né esse associavano il possesso di attitudini interiori alla cura degli anziani all'appartenenza nazionale e di genere (Marchetti, Scrinzi 2014). Adottando visioni locali su rapporti intergenerazionali e sulla fatica dei familiari *caregiver*, le/gli assistenti familiari rivendicano per sé stesse uno spazio decisionale per le questioni che riguardano il benessere degli assistiti. Il possesso di nozioni sanitarie, la capacità di mantenere in vita lo status di persona dei propri assistiti e la distanza affettiva erano presentati strategicamente dai soggetti intervistati come qualità che li collocavano come professioniste dell'assistenza, distinguendole sia dalla figura stigmatizzata della "badante" che dal parente *caregiver*.

Conclusioni

In questo testo ho esaminato le rappresentazioni della figura di *caregiver* familiare e professionale nell'assistenza domestica agli anziani, con l'obiettivo di rimettere in prospettiva gli assunti sulla parentela e le relazioni di cura che ne influenzano il suo riconoscimento a livello istituzionale. A tal fine, ho presentato le prospettive di *caregiver* familiari e assistenti familiari partecipanti a un progetto di sostegno all'assistenza familiare in Emilia-Romagna.

Ho analizzato in che modo i soggetti identificassero la distinzione fra l'accudimento di un familiare e l'assistenza professionale.

I risultati evidenziano come l'opposizione fra cure gratuite e cure retribuite ostacoli il riconoscimento sia della figura di familiare "*caregiver*" che della professione di chi presta assistenza a domicilio. Nei racconti forniti dai *caregiver* familiari, il modello ideale delle cure familiari "affettuose" (Thelen 2015, Jarret 1985) si scontra con la presenza di prescrizioni sul rispettare l'autorità e lo status sociale della persona anziana. Gli episodi di conflitto con i propri genitori anziani danno origine alla vergogna e al senso di colpa avvertito da molti *caregiver*, che sentono di tradire in qualche modo proprio l'ideale di "famiglia affettuosa" (Leibing 2017). In questo senso, la ragione del prestare le cure non è ricondotta solo a ragioni affettive, ma anche alla presenza di obblighi familiari difficili da sostenere (Carsten 2013; Cohen 1998). Da questo studio, la figura di *caregiver* emerge come un modello idealizzato (Sadler, McKevitt 2013) in linea con le retoriche morali sulla cura come dono volontario e gratuito, su cui si è costruito progressivamente il sistema italiano di *welfare* (Muehlebach 2012). Tale modello, oltre che non rispecchiare le esperienze di molti che pur si riconoscono nell'ideale di assistere in prima persona un proprio familiare, rischia di escludere a priori tutti coloro che non lo condividono e che pur ricoprono ruoli di cura.

La dicotomia fra cure familiari e cure retribuite è messa in crisi anche dalle assistenti familiari. Presentandosi come lavoratrici in possesso di capacità atte a mantenere in vita l'indipendenza e lo status sociale della persona anziana (Buch 2014), le intervistate prendono strategicamente le distanze dalla figura discriminata di *badante* e da quella di *caregiver* familiare. Il discorso sulla distanza affettiva rivela la capacità strategica delle assistenti familiari di far proprie visioni locali su conflitti generazionali e ideologie globali sulle sfere separate (Buch 2014), per costruire narrazioni a sostegno della propria autorità di cura nello spazio domiciliare.

In conclusione, l'attenzione alla figura di *caregiver* è un segnale positivo che testimonia un interesse crescente attorno al lavoro di cura, che è spesso rimasto fuori dalla considerazione dei servizi sociosanitari e del dibattito politico. Ciò riguarda anche i tentativi di *governance* del settore dell'assistenza domestica a pagamento, caratterizzato da diseguglianze sociali che riguardano tutti gli attori coinvolti. Allo stesso tempo, tale processo beneficerebbe di un'attenzione maggiore agli assunti socio-culturali che ne sono alla base e che riguardano in primo luogo la stessa concezione della cura nell'ambiente domestico e familiare. Questi assunti rischiano di limitare la comprensione delle figure coinvolte e dunque di sviluppare interventi efficaci. Incrociare le prospettive di *caregiver* familiari e lavoratrici della cura permette di mostrare con più evidenza la natura socialmente costruita della distinzione fra cure familiari e lavoro di cura a pagamento. Ciò consente di individuare un ter-

reno per l'alleanza politica fra queste due figure che ha faticato ad emergere fino ad ora (Busi 2020).

Bibliografia

- Ascione, E., (2012), Intime ineguaglianze. Migrazioni e gestione del lavoro di cura nel privato sociale, *AM: Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 57, 33-34, pp. 57-95.
- Baldassar, L., Ferrero L. and Portis L. (2017), 'More like a daughter than an employee': the kinning process between migrant care workers, elderly care receivers and their extended families, *Identities* 24, 5, pp. 524-551.
- Bastawrous, M., (2013), Caregiver Burden. A Critical Discussion, *International Journal of Nursing Studies*, 50, 3, pp. 431-441.
- Buch, E.D., (2014), Troubling Gifts of Care: Vulnerable Persons and Threatening Exchanges in Chicago's Home Care Industry, *Medical Anthropology Quarterly*, 28, 4, pp. 599-615.
- Busi, B., (2020), Genere, "razza" e composizione di classe nel lavoro domestico e di cura, in Busi B., a cura di, *Separate in casa: lavoratrici domestiche, femministe e sindacaliste: una mancata alleanza*, Roma, Ediesse, pp. 11-37.
- Canciani, M., (2009), Promuovere l'auto-mutuo aiuto per caregiver, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2, pp. 17-21.
- Carsten, J., (2013), What Kinship Does and How, *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 3, 2, pp. 245-251.
- Cohen, L., (1998), *No Aging in India: Alzheimer's, The Bad Family, and Other Modern Things*, Berkeley, University of California Press.
- Degiuli, F., (2010), The Burden of Long-Term Care: How Italian Family Care-Givers Become Employers, *Ageing and Society* 30, 5, pp. 755-777.
- Ehrenreich, B., Hochschild A., eds., (2004), *Global Woman: Nannies, Maids, and Sex Workers in the New Economy*, New York, Henry Holt and Co.
- Grilli, S., (2019), *Antropologia delle famiglie contemporanee*, Bologna, Carocci.
- Gusman, A., (2015), Le famiglie e la fatica del caregiving: note da una ricerca etnografica in una struttura per le cure palliative, in Favole A., a cura di, *La famiglia di fronte alla morte: Etnografie, narrazioni, trasformazioni*, Torino, Fondazione Fabretti, pp. 133-157.
- Heaton, J., (1999), The Gaze and Visibility of the Carer: A Foucauldian Analysis of the Discourse of Informal Care, *Sociology of Health & Illness*, 21, 6, pp. 759-777.
- Jarret, W.H., (1985), Caregiving within Kinship Systems: Is Affection Really Necessary?, *The Gerontologist*, 25, 1, pp. 5-10.

- Le Bihan, B.L., Da Roit B. and Sopadzhiyan, A. (2019), The Turn to Optional Familialism through the Market: Long-Term Care, Cash-for-Care, and Caregiving Policies in Europe, *Social Policy & Administration*, 53, 4, pp. 579–595.
- Leibing, A., (2017), Successful Selves? Heroic Tales of Alzheimer's Disease and Personhood in Brazil, in Lamb S., ed., *Successful Aging as a Contemporary Obsession. Globalperspectives*, New Brunswick, Rutgers University Press, pp. 203–217.
- Marchetti, S., (2015), 'Mum seems happy': Relatives of Dependent Elderly and the Difficult Task to Employ a Migrant Care-Giver, in Triandafyllidou A., Marchetti S., a ed., *Employers, Agencies and Immigration: Paying for care*, Farnham, Routledge, pp. 93-112.
- Marchetti, S., (2016), Citizenship and Maternalism in Migrant Domestic Labour: Filipina Workers and Their Employers in Amsterdam and Rome, in Gullikstad B., Kristensen G. and Ringrose P., ed., *Paid Migrant Domestic Labour in a Changing Europe. Citizenship, Gender and Diversity*, London, Palgrave Macmillan.
- Marchetti, S., Scrinzi F., (2014), Gendered and Racialised Constructions of Work in Bureaucratised Care Services in Italy, *EUI RSCAS Working Paper* 121, pp. 1–19.
- Marsili, V., Melchiorre M. G. e Lamura G. (2006), Ruolo e prospettive dei gruppi di auto mutuo aiuto per familiari caregiver di anziani non autosufficienti in Italia, *Giornale di Gerontologia*, 54, 4, pp. 240–248.
- Naldini, M., Saraceno C., (2008), Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms, *Social Policy & Administration*, 42, 7, pp. 733-748.
- Muehlebach, A., (2012), *The Moral Neoliberal: Welfare and Citizenship in Italy*, Chicago, University of Chicago Press.
- Network Non Autosufficienza, a cura di, (2021), *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia: VII Rapporto*, Rapporto promosso dall'Irccs-Inrca per l'Agencia nazionale per l'invecchiamento, Santarcangelo di Romagna, Maggioli.
- Purkis, M.E., Ceci, C., (2015), Problematising care burden research, *Ageing and Society*, 35, 7, pp. 1410-1428.
- Redini, V., (2020), I sentimenti al lavoro: politiche di welfare e affettività, in Redini V., Vianello F. A., Zaccagnini F., a cura di, *Il lavoro che usura: migrazioni femminili e salute occupazionale*, Milano, Franco Angeli, Edizione del Kindle, pp. 77–95
- Regione Emilia-Romagna, (2012), Il supporto ai caregiver famigliari di anziani e disabili: Sintesi della ricognizione delle iniziative di supporto realizzata nel 2012, Direzione generale Sanità e Politiche Sociali. [Online] Consultabile all'indirizzo: <https://sociale.regione.emilia-romagna.it/documentazione/pubblicazioni/prodotti-editoriali/il-supporto-ai->

caregiver-famigliari-di-anziani-e-disabili-in-emilia-romagna-sintesi-
della-ricognizione-delle-iniziative-di-supporto-realizzate-nel-2012 (Data
accesso: 21 marzo 2022).

- Rugolotto, S., Larotonda A. and Van der Geest, S. (2017), How Migrants Keep Italian Families Italian: Badanti and the Private Care of Older People, *International Journal of Migration, Health, and Social Care*, 13, 2, pp. 185–97.
- Sacchi, P., Viazzo P.P., (2018), Families and the elderly along the shores of the Mediterranean: old and new form of relatedness, *Ethnologie française*, 3, pp 427-438.
- Sadler, E., McKeivitt, C., (2013), 'Expert Carers': an Emergent Normative Model of the Caregiver, *Social Theory & Health*, 11, 1, pp. 40-58.
- Scaglioni, M., Diodati, F., a cura di, (2021), *Antropologia dell'invecchiamento e della cura: Prospettive globali*, Milano, Ledizioni.
- Thelen, T., (2015), Care as Social Organization: Creating, Maintaining and Dissolving Significant Relations, *Anthropological Theory*, 15, 4, pp. 497–515.
- Zelizer, V.A., (2007), *The Purchase of Intimacy*, Princeton, Princeton University Press.

