

**Gianvittorio Lazzarini**  
**LA FAMIGLIA CHIUSA NEL WELFARE**  
**NASCOSTO**

*Il silenzio e l'invisibilità delle "badanti".  
La genitorialità ferita della famiglia del disabile.*

## INDICE

### Premessa

#### Parte prima

### **Il silenzio e l'invisibilità delle "badanti"**

#### Capitolo primo

#### **Le badanti: alla ricerca di un nome e di un riconoscimento** p.

- 1. Svalutazione simbolica e sociale di un grande fenomeno collettivo*
- 2. Un nuovo tipo di migrazione*

#### Capitolo secondo

#### **Il pericolo di una doppia discriminazione** p.

- 1. Come straniere*
- 2. Come donne*

#### Capitolo terzo

#### **La relazione nel lavoro di cura e i compiti delle politiche locali** p.

- 1. Gli ambivalenti aspetti dell'accudimento*
- 2. Superare la solitudine della coppia anziano-badante*
- 3. Nuove politiche di Regioni e di Enti Locali*

#### Capitolo quarto

#### **Mercato sociale del lavoro di cura e nuovo welfare** p.

- 1. Il nuovo sistema di welfare e il consolidamento del mercato sociale della cura*
- 2. Nuove funzioni dei servizi di cura domiciliare*
- 3. Nuovi profili delle professioni sociali*
- 4. Valorizzare le risorse della cura familiare nel welfare territoriale*

#### Parte Seconda

### **La genitorialità ferita della famiglia del disabile**

#### Capitolo primo

#### **La sfida radicale della disabilità** p.

- 1. Disabilità e miti della società contemporanea*
- 2. Contenuto e senso delle parole che definiscono la disabilità*
- 3. I principali punti di vista con cui pensare la disabilità*

#### **4. *La provocazione dell'idea della disabilità come risorsa***

##### **Capitolo secondo**

#### **Uno sguardo su come il nostro territorio accoglie la disabilità p.**

- 1. Cenni al quadro territoriale degli interventi*
- 2. Il punto di vista e l'esperienza dei servizi comunali*
- 3. L'approccio della neuropsichiatria infantile*

##### **Capitolo terzo**

#### **Il diritto di essere curati e di curare p.**

- 1. La complessa definizione del concetto di cura*
- 2. Lavoro di cura e problematica di genere*
- 3. I nuovi compiti dei servizi sociali*

##### **Capitolo quarto**

#### **La prospettiva della domiciliarità nel welfare locale p.**

- 1. Una nuova frontiera: il welfare locale dei servizi*
- 2. La cultura della domiciliarità e le sue conseguenze per la progettazione sociale.*

## *Premessa*

L'Assessorato alle politiche sociali della Provincia ha voluto mettere a fuoco due problematiche di grande rilevanza sociale: il lavoro di cura delle assistenti straniere, le "badanti" (un tema per altro ancora inesplorato), e quello delle famiglie dei disabili.

I temi della non autosufficienza degli anziani e quello della disabilità sono centrali nella visione e nell'attività della Provincia, e ne è conferma anche la creazione di due specifici strumenti di ricerca: l'*Osservatorio sulla condizione anziana* e l'*Osservatorio sulle politiche sociali*, che pone proprio la questione dell'handicap fra le sue problematiche centrali.

Proprio perché già dotati di un corposo patrimonio di ricerche e di analisi, abbiamo sentito la necessità di riguardare queste tematiche con un'ottica più complessiva, che dalla individuazione delle visuali teoriche e dei nodi problematici più significativi portasse all'indicazione delle linee strategiche più stimolanti per le politiche sociali.

Il compito affidato a Gianvittorio Lazzarini è stato fin troppo carico di finalità, in quanto proponeva di presentare il panorama più completo possibile sulla questione delle badanti, così come di mettere a fuoco gli approcci più innovativi sulla tematica della disabilità, in modo che dalla loro complessità e stratificazione potesse emergere una chiara linea guida per le istituzioni e le forze sociali.

Ci pare che i risultati del presente studio abbiano corrisposto in modo estremamente significativo al compito assegnato, offrendo una panoramica conoscitiva di grande respiro unita a spunti di riflessione che costituiscono una novità non solo per il nostro territorio. La chiave di lettura individuata, al di là della difficoltà di rielaborare una notevole quantità di studi e di ricerche, ma anche di accostare due temi che, sebbene accomunati da alcuni elementi cruciali, presentano caratteristiche diverse, ha configurato con serietà, efficacia e originalità un quadro problematico in grado di proporre e coerenti proposte strategiche e di individuare alcuni percorsi operativi.

L'interesse per il tema delle *badanti* è stato alimentato anche dalla domanda sul perché una questione di tale portata sia stata così a lungo trascurata dagli studi scientifici, dalle strategie delle istituzioni, delle forze politiche e sociali, tanto da far ipotizzare un vero e proprio caso di rimozione o addirittura di "cecità" sociale. Una sola annotazione a questo proposito: se oggi per assurdo "scomparissero" queste operatrici – parecchie centinaia di migliaia in Italia, più di mille nella nostra provincia –, "crollerebbe" tutto il nostro sistema socio-assistenziale... Ci troviamo davanti a una realtà che segnala l'esistenza di un ricco

serbatoio di risorse e di capacità, che sarebbe disastroso non valorizzare e integrare pienamente nel nostro sistema di cittadinanza sociale.

L'approfondimento del tema ha poi proficuamente "complicato" l'indagine, portando ad affrontare non solo le questioni dell'emersione dalla clandestinità, dal lavoro nero e da condizioni di vita spesso al limite della sopportazione – e quindi il tema dei *diritti* –, ma anche quelle più complessive del mercato privato di cura, nonché dell'intero assetto socio-assistenziale italiano, con particolare attenzione alla modalità con cui gli assistiti vengono seguiti nella dimensione specifica in cui vivono, quella della propria casa: tutto questo non può non richiamare la tematica complessiva del *welfare territoriale* – con la molteplicità degli attori pubblici, privati e sociali che, a vari livelli e con diversi compiti, agiscono sulla sua scena – e insieme quella della politica della *domiciliarità*.

*Welfare locale e domiciliarità*, visti in ottica innovativa, cioè collegando l'apporto autonomo della famiglia alla globalità del contesto territoriale, dettano feconde prospettive di sviluppo delle politiche sociali, delle logiche operative, delle connessioni dei soggetti e delle reti sociali, del ruolo di stimolo e di regia delle istituzioni pubbliche.

Una visione che, cercando di correlare territorio e famiglia, istituzioni e forze sociali, realtà di mercato e di terzo settore, richiama inevitabilmente una straordinaria varietà di problematiche e di possibili approfondimenti teorici e metodologici, fra i quali si impone il tema della *disabilità*, di quello che ancora viene chiamato *handicap*. Il tema propone in primo luogo il superamento del volto ancora troppo nascosto della cura familiare e il successo dello sforzo di garantire a tutti, a chi cura e a chi riceve cura, un progetto di vita, una temporalità non completamente appiattita sul presente.

Le connessioni tra i due ambiti tematici (ma occorre evitare semplificazioni e forzature tali da indebolire la loro specificità problematica) sono molteplici, a partire dal fatto che entrambi hanno a che fare con la qualità delle politiche e dei servizi sociali. Ma l'analogia forse più emblematica riguarda il fatto che proprio là dove la famiglia esplica in modo più responsabile, difficile e intenso l'azione di cura, di assistenza, di crescita educativa, intervengono forti dinamiche culturali, sociali, politiche, che tendono a oscurare e a svaloriare questa sua funzione. Così, più la famiglia dispiega o è chiamata a dispiegare le sue risorse più preziose, paradossalmente più è portata a chiudersi o viene condizionata a farlo da molteplici politiche sociali e da forti dinamiche culturali: in questo modo, le grandi potenzialità insite nella cultura e nella pratica della *domiciliarità* e della *territorialità* si trasformano troppo spesso in una cultura e in una pratica del "familismo angusto".

La cura degli anziani e dei disabili propone il tema cruciale della condizione umana, della sua fragilità, della sua mortalità. In ogni momento della nostra esistenza, e in alcuni casi, per tutto il corso dell'esistenza, dobbiamo confrontarci con la malattia, la sofferenza, la decadenza fisica, la disabilità e la morte. Contro le culture e le ideologie oggi dominanti, dobbiamo condividere e far emergere una visione fondamentale: l'amore verso l'altro si basa sull'accettazione delle condizioni di fragilità di ciascuno di noi.

Anche il sistema dei servizi sociali deve essere inteso, in ultima analisi, come un'espressione molto importante della stessa condizione umana. I servizi sociali non sono – o, comunque, non dovrebbero essere – un sistema di tamponamento per sostenere la condizione umana quando essa è più debole, ma parte costitutiva di quel medesimo generale processo di valorizzazione della condizione umana nella sua fondamentale natura.

Ma esiste un'altra costante a segnalare una delle questioni cruciali del lavoro di cura: riguarda *il ruolo della donna*, con tutto ciò che evoca sul piano personale e professionale. Si tratta di un tema che, se può sempre giocarsi sulle fondamentali connotazioni dell'identità femminile, va liberato dall'idea che sia una sorta di metaconcetto che attraversa l'esistenza delle donne, immutabile di fatto attraverso le generazioni... Il lavoro femminile di cura è qualcosa di diverso, ricco di risorse vecchie e nuove, irto di contraddizioni, di dialettiche anche perverse tra modernizzazione e tradizione, tanto più che non è solo una questione individuale e neppure solo di famiglie, ma è un problema al centro delle politiche sociali e persino della vita stessa delle organizzazioni.

Quando i gesti di cura tra i famigliari non scaturiscono solo dal senso civico o dall'obbligo giuridico esterno ai soggetti, ma da un desiderio interno di condivisione, assumono una valenza ben diversa, feconda per chi cura e chi è curato, per chi educa e chi è educato. Consentire questa esperienza positiva è un nuovo compito del welfare.

Ma come iscriverlo nel diritto esigibile? A prima vista c'è una contraddizione palese nel volere pianificare la spontaneità, nel garantire il piacere di rapporti liberi. La novità delle politiche familiari si identifica proprio in questo facilitare la "scelta" della relazione e dell'esercizio della responsabilità, anche offrendo appoggio e cura ai curanti. Vanno in questa direzione le politiche che cercano una conciliazione tra vita individuale e vita di relazione, tra badare a se stessi e accudire l'altro, tra possibilità di svolgere una vita indipendente e impegnarsi nella cura, trovando senso e gratificazione nel lavoro di cura. Anche il curare è un diritto da esigere.

*Daniela Polenghi*  
(Assessore alle politiche sociali della Provincia di Cremona)

**PARTE PRIMA**

**Il silenzio e l'invisibilità delle "badanti"**

## **Capitolo primo**

### **Le badanti: alla ricerca di un nome e di un riconoscimento**

#### ***1. Svalutazione simbolica e sociale di un grande fenomeno collettivo***

Ancora oggi, il ruolo sociale delle “badanti”, malgrado il suo straordinario impatto sull’intero sistema di cura e di assistenza italiano e la sua portata sugli investimenti affettivi e sulle scelte di vita delle famiglie, continua a essere sottovalutato e a restare in buona sostanza trascurato dalle scelte politiche e sociali, dall’attenzione dei media e dalle analisi teoriche. Eppure, già il primo approccio quantitativo al tema fa emergere l’immagine di un fenomeno impressionante: le badanti in Italia attualmente sono almeno 400 mila, e ciascuna di loro si occupa di un solo anziano e per lo più lo fa giorno e notte...<sup>1</sup>

Prima di vedere le complesse e non ancora chiarite ragioni di quella che si può definire una vera e propria rimozione collettiva, conviene occuparsi della storia linguistica del vocabolo “badante”. Com’è noto, le parole descrivono, definiscono, valorizzano, svalutano, rivelando concezioni della realtà, ideologie, feconde visioni e nocivi pregiudizi. Non c’è dubbio che l’origine e il rimando concettuale di questa parola presentino in modo assai riduttivo l’immagine sociale e la funzione lavorativa di questa figura.

Il primo richiamo a proposito del vocabolo porta molto indietro nel tempo, quando il termine “badare” si riferiva alla sorveglianza delle pecore, dei porci, soprattutto quando erano condotti al pascolo. Ma il riferimento più pertinente di “badante” riguarda la figura che nella famiglia patriarcale ottocentesca si occupava di bambini e di anziani mentre gli altri lavoravano nei campi (“badavano” che non si facessero male). Il vocabolo, oltre a evocare condizioni di vita e di lavoro molto dure, aveva una connotazione negativa perché utilizzato in riferimento a soggetti non autonomi intellettivamente, che, se lasciati da soli, potevano farsi male e procurare problemi.

Per analogia, in diverse parti d’Italia il vocabolo è poi entrato nel gergo dei servizi pubblici per indicare personale assunto dai parenti di anziani non autosufficienti ricoverati in strutture residenziali od ospedali, al fine di fornire loro assistenza aggiuntiva a quella erogata dal personale della struttura.

---

<sup>1</sup> Cfr. P. Toniolo Piva, *Partire dalle famiglie per riorganizzare i servizi pubblici*, in “Animazione Sociale”, 12, 2003, p. 20.

Dal suo designare una figura che si occupa di persone non autosufficienti, il termine ha trovato la sua applicazione oggi di gran lunga più diffusa venendo a designare la donna, in genere straniera, che cura e assiste gli anziani fragili o non autosufficienti o in famiglia, molto spesso convivendo con loro.

“Numerosi sono i termini utilizzati per indicare tali figure. Nel gergo dei servizi pubblici di molte parti d’Italia è utilizzato il termine ‘badanti’ poiché si riferisce a chi deve ‘badare’, prendersi cura di persone non autosufficienti. Il termine è abitualmente impiegato anche dai mezzi di comunicazione per indicare chi fornisce assistenza privata a pagamento. I servizi, quando hanno cominciato a incontrare personale privato nelle case degli anziani, hanno esteso il termine anche ad esso. Sia l’origine storica sia l’abitudine a utilizzare la parola ‘badante’ per indicare figure diverse da chi opera a domicilio ne sconsigliano l’uso ai nostri fini”.<sup>2</sup>

Il termine, proprio in quest’ultima accezione, è assai limitativo della complessa funzione di questa nuova figura, ma ormai si è imposto e sarà difficile sostituirlo con nomi più adeguati; tuttavia, nei documenti ufficiali si sta imponendo la definizione di *assistente familiare*.<sup>3</sup>

Queste carenze e sovrapposizioni linguistiche rendono opportuno specificare meglio il segmento del mercato del lavoro e il tipo di funzione a cui ci si riferisce.

Il lavoro della badante è sicuramente uno sviluppo specifico della figura tradizionalmente operante in ambito strettamente familiare, quella della *domestica* o, secondo la definizione che oggi si è imposta, *colf*.

Negli anni Sessanta e Settanta, in genere la *colf* era una lavoratrice dipendente, per lo più a ore, spesso a servizio di più famiglie, quasi sempre a termine. Era una donna italiana che sovente svolgeva questo lavoro prima del matrimonio o in attesa di un’altra occupazione. Anche il datore di lavoro era italiano, e non apparteneva solo all’alta borghesia, ma a un ceto medio diffuso. Oggi questo utilizzo è meno consueto, in quanto la famiglia media in genere può utilizzare aiuti retribuiti in modo sussidiario per coprire servizi e orari che rimangono scoperti quando le risorse familiari sono state esaurite. Fa eccezione il caso di una famiglia dotata di reddito alto o medio, in cui la madre lavora e che per alcune ore al giorno ha bisogno di un’altra donna che, pur svolgendo le consuete attività domestiche, si

---

<sup>2</sup> C. Gori, (a cura di), *Introduzione a Il welfare nascosto. Il mercato privato dell’assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma, 2002, p. 21.

<sup>3</sup> Cfr. C. Marazzini, *La prima volta del termine badante*, in “Famiglia oggi”, 12, 2002, p. 11.

occupi anche del figlio o dei figli piccoli. Oppure che, più frequentemente, si occupi del genitore o dei genitori anziani.

La definizione più ricorrente dell'attuale colf - colei che lavora a fianco del datore di lavoro nell'ambiente di vita quotidiana, svolgendo contemporaneamente sia attività "per la casa", come pulizia degli ambienti, preparazione dei pasti, lavanderia, sia attività "per la persona", come compagnia durante i pasti, sorveglianza nel riposo, aiuto nell'alzarsi e nel coricarsi, compagnia fuori casa, pratiche burocratiche, sostegno morale, raccolta di confidenze e così via - intreccia due funzioni, delle quali solo la prima richiama la vecchia figura della domestica che si occupa in primo luogo della cura della casa.

In questo tipo di lavoro domestico operano, sia pure in misura nettamente minoritaria, soggetti maschi, ma è proprio la grande caratterizzazione femminile a aver introdotto i nuovi e molteplici contorni nella figura della colf, che comunque resta regolamentata da un contratto nazionale da trent'anni. Il cambiamento riguarda soprattutto il contenuto del lavoro, che in molti casi tende a focalizzarsi sulla funzione di cura e di assistenza alla persona, gli anziani in primo luogo.

A metà degli anni Novanta è infatti esploso il problema dell'anziano dipendente: l'aiuto complementare non basta più. I famigliari devono affidare l'accudimento ad una figura forte, presente per molte ore al giorno, spesso anche la notte. Da lavoratore "interstiziale", che si limita a coprire le falle dell'organizzazione familiare, questa figura domestica, quasi sempre una donna, diventa *fac totum* e perno determinante dell'equilibrio reticolare della famiglia. Si arriva così alla domanda in crescita esponenziale di una figura disposta a orari lunghi e a convivere con l'anziano. Una straniera, non più colf ma *badante*. E i contorni di questa figura e i contenuti del suo lavoro apportano notevoli modifiche alla tradizionale immagine della "collaboratrice domestica", anche se in questa erano già parzialmente presenti i contenuti attuali.

Il nuovo, infelice com'è, riesce comunque a evocare un concetto: vi sono persone che sono occupate in lavori di cura-accudimento della casa, delle cose e soprattutto delle persone e che quindi permettono agli italiani, soprattutto alle donne, di liberarsi in parte di questi compiti e di dedicarsi ad altro.

Il succedersi, l'intrecciarsi e lo svilupparsi di queste figure che operano nelle case italiane meritano ulteriori informazioni.

Usando la classificazione e la terminologia della ricerca del Comune di Venezia, l'unica finora organicamente elaborata da parte di una istituzione locale<sup>4</sup>, per quanto riguarda il mercato del lavoro abbiamo ben distinti tre settori: il *colferaggio*, il *badantato* (nella vecchia accezione) e l'*accudimento* (il nuovo tipo di "badantato").

Il primo riguarda la vecchia figura della "collaboratrice domestica". Tenendo conto della situazione veneziana, che comunque ricalca sicuramente quella di molte altre zone dell'Italia settentrionale, nelle zone più ricche metà sono donne italiane e metà straniere, fra le quali si distingue la più vecchia presenza, quella delle filippine. In genere, anche le straniere vivono per conto loro, in affitto, hanno quasi sempre permessi e contratti di lavoro regolari e in genere aspirano al congiungimento familiare. Molte vengono dal "badantato", cioè dalla prima esperienza di lavoro familiare, quella di accudimento dell'anziano.

Questo lavoro a ore è molto ambito, perché è discretamente retribuito e permette una vita autonoma. Le aspettative e le condizioni salariali e contrattuali sono molto variegate; sono le straniere a spingere per regolarizzare il rapporto: ferie, tredicesima, contributi..., al contrario di molte italiane, che spesso considerano questo impegno come occasione residuale. Inoltre, sono più interessate ai contributi previdenziali le donne i cui paesi hanno stipulato la convenzione di trasferimento del premio pensionistico nei paesi di origine (cosa che avviene per i paesi dell'est europeo); asiatiche e africane preferiscono invece scambiare i contributi con un surplus di salario diretto. Da notare che in genere le famiglie per seguire i bambini preferiscono le italiane.

Il *badantato* nel suo significato più ristretto e ormai "specialistico", designa una donna che assiste una persona non autosufficiente, in genere anziana (o un piccolo gruppo di persone) ricoverata in un servizio residenziale (ospedale, casa di riposo), specie per le residenze lunghe: soprattutto per i pasti, ma anche per la presenza notturna in camera, ascolto e compagnia, cambio biancheria personale...

Secondo le più recenti ricerche, molte donne si stanno ritirando dal colferaggio per dedicarsi a questo più retribuito tipo di badantato, che solitamente non vede impiego di straniere. Spesso collaborano più badanti, che organizzano insieme turni, assenze e presenze, e che sono in grado di operare un filtro anche forte rispetto a chi vuole assumersi gli stessi compiti.

---

<sup>4</sup> Cfr. P. Toniolo Piva (a cura), *L'epoca delle badanti*, ricerca del Comune di Venezia, in "Polis", 80, Venezia, 2002, p. 7.

Alcuni istituti, per contenere abusi, conflitti, hanno stabilito un regolamento interno. Ma, solitamente, è l'offerta che impone le proprie regole alla domanda, dando vita a un mercato del lavoro appetibile, anche se in nero, monopolizzato da gruppi ristretti.<sup>5</sup>

Anche se questa figura non rientra nell'oggetto della presente trattazione, meriterebbe una viva attenzione, in quanto evoca un fenomeno rilevante, sia per il numero delle persone impegnate in questo compito, di solito senza alcuna forma di regolarizzazione, sia per l'entità delle retribuzioni corrisposte sia infine per gli aspetti critici che prospetta: malgrado questo tipo di assistenza possa risultare in molti casi una soluzione opportuna, si apre comunque alla dequalificazione e a una notevole serie di abusi.

Il settore dell'*accudimento* riguarda la nuova figura della badante, caratterizzato soprattutto dal lavoro giorno e notte, che per il novanta per cento dei casi è affidato a straniere.

Data la carenza esplicativa del termine (che per comodità si continuerà qui ad usare), sono state avanzate proposte per cambiarlo.

“E' assai difficile individuare una denominazione specifica, per indicare gli operatori da noi studiati, il cui significato sia univoco e inattaccabile. Tra i termini attualmente utilizzati se ne trovano di più o meno appropriati ma nessuno sembra poter essere quello definitivo. Una denominazione utilizzata sovente è ‘assistente domiciliare’. Essa viene, tuttavia, utilizzata per professionalità riconosciute e inserite nella rete dei servizi pubblici e l'utilizzo per riferirsi ai soggetti da noi studiati produrrebbe confusione. Un termine impiegato in maniera crescente per indicare chi fornisce *care* a pagamento è ‘assistente familiare’. Tale termine è indubbiamente suggestivo ma non richiama la specificità della figura in esame, non presentando riferimenti alla natura privata a pagamento di questa attività, al fatto che si tratta di cura della persona o alla sua collocazione principale”.<sup>6</sup>

E' comunque l'accezione di *assistente familiare* a essersi ormai imposta nei documenti ufficiali, anche se non è riuscita a scalzare nell'uso il vocabolo dominante di badante.

La vicenda linguistica del termine badante si presta indubbiamente a evocare le modalità con cui in Italia si è affrontata questa grande questione sociale. Da un lato, il fatto che si sia sentita la necessità di inventare un nome per queste figure, anche con l'utilizzo di un vecchio vocabolo, svela quanto queste “presenze” fossero radicate nel paesaggio sociale del nostro Paese, anche se ufficialmente non comparivano. Dall'altro, la connotazione fortemente

---

<sup>5</sup> Cfr. Ivi, pp. 6-8.

<sup>6</sup> C. Gori, *Introduzione, Il welfare nascosto*, cit., pp. 21-22.

svalutante del nome contribuisce a spiegare il perdurare di una scarsa consapevolezza sociale e scientifica del fenomeno.

Nel presentare, sia pure brevemente, il modo con cui i principali soggetti sociali e le aree di ricerca sociale hanno trattato questa tematica, si dovrà continuamente ricorrere alla medesima argomentazione: anche se il fenomeno delle badanti straniere per assistere gli anziani comincia a ricevere una certa attenzione dal mondo della ricerca sociologica e da quello delle forze istituzionali e sociale, è ancora lontano dall'essere considerato nella sua enorme portata e complessa dinamica.

La denuncia dei ritardi e delle carenze, anche se mitigata dal presentarsi di recenti attenzioni, è immediatamente giustificata dalla straordinaria, oggettiva rilevanza del fenomeno, alla cui base stanno ragioni di forte evidenza..

Dal punto di vista della domanda, per molti cittadini non autosufficienti il ricorso all'assistenza privata a pagamento ha costituito e costituisce la risposta più semplice e più conveniente al bisogno di essere accuditi e curati, l'alternativa più valida al trauma (e ai costi) di un ricovero in istituto.

Dal punto di vista dell'offerta, l'assistenza privata a cittadini non autosufficienti costituisce oggi una delle strategie più diffuse per accedere a un reddito e a un'abitazione da parte di una massa crescente di popolazioni (soprattutto femminili) di recente immigrazione. Un'opportunità tanto più favorevole quanto più le donne italiane non riescono a conciliare l'occupazione retribuita con il lavoro di cura rivolto ai famigliari più deboli, che per altro non può più essere affidato a connazionali, che stanno abbandonando i mestieri "di servizio"; da qui, il ricorso a un intero esercito di altre donne, le straniere.

La crescita forte e rapida di una domanda di cura non soddisfatta e l'esplosione di un'offerta di cura privata si saldano insieme nel determinare, con altre più complesse ragioni, il boom attuale del mercato di chi presta servizi di assistenza a domicilio. Enorme aumento della percentuale degli anziani, debolezza del sostegno pubblico e scelta delle politiche sociali di sostenere gli anziani fragili e non autosufficienti soprattutto con prestazioni monetarie, e contemporanea riduzione del potenziale di cura familiare, rappresentano pertanto il contesto di riferimento entro cui collocare il crescente ricorso all'assistenza privata, con ampio spazio al lavoro in nero.

Di conseguenza, il mercato privato costituisce oggi il canale principale di reperimento di servizi di tipo assistenziale. Da elaborazione su dati Istat, già alla fine degli anni Novanta, circa settecentosessantamila famiglie con almeno un anziano ricorrevano ad aiuti privati di varia natura, e oggi sono sicuramente più numerose.

Le cifre ricavabili dalla “sanatoria” in seguito alla cosiddetta “legge Bossi-Fini”, anche se già offrono indicazioni significative, non riescono a rendere pienamente conto del fenomeno, essendo ancora alta l’incidenza delle presenze irregolari, “clandestine”. Secondo i dati della Presidenza del Consiglio aggiornati al novembre 2002, le domande per colf e badanti a livello nazionale erano più di trecentocinquantamila, a cui si devono aggiungere le consistenti presenze già regolarizzate. Il record nazionale per le sole badanti e colf è del Lazio con settantacinquemila domande.<sup>7</sup>

Ma i dati reali devono essere assai più consistenti, se le stime fornite da fonte Caritas indicano in quasi quarantamila (ovviamente, includendo anche le non regolarizzate) il numero delle sole badanti in Lombardia (un dato confermato dalle stime della Regione Emilia Romagna, che presenta una situazione analoga a quella lombarda), e in più di trentamila il numero delle badanti nel Veneto (qui l’Osservatorio sull’Occupazione, su dati del Ministero dell’Interno, rilevava che le richieste di regolarizzazione per “lavoro in famiglia” al 16 dicembre 2002 superavano il numero di venticinquemila, quasi il quarantuno per cento sul totale delle richieste di regolarizzazione).

Il XII dossier statistico sull’immigrazione di Caritas e Fondazione Migrantes, presentato alla fine di ottobre 2003, dice che gli immigrati regolari in Lombardia sono più di trecento cinquantamila (il ventitre per cento di quelli che vivono in Italia), metà dei quali abita a Milano. Un vero e proprio esercito di regolari, che nel sessantuno per cento dei casi ha ottenuto il permesso per motivi di lavoro e nel trenta per cento per ricongiungimento familiare, il resto per motivi di studio o altro. I dati raccolti dalla Caritas fotografano realtà diverse per Milano e per la regione, dove le nazionalità degli immigrati cambiano a seconda delle esigenze del mercato del lavoro. E’ comunque il settore dei servizi a occupare il maggior numero di addetti arrivati dall’estero. Il dato di Milano parla di un settanta per cento di immigrati regolari impiegati nel lavoro familiare: colf, badanti, baby sitter, addette alla pulizia. Più in generale, quasi la metà degli immigrati è rappresentato da donne.

I più recenti dati forniti dalla Prefettura di Cremona confermano ampiamente queste dinamiche.

Considerando i dati relativi alla legalizzazione del lavoro e al conseguimento del contratto di soggiorno, con la nuova legge sull’emigrazione sono state regolarizzate quattrocentosedici assistenti straniere. Ma a queste vanno accorpate le badanti già “regolari” in precedenza e, sicuramente, un buon numero delle colf (circa seicento) che, com’è facilmente constatabile, spesso di fatto svolgono lavoro di accudimento di anziani, ma

---

<sup>7</sup> Cfr. A. Laggia, *Andare oltre i numeri della sanatoria*, in “Famiglia Oggi”, 12, 2002, p. 9.

soprattutto aggiungendo la quantità ancora elevata delle clandestine, è lecito dedurre che le badanti nella nostra provincia siano più di mille.

Rispetto ai dati di ricerche precedenti, il quadro cremonese, sicuramente in sintonia con quello di molti altri territori dell'Italia settentrionale, registra una buona presenza di operatrici sudamericane (una quarantina dell'Ecuador, circa venti del Perù e qualcuna della Bolivia) e la prima comparsa di donne africane (nigeriane e avoriane).

La presenza di gran lunga più massiccia continua a essere quelle dei paesi dell'Est: rumene (quasi centoquaranta), ucraine (circa centoventi), seguite dalle moldave e dalle polacche.

I dati provinciali, regionali e nazionali, permettono di riprendere e di sviluppare la tesi precedente: anche se nel tempo presente le cose stanno in parte cambiando, gli attori istituzionali e sociali hanno sinora lasciato questo tipo di lavoro di cura privata sullo sfondo, senza tematizzarne adeguatamente le caratteristiche e i problemi, il rapporto con la rete dei servizi pubblici, la qualità degli interventi e la tutela di tutti soggetti coinvolti. Dinamiche che stanno modificando in modo addirittura cruciale l'assistenza agli anziani e la cultura che la sorregge, stentano ad entrare nell'agenda politica e sindacale, per cui esse si impongono nel tessuto sociale spontaneamente, non senza regole di fatto, ma senza un collegamento strategico e progettuale con l'intero sistema dell'assistenza agli anziani e della sicurezza sociale.

Il fenomeno, che sotto certi aspetti si connota come una "rivoluzione" di un intero sistema assistenziale, conferma quanto sia difficile trasformare una modalità pratica di rispondere a un enorme bisogno sociale in problema di rilievo pubblico e politico. Pertanto, forse non esagera chi parla di un vero e proprio caso di "cecità sociale", tale da poter essere utilmente studiato per comprendere i meccanismi di formazione dell'agenda politica nel nostro paese e le ragioni per cui alcuni temi diventano oggetto di analisi scientifica, mentre altri non ricevono attenzione da parte degli studiosi.<sup>8</sup>

A questo proposito, emblematico è il pochissimo spazio che la legge quadro dei servizi sociali (legge 328/2000) dedica all'assistenza privata (solo un rimando alla finanziaria 2001 per agevolazioni fiscali rivolte alle famiglie che ne usufruiscano).

La legge quadro, pur proponendosi di riformare l'intero sistema di politiche sociali, considera in modo approfondito tutti i soggetti sociali impegnati in questo ambito, famiglia, altre reti informali, terzo settore e servizi pubblici, tranne l'assistenza privata a pagamento.

---

<sup>8</sup> Cfr. A. Castegnaro, *La rivoluzione occulta nell'assistenza degli anziani: le aiutanti domiciliari*, in "Studi Zancan" 2, 2002, pp. 11-13.

“Si nota una contraddizione tra l’intenzione di disegnare le caratteristiche del nuovo sistema di welfare italiano, svolgendo un’articolata riflessione sull’insieme dei soggetti coinvolti, e la mancata considerazione di uno di questi. Il legislatore, detto altrimenti, ha sostanzialmente operato come se l’assistenza privata non esistesse. La legge quadro è la più nota normativa degli anni recenti e il suo modo di (non) considerare l’assistenza privata riassume l’approccio prevalente nella politica italiana. Il radicamento di tale approccio è confermato da come l’ampia produzione normativa delle regioni in tema di politica sociale ha nella gran parte dei casi trascurato l’assistenza privata”.<sup>9</sup>

Anche le leggi regionali hanno ignorato di fatto il tema, e solo da poco alcune Regioni hanno cominciate ad affrontarlo con alcune nuove ma ancora limitate misure di intervento. Eccetto queste sperimentazioni, anche le programmazioni di politica socio-sanitaria regionale che hanno posto particolari attenzioni all’Adi (Assistenza Domiciliare Integrata), non hanno previsto e normato il collegamento degli operatori pubblici con quelli privati: anche se nella realtà l’incontro è frequente, sono i singoli operatori pubblici, quando capita e a titolo informale, a cercare di coordinare il loro lavoro con quello dei privati.

Neppure le misure relative alle più recenti tendenze della politica sociale, come la diffusione degli assegni di cura, al di là delle solite eccezioni, hanno riguardato direttamente e specificatamente il lavoro privato di cura. Gli assegni sono prestazioni economiche introdotte negli ultimi anni in molte realtà locali, che Comuni e Asl forniscono alle famiglie di anziani non autosufficienti per sostenere lo sforzo di *care*. La diffusione degli assegni è contraddistinta da una forte enfattizzazione della loro funzione di sostegno alle famiglie, mentre si tende a ignorare che, così progettati, gli assegni costituiscono un sussidio che sovente può ed è usato, come capita spesso ancora oggi, anche per l’acquisto di *care* privato “in nero”.

Solo alcune realtà comunali e regionali, come si potrà constatare in seguito, hanno cominciato ad accompagnare la loro introduzione con misure finalizzate all’emersione dal lavoro irregolare, alla regolazione e soprattutto alla valorizzazione del lavoro di cura privato acquistato attraverso tali contributi e alla sua connessione con la rete dei servizi pubblici.

Malgrado alcuni tentativi di portare queste dinamiche all’attenzione collettiva (si può ricordare la ricerca *Poveri ed emarginati in un mondo di ricchi* della Delegazione Caritas del Nord Est e dall’Osservatorio Socio-religioso Triveneto, che nel 2001 ha proposto per la prima volta il fenomeno in modo già ampio e documentato), il tema delle badanti ha ricevuto una certa attenzione nel momento in cui si è proposta in Italia la generale problematica

---

<sup>9</sup> C. Gori, *Introduzione, Il welfare nascosto*, cit., p. 27.

dell'immigrazione. La legge di riforma delle politiche migratorie, conosciuta come legge Bossi-Fini, ha dedicato grande spazio al tema dell'emersione dei lavoratori illegalmente presenti in Italia, e quindi anche di quelli, numerosissimi, impegnati nel lavoro di cura e di assistenza familiare. In quel momento, molte realtà sociali e istituzionali si sono messe in moto, ma con un'ottica rivolta eminentemente alle questioni burocratiche, alle azioni di tutela e di accompagnamento degli immigrati nel momento dell'applicazione della legge.

Si sono comunque avviati specifici percorsi per affrontare la questione mettendo in correlazione i temi occupazionali, cioè l'emersione dal lavoro sommerso, con quelli assistenziali, cioè l'emersione dal welfare sommerso. Alcuni Comuni e qualche Regione (sicuramente, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, poi Liguria, Campania) promuovono percorsi, prevalentemente sperimentali, di formazione degli operatori privati "regolari" dal punto di vista del permesso di soggiorno e del rapporto di lavoro, e prefigurano per loro un diverso rapporto, se non un vero e proprio coinvolgimento, nella rete dei servizi pubblici.

A segnalare che il fenomeno, almeno in queste realtà, comincia a essere osservato come un tema di forte interesse sociale e quindi in prospettiva "strategica", è il fatto che queste iniziative si sono basate sull'incontro tra istituzioni locali e forze sociali, che si è tradotto in precisi strumenti di "pattuizione" (in genere, si tratta di intese sottoscritte da Cgil, Cisl, Uil e i rispettivi sindacati dei pensionati).

Come si potrà constatare in seguito, le posizioni sindacali, sebbene abbiano già prodotto significative esperienze in alcune realtà italiane, stentano ancora, in generale, a tradurre in programmi strategici e in azione sindacale il riconoscimento dell'importanza di queste risorse assistenziali (anche per potenziare e innovare l'intera rete territoriale dei servizi socio-assistenziali): mancano ancora proposte, programmi, piattaforme organiche che facciano agire il sindacato, a tutti i livelli, da vero attore sociale su questo terreno; mancano informazioni, comunicazioni, analisi interne, incontri, vere e proprie campagne di sensibilizzazione finalizzate a far capire ai propri dirigenti, attivisti e iscritti, ma anche ai cittadini, i termini della problematica, e a promuovere iniziative conseguenti.<sup>10</sup>

Le difficoltà per il sindacato ad assumere in pieno il ruolo di protagonista sono molteplici: gli è molto difficile svolgere le sue tradizionali, specifiche funzioni di tutela

---

<sup>10</sup> Lo Spi-Cgil, anche mettendo a disposizione i materiali di ricerca e di studio realizzati in questi anni, ha collaborato con la Fondazione Brodolini e il Politecnico di Milano per realizzare uno studio sul welfare e sulle linee di intervento riformatore nel settore dei servizi alla persona e all'emersione e valorizzazione del lavoro di cura anche privato. Ciò ha portato all'elaborazione di un'opera ricca e interessante, già più volte citata, *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*. Ma l'iniziativa non ha ancora provocato effetti nelle strategie e nelle attività concrete dello stesso Spi e, in generale, del complessivo mondo sindacale, soprattutto a livello lombardo.

delle singole lavoratrici e di rappresentanza dell'intera "categoria"; ancor meno può incontrare le famiglie coinvolte, e solo in linea molto generale può tentare di difendere i loro interessi, come nel caso della quantità e della destinazione dei buoni sociali; infine, il sindacato, per vari motivi, non è ancora attrezzato ad agire capillarmente sui temi dell'innovazione dei servizi sociali, del welfare locale, il che tra l'altro richiederebbe una non ancora adeguata attivata esperienza e capacità di messa in rete, di partnership sul territorio con molte altre forze sociali, a partire da quelle del terzo settore.

Anche il mondo del non profit sembra non aver ancora prestato la necessaria attenzione al problema, di fatto ignorato nella sua complessa configurazione sia a livello di riflessione teorica (un silenzio davvero strano, considerando la grande capacità di questo mondo di cogliere anche sul nascere le problematiche sociali e di anticipare le possibili risposte ad esse) sia di iniziativa sul piano dell'azione sociale. In buona sostanza, per quanto si è avuto modo di sapere, la sola Caritas e le organizzazioni a essa vicine si sono impegnate con continuità, anche se solo da pochi anni, a mettere a fuoco il tema, sia sul piano dell'indagine sia delle proposte di soluzione dei problemi concreti. Fra gli eventi più significativi, va segnalato il Convegno, *Donne invisibili*, organizzato nel 2002 dalla Diocesi di Mantova. L'immagine sulla locandina, una matryoska, fa riferimento esplicito ai paesi di provenienza, ma anche evoca la complessità di una situazione che rimanda la riflessione a livelli sempre più profondi e che, sinora, è riuscita a nascondere il volto di queste persone celandole dietro il ruolo della cosiddetta "badante".

Se l'ancora scarsa attenzione al lavoro di cura privato da parte delle forze sociali dipende in parte dal fatto che tutti i principali soggetti in campo (famiglie, anziani, immigrate, istituzioni e servizi socio-assistenziali, forze sociali...) hanno o credono di avere convenienze a lasciar le cose come stanno, il ritardo degli studi di politica sociale pone invece nuovi interrogativi.

A questo proposito, sono state proposte alcune spiegazioni. In primo luogo, la ricerca italiana sul welfare privilegia la sfera della reciprocità e della redistribuzione. La sfera dello scambio è invece sempre rimasta marginale e poca attenzione è stata rivolta ai mercati di servizi e alle politiche per regolarli. In secondo luogo, occorre fronteggiare le difficoltà a raccogliere dati, materiali e informazioni sul lavoro di cura privato, sommerso e disperso in una miriade di situazioni (e la frammentazione appare ancora più forte nel caso dei lavoratori stranieri, molti dei quali irregolari). Infine, bisogna fare i conti con la necessità di utilizzare strumenti analitici diversi: non è possibile esaminare il tema solo come fenomeno di politica

sociale, ma occorre impiegare congiuntamente anche competenze riguardanti il mercato del lavoro e le questioni migratorie.<sup>11</sup>

La complessità dei problemi, la frammentarietà delle normative e delle soluzioni adottate nelle varie realtà regionali, oltre alla oggettiva difficoltà a individuare i modi di risolvere i problemi, risoluzioni adeguate, può forse spiegare anche perché un'altra pista di lavoro non appaia ancora adeguatamente seguita: riguarda la definizione dei profili professionali di chi fornisce l'assistenza privata a pagamento e dei percorsi formativi rivolti a queste persone. Su questo tema, tuttavia, cominciano ad apparire elaborazioni e ipotesi interessanti.<sup>12</sup>

Il quadro degli studi sociologici ha comunque un certo retroterra di studi e di ricerche sia nelle riflessioni sulle condizioni professionali degli immigrati (ma il tema delle badanti non viene ancora specificatamente approfondito), sia nei contributi che si occupano di strategie per ridurre la disoccupazione, di contenuti dell'occupazione, delle caratteristiche del mercato del lavoro e, in specifico, di quelle del lavoro di cura. Da tempo, con approfondimenti anche molto recenti, in Italia come in Europa, analizzando il collegamento tra politica del lavoro e politica sociale, gli studiosi si sono chiesti come ottenere maggiore occupazione e insieme innovare le strategie locali di *care* anche utilizzando la leva delle lavoratrici straniere impiegate nell'assistenza familiare.

La domanda trova particolare pregnanza in considerazione del rilevante potenziale occupazionale insito nei servizi alla persona, tra cui quelli di cura occupano una posizione di rilievo.

Ma anche sullo specifico terreno dell'emersione del lavoro irregolare delle badanti (ma anche, più in generale, di molte altre figure presenti nel mercato del *care*), gli studi, pur presentando indubbi segnali di nuova attenzione, non hanno ancora con forza sviluppato il collegamento dell'emersione e della regolarizzazione dell'assistenza privata alla più ampia strategia concernente l'introduzione dei mercati sociali nel complessivo sistema socio-assistenziale, anche per stimolarne l'innovazione.

Importanti studiosi di politica sociale ritengono che, pur nella necessità di tenere in considerazione le varie "convenienze" che favoriscono i rapporti di lavoro in nero, sia giunto il momento di regolarizzare il lavoro di cura privato e di collegarlo alla rete dei servizi

---

<sup>11</sup> Cfr. E. Mingione, *Il lato oscuro del welfare: trasformazione delle biografie, strategie familiari e sistemi di garanzia*, in "Tecnologia e società", Atti dei Convegni dei Lincei, 172, 2001, p. 147-69.

<sup>12</sup> Da considerare i vari apporti, coordinati o realizzati direttamente da Paola Toniolo Piva, dello Studio Come di Roma, fra i quali *Professioni sociali. Assistente familiare*, Rapporto di ricerca per l'ISFOL, e le recenti elaborazioni e proposte nell'ambito della Conferenza Nazionale, *Presente e futuro delle professioni sociali per il nuovo welfare locale*, realizzata a Roma il 23 febbraio 2004 da Anci, Lega delle Autonomie Locale e Unione delle province d'Italia.

pubblici. In tal modo la rete diventa più estesa, meglio integrata e diversi erogatori accreditati si trovano a operano in competizione tra loro, con l'ente locale impegnato a garantire la qualità delle prestazioni e a sostenere le responsabilità di cure familiari. La prospettiva è affidata soprattutto a una strategia politica e istituzionale che, anche attraverso misure graduali, consenta di valorizzare questo grande serbatoio di disponibilità umane, e di integrarlo, per quanto sia possibile, all'interno di un mercato sociale dei servizi di cura di dimensioni più ampie e ispirato da logiche di progettazione e di integrazione, e quindi di sistema.

Gli approfondimenti e le indicazioni degli studi teorici sono probabilmente ancora frenati dal fatto che il modo di declinare questi principi non può essere univoco e che pertanto diverse sono le opzioni di politica sociale in campo. Ma probabilmente influisce negativamente anche la mancanza di una forte e ampia pressione sociale.

Al di là dell'indubbia difficoltà a studiare il problema e a intervenire su di esso, sui ritardi degli studi probabilmente agiscono le "convenienze", più o meno implicite, di tutti i principali attori in campo: le famiglie, che a prezzi contenuti, potevano e ancora oggi possono avere, praticamente a tempo pieno, un rilevante apporto di assistenza e di cura; le badanti, che potevano e possono trovare subito lavoro e alloggio in Italia e spesso, con il lavoro in nero, monetizzare maggiormente la loro prestazione; i servizi pubblici, che potevano e possono permettersi di deresponsabilizzarsi da nuovi e gravosi impegni economici e operativi, così come da compiti di appoggio e di controllo...

Ma l'equilibrio realizzato da queste reciproche convenienze appare oggi sempre più in difficoltà, in quanto si basa eminentemente sull'incontro di due grandi "debolezze", quella dell'anziano in difficoltà e quella della lavoratrice straniera, sola e spesso priva delle essenziali tutele. Lasciare tutto o quasi sulle spalle della badante e dell'anziano e, quando è veramente attiva, della sua famiglia, apre a tanti inevitabili rischi, legati in primo luogo alle ricadute negative sulla qualità sia del lavoro sia dell'assistenza, e in secondo luogo al prevedibile inaridimento della disponibilità di queste lavoratrici, non fosse altro perché molte di loro, appena possibile, trovano e troveranno sempre più conveniente svolgere un'altra occupazione, magari ancora di bassa qualità, ma sicuramente meno impegnativa.

Occorre infine considerare che la tematica delle badanti prospetta ulteriori motivi di interesse in quanto riguarda una complessa e originale problematica: la situazione sociale e di vita di queste lavoratrici, le loro relazioni e condizioni psico-fisiche ed esistenziali, le loro attese e prospettive. Non mancano comunque anche in questo caso alcuni utili stimoli da ricerche che applicano un approccio di genere all'analisi del fenomeno migratorio.

## 2. *Un nuovo tipo di migrazione*

In grande maggioranza, le badanti sono donne che arrivano da ex Repubbliche sovietiche o da ex regimi comunisti. A questo proposito, utilizzando le informazioni di una ricerca empirica presentata al Convegno della Diocesi di Mantova, le cause di questa migrazione si possono così sintetizzare.<sup>13</sup>

Il crollo repentino delle strutture socio-economiche dei paesi dell'Est – nessuna delle donne arrivate qui prima era casalinga o disoccupata – fa mancare la base assistenziale e di socializzazione legata alla fabbrica (mense, asili nido, scuole materne, ambulatori...): viene pertanto smantellato sia il sistema del lavoro sia il sistema dei servizi (perdono lavoro i mariti operai ma anche le donne impiegate come cuoche, maestre d'asilo, infermiere...). Anche se spesso si stava male all'epoca dei regimi comunisti, ora si deve parlare di un vero e proprio dramma soprattutto per le generazioni che nel dopoguerra si sono trasferite in città e si ritrovano incapaci di sussistenza, mentre è sotto certi aspetti più facile la vita per la popolazione rimasta in campagna. Vengono da noi donne dotate di buone qualifiche professionali nel lavoro sociale ed anche diplomate, insegnanti, laureate, perfino in medicina... Qui anche quelle che erano infermiere, maestre, professoresse (perfino universitarie), biologhe e dottoresse guadagnano molto, ma molto di più che a svolgere la loro professione in Ucraina o in Romania.

Ma pesa ancor più il crollo di un intero mondo sociale, per cui non è improprio parlare di “vuoto etico” lasciato da un regime che aveva fatto dello stato l'unica fonte della morale e del sistema di protezione sociale. Il sistema che ha sostituito il precedente presenta aspetti molto problematici, e da svariati punti di vista. “Le testimonianze di prepotenza, di corruzione che riportano le donne intervistate, la loro ‘stanchezza’ davanti ad una situazione che non promette di migliorare, lo smarrimento derivato da questo repentino crollo di tutte le sicurezze, fa comprendere, forse, anche quegli atteggiamenti scarsamente solidali che si ritrovano a volte anche tra donne immigrate. Molte, tra l'altro, lamentano che negli ultimi anni era stata depauperata la loro vita sociale (*“non si andava nelle case di quelli che avevano bambini perché non avevano niente da dare loro, e così anche non invitavamo più gli amici”*)”.<sup>14</sup>

Nasce impellente la necessità di trovare lavoro per sostenere la famiglia. Si tratta di una emigrazione molto anomala: nascendo dal tracollo di uno stato molto strutturato e

---

<sup>13</sup> Cfr. A. Casella, *Introduzione, Donne invisibili*, Atti del Convegno della Diocesi di Mantova, 2002, pp. 2-8.

<sup>14</sup> Ivi, p. 5

investendo persone non più giovanissime, assume i caratteri, come loro stesse dicono, di un “esilio” (il termine più ricorrente nelle interviste e nei colloqui è comunque “*sacrificio*”). A differenza della migrazione di tipo classico, questo è lo spostamento di un membro della famiglia al fine di reperire mezzi economici per far fronte alle esigenze della famiglia rimasta in patria, quindi per far fronte ad un tracollo economico recente che diventa dramma soprattutto se si somma a problemi specifici (un parente malato, il marito alcolista, i figli da mandare a scuola,...). Il membro della famiglia che si sposta è quello che in questo momento ha migliori possibilità di trovare lavoro: la donna. E’ un lavoro selezionato al femminile, che le donne avevano continuato a fare in famiglia anche quando molte di loro lavoravano in fabbrica o nei servizi sociali a essa collegati.

Sanno sostanzialmente solo che un certo mondo “ha bisogno di donne che curino gli anziani”: delle possibilità occupazionali nei paesi occidentali, conoscono solo questa, che corrisponde alle loro immediate e rilevanti esigenze, offrendo subito retribuzioni per loro notevoli, ospitalità completa nelle case dove vanno a lavorare; un lavoro, infine, che può essere svolto per un periodo o per periodi a termine.

Riguardo alla tipologia, si può parlare di una migrazione d’urgenza, ma non progettata a caso: il trasferimento è stato deciso insieme, in famiglia. Si impegna una certa somma di denaro per il viaggio (di solito, per una gita “turistica” in Italia o in un altro paese europeo) e poi si rimane in Italia, fidando anche delle conoscenze che si hanno e che riguardano, di regola, donne già impiegate nel lavoro di badantato. Al momento della partenza, non coltivano la prospettiva, se non in pochi casi, di restare in Italia; in seguito, per una parte di loro il ricongiungimento familiare non è escluso, ma si sa che non potrà avvenire entro tempi brevi. “*Quanto pensate di restare in Italia?*” - “*Finché avremo pazienza*”.<sup>15</sup>

Di conseguenza, non emergono interessi per l’area di approdo e programmazioni per il tipo di mansioni da svolgere, al di fuori del fatto di “*trovare qualcosa da fare*”. Si tratta di un dislocamento che nasce su conoscenze molto scarse e assolutamente imprecise dell’Italia: si sa ciò che dicono gli amici già arrivati qui, cioè che c’è bisogno di chi assista i familiari anziani. Ma questa informazione non dice nulla sulla “qualità” del lavoro e della vita che poi saranno costrette a fare. Il Convegno della Diocesi mantovana ha pertanto proposto un *primo impegno*: progettare gemellaggi con associazioni ecclesiali in loco, che informino le donne sulla reale situazione che troveranno in Italia. Se immigrazione deve esserci, che almeno sia fatta con maggiore cognizione di causa.

---

<sup>15</sup> Le interviste sono presentate negli Atti del già citato Convegno *Donne invisibili*, della Diocesi di Mantova.

Si tratta di un obiettivo ancora valido anche dopo la legge sull'immigrazione, in quanto si sta ricostruendo un'ampia presenza di lavoratrici prive di permesso di soggiorno e di regolare contratto di lavoro. Se al bassissimo livello dell'investimento emotivo sul progetto migratorio, che pure è una componente non secondaria di ogni migrazione, aggiungiamo la bassissima coscienza delle effettive condizioni di lavoro e di vita che si prospettano, possiamo immediatamente intuire *quanto costi* a queste donne, anche in termini di depressione psicologica, la loro permanenza in Italia

C'era e ancora c'è il complicato aspetto della clandestinità e della complessiva situazione di "irregolarità", che la nuova legge sull'immigrazione non ha certo di superato. Ancora oggi, il percorso comincia in patria, con la predisposizione del progetto, la ricerca del denaro per attuarlo, il collegamento con le persone e i gruppi che possono favorirlo... A questo proposito, occorre distinguere due situazioni: quella delle famiglie che hanno un piccolo gruzzolo da investire nel progetto (lo impiegano nella classica gita turistica...), quella delle famiglie che debbono rivolgersi al prestito, entrando così in contatto con la mafia dei clandestini. Nell'uno e nell'altro caso, il fatto di non ricorrere agli uffici pubblici è dovuto sia alla loro corruzione ("*chiedono sempre soldi*") sia alle rigidità delle leggi sull'espatrio (nel caso di alcuni paesi, compreso il nostro, ancor oggi, è praticamente impossibile arrivare in Italia per vie regolari) e sull'ingresso (i paesi meno rigidi, o secondo alcuni più corruttibili, sono Grecia e Portogallo).

Il cammino delle donne che si sono rivolte alla mafia per avere i prestiti fa sì che si trovino nell'impossibilità di gestirsi: devono per forza arrivare in Italia, altrimenti è la loro famiglia a rischiare. Per la dimensione del fenomeno, i flussi si articolano in tanti rivoli e un certo numero di immigrate possono non essere soggette a ulteriori carichi di spesa; ma sul percorso, poi, molte di loro sono in balia delle organizzazioni che hanno gestito la partenza (a quanto pare ramificata e con rapporti di complicità anche con la polizia locale e gruppi illegali e criminali europei dell'occidente), che possono continuare a chiedere soldi. Ma anche quelle che non sono passate attraverso le organizzazioni criminali, una volta in Italia hanno di fronte due possibilità: rivolgersi agli amici (gli stessi che, magari, hanno indicato la città) o alle organizzazioni clandestine locali dei taglieggiatori che chiedono soldi per far assumere (complici spesso agenzie italiane). Se è assai difficile contrastare la mafia dei clandestini, parrebbe più agevole battere la rete locale clandestina, che procura lavoro alle donne, ma che anche organizza in seguito molti aspetti della loro vita, compresa la spedizione dei pacchi in patria.

Questa difficile condizione sembrerebbe confermata anche per le nuove arrivate, anche se si sono attenuati gli aspetti negativi per un più incisivo impegno delle istituzioni e di realtà come i “Centri d’ascolto” della Caritas, che però possono attirare solo una certa percentuale di donne, soprattutto quelle che si trovano nelle città.

Altre informazioni, che fanno riferimento soprattutto a ricerche empiriche e ad analisi fornite dal mondo ecclesiale, confermano le precedenti rilevazioni.<sup>16</sup>

Da una ricerca della Caritas nel Nord-est, sappiamo che vengono in maggioranza dall’est europeo; sono coniugate (due su tre), ma in pochissimi casi vivono coi loro famigliari; molte hanno figli, che sono rimasti in patria. Alloggiano soprattutto presso le famiglie dove lavorano oppure insieme ad altre persone in stanze d’affitto o in una residenza collettiva. Circa la metà supera i quaranta anni; folto è il numero delle ultracinquantenni; e non mancano anche ultrasessantenni.

Nei centri Caritas, la maggioranza cerca il primo lavoro, anche perché è senza permesso di soggiorno: un certo numero, invece, vuole cambiare famiglia, ma in questo caso in genere le badanti hanno già attivato una rete locale di conoscenze e di riferimenti per fare da sole. Nella maggior parte dei casi, le strategie migratorie non sono volte alla stabilizzazione e non prevedono il ricongiungimento familiare. Molte rimangono in Italia per periodi brevi, altre, sommano più periodi brevi, ritornando periodicamente. L’obiettivo più diffuso resta quello di guadagnare per affrontare le emergenze familiari oppure per offrire ai figli un avvenire diverso (come frequentare l’università, sposarsi bene, ecc.).

Dopo la legge sull’immigrazione e la regolarizzazione della presenza in Italia, una certa percentuale della badanti, in modo lento ma ininterrotto, lascia questo lavoro per dedicarsi al colferaggio o ad altre occupazioni (anche stagionali) meno logoranti e impegnative. Le immigrate che rimangono sono soprattutto giovani, oppure vedove o divorziate che non hanno o sentono il bisogno di allevare figli piccoli. La progettazione del ricongiungimento familiare è ancora, nei fatti e nelle intenzioni, un evento di ridotte proporzioni.

In una certa misura è comunque mutata la progettazione per il futuro. La provvisorietà, tipica della fase iniziale e della predominanza della nostalgia, lascia spazio in molte di loro a un futuro aperto a più soluzioni, anche se dai confini ancora incerti e nebulosi. Si comincia a individuare mete, si evocano nuove ragioni per protrarre la permanenza nel nostro paese, delineando in certi casi anche intenzioni per il ricongiungimento familiare. Non più “*tornerò*

---

<sup>16</sup> Cfr. A. Castegnaro, *La rivoluzione occulta nell’assistenza degli anziani: le aiutanti domiciliari*, “Studi Zancan” cit. pp. 11-33, e Id., *Garantire sempre gli affetti*, in “Famiglia oggi”, 12, 2002, pp. 14-21.

*a casa appena scaduto il permesso turistico*”, ma *“resterò fino a quando...”*. Una strategia che anche nel presente trova nell’andirivieni dalla patria all’Italia, rinnovando i permessi turistici, una modalità congeniale.

Questa situazione, malgrado la recente crescita delle regolarizzazioni della presenza in Italia e del rapporto di lavoro, così come l’emergere di misure di protezione da parte delle istituzioni locali, è in ultima analisi destinata a protrarsi nel tempo. In alcuni momenti, come sta avendo attualmente avvenendo in alcune delle zone più tradizionalmente investite da questi flussi (come il Venero), la richiesta può essere debole. Ma il lavoro di badantato in Italia non manca, ed è destinato a crescere.

## **Capitolo secondo**

### **Il pericolo di una doppia discriminazione**

#### ***1. Come straniera***

Perché ci si rivolge alle straniere? Per l'abitudine ultradecennale di utilizzare le donne straniere per i lavori in casa; per i minori costi; per la possibilità di un impiego più flessibile, dato che, oltre all'assistenza specifica dell'anziano, spesso fanno le colf a tempo pieno. Inoltre perché, anche se non mancano, com'è ovvio, casi di abusi, di trascuratezza, di furti, di abbandoni repentini e traumatici, queste lavoratrici in genere interpretano il loro ruolo in modo positivo: le interviste fatte agli anziani assistiti in gran parte riconoscono alle badanti competenza relazionale e capacità di assistenza, e altri caratteri ritenuti favorevoli come l'essere bianche (le africane sono in massima parte impiegate nelle cooperative e agenzie di pulizia), avere (spesso, ma non sempre) una cultura domestica, del cucinare e della cura non troppo distante, anche se non proprio analoga, alla nostra.

Queste straniere, in buona sostanza, "si accontentano", anche se in parte, dopo un certo periodo di tempo, aspirano a un altro tipo di lavoro, conseguenza del fatto che questo incarico è pesantissimo, occupa in modo quasi totale energie e tempo: ciò rende praticamente impensabile che si possa svolgere questa mansione, soprattutto a queste condizioni, per molti anni. Inoltre per i nostri parametri il salario, anche nel caso di avvenuta regolarizzazione del rapporto di lavoro, non è alto, ma, sommato al vantaggio di godere di vitto e alloggio, permette di accumulare cifre che, rispetto alle condizioni salariali e al livello di ricchezza dei loro paesi, è assai rilevante.

"La percezione soggettiva della situazione di queste lavoratrici può differire dalla loro collocazione strutturale. Per molte donne dell'Est o del Sud del mondo, occupazioni che a noi appaiono insoddisfacenti, perché connotate da uno stigma di subordinazione, possono essere viste come una sorta di emancipazione. Il loro termine di confronto non è (ancora) la condizione delle donne occidentali, ma la povertà e l'arretratezza del contesto da cui provengono, la ben più grave soggezione a rapporti patriarcali, la mancanza di risorse per concepire una vita più autonoma.

L'indipendenza economica derivante dai salari che percepiscono diventa così una forma primordiale ma essenziale di promozione sociale. La possibilità di provvedere alla famiglia, di fare regali costosi, di incoraggiare l'arrivo di parenti ne eleva lo *status* sociale nella famiglia di origine. Se attuano un ricongiungimento familiare, questo avviene a ruoli

invertiti, e le donne diventano le vere capofamiglia. Se lasciano i figli in patria, pagando un dazio molto doloroso sul piano affettivo, riversano su di loro l'ambizione a una vita migliore avviandoli agli studi in una scuola d'*élite*".<sup>17</sup>

Quello che è certo, poi, è che la mansione "ha ancora e in pieno i caratteri del lavoro *servile*"<sup>18</sup>, e non solo perché il contratto di lavoro resta quello delle colf, ma in quanto anche con la "sanatoria" e il permesso di soggiorno, l'orario resta ancora quasi "totale", salvo la possibilità non sempre concessa o praticabile, di usufruire di un giorno di permesso la settimana.

Le difficoltà non dipendono solo dal fatto che sono straniere, ma anche dalla oggettiva difficoltà a inserire qualcuno in una famiglia, che costringe a riorganizzare spazi, orari, abitudini, comportamenti. L'anziano soprattutto è sovente molto possessivo e subordina alle sue esigenze quelle della badante. In certe situazioni, si predetermina o si limita l'uso della televisione, e si arriva in certi casi a rimproverarle se vanno a messa, che tra l'altro è sovente una delle poche occasioni di socializzazione. Capita spesso che debbano stare sveglie tutta la notte oppure di dover seguire anziani fragili o disturbati mentalmente: una tensione spesso durissima. E nel caso delle clandestine, la "fuga" è difficile ("*Se mi mandano fuori da questa casa, dove vado? Torno all'agenzia clandestina, che comunque mi richiederà soldi?*"), anche se il problema del ricorrente *turnover* rappresenta una costante critica molto diffusa, sia perché la badante lascia il posto di lavoro, sia perché il variare delle esigenze dell'anziano e della sua famiglia non rendono più necessario, magari solo in alcuni periodi, il suo apporto.

Ma l'aspetto più problematico delle badanti va ritrovato nello specifico del loro lavoro: occupandosi di anziani che, a volte, sono in cattiva condizione di salute fisica e, non raramente, mentale, devono offrire un'assistenza paziente, continua, snervante. Si tratta di un lavoro svolto in piena o parziale solitudine, con debole potere contrattuale, in condizione, a volte, di depressione psicologica dovuta alla lontananza e all'impossibilità di confrontarsi con persone che facciano lo stesso lavoro, e senza neppure il conforto di confidarsi con i propri famigliari, neppure per lettera: devono scrivere sempre che "*tutto va bene*", perché si sa che nel paese d'origine stanno molto peggio.

In buona sostanza, anche per quelle che hanno regolarizzato la loro presenza in Italia, non è mutata in profondità la tipologia dell'impiego; inoltre, è ben lontana la possibilità che

---

<sup>17</sup> M. Ambrosini, *Puntelli stranieri alle famiglie italiane*, in "Famiglia oggi", cit., p. 13.

<sup>18</sup> A. Capelli, *Le strade della servitù di passaggio*, in *Donne invisibili*, cit., p. 40.

vengano, anche parzialmente, riconosciute le qualifiche e le competenze professionali acquisite in patria.<sup>19</sup>

La totale disponibilità che in genere viene loro richiesta, non dipende solo dalla disparità di potere contrattuale fra il datore di lavoro e il dipendente, specie se è in condizione di clandestinità, ma anche dalla carenza, in molti casi, di quelle premesse che devono (o che comunque dovrebbero) sempre configurare il rapporto di lavoro: al di là delle regolazioni delle leggi dello stato, esso infatti richiede comunque una base di reciprocità e di rispetto dei diritti dell'altro. In questo caso, quando ciò non avviene, sembrano agire anche forti pregiudizi etnici e di genere.

Dal punto di vista del lavoro, si è parlato di “*doppia discriminazione*” nei loro confronti, come donne e come immigrate.

“Sono relegate in una nicchia dequalificata del mercato del lavoro, associata ad un’immagine sociale, quella della ‘domestica’, del ‘personale di servizio’, che richiama una marcata subordinazione sociale, tipica delle differenze di *status* delle società tradizionali. Le prestazioni che la società ricevente richiede derivano in ultima analisi semplicemente dalla loro identità femminile, che si presume predisponga positivamente a prendersi cura di persone che si trovano in una condizione di debolezza. Tutto ciò che sanno o sanno fare in più delle normali incombenze ‘femminili’ non ha rilevanza, non è richiesto e neppure tenuto in considerazione”.<sup>20</sup>

Il loro rapporto, oggettivo e soggettivo, con il mercato del lavoro è di conseguenza caratterizzato da un indubbio adattamento verso il basso. La relativa facilità nel trovare occupazione di questo genere, anche (e forse soprattutto) in mancanza di un regolare permesso di soggiorno, ha però come contrappunto una drammatica e perdurante difficoltà a uscirne per inserirsi in un’attività più qualificata. Ne derivano almeno due conseguenze.

“La prima è la saldatura tra stereotipo etnico e uno di genere: nel linguaggio parlato, come un tempo si diceva ‘la donna’ per indicare la collaboratrice familiare, oggi nelle grandi città si dice ‘la filippina’. Una serie di assunti circa le attitudini di certe popolazioni a occupare posizioni di servizio corrobora questi modi di vedere le donne immigrate: si attribuiscono loro, sulla base del semplice connotato ‘etnico’ della provenienza da determinati Paesi, attributi di gentilezza, amabilità, che le renderebbero particolarmente adatte a rivestire certi ruoli (naturalmente subalterni).”<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Cfr. P. Toniolo Piva, *Anziani accuditi da donne straniere*, in “Animazione Sociale”, 5, 2002, pp. 72-77.

<sup>20</sup> M. Ambrosini, *Puntelli stranieri alle famiglie italiane*, in “Famiglia oggi”, cit., p. 11.

<sup>21</sup> Ivi, p. 12.

La seconda conseguenza investe le scelte e le prospettive delle donne immigrate: le loro aspirazioni di promozione sono inibite. Con il tempo, sembra verificarsi, persino per le nazionalità da anni inserite in questa nicchia occupazionale, una sorta di adattamento al ribasso, e sempre più arrivano persone più giovani, meno istruite, consapevoli di avere di fronte un destino da collaboratrice familiare o da assistente familiare.

La possibilità di un mantenimento d'equilibrio funzionale tra la nostra domanda di attività di cura e la disponibilità delle donne immigrate a soddisfarla, riposa in grande misura proprio su questa diversa percezione dello *status* di collaboratrice familiare: attività subalterna e sempre più rifiutata dalle donne italiane, via di emancipazione per le donne immigrate.

Ma questo pone il problema dell'equità sociale di un assetto del genere, dello spreco di capitale umano che comporta, delle conseguenze di lungo termine che produrrà, e specialmente dell'ingiustizia silenziosamente commessa ai danni delle donne straniere più istruite e quindi motivate a cercare sbocchi più qualificati per il loro soggiorno in Italia.

“Nei prossimi anni, le opportunità e i cammini di promozione degli immigrati, oggi accettati nella nostra società in maniera condizionata e subalterna, saranno il banco di prova di un'integrazione effettiva e capace di preparare un futuro più sereno per tutti: per loro, ma anche per noi”.<sup>22</sup>

Non è poi di poco peso, soprattutto in certi casi, il fatto che siano in relazione persone di cultura diversa. Tra l'altro, alcune badanti anche in Italia (mentre in Spagna sono l'assoluta maggioranza) vengono da paesi latino-americani, ma anche per quelle europee il problema della differenza o della distanza culturale e valoriale nel lavoro di cura rispetto alle italiane, andrebbe studiato e declinato meglio.

La situazione vede in buona sostanza donne italiane che lasciano i loro vecchi nelle mani di donne straniere, che a loro volta lasciano i loro figli nelle mani di madri o mariti o parenti lontani. Già questo evoca un'assistenza che non prefigura un qualsiasi mercato del lavoro, ma un'area tutta particolare che richiede non una generica accettazione del debole e del diverso, ma una fiducia calda, aperta all'intimità della casa, del corpo, dei sentimenti nei confronti della sofferenza, della vita e della morte. Fiducia che rimanda a un'intesa su alcuni valori di fondo, che anziano, familiare e assistente mettono implicitamente in comune: la disponibilità a fare il bene dell'altro, anche con margini di sacrificio non contrattualizzabili.

Se questo contenuto morale è presente (o lo dovrebbe essere) in tutti i lavori di cura e di assistenza, qui mostra una caratteristica propria: esso può essere vissuto e riconosciuto senza

---

<sup>22</sup> Ivi, p. 13.

che per questo crescano le conoscenze, gli scambi e le affinità culturali tra assistente e assistito. Spesso le famiglie valorizzano le lavoratrici straniere ma senza necessariamente capire i loro valori culturali e riconoscerne le possibilità di condivisione. Una spia del fenomeno viene dalle ricerche sulla percezione della sicurezza degli italiani. L'idea che l'immigrato sia pericoloso spesso permane anche in chi affida con soddisfazione gli anziani, e spesso anche i bambini, a lavoratrici straniere: la vicinanza condivisa nel quotidiano non sembra sufficiente ad abbassare la distanza percepita nella vita collettiva. Il lavoro di cura tesse legami che non bastano a fondare una consapevolezza sociale.

Paradossalmente, neppure la distanza viene elaborata in modo consapevole: la donna moldava, ucraina, rumena e quella veneziana, milanese, romana, danno vita a un confronto continuo di cultura casalinga, per esempio nel cucinare, nell'uso dei detersivi, negli orari e nei ritmi di lavoro, ma raramente si spingono molto più in là. La relazione familiare non viene esplicitata nella sua varietà di contenuti. Le donne straniere importano dal loro paese altre idee dell'età anziana, del rapporto madre e figlia, della malattia e della morte, idee che non solo non si confrontano, ma addirittura non si dicono. Mentre osservano molto da vicino le nostre famiglie e avrebbero molte cose da dire sulle modalità e i contenuti della stessa cura, questi lavoratori e queste lavoratrici non sono minimamente legittimati a discutere in pubblico l'organizzazione dell'assistenza, a far contare la loro esperienza e la loro visione.

Così, molte donne italiane, molte famiglie, si prodigano per mandare vestiti ai bambini, aiutare a distanza. Ma in che misura questa solidarietà ristretta alla rete personale sta maturando una cultura più aperta, un pensiero sul mondo? Finora le tante esperienze che si incontrano nelle case rimangono in buona sostanza isolate e nascoste, non fanno cultura. Manca ancora la disponibilità e la capacità ad assumere il punto di vista, la lingua, i criteri, il "linguaggio" della donna straniera che lavora presso di noi...

Occorre inoltre considerare la peculiarità di questo fenomeno migratorio (anticipato solo in qualche misura dall'arrivo delle colf straniere): la presenza di queste donne in Italia non è conseguenza della migrazione maschile, com'è ricorrente nella condizione delle immigrate, per le quali "il progetto delle donne non è 'agito' in prima persona (com'è il caso delle lavoratrici domestiche), ma è 'subito', connotato dal punto di vista affettivo e familiare. (...) L'uomo è il 'mediatore' nei confronti dell'esterno, interprete/portavoce della donna anche nei confronti dei servizi di cura, di tutela della maternità, che si trova ad assumere in questo un ruolo mai sperimentato in precedenza".<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> G. Favaro, *Un luogo di incontro e formazione per le donne immigrate*, in "Adulità", 2, 2003, p. 125.

Anche se la loro presenza nel nostro paese si colloca entro ruoli professionali ben definiti, fortemente connotati “per genere” e assai funzionali alla nostra popolazione, la legittimazione della loro presenza in terra straniera non è affidata a progetti legati ai ruoli familiari. Per loro, anche perché provengono da culture e da declinazioni del ruolo femminile ben diverse dalla maggioranza delle migranti musulmane, africane, è certamente il lavoro a essere l’elemento decisivo della loro presenza e della loro identità.

Pur se vivono ancora percorsi di vita sotto molti aspetti paralleli e separati, e se attraversano in maniera fugace e occasionale gli spazi e i territori visibili, pubblici, queste donne hanno delle capacità specifiche da offrire, una peculiare modalità di esprimere la funzione femminile: hanno preso in mano la situazione, esponendosi in prima persona, cambiando radicalmente ambiente di vita perché è in gioco la sopravvivenza, quella dei figli (e quindi del futuro) prima che la propria. Non solo fanno sacrificarsi per le persone a cui sono affettivamente legate, ma anche sono state capaci, forse per la prima volta nella storia, di *cambiare le regole*: quelle delle dinamiche migratorie, in primo luogo; quelle della definizione, della tipologia e del carico delle responsabilità familiari, in secondo luogo. Ripropongono in ultima analisi un motivo esistenziale, sociale, culturale che, pur se permette molte, diverse e anche contrapposte letture, ci dice che (come sempre?) sono soprattutto le donne a reggere la rete del mutuo soccorso.

## ***2. Come donne***

Gli aspetti cruciali della condizione di queste lavoratrici sono molteplici, ma in larga misura dipendono, come si è già fatto cenno, da un presupposto che, anche se di solito resta nascosto, viene inevitabilmente a connotare il loro ruolo e la loro condizione psicologica e professionale. Di fatto, una delle ragioni fondamentali per cui questo lavoro viene loro affidato, è che “sono donne”, e in più donne che, per cultura e visione di vita, hanno in genere accumulato esperienze e competenze adeguate alla nuova mansione nelle loro precedenti esperienze, anche quando, ed è la maggioranza dei casi, svolgevano nel loro paese un lavoro fuori casa.

A caratterizzare ancor più “al femminile” la loro funzione, con tutto il carico positivo e negativo che questo comporta, contribuisce anche il fatto che spesso questa non si esplica “accanto” a un familiare, a un’altra donna, moglie, figlia, parente, ma “al posto di”. Si può dire che, almeno nel ruolo operativo di *caregiver* ma in parecchi casi anche nei vissuti relazionali, la badante “sostituisce” in parte le mogli e le figlie.

Questa situazione crea inevitabilmente forti problematiche, per assistenti e famigliari. Chi vive giorno per giorno con l'anziano, non è più il/la famigliare, ma l'assistente stipendiata: il parente, la figlia si sente sostituita da un'altra (andrebbe anche qui meglio studiata la conseguenza sul piano umano e relazionale di questa situazione, con tutte le dinamiche, consce e inconsce, che essa evoca: paure, ansie, gelosie, sensi di colpa...), mentre l'assistente si trova nei panni di un quasi-parente: condivide intimità, è chiamato a sentire e patire la vicinanza. La dinamica triangolare richiede un'accorta gestione emotiva, basata sulla solidarietà, ma anche sulla chiarezza dei rispettivi ruoli. Mentre il famigliare può elaborare questi vissuti con altri famigliari e amici, al lavoratore nella maggioranza dei casi manca una sede riflessiva, uno spazio per rivisitare e maturare i sentimenti che nascono durante il rapporto di lavoro.

Nel senso comune è diffusa l'idea che ricevere cura da familiari o estranei rende diversa la motivazione, la modalità, la distribuzione del potere e del controllo, ma non il *contenuto* della cura. Si ritiene che il suo fondamento sia affidato in definitiva alle attitudini e alle esperienze femminili. Pertanto, curare un parente o un estraneo richiede capacità, competenze e abilità del tutto simili, pur assumendo un significato diverso.

Queste donne sostituiscono i famigliari, dunque, ma senza il potere, lo stimolo affettivo e le motivazioni delle figure parentali. Il che, già a una prima lettura, apre una complessa problematica psicologica e professionale, sulla quale, per quanto si ha modo di sapere, non si è ancora indagato in modo approfondito da parte degli studi scientifici.

Il fatto che manchino ancora adeguate definizioni del lavoro di assistenza familiare, non dipende solo dall'oggettiva difficoltà a individuare in modo sufficientemente ampio e flessibile ma non confuso i suoi contenuti complessivi (se non si vuole declinarli solo in termini di prestazioni "esteriori" e routinarie di accudimento), ma anche da altri di motivi: la difficoltà a qualificare (e a valorizzare) sia le competenze relazionali, psicologiche, culturali sia quelle "specialistiche" dispiegate da molte badanti. Tutte difficoltà che hanno indubbiamente e profondamente influssi negativi sull'essere donna e insieme sull'essere operatrice qualificata.

Il fattore della competenza professionale, se va indubbiamente valorizzato in generale e, per un certo numero di loro, riconosciuto con attribuzioni contrattuali specifiche, non deve però essere posto in alternativa a quello della capacità di cura e di assistenza maturato da queste lavoratrici nella loro esperienza di vita quotidiana. Negli incontri con chi, a vari livelli e da più punti di vista, segue da vicino e direttamente queste esperienze, viene spesso l'invito a "non voler professionalizzare troppo" il compito delle assistenti familiari, e ciò anche

quando, come capita sovente, si occupano di un anziano affetto da Alzheimer. Anche in coloro che, come nel caso dei medici, non sottovalutano la necessità che questo lavoro di cura sia competente e qualificato, resta forte la convinzione che decisiva deve essere la base umana, l'esperienza, la disponibilità e la capacità di relazione.

Inoltre, spesso la richiesta eccessiva di competenze professionali risponde, anche solo implicitamente, alla considerazione di queste figure come "panacea" di un'enorme gamma di bisogni esistenziali: in altre parole, con un modesto salario e un enorme carico di lavoro, si chiede (si spera) di risolvere tanto i normali problemi di accudimento quanto quelli legati a situazioni di disabilità forte, di malattia grave, di sofferenza mentale... La competenza professionale va valorizzata e accresciuta, ma in un quadro di mansioni che, per quanto complesse e ricche, non sono confondibili con quello dell'infermiera, della fisioterapista... La funzione di questa figura va infatti sempre rapportata a quelle di un ampio quadro di apporti professionali.

In ogni modo, doti umane, esperienza, competenze professionali devono integrarsi. Non è comunque facile stabilire come e con quale interazioni di abilità "professionali" e "umane" differenti vada ripensato il lavoro di cura di queste donne lavoratrici. Non basta solo "essere donna", così come non è sufficiente essere in grado di eseguire tecnicamente le mansioni previste dal rapporto di assistenza.

Occorre in primo luogo sciogliere quell'equivoco (che spesso viene coltivato in quanto si hanno molte convenienze egoistiche per farlo) che ritiene il lavoro di cura familiare facile, banale. Invece, richiede disponibilità, empatia, comunicazione, adattabilità, iniziativa, costanza nella routine, rapidità decisionale negli imprevisti, capacità di socializzare, di mediare i conflitti, di stimolare fiducia, di gestire il doppio impegno verso il cliente (l'anziano) e verso il datore di lavoro (parente). Paradossalmente, si tratta di competenze "pregiate" a cui viene data molta importanza nel terziario avanzato, mentre nel lavoro di cura privato sono svalutate, attribuite al fatto che per proprietà naturali o etniche sarebbero maggiormente predisposte a *pazienza, umiltà, servizio*.<sup>24</sup>

Il fatto che il lavoro venga svolto in casa diversifica, ma non alleggerisce la pesantezza del suo carico emotivo e psicologico. Dividere una quotidianità differente da quella alla quale si è abituati (e questo vale anche per gli anziani, fragili e spesso non disponibili al cambiamento), il dover sostenere questa relazione per tutta la giornata, come una persona di famiglia, ma senza avere alcuna possibilità di poter interferire nelle questioni gestionali: si

---

<sup>24</sup> Cfr. P. Toniolo Piva, *Partire dalle famiglie per riorganizzare i servizi pubblici*, in "Animazione Sociale", 12, 2003, p. 19.

tratta di una questione importante, perché come organizzare le faccende domestiche, fare pulizia, cucinare, regolare gli orari, ricevere gli ospiti non sono atti neutri, insignificanti ma fortemente culturali. E' esperienza comune il constatare che la quotidianità di una famiglia di diversa provenienza ha molto a che fare con le sue visioni, le sue conoscenze culturali e le sue esperienze (ma discorsi simili debbono essere fatti a proposito del lavoro di cura in generale).

Ora, nel lavoro delle badanti queste dimensioni si danno per scontate, col risultato di non riuscire a comprendere la frustrazione di donne che, di fronte a un lavoro difficile e delicato, non hanno modo di rileggere e di rielaborare la loro esperienza che è psicologica e culturale insieme, e anzi si ritrovano a non avere spesso alcuna autonomia né nella gestione della casa né nella sfera personale (e le cose peggiorano ulteriormente quando si è clandestine, senza poteri contrattuali, senza difese...).

Questo punto di vista porta le stesse badanti a coltivare *un'idea riduttiva del lavoro*. Le badanti sanno di essere utili, anzi indispensabili per le donne italiane, ma rispetto al mercato del lavoro si sentono in scacco, perché in ultima analisi non vedono riconoscere e neppure loro riconoscono valore professionale all'esperienza. Anche quando sono dotate di buone competenze precedenti, che, passando da un anziano all'altro, hanno incrementate, questo non conduce alla percezione di sé come "lavoratrice professionale". "Il badantato non lascia traccia nel curriculum della badante; ai suoi e ai nostri occhi accumula ben poco di spendibile nel mercato del lavoro più ampio: si conferma l'idea che il lavoro di cura è pura *servitù*, da cui si può uscire solo andando altrove e ricominciando da capo. Il rapido *turnover* nelle donne migranti nelle nostre case, se non viene gestito in modo diverso, diventa spreco non solo per loro, ma anche per la collettività, soprattutto se sono le lavoratrici più competenti che abbandonano per prime il settore di cura, privando il territorio di risorse umane preziose".<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Ivi, p. 20.

## **Capitolo terzo**

### **La relazione nel lavoro di cura e i compiti delle politiche locali**

#### ***1. Gli ambivalenti aspetti dell'accudimento***

Gli aspetti critici relativi alle dirette relazioni fra tutti i principali soggetti coinvolti - donne straniere, anziano, familiari - sono molteplici e destinati, senza un'adeguata elaborazione e progettazione sociale, a permanere nel tempo.

Le difficoltà più immediate riguardano la comunicazione interpersonale, a partire dalla *differenza linguistica*. La possibilità di inviare e ricevere messaggi è, ovviamente, elemento imprescindibile per chi vive in una famiglia e assiste persone fragili, in quanto deve gestire le molteplici incombenze domestiche, che, anche quando apparentemente semplici, routinarie, costituiscono risposte vitali ai bisogni degli abitanti della casa e sostanziano i rapporti e l'appartenenza a un ambiente condiviso. Ma l'assistente deve spesso gestire situazioni delicate, imprevedibili, perfino momenti di vera e propria emergenza, come chiamare il pronto soccorso, ricevere e inviare messaggi telefonici importanti, avvisare il medico, un operatore sociale, un familiare, un vicino di casa, leggere il foglio illustrativo di una medicina...

La prima competenza che l'assistente familiare deve possedere è, dunque, legata ad una basilare conoscenza della lingua italiana (una delle esperienze di formazione più interessanti, quella del Comune di Arezzo, focalizza soprattutto gli obiettivi legati alla basilare competenza linguistica).

Ma nella complessiva gamma e problematica della comunicazione rientrano, oltre alla lingua, elementi come le abitudini, i concetti di assistenza e le pratiche di cura del corpo, la cultura delle relazioni e delle manifestazioni espressive... L'assistenza e la convivenza esigono inoltre una base comune di codici comunicativi non strettamente affidata alle parole, ma al gesto, alla manifestazione delle emozioni, alla gestione degli spazi, alla concezione della prossimità e del contatto fisico, così cruciale in questo tipo di cura... Assistente e anziano devono realizzare una adeguata condivisione partendo da esperienze, forme di educazione, usanze, concetti assunti in ambienti lontani, spesso molto diversi.

“Capire le parole del quotidiano – funzionali alla vita e ai compiti di tutti i giorni – ma anche acquisire le parole dei ‘chiaroscuri’, dell'affettività, che permettono la comunicazione

con gli altri, l'espressione dei sentimenti e delle emozioni: sono queste le domande e i bisogni più forti espressi da coloro che non conoscono la nostra lingua".<sup>26</sup>

Il processo di acquisizione della nuova lingua si sviluppa in modo diverso soggetto per soggetto, caso per caso, dipendendo dalle motivazioni, dalla cultura posseduta, dal tempo passato in Italia, dalle strategie migratorie, dalle condizioni di vita, dalla quantità e qualità degli scambi comunicativi, di ciascuna di queste donne.

Oltre agli stimoli della vita quotidiana, anche per queste donne, come avviene per molte immigrate, la televisione rappresenta una fonte privilegiata di *input* linguistico. Ma le badanti, in genere, soltanto in parte sono influenzate dalla televisione, e quindi sono meno esposte al rischio di sviluppare un'interlingua costituita in una certa misura da un bricolage di parole e frasi fatte, con deboli strutture di fondo in grado di guidarle e contenerle. Si tratta di un pericolo molto forte quando si è troppo a lungo costretti a una condizione di ascolto passivo, mentre loro sono in genere immerse in una pratica di una comunicazione linguistica concreta, frutto di interazione reali, in cui si ricevono e si inviano messaggi utili, necessari, funzionali al ruolo e alla convivenza.

Tuttavia, capita che l'interlocuzione con l'assistito, anche per le sue condizioni mentali e psicologiche, sia caratterizzata dalla distanza, dalla chiusura nelle rispettive solitudini e sia molto povera. Povertà che può essere accresciuta da una vita sociale poco viva ed estesa per le carenze di rapporti con familiari e vicinato.

In genere, anziano e badante arrivano a intendersi, anche in quanto spinti da reciproci motivi di convenienza, ma tutto ciò comunque richiede da entrambi impegno, pazienza, disponibilità a superare continui fraintendimenti e a imparare il linguaggio dell'altro. La possibilità di una fondamentale capacità di comunicazione è un requisito indispensabile per stabilire ciò che più conta nella relazione: la fiducia. E' evidente il nesso strettissimo tra la qualità della vita dell'uno e dell'altra; ciascuno deve contribuire a creare benessere, a dare e ricevere fiducia.

Una seconda criticità, meno ricorrente, ma non per questo, quando si manifesta, meno importante, è determinata dal fatto che agli occhi di certi anziani la soluzione appare forzata, per cui si creano dinamiche psicologiche negative. Questi vissuti sono in questo caso assai importanti, dato che riguardano le attese, le richieste, le imposizioni che una persona anziana (spesso non autosufficiente) rivolge al coniuge, ai figli, ai familiari. Non è rara la reazione di frustrazione, di rancore da parte di un padre che si vede costretto, forzato ad accettare in casa

---

<sup>26</sup> G. Favaro, *Un luogo di incontro e formazione per le donne immigrate*, in "Adultità", cit., p. 131.

un'estranea, perché la figlia non lascia il lavoro per assisterlo o non vuole mettere in secondo piano la sua nuova famiglia.

In genere, comunque, gli anziani arrivano a capire la situazione e, spesso, sono proprio loro a sentire il bisogno di non chiedere troppo ai famigliari, di non pesare in modo eccessivo su di loro: il ricorso all'aiuto esterno è quindi ben accettato, se non addirittura sollecitato.

Le ricerche dicono che, anche quando la badante entra nella vita dell'anziano tramite una imposizione dei parenti, in genere costruisce con lui una buona convivenza. Varie ragioni, anche strumentali, spesso cementano un legame affettivo: la compagnia dei figli e nipoti è centellinata, mentre la badante è sempre a disposizione.<sup>27</sup>

Gli elementi più critici della soluzione che si è dovuto adottare riguardano piuttosto il fatto che quasi mai l'anziano ha avuto esperienze precedenti come datore di lavoro. Anche per questo, molti cedono solo in extremis alla soluzione di un lavoratore convivente: accettano di avere un estraneo in casa solo quando si vedono in grandi difficoltà, addirittura cominciano a temere per se stessi. Spetta ai famigliari affrontare con sensibilità il problema, agevolando la badante ad assumersi un ulteriore carico di difficoltà e di responsabilità, a costruire il proprio ruolo su due fronti: conquistare la fiducia dell'anziano, adattarsi alle sue regole, ridurre il senso di estraneità e nello stesso tempo tranquillizzare il familiare stesso.

Ancora un volta, la fiducia è un elemento decisivo. Quando il datore di lavoro è lo stesso anziano, specie se è particolarmente debole, trova enormi difficoltà a verificare le cose. Il familiare responsabile, anche quando vive nella stessa casa o nelle vicinanze, durante la giornata è spesso assente. Diviene così ancora più difficile l'esercizio di quella indispensabile funzione di collaborazione e anche di controllo sulla qualità dell'assistenza e delle relazioni fra badante e assistito.

I problemi aumentano quando a controllare è un familiare che vive altrove. Bisogna fidarsi dell'assistente: la fiducia diviene un fattore ancor più decisivo, per compensare la debolezza del controllo "a vista". Per fortuna, in genere queste donne, anche perché portatrici di una cultura della cura e dell'assistenza di tipo "tradizionale", fanno bene il loro lavoro, ma occorrerà individuare misure e correttivi perché ci sia un'equilibrata ed efficace consapevolezza dell'esperienza e un prudente ma efficace controllo, anche con l'apporto del servizio sociale pubblico, della reale situazione.

Nelle relazioni fra assistente e familiare gioca spesso, anche se agisce a livello nascosto, la dinamica dello *scambio di ruolo*: il parente si sente sostituito da un altro, mentre l'assistente si

---

<sup>27</sup> Cfr. P. Toniolo Piva, *Partire dalle famiglie per riorganizzare i servizi pubblici*, in "Animazione Sociale", cit., p. 20.

trova nei panni di un quasi-parente. Questa situazione emotiva riguarda soprattutto la figlia, che per varie ragioni può dover fronteggiare vissuti di gelosia, sensi di colpa, ma anche può agire comportamenti di delega e di scarico di responsabilità...

Come avviene spesso quando la moglie, la figlia, la sorella delegano ad altri, ad altre, la cura di coloro che sono più preziosi e più vicini, è difficile conciliare vissuti diversi e contrastanti. Si sente che, nel mentre si libera certamente il tempo per sé, forse si rischia anche di impoverire il proprio tempo, di renderlo più asettico, più povero.

Appare inoltre fondamentale trovare nuove forme di reciprocità, costruire forme inedite di *alleanza* nella cura, che prevedano migliori collaborazioni e condivisioni, interscambiabilità di ruoli.

Altri aspetti critici, tali da interferire direttamente in tutte le problematiche appena messe in evidenza, dipendono in modo rilevante dal *carattere di transito* delle lavoratrici e dall'*alta flessibilità del lavoro*.

Nella maggioranza dei casi, la straniera accetta orari lunghi e/o la convivenza con l'anziano solo per un periodo breve. L'aspetto salariale assume una rilevanza prioritaria, che permette all'immigrata di sopportare un lavoro logorante e pure molti soprusi, ma in genere vuole tornare al suo paese o, se vuole restare, appena avuto il permesso di soggiorno e ha accumulato i soldi necessari per farsi la casa, vuole trovare un altro tipo di occupazione, in genere ancora di basso livello, ma meno totalizzante. Da qui, da parte dell'offerta, il più volte ricordato aspetto negativo dell'elevato turnover.

Ma la discontinuità del lavoro viene anche, come si è visto, dalla parte dell'assistito, i cui bisogni, percorsi di salute e eventi (anche cruciali, come la morte), portano molto spesso a interrompere l'assistenza. Così, la precarietà del lavoratore e del datore di lavoro espone entrambi a cambiamenti, numerosi, unilaterali e spesso dolorosi.

Resta sempre poi cruciale la richiesta alle assistenti di corrispondere a un lavoro che per sua natura deve essere altamente flessibile, in modo da dare risposta a continue variazioni di orari, di mansioni, di rapporti, così come a emergenze di varia natura. Per esempio, se l'assistito ne ha bisogno, occorre dilatare la quantità e il tempo di lavoro, magari posticipando la giornata di libertà o di festività e così via.

Infine, nella relazione assistito-assistente gioca un ruolo critico la difficoltà del *collegamento con gli aiuti professionali*. Molto spesso attorno all'anziano ruotano con diversa frequenza e alternanza varie figure professionali: medico di base, infermiere, terapeuta, assistente sociale, operatore domiciliare. Possono essere coordinate da uno o più famigliari, ma molto spesso è l'assistente a trovarsi in casa quando passa il medico o l'operatore dominante;

ed è anche l'assistente che, nei momenti di emergenza, deve vagliare tipologia e gravità del malessere e, se il caso, chiamare l'aiuto specifico.

Il "bricolage" assistenziale che spesso caratterizza la cura dell'anziano, oltre a rendere difficile la definizione dei contenuti del lavoro dell'assistente familiare, può aumentare il suo senso di insicurezza per la carenza (o l'eccesso) di riferimenti in merito alle responsabilità da assumere, ai servizi, alle procedure e alla aspettative che da un lato i famigliari dall'altro gli addetti professionali hanno nei suoi confronti, esponendola a critiche e a tensioni.

"E' abbastanza chiaro che, se molte esperienze di rapporto tra le emigrate e le famiglie italiane sono risultate reciprocamente positive e arricchenti, le differenze di lingua, di cultura, la mancanza di una formazione specifica da un lato, la separazione dagli altri servizi dall'altro, pesano e possono essere un grave ostacolo".<sup>28</sup>

In generale ma soprattutto in questo campo, nel nostro paese è debole la capacità di progettare e di fornire prestazioni tra di loro coordinate, così da creare solide connessioni tra le risorse assistenziali coinvolte: assistenti a pagamento, risorse informali, servizi pubblici. "Il basso livello di regolazione istituzionale del *care* privato è anche testimoniato dall'assenza di definizioni in ordine al contenuto del lavoro di cura, ai compiti da svolgere e alla professionalità richiesta a chi offre cura privata a pagamento".<sup>29</sup>

Ne consegue pertanto la necessità di un rinnovamento profondo della "logica", della progettualità complessiva delle politiche socio-sanitarie e delle prestazioni dei diversi servizi, che spesso si ignorano o si connettono solo a livello di pura facciata. L'assenza o la carenza di effettive relazioni sul piano operativo trova corrispondenza anche nel vuoto di progettazioni che riguardino lo sviluppo dei servizi pubblici nella direzione delle forme di assistenza privata. Sono rari i casi in cui i servizi si sono posti il problema di rilevare la presenza di assistenti privati per gli anziani e di prevedere possibili relazioni con i servizi della rete pubblica, secondo una visione d'insieme consapevole e incisiva.

Per fortuna, come già si è detto, le analisi e le ricerche empiriche sono concordi nel definire complessivamente positiva l'esperienza delle assistenti familiari. Ovviamente, trattandosi di un fenomeno che riguarda centinaia di migliaia di situazioni, non mancano segnalazioni di eventi critici o addirittura seriamente problematici sia a danno delle lavoratrici, compresi casi limitati di abusi sessuali, sia a danno degli anziani. Capita che l'assistente sia maltrattata e umiliata, ma anche che sia lei a prevaricare sull'anziano, o perché non sa come rispondere a certe sue necessità o per difetti e durezza di carattere o di moralità. Vi sono alcuni casi di furto, di raggiri,

---

<sup>28</sup> Alessandro Castegnaro, *Garantire sempre gli affetti*, in "Famiglia oggi", cit., p. 21.

<sup>29</sup> B. De Roit, *Il mercato privato dell'assistenza in Italia*, in *Il welfare nascosto*, cit., p. 48.

ed è capitato che qualcuna abbia affittato, alla notte, delle stanze ad altri immigrati approfittando della debolezza dell'anziano.

Malgrado non siano reperibili informazioni sicure e oggettive, quelle disponibili comunque sembrano allontanare preoccupazioni e paure eccessive. In una situazione di comportamenti a rischio potenzialmente molto alta, contrariamente a qualche "sentito dire", i casi-limite o comunque fortemente negativi sembrerebbe essere eccezionali, anche perché c'è il controllo degli altri lavoratori, magari non visibile ma significativo, che sanno quanto il mantenimento del fattore fiducia sia essenziale per l'insieme del settore.

Gli aspetti più problematici, in buona sostanza, riguardano non tanto le situazioni che solitamente si definiscono "critiche", quanto i fattori più legati ai caratteri intrinseci di questo servizio di cura, a partire dalla questione dell'eccessivo *turnover*.

## **2. Superare la solitudine della coppia anziano-badante**

Sviluppando le considerazioni finora svolte, emerge la necessità di far uscire il rapporto di cura svolto in casa, dalla sua chiusura e autoreferenzialità. La tipologia e il peso dei problemi già presenti e di quelli che si annunciano nel prossimo futuro, rischiano di depauperare e di svaloriare risorse di cura di straordinario valore, mettendo in seria e progressiva crisi assistente, anziano, familiari.

Il primo problema riguarda il fatto che la *coppia chiusa* è rischiosa sotto il *profilo contrattuale*. Come assicurare il rispetto di diritti e di doveri, se i contenuti del lavoro sono mal definiti e soprattutto se le inadempienze rimangono invisibili? E, soprattutto, come dare sostanza contrattuale a un rapporto intessuto di accomodamenti continui? Le famiglie italiane, già poco abituate a mettere in regola le colf, resistono maggiormente con le badanti. Prevale, a livello diffuso, la convinzione che una logica contrattuale sia incompatibile con la vita quotidiana e che mettere delle regole rischia di annullare gli aspetti positivi di questa soluzione, a partire da quello che riguarda la possibilità finanziaria della famiglia a sostenerla.<sup>30</sup>

Ponendosi dall'ottica della badante, la specifica problematica dell'immigrazione complica ulteriormente il quadro, dato che, come si è visto, anche la "diversità" (abitudini nell'organizzare la vita quotidiana, visioni dei rapporti familiari e di lavoro, valori, motivazioni, aspettative, idee rispetto alla malattia, alla sofferenza, alla cura...) non diviene quasi mai risorsa, opportunità di crescita da tutte le parti.

---

<sup>30</sup> Cfr. P. Toniolo Piva, *Partire dalle famiglie per riorganizzare i servizi pubblici*, in "Animazione Sociale", cit., p. 19.

L'assistente, che già soffre la lontananza da casa, può essere sospinta nella situazione della "coppia chiusa" per povertà di relazioni, aggravata dal sentirsi invisibile agli abitanti e dal frequentare di fatto solo la cerchia dei connazionali, poche ore la settimana.

L'assistente familiare, inoltre, nella maggioranza dei casi, deve affrontare da sola un lavoro che, anche nel caso che il suo personale coinvolgimento sia basso, comunque presenta sempre un forte carico di tensioni relazionali, vissuti affettivi, gratificazioni e frustrazioni, condividendo in una certa misura il tipo di dinamiche psicologiche e comportamentali della *caregiver* italiana che assiste un suo familiare. Ma questa, oltre ad avere un potenziale diverso di motivazioni, legami relazionali, opzioni decisionali, in genere ha anche una maggiore possibilità di rielaborare vissuti e problemi con altre persone. Invece la badante, in buona sostanza, è ancora sola, silente e invisibile.

Eppure, queste donne straniere riescono in genere ad operare con pazienza e sapienza nel lavoro di cura. Anche per questo, è urgente cercare altre piste di intervento per facilitare la loro vita, agevolare e gratificare, il loro rapporto con gli accuditi.

Ma anche la situazione dell'anziano assistito, nell'eventualità non rara della coppia chiusa, può trovare forti difficoltà. L'anziano che si aggrappa alla badante rischia di perdere legami preziosi, nel suo gruppo familiare come nel suo solito ambiente di vita. Inoltre, se in maggioranza le convivenze sono buone o comunque accettabili, non sono rari, però, i racconti di solitudini a due, ognuno rinchiuso nel proprio pensiero e muto all'altro.

In una situazione chiusa, la qualità dell'assistenza ne risente. Per esempio, la badante si confronta con stati alterati di salute e confusione mentale, in cui l'anziano da un lato diventa intrattabile e dall'altro accusa l'assistente di considerarlo come un bambino. Se la demenza viene percepita come un mero inasprimento del carattere, le tensioni aumentano. Si tratta di un caso tipico, per cui è opportuno che badanti e familiari abbiano una buona formazione e una guida competente, per capire cosa sta vivendo l'anziano e diventare a loro volta più esperti sui comportamenti adeguati.<sup>31</sup>

E' giusto affidare un dialogo così delicato alla sola buona volontà dei soggetti, o non converrebbe accompagnarli con interventi di appoggio e di sostegno di varia natura, anche di tipo culturale?

La prima misura da attuare è quella di mettere a disposizione una "persona terza" nella relazione badante-anziano (soprattutto, ma non solo, quando manca un controllo "a vista"), in grado di svolgere una duplice funzione: osservare ingiustizie, inadempienze, tensioni che

---

<sup>31</sup> Cfr. Ivi, p. 20.

possono verificarsi nel chiuso della mura domestiche e danneggiare sia il datore di lavoro sia la dipendente.

Occorre individuare dei correttivi che introducano degli elementi di appoggio e di controllo discreti, competenti ma non intrusivi, per non ledere la solidarietà che deve instaurarsi tra i soggetti implicati nello scambio: lavoratrici, anziano, familiare non convivente.

Tutto questo mostra quanto ci sia da ancora fare per affrontare, oggi e domani, il problema della chiusura della famiglia in cui opera una lavoratrice straniera. L'elenco degli obiettivi concreti da raggiungere è ampio: trovare il modo di tessere legami solidali tra famiglie italiane e straniere lungo la catena del lavoro di cura; abbassare gli stereotipi culturali; esplicitare gli assunti valoriali impliciti per migliorare la formazione di chi, straniero ma ovviamente anche italiano, si occupa della cura.

Occorrono (in primo luogo per la clandestine) infine luoghi, strutture, occasioni accoglienza per le donne che hanno il giorno libero, assistenza sanitaria, così come opportunità di comunicazione con i propri congiunti e amici in patria.

Soprattutto, è decisivo trovare il modo di offrire loro un forte sostegno psicologico e riconoscimento sociale ed emotivo: un motivo ricorrente che emerge dalle inchieste empiriche riguarda il diffuso stress a cui sono sottoposte queste operatrici (*“Quando torniamo a casa, siamo tutte fuori di testa”*), confermato di recente anche dalle segnalazioni dei medici di base, che sempre più ritrovano patologie psicosomatiche simili a quelle delle donne italiane che si dedicano in modo intensivo alla cura di un loro familiare...<sup>32</sup>

Uscire dalla clandestinità è solo il primo passo: l'obiettivo principale è far sì che il credito conquistato da queste straniere nel delicato e difficile lavoro di cura abbatta gli ancora tanto diffusi stereotipi etnici e culturali e che, togliendo dalla penombra e dal silenzio queste esperienze e risorse ancora troppo “private”, le trasformi a pieno titolo in *capitale sociale*, in fattori propulsivi dell'intero sistema sociale di cura e di assistenza.

E' indubbio che la cellula “anziano-badante-famigliare” già ora produce un grande legame sociale: ma questo *capitale* può crescere o essere soffocato dai vincoli, può entrare in circuito virtuoso nel territorio, o restare chiuso nella cellula che l'ha riprodotto. E' quest'ultimo il pericolo più evidente: specie negli ultimi tempi, da un lato, si è caricata la famiglia di nuovi, importanti, gravosi compiti, dall'altro la si è indotta a restare o a diventare *chiusa, isolata, sola*.

A partire dal tema dalle badanti, siamo in primo luogo chiamati a fare i conti con il complesso groviglio di emozioni, di obblighi morali, di processi di identificazione legati alla

---

<sup>32</sup> Cfr. A. Casella, *Donne invisibili*, cit., p. 15.

relazione di cura. Ma affrontare i contenuti, il senso e la problematica della cura significa uscire da una dimensione solo “privata”: anzi, è possibile ritenere che su questo terreno in misura decisiva si gioca la validità complessiva delle politiche sociali.

La nuova prospettiva propone la necessità di correggere la tendenza delle istituzioni a intervenire solo quando l’assistenza dei famigliari è assente o in forte difficoltà, e quindi di rivedere i criteri attraverso cui vengono organizzati e assegnati i servizi di sostegno, così come di promuovere tutto quanto possa riconciliare la vita lavorativa e quella familiare, in cui anche gli uomini vengano considerati come fornitori di cure.

E’ necessario continuare, ampliare, qualificare l’ottica che da qualche anno in Italia, non sempre con la necessaria convinzione, volontà e capacità in tutti gli ambiti territoriali, si cerca di mettere in atto: quella del *welfare locale* e della *domiciliarità*.

Gli obiettivi della politica della domiciliarità sono assai più ampi che quello (già comunque importante) di mantenere il più a lungo possibile una persona nella sua casa.

La domiciliarità richiede nuovi rapporti fra le persone, nuove forme di appartenenza e di radicamento nel territorio, un nuovo riconoscimento della straordinaria funzione delle famiglie, così come quella delle realtà di volontariato, delle reti di prossimità.

Partendo dal lavoro di cura per i famigliari fragili, emerge quanto sia grande la ricchezza prodotta nelle famiglie italiane da chi si dedica alla cura, e quanto importante sia l’apporto delle lavoratrici straniere. Occorre che queste risorse economiche, sociali, valoriali siano messe in circolazione nel territorio, divengano in pieno un patrimonio di energie per tutti. Legami positivi non producono ancora cultura nella collettività; risorse umane che possiedono e accumulano competenze non sono invogliate a restare nelle nostre città, a mettere in circolazione il sapere acquisito, a impiegarlo per innalzare la qualità del lavoro di cura nelle famiglie e negli altri ambiti del sistema assistenziale.

Occorre un più deciso cambio di visuale, che dovrà portare alla messa in opera di nuove misure normative, programmatiche, organizzative. Ma in primo luogo occorre suscitare un serio dibattito nella società civile, nei e fra i principali soggetti sociali e istituzionali.

La maggior spinta in questa direzione pare venire dagli enti locali che, proprio nel dover corrispondere all’amplificarsi e all’aggravarsi dei bisogni degli anziani, avvertono che la soluzione non va cercata nella mera aggiunta quantitativa di prestazioni, ma nella configurazione di modelli nuovi, in grado di moltiplicare la qualità e l’efficacia delle risposte.

Il tema di un nuovo *welfare* territoriale, se declinato nei modi più opportuni, ancora una volta mostra la sua decisiva rilevanza.

### **3. Nuove politiche di Regioni e di Enti Locali**

Alcune Regioni (Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Liguria...) e un certo numero di Comuni, in genere con la stipula di accordi con le confederazioni sindacali e i relativi sindacati dei pensionati, hanno iniziato a includere nella rete dei servizi territoriali la nuova unità organizzativa composta da “anziano, *caregiver* familiare e badante”.

Dialogando con le famiglie e con tutti i soggetti, di mercato e di terzo settore che collaborano con le famiglie, questi servizi comunali imparano a fornire soprattutto orientamenti e strategie, si rendono flessibili, cercando di non sovrapporsi e di svolgere funzioni lasciate scoperte dal nucleo familiare e dalle reti sociali o di completarle.

Ma queste prime sperimentazioni devono confrontarsi con un difficilissimo problema: più regolazione significa più costi e anche una forte riduzione dell'elevato grado di intensità e flessibilità che, in tanti casi, caratterizzano l'attività delle *caregivers* a pagamento e che costituiscono una dimensione di qualità cruciale per anziani e famiglie. In che misura tali soggetti sono disposti a rinunciarvi al fine di ottenere miglioramenti riguardanti le capacità professionali e il loro coordinamento con i servizi pubblici o garanzia pubblica?

Le esperienze a livello regionale e territoriale, anche se di portata ancora limitata sia rispetto al numero delle famiglie e delle assistenti coinvolte, sia rispetto alla complessità dei problemi, offrono già utili riferimenti per dare le prime risposte alle principali criticità.

Le iniziative comunali riguardano le risposte alle problematiche più immediate e “concrete”. Se ogni realtà locale privilegia alcuni obiettivi rispetto agli altri, non mancano esperienze di condivisione su un progetto comune, come nel caso di quegli enti locali emiliani che hanno dato vita al progetto *Madreperla*.<sup>33</sup>

Nel complesso, le politiche locali hanno cominciato a dare risposta ad alcune esigenze fondamentali.

#### Informazione, semplificazione della burocrazia, coordinamento delle agenzie mandatarie.

Come primo obiettivo, alcune città, a partire da Venezia, stanno cercando di consolidare l'intermediazione lecita e gratuita costruendo solide connessioni organizzative tra il servizio territoriale per l'impiego e tutti gli altri informatori disseminati nel territorio, cioè le *agenzie*

---

<sup>33</sup> “Progetto Madreperla” di qualificazione del lavoro a domicilio”, è promosso dal Comune di Forlì, di Modena e il Comune e la Provincia di Reggio Emilia. Gli obiettivi del progetto riguardano in particolare: a) conoscenza e monitoraggio del fenomeno di ricorso alle badanti ; b) definizione e stipula di accordi territoriali e patti di garanzia tra tutte le parti sociali coinvolte; c) identificazione delle convenienze economiche da riconoscere alle famiglie con collaboratrici private e definizione di un regolamento sperimentale per l'erogazione di benefici economici; d) definizione di un modello formativo innovativo per le collaboratrici; e) identificazione di criteri e strumenti ad hoc per realizzare una banca dati informativa e un elenco di collaboratrici accreditate, anche in collaborazione con il terzo settore.

*mandatarie*, luoghi, formali e informali, che fanno incontrare le famiglie con le donne straniere. E' una funzione indispensabile per le famiglie, che sono in balia del caso ogni volta che hanno bisogno di una nuova badante, e per le lavoratrici straniere, anch'esse in balia del caso e di forme di mediazione illegali e onerose. Ma questo richiede un forte coordinamento tra le tante agenzie che operano nello stesso territorio: parrocchie, Caritas, Acli, patronati, sportelli immigrati dei sindacati, le stesse comunità di badanti e il passaparola. I centri per l'impiego, invece, sono più distanti e ancora pochi si stanno attrezzando per gestire l'incontro domanda-offerta nel lavoro di cura.

Si tratta di costruire una rete che, mentre specializza i diversi nodi in base alle competenze, garantisce una risposta unitaria: stesse informazioni su diritti e doveri contrattuali, osservatorio centrale, collegamento con le agenzie formative. Si orienta in questo senso il progetto *Madreperla*.

Anche se il reclutamento è destinato nel futuro a contare su un albo delle operatrici e degli operatori accreditati, comunque in larga misura dovrà continuare a seguire dinamiche meno regolate e formali. Non si deve dimenticare che l'assunzione di assistenti direttamente dai paesi di provenienza è impedita solo dalla legislazione vigente, ma anche dalla mancanza di strumenti e canali preposti a questa funzione nei paesi esteri.

C'è poi un'altra ragione che ostacola la possibilità di un'assunzione diretta e immediata: in un mercato del lavoro così destrutturato e non ancora in grado di offrire adeguate garanzie, la qualità di una prestazione lavorativa e la sua corrispondenza alle specifiche esigenze di una famiglia, possono essere valutate solo dopo essere state sperimentate. A questo proposito, anche gli accordi dei sindacati con i Comuni emiliani prevedono sempre un periodo di prova (in genere, quindici giorni).

Collegato a questo obiettivo preliminare, c'è quello di mettere in campo una burocrazia leggera, che facilita l'accesso a servizi e contributi. Oggi le procedure sono complicate e disperse in molti uffici, per cui non basta distribuire sul territorio informazioni che "dicono" all'anziano i suoi diritti e dove deve recarsi per ottenerli: occorre "fare al suo posto". Moduli, pratiche, prenotazioni devono viaggiare da un ufficio all'altro e dagli uffici alle abitazioni, risparmiando il maggior tempo possibile.

Nel "Patto modenese per l'assistenza domiciliare agli anziani" tra Comune, Cgil-Cisl-Uil confederali e pensionati, Lega Provinciale Cooperative e Confcooperative-Unione di Modena pattuito nel 2000, è previsto uno *Sportello Informativo per l'utenza*, collocato nell'ambito del Servizio assistenza anziani e ubicato presso gli uffici comunali e circoscrizionali, consultabile mediante numero verde e sito web. Lo sportello informativo deve coordinare le campagne di

informazione sulle opportunità di assistenza domiciliare offerte dalla rete integrata dei servizi, raccogliere dati sulla domanda promuovendone la valutazione attraverso assistenti sociali incaricati a valutare l'esatta entità del bisogno e il profilo più adeguato della risposta disponibile. Quando necessario, il caso sarà sottoposto alla Unità di Valutazione Geriatrica dell'Asl.

Inoltre, lo sportello, in presenza di progetti personalizzati di intervento con il concorso di soggetti accreditati dal Comune, consegna all'utente varie informazioni: l'elenco dei fornitori in servizio con le caratteristiche adeguate; la possibilità di accedere a un "assegno servizi;" l'informazione necessaria per la stipula dei relativi contratti.

Una funzione di programmazione e di organizzazione ancor più generale, a Modena è affidata a una "Commissione permanente di concertazione" quale organo di indirizzo e di verifica delle attività, composta da rappresentanti comunali e dei soggetti firmatari del "Patto". I suoi compiti sono quelli di valutare le modalità di indirizzo delle risorse a disposizione, di monitorare le attività di assistenza domiciliare anche sulla base dei resoconti forniti trimestralmente dal Servizio Assistenza Anziani, di concorrere all'individuazione delle linee-guida per l'accreditamento e di definire le tariffe del catalogo prodotti.

La Commissione può indire incontri con rappresentanti del volontariato sociale, anche per valutare il contributo che esso può portare a una crescente integrazione sociale dei soggetti inseriti nei programmi di assistenza domiciliare.

Di recente, a Venezia è in costruzione uno *sportello unificato* in quattro distretti socio-sanitari. Ci sono difficoltà da superare, ma la semplificazione porterà benefici multipli: *equità*, in quanto la burocrazia scoraggia i più deboli; *sostegno ai caregiver*, che potranno utilizzare le energie risparmiate negli uffici a favore dell'assistito; *efficienza della rete professionale*, che potrà verificare in che misura le risorse vengono allocate in modo appropriato. Lo sportello dovrà collegare anche reparti ospedalieri, Rsa, case di riposo e facilitare le dimissioni protette. Dallo sportello unificato il Comune di Venezia si aspetta una spinta verso il "modello filiera", che metta in asse tutti i servizi sul territorio.<sup>34</sup>

#### Connessione, messa in rete, appoggio e supervisione capillare. Il tutor

Un altro obiettivo di molti dei Comuni coinvolti riguarda la costituzione di una supervisione capillare dei tanti soggetti che ruotano attorno all'anziano. In questa prospettiva, si delinea l'importanza del *tutor familiare*.

---

<sup>34</sup> Cfr. P. Toniolo Piva, *Partire dalle famiglie per riorganizzare i servizi pubblici*, in "Animazione Sociale", cit., p. 23.

Come ad esempio è previsto dal progetto *Madreperla*, questa figura entra in funzione già nei primi momenti dell'inserimento dell'assistente familiare in una famiglia. La badante può contare su una guida nei primi giorni di inserimento nella casa dell'anziano e, anche in seguito, può chiamare il tutor al cellulare, appoggiarsi a lui nelle emergenze, partecipare a gruppi di scambio di esperienze con altre badanti.

Il tutor facilita anziano e famiglia nelle disfunzioni dei servizi, agevola l'intesa con operatori pubblici. E' un ruolo discreto, che richiede uno stile non direttivo.

I tutor dovranno essere opportunamente formati (lo stesso vale anche per gli stessi famigliari). La base da cui scegliere i tutor è quella degli operatori domiciliari (ADB, OSS), ma anche quella delle badanti, che offre persone con buona preparazione culturale, professionale e notevole esperienza.

Lo sportello è nel territorio, il tutor va a casa, e entrambi puntano al medesimo risultato: sostenere chi cura. Il tutor ovviamente non opera da solo, ma agisce nella rete dei servizi assistenziali; il suo primo collegamento è con l'assistente sociale incaricato di seguire l'assistenza familiare.

Nei Comuni in cui non è prevista la figura del tutor, ad assumere la funzione di operatore di riferimento principale, cioè a svolgere il compito di appoggio e di supervisione, è in genere un assistente sociale. Il suo sostegno e la sua supervisione possono accompagnare nel tempo l'attività del lavoratore con l'anziano.

“Si tratta di sostenere la relazione di cura con una presenza continua e facilmente attivabile da parte dei soggetti coinvolti. Tale presenza ha il compito di garantire una supervisione e di intervenire nei momenti di criticità. La funzione di supervisione può riguardare sia le caratteristiche dell'assistenza fornita sia i rapporti tra i soggetti coinvolti; a tale proposito può svolgere un'importante opera di raccordo con i servizi pubblici eventualmente ricevuti dall'anziano”.<sup>35</sup>

Al momento attuale, fra i vari progetti sperimentali avviati, è quello del Comune di Forlì a delineare con maggior chiarezza questo nuovo ruolo dell'assistente sociale.

Il servizio di assistenza sociale segue fin dall'inizio le famiglie che hanno richiesto l'assegno di cura, valutandone necessità e requisiti. Una volta che una famiglia vedrà accolte le sue richieste, sarà seguita direttamente da una figura specifica del servizio, che svolgerà la funzione di regia degli interventi comunali in questo settore.

L'assistente sociale responsabile del caso attiverà verifiche periodiche sull'andamento del piano assistenziale redatto per l'anziano destinatario dell'intervento, coinvolgendo anche il

---

<sup>35</sup> B. De Roit, C. Gori, *Le politiche pubbliche in Italia*, in *Il welfare nascosto*, cit., p. 136.

medico di base. All'assistente sociale farà altresì riferimento l'operatore coinvolto nell'azione di tutoraggio del lavoratore a domicilio.

“Nel corso della sperimentazione le badanti che assistono gli anziani beneficiari dell'intervento saranno coinvolte in un'azione di sostegno individuale e/o a piccoli gruppi condotto da operatori esperti operanti nei servizi territoriali (Assistenti di base o Responsabili Assistenza Anziani) al fine di favorire un bilancio delle competenze, nonché aggiornamento su aspetti igienico-sanitari elementari, orientamento ai servizi della rete per anziani nel territorio, e approfondimenti e/o consulenza su eventuali problemi emersi”.<sup>36</sup>

In generale, comunque, emerge la necessità di creare figure effettivamente specializzate in tali funzioni, che riguardano servizi molteplici: informazione, consulenza, sostegno e supervisione generale. Nell'insieme, la funzione di supervisione dell'assistenza privata (e il profilo di chi la svolge) è ancora da inventare, ma l'ampio bagaglio di idee maturate nella riflessione in merito alla rete dei servizi pubblici e i risultati di alcune recenti sperimentazioni paiono offrire un ricco repertorio di conoscenze utilizzabili a tal fine.

### La formazione

La formazione degli operatori privati deve tener conto di un grado di qualificazione assai eterogeneo e che riguarda le conoscenze linguistiche e culturali, le competenze sui compiti dell'assistenza, la conoscenza dei servizi socio-sanitari... I corsi condividono pertanto alcune caratteristiche di fondo: sono relativamente brevi e mettono alla base la conoscenza della lingua e della cultura italiana, nonché i compiti di cura della persona e dell'ambiente. Non di rado, inoltre, le competenze acquisite in questi corsi possono essere spese come crediti nell'ambito di percorsi formativi più lunghi e articolati, finalizzati a ottenere le qualifiche necessarie per operare nei servizi pubblici. Questo sbocco rappresenta un'opportunità per gli operatori privati e fornisce una risposta alle carenze di personale che sempre più affliggono i servizi sociali e socio-sanitari italiani

Vi sono positive esperienze in diversi territori (da segnalare, oltre a quella dei Comuni del Progetto *Madreperla*, i progetti della Provincia di Ferrara, del Comune di Arezzo, ecc.). Varie Regioni (Liguria, Emilia Romagna, Campania, Toscana), legano il corso di formazione al riconoscimento formale dell'*assistente familiare*, mediante un percorso standard che ne attesta le competenze.

---

<sup>36</sup> Comune di Forlì, Assessorato alle Politiche Sociali e Sanità, *Programma domiciliarità anziani*, luglio 2003.

Resta però da risolvere il problema delle serie difficoltà della badante che lavora a frequentare questi corsi; i piani di formazione cercano, come ad esempio il progetto di Ferrara, di rimuovere gli ostacoli che scoraggiano le badanti a intraprendere un percorso formativo.

E' la Regione Emilia-Romagna (Delibera di Giunta n. 2003/924 del protocollato 26/5/2003, "Percorso formativo a sostegno della qualificazione dell'assistenza familiare privata a domicilio") a predisporre, in accordo con i sindacati, un *modello di percorso formativo* per le assistenti familiari da realizzarsi secondo modalità omogenee su tutto il territorio regionale. Il progetto formativo tiene conto della specificità dei soggetti coinvolti, per cui l'accesso al percorso è legato alla valutazione delle competenze in ingresso, soprattutto in relazione alla conoscenza della lingua italiana e alle capacità professionali possedute. Il percorso formativo, della durata di centoventi ore, è articolato per blocchi di *Unità Formative Capitulizzabili*, per cui consente l'acquisizione di alcune competenze che potranno essere attestate e consentire il riconoscimento di crediti per l'accesso al percorso formativo per Operatore Socio Sanitario.

Potranno essere corrisposti "assegni di frequenza" agli utenti disoccupati dei corsi e, nel caso dei soggetti immigrati extracomunitari occupati, solo qualora la frequenza alle attività formative avvenga al di fuori dell'orario di servizio. Sarà altresì possibile "riconoscere i costi orari che il datore di lavoro sosterrà, qualora il proprio dipendente partecipi alle attività formative in orario di servizio".

#### Prima costruzione di un profilo dell'assistente alla famiglia

La figura professionale di primo riferimento è quella dell'Operatore Socio Assistenziale (OSS), di cui ovviamente vengono considerate le competenze più basilari. Il possesso di competenze differenti e lo svolgimento di attività differenziate, secondo gli accordi sindacali pattuiti in Emilia Romagna, si riverbera anche sui livelli contrattuali di ciascuna assistente familiare, in quanto le abilità di livello superiore aprono a livelli contrattuali più elevati a quelli previsti per il lavoro delle badanti, che ancor oggi rientra contrattualmente nella tipologia del lavoro individuale delle operatrici domestiche.

Anche se la definizione delle figure professionali non è compito esclusivo e neppure primario degli enti locali, tuttavia questi possono utilmente favorire la *crescita professionale*. Ma non è un compito facile, anche per l'assenza di una normativa di carattere nazionale e l'estrema frammentazione delle figure professionali nel lavoro sociale e la difformità di criteri utilizzati dalle Regioni.

La difficoltà è accresciuta dal fatto che sia i percorsi formativi sia le delineazioni della figura professionale devono cercare di corrispondere ai caratteri di un lavoro che in buona

sostanza va considerato come un lavoro a termine, perché sottoposto a un intenso *turnover*. Nel governo del *turnover* occorre buon senso e liberalità. Il lavoro della badante in convivenza può durare per un periodo anche lungo ma pur sempre limitato, oltre il quale bisogna prevedere il passaggio a un lavoro su base oraria, che consenta alla lavoratrice straniera una vita normale.

Le donne straniere hanno problemi di *conciliazione* quanto quelle italiane; non possiamo chiedere alle prime di comprimere bisogni vitali, per assicurare la conciliazione alle seconde. Il badantato è sostanzialmente un lavoro transitorio e la donna immigrata è libera di spendere il capitale accumulato (materiale e immateriale), qui o nel paese di origine. Però sappiamo che le sue scelte sono sensibili alle opportunità offerte dall'ambiente, che oggi sono molto poche. Le badanti possono valutare positivamente lo sbocco nei servizi di cura professionali, se coltivano una visione positiva, ricca, completa delle competenze apprese.

Pertanto, i passi formativi e le configurazioni professionali previsti dalle sperimentazioni locali prevedono ulteriori sviluppi: formalizzare la figura; creare un albo delle colf e delle assistenti domiciliari formate; riconoscere crediti formativi spendibili nella formazione regionale; stimolare un sistema che agevoli la pronta sostituzione dell'assistente familiare in caso di assenza o di trasferimento.

Dal punto di vista specificamente contrattuale, l'accordo sindacati-enti locali dell'Emilia si avvale di diverse tipologie di mansioni, purché coerenti con l'oggetto dell'attività svolta e sulla base di pattuizioni di lavoro stipulati da soggetti effettivamente rappresentativi sul territorio.

Gli accordi specificano le attività quotidiane più strumentali, come spesa, telefono, pasti, casa, bucato, assunzione di farmaci, uscire e fare spesa, uso del denaro. Nel contempo, prospettano gli interventi relativi alle attività quotidiane di livello superiore, come l'aiuto in incombenze particolarmente impegnative relative a fare il bagno, a vestirsi, a fare toilette, a spostarsi, a rispondere al problema della continenza feci e urine e a quello dell'alimentazione...

La natura di queste seconde attività, riguardando aiuti suppletivi (ad esempio a chi non sa vestirsi, è allettato, è incontinente, usa il catetere, richiede assistenza parziale o totale per il mangiare,...), portano all'applicazione del contratto nazionale di lavoro delle cooperative sociali, che prevede condizioni e retribuzioni migliori rispetto a quelle relative alle colf.

Sindacati e istituzioni territoriali emiliane convengono sulla possibilità di ricorrere a contratti di collaborazione coordinata e continuativa per i soggetti singoli. Questa forma contrattuale potrà essere superata da una nuova e generale normativa nazionale che tuteli i loro diritti e doveri.

E' previsto il "patto di prova", che non potrà superare quindici giorni di calendario, periodo in cui il contratto può essere risolto da una o dalle due parti senza obbligo di motivazione e

senza onere, se non il pagamento dei corrispettivi maturati. Inoltre, è consentita la facoltà di prelazione: la famiglia può utilizzare di preferenza, se l'oggetto della collaborazione lo consente, soggetti di cui si è già avvalsa con esito positivo. Ai lavoratori vanno garantiti tutti i diritti sindacali e i consueti diritti in caso di risoluzione del contratto, di malattia, di infortunio e di maternità.

#### L'accreditamento, gli incentivi economici. Il "buono servizio"

Tutte le sperimentazioni in atto prevedono forme di accreditamento. L'ente pubblico prepara un albo degli erogatori privati accreditati che garantisce in merito alla qualità degli interventi forniti. Importante è la scelta dei criteri di accreditamento da utilizzare, che possono rispondere a requisiti più formali o a elementi maggiormente complessi relativi alla qualità delle prestazioni e alla loro rispondenza ai bisogni assistenziali; inoltre, possono riguardare solo lavoratori individuali o anche quelli che agiscono in forma organizzata (nel caso delle assistenti familiari, ancora molto rari). In ogni modo, resta sempre prioritario un certo livello di qualificazione professionale (ecco la ragione della connessione con i corsi di formazione). L'attivazione dell'albo, poi, deve essere sostenuta da adeguate campagne informative, per farlo conoscere alla cittadinanza potenzialmente interessata.

L'albo dei fornitori accreditati può essere affiancato da forme di sostegno dell'incontro tra domanda e offerta, superando i limiti e i difetti derivanti dal ricorso ai soli canali informali. Queste misure offrono maggiori garanzie agli anziani, ma anche alle operatrici, che vengono legittimate e, su questa base, meglio tutelate. Inoltre, tutto questo costituisce la premessa di un eventuale sostegno economico dell'ente locale a chi acquista assistenza privata, attraverso la fornitura di buoni da impiegare presso gli erogatori accreditati

L'incentivo economico, come dimostra l'esperienza del Comune di Modena, vincola l'anziano che beneficia del buono non solo a mettere in regola la badante ma anche a lasciarle il tempo per seguire corsi di formazione. La badante entra in un albo comunale e viene iscritta al centro per l'impiego, con la possibilità quindi di uno sbocco professionale nei servizi sociosanitari, soluzione che viene accompagnata con intese tra Comune, Asl, cooperative sociali. Chi svolge il badantato in convivenza con l'anziano non si trova più in un vicolo cieco, ma è aiutato a costruirsi delle alternative. Questa esperienza sta facendo scuola e mostra che occorre stringere il legame tra politiche sociali e politiche del lavoro.

Le misure previste, anche se ancora solo in parte e per un ridotto numero di casi messe in atto, riguardano entrambi i soggetti in campo.

*Incentivi alla domanda:* assegno di cura (viene introdotto un vincolo al contributo); rimborso in parte del salario erogato; sconti sui servizi comunali; servizi di respiro gratuiti.

*Incentivi all'offerta* (per le donne che seguono i corsi di formazione e poi accreditate): borsa di studio o borsa lavoro (contributo economico del Comune, ecc.); custodia dei bambini; sconti sui servizi comunali.

Nei Comuni italiani non mancano di certo esperienze che utilizzano incentivi economici per regolamentare gli aiuti privati alle persone. L'idea è di spingere il mercato dell'accudimento verso livelli più alti di qualità utilizzando incentivi sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta, per condizionare le preferenze delle famiglie e delle lavoratrici.

Gli enti locali sono chiamati a misure di sostegno della capacità di spesa delle famiglie meno abbienti. Lo strumento più usato è *l'assegno di cura*, un contributo finanziario che la famiglia può utilizzare come vuole. Diversamente dalle pensioni d'invalidità e dalle indennità di accompagnamento, costituisce, nelle intenzioni di chi lo promuove, non una generica integrazione del reddito, ma uno strumento finalizzato alla risoluzione di bisogni specifici di tipo assistenziale. Una delle caratteristiche fondamentali del suo utilizzo è la sua possibilità di variare a seconda delle esigenze e delle scelte del beneficiario: stipulare un contratto con un'agenzia professionale o un professionista che presta servizi assistenziali; pagare un familiare che svolge attività di cura; oppure (se non vi sono regole che lo vietino esplicitamente) reperire prestazioni assistenziali sul mercato sommerso. Il carattere "leggero" della misura e il suo aderire a una cultura assistenziale ancora incentrata sul ruolo fondamentale della famiglia, hanno contribuito al suo successo.

Gli assegni di cura, privilegiati dalle nostre amministrazioni, suscitano comunque vari interrogativi, soprattutto derivanti dal fatto che in generale le prestazioni solamente monetarie trovano notevoli difficoltà a integrarsi con i complessivi interventi socio-assistenziali e con le politiche locali per la regolamentazione. Tuttavia, nel caso degli interventi comunali prima esaminati, l'utilizzo dell'assegno di cura non è funzionale a un mercato sommerso dell'assistenza, dato che riguarda solo lavoratori impiegati regolarmente.

L'effettiva costruzione degli interventi regolativi come quelli illustrati prospetta da parte dell'ente locale un impegno progettuale, organizzativo e finanziario molto alto, riguardante, come si è visto, la formazione, l'accreditamento, la supervisione e l'accompagnamento e altro ancora.

"La progettazione è resa particolarmente complessa dal carattere molto innovativo di gran parte degli interventi descritti (...) Ci vuole poi un investimento nelle risorse umane chiamate a metterli effettivamente in pratica, così da costruire le competenze necessarie. I costi gestionali e

l'impegno organizzativo da compiere tendono, inoltre, ad essere rilevanti. Pare lecito domandarsi in quante realtà locali esista l'insieme di condizioni necessarie per sviluppare con successo queste politiche".<sup>37</sup>

Un altro strumento utilizzato riguarda i cosiddetti *vouchers*, di ammontare variabile, da adoperare solo presso gli erogatori accreditati dall'ente pubblico. Costituiscono titoli di pagamento che conferiscono il diritto all'accesso a servizi la cui natura e entità è già stata stabilita in anticipo.

Negli ultimi anni, tale misura ha raccolto molto interesse nel dibattito italiano, testimoniato anche dall'ampio spazio che vi dedica la L. 328: un intero capitolo è dedicato al buono, qui denominato "titolo per l'acquisto dei servizi sociali". Ma anche se la legge e molte normative regionali, così come gli orientamenti dei sindacati e delle forze politiche dell'opposizione, privilegiano i *vouchers* rispetto agli assegni di cura, nella realtà quest'ultimi sono molto più diffusi rispetto ai buoni.<sup>38</sup>

Nei fatti, i *vouchers* hanno trovato varie difficoltà nell'impiego per molteplici motivi: la carenza di una regolazione pubblica che tuteli la qualità dell'offerta e sostenga effettivamente la capacità di scelta degli utenti, la difficoltà di pervenire a una chiara codifica dei criteri dell'accreditamento che eviti il passaggio attraverso il convenzionamento, magari implicito, con privati (come in larga misura sta avvenendo nella sanità in Lombardia), il più che legittimo sospetto che l'introduzione di un sistema compiuto di *vouchers* implichi elevati costi di impianto e di transazione tra soggetti pubblici e privati. La conseguenza è che essi in genere tendono ad assomigliare a semplici trasferimenti monetari, alla cui erogazione non corrisponde né un serio accreditamento né la predisposizione di un sistema regolativo adeguato

---

<sup>37</sup> B. De Roit, C. Gori, *Le politiche pubbliche in Italia*, in *Il welfare nascosto*, cit., p. 138-139.

<sup>38</sup> Cfr. Ivi, p. 137.

## Capitolo quarto Mercato sociale del lavoro di cura e nuovo welfare

### *1. Il nuovo sistema di welfare e il consolidamento del mercato sociale della cura*

Le recenti attenzioni alle problematiche relative al mercato del lavoro di cura e volte a modificare il rapporto tra politiche sociali e assistenza privata, sono ancora insufficienti per rinnovare profondamente il sistema dei rapporti di lavoro di tipo privato, in grande misura irregolare e svolto sulla base di prestazioni improprie, scarsamente qualificate, offerte nell'ambito di una semplice collaborazione domestica, spesso unica strategia permessa alle famiglie con basso reddito.

“E’ proprio il settore della collaborazione domestica a presentare, in effetti, un elevato tasso di evasione contributiva e di lavoro non regolare. Il peso del sommerso nel settore del lavoro domestico è stimato in Italia da 800.000 a 1.500.000 di lavoratori. Secondo stime sindacali, per ogni colf con posizione regolare ve ne sono tre in posizione irregolare (...) Il lavoro non regolare risulta pari a circa l’80% dell’intero mercato dei servizi di cura”.<sup>39</sup>

In Italia, la tendenza a contare su aiuti professionali di singoli lavoratori, comunque in atto in sistemi assistenziali considerati più evoluti del nostro, è favorita da molti fattori, fra i quali la prevalenza dell'erogazione monetaria per l'assistenza, non vincolata a condizionalità specifiche inerenti al bisogno concreto di assistenza, ma eminentemente a criteri molto generali legati al reddito (come nel caso delle integrazioni al minimo) oppure inerenti al grado di invalidità dei soggetti (come accade per le pensioni di invalidità e le indennità di accompagnamento).<sup>40</sup>

Le prime misure attuate a livello regionale e locale, come si è visto, hanno scelto un'altra prospettiva: puntare su percorsi individualizzati di emersione sia per i lavoratori sia per i datori di lavoro, dalla diffusione di informazioni in merito alla possibilità di accedere al mercato regolare, alla definizione di procedure di formazione, di assistenza e di accompagnamento. Hanno così cercato di dare alcune prime risposte all'estrema frammentazione di questo mercato del lavoro, nel quale, per varie ragioni, è debole la presenza e la possibilità di mediazione dei sindacati e degli stessi enti pubblici territoriali, e molto alta è l'accettazione sociale del lavoro sommerso, anche in relazione al luogo dove si realizza l'assistenza, la casa.

---

<sup>39</sup> C. Ranci, *I mercati sociale della cura: un modello valido per l'Italia?*, in *Antologia 1996-2002*, “L'assistenza sociale”, n. 3-4, 2003, p. 323.

<sup>40</sup> Cfr. B. De Roit e C. Gori, *Le politiche pubbliche in Italia*, in *Il welfare nascosto*, cit., pp. 131-133.

Le politiche locali cercano di favorire sia la regolarizzazione delle ancora numerosissime assistenti familiari clandestine, sia di mantenere nel mercato dell'assistenza, nel medio e lungo periodo, le lavoratrici "regolari". Inoltre, tentano di confrontarsi con le modalità e i tempi del reclutamento, che ora avviene informalmente e riguarda sempre la breve durata, in quanto rispondere alle emergenze e ai tempi brevi. Realizzare un ricambio regolare di manodopera, è cruciale in questo settore. Gli enti locali hanno pertanto il compito di agevolare la possibilità che famiglie e anziani entrino rapidamente in rapporto diretto con le assistenti regolari.

Le varie misure sperimentate non sono comunque prive di effetti sulle "convenienze" dei soggetti in campo, a partire da quelle economiche. Per famiglie e assistenti diventa centrale il rapporto fra costi aggiuntivi da sostenere e i vantaggi conseguibili partendo dalla crescita dei costi del lavoro. Regolarizzare significa alzare i costi e dover rispettare varie norme (orari, riposo settimanale, ferie, straordinari per lavoro notturno e festivo...) che li fanno aumentare ancora di più, anche perché spesso occorre ricorrere a lavoro supplementare. Inoltre, una nuova organizzazione del lavoro porta a modificare e a indebolire i caratteri dell'intensità e della flessibilità del lavoro.

"Più regolazione significa anche ridurre l'assai elevato grado di intensità e flessibilità che, in tanti casi, caratterizza l'attività dei *caregivers* a pagamento. Intensità e flessibilità, d'altra parte, costituiscono una dimensione di qualità cruciale per anziani e famiglie. In che misura tali soggetti sono disposti a rinunciarvi al fine di ottenere miglioramenti riguardanti le capacità tecniche degli operatori privati e il coordinamento con gli interventi pubblici?".<sup>41</sup>

Malgrado le difficoltà, la strada della regolazione sembra essere irreversibile, anche perché per la prima volta si delineano nuovi assetti del sistema di welfare tali da rendere possibile una risposta non puramente individuale a bisogni di enorme rilievo sociale.

"L'avvenuta riforma dei servizi sociali costituisce senz'altro lo snodo decisivo. Non solo perché ha riordinato un sistema fortemente "misto", in cui operano, spesso in collaborazione ma anche con sprechi e sovrapposizioni, sia soggetti pubblici che soggetti privati, né soltanto perché ha stabilito alcuni principi generali di tutela assistenziale della popolazione in stato di bisogno. Ma anche perché ha introdotto alcuni elementi innovativi delle politiche sociali, come i *vouchers* e gli assegni di cura, che sembrano particolarmente adeguati nel quadro di politiche specificamente finalizzate a rispondere ai bisogni di cura della popolazione".<sup>42</sup>

In questi anni, si è passati progressivamente da un sistema fondato sulla dominanza della fornitura pubblica dei servizi, o di una fornitura privata integrata in un sistema di programmazione pubblica, a un sistema "misto". Il nuovo assetto si propone maggiore

---

<sup>41</sup>C. Gori, *Conclusioni, Il welfare nascosto*, cit., pp. 179-180.

<sup>42</sup>C. Ranci, *I mercati sociali della cura*, in "L'assistenza sociale", Antologia, cit., p. 317.

competizione e pluralismo tra i fornitori, un più stretto intreccio tra assistenza formale e assistenza informale, un rafforzamento della posizione dell'utente, chiamato a uscire da una condizione di dipendenza così come ad assumere maggiori responsabilità dirette (sia di compartecipazione al costo quando ne ha le possibilità, sia di selezione dei fornitori e del modello di cura che considera più adeguato alle sue possibilità).

“La tendenza in atto sembra essere verso *la costruzione di un mercato sociale dei servizi di cura*: un mercato che, a causa della peculiarità dei beni che vi sono scambiati (prestazioni ad elevato contenuto relazionale) e della finalità solidaristica (o equitativa) che giustifica la partecipazione dell'amministrazione pubblica, assume caratteristiche specifiche, ben distinte da quelle di un mercato 'normale'. Si tratta di un mercato 'sociale', dove questo termine non richiama soltanto l'esigenza di una regolazione pubblica che garantisca le finalità equitative o solidaristiche del sistema, ma anche il fatto che in esso giocano un ruolo rilevante le risorse 'sociali' (quali la solidarietà intergenerazionale, la responsabilità sociale delle agenzie che forniscono servizi, il legame fiduciario che si stabilisce tra chi riceve l'assistenza e il *caregiver*) largamente disponibili nel tessuto sociale ma non facilmente integrabili (senza produrre effetti perversi, anche di scoraggiamento) entro un sistema regolativo complesso”.<sup>43</sup>

Questa impostazione distingue fra la responsabilità del finanziamento, che è totalmente o in parte del soggetto pubblico, e quella dell'acquisto, che viene attribuita ai beneficiari. L'idea sottostante è la costituzione di un vero e proprio *quasi mercato* in cui è la domanda finale, espressa dai consumatori, a determinare in gran parte l'offerta dei servizi, che per altro devono sottostare a standard e requisiti stabiliti dall'amministrazione pubblica.

Si tratta di un “quasi mercato” perché concorrenza tra fornitori privati e potere di scelta dei beneficiari finali sono subordinati a linee di indirizzo politico e a forme di controllo pubblico della qualità dei servizi. “Aspetti fondamentali della scelta e della valutazione dei servizi vengono infatti regolati dall'autorità pubblica, sia attraverso sistemi di autorizzazione e di accreditamento che selezionano il numero e la qualità professionale e organizzativa dei fornitori, sia tramite la definizione per via amministrativa dei contenuti dei servizi e la determinazione politica del loro prezzo, sia infine tramite modalità di supporto e di accompagnamento delle scelte degli utenti e l'introduzione di vincoli relativi all'uso dei servizi da parte dei beneficiari”.<sup>44</sup>

Questi indirizzi di politica sociale, dato che l'esperienza del mercato sociale non è avvenuta in Italia con un'organica e precisa codifica a livello nazionale, né tantomeno con l'elaborazione di una politica nazionale coerente rivolta ad affondare il problema della popolazione anziana

---

<sup>43</sup>Ivi, pp. 320-321.

<sup>44</sup>Ivi, p. 330.

non autosufficiente, presentano, accanto a elementi positivi, aspetti fortemente discussi e discutibili.

Il primo da considerare è che nei servizi familiari la crescita della professionalizzazione dei fornitori ha fatto aumentare i costi, senza che per questo siano aumentati di necessità la qualità dei servizi e la loro migliore adeguatezza alle esigenze degli utenti. Nei fatti, non sembrano essere diventati maggiori i limiti alla discrezionalità e al potere di definizione dei servizi da parte dei fornitori, specie quelli organizzati del mercato privato.

“E’generalmente condivisa la valutazione del mercato sociale e sanitario come strutturalmente squilibrato, in cui l’offerta (intendo riferirmi ovviamente all’offerta pubblica o privata organizzata, non certo a quella individuale e informale, per esempio di extracomunitari che offrono servizi di assistenza domiciliare in nero) risulta dominante su una domanda debole sul piano delle conoscenze tecniche, fragile per condizione psicologica e relazionale, parcellizzata, esposta quindi a condizionamenti e a manipolazioni. Non a caso, nessun sistema affida tale mercato alla sola libera interpretazione degli attori in campo, senza in qualche misura regolarlo”.<sup>45</sup>

Il potere di scelta è affermato attraverso una regolazione che prevede formalmente la possibilità per i beneficiari di contestare le prestazioni assistenziali ricevute e di rivolgersi ad altri fornitori. Ma questo potere, nei fatti, appare quasi sempre solo formale: la contestabilità di una fornitura di servizi di cura costituisce più una garanzia giuridica che una possibilità di azione effettivamente praticata.

Anche l’introduzione della misura di regolazione meno prescrittiva, l’*accreditamento*, procedura di tipo certificativo finalizzate a garantire ai cittadini un livello qualitativo minimo, non pare riuscire, da sola, a risolvere il problema. Infatti, è nota, specie in Italia, la difficoltà a utilizzare in modo opportuno tale meccanismo, anche perché richiede una continua e rilevante attività di valutazione delle prestazioni fornite dai soggetti accreditati.

“Il riconoscimento del potere di scelta dei beneficiari, se inteso in senso strettamente economico, indicherebbe la possibilità di selezionare e cambiare fornitore sulla base della possibilità e capacità di confrontare prezzi e qualità dei servizi offerti. In questa accezione, tuttavia, tale diritto, anche se formalmente garantito, appare difficilmente esercitabile, a causa di due fattori inerenti il carattere specifico dei servizi di cura: da un lato, l’oggettiva difficoltà di esercitare l’opzione *exit* da parte di una popolazione già soggetta a notevoli asimmetrie informative e poco propensa a sostenere ulteriori costi per la ricerca di fornitori alternativi;

---

<sup>45</sup> E. Ranci Ortigosa, *Quali “mercati” dei nuovi servizi sociosanitari*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, 14-15, 2001, p. 1.

dall'altro, la notevole perdita di qualità intrinseca di un servizio fornito senza garanzia di continuità e in assenza di un legame fiduciario stabile tra chi presta aiuto e chi lo riceve".<sup>46</sup>

Proprio in una fase di crescente compressione delle spese sociali, il bisogno sociale, sempre più forte e in rapida espansione, appare sempre meno tutelato dal nostro sistema assistenziale. La soluzione del dilemma non sta tuttavia nel rinviare la responsabilità alle virtù della società civile né a quelle delle famiglie italiane: anche e proprio nel momento in cui si favorisce la loro libertà di scelta, sembra necessario non lasciarle indifese.

Questo tipo di approccio, che è alla base dei programmi più innovativi, punta a creare attraverso la regolazione e il sostegno alla domanda, un'offerta di servizi più plurale e più consistente. La correlazione con servizi di cura e di assistenza forniti sul territorio permette di evitare la delega pura e semplice alla famiglia, di distogliere l'attenzione e risorse significative dal compito di irrobustire la rete dei servizi territoriali e di progettare percorsi più individualizzati e più corrispondenti ad ogni caso e situazione.

Le nuove politiche sociali sono chiamate a vincere una grande sfida. "Si richiede invece un investimento politico, che tenga certo conto delle risorse familiari e societarie esistenti, ma che su queste innesti un'azione pubblica capace di rafforzarle e sostenerle. Il messaggio proveniente dal dibattito sui mercati sociali è quello di raccogliere la sfida e di provare ad immaginare un nuovo modello organizzativo del nostro sistema di *welfare*".<sup>47</sup>

## ***2. Nuove funzioni dei servizi di cura domiciliare***

L'ambito del mercato dei servizi di cura domiciliari, per sua natura molto frammentato, a livello di base si fonda sulle prestazioni fornite dalle badanti irregolari, che occupano una larga quota di mercato, che, dopo la recente regolarizzazione, si sta parzialmente riducendo ma non certo estinguendo e su quelle fornite dalle badanti regolarizzate. Cominciano anche a presentarsi agenzie che a livello locale offrono servizi a domicilio.

Ci sono poi i tradizionali strumenti del servizio pubblico, Sad, dalle funzioni assistenziali, di pertinenza comunale, e Adi, dalle funzioni infermieristiche, di riferimento Asl.

Entrambi i servizi da tempo hanno in molti casi affidato le prestazioni a cooperative e a imprese sociali.

L'esternalizzazione non è di certo esente da rischi, anche rilevanti, soprattutto relativi alla presenza di un mercato scollegato dal territorio, caratterizzato da imprese centrate poco su un prodotto e molto sui flussi finanziari, che possono sparire da un giorno all'altro perché non

---

<sup>46</sup> C. Ranci, *I mercati sociali di cura*, in "L'assistenza sociale", Antologia, cit., p. 332.

<sup>47</sup> Ivi, p. 348.

interessate al collegamento territoriale (un mercato che richiama quello dell'area socio-sanitaria quando si incontrano grandi aziende impegnate in appalti al massimo ribasso). Tutto questo può contraddire il concetto autentico di "mercato sociale", un'espressione che riconosce la valenza economica dei prodotti sociali, ma anche il radicamento sociale del mercato profit e che evoca un nuovo modo di mettere in relazione la dimensione economica con quella sociale.

Il tema dell'integrazione fra i servizi di cura e il territorio è cruciale, anche perché di fronte a una modificazione e a una crescita numerica dei bisogni delle persone, che richiedono nuovi e più complessi criteri di lettura e di gestione, si impone un pensiero semplificatorio che si presenta come vincente perché affida i servizi a soggetti esterni che poggiano la loro attività su tecnologie consolidate (i vari specialismi: economico, giuridico, medico).<sup>48</sup>

Il presentarsi, il moltiplicarsi e il consolidarsi nel sistema dei lavoratori singoli non può non produrre cambiamenti a catena. Quando nel mercato entra un offerente a basso costo rispetto ai prezzi praticati dalle imprese, queste devono riconfigurare la loro offerta. La prestazione "uno-a-uno", che richiede un operatore per ogni cliente, come pure l'assistenza notte-giorno con la convivenza presso l'anziano, sono servizi a costi insostenibili se prodotti da imprese.

D'altra parte anche il lavoratore singolo deve posizionarsi a un certo livello di qualità. Il suo inquadramento contrattuale lo definisce "a bassa qualificazione", ma di fatto chi vive con l'anziano non si limita a pulire, rigovernare, dar da mangiare: si assume molte altre responsabilità e diventa la *figura di riferimento* dei famigliari. "Questo è davvero un ruolo a bassa qualificazione? E poi, sostituisce in tutto la presenza dell'operatore professionale o non dovrebbe lavorare in modo complementare? Quali prestazioni potrebbe offrire l'impresa a una famiglia che si avvale del collaboratore, per dare valore aggiunto? Mentre le imprese sociali non temono il passaggio dal sistema in convenzione a quello in accreditamento, fintantoché i loro servizi continuano a essere comprati dall'Ente locale, devono preparare un grande cambiamento quando i servizi a prezzi aziendali saranno venduti direttamente alle famiglie e dovranno competere con il mercato delle 'badanti'. (...) A questo punto occorre ridisegnare la missione delle imprese sociali".<sup>49</sup>

Le imprese sociali in primo luogo possono ridefinirsi puntando di più su servizi che abbiano un alto contenuto organizzativo: centri diurni, soggiorni vacanze, servizi di respiro e di lavorazione di serie del cosiddetto colferaggio, consegna di pasti e biancheria a domicilio, ma anche svolgendo un nuovo ruolo all'interno dei processi di integrazione fra i servizi stessi, e quindi all'interno dei rapporti fra il pubblico, il privato sociale e il privato.

---

<sup>48</sup> Cfr. Gino Mazzoli, *I tre mercati del welfare locale*, in "Animazione Sociale", n. 8/9, 2001, pp. 78-79.

<sup>49</sup> P. Toniolo Piva, *Verso un mercato amministrato dei servizi di cura*, in "Animazione Sociale", n. 4, 2002, p. 25.

Ma la loro riconfigurazione può realizzarsi anche mettendosi in grado di assumere una diversa funzione nello stesso sistema dell'assistenza familiare, sia quando agiscono direttamente sia quando svolgono un servizio esternalizzato dalla mano pubblica.

A questo proposito, si considerino solamente le imprese sociali che operano nel Sad . Se è vero che questo non è più il servizio di assistenza e cura domiciliare “per eccellenza” ma una risorsa tra le altre, la sua missione può e deve cambiare: non solo gestire servizi, ma concorrere con le proprie professionalità ed esperienze (o con quelle delle imprese sociali coinvolte) a presidiare la rete di cura, a integrare, garantire livelli minimi di qualità e di sicurezza.

Essendo compito dell'iniziativa politica pubblica guidare queste dinamiche, i servizi assistenziali di base, gestiti direttamente dal soggetto pubblico oppure affidati a imprese sociali, devono essere disponibili a favorire l'integrazione fra i servizi e gli interventi, dispiegando e mettendo alla prova ciò che è primariamente richiesto per lo svolgimento del loro ruolo: il reale radicamento nel territorio e la disponibilità e la capacità a produrre capitale sociale.

In questa logica, si tratta in primo luogo di creare dei “ponti” tra i diversi soggetti coinvolti, capitalizzando le professionalità finora maturate nel servizio assistenziale a beneficio di chi è professionalmente più fragile (le badanti, ad esempio).

Occorre poi che anche da parte dei servizi di base, esternalizzati o non, venga un nuovo impegno affinché il sociale si integri sempre di più con il sanitario. Il primo riferimento va ai rapporti tra Sad e Adi che, dopo tanti studi e dibattiti, agiscono ancora a compartimenti stagni, anche perché continuano a riferirsi a comparti (quindi a percorsi decisionali, a bilanci, a modelli di professione) separati.

La strategia di politica sociale finora delineata, già ora può contare su alcuni presupposti positivi.

Il primo riguarda la maggior consapevolezza, da parte del potere pubblico, che l'esternalizzazione dei servizi va considerata non solamente una mera misura strumentale e funzionale, ma come un fatto significativo per ridefinire il *welfare* e, più in generale, per costruire nuovi rapporti tra Stato e società civile, offrendo nuovi significati a parole come “bene comune” e “mercato”.

“Il lungo percorso di assestamento ha insegnato alcune cose su come *non* va amministrato il mercato dei servizi alla persona: *non* si può sottopagare il lavoro, *non* si può comprimere il fattore organizzativo, *non* conviene mettere continuamente in discussione i fornitori che lavorano bene. L'esperienza insegna a *fare economia* dei meccanismi concorrenziali, perché

l'utente si affeziona al fornitore e *non* sente la necessità di cambiarlo, se *non* in casi eccezionali".<sup>50</sup>

Le dinamiche degli ultimi anni, malgrado ripropongano molteplici elementi critici, mostrano un nuovo positivo assetto del rapporto fra pubblico e imprese del privato sociale. Stanno scomparendo le gare al massimo ribasso (ora l'elemento prezzo in genere va in secondo ordine rispetto alle caratteristiche dei servizi). Emerge la rilevanza del fattore fiducia: contratti troppo brevi rischiano di mettere in crisi intese organizzative che, in genere, stanno dando buoni frutti. Le indagini mostrano che il contratto si allunga (quattro o cinque anni) e solitamente viene riconfermato.

Da questo punto di vista, il maggior credito accordato alle imprese impiegate dal soggetto pubblico, la maggior solidità dei loro reciproci rapporti, sono utili "prerequisiti" per variare e arricchire i compiti delle imprese stesse.

Si tratta di segnali da leggere in senso positivo, anche se di per sé non certo sufficienti a dimostrare una diminuzione dei rischi della *collusione* delle imprese sociali con il potere pubblico (anche sulla base di logiche politiche e di clientelismo), se non addirittura della loro *istituzionalizzazione*, e una crescita alla *consapevolezza della socialità del lavoro*. Un prodotto, infatti, non è sociale per il suo oggetto, ma per il modo con cui tale oggetto è costruito, vale a dire attraverso quella mediazione delle rappresentazioni dei diversi attori rispetto ad un problema, che è una caratteristica strutturale di tutte le organizzazioni che producono servizi.

"Se, in questa situazione, il governo locale non vuole ridursi a una asettico 'spartitraffico giuridico', è chiamato a costruire rappresentazioni più adeguate alla complessità dei problemi in gioco. Non si tratta a nostro avviso di un'attività *in toto* delegabile a qualche soggetto particolare (lo Stato, il Comune, l'ASL), ma di una responsabilità che non può che essere assunta da tutti i diversi soggetti in campo (pubblici e privati), chiamati a un complessivo *riproposizionamento strategico*".<sup>51</sup>

Questa complessiva tematica può essere declinata aprendo il discorso sul futuro di un servizio domiciliare come il Sad, che non può non richiamare anche quello dell'Adi. Entrambi mostrano il fiato corto.

Una recente ricerca svolta dall'Osservatorio Anziani della Provinciali Forlì-Cesena mostra come l'elemento di maggiore insoddisfazione da parte dell'utenza sia l'insufficiente numero di ore settimanali del servizio.

---

<sup>50</sup> Ivi, p. 22.

<sup>51</sup> G. Mazzoli, *I tre mercati del welfare* locale, in "Animazione sociale", cit., p. 79.

Ciò che rimane scoperto appartiene a due categorie fondamentali: le famiglie più povere, che non possono permettersi un'assistenza privata continuativa; i casi particolarmente gravi dal punto di vista sociosanitario, per cui non basta un intervento solo tutelare, di base.

I Sad devono oggi riuscire a garantire equità nella fruizione dei servizi domiciliari, mantenendo nello stesso tempo livelli di costo “competitivi” sul mercato, ossia giustificati per il tipo e la qualità degli interventi e sostenibili (convenienti) da parte del cittadino-utente.

“Questa sfida verrà vinta nella misura in cui i Sad sapranno rinnovarsi e riqualificarsi, potenziando il proprio valore aggiunto in termini di professionalità acquisite e in termini di una organizzazione che supera i limiti di un intervento individuale. Puntando quindi a garantire servizi integrati, mettendo in relazione aiuti diversi tra loro (assistenza di base con quella specialistica, trasporti, residenzialità temporanea, ristorazione, acquisto di medicine, disbrigo di pratiche burocratiche, ma anche iniziative di socializzazione e così via), prevedendo là dove necessario interventi anche consistenti in termini di ore erogate (oggi i Sad intervengono solo per poche ore alla settimana), con un'attenzione alla popolazione più fragile e vulnerabile”.<sup>52</sup>

I Sad si trovano di fronte a due strade: “continuare a rispondere a una domanda che è il residuo di ciò che non trova risposta altrove, con i limiti strutturali appena richiamati, oppure utilizzare l'esperienza e il radicamento territoriale maturato a servizio delle cure domiciliari nel loro complesso? In altre parole svolgere un ruolo di “tampone” rispetto alla domanda insoddisfatta o diventare strumento di una politica regolativa del mercato, pubblico e privato, dell'assistenza a domicilio?”<sup>53</sup>

I Sad devono scegliere il secondo percorso, sapendo che tutta l'area dei bisogni non gravi può in gran parte essere coperta, e già lo è, dal mercato privato e che occorre riposizionarsi dentro un insieme di reti di cura a domicilio (pubbliche e private regolarizzate/accreditate) che ha sempre più bisogno di una dimensione complessiva di gestione e di governo.

### ***3. Nuovi profili delle professioni sociali***

L'innovazione dei servizi domiciliari di base non solo è strettamente legata alla complessiva problematica dell'integrazione tra i servizi, ma anche a quella delle figure professionali in grado di favorire queste integrazioni.

Il rapporto con i servizi pubblici riguarda da vicino anche le assistenti familiari, che devono trovare insieme sostegno, valorizzazione e controllo, essendo le loro prestazioni difficilmente controllabili dal punto di vista della qualità e dell'adeguatezza, in quanto si svolgono spesso in condizioni di totale isolamento lavorativo e professionale.

---

<sup>52</sup> Sergio Pasquinelli, *Servizi domiciliari: quale futuro?*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 7, 2003, p. 1.

<sup>53</sup> Ivi, p. 2.

C'è un'altra ragione per cui anche la funzione delle badanti riguarda le dinamiche dell'integrazione dei servizi: il suo rientrare nel concetto ampio della *professionalità sociale*. Le assistenti non svolgono un compito sociale residuale, essendo in grado di corrispondere a tipi di intervento e di servizio che non sono svolti dai profili più formali e regolari di professionalità sociale.

“In questo quadro, l'esigenza di una professionalità socio-sanitaria integrata rappresenta uno specchio del più ampio processo di riforma del sistema di *Welfare* di cui l'integrazione tra ambiti, settori, politiche ed interenti, rappresenta un elemento costitutivo. La necessità di strutturare nel quadro dell'offerta di professionalità sociale una specifica professionalità socio-sanitaria integrata dei servizi di cura, risponderebbe inoltre all'esigenza di chi opera all'interno dei servizi alla persona di essere in grado di fornire risposte più adeguate alle mutate e sempre più articolate esigenze della domanda sociale territoriale che esprime problematiche multidimensionali e complesse, che richiedono competenze di tipo sociale, sanitario e psicorelazionale”, sanitarie e sociali”.<sup>54</sup>

La creazione di nuove professionalità come quella dell'operatore sociosanitario va in questa direzione, anche se in questo caso specifico si ripropongono i limiti di una figura che opera dentro un contesto di compartimenti separati tra sociale e sanitario, in cui restano ancora deboli anche dal punto di vista del riconoscimento professionale, le figure deputate a favorire la collaborazione fra i servizi e fra gli operatori, così come l'integrazione delle competenze.

Comunque, vari indicatori nazionali sottolineano il rilievo di questa figura, come l'accordo della Conferenza Stato-Regioni, che propone l'OSS come una figura unica impegnata in quei servizi che richiedono una forte integrazione tra prestazioni. Tuttavia, la maggior parte delle Regioni, deputate a legiferare in questo campo, non ha ancora attuato le disposizioni della Conferenza e tanto meno ha posto ordine nel confuso campo delle professioni sociali.

La recente Conferenza Nazionale, *Presente e futuro delle professioni sociali per il nuovo Welfare territoriale. Le proposte delle autonomie locali*, ha evidenziato una situazione estremamente frammentata, disordinata e disomogenea.

Basti pensare che oggi le professioni sociali che hanno un riconoscimento nazionale e che quindi godono di un profilo unico sono soltanto quattro: operatore socio-sanitario; educatore professionale (ma solo in riferimento al comparto sanitario, per cui manca una definizione unitaria per chi lavora nel sociale e nel penitenziario); assistente sociale; psicologo.

Sono invece moltissime le figure regionali, con nomi diversi da regione a regione, con percorsi formativi più vari. La formazione, con una miriade di qualifiche e di attestati sparsi in

---

<sup>54</sup>F. Carrera, M. L. Mirabile, A. Teselli, *Fenomenologie della professionalità sociale*, in “Gli argomenti umani”, 9, Il Ponte, 2003, p. 146.

rivoli minori, ha cercato di corrispondere ad un mercato del lavoro già di per sé molto frammentato e reso ancor più tale anche da leggi di settore (disabili, minori, accoglienza immigrati...) che hanno moltiplicato la tipologia degli operatori sociali. Questi, sul piano numerico hanno un peso rilevante nei servizi, ma si sentono operatori di seconda serie e fanno fatica a consolidare una forte identità professionale.

Il disordine non ha risparmiato la fascia universitaria, con differenziazioni dei percorsi formativi anche all'interno della stessa classe di laurea, con la moltiplicazione dei vari master e corsi di perfezionamento. Le università e le agenzie formative regionali da un lato cercano di programmare l'offerta in sintonia con i servizi locali e formare qualifiche ad alta occupabilità, dall'altro di mantenere un ampio ventaglio di titoli, assecondando nicchie di mercato che si saturano in breve e lasciano al lavoratore il compito di riconvertirsi.

Di recente alcune Regioni hanno predisposto elaborazioni e misure serie per armonizzare le diverse esigenze. Particolarmente interessante sembra essere il nuovo repertorio della Regione Campania, che, tra l'altro, ha codificato cinque figure intermedie, nelle quali si riconosceranno o dovranno riconvertirsi le vecchie figure: *Operatore di prima infanzia*; *Animatore sociale*; *Tecnico di inserimento lavorativo*; *Mediatore culturale*; *Tecnico dell'accoglienza sociale*.

Accanto a queste cinque figure, vengono ovviamente riconosciute, per quanto riguarda il livello dei laureati, le due figure di *Assistente sociale* ed *Educatore professionale*.

Nelle figure di base, viene poi aggiunta la figura di *Assistente familiare* per i lavoratori di cura che vengono assunti privatamente dalle famiglie.

Se questa impostazione non è sempre estendibile ad altre situazioni regionali, tuttavia è sicuramente propositiva in quanto le nuove figure vanno a ricoprire funzioni cruciali in tutti i territori: accoglienza ad ampio spettro per tutti i cittadini, non solo per quelli che richiedono una presa in carico professionale; accoglienza di persone provenienti da paesi e culture diverse, per abbassare la soglia di accesso ai servizi pensati per la popolazione locale (scuola, ospedali, servizi sociali centri per l'impiego, ecc.); sostegno alle risorse associative della comunità, e non solo educazione di ragazzi deprivati, genitori incapaci e famiglie in frantumi, ecc.; avviamento personalizzato al lavoro di soggetti svantaggiati che altrimenti dovranno dipendere dall'assistenza (disabili, sofferenti psichici, detenuti, ecc.).<sup>55</sup>

La definizione della figura dell'assistente familiare propone molte delle problematiche comuni a tutte le professioni sociali, a partire dall'opportunità di stabilire delle norme nazionali, scelta che può comunque contrastare le tendenze di un mercato del lavoro che in tutti i settori tende a premiare esperienze e competenza concrete e specifiche.

---

<sup>55</sup> Cfr. P. Piva, *Professioni sociali di rilievo nazionale*, Conferenza Nazionale *Presente e futuro delle professioni sociali per il nuovo Welfare territoriale*, Roma, 2004, p. 4.

Per impostare il problema, occorre partire dal fatto che non vi debbono essere dubbi a considerare l'assistente familiare una risorsa da coordinare nella rete dei servizi e da qualificare con una formazione ad hoc. In questo modo viene assicurata qualità di cura alla persona assistita e viene tutelata la lavoratrice da rischi professionale, come le malattie da stress.

“Bastano i corsi organizzati a livello locale o sarebbe opportuno prevedere una formazione certificata a livello nazionale? Vi sono due motivi che spingono nella seconda direzione: una formazione certificata a livello nazionale, per esempio mediante accordo in conferenza Stato-Regione-Città, facilita la mobilità dei soggetti nel mercato del lavoro nazionale; inoltre, consente alle lavoratrici più esperte e con titoli di studio adeguati di aprirsi uno sbocco di carriera nella filiera delle professioni sociali. Conviene considerare il lavoro in convivenza come un lavoro a termine; ogni volta che una badante lascia una famiglia per cercare impiego in un altro settore, si disperdono competenze importanti, ma se le competenze vengono certificate danno crediti per i profili nazionali, la lavoratrice sarà invogliata a restare nel settore sociale”.<sup>56</sup>

Occorre pertanto una regia nazionale e un percorso formativo unitario, nel quale trovino omogeneità le due impostazioni finora adottate dalle Regioni che si sono impegnate su questo terreno: Emilia Romagna e Campania, con un corso di 120 ore con certificazione regionale di competenze, e Toscana, che ha formalizzato una vera e propria qualifica di trecento ore.

L'impostazione riguardante le assistenti familiari trova ulteriori motivi di consenso se collocata nel quadro generale delle professionalità sociali discusso dalla Conferenza Nazionale. In questa sede, la proposta ha riguardato la figura unica socio-sanitaria di educatore professionale; il percorso formativo omogeneo per l'assistente familiare; il profilo nazionale di educatore di prima infanzia; quello di animatore sociale; quello dell'operatore di inserimento lavorativo; il riconoscimento della figura del sociologo professionale.

“Un quadro nazionale con questi contenuti sarebbe sufficiente a garantire professionalità omogenee nelle prestazioni essenziali, coprendo al tempo stesso le aree strategiche del welfare futuro: infanzia, socializzazione, sostegno alle famiglie, inserimento lavorativo, vita indipendente. E la sua validità potrebbe durare un arco di tempo sufficiente per dare spessore, tradizione, identità culturale alle nuove professioni”.<sup>57</sup>

#### ***4. Valorizzare le risorse della cura familiare nel welfare territoriale***

Il lavoro di cura per i familiari fragili fa ancora una volta emergere, insieme alle molteplici difficoltà, la grande ricchezza prodotta nelle famiglie italiane e quanto importante sia l'apporto delle lavoratrici straniere. Occorre che la ricchezza economica, sociale, valoriale prodotta dalle

---

<sup>56</sup> Ivi, p. 7.

<sup>57</sup> Ivi, p. 8.

famiglie sia messa in circolazione nel territorio, divenga in pieno una risorsa “generativa” per l’innovazione del *welfare* e una delle leve per dare risposte ai problemi della popolazione anziana.

I complessivi servizi per gli anziani devono essere intesi come occasione per la grande trasformazione che dovrà riguardare tutti i servizi, sociali, sanitari, educativi. Sono soprattutto le politiche della *territorialità* e della *domiciliarità* a mutare l’ottica: dal singolo individuo alle reti naturali di aiuto, dalla presa in carico da parte degli operatori, alla condivisione delle competenze e delle iniziative della *comunità*, alla promozione del suo *capitale sociale*.

La dimensione della domiciliarità si basa sui rapporti, sulle reti di relazioni, sull’appartenenza al territorio, in senso fisico, culturale e sociale. Ha bisogno di servizi che *osservino* e si sforzino di *capire* che cosa succede dentro e fuori di loro, che sappiano conoscere e ri-conoscere le risorse plurime presenti nella famiglia, nella società civile, nel volontariato, per saperle poi raccordare e valorizzare come capitale sociale. E’ la concezione di un *territorio-laboratorio*.

Qualunque sia il punto da cui si parte per avviare il cambiamento e la consistenza della sua gradualità, bisogna coniugare la gradualità con una visione d’insieme. La risposta deve essere all’altezza delle sfide, anche inedite, che le società attuali devono affrontare.

Le trasformazioni, così vaste e repentine, hanno riguardato la composizione sociale (anche per i flussi migratori), i rapporti intergenerazionali (enorme invecchiamento della popolazione, specie in Italia; differimento della “carriera familiare” e della scelta di fare un figlio), la riduzione delle risorse di cura della famiglia, l’indebolimento dei legami e delle appartenenze locali che, con l’azione dei nuovi media, hanno radicalmente modificato le tradizionali modalità comunicative, con enormi ripercussioni sulla stessa *coesione sociale*.

Questo mutamento epocale avviene contestualmente all’entrata in crisi dei tradizionali sistemi di protezione sociale, quelli, appunto, del *welfare state*. Lo stato sociale ovunque è entrato in crisi per svariati motivi: l’impossibilità di forzare il prelievo fiscale oltre certi limiti per finanziare bisogni sociali sempre crescenti e diversificati; il calo delle nascite; l’aumento della vita media e del numero degli anziani, che ha creato falle nel sistema previdenziale, già fatto traballare dal limitato numero di occupati stabili e quindi dalla riduzione crescente dei versamenti contributivi degli occupati a favore delle pensioni e delle prestazioni di sicurezza sociale per le precedenti generazioni; l’estendersi dei processi di disagio, di esclusione sociale, che aggiungono a quelle vecchie nuove forme di povertà e di emarginazione, legate anche alla immigrazione, alla disoccupazione, alla precarietà occupazionale dei giovani e alla progressiva messa ai margini del sistema lavorativo, e poi spesso anche sociale, di un sempre più grande

numero di lavoratori, a partire da quegli adulti oltre i cinquant'anni e da quelle donne, nel loro caso di qualsiasi età, che perdono il loro lavoro e la loro precedente qualifica professionale...

Ma gli elementi di crisi vengono anche dalle carenze e dalle difficoltà complessive degli interventi e dei servizi di cura e di assistenza della nostra società come delle altre società occidentali. In generale, le critiche più forti oggi riguardano l'approccio eminentemente speculativo in base al quale dal mercato vengono perseguiti solo i servizi remunerativi; l'azione poco efficiente, efficace e flessibile delle strutture pubbliche, che mirano a prestazioni-standard spesso di basso livello, non in grado di corrispondere ad un campo di bisogni oggi enormemente più complesso, mutevole e di diritti da certi punti di vista insoddisfatti; la tendenza del complessivo sistema di protezione sociale a soddisfare in modo convenzionale, domande "tradizionali": un sistema che ad esempio privilegia i trasferimenti monetari, a partire da quelli di tipo previdenziale, così come la cura "riparatoria", quella sanitaria, l'ospedalizzazione, il ricovero, a scapito dei servizi alla persona, della rimozione della causa, della prevenzione del disagio, della malattia, della sofferenza, delle forme di accudimento-riabilitazione-cura volte al mantenimento del potenziale di autonomia di tante persone, nonché a scapito della crescita complessiva delle qualità di vita, delle capacità della persona, del gruppo, di fare da sé, di darsi un progetto esistenziale.

Il problema della "disumanizzazione" delle prestazioni e dei servizi riguarda fortemente il "mercato" privato, ma anche gli apparati istituzionali e i servizi pubblici, che non sempre e nella misura adeguata operano con modalità oggi imprescindibili: l'apertura e la disponibilità al cambiamento; la capacità di stimolare la motivazione etica degli operatori del servizio e del servizio stesso inteso come sistema; la contestualizzazione della risposta, con la capacità effettiva di mettersi in rete; la personalizzazione dell'intervento, la centralità del bene relazionale, il coinvolgimento diretto dei beneficiari, delle realtà sociali e di volontariato...

Problematiche e prospettive, che indubbiamente sono da tempo all'attenzione nel nostro territorio di responsabili e di operatori dei servizi sociali e sanitari, così come di amministratori locali, devono trovare nuovi modi per rilanciare l'elaborazione e riorientare le politiche e i servizi per gli anziani.<sup>58</sup>

In tutto questo, poi, bisogna considerare le specifiche "criticità" dell'assistenza e della cura destinate agli anziani italiani: su questo, basti solo accennare al fatto che l'Italia è il paese europeo che ha di gran lunga il minor numero di anziani ospitati in istituzioni residenziali o

---

<sup>58</sup> E' opportuno ricordare l'esperienza del gruppo di lavoro costituito da amministratori, operatori, rappresentanti di associazioni, curata dall'Assessorato ai servizi sociali della Provincia di Cremona. Cfr. P. Molinatto, *Quale cultura delle politiche e delle pratiche con gli anziani?* in "Animazione sociale", 10, 2000, pp. 25-54.

seguiti da servizi territoriali e domiciliari; a questo inoltre si aggiunga il peso economico spesso insopportabile per le famiglie quando devono collocare il loro congiunto non autosufficiente in una casa di ricovero.

Dal punto di vista della domanda di assistenza, la risorsa-badanti offre la possibilità a molte famiglie di mantenere il proprio congiunto anziano o disabile nella propria casa, con tutto quanto ciò di positivo evoca in fatto di contenimento dei costi (almeno rispetto alla soluzione casa di riposo), di qualità di relazioni e di possibilità di autonomia.

Ma anche da parte delle famiglie non mancano problemi e aspetti critici. Senza mettere in dubbio il fatto che l'apporto delle badanti è di enorme valore economico, umano e sociale, tutto il fenomeno si presta ad una duplice lettura: lavoro di cura che torna in famiglia significa anche comperare la cura degli altri con allentamento delle relazioni familiari e di vicinato; sollievo della famiglia significa anche rischio eccessivo di delega, disancorando la cura-affetto dalle relazioni dirette; risparmio per la famiglia significa anche arretramento della cultura dei diritti e pericolo di un'assistenza poco qualificata; illegalità come risorsa significa anche diffusione della cultura dell'illegalità; esercizio della capacità di accoglienza significa anche condizioni di vita segreganti per le donne straniere; possibilità di lavorare per donne che provengono da paesi poveri e con sulle spalle quasi sempre situazioni familiari difficilissime, significa svolgere comunque un lavoro che presenta tante e diverse difficoltà e che sovente mortifica le competenze professionali acquisite nei loro paesi d'origine...

Anche se oggi centinaia di migliaia di queste lavoratrici hanno regolarizzato la loro presenza in Italia (ma l'area della effettiva e della potenziale condizione di clandestinità e di lavoro al sommerso è ancora ampia), in ogni modo le procedure di assunzione sono pur sempre rese complicate dal legame con la questione del conseguimento del permesso di soggiorno. Resta poi nel futuro la questione del suo rinnovo in caso di scadenza.

Portare il tema del *care* privato in quello generale del *welfare*, nazionale e locale, significa in primo luogo collocare le questioni in due grandi scenari.

Primo scenario: il soggetto pubblico rinuncia a un compito regolativo oppure non è in grado di svolgerlo efficacemente. Quale che sia il motivo, in tale scenario il maggiore intervento pubblico si traduce, in maniera più o meno esplicita, in una delega al privato. La delega al privato nel fronteggiamento dei bisogni di cura di assistenza costituisce già oggi un tratto peculiare del modello italiano di welfare, ed è chiaro il rischio che un maggior intervento pubblico nel mercato privato dell'assistenza, ad esempio un mero aumento dei trasferimenti monetari alle famiglie, non fa che produrre come esito finale niente altro che la conferma di tale delega. Il primo scenario è già in atto e consiste nell'erogazione di contributi monetari

(indennità di accompagnamento, assegni di cura, assegni sociali, *vouchers*) che spesso, anche essendo alcuni di essi svincolati da precise finalità e da specifiche tipologie di servizi, sono sovente utilizzati per acquistare lavoro in nero. Un meccanismo destinato a riproporsi sempre più nel futuro, dato che insistere sugli assegni di cura porta Regioni e enti locali a non investire in modo adeguato nelle funzioni di regolazione dell'assistenza territoriale e a non porre mano al collegamento, all'integrazione del *care* privato a pagamento con quello pubblico. Inoltre, non permette di risolvere il paradosso per cui più la famiglia si assume e viene investita di compiti importanti e gravosi, più si chiude e viene indotta a chiudersi.

Il secondo scenario è parzialmente in atto, ma ha un carattere soprattutto di prospettiva. Ipotizza che si attuino politiche per introdurre il *care* privato, regolato ed emerso, nella rete dei servizi pubblici, attraverso forme di accreditamento finalizzato a garantirne un livello minimo di qualità. Uno scenario condivisibile nel suo impianto complessivo, ma le sue effettive modalità di attuazione possono scontrarsi con molte e cruciali difficoltà e rivelare grandi differenze nelle varie realtà territoriali. C'è, nel nostro paese, una ormai lunga esperienza in merito alle difficoltà incontrate da tanti enti locali – con riferimento ad accreditamento e a convenzioni – nel verificare la qualità degli erogatori scelti e, ancor più, nel monitorarne l'operato nel corso del tempo e nel comprendere l'impatto della loro azione sull'utenza. Esiste il forte rischio che questi problemi si ripropongano con l'introduzione degli operatori privati nella rete dei servizi a tutela pubblica.

In uno scenario siffatto, si potrebbe introdurre maggiore regolazione senza che questo cambiamento garantisca la qualità delle prestazioni fornite. Gli esiti dei primi tentativi compiuti in Europa in questo senso sono piuttosto incerti, sia in riferimento alla crescita della qualità delle prestazioni, sia alla capacità di creare occupazione regolare, sia di tutelare i lavoratori coinvolti. La sfida di fondo è quella di trovare un equilibrio tra bisogni assistenziali ed esigenze occupazionali.

Ancora una volta, l'orizzonte in cui collocare le nuove politiche richiama alle politiche della *territorialità* e della *domiciliarità*, intese nella loro valenza di fondo, che implicano un profondo cambiamento di visuale sociale e politica, di strategie e di pratiche.

Per prima cosa, occorre il più possibile superrare l'idea che gli interventi di sostegno alla domiciliarità equivalgono e si esauriscono nel mantenere il più possibile a domicilio, nel loro ambiente abituale, le persone con cui si relazionano i servizi. Non si tratta *solo* di questo, ma *soprattutto* dello sforzo mentale di vedere le persone immerse in un sistema di relazioni, che si sostanziano in soggetti, luoghi e tempi ben precisi. Da parte dei servizi, si supera così la più tradizionale "presa in carico", a favore di una dinamica processuale di "accompagnamento",

che parta dalle condizioni di vita delle persone e dalle risorse di cura e di relazione su cui esse possono contare.

Se l'idea di domiciliarità spinge verso un contesto di grande attenzione al territorio e alla comunità, rimane però il rischio che la sua concretizzazione faccia riferimento unicamente a soluzioni organizzative (come supporti economici e di sollievo). Soluzioni preziose, ma che non devono illudere sul fatto che siano sufficienti per realizzare quella cultura della *domiciliarità* diffusa che funga da perno per il rinnovamento dell'intero sistema di *welfare* territoriale.

La domiciliarità sollecita non solo cambiamenti organizzativi, quanto soprattutto un cambiamento di lettura della realtà, una rivisitazione della più tradizionale impostazione del rapporto servizio-utente, suggerendo uno sguardo più attento alla persona, alla sua famiglia, ai luoghi, ai tempi e alle relazioni della sua vita.

Ma è anche compito anche delle forze sociali, sindacati, terzo settore, rete di riferimento ecclesiale, gruppi di cittadini, soggetti politici, far sì che il territorio diventi *laboratorio permanente* di condivisione pratica di esperienze per l'attivazione di collaborazioni e di sinergie tra i soggetti (servizi, associazioni di volontariato, organizzazioni) che, a vario titolo e con cultura, storia, funzione e modalità anche assai diverse, operano con/per le famiglie. Nel rispetto delle differenze e delle specificità dei singoli apporti, ciascun attore è chiamato ad impegnarsi, in primo luogo, per un arricchimento scambievole e per la crescita e il rafforzamento del tessuto comunitario e del suo *capitale sociale*.

**PARTE SECONDA**  
**La genitorialità ferita della famiglia del disabile**

## La sfida radicale della disabilità

### *1. Disabilità e miti della società contemporanea*

La condizione umana dei disabili psichici e fisici propone alla società contemporanea una serie di nodi problematici di ordine politico, culturale e sociale di enorme rilievo e attualità: questioni che sono alla base della nostra storia individuale e collettiva di esseri umani e che rimandano ai miti da cui, in ultima analisi, ricevono il loro senso fondamentale.

E' noto che ogni società umana si è sempre fondata su un proprio immaginario: senza un immaginario profondamente condiviso, il mondo sarebbe per tutti un groviglio inestricabile che metterebbe a dura prova la capacità umana di comprensione e di orientamento. La società contemporanea è permeata da una moltitudine di miti che, in maniera più o meno profonda ed esplicita, orientano la vita di ciascuno di noi. Alcuni di questi miti sembrano connotare irrimediabilmente in negativo la disabilità: i miti del denaro, della bellezza, della carriera, la rimozione della sofferenza e della morte, la ricerca di un benessere individuale, rimandano a un ideale di progresso inarrestabile che condanna ogni imperfezione al fallimento.<sup>59</sup>

Il mito del progresso è talmente radicato da venire esteso, oltre che alla evoluzione collettiva, anche all'esistenza individuale. Ma il mito, considerando il continuo cambiamento e la precarietà della condizione esistenziale, rappresenta un'enorme semplificazione che mira a soddisfare esigenze psicologiche elementari, ma soprattutto a rimuovere, a esorcizzare la morte e tutto ciò che con essa ha a che fare: il limite, l'imprevedibile, il traumatico, la rottura, il discontinuo, il perturbante.

I miti possiedono straordinaria capacità di dare senso all'esistenza umana, a patto di evitare il rischio di soggiacere al loro enorme potere di semplificazione, di ridurre la realtà a schema fra opposti inconciliabili: il bello contro il brutto, il puro contro l'impuro, il normale contro il non normale, l'amico e il nemico. Ma è proprio quello che fa il la mitologia del progresso, che porta a distinguere, in ultima analisi, tra un vincitore e un vinto e che da questa polarizzazione derivino premi e punizioni, inclusioni e esclusioni.

“In realtà, tutte le costruzioni di senso fondamentali, e quindi anche il mito nel suo significato più profondo, mostrano che la vita non è pensabile se non attraverso la dialettica, il

---

<sup>59</sup> Cfr. G. Bocchi, *La sfida del disabile ai miti contemporanei*, in “Animazione Sociale”, 3, 2003, pp. 3-4.

dramma. A mio parere noi abbiamo scambiato la parte per il tutto e ci vogliamo illudere che questa parte sia autosufficiente”.<sup>60</sup>

Contro l'imperfezione della nostra salute come del nostro aspetto estetico, si può oggi contare su mezzi impensabili fino a pochi decenni fa. Essi permettono di corrispondere a profondi desideri e bisogni dell'uomo, al suo stesso modo di essere nel mondo: la peculiarità e la singolarità della specie umana, infatti, è proprio quella di aver creato possibilità di vita che vanno al di là dei vincoli semplicemente biologici. Tutta la storia dell'uomo è contrassegnata dal tentativo, coronato da indubbi successi, di svincolarsi dal dato immediatamente evolutivo attraverso la creazione di sistemi complessi di supporto e di superamento di barriere apparentemente invalicabili. Il primo è stato la cultura, che ha permesso valorizzare le potenzialità umane.

Ma l'uomo non può pensare di controllare, modificare a suo piacimento tutto, sognando che il suo destino sia solo la perfezione (o ciò che in quel momento storico si pensa sia la perfezione) e che tutto ciò che non rientra in quel parametro sia eliminabile con opportune operazioni di “aggiustamento”, di “pulizia” e di “abbellimento”.

E' soprattutto il deficit della disabilità, un limite che non è assimilabile alle più comuni “infermità” e non è cancellabile dal miglior chirurgo, a confermare che solo su alcuni aspetti e fino ad un certo punto aggiustamento e pulizia sono possibili.

Lo sforzo di superare, eliminare o ridurre i gravi limiti che gravano sull'uomo non deve far mai dimenticare che la condizione umana è sostanziata da radici plurali, molteplicità, dissonanti, drammatiche, e che tutto ciò non costituisce qualcosa da confinare e da ghettizzare, ma è l'essenza stessa della vicenda umana. La nostra vita ha senso proprio perché esiste il limite.

La disabilità pone tutti direttamente di fronte al limite. “La disabilità è una sollecitazione, un richiamo che si presenta nella sua nudità, nella sua radicale durezza, non consentendo, quindi, finzioni, simulazioni o vie di fuga nell'indifferenza e nel chiamarsi fuori: chiama a decidere, a prendere posizione, a interrogarsi, attorno a questioni di fondo che riguardano il senso del nostro stare al mondo. E' una realtà che tocca le radici delle emozioni, dei sentimenti, dei legami; interroga, quindi, rispetto all'autenticità delle relazioni e ai valori sui quali sono fondate”.<sup>61</sup>

Le infermità fisiche inquietano perché portano con sé qualcosa che fa intravedere la verità della condizione umana, la sua fragilità, la sua mortalità. In ogni momento della nostra

---

<sup>60</sup> Ivi, p. 4.

<sup>61</sup> M. Colleoni, *La provocazione della disabilità*, in “Animazione Sociale, 10, 2003, p. 71.

esistenza dobbiamo fare i conti con la drammatica possibilità, meglio ancora, con la certezza, della decadenza fisica, della malattia e della morte.

Solo fino a pochi anni fa, si parlava della non autosufficienza dell'anziano come di un "rischio". Ma oggi, con il protrarsi della vita e con la possibilità di vivere malgrado patologie e infermità plurime gravi, la condizione invalidante protratta per anni è, per la maggioranza delle persone nei paesi occidentali, una certezza.

Solo accettando la sua vulnerabilità, l'uomo riesce a creare una convivenza che guarda tutte le forme dell'esistenza umana in modo tale non solo da accettarle, ma anche da amarle. L'amore verso l'altro si basa sull'accettazione delle condizioni di fragilità di ciascuno di noi.

Il giusto richiamo al fondamento della condizione umana non deve comunque far perdere di vista la specificità della disabilità, dell'handicap, perché ciò ostacolerebbe il dispiegamento delle necessarie misure e l'assunzione delle necessarie responsabilità.

Non si tratta di negare la realtà di quella differenza che è connaturata nella disabilità, nell'handicap, cioè il suo essere una dissonanza visibile rispetto ad una soglia che culturalmente e socialmente viene considerata accettabile e che, oltrepassata, non può non produrre particolare disagio, sofferenza, limitazione. Anche se la visibilità delle imperfezioni fisiche e psichiche contribuisce a rendere evidenti la diversità e la norma, ciò che non è accettabile è la necessità di stabilire un'alternativa radicale fra la "norma" e la "diversità", rendendo oggettiva, forte, irriducibile, discriminante e inevitabilmente emarginante la "distanza". In questo modo, si attivano spesso meccanismi psicologici e ideologici che portano a sottolineare e a enfatizzare la visibilità e i confini delle differenze per sentirsi più "normali": ma questi confini sono quelli dell'emarginazione.

Si evita poi spesso di considerare che vi sono handicap derivanti da *deficit* veri e propri, già spesso presenti nelle condizioni di partenza di un'esistenza umana o comunque dotati di una forte configurazione di oggettività clinica, ma anche che molte disabilità psicofisiche derivano dalla miseria, dalle violenze urbane e suburbane, dalle distorsioni educative, dalla marginalità e dal disagio sociale.

Non è possibile inoltre ignorare come nel caso della malattia mentale il confine tra "normalità" e follia sia molto sottile: la cosiddetta normalità è intessuta da disturbi, disagi, disequilibri che hanno modo di celarsi o di manifestarsi secondo gli eventi della vita (il consumo di psicofarmaci, alcool e droghe, il ricorso a guaritori e a maghi per combattere la sofferenza, sono fenomeni di grande diffusione). Mentre la fragilità, la mutevolezza e la subordinazione a parametri culturali del concetto di normalità viene rimossa, si decide che alcuni individui sono irrimediabilmente "folli", mentre altri indiscutibilmente "normali",

secondo criteri molto rassicuranti, ma sicuramente contestabili. Non continua a succedere che persone comunemente ritenute “normali” compiano atti gravissimi, drammatici per la vita individuale e per quella collettiva?

La disabilità fisica o psico-cognitiva, con la sua particolare capacità di esporre lo scarto tra la norma e l’eccezione individuale, è stata facilmente usata per attivare quel terribile e drammatico meccanismo storico della “disumanizzazione”. Sulla “visibilità”, trasformata in “oggettività”, delle differenze, etnie, categorie di uomini e di donne (prima di tutte, quelle degli handicappati e degli ammalati mentali, come ha mostrato il nazismo), innumerevoli essere umani sono stati giudicati “non uomini”.

Privati della loro attribuzione umana, individui, categorie di individui, etnie e popoli diventano disumani e questo nel corso della storia, dalla secolare pratica dello schiavismo alla distruzione della popolazione originaria dell’America fino all’olocausto, ha legittimato a livello collettivo e individuale ogni violenza, conquista, genocidio.

## **2. *Contenuto e senso delle parole che definiscono la disabilità***

Anche l’analisi delle parole e dei concetti, anche impliciti, che esse contengono, offre un utile apporto e stimolo a inquadrare, a confermare o a svelare criteri e orientamenti di percezione del problema.

“Ciò che si indica con il termine handicap è stato oggetto di numerose controversie. Un uso eccessivamente oggettivante e disinvolto di esso rende conto di una volontà spesso implicita di non affrontare il problema educativo che i soggetti portatori di handicap pongono. Gli handicap sono svantaggi oggettivi dovuti a malattie o menomazioni fisiche che comportano spesso grave deficit psichico, oltre a inadeguatezze e disabilità determinate nelle condotte pratiche dell’individuo. Essi vanno considerati come situazioni di partenza per l’approccio educativo”.<sup>62</sup>

L’attenzione alle parole è importante, non tanto per un fatto estetico o formale, ma perché nelle parole è contenuto il modello operativo a cui si fa riferimento. Utilizzare termini impropri e fare confusioni linguistiche può essere un modo per aumentare la visione negativa dell’handicap, anziché ridurla.

“La terminologia può servire a isolare e recingere gli handicappati, con muri che vengono poi costruiti con i mattoni, ma che prima sono preceduti o legittimati dalle parole. Inoltre, le parole ci aiutano a capire come impostiamo il rapporto e il lavoro con le persone disabili. Le parole riguardano le *informazioni*, pluridisciplinari, che arrivano agli operatori, agli educatori,

---

<sup>62</sup> P. Mottana, *L’educazione degli handicappati*, in R. Massa, *Istituzioni di pedagogia e scienze dell’educazione*, Laterza, Bari, 1990, p. 554.

ecc., così come quelle che sono diffuse nell'opinione pubblica (alcuni vocaboli evocano terrorismo psicologico o pregiudizi educativi gravissimi).

Parole e informazioni *condizionano e motivano previsioni che rafforzano i pregiudizi* che li avevano alimentati".<sup>63</sup>

L'uso adeguato del linguaggio è particolarmente necessario nel diffuso accostamento fra *disabilità e malattia*, che, anche perché sembrerebbe avvalorato da varie evidenze, produce effetti negativi su vari piani (ma già l'ancora più generale distinzione fra *salute e malattia* porta ad analoghe confusioni di significato, tanto che certi studiosi, in nome della continuità fra le due condizioni, rifiutano di dare definizioni, col paradosso che, allora, non vi sono più né i sani né, ovviamente, ammalati).

Le analogie e le differenziazioni tra i concetti di malattia e disabilità possono partire dal rapporto fra quelli di *malattia e anomalia*. La malattia interrompe un corso, uno stato più o meno connotato dalla condizione di salute; può divenire cronica, ma può anche essere superata. La malattia è in ogni caso circondata e vissuta in un'attesa, o in una nostalgia, di un corso precedente.

Questa attesa, o questa nostalgia, non può connotare l'anomalia, che, in quanto diversità permanente, può essere alleviata, ma non risolta. E' tuttavia uno stato che può vivere un processo eminentemente culturale e sociale che favorisce (o non favorisce) percorsi e crescite sia di tipo psicologico che funzionale (un processo riabilitativo non cambia la fisionomia dell'handicap, ma consente l'assunzione di capacità nuove che possono sostenere e far vivere diversamente lo stesso handicappato). Quindi, è discutibile, in questo senso, parlare dell'handicappato come di un malato.<sup>64</sup>

La distinzione è importante, perché dice che occorre affrontare o vivere una situazione che è permanente e non può essere pensata o vissuta in termini di un tempo di cura e un successivo tempo di post-cura. E' proprio questo che ha posto in luce critica la logica di un trattamento educativo, riabilitativo, sanitario che venisse prima dell'integrazione sociale e culturale di chi è portatore di handicap. Sarebbe un modo di procedere come se l'handicap fosse una malattia. Ma in realtà non lo è: è in un'altra dimensione, e come tale va vissuto e affrontato.

I cambiamenti della terminologia e della classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenziano in modo significativo l'evoluzione del modo di pensare la disabilità e il modo con cui affrontarla.

---

<sup>63</sup> Cfr. A. Canevaro, *Educazione e handicappati*, La Nuova Italia, Firenze, 1979, p. 9.

<sup>64</sup> Cfr., Ivi, pp. 17-19.

Il primo documento dell'Oms (1980) associava sia lo stato di un individuo a funzioni e strutture del corpo umano, sia anche ad attività a livello individuale o di partecipazione sociale. Il documento distingueva innanzitutto *deficienza (o deficit)*, concernente una mancanza permanente, cioè anomalie che riguardano la fisicità o la parte psichiatrica ma che hanno un carattere di irreversibilità (nelle condizioni normali della vita e della medicina del presente) da *incapacità*, mancanza permanente di alcune capacità individuali derivante dal deficit. L'*handicap* veniva definito come l'incontro dell'incapacità, e quindi del deficit, con i vari fattori sociali, educativi e relazionali dell'organizzazione ambientale, intesa sia in senso ampio, cioè storico e culturale, sia in senso più localizzato e ridotto, riferito allo specifico ambito di vita di ogni soggetto disabile.

Già la prima definizione dell'Oms ha permesso di sostenere un principio fondamentale: bisogna conoscere il deficit per accettarlo e conoscere l'handicap per rifiutarlo, cioè per cercare di diminuirlo, magari di annullarlo, evitando anche di non aggiungergli altri pesi, altri handicap.<sup>65</sup>

Il punto di partenza nella definizione internazionale propone in sostanza concetti chiari: l'individuo è *relativamente* handicappato, cioè l'handicap è un fatto relativo e non assoluto, al contrario di ciò che si può dire del deficit. In altri termini, un'amputazione non può essere negata ed è quindi assoluta; lo svantaggio (l'handicap) è invece relativo alle condizioni sociali e di lavoro, in una parola alla realtà in cui l'individuo amputato è collocato. L'handicap è l'incontro tra individuo e situazione. E' uno svantaggio riducibile o, purtroppo, aumentabile.

Il secondo documento (2001), *Classificazione Internazionale del funzionamento, delle disabilità e della salute* (ICF), attua un cambiamento significativo nel modo di porsi di fronte al problema.

In primo luogo, il quadro di riferimento e la terminologia sono quelli utilizzati per descrivere in generale lo stato di una persona.

In secondo luogo, alla base non c'è più il collegamento a un deficit, a un disturbo, strutturale o funzionale: le classificazioni si basano sul concetto di *funzionamento*, e il riferimento alle restrizioni corporee è sempre relativo ai limiti e alle possibilità di partecipazione sociale. La nuova classificazione copre ogni problema relativo agli stati funzionali correlati alle condizioni di salute, con riferimento a tre livelli: quello del corpo (funzioni e struttura); quello della persona (le attività che svolge); quello della società (aree di vita in cui una persona è coinvolta, ha accesso, incontra opportunità o barriere).

---

<sup>65</sup> Cfr. A. Canevaro, *Pedagogia speciale dell'integrazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1996, p. 43.

Questo approccio non ha quindi l'obbligo di specificare le cause di una menomazione ma solo di indicarne gli effetti.

Il termine handicap è stato abbandonato, sostituito dal termine disabilità, incaricato a indicare sia la restrizione di attività sia la limitazione di partecipazione (gli altri termini principalmente usati sono questi: condizione di salute, menomazione, limitazione dell'attività, restrizione della partecipazione, fattori ambientali, fattori personali).

Mettendo al centro la funzione, l'attività, che può essere più o meno sviluppata a seconda delle condizioni proprie dell'individuo e che è fortemente condizionata da fattori derivanti dal modo esterno, si costruisce quindi uno schema concettuale che favorisce un nuovo modello operativo.

“La nuova definizione supera la logica consequenziale del rapporto tra menomazione-disabilità-handicap, utilizzata nella precedente classificazione, per sottolineare con maggiore forza l'approccio multidimensionale nonché gli aspetti contestuali”.<sup>66</sup>

La nuova classificazione sottolinea fortemente quanto i fattori contestuali influenzino le possibilità funzionali della persona disabile. Gli aspetti legati al contesto sono quelli ambientali, sociali, materiali (organizzazione della società, caratteristiche architettoniche, strutture giuridiche e sociali, ecc.) e personali (sesso, età, livello d'istruzione, ecc.).

“Attraverso tale approccio multidimensionale, si sottolinea come disabilità e attività quotidiane siano interazioni tra lo stato di salute e fattori di contesto e vadano considerati processi interattivi ed evolutivi. La nuova classificazione integra il modello medico – che considera la disabilità un problema personale causato da malattie o traumi – con un modello sociale – che considera la disabilità derivante dalla società. Ciò significa che le azioni volte a ridurre le situazioni di disabilità devono prevedere interventi integrati rivolti alla sfera fisica, psichica, sensoriale, di contesto”.<sup>67</sup>

Il nuovo ICF è uno sviluppo coerente del precedente pensiero dell'Oms. Il cambio di registro e di approccio, che utilizza i termini solo in positivo, parlando di funzioni, strutture, attività, partecipazione anziché di impedimenti, disabilità, handicap, è un importante passo verso la valorizzazione del singolo.

Ma, come sempre, la concettualizzazione e le terminologie, per quanto importanti, da sole non bastano a cambiare il modo di pensare diffuso e le cose.

### ***3. I principali punti di vista con cui pensare la disabilità***

---

<sup>66</sup> IRESS, *Aggiornamento dell'indagine sulla disabilità in provincia di Cremona*, Provincia di Cremona, 2003, p. 6.

<sup>67</sup> Ivi, p. 7.

Diverso da quello proposto dall'Oms, ancora molto diffuso nelle visioni interpretative, nei comportamenti sociali e nelle pratiche dei servizi sociosanitari, è il punto di vista che della disabilità sottolinea soprattutto gli aspetti di difficoltà, assenza, mancanza, limite, dipendenza.

Si tratta chiaramente di un approccio mutuato dalla medicina, per cui la disabilità si può conoscere focalizzando e classificando la specificità dei deficit, il grado delle autonomie funzionali, delle competenze, delle abilità. Da questa idea deriva la ricerca degli interventi atti a ridurre la distanza dalla normalità, a riparare, a riabilitare, a costruire abilità integrative o sostituire quelle assenti o debolmente presenti.

Indubbiamente, questo angolo di visuale presenta aspetti di forza, ma anche seri elementi critici, fra i quali il rischio di etichettare le persone.

“Etichettare è indicare un individuo attraverso le categorie di deficit che può avere, e ciò presenta seri elementi critici. Ma anche una controproposta semplicistica, per cui basta eliminare l’etichettatura che si normalizza tutto e tutti”.<sup>68</sup>

Se bisogna evitare di accostarsi alla disabilità con categorie troppo generali, che possono impedire di cogliere elementi costitutivi e ineludibili del problema, è tuttavia sbagliato distinguere troppo, leggere in modo frammentario la condizione di una persona, pretendendo che vi siano professionalità e soluzioni tecniche speciali per ogni categoria di deficit individuata. Ogni classificazione è per certi aspetti un aiuto, una guida per un chiarimento; per altri aspetti, una gabbia che chiude.

Da un lato, le concezioni e le definizioni troppo “globalizzanti”, generalizzanti e generiche, che definiscono ogni caso includendo sotto la stessa etichetta origini, motivi e manifestazioni molto diversificati, portano ad evitare o a ridurre gli interventi utili e adeguati e quindi a predisporre davvero quel soggetto a quella sindrome. Ogni tipo di disabilità richiede una elaborazione specifica di tecniche di trattamento e, allo stesso tempo, particolari itinerari di ricerca. Questo vale anche per il mondo dell’educazione, in cui l’obiettivo della crescita personale e dell’effettiva integrazione nel contesto scolastico deve essere realizzato tenendo conto di soggetti che pongono istanze e bisogni che vanno conosciuti ed elaborati nella loro specificità.

Dall’altro lato, tuttavia, è necessario evitare anche l’errore, opposto e complementare, di non riportare ogni situazione in un quadro generale. Le classificazioni e la terminologia devono sempre tentare di creare un campo unitario di analisi, di lettura e di articolazione della realtà, di elaborare e di rendere comunicabile ogni apporto e ogni esperienza in un quadro

---

<sup>68</sup> A. Canevaro, *Educazione e handicappati*, cit., p. 28.

interdisciplinare, di far incontrare culture e professionalità attraverso la capacità di leggere la concretezza della persona e la sua collocazione nella quotidianità.

L'ottica operativa di derivazione medico presenta altre importanti declinazioni, a partire dal modello *clinico*. La parola "clinico" viene dal greco e richiama il letto del paziente: evocando il medico che raggiunge il paziente nel suo contesto, propone senza dubbio una prospettiva valida, ma che nella pratica può essere deformata. In primo luogo, l'oggetto del suo sguardo specializzato rischia di essere solo o soprattutto il corpo smembrato, sintomatico della medicina e dei suoi strumenti diagnostici e riabilitativi. Così, la disabilità (ma sotto vari aspetti anche la vecchiaia), sottratta al mondo della vita e all'esperienza personale e sociale, può essere vista eminentemente come accumulo di deficit e di incapacità.

In conseguenza, l'ottica clinica può portare a considerare, magari solo implicitamente, il contesto di un individuo come patologico, e di conseguenza a situare gli individui all'interno di un campo a priori definito dalla mancanza di un suo membro: meglio, in un campo di leggibilità, di descrizione, di sorveglianza.

"Trasformato un individuo handicappato in 'paziente', l'operazione seguente è la trasformazione del suo contesto (es., la famiglia) in letto (cline)... In conseguenza di questo malinteso, si inducono anche gli 'utenti' a muoversi all'interno di questo malinteso. Ecco il predominio dell'aspetto curativo rispetto agli interventi sulla qualità della vita, sulla prevenzione, ecc. Inoltre, l'intervento è precluso ai meno abbienti (o praticato solo in momenti particolarmente acuti, drammatici, quelli in cui poi l'intervento stesso è quasi sempre assai problematico...). Seconda conseguenza: seguire le terapie di moda in quel momento. Inoltre, il modello medico induce aspettative in termini di 'guarigione', un traguardo che ha ben poco a che fare coi problemi di un handicappato".<sup>69</sup>

Sottoposto a esame, sia il disabile che la sua famiglia possono trasformarsi in un "caso", che, in quanto tale, può essere descritto, valutato, comparato ad altri, classificato.

Lo schema di inquadramento medico-sanitario, come ogni altro modello, è assai complesso e presenta al suo interno interpretazioni e sviluppi diversificati. In ogni modo, come in ultima analisi per ogni modello, mostra luci e ombre.

"Da un lato consente di assumere dei problemi reali (l'uso del linguaggio, le capacità di spostamento autonomo, lo sviluppo di specifiche autonomie individuali, ecc.) finalizzando in maniera circoscritta e verificabile gli interventi, e consentendo alle persone di acquisire migliori capacità di autonomia.

---

<sup>69</sup> A. Canevaro, *Pedagogia speciale dell'educazione*, cit., pp. 85-86.

Su un altro piano rischia di concentrare energie e interventi su aspetti parziali, producendo dei fenomeni di “frantumazione” e “spezzettamento” della persona, che diviene, di volta in volta, l’arto da riabilitare, la funzione cognitiva da sostenere, l’abilità di comportamento da far acquisire”.<sup>70</sup>

Il punto di vista clinico, con la sua vocazione specialistica, offre grandi risorse e non può essere abbandonato, rinunciando a una visione articolata della persona. Ma rischia di mirare soprattutto al contenimento della disabilità, ostacolando la sua restituzione allo scambio razionale, culturale, simbolico con la società e con il lavoro, scambio che ha come prospettiva la piena validazione della persona.

Un secondo e differente modo di declinare l’idea di disabilità mette invece l’accento su altri aspetti della persona, basandosi su riferimenti culturali e valoriali differenti. Si tratta di un orientamento meno diffuso in campo sanitario e più presente in ambiti socio-educativi, in realtà di volontariato, in esperienze di integrazione lavorativa e di animazione del tempo libero.

E’ una lettura della disabilità che fa riferimento a codici di *tipo sociale e culturale*, legati ai diritti di cittadinanza, piuttosto che a matrici di tipo medico.

“A partire da questi orientamenti di fondo, la disabilità viene accostata e letta soprattutto a partire dai rischi concreti che molte persone disabili corrono di essere private di mezzi e occasioni di autorealizzazione personale, di essere tenute al di fuori dei tessuti sociali, di essere emarginate.

Conseguentemente, gli interventi che vengono pensati e realizzati sono centrati sul contrasto all’emarginazione, sulla restituzione dei diritti che sono stati lesi, sul superamento delle barriere culturali e sociali all’integrazione, sulla offerta di possibilità (contesti, attività, relazioni) concrete, di sperimentare occasioni di integrazione sociale”.<sup>71</sup> Questo approccio favorisce progetti di sensibilizzazione sociale, di socializzazione dei disabili all’interno dei propri contesti di vita, di attivazione di esperienze dal contenuto espressivo, sportivo, musicale, “artiterapico” ed “ergoterapico”...

Questo tipo di orientamento, di certo assai produttivo nel tempo presente, ha inciso in modo rilevante sul modo con cui la società ha affrontato il problema della disabilità, sostenendo le politiche volte all’integrazione e svolgendo un ruolo significativo nei movimenti, negli anni Settanta e Ottanta, di deistituzionalizzazione e di rifiuto delle forme di segregazione.

Ma anche questo approccio non esaurisce le prospettive e presenta aspetti ambivalenti.

---

<sup>70</sup> M. Colleoni, *La provocazione della disabilità*, in “Animazione Sociale”, cit., p. 68.

<sup>71</sup> Ivi, p. 69.

“Va indubbiamente richiamato e tenuto presente il rischio effettivo che le persone con disabilità restino ai margini dei nostri contesti sociali e, quindi, occorre pensare a come fronteggiare concretamente questo problema.

D'altra parte però capita di vedere iniziative che, in tutta buona fede e in maniera un po'ingenua, si fanno 'accecare' dalla centralità dei diritti di socialità e di integrazione, e rischiano di perdere di vista le persone, con i loro bisogni concreti, limiti e fragilità, con le loro attese e potenzialità reali.

Assistiamo, allora, a episodi che vengono presentati come esperienze di integrazione, nelle quali viene spontaneo chiedersi se le persone “ci sono” o sono state semplicemente “collocate” in quella situazione”.<sup>72</sup>

Vi è poi una terza impostazione. Attualmente, molti contributi di carattere scientifico e culturale ed esperienze concrete di progetti e servizi propongono un terzo modello, il cui approccio, pur essendo diverso, è particolarmente attento ad accogliere le sollecitazioni dei precedenti inquadramenti.

“Si parte dall'idea che siamo di fronte a persone con una loro storia e una loro unicità, oltre che con diritti e difficoltà più o meno invalidanti.

In questa prospettiva la persona con handicap, per quanto diversa da me e da un'idea di normalità socialmente accettata, nel suo rapporto con la vita ha comunque una sua organizzazione logica e, quindi, una sua identità.

La persona in sé è sempre logica nello stesso momento in cui esprime un rapporto con la vita. Così quello che noi definiamo anormalità, patologia, handicap, non è tale per la mancanza di una propria logica, ma per la mancata realizzazione di aspettative socialmente condivise”.<sup>73</sup>

Questa visione, che cerca di porre il disabile in primo piano come persona concreta, unica, con una propria storia e una propria identità, sembra accogliere molte delle sollecitazioni delle due prospettive precedenti. Infatti, non nega la presenza di menomazioni, danni, forme di sofferenza che hanno bisogno di essere individuate e trattate adeguatamente, ma combatte quell'interpretazione per cui i disabili si trovano ridotti al loro sintomo, con il rischio di una etichettatura globale che, in quanto tale, non può che negare le differenze individuali. E nemmeno dimentica i rischi reali di esclusione sociale che corrono le persone con handicap, quando si scorda che il termine handicappato non cancella l'essere bambino o bambina, uomo o donna, ma cerca di combatterli evitando soluzioni troppo “ideologiche”, che non tengono adeguatamente conto dell'effettiva storia e possibilità di esperienze di ogni singolo soggetto.

---

<sup>72</sup> *Ibidem.*

<sup>73</sup> Ivi, p. 70.

Il nuovo approccio vuole soprattutto chiedersi com'è possibile promuovere relazioni interpersonali feconde e condizioni di vita dignitose e autentiche nei confronti di ogni persona con difficoltà strutturali nella propria autonomia personale e sociale.

Le conseguenze sulla progettualità sono rilevanti. Infatti diventa possibile pensare a interventi e a iniziative di diverso tipo, durata e intensità, accomunate però dallo sforzo concreto di promuovere e alimentare condizioni soggettive e relazioni di maggiore dignità e benessere nei disabili e nelle loro famiglie. Il che, sul piano del loro concreto progetto di vita, significa una concreta prospettiva esistenziale che consenta di non vivere la propria vita quotidiana accompagnati dalla sofferenza, ma stare in relazione con altri, allacciare legami, costruire reciprocità, disporre di forme di opportunità per esprimere soggettività e esercitare scelte, per manifestare potenzialità e risorse personali che, senza aiuto, rischiano di restare inibite, compresse, inascoltate.

Diviene importante pensare ad attività che non si realizzino solo nei tempi e nei contesti specifici della persona disabile, come ad esempio i servizi socio-educativi, ma anche nel suo tempo e ambiente di vita. Ponendo l'attenzione sulla convivenza e sulle possibilità offerte dai contesti relazionali, si stabiliscono, di conseguenza, possibilità di relazioni e di reciprocità più numerose e più aperte, nelle quali ciascuna delle persone implicate nel rapporto "scambia" qualcosa, a livello emotivo, cognitivo, simbolico, valoriale. Le dinamiche relazionali non sono più in ultima analisi unidirezionali, in cui c'è chi dà e qualcuno che riceve, ma possono seguire una logica meno dissimetrica e più coevolutiva, improntata alla reciprocità.

#### ***4. La provocazione dell'idea della disabilità come risorsa***

La persona con disabilità non solo può giocare nel sociale ruoli attivi e di crescita per sé, ma può diventare risorsa per promuovere nuove relazioni che interrogano e provocano le persone, i servizi, la comunità. Definire la disabilità una potenziale "risorsa" può sembrare provocatorio, eppure trova connessioni non solo in dati di esperienze concrete, che la letteratura ampiamente presenta, ma anche in vissuti e in significati cruciali del vivere umano.

La disabilità non è solo fonte di depressione, frustrazione, sofferenza, così come non è solo un male, da curare o da contenere per poterne sopportare il peso troppo angosciante, ma è anche sollecitazione al confronto, alla riflessione, alla ricerca di risposte possibili attorno a ciò che conta per la nostra vita, a ciò per cui vale la pena desiderare, sperare, soffrire, gioire, lottare. La disabilità, toccando le radici delle emozioni, dei sentimenti, dei legami, pone domande cruciali sull'autenticità delle relazioni e ai valori sui quali sono fondate.

Soprattutto, forse più che ogni altra condizione della vita umana, stimola e diffonde la responsabilità (l'assunzione piena di un compito, *child care*: 'care' non deriva dal latino *caritas*, ma dal gotico *kare*, "responsabilità"). Un esercizio della responsabilità che soprattutto nel caso della disabilità si deve esplicitare non solo con spirito di solidarietà, di condivisione, ma anche con le risorse della cultura, dell'intelligenza e dell'abilità, con lo sforzo di informarsi, di studiare un problema e di rispondere a esso in modo competente.

Inoltre, la disabilità può essere ritenuta una risorsa perché "provoca" tutti a maturare, a crescere. Il disabile, perché debole e "incolpevole", può stimolare sentimenti e comportamenti pietistici, che comunque irrigidiscono "l'altro" nella sua diversità. Può anche mettere in moto pericolosi meccanismi proiettivi e di rifiuto. In entrambi i casi, mette alla prova la capacità di tollerare le differenze, le specificità, le variazioni della norma, di aprire fessure e brecce rispetto a logiche di rigetto e di chiusura.

La condizione della persona disabile apre anche alla ricerca di dimensioni comunitarie e di abitudini di vita di cui sempre più spesso si parla come di qualcosa che si è perduto e che va riconquistato: la semplicità del quotidiano, l'incontro diretto, la centralità della vicinanza, della comunanza tra persone, dello "stare con"...

In altre parole, la disabilità chiama in causa e valorizza il *capitale sociale* a disposizione (o non a disposizione) di ogni singola persona e di ogni comunità.

Mettere al centro la questione del capitale sociale significa, in fondo, tornare a parlare del futuro: del futuro che vogliamo e che possiamo costruire per le nostre comunità. Il capitale sociale non è altro che la possibilità di alimentare un mondo condiviso di relazioni, di incontri, di legami sociali, a partire dai più semplici e quotidiani, ma che permettono di avere a disposizione risorse di vario tipo, soprattutto relazionali. Il capitale sociale fa vivere un'idea di cittadinanza dove, in fondo, non ci devono essere vinti e vincitori.

Fra i tanti esempi di che cos'è capitale sociale, si può proporre l'immagine di una città, di una comunità in cui le persone, di tutte le età, escono senza paura da casa e si incontrano in piazza, parlano, si esprimono... Il capitale sociale è legame sociale, ma non solo: è la fiducia che si respira, è la disponibilità e la capacità di far fronte ai propri problemi, è la possibilità di riconoscere e di essere riconosciuti. E questo evoca una comunità in cui il ragazzo disabile, a partire dalle semplici relazioni quotidiane, trova chi parla con lui, gli apre la porta se suona il campanello di casa, lo accoglie a scuola, all'oratorio, al bar, nel luogo di lavoro...: una vita comunitaria che di fatto mette in crisi la vecchia nozione di "recupero" per aprire una prospettiva di inserimento nella sua singolarità a pieno titolo, nella vita sociale, scolastica, lavorativa.

La disabilità può contribuire a irrobustire il capitale sociale quando alimenta reciprocità feconde e dirette, amplifica e offre spazio alle solidarietà aperte al contributo di molti e ai diversi livelli di investimento e di impegno.

Anche il sistema dei servizi a supporto dei disabili deve essere inteso come un'espressione molto importante del capitale sociale. I servizi sociali non sono – o, comunque, non dovrebbero essere – un sistema di tamponamento per sostenere la persona quando questa è più debole, ma parte costitutiva di quel processo di valorizzazione della condizione umana e della vita sociale che assegna valore a tutte le età della vita e a tutte le condizioni umane.

Da questo punto di vista, l'handicap provoca e interroga soprattutto logiche che, sotto molti aspetti, continuano a configurare l'agire dei servizi socio-sanitari, sollecitando una ricerca di significati e di comportamenti diversi, ridimensiona l'approccio troppo orientato al contenimento, alla guarigione, a favore di una prospettiva centrata sulla convivenza e su nuovi equilibri possibili da costruire. L'obiettivo che si pone non è più l'impossibile guarigione, ma il benessere possibile.

Divengono quindi necessarie professionalità aperte a saperi che si rapportano sempre all'esperienza, per cui non solo si prendono in carico direttamente il disabile, ma anche aiutano a connettere nuovi punti di vista, diverse sensibilità, disponibilità. E questo prospetta un profondo cambiamento nella loro natura e operatività.

“In questa prospettiva, oggetto di lavoro dei servizi è la persona non tanto vista in astratto o segmentata nelle sue parti, ma vista nelle sue relazioni vitali con la famiglia e l'ambiente, relazioni attuali e potenziali, aperte a possibili evoluzioni e cambiamenti. I diversi fuochi di attenzione delle diverse professioni e competenze possono trovare un punto di sintesi e un senso attorno a questo tipo di oggetto”.<sup>74</sup>

E' un lavoro che ha bisogno del contributo di punti di vista differenti, espressi da angoli di osservazione e modalità di coinvolgimento differenti. Diventano significativi i dati e le rappresentazioni fornite dalle famiglie, dai vicini di casa, dagli insegnanti, dai volontari, da coloro che vivono esperienze accanto alla persona disabile, che spesso non trovano opportunità per elaborare, confrontare e socializzare le tante cose che vedono, sanno, fanno, criticano, prospettano.

C'è una logica del dare e del ricevere e ce n'è un'altra dello scambio. La prima, in ultima analisi, produce assistiti e professionisti del sociale (del pubblico o del privato sociale poco importa); la seconda mette insieme, valorizza e nello stesso tempo contribuisce a far crescere

---

<sup>74</sup> M. Colleoni, *La provocazione della disabilità*, in “Animazione Sociale”, cit., p. 73.

piccoli pezzi di una comunità locale: persone, famiglie, vicini di casa, gruppi, associazioni e istituzioni che, per il fatto stesso di lavorare insieme, si conoscono e si riconoscono come attori, arricchendosi reciprocamente di beni, servizi, relazioni, partnership, lavoro vivo, idee, progetti. A volte, basta davvero poco...

C'è un prendersi cura che rende le persone "pazienti" e un altro che le trasforma in "agenti". C'è una cultura dell'abilitazione e una cultura dell'autodeterminazione. E' quest'ultima prospettiva che consente ai servizi di pensarsi un po' meno centri di risposta diretta, e un po' più centri di iniziativa e di attivazione di risposte costruite con la partecipazione, e sotto molti riguardi, con il protagonismo, di chi opera con la disabilità all'interno del territorio.

In primo luogo, con la partecipazione e il protagonismo della famiglia.

## **Capitolo secondo**

### **Uno sguardo su come il nostro territorio accoglie la disabilità**

#### ***1. Cenni al quadro territoriale degli interventi***

Non è compito di questa trattazione produrre un'analisi complessiva e approfondita dell'attività dei molteplici soggetti istituzionali e sociali impegnati sul terreno della disabilità. D'altro canto, a svolgere utili e complessi compiti di ricerca quantitativa e qualitativa sulla problematica, opera l'*Iress*, una struttura specializzata che su incarico della Provincia raccoglie ed elabora i dati che confluiscono all'interno del suo *Osservatorio sulle Politiche sociali*. Inizialmente, da parte della Provincia era stata prevista la costituzione di un osservatorio specifico sui temi della disabilità, ma l'ipotesi è stata poi superata dalla scelta di attivare un più

complessivo Osservatorio, nel quale far confluire anche l'importante problematica della disabilità (un'impostazione in linea con quanto previsto dalla normativa nazionale)

I dati raccolti dall'*Iress* sono stati elaborati in due rapporti finali: “*Studio di fattibilità: un Osservatorio provinciale sull'handicap*, dell'aprile del 2000, “*Aggiornamento dell'indagine sulla realtà dell'handicap in provincia di Cremona*”, del giugno 2002. Nel giugno del 2003, il lavoro è stato completato con un nuovo studio: “*Aggiornamento dell'indagine sulla disabilità in provincia di Cremona*”.

Il sistema dei servizi sociali relativi all'handicap configura nella nostra provincia un complesso intreccio di competenze istituzionali esplicitate dalla Provincia, dai Comuni, dall'Azienda Ospedaliera e dall'Asl.

Alla Provincia, oltre alla realizzazione dell'attività di studio e di monitoraggio sugli interventi favore dei disabili nell'ambito dell'Osservatorio sulle politiche sociali, attendono compiti (svolti dagli assessorati competenti) relativi alla formazione, soprattutto finalizzati all'integrazione scolastica, alla formazione professionale e all'inserimento lavorativo, con il compito di definire e guidare la sperimentazione di metodi d'inserimento lavorativo specificamente rivolto alle persone disabili (dal 2002, è stato attivato un Ufficio Collocamento Disabili, che svolge attività amministrative, di accoglienza, di informazione e di orientamento). Per quanto concerne gli interventi diretti, la Provincia ha competenze relative ai disabili multisensoriali.

I Comuni sono titolari di fondamentali compiti nella gestione dei servizi sociali, che si esplicano sulla base della programmazione partecipata dei Piani di zona. Rispetto ai soggetti disabili, il Comune eroga servizi di assistenza, di sostegno, di trasporto, e gestisce strutture a carattere residenziale e diurno, fornisce e gestisce i “titoli sociali”, contribuzioni monetarie previste per i soggetti disabili e stabilite considerando il reddito e le situazioni dei vari casi.

All'Azienda Ospedaliera, in particolare alla sua Neuropsichiatria Infantile, compete la certificazione di disabilità dei minori di diciotto anni, nonché l'assistenza sanitaria integrata dei medesimi soggetti, e il sostegno all'integrazione scolastica.

L'Azienda Sanitaria si occupa della disabilità tramite il Dipartimento Assi (Assistenza Socio Sanitaria Integrata), che prevede al suo interno anche il “servizio disabili”. Nello specifico, l'Asl sta “esternalizzando” i servizi precedentemente svolti, focalizzando la sua funzione sul ruolo di consulenza e di supervisione.

Strumenti di particolare significato per la delineazione degli interventi a favore della disabilità (così come delle altre categorie di bisogni assistenziali), sono i *Piani di zona*, predisposti dai Distretti socio-sanitario, che nel caso della nostra provincia sono tre: Cremona,

Crema e Casalmaggiore. Presso i tre comuni “capofila”, sono stati istituiti appositi Uffici di Piano, incaricati delle attività amministrative, di coordinamento e di organizzazione delle attività previste. Nell’Ufficio di piano collaborano figure tecniche dei comuni ma anche, come nel caso di Crema, esperti del mondo del terzo settore e degli enti religiosi.

Più in generale, la progettazione dei Piani prevede il coinvolgimento delle forze sociali dei territori di riferimento. Anche per la novità di questa pratica sociale, la partecipazione delle realtà del terzo settore è risultata ancora debole, come conseguenza delle peculiarità proprie del mondo dell’associazionismo, del volontariato e della cooperazione sociale, più abituato al “fare” che al “progettare” in comune, e in larga misura ancora connotato da logiche particolaristiche e da dinamiche autoreferenziali.

Il tema della *partecipazione*, comunque, è assai complesso, e presenta difficoltà di varia natura ma anche potenzialità rilevanti, per cui va assunto e declinato da tutti i soggetti in campo con ottica e con prospettive nuove. La partecipazione non è tanto un dato di fatto acquisito, né un punto di partenza, quanto un percorso in progressione, specie se si condivide l’idea che il deve avere fra i suoi obiettivi fondamentali il rinnovamento del welfare locale delle politiche sociali.

Gli obiettivi e i compiti dei Piani di zona sono molteplici, e devono innanzitutto garantire la reale messa in atto dei centri diurni a carattere educativo (i Centri socio educativi, Cse, che svolgono una funzione indubbiamente importante), l’assistenza domiciliare, i servizi di sollievo (previsti dalla L. 162/98) e le comunità-famiglie per i disabili che non possono godere dell’assistenza della famiglia.

Sono esplicitati anche interventi di “sollievo” e sono organizzate le vacanze estive, con turni di quindici giorni, così pure il *Pronto intervento in Comunità* (il periodo previsto è di un mese, che può essere raddoppiato). Ma questa offerta è difficilmente utilizzabile, per l’elevato livello dei costi a carico delle famiglie e per il ridotto numero dei posti disponibili (ad esempio, la Comunità-alloggio di Cremona ha sette posti fissi e uno solo per queste emergenze).

Inoltre, i Piani devono seguire e favorire il coordinamento dei vari servizi e predisporre anche “percorsi” specifici, in relazione delle caratteristiche, delle esigenze e delle priorità dei vari territori, nonché delle disponibilità dei soggetti istituzionali e sociali più impegnati nelle risposte alle domande del tessuto comunitario.

I principali problemi focalizzati dai tre Piani riguardano soprattutto il progressivo invecchiamento dei disabili e dei loro famigliari. Questa problematica è soprattutto declinata secondo due prospettive: da un lato, offrire aiuti e appoggio per far fronte alle forti difficoltà e alla crescente fragilità dei genitori anziani, che già ora, ma ancor più nel futuro, vedono

diminuire le loro possibilità di cura e di assistenza; dall'altro, pensare, progettare e attuare nuove soluzioni per risolvere il complesso, difficile problema della vita dei disabili una volta che non possono più contare sui genitori o su altri famigliari( é il problema che anche a livello nazionale viene ha denominata "dopo di noi").

Per far fronte a queste criticità, nei Piani sono previsti vari tipi di intervento, a partire da quelli soprattutto "di sollievo" al nucleo familiare, volti a potenziare il servizio di assistenza domiciliare (o a crearlo, nel caso in cui questo non sia effettivamente attivato, come nel caso dei piccoli Comuni), per arrivare a quelli che riguardano la creazione di nuove strutture residenziali, configurate anche con nuove tipologie strutturali e funzionali (anche per proporre alternative a quella di "lungoassistenza"), per l'accoglienza periodica o permanente dei disabili che non possono più essere assistiti da una rete familiare.

Anche le famiglie dei disabili, che in quest'area mostrano tradizionalmente capacità di iniziativa e di movimento assai più forti e vive rispetto a quelle delle famiglie di altre aree, hanno moltiplicate le loro autonome iniziative. Proprio nei primi mesi dell'anno, alcune famiglie a Cremona hanno dato vita ad una Fondazione, la cui denominazione da un lato ricalca quella usata a livello nazionale (presente anche nel "Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali" e in molti documenti ufficiali), dall'altro, con l'accentuazione del termine "insieme", sottolinea il carattere di condivisione e di unione che deve connotare la ragion d'essere di questa realtà: "*Dopo di noi: INSIEME*".

La Fondazione è composta dal Comune, dalla Diocesi di Cremona e da diciassette genitori.

Rispetto ad altre possibili scelte, si è optato per la natura giuridica della fondazione per vari motivi. In primo luogo, il capitale iniziale (sempre necessario, nel caso della forma giuridica della fondazione) costituito dai diciannove fondatori, è intangibile: in pratica, non è previsto che sia utilizzato per la pura e semplice gestione; la fondazione inoltre offre giuridicamente tutela completa ai figli. In assenza dei genitori o di familiari stretti, la fondazione gestisce il capitale, le entrate e gli interessi di ciascun figlio senza dover ricorrere, ad esempio come sarebbe necessario nel caso di un'associazione, ad un giudice tutelare.

La ricerca di nuove soluzioni per le persone gravemente compromesse prive dell'assistenza dei genitori vede anche nella realtà provinciale la progettazione di varie iniziative e di varie soluzioni, sia per la realizzazione e la sperimentazione di modelli innovativi di accoglienza e di residenzialità, sia di tutela giuridica e patrimoniale delle persone disabili.<sup>75</sup>

I tre documenti inoltre evidenziano altre criticità. "In particolare, si parla di 'necessità di un'offerta per il tempo libero onde allenare la situazione di isolamento spesso vissuta dalle

---

<sup>75</sup> Cfr. IRESS, *Aggiornamento dell'indagine sulla disabilità in Provincia di Cremona*, Provincia di Cremona, cit. pp. 74-91.

famiglie con soggetto disabile' (Piano di zona Distretto di Casalmaggiore) e di 'necessità di attivare percorsi di socializzazione ed integrazione, di valorizzazione della specificità dei disabili' (Piano di zona Distretto di Crema). Viene, inoltre, presentato come genericamente problematico il tema dell'inserimento lavorativo".<sup>76</sup>

A proposito delle opportunità di lavoro, vari segnali confermano che stanno aumentando le difficoltà d'inserimento dei disabili, tanto che sono allo studio da parte della stessa Provincia proposte per percorsi mirati a tale finalità. Sempre su questo piano, altri dati infine segnalano una forte contrazione della frequenza da parte dei disabili ai corsi di formazione professionale specificatamente rivolti a loro. E' una tendenza opposta a quella che riguarda l'inserimento di studenti disabili nella scuola media superiore, che è in costante crescita.

Per l'insieme delle scuole, si deve segnalare che è rimasto per un certo tempo non rinnovato l'*Accordo di programma per l'integrazione scolastica delle persone in situazione di handicap*, per cui l'attività di monitoraggio e di verifica relativamente alle istituzioni scolastiche, alle famiglie e agli studenti disabili non è stata svolta in modo continuo e organico. Solo da poco, questo lavoro è stato ripreso. Per quanto riguarda questo tema, si deve segnalare una funzione più incisiva e programmata da parte del Centro Servizi Amministrativi, l'ex Provveditorato agli Studi, anche grazie alla competenza e al lavoro di coordinamento di una nuova figura di referente per l'area handicap.

Nel nostro territorio come del resto altrove, molte realtà scolastiche realizzano esperienze indubbiamente valide, ma in generale è carente o comunque da migliorare il confronto, l'intreccio e la messa in rete dei vari progetti attivati nelle scuole.

"Si rileva, infatti, a fronte dei cambiamenti organizzativi intervenuti negli ultimi anni nel mondo della scuola che hanno aumentato la difficoltà nel reperire informazioni, la necessità di un maggiore raccordo tra scuole, in particolare rispetto ai programmi attivati (ad esempio, per facilitare la permanenza dei disabili a scuola, il passaggio scuola-mondo del lavoro, a consolidare le relazioni tra la scuola e le famiglie".<sup>77</sup>

Infine, dai tre documenti pare emergere una condivisa difficoltà nel definire un'efficace collaborazione tra Asl e Comuni per la programmazione e la gestione della rete dei servizi sociali ed assistenziali. "A tale proposito, la stessa scelta della Regione Lombardia di attribuire all'Asl un ruolo di supervisione e di approvazione dei Piani di zona ha posto Comuni e Azienda sanitario su un piano di collaborazione non paritetico, rendendo maggiormente difficoltosi gli scambi e le collaborazioni".<sup>78</sup>

---

<sup>76</sup> Ivi, p. 46.

<sup>77</sup> Ivi, p. 94.

<sup>78</sup> Ivi, p. 47.

## ***2. Il punto di vista e l'esperienza dei servizi comunali***

I Comuni svolgono, nell'ambito nella loro ordinaria attività socio-assistenziale, importanti compiti nel campo della disabilità, che richiedono una rilevante complementarità fra le attività e le specificità dei livelli e delle articolazioni del sistema comunale. In genere, a prendere visione e a impostare il percorso relativo ad ogni "caso", è il servizio sociale di base: l'assistente sociale interessato raccoglie il bisogno, elabora un progetto personalizzato, se necessario utilizzando l'intervento della figura dello psicologo, e attiva gli interventi delle varie articolazioni del servizio. Se ritenuto opportuno, promuove incontri fra gli operatori dei servizi, che possono coinvolgere anche i genitori.

Il servizio sociale del Comune offre agli interessati e alle famiglie informazioni, consulenza e orientamento sugli aspetti legislativi, normativi, così come sulle possibilità di finanziamenti, di agevolazioni fiscali e di altro tipo, di buoni, di sostegni. Ovviamente, il servizio segue poi le procedure della valutazione e dell'accoglimento delle richieste degli utenti e delle famiglie.

Tralasciando di affrontare nella sua complessità il tema dei compiti dei Comuni nell'intera provincia, e quindi quello delle modalità con cui essi vengono esplicitati nelle varie situazioni territoriali e alle soluzioni organizzative adottate, è apparso opportuno porre l'attenzione sui servizi del Comune di Cremona. Si tratterà quindi di un'osservazione dedicata a un'esperienza necessariamente limitata e specifica, che non esaurisce tutte le problematiche in campo (ad esempio non è in grado di documentare le modalità operative e le difficoltà proprie dei piccoli Comuni), ma che, per l'importanza del comune capoluogo, per la maturità e completezza dei suoi servizi, può comunque offrire un quadro di riferimento ampio e significativo.

Una delle unità di offerta impegnata nel campo della disabilità è quella definita dalla sigla Sap, *Servizio di Assistenza ad Personam*.

E' presente all'interno del Settore Affari Sociali del Comune di Cremona dal settembre 1998. Il passaggio dal Servizio Istruzione, in cui era collocato nella gestione comunale precedente, è stato motivato dall'intento di favorire un migliore collegamento del Sap ad una articolata rete di servizi rivolti alla persona, e quindi dallo scopo di individuare strategie unitarie di aiuto mirate per i diversi bisogni di ogni persona disabile.

Il servizio è destinato a minori e giovani in condizioni di disabilità che frequentano strutture scolastiche pubbliche o private, di ogni ordine e grado, dalla scuola per l'infanzia all'università (un'evenienza non remota, dato che si sta effettivamente attuando a favore di un paio di soggetti).

Per usufruire di tale servizio, le famiglie dei soggetti disabili attestano la richiesta dell'assistenza *ad personam*, che deve essere consegnata al Coordinatore del Sap. L'accettazione viene definita sulla base della certificazione sanitaria rilasciata dai competenti organismi dell'Asl.

La finalità principale del servizio è soprattutto quella di favorire, con figure professionali specifiche, l'integrazione scolastica di persone handicappate inserite nelle classi di ogni ordine e grado attraverso una programmazione coordinata con i servizi scolastici, sanitari, sociali. Il Sap pertanto può partecipare alla definizione del progetto sociale relativo all'integrazione e a tale scopo collabora con il Servizio di base e con il Servizio di Neuropsichiatria Infantile.

La figura professionale adibita a questo tipo di assistenza si impegna anche a offrire al soggetto disabile percorsi alternativi nello spazio scolastico, in collegamento con le altre opportunità e risorse presenti nella comunità.

Il Sap in specifico si impegna a favorire l'autonomia e il benessere dei soggetti assistiti nei tempi e nei modi individuati dal "Piano di Intervento Personalizzato" redatto dagli organi di competenza; a sostenere l'inserimento dei minori disabili in spazi ludico-ricreativi quali Centri Estivi e Grest; a collaborare con i servizi specialistici che hanno in carico il soggetto disabile, con il personale docente delle scuole e con il Servizio Istruzione per rendere effettivo il diritto allo studio.

Per il raggiungimento di questi obiettivi, gli interventi del personale del Sap sono rivolti al singolo soggetto o al piccolo gruppo di soggetti, sia sulla base del Piano di Intervento Personalizzato sia in relazione alle caratteristiche e alle necessità del contesto di riferimento.

Riguardando più da vicino i compiti degli operatori del Sap, essi si configurano in una complessa azione di sostegno e "appoggio" alle principali funzionalità e attività del soggetto disabile. Le varie pratiche assistenziali di cui i soggetti hanno bisogno all'interno dei servizi scolastici riguardano la cura, l'igiene personale, la somministrazione dei pasti; l'accompagnamento negli spostamenti interni alla scuola o esterni ma pur sempre riferiti agli obiettivi presenti nel progetto scolastico; l'accompagnamento al di fuori dell'ambito scolastico per il raggiungimento dei mezzi di trasporti; il sostegno e la collaborazione durante le attività didattiche, funzione che prevede una stretta collaborazione con il personale docente e con l'équipe della neuropsichiatria infantile; la partecipazione a momenti di attività ludico-ricreative.

La complessa tipologia degli interventi che il servizio fornisce nelle varie realtà scolastiche rende necessaria la presenza di operatori dotati di un'adeguata formazione tecnico-professionale, che contempra quindi il possesso del titolo regionale di specializzazione per

*ausiliario socio-assistenziale* o altra tipologia di formazione che la Regione convalida come equipollente oppure un'esperienza di lavoro continuativa nel settore dell'assistenza alla persona della durata di un semestre, o il cui profilo professionale venga ritenuto idoneo dal Settore Affari Sociali.

Per la conferma dell'incarico, viene privilegiata la continuità di ogni operatore nell'accompagnamento formativo degli alunni disabili soprattutto nelle fasi di passaggio da un ordine di scuola all'altro.

Ogni intervento prevede momenti di verifica da parte del servizio, che in questa funzione collabora con gli operatori scolastici, con i servizi specialistici che seguono l'alunno e con i genitori. La comunicazione con le famiglie, oltre a rappresentare un indispensabile momento di verifica delle dinamiche, dei risultati e delle prospettive delle esperienze fatte, favorisce l'avvicinamento tra l'ambiente familiare e quello scolastico, così come la riflessione sui rispettivi rapporti.

Il contatto con la famiglia viene gestito direttamente dal servizio di assistenza, in un quadro che vede presenti il *Servizio Minori* del Comune e il *Servizio di Neuropsichiatria Infantile*. I momenti di riflessione e di scambio fra tutti gli operatori che, a vario livello, intervengono nel percorso di crescita del soggetto disabile, sono molto importanti sia per evidenziare eventuali difficoltà incontrate sia per far circolare una serie di conoscenze accumulate attraverso l'esperienza. Adottare questa prospettiva significa perciò confrontarsi con visioni, aspettative e stili di intervento diversi, ed elaborare itinerari generali condivisi. Pensare e agire in termini di "rete", ossia come parte di un intreccio di relazioni, seppur difficile, appare l'unica strada efficace per il coordinamento e l'integrazione dei servizi.

Per quanto concerne la formazione e l'aggiornamento, gli operatori prendono parte a corsi organizzati dalla cooperativa incaricata della gestione del servizio, alla quale per altro vengono richieste relazioni di verifica dei vari interventi per meglio valutare il buon andamento del servizio erogato. Il Coordinatore comunale del Servizio incontra periodicamente gli operatori della cooperativa per la valutazione dei progetti e per affrontate e condividere eventuali momenti di difficoltà incontrati nel lavoro e per eventualmente introdurre variazioni nelle strategie operative attuate.

Per l'esame dell'andamento degli interventi, per il confronto e la definizione di eventuali aspetti relativi al progetto del servizio sono inoltre previsti momenti di équipe a cui partecipano sia il gruppo tecnico del Comune (responsabile del servizio, psicologa, ecc.) sia un delegato responsabile della cooperativa.

Il carico finanziario e organizzativo per il Comune è rilevante (anche perché si tratta di un servizio che non presenta alcun onere per le famiglie ed è totalmente iscritto nel bilancio comunale), dato che sono impiegati circa quaranta operatori, che seguono attualmente circa settanta soggetti disabili. Le possibilità di espansione e di qualificazione del servizio devono quindi tener conto del peso di ordine finanziario, accresciuto dalla diminuzione dei trasferimenti finanziari agli enti locali da parte dello Stato.

Un importante obiettivo si riferisce all'estensione dell'accompagnamento nelle attività sul territorio: quelle sportive, educative e ricreative (come quelle realizzate nei Grest, negli Oratori, che devono essere stimolati e coinvolti per accogliere ancor di più i ragazzi disabili), puntando far sì che il più possibile ogni soggetto sia seguito con continuità dagli stessi operatori.

Inoltre, sarebbe opportuno poter più diffusamente e direttamente accompagnare la famiglia nella sua attività quotidiana, che, come si sa, è particolarmente ricca di valenze educative. La famiglia deve essere seguita e aiutata affinché svolga meglio le funzioni di accudimento basilari e affinché sappia inserirsi di più e meglio nella rete delle offerte educative, aggregative, ludiche, sportive (un obiettivo che si correla immediatamente con quello relativo al coinvolgimento degli oratori).

L'aiuto a una migliore gestione della quotidianità rende poi auspicabile un più stretto raccordo con il servizio dell'Assistenza Domiciliare Handicap, il Sad (anch'esso a Cremona affidato a una cooperativa sociale), che interviene nell'assistenza domiciliare avendo attualmente in carico diciotto soggetti, che sono seguiti con intensità diversa, con un minimo di due ore a un massimo di dieci ore la settimana.

Per quanto riguarda il personale attualmente impiegato nel Sap, in prospettiva potrebbe risultare opportuno attuare un inquadramento diverso e più elevato per alcune di queste operatrici, anche in relazione al loro titolo di studio o al loro curriculum professionale, che prefigura una qualifica più elevata.

Questa valorizzazione professionale serve non solo ad articolare l'apporto degli operatori in relazione a competenze e a funzioni in una certa misura differenziate, ma anche in generale a riconoscere che l'apporto degli operatori solo per una visione superficiale è "facile" e "semplice", mentre richiede qualità umane e professionali complesse e impegnative.

Tornando ad altri compiti del Comune, il servizio comunale svolge alcune mansioni relativamente ai progetti annuali previsti dalla L. 162 (l'anno scorso, il progetto è stato attivato per sei soggetti), che prevede una valutazione da parte dell'Asl e la partecipazione delle famiglie sia per l'individuazione dell'operatore sia per la spesa. Il Comune predispone il

progetto, esegue il monitoraggio delle esperienze e trasferisce i contributi stanziati dall'Asl alle famiglie che hanno usufruito dell'intervento.

Una rapida puntualizzazione va dedicata all'importante funzione dei Cse. A Cremona sono tre, e hanno una possibilità di accoglienza (cinquanta posti) che finora, anche se le domande di inserimento sono in crescita, non ha portato al problema delle liste d'attesa (gli attuali utenti sono quarantacinque).

I Cse organizzando anche le vacanze dei soggetti inseriti, cercando di utilizzare operatori che già conoscono e che sono conosciuti dagli assistiti, e che il servizio, anche quando non li impiega stabilmente, ha già avuto modo di valutare. La partecipazione delle famiglie alle spese è alta (ma si deve osservare che in questo caso il rapporto operatori-utenti è di uno-a-uno), anche se la misura è rapportata alla condizione reddituale ogni famiglia

Per quanto riguarda le rette mensili per i servizio dei Cse, è prevista la compartecipazione delle famiglie, la cui entità è prevista in riferimento ai parametri dell'ISEE. Le famiglie comunque sono tenute a corrispondere alle spese per i pasti effettivamente consumati al centro dal familiare.

Il Sap di Cremona, per concludere con un'osservazione relativa alla sua collocazione nel complessivo "sistema" di attività a favore del disabile, pare configurarsi come un soggetto che favorisce la costituzione di un'effettiva rete di servizi, che si esprime non solo negli accordi programmatici dei vari enti (il Comune, l'Asl, la Neuropsichiatria – dell'Ospedale e territoriale - e quella infantile...) o nei raccordi interni dei vari servizi comunali, ma in buona misura anche nella pratica operativa.

Un'altra articolazione dei servizi riguarda il *Centro per le Famiglie* del Comune di Cremona, che svolge varie funzioni, fra le quali quella di fungere da luogo di incontro nel quale le famiglie del territorio possono trovare sostegno per la gestione della relazione educativa con i propri figli.

Il Centro per le famiglie, che sotto certi aspetti si configura anche come un "osservatorio" permanente delle dinamiche e delle problematiche riguardate le famiglie, esplica una serie di attività di consulenza, di formazione, di appoggio, di promozione delle molteplici esperienze di protagonismo delle famiglie, fra le quali la creazione di gruppi di auto/mutuo aiuto, a partire da quelli per genitori con figli portatori di handicap.

L'esperienza dei gruppi di auto/mutuo aiuto, iniziata da più da due anni, prevede percorsi di incontro e di formazione per persone che condividono lo stesso bisogno o una medesima condizione. L'iniziativa ha visto il coinvolgimento di venti genitori e di due fratelli. L'elevato

numero dei partecipanti, che non favorirebbe la metodologia e le dinamiche proprie del lavoro di gruppo, ha consigliato di costituire due gruppi. Gli incontri hanno cadenza quindicinale.

Le esperienze positive, anche dal punto di vista relazionale, hanno costituito le premesse di trattare temi delicati e difficili, per il loro carico anche emotivo che evocano, come l'accettazione del disabile, il suo rapporto con i fratelli, l'integrazione scolastica, il "dopo di noi", la sessualità. Il carattere di alcune tematiche ha successivamente richiesto momenti di approfondimento con esperti, con incontri specifici destinati a entrambi di gruppi.

A gestire questa esperienza è l'Associazione *Futura*, nota da anni per le sue attività nel campo della riabilitazione dell'infanzia. Il suo impegno in questo campo si esplica in primo luogo per mezzo delle attività di riabilitazione equestre, che uniscono l'attivazione di molteplici funzioni fisiche e di padronanza corporea, di dinamiche che favoriscono l'autonomia e la sicurezza. L'esperienza di relazione con un animale come il cavallo, inoltre, permette al soggetto disabile può realizzare rapporti funzionali, fisici, emotivi e affettivi di notevole valenza.

*Futura* propone anche attività riabilitative con la musicoterapia, che, fra i suoi vari obiettivi, si propone di valorizzare l'espressione non verbale, privilegiando il suono, il ritmo, la musica. Inoltre, l'associazione organizza da una decina di anni attività di riabilitazione attraverso il nuoto: anche in questo caso, come viene per la musica, il suono e gli animali, si mette in contatto il disabile con soggetti, linguaggi ed elementi che sono di straordinaria valenza, anche simbolica, per tutte le persone.

Non essendo possibile analizzare e valutare l'azione delle molteplici "presenze" del terzo settore e della rete ecclesiale sul terreno della disabilità, si può ricorrere solo ad alcuni cenni molto generali.

Fra gli aspetti di criticità, pare emergere la necessità di un'azione più organica e unitaria da parte dei vari soggetti associativi, chiamati a far contare il loro forte impegno operativo e la capacità di pressione sociale anche sul piano delle progettazioni complessive delle politiche e dei servizi relativi alla disabilità (il che non può non richiamare il tema dei servizi sociali complessivamente intesi). Questo rafforzamento del loro ruolo complesso di attori sociali potrebbe servire anche per migliorare l'azione dei servizi sociali istituzionali, che spesso viene descritta dalle famiglie e dalle associazioni come positiva, ma non priva di discrepanza fra le enunciazioni, i progetti iniziali e le realizzazioni concrete, a causa indubbiamente di oggettive carenze finanziarie, ma anche di debolezze soggettive da parte dei servizi.

Appare inoltre opportuno stimolare i genitori, singoli e associati, affinché a loro volta svolgano una più sicura, efficace e consapevole funzione di *pivot* in relazione agli altri genitori, ai vari soggetti istituzionali e sociali con i quali si deve collaborare o sarebbe utile lavorare.

Sembra particolarmente interessante la nuova iniziativa riguardante l'attività sportiva, che vede coinvolto il Csi (Centro Sportivo Italiano), in quanto offre nuove e preziose possibilità di relazioni interpersonali e di attività fisiche e psicologiche.

### **3. L'approccio della neuropsichiatria infantile<sup>79</sup>**

L'esperienza e la visuale del servizio sanitario più direttamente impegnato nel nostro territorio sulla disabilità, l'*Unità Operativa di Neuropsichiatria dell'Azienda Ospedale dei distretti di Cremona e di Casalmaggiore*, permette, senza alcuna pretesa di illustrarne compiutamente e ancor meno di valutarne lavoro, organizzazione, risultati, di ritrovare problemi generali e riferimenti teorici significativi.

La Neuropsichiatria infantile realizza la sua attività in quattro sedi ospedaliere: una ospedaliera Cremona, e tre nel servizio territoriale, a Cremona, a Soresina e a Casalmaggiore (nel presidio ospedaliero Oglio-Po).

Integra la strutturazione prettamente ospedaliera (medici, neuropsichiatri, operatori sanitari...) con le necessarie competenze multidisciplinari (psicologi, specialisti e operatori della riabilitazione...).

Il processo di presa in carico del bambino e del suo nucleo familiare parte dalla visita e dalla diagnosi del medico neuropsichiatra, per poi svilupparsi in un lavoro multidisciplinare integrato che caratterizza tutto il percorso della cura e del sostegno fin dalla nascita o dal primo periodo di vita spesso fino ai diciotto anni. L'ottica multidisciplinare deve spesso dispiegarsi fin dal primo momento, quando l'équipe è chiamata a elaborare e a comunicare ai genitori una diagnosi che riguarda il neonato: e la *prima diagnosi* costituisce il primo drammatico impatto della famiglia con il problema, che è un momento sempre importante, spesso un'esperienza decisiva, per favorire un coinvolgimento più razionale ed equilibrato e l'elaborazione di un comune progetto d'azione.

La letteratura sull'handicap segnala spesso l'importanza del primo incontro della famiglia con la disabilità del figlio e la necessità che esso venga impostato dagli operatori nei modi più adeguati. Si possono riproporre ancora oggi esperienze in cui, alla nascita, i medici sbagliano rapporto coi genitori, ad esempio comunicando solo burocraticamente (addirittura, grazie ad un referto scritto) oppure trasmettendo subito l'idea che il bambino è irrecuperabile... Non

---

<sup>79</sup> Ha offerto le informazioni e il competente contributo il dott. Daniele Arisi, responsabile dell'Unità Operativa stessa.

mancano ancora oggi genitori che, raccontando la nascita dei loro bambini, rivelano che i primi consigli sono stati di non aspettarsi nulla, di rassegnarsi, persino di cercare di dimenticare. Ciò, dato che i professionisti della salute sono per antonomasia esperti, provoca un fortissimo effetto negativo.

“Il problema non è tanto quello di dire tutta la verità o no, che è in parte un falso problema, perché nella vita non ci è mai richiesta tutta la verità quanto una prospettiva di verità. Il problema vero è quindi quello di saper proporre un piano d’azione, che sappia sostenere il senso di impotenza o di colpa, e sappia indicare i punti su cui realizzare un quadro di vita utilmente impegnato”.<sup>80</sup>

Medici, specialisti, devono dare informazioni sul deficit con calma, con tutto il tempo che occorre, poi prospettare che cosa è possibile fare nella relazione quotidiana, elaborando un progetto che tenga conto della situazione di vita di quella famiglia; e garantire appoggio e una collaborazione credibile, sostenibile. La prima informazione ha grande importanza, perché può essere il presupposto per un’azione sociale positiva oppure per l’isolamento di una famiglia. Se la prima reazione del personale sanitario è di drammatizzazione, ne consegue, magari solo implicitamente, un invito a chiudersi, a rinunciare ad ogni azione educativa familiare, per cui è abbastanza comprensibile che la famiglia rinunci alla speranza e all’assunzione di un ruolo attivo, oppure che sia portata ad affidarsi completamente agli specialisti.

Un genitore, che sempre si ritiene inadeguato di fronte a un bambino handicappato, non può essere illuso, ma ha bisogno di essere rassicurato. Creare subito delle prospettive concrete e quindi delineare un piano d’azione è importante innanzitutto perché permette di pensare ad azioni fattibili, a scenari quotidiani in cui sarà possibile impiegare le risorse, le competenze, le potenzialità dei genitori, e nel contempo valorizzare anche le abilità del bambino, anche le più piccole.

Occorre tenere conto che ogni famiglia alle prese con il problema del figlio disabile deve affrontare il peso di problematiche psicologiche assai complesse e difficili. La famiglia con figlio handicappato è inevitabilmente sottoposta, quale che siano le sue risorse interne, a una rilevante tensione, che, in modo forse troppo semplificatorio, nel gergo medico viene definita come “rischio-collasso per la famiglia”.

Sulla base dell’esperienza dell’Unità Operativa di Neuropsichiatria Infantile, molto rari sono i casi di latitanza affettiva da parte dei contesti familiari. In buona sostanza i vissuti, le dinamiche psicologiche e i comportamenti dei genitori sono quelli che nella più immediata e

---

<sup>80</sup> A. Canevaro, *Pedagogia speciale dell’integrazione*, cit., p. 7.

percìò riduttiva terminologia professionale sono descritti nei termini di “fuga del padre” e “tendenza al rapporto simbiotico della madre”.

Un certo numero di padri analisi defila il suo investimento affettivo ed emotivo rimuovendo il problema in vari modi, soprattutto tuffandosi nel lavoro e affidando il figlio alla moglie e agli specialisti. Il realizzarsi di legami troppo totalizzanti, iperprotettivi, è l’atteggiamento opposto ma speculare di molte madri.

In entrambi i casi, si tratta della manifestazione, con intensità e a livelli differenti secondo la forza, la compattezza, le risorse economiche, familiari, sociali, culturali della coppia genitoriale, di dinamiche di tipo depressivo: nel caso della madre, in genere sono legate a oscuri ma diffusi e radicati sensi di colpa (riferiti anche a “errori”, in genere solo presunti perché di origine irrazionale, compiuti durante la gravidanza o al momento del parto); nel caso del padre, che pure ama il figlio, legati alla difficoltà di reggere alla situazione.

Gli atteggiamenti depressivi si possono esprimere anche con il moltiplicarsi di comportamenti “aggressivi-rivendicativi” (che si manifestano solitamente con accuse al sistema sanitario, sociale, scolastico, per non aver saputo prevenire o non saper guarire o lenire la disabilità; accompagnate spesso dal ricorso massiccio a richieste e a pratiche assistenziali di ogni tipo).

Negli ultimi anni, anche per un generale innalzamento culturale e, in qualche misura, per l’indebolimento degli stereotipi relativi all’handicap, la figura del padre sembra marcare una miglior “presenza” nelle relazioni con il figlio, con la moglie, per cui il padre che assume compiti impegnativi di cura, di assistenza e di sostegno non è più una rarità.

Un ruolo di grande rilievo è, ovviamente, assunto dalle figure dei fratelli, dei nonni, dalle altre presenze parentali, così come, in certi casi, dalla rete di prossimità informale e di volontariato organizzato. Questi ultimi apporti, sia pure a livelli differenti e relativi alle varie e specifiche situazioni, sono importanti non solo perché in questo modo l’attività di cura e di accompagnamento del congiunto in difficoltà è assunto da più persone, ma anche per i positivi effetti derivanti dai vissuti di condivisione.

Anche se il servizio di neuropsichiatria infantile raramente e occasionalmente può incontrarsi con le figure che possano interagire col bambino e favorire la sua integrazione nella comunità (vicini di casa, genitori di altri bambini, compagni, cittadini...), tuttavia nel suo lavoro coi genitori cerca di valorizzare queste risorse.

Oltre alle attività di riabilitazione, il servizio di neuropsichiatria infantile, nelle sue varieghe funzioni, svolge un compito importante nell’inserimento dei bambini e dei ragazzi disabili nella scuola. In primo luogo, perché, come stabilisce la legge 104, alla neuropsichiatria compete la

certificazione per usufruire degli insegnanti di sostegno; in secondo luogo, in quanto l'équipe del servizio elabora con gli insegnanti il progetto educativo personalizzato e i successivi piani di studio, fornendo collaborazione e consulenza durante tutto il percorso scolastico (riunioni, partecipazione a consigli di classe, relazioni scritte...). Ovviamente, si tratta sempre di una consulenza e di un apporto che cerca di tenere in grande considerazione la famiglia e gli insegnanti, perché proprio il caso del bambino disabile viene a comprovare quanto sia decisiva la relazione sinergica fra le varie figure educative. Occorre poi dire, anche per evitare da parte della medicina una dannosa sopravvalutazione della sua funzione e della sua autonomia, che il medico ha spesso molto da imparare, perfino sul piano della sua professionalità, dai genitori e degli insegnanti.

La collaborazione del servizio di neuropsichiatria con il sistema scolastico ha anche permesso di realizzare una struttura tecnologicamente avanzata che offre consulenza integrata, occasioni di sperimentazione concreta e di formazione continua: la piccola ma attrezzata *Ausilioteca* presso la scuola di Sospiro. Ora questa struttura procede in autonomia e il servizio di neuropsichiatria sta progettando una sua struttura interna che persegua i medesimi fini, implementando le già numerose attività di tipo educativo-riabilitativo che sta svolgendo.

Nell'*Ausilioteca*, in vari momenti e con diversi tipi di aggregazioni, genitori, insegnanti, volontari, possono utilizzare una strumentazione adeguata e acquisire conoscenze e competenze funzionali ad accrescere la loro capacità di coinvolgere, stimolare, favorire e valorizzare l'abilità del bambino e del ragazzo disabile nella vita familiare, nella quotidianità. Le attività e le operazioni fisiche, mentali, psicologiche da proporre al figlio disabile sono semplici, ma non banali e ripetitive, e devono realizzarsi su uno sfondo di *reciprocità*. Quando le condizioni di reciprocità (che di solito consideriamo naturali, non frutto di scelte o di conoscenze formalizzate) non si stabiliscono in una famiglia, in un ambiente educativo, quel bambino o quella bambina non possono apprendere con la medesima tranquillità, anzi, la loro crescita viene compromessa.

Emerge in questa impostazione l'idea dei più attuali contributi degli studiosi, per i quali qualunque essere umano può e deve essere inserito in un processo continuo di operazioni mentali nel senso pieno della parola. Alla base di questa concezione sta un'idea nuova dell'attività di comprensione, che prende in esame non solo e non tanto gli atti e i contenuti osservabili, quanto i processi cognitivi: ebbene, questi sono una parte fondamentale dell'intensa reciprocità quotidiana che un bambino o una bambina piccola, o un adulto (uomo o più spesso donna) vivono.

“Abbiamo in testa l’idea di una conoscenza complessa, la cui pregnanza si manifesta al di là della comprensione – comprensione che può essere raccontata e rappresentata. E’ collocata in uno sfondo significativo, che permette apprendimenti specifici e mirati perché ne sostiene l’intreccio tra pragmaticità e simbolicità; e quindi ne permette la padronanza.

Rifiutiamo un processo di crescita ‘riduttivo’, fatto di operazioni ‘facili’ma esecutive e ripetitive, che riducono la reciprocità, come avviene ad esempio quando la madre che cucina in fretta, fa fare al piccolo down un semplice gioco ad incastri, invece che approfittare per far manipolare il bambino, fargli imitare alcuni gesti, ecc., instaurando una dinamica interattiva, basata sulla reciprocità, che delinea le *differenze* e le *somiglianze degli scambi imitativi*”.<sup>81</sup>

Il concetto che meglio spiega le possibilità e le ragioni dello scambio è quello di *reciprocità*. Esso configura uno scambio in cui il soggetto disabile riceve continuamente, a partire dalla quotidianità familiare, occasioni e stimoli per la comunicazione, per le operazioni psicofisiche e cognitive che non riguardano solo o eminentemente la comprensione che può essere declinata nei consueti termini di conoscenza relativa a contenuti, di linguaggio verbale, di abilità esplicite.

“Quelli che vengono chiamati processi cognitivi sono una parte fondamentale dell’intensa reciprocità quotidiana che un bambino o una bambina piccola, e un adulto, uomo o più spesso donna, vivono. E’ proprio in questo scambio che quel bambino o quella bambina avvia e sviluppa un processo mentale”.<sup>82</sup>

Per quanto riguarda le sue funzioni complessive, il servizio di neuropsichiatria infantile ha stabilito positivi rapporti con i diversi servizi coinvolti nel lavoro sulla disabilità, a partire da quelli offerti dall’Azienda-Ospedale, dall’Asl e dal Comune di Cremona. Ovviamente, dato il continuo restringimento delle risorse messe a disposizione ai Comuni, sono accresciute le difficoltà. Ma la necessità di affrontare in positivo il problema e la presenza di efficaci accordi programmatici fra gli Enti coinvolti (Asl, Ospedale, Comuni) e di consolidate pratiche di collaborazione operativa, possono costituire un’occasione per i servizi degli enti locali, così come per tutti gli altri, di rivedere e di ridefinire il loro intervento, qualificando le loro risposte, selezionando e rendendo più mirati e “regolati” gli interventi, focalizzando meglio specifiche aree di bisogno e tipologie di prestazioni.

In un quadro di relazioni sostanzialmente positive, i rapporti con il mondo del terzo settore trovano il loro punto di maggior collaborazione con *Futura*, anche perché è particolarmente impegnata non solo a svolgere i suoi specifici compiti di riabilitazione, ma anche a favorire

---

<sup>81</sup> Ivi, p. 24.

<sup>82</sup> A. Canevaro, *Pedagogia speciale dell’integrazione*, cit., p. 12

gruppi e percorsi di auto-mutuo-aiuto, in collegamento con il *Centro Famiglia* del Comune di Cremona.

Si sono allentati di molto i “tradizionali” rapporti con l’Anffas, anche in conseguenza della sua precedente scelta di focalizzare la sua attività soprattutto sul piano della formazione professionale (ma oggi questa si realizza con una gestione autonoma, che spesso, anche prima dell’elaborazione della certificazione del servizio di neuropsichiatria, già per conto suo provvede ad analizzare i ragazzi, “selezionando” quelli che possono frequentare i propri corsi professionali).

Anche se non è possibile proporre un’analisi e tantomeno tentare un giudizio valutativo, il primo incontro con la Neuropsichiatria infantile pare configurare un servizio che tiene conto delle più attuali indicazioni teoriche e programmatiche nel campo della disabilità. In primo luogo, l’idea che l’apparato psichico va letto tenendo conto del complesso gioco di forze interne all’individuo, del loro equilibrio e del loro patologico squilibrarsi, segnale di un diverso assetamento della personalità. Pare pertanto essere meno pressante l’esigenza di quadri sindromici statici, a favore di una lettura sempre ovviamente “medica” di quanto accade nell’individuo e nel mondo, ma più complessa e più dinamica, conseguibile con visuali e pratiche di lavoro multidisciplinare.

Inoltre, pare emergere un’idea importante: un servizio sanitario deve sviluppare i suoi compiti diagnostici, curativi, riabilitativi integrandoli con gli approcci e i compiti degli altri servizi e delle realtà familiari, sociali, educative che, con intensità e a livelli diversi, operano sul terreno della disabilità.

## Capitolo terzo

### Il diritto di essere curati e di curare

#### *1. La complessa definizione del concetto di cura*

La tematica della cura familiare, tanto più se vista dal lato delle politiche che favoriscono l'autonoma funzione della famiglia, quelle della *domiciliarità*, è complessa e ricca di implicazioni, pertanto richiede approfondimenti su vari piani.

Il concetto della cura deve essere declinato anche assumendo punti di vista nuovi rispetto al passato. “Oggi, quasi naturalmente, si associa a cura, e più precisamente a chi deve o dovrebbe curare, il concetto di dovere: la cura è intesa come responsabilità, onere, impegno morale. Certo, la cura è anche tutto questo. Ma penso che essa dovrebbe essere considerata prima di tutto come un diritto. Ciascuno di noi ha il diritto di essere curato; ma anche il diritto di curare le persone che ama e alle quali è legato”.<sup>83</sup>

Questa amplificazione dell'angolo di visuale rende necessario progettare gli interventi partendo dalle esigenze delle persone e del contesto relazionale in cui esse sono inserite. Riconoscere, promuovere, valorizzare la cura svolta in famiglia ha senza dubbio conseguenze

---

<sup>83</sup>M. Guidotti, *Sommario*, in “Animazione Sociale”, 2, 2002, p. 32.

profonde nelle politiche sociali e a quelle del lavoro in generale, che deve essere organizzato per permettere maggiori possibilità ai curanti di svolgere la loro funzione.

Le politiche di sostegno rivolte ai disabili, così come agli anziani, non possono evitare di prendere in considerazione il lavoro di cura svolto dai famigliari, e non possono neppure eludere la necessità di garantire loro un sostegno affinché possano continuare a farlo. I servizi debbono essere perciò organizzati non solo pensando alle persone da curare, ma anche a chi cura e potrebbe essere disponibile a farlo.

Tutto ciò apre uno scenario nuovo di cui occorre occuparsi, dotandosi di uno sguardo più articolato e cercando di intravedere piste operative nella complessità, e talvolta nella contraddittorietà, degli elementi in campo.

Fra i fattori da considerare, vi sono le aperture della legge 328 di riforma del sistema socio-assistenziale, che mette a fuoco la necessità di ottimizzare l'efficacia delle risorse sia dei servizi sia del nucleo familiare, e di impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazioni delle risposte. La legge propone molti riferimenti ai famigliari e ai legami naturali di aiuto reciproco, facendo anche emergere il tema della complessa tipologia delle famiglie, dei loro bisogni e delle funzioni svolte dalle figure familiari.

“Conciliare l'equilibrio vitale del singolo e dei famigliari è un obiettivo del welfare che risulta saldamente affermato nella legge Turco, nella L. 53/2000 e in varie leggi regionali approvate nell'ultima stagione riformista. La conciliazione degli interessi plurali di quanti condividono la vita quotidiana è uno degli obiettivi più spinosi per i Paesi che stanno entrando nella *seconda modernità*”.<sup>84</sup>

Questi riconoscimenti delle capacità e delle potenzialità del nucleo familiare devono essere accompagnati sia da una maggior emersione e valorizzazione del lavoro di cura familiare sia da un'esplicita considerazione dei bisogni e dei diritti delle figure curanti. Si tratta di un'esigenza che non è evidentemente circoscrivibile ad alcune categorie di assistiti, ma che deve divenire costitutiva della politica assistenziale in ogni settore: porre la questione del diritto di cura come componente fondamentale delle relazioni umane e della qualità sociale implica un capovolgimento di priorità.

I bisogni della persona curata e della persona curante sono strettamente legati, tuttavia è necessaria una maggiore visibilità dei curanti, senza per altro creare né una contrapposizione tra soggetti, né una nuova categoria di utenti o pazienti.

---

<sup>84</sup> P. Piva, *Istituzioni dalla parte delle persone che curano*, in “Animazione Sociale”, cit., p. 51.

“Il riconoscimento della centralità del ruolo svolto dai *caregiver*, soprattutto se supportato da adeguati strumenti organizzativi finalizzati all’integrazione degli interventi, può allora costituire un primo e significativo punto di svolta delle politiche assistenziali.

Nel nostro Paese oggi esso costituisce, come i dati chiaramente indicano, qualcosa che riguarda quasi esclusivamente le donne. Il riequilibrio della cura fra i sessi è lentissimo. Come l’affermazione del valore sociale, della dimensione pubblica e della riproduzione sociale e quindi della cura è un risultato della lotta e dell’impegno delle donne, così l’assunzione di responsabilità per una più equilibrata ripartizione sociale degli oneri di cura deve diventare un impegno pubblico, delle istituzioni e dei servizi. Tutto ciò deve costituire un obiettivo anche per l’associazionismo e il volontariato”.<sup>85</sup>

Non mancano alcuni presupposti perché avvenga questo cambiamento di ottica: ad esempio, molte elaborazioni teoriche e, sotto certi aspetti, nuovi filoni delle politiche sociali guardano con favore l’idea che occorra sostenere i famigliari. Ma questo orientamento trova ancora notevoli difficoltà a diventare costume, abitudine mentale, pratica consolidata. Soprattutto, non riescono ancora a confrontarsi e a incontrarsi concretamente con le esperienze delle famiglie, dei servizi sociali, delle realtà del volontariato.

“Assistiamo a una sorta di allineamento di differenti piani di azione, che tuttavia ne impedisce il contatto diretto. Vi è il piano delle esperienze personali: ciò che ogni giorno si fa per essere utilmente vicino a una persona che ha bisogno di aiuto, con un peso di fatica e di sofferenza che non ha ancora potuto essere elaborato e reso pubblico, nel senso di poter diventare un elemento del sapere sociale. I racconti del prendersi cura di una persona sono ancora prevalentemente espressi nella forma di lamenti per quanto si dà e poco si riceve, e molto raramente diventano avvisi di incasso relativi a condizioni di benessere. Curare è ciò che tutti sappiamo, o crediamo di sapere, ma che non crea ancora apprendimento, inteso come passaggio di competenze e abilità, e non crea quella sorta di contrattazione sociale che ne consentirebbe la visibilità perché, quando si deve contrattare qualcosa, occorre rendere visibili all’altra parte ciò che stiamo portando noi”.<sup>86</sup>

Queste esigenze e questa prospettiva evocano nuove e diverse politiche socio-economiche, a partire dalla questione complessiva del rapporto tra i compiti di cura e l’impegno lavorativo, per arrivare a declinare il modo come oggi viene a configurarsi il lavoro in generale.

Le politiche sociali proposte dal governo, nonché da numerose amministrazioni regionali e locali, tendono di fatto a recidere le attività di produzione da quelle di riproduzione sociale, e a ricondurre queste ultime a una dimensione sempre più privata e familistica, attraverso

---

<sup>85</sup> M. Guidotti, *Sommario*, in “Animazione sociale”, cit., p. 33.

<sup>86</sup> G. Colombo, *Dai bisogni ai diritti delle persone che curano*, in “Animazione sociale”, cit. p. 42.

l'assegnazione di compiti alla società civile (la sussidiarietà orizzontale) intesa come modalità alternativa rispetto all'intervento pubblico, così come con i bonus sostitutivi dei servizi e con gli incentivi a far "rientrare" le donne in casa per svolgere le funzioni di cura.

Ancor più in generale, la tematica del lavoro non può essere considerata estranea alla sofferenza sociale e alla costruzione dei progetti di vita individuali e collettivi. La metamorfosi del lavoro, oggi, sta alla base di una nuova questione sociale e mostra che, in ultima analisi, il destino sociale continua a essere strutturato attorno al lavoro. La competitività nel lavoro, la precarietà, la dittatura della flessibilità rendono estremamente tesi i rapporti tra il lavoro e la vita: *stress*, sofferenza psichica e mentale, disagio esistenziale sono le "malattie professionali" del nostro tempo, che di certo non risparmiano neppure le giovani generazioni.

Le difficoltà si accentuano ulteriormente quando, per la perdita del precedente lavoro, occorre trovare un'altra occupazione, specialmente per i cinquanta-sessantenni, soprattutto di certe zone del paese. "C'è però un dato unificante e negativo, sia al Sud che al Nord: se sei donna, aumentano ulteriormente le difficoltà di re-inserimento".<sup>87</sup>

Questi crescenti percorsi di disagio, questo generale clima di insicurezza e di timore per il futuro, non possono non ripercuotersi soprattutto sulle famiglie più esposte alla fragilità sociale, e quindi, soprattutto in certi casi, non creare nuove e pesanti condizioni di sofferenza anche e proprio nelle famiglie che curano famigliari deboli.

Anche per queste nuove ragioni, il tema del diritto di curare rientra a pieno titolo in quello dei diritti esigibili, sulla scia di un grande percorso storico che ha imposto come ineludibili il diritto a un'esistenza nella quale siano compresi interessi vitali insieme essenziali e molteplici.

"Abbiamo conosciuto in questi anni il processo socioculturale attraverso il quale i bisogni e le aspettative sentiti dalle persone nella propria sfera privata, nel momento in cui vengono dichiarati ed elaborati i vari significati, fuoriescono dalla sfera personale ed entrano nella sfera pubblica, assumendo così la dimensione di *diritti di cittadinanza*. Non è più possibile dunque nominare i bisogni delle persone che curano altre persone come fossero bisogni personali e privati, occorre invece riconoscerli, definirli e proporli alla società come diritti di cittadinanza."<sup>88</sup>

A questo proposito, è stata avanzata una seria ipotesi di una *carta dei diritti delle persone curanti*, che può costituire, per il suo riferimento a problematiche e a soluzioni credibili, un importante orientamento per l'azione sociale su questo terreno.<sup>89</sup>

---

<sup>87</sup> F. Viviani, *Partecipazione e protagonismo*, in "Gli argomenti umani", 9, Il Ponte, 2203, p. 154.

<sup>88</sup> G. Colombo, *Dai bisogni ai diritti delle persone che curano*, in "Animazione sociale", cit., p. 43.

<sup>89</sup> Cfr. Ivi, pp. 45-46.

## **2. Lavoro di cura e problematica di genere**

Anche se occorre evitare generalizzazioni scorrette e giudizi scontati, si deve riconoscere che nella relazione di cura sono maggiormente impegnate donne.

Il contributo delle donne al lavoro di cura è difficilmente precisabile sia nel numero sia nel tipo di compiti. Questo anche perché molte incombenze, per le donne, vengono definite “normali” e non specificamente di cura.<sup>90</sup>

Tuttavia, qualsiasi servizio di supporto agli assistiti e ai loro assistenti dovrebbe essere progettato avendo in mente le donne in primo luogo.

“Si tratta della cura che storicamente e tradizionalmente è stata svolta nella dimensione domestica e familiare dalle donne, per motivi amorevoli: far crescere i piccoli, aiutare i più fragili, rendere disponibili al lavoro i produttivi. Si tratta di quell’insieme di gesti quotidiani ripetuti e indispensabili, eppure così poco considerati e valorizzati, che appartengono al lavoro di riproduzione. Nell’immaginario sociale quella della cura è una competenza al femminile, un compito faticoso sia sul piano materiale sia in termini emotivi. E’ inoltre un impegno senza ricompensa né visibilità (se svolto in ambito domestico-familiare), un lavoro poco riconosciuto e poco pagato (se svolto in campo professionale). Un lavoro che si cerca di evitare, delegandolo a qualcun altro”.<sup>91</sup>

Vari elementi accomunano tutte le famiglie impegnate nell’attività di cura.

In primo luogo, la crescente percentuale di padri e di madri non più giovani (un tema che, come si è visto, è stato considerato centrale anche dalle rilevazioni presenti nei Piani di zona della provincia di Cremona). Questi genitori, e in particolare queste madri, in genere vengono da decenni di grande impegno di cura e si trovano in una situazione di crescente fragilità da vari punti di vista, fisico, psicologico, economico, sociale, e hanno indubbiamente bisogno di forte e particolare sostegno.

In secondo luogo, la coesistenza di vissuti di segno opposto: stress, malessere, ansia, depressione, fatica (mancano invece sentimenti negativi nei confronti dell’assistito) e insieme orgoglio per la funzione che stanno svolgendo, crescita dell’autostima e del senso da attribuire alla propria esistenza.

Questa dialettica si inserisce pienamente, anche se con peculiarità proprie, nella complessiva problematica di genere che ha costituito uno dei temi sociali, politici, culturali degli ultimi decenni. Enormi processi epocali hanno cambiato le nostre società, con forti influssi anche sullo

---

<sup>90</sup> Cfr. I. Paoletti, *Il lavoro di cura: una pratica di genere*, in “La Rivista di Servizio Sociale”, 3, 2003, pp. 32-33.

<sup>91</sup> G. Colombo, *Dai bisogni ai diritti delle persone che curano*, in “Animazione sociale”, cit., pp. 39-40.

scenario dei comportamenti della vita quotidiana, con rilevanti trasformazioni sull'identità delle persone, specialmente delle donne. A questo proposito, basti elencare alcune delle tematiche emerse: più forte presenza nel mondo del lavoro e nella scuola, le nuove concezioni della coppia e della famiglia, la possibilità di vivere la maternità come scelta e non come dimensione obbligata, il problema della "doppia presenza"...

Anche se la presa di coscienza e la condivisione di queste visuali, così come la volontà e la possibilità di tradurle sul piano dell'esistenza concreta, si presentano in modi differenti a livello di gruppi sociali e di persone singole, è indubbio che queste dinamiche abbiano influito profondamente sui costumi, sulle concezioni di vita e sui comportamenti dell'intera società.

"Questo processo, iniziato negli anni Sessanta e rinforzatosi nel decennio successivo, ha portato le donne ad abbandonare l'idea che la cura dei famigliari fosse soltanto un destino e un obbligo; inoltre, essendo sempre più presenti sul mercato del lavoro, le donne non sono state più disponibili a considerare il lavoro di cura, svolto in ambito domestico-familiare, come l'evento prioritario della loro vita. Contemporaneamente, negli ultimi anni, abbiamo assistito a un aumento considerevole della durata della vita (...), che è andato di pari passo con lo sviluppo economico e con l'affermazione di una sorta di cultura dell'immortalità e dell'invulnerabilità. Questo dato, al di là di ogni considerazione, ci dice che il bisogno di essere curati nel prossimo futuro non potrà che aumentare".<sup>92</sup>

Il diritto del singolo di scegliere la propria vita, che sotto certi aspetti ha visto in sintonia il movimento delle donne per l'autodeterminazione e quello dei disabili per la vita indipendente, si intreccia e si confronta con il diritto di essere curati il meglio possibile nella propria famiglia. Si viene così a creare un complesso e difficile contrasto, la cui soluzione, per la tipologia e la molteplicità dei fattori in campo, appare molto ardua.

Il lavoro di cura può implicare tutta una serie di vissuti e di emozioni connessi a sentimenti di obbligo morale relativi sia ai rapporti di parentela, sia a processi di identificazione di genere, che devono spesso far convivere sentimenti ambivalenti: un forte desiderio di aiutare i famigliari ma anche un altrettanto forte senso di frustrazione, di insofferenza.

Una delle caratteristiche del lavoro familiare di cura è fondata *sul concetto di insostituibilità*: che è contemporaneamente obbligo e potere. Mette insieme, anche se non sempre in modo armonico, l'umiltà dell'ascolto, della comprensione, con il potere di tenere sotto controllo, almeno nell'ambiente della famiglia, tutti quelli che vi vivono. Questo senso di insostituibilità

---

<sup>92</sup> Ivi, p. 40.

porta sovente molte donne a vivere con vissuti contraddittori, qualche volta con angoscia, il passaggio ad altre funzioni, ad esempio l'impegno lavorativo.<sup>93</sup>

Cosa rende l'assistenza un peso talmente insostenibile che in alcuni casi la salute e la stessa vita delle assistenti viene messa a rischio? Perché non vengono ricercate soluzioni alternative? Quale complesso groviglio di emozioni, obblighi morali, importanti processi di identificazione sono legati alla relazione di cura? Suscita particolare sorpresa vedere assistenti in preda a esaurimento nervoso che si rifiutano decisamente di accettare o di ricevere aiuto; inoltre, anche quando questo c'è, capita che da ciò non ricevano beneficio: in concreto, percepiscono il proprio tempo e i propri pensieri occupati e pervasi unicamente dall'assistenza, non avendo più una vita loro.<sup>94</sup>

Il peso dei compiti quotidiani di cura è spesso aggravato da una costruzione della relazione assistenziale che esclude qualsiasi soluzione alternativa. Tutto viene di fatto demandato alla famiglia, alla donna, e questo coinvolgimento inteso come "fasi carico" del familiare fragile in modo totalizzante, cioè il percepirsi come l'unico garante, una sorta di baluardo contro il deficit, la debolezza e, in ultima analisi, contro la morte, sono quasi sempre collegabili con l'emergere di somatizzazioni e di sintomi di ansia, di depressione.

Le ricerche che analizzano molte situazioni familiari confermano che un insieme definito di doveri morali è in primo luogo legato alle categorie di appartenenza parentali. Ma se rapporti di parentela stretti costituiscono una ragione sufficiente per diventare assistente, tuttavia, essere uomo o essere donna implica differenze sostanziali in relazione ai doveri e alle aspettative relative al prestare cura: è ancora fortissimo e condiviso l'assunto per cui l'assistenza è un compito della donna.

Il principio della responsabilità (delle donne) è a volte declinato tramite una effettiva scelta, a volte tramite imposizione, seppur quasi sempre implicita, a volte (forse spesso) tramite vissuti in cui si intrecciano e si contrappongono entrambe le polarità.

"Questo principio nasce dalla constatazione che anche le persone più care e vicine che si fanno carico di atteggiamenti di attenzione e di cura, possono (spesso senza rendersene conto) legare il soggetto ad un destino, a un posto fissato dalla tradizione, a un dovere richiesto dalla comunità. Il welfare della seconda modernità si propone di svincolare l'individuo dagli obblighi che derivano dall'appartenenza a una determinata cerchia familiare: vuole aiutarlo a scrivere e a riscrivere la propria vita in ogni nuova situazione che affronta; intende stargli a fianco nell'affrontare i rischi dello sviluppo, lasciandolo contemporaneamente libero di cambiare

---

<sup>93</sup> Cfr. M. Piazza, *Dal lavoro di cura al lavoro professionale*, in *Il libro della cura di sé degli altri del mondo*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1999, pp. 89-90.

<sup>94</sup> Cfr. I. Paoletti, *Il lavoro di cura: una pratica di genere*, in "La Rivista di Servizio Sociale", cit., pp. 33-34.

direzione. Si tratta, in fondo, dell'affermazione del diritto individuale a deludere le aspettative degli altri, a evitare responsabilità imposte. Anche se – e questo è il paradosso da risolvere – il legame sociale è parte consistente del patrimonio immateriale a cui il singolo attinge per realizzarsi”.<sup>95</sup>

Come sciogliere un nodo così intricato?

“Il rapporto affettivo entra nella sfera del welfare nella misura in cui diventa un bene relazionale di cui la persona vuole godere; amore, amicizia, accudimento sono esperienze vitali che fanno crescere. Il legame sociale non è solo protettivo, non offre solo riparo nelle ristrettezze economiche e nella malattia, ma aiuta anche a pensare se stessi e il mondo. E' veicolo di identità. Nella vita moderna risulta con maggior evidenza come nessuno possa trovare la propria strada da solo, nel vuoto di rapporti con altri, simili e diversi. Dunque il welfare deve incoraggiare non soltanto la solidarietà, che pure viene ribadita dalla legge di riforma senza tuttavia costituirne un elemento originale, bensì la condivisione. Questa è la nuova sfida”.<sup>96</sup>

Il welfare pertanto, nell'assumersi il compito di consentire che i gesti di cura tra genitori e figli derivanti da una scelta, da un desiderio interno di condivisione, vengano iscritti nel diritto esigibile, deve stimolare una nuova distribuzione dei carichi di cura, così come la conciliazione fra tempi di cura e tempi per sé.

### ***3. I nuovi compiti dei servizi sociali***

Portare dei cambiamenti significativi verso un modello di assistenza familiare più condiviso significa destrutturare e ridefinire un gran numero di visioni e ideologie, così come di costruzioni sociali a tutti i livelli, personale, sociale, istituzionale, ma anche promuovere misure legislative che tendano a riconciliare la vita lavorativa e quella familiare, in cui anche gli uomini vengano considerati come fornitori di cure.

Vanno in questa direzione le politiche che cercano una conciliazione tra la possibilità di avere una vita indipendente e trovare gratificazione nel lavoro di cura, tra esistenza individuale e di relazione, tra badare a se stessi e accudire l'altro.

“Questo diritto è affermato nella L. 53/00 che ha regolamentato tempi di lavoro e ritmi urbani, anticipando di qualche mese la riforma dei servizi sociali. Ampliando i permessi di lavoro, incoraggiando i padri a condividere l'allevamento dei figli, imponendo ai servizi pubblici di adottare orari compatibili con la vita quotidiana, questa legge chiama i Comuni, le

---

<sup>95</sup> P. Piva, *Istituzioni dalla parte delle persone che curano*, in “Animazione Sociale”, cit., p. 51.

<sup>96</sup> Ivi, p. 52.

aziende, i sindacati a “curare” i carer”<sup>97</sup>. Malgrado l’enfasi che viene posta sulle opportunità della legge (che vengono in genere dalle iniziative, spesso molteplici e stimolanti, degli assessorati alle Pari Opportunità), questo terreno sperimentale resta ancora poco coperto.

A sua volta la L. 328/00, oltre a richiamare più volte i gruppi di auto-aiuto come forma basilare del sostegno reciproco, dedica tutto l’articolo 16 ai servizi di *valorizzazione e sostegno delle responsabilità familiari*.

Rimane però aperto il problema del fare: è nelle pratiche operative, nella forma che assumono i servizi, nei vincoli per accedere agli aiuti professionali che si nascondono le trappole disseminate dal vecchio regime assistenziale.

Nell’influenzare, spesso in modo decisivo, il grado di apertura delle famiglie nei confronti dei servizi, e quindi la forma che può subire la relazione tra questi ultimi e la famiglia, un ruolo cruciale è svolto dalla cultura organizzativa dei servizi stessi. Nel momento in cui devono intervenire istituzionalmente non perché l’assistenza dei famigliari è assente o assai carente, ma per aiutarla e valorizzala, per dare possibilità di respiro alla persona curante, diviene indispensabile rivedere i criteri attraverso cui vengono organizzati e assegnati i servizi di sostegno.

Si presentano e si prospettano funzioni, opportunità e difficoltà sotto certi aspetti differenti rispetto al passato. Il rapportarsi dell’operatore, anche temporaneo e discreto, alla vicenda familiare, non può non provocare variazioni nel sistema familiare stesso, suscitare a sua volta aspettative, ma anche paure, emozioni positive e negative. Si tratta di un aspetto che riveste particolare importanza per gli operatori a cui attiene il compito di sviluppare sia una particolare sensibilità nel cogliere la compresenza di bisogni tra loro dissonanti, sia specifiche competenze di mediazione e di aiuto indispensabili nel raggiungimento di soluzioni accettabili per i diversi soggetti.

All’interno di questa trama va collocato il progetto specifico per ogni sistema familiare basato sulla valutazione dei bisogni dei singoli, della storia familiare ma anche dei giochi relazionali in atto.

Da queste problematiche e prospettive (evocate anche dall’esame della realtà cremonese), emerge la notevole difficoltà dei servizi sociali a rapportarsi, con la necessaria intensità e qualità di relazione, alle famiglie e ai famigliari che curano (in questo giocano anche cause oggettive come i limiti delle risorse finanziarie e di personale disponibile).

I servizi, non solo a livello teorico, ma anche di funzionamento concreto, hanno accolto la prospettiva del pieno coinvolgimento della realtà familiare nel lavoro di cura. Da tempo, infatti,

---

<sup>97</sup> *Ibid.*

operano servizi rivolti a situazioni pesantemente critiche, soprattutto in ambito sanitario, che hanno messo al centro del loro lavoro il sostegno ai famigliari. Si tratta di pratiche terapeutiche e di funzioni di appoggio (come il servizio per disabile nel settore infantile, la terapia familiare per i tossicodipendenti, l'assistenza al nucleo familiare dei malati terminali) che dal malato o dal soggetto in grave difficoltà si allargano alle persone di contatto più vicine. D'altro canto, occorre osservare che in questi casi i professionisti del disagio e della sofferenza più grave, e le persone che assistono, hanno una lunga tradizione collaborativa; qualche volta funziona, qualche volta fallisce, ma è comunque prevista e cercata attivamente da entrambe le parti.

“Il dato in controcorrente è che, invece, nei servizi nati per le famiglie ‘normali’, stranamente la collaborazione non decolla. Là dove il professionista non deve guidare il carer, ma solamente agire come facilitatore delle sue scelte, si respira un clima forzato, privo di naturalezza. Questi servizi, cresciuti al di fuori del paradigma sanitario – come i centri per la famiglia, dedicati al sostegno delle capacità dei genitori, dei nonni, dei fratelli – nel complesso sembrano impantanati tra due sponde, bloccati a metà guado tra attività programmate e spontaneità, culture professionali e sapere comune. Quando professionisti e cittadini si trovano a gestire insieme uno spazio deputato alla socialità, né gli uni né gli altri riescono a trovare un codice di comportamento che li soddisfi: le iniziative stentano a prendere forma, i programmi professionali raccolgono pochi adepti, mentre eventuali altri desideri rimangono inespressi. E' come se le due culture, per non prevaricarsi a vicenda, fossero costrette alla paralisi”.<sup>98</sup>

Pare che in generale gli operatori si trovino a loro agio quando si tratta di fronteggiare situazioni molto pesanti (disabili, malati terminali, vittime di violenze e simili), anche perché possono continuare a fare quello che sono situati a fare: mettere in campo un piano di intervento altrettanto pesante e lungo. Quando, invece, la famiglia, spesso anche quando si assume un forte carico di cura e di assistenza, è in grado di impostare da sola il sistema di aiuti oppure di proporsi con un ruolo significativo anche di fronte alle professionalità competenti, allora molti servizi non riescono a trovare la giusta misura, che consiste nell'elaborare insieme (nel rispetto di ciascun ruolo) il progetto, nello stare a fianco senza imporsi, nel sorreggere quel tanto che basta l'azione che il nucleo familiare si è dato spontaneamente.

L'operatore spesso non riesce a collocare l'aiuto professionale in seconda posizione: per questo forse stentano a crescere i servizi di respiro e i servizi domiciliari a richiesta, come per esempio le sostituzioni occasionali.

---

<sup>98</sup> P. Piva, *Istituzioni dalla parte delle persone che curano*, in “Animazione Sociale”, cit., p. 53.

Tutto questo non può restare marginale nell'agire del nuovo welfare, che è chiamato a dare maggiore credito ai curanti informali, a prevedere differenti e per certi aspetti inediti tipi di sostegno e di scambio.

“Non si tratta di seguire lo schema commerciale del cliente che ha sempre ragione, quanto piuttosto di favorire quella esperienza straordinaria che consiste nel vivere in libertà la fatica della cura. Scegliere i tempi e i modi, ascoltare le proprie reazioni, accogliere e respingere quelle dell'altro secondo le proprie possibilità, imparare sbagliando, mettersi in gioco senza dover seguire un manuale professionale, fosse anche il migliore, significa in poche parole poter scrivere il copione senza dettatura. Solo così i curanti informali e l'assistito maturano insieme nel corso della vicenda”.<sup>99</sup>

Questa logica e questi compiti richiedono un nuovo modello di lavoro sociale, basato sulla territorialità e sulla domiciliarità.

## **Capitolo quarto**

### **La prospettiva della domiciliarità nel welfare locale**

#### ***1. Una nuova frontiera: il welfare locale dei servizi***

Di fronte ai nuovi processi economici e sociali, caratterizzati sempre più da vulnerabilità economica e sociale, da dinamiche e da rischi di esclusione e di frammentazione, il *welfare locale dei servizi* è la nuova frontiera del welfare.

Si tratta di una prospettiva che di certo non vuole esaltare il localismo angusto e la confusione dei poteri e dei compiti, la frammentazione dei vari ambiti e livelli dello stato e del sociale. Essa rimanda alla funzione di progettazione e di regolazione generale dello stato, alla politica nazionale, alle scelte previdenziali, formative, fiscali, urbanistiche, sanitarie, sociali, di genere. Ma questi compiti devono ancor meglio correlarsi alle scelte, alle azioni e alle pratiche previste e agite a livello territoriale.

Per chi ha responsabilità di governo, l'obiettivo di ricostruire relazioni, autonomie e capacità comporta una nuova ottica: basare sempre più le tutele sociali sul protagonismo delle persone, sulla qualità di relazioni stabili, sull'integrazione tra pubblico, privato-sociale e volontariato, sulla prossimità e sulla flessibilità, sulle reti, sull'equità e sull'eguaglianza. Un'ottica, questa, che si pone in contrasto inevitabile con il modello di mercato sociale costruito sulla cieca e

---

<sup>99</sup> *Ibid.*

anonima transazione cliente/fornitore e sui rapporti di forza che si è in grado di esprimere nella negoziazione.

Il nuovo modello si chiama invece *capitale sociale*, che è il prodotto degli scambi tra soggetti, individuali e collettivi, che creano, mettono in campo risorse e conoscenze, si aiutano, cooperano, si danno fiducia. Il primo riferimento è all'enorme ricchezza esistenziale, economica, sociale, educativa, assistenziale realizzata dalle *realità familiari*.

Se le dinamiche che si sviluppano spontaneamente nel vivo del corpo sociale generano valore aggiunto e se questo valore è accumulato e diffuso come risorsa per l'intera comunità, nasce una nuova ottica per riconsiderare e rendere sostenibile il welfare. La politica, le istituzioni, i servizi, possono e devono sostenere queste competenze ed esperienze, stimolando i cittadini a creare reti aperte, a giocare le loro attività in una dimensione comunitaria.

Il tema è enorme, è difficile da affrontare, ma proporre comunque alcune priorità strategiche. La prima: se occorre garantire un adeguato livello di risorse (l'Italia è fra i paesi occidentali sviluppati a spendere meno per il suo sistema socio-assistenziale), non serve tanto una mera aggiunta quantitativa di prestazioni, mantenendo la centralità del servizio a prestazione individuale, quanto un modello nuovo che chiami alla trasformazione tutti i servizi sociali, sanitari, educativi, culturali. Deve essere salvaguardato e ancor più valorizzato il percorso che dal singolo individuo porta alle reti naturali di aiuto; dalla presa in carico alla condivisione delle scelte soggettive e alla promozione; dalla prestazione professionale al capitale sociale.

E' con questa ottica che va riconsiderato il tema della *famiglia*. Non serve il riconoscimento (spesso scontato, retorico) del suo valore, che può servire da alibi per gravarla ulteriormente di solitudine e di compiti, ma occorrono effettive occasioni affinché la famiglia sempre meno sia semplice destinataria indiretta di servizi rivolti a specifiche categorie di utenti (anziani, minori, disabili,...), e sempre più uno dei soggetti protagonisti dell'attività di cura e di assistenza.

Questa prospettiva propone un'altra centralità strategica: l'*integrazione* fra le politiche sociali, fra gli ambiti e i servizi istituzionali, così come tra i soggetti che sono a vario titolo impegnati nel lavoro di cura e di assistenza. Si parla continuamente di *rete*, che esprime l'idea e la strategia di collaborazione tra i soggetti istituzionali e sociali, e tra le attività dei servizi e quelle presenti nella società civile, ma la sua traduzione in realtà è ancora molto difficile (la prova più immediata viene dalla perdurante difficoltà a far collaborare i servizi sociali e sanitari: si pensi solo ai rapporti tra Sad e Adi).

“La coesione, come principio guida, porta a ridefinire sia la domanda che l'offerta. La domanda non viene più vista come stato di disagio da curare, ma come diritto e doveri delle

istituzioni di avere cura. Non si tratta di terapie per mali sociali, ma di rendere capaci tramite strategie di *empowerment*. La domanda deve diventare, perciò, più consapevole e attiva, mentre l'offerta deve passare dall'assistenza alla promozione. Solo così possono essere mobilitate risorse potenziali, conoscenza tacita e locale, processi di apprendimento di preferenze migliori, forme di partecipazione che evitino l'isolamento nello stato di bisogno e il rifugio nel privatismo. Solo la promozione della capacità esige integrazione delle politiche, mentre solo pratiche di *empowerment* producono come effetto secondario la coesione sociale".<sup>100</sup>

L'attenzione quindi va posta sullo "scambio", che non sottovaluta di certo la necessità dell'intervento di cura sul singolo, ma che nel contempo porta a ragionare in un'ottica ambientale, centrando il lavoro sulle condizioni che facilitano gli scambi dentro un contesto, cercando i modi di far convergere interessi individuali e interessi collettivi.

"Il concetto dello scambio può permettere di uscire dal concetto di beneficenza, che tanto ha informato di sé il lavoro sociale (nella beneficenza non c'è reciprocità, ma separazione). E può permettere di allontanarsi anche dal burocratismo, legato alla logica dei diritti/doveri (nemmeno nei servizi spesso c'è reciprocità), per portare gli operatori a ragionare in un'ottica diversa, scostandosi un po' dalla dissimetria della relazione d'aiuto. Forse siamo troppo abituati a pensare il lavoro sociale come la scena dove chi sta bene, ha le risorse e le capacità aiuta chi sta male e ha le carenze e le disabilità. Faticiamo a considerarci tutti portatori di domande e offerte. Non riconosciamo che nell'aiutare gli altri si costruisce un bene anche nostro. Che tra chi dà e chi riceve c'è la stessa convergenza nel raggiungere un interesse comune, che consiste nel fare qualcosa che consideriamo positivo".<sup>101</sup>

E' la prospettiva (l'utopia?) che vede i servizi come centri in cui la comunità locale impara a leggere le sue sfide, i suoi problemi, i suoi percorsi. In questa direzione, i servizi prima ancora di pensarsi in termini di assunzione diretta di una persona e del suo problema specifico, possono pensarsi come aiuto alla comunità locale nel riappropriarsi dei fenomeni locali, nel prendere coscienza delle sofferenze, delle criticità, delle disuguaglianze.

---

<sup>100</sup> C. A. Donolo, *Politiche integrate come contesto dell'apprendimento istituzionale*, in "Gli argomenti umani", cit., p. 36.

<sup>101</sup> R. Camerlenghi, *Il lavoro sociale oggi. Spunti per un confronto*, in "Polis", 81, 2002, p. 6.

Dal punto di vista dei progetti e dei comportamenti dei cittadini, dei soggetti sociali, della politica, ne consegue un compito che è insieme difficile da attuare e non eludibile: farsi carico della cura e dell'aiuto diretto a persone, gruppi e comunità, ma insieme cercare una risposta ai bisogni, legare la qualificazione delle politiche e dei servizi al terreno dei diritti; inoltre, impegnarsi per delineare un diverso modo di produrre da parte dei servizi.

Questo evoca un cambiamento di prospettiva e di modello di azione di tutte le realtà sociali che operano per fini di solidarietà, a partire dell'intero terzo settore. Il cambiamento, inoltre, non può non riguardare anche le varie forme aggregative e associative sorte sul terreno della disabilità, tanto più che indubbiamente costituiscono una presenza particolarmente ricca e viva nel tessuto sociale.

Le famiglie dei disabili e le loro varie forme di associazione devono trovare il modo di mobilitare nuove risorse, attenzioni, risposte e soluzioni su una problematica così difficile e complessa, tale da riguardare l'intera collettività perché ne richiama valori, attribuzione di senso e scelte fondamentali.

Questa prospettiva si scontra indubbiamente con l'impegno, spesso logorante, dei compiti di cura di queste famiglie. Ma proprio perché il carico che devono portare sulle spalle è così pesante, si rende indispensabile un loro più forte protagonismo sociale, utilizzando gli strumenti associativi di cui già dispongono o creandone di nuovi: a questo proposito, occorrerebbe innanzitutto superare quel particolarismo (per altro fin troppo diffuso nell'intero terzo settore) che porta a costituire tante realtà associative scollegate o addirittura rivali tra di loro, ostacolando l'elaborazione di comuni progettazioni e iniziative miranti a obiettivi di largo respiro.

L'assunzione di una prospettiva ampia non è in contrasto con le esigenze specifiche, con le richieste, le esperienze concrete e i saperi del mondo della disabilità. Le famiglie e le associazioni dei disabili, così come del resto le famiglie e le associazioni delle altre aree del sociale, sono chiamate ad agire da forti attori sociali collettivi, collocando richieste e iniziative nel quadro delle politiche sociali. Non pare infatti possibile trovare risposte ai problemi specifici della disabilità, come i sostegni economici, la quantità e la qualità dei servizi, la accoglienza e l'integrazione scolastica, le opportunità di lavoro, di socializzazione, di realizzazione personale nel gioco, nello sport, nelle attività espressive..., scollegandole dal complessivo sistema delle politiche, degli interventi e dei servizi.

Il primo passo in questa direzione, che richiede il supporto di nuove e complessive dinamiche di partecipazione e di progettazione, deve vedere le famiglie e le associazioni dei disabili portare direttamente il loro contributo, su tematiche che conoscono bene, nei momenti e

nei luoghi in cui sul territorio si raccolgono le domande e si definiscono risposte (si pensi ai Piani di zona) ai bisogni sociali.

Nello stesso modo, bisognerà trovare il modo affinché si analizzi e si valuti in modo più approfondito e aperto l'ancora poco esplorato percorso tra i luoghi dell'educazione scolastica, familiare e gli esperti, gli operatori, pubblici e privati.

In riferimento a queste tematiche e a queste prospettive, il concetto più pertinente da richiamare è quello della *partnership* fra soggetti sociali e istituzionali.

Il modo più produttivo di affrontare gli specifici problemi dei disabili e delle loro famiglie, la difficoltà delle relazioni, il rischio dell'isolamento nella comunità, la difficoltà a pensare e a costruire un futuro, ha a che fare, contrariamente al sentire più diffuso, con quel clima di progettazione partecipata, con quella logica che riconosce e valorizza la diversità, la pari dignità e responsabilità degli attori sociali.

Dietro all'idea di *partnership* sta la percezione della necessità di uscire dal forte deficit di "disegno della società", nel quale si rischia di restare ancorati alla sterile proclamazione dei diritti di cittadinanza o al loro perseguimento per vie troppo individuali, per delineare un modello e percorsi che, nella società in generale e nella comunità locale in particolare, permettano di riformulare questi diritti e di promuoverli a partire da nuove alleanze tra i diversi attori.

"Questo non è possibile se i vari soggetti – in particolare coloro che sono portatori di un solidarismo capace di tenere insieme ricerca della giustizia sociale e ricerca del benessere complessivo delle persone, attraverso scelte ispirate alla reciprocità – non si interrogano sul fatto che siamo di fronte ad una forbice pericolosa tra diritti proclamati e diritti effettivamente esigibili; una forbice tanto più pericolosa se si tiene conto del fatto che 'i diritti' rimandano – prima che a servizi e prestazioni – a 'un diritto' inalienabile delle persone all'inserimento sociale e politico. In altre parole la difesa dei singoli diritti è tale solo sulla base dell'inserimento sociale e della partecipazione alla vita della comunità locale dei cittadini".<sup>102</sup>

Senza pretendere di esaurire una problematica così complessa, è possibile individuare nella *domiciliarità* un fondamentale obiettivo strategico del welfare territoriale: essa va intesa come un progetto culturale e politico che, oltre a favorire la permanenza nel proprio domicilio dei soggetti anziani o disabili o in perdita di autonomia, favorisce il collegamento delle persone, delle famiglie, delle reti comunitarie al contesto territoriale, alla *comunità locale* in cui i soggetti sono inseriti.

---

<sup>102</sup>F. Floris, *Quale partnership nel lavoro sociale?*, in "Animazione sociale", 4, 2002, p. 20.

## **2. La cultura della domiciliarità e le sue conseguenze per la progettazione sociale**

La domiciliarità trova già in Italia esperienze di notevole interesse, che prospettano una possibile sperimentazione anche al nostro territorio, soprattutto se declinate in modo da corrispondere alle sue necessità e peculiarità.

Le elaborazioni più complete e interessanti su questo tema vengono dall'*Osservatorio delle famiglie* di Reggio Emilia, che ha prodotto in questi anni un notevole sapere relativo ai lavori nei servizi educativi e sociali, che riguarda soprattutto aspetti metodologici, conoscitivi e operativi riferibili alla cultura e alle pratiche di *domiciliarità*.<sup>103</sup>

Il primo utile contributo riguarda il ripensamento del sempre più utilizzato (e abusato) concetto di *rete*, termine che ha assunto un valore predominante come espressione di un pensiero e di strategie di collaborazione tra i servizi (mentre in questi anni ha perso valore il termine assistenza, che rinvia ad una visione dei servizi passivizzante).

La tesi assunta dall'Osservatorio è che, sotto diversi aspetti, il concetto di rete non risulta adeguatamente rappresentativo di ciò che *inter/agisce* (che dovrebbe interagire) tra i servizi nel loro incontro, della ricchezza e dell'ampliamento di prospettive che ne consegue.

“La parola-chiave ‘rete’ finisce per essere in certo senso riduttiva della ricchezza che si accompagna alla reale esperienza di lavoro comune. La rete è, infatti, una maglia fatta di nodi (dei quali si può restare prigionieri), ma anche di fori “vuoti” (dai quali è possibile cadere); inoltre è uniforme, statica, si può soltanto estendere in larghezza ma non modifica la struttura delle sue maglie. Inoltre la rete è foggata per contenere o per “irretire”; non è viva, dinamica, feconda. A ciò si aggiunga l'ambiguità semantica sopraggiunta in seguito alla diffusione della ‘rete informatica’, delle *comunità artificiali* originate dalla società telematica”.<sup>104</sup>

L'Osservatorio, che pare configurarsi davvero come laboratorio permanente di condivisione e di pratica di esperienze, è riuscito in larga misura ad attivare collaborazioni e sinergie tra i soggetti che, con cultura, storia, funzione e modalità anche assai diverse, operano con/per le famiglie: servizi, associazioni di volontariato, organizzazioni. Tutti i soggetti che operano in modo significativo nel territorio partecipano con continuità, si sentono coinvolti, si impegnano ed elaborano attivamente. Nel rispetto delle differenze e delle specificità dei singoli apporti, ciascun attore è chiamato in campo per un arricchimento scambievole e per la crescita e il rafforzamento del tessuto sociale.

---

<sup>103</sup> Cfr. B. Caggiati e V. Iori, *La prospettiva della domiciliarità nei servizi educativi e sociali*, in “Animazione sociale”, 8/9, 2002.

<sup>104</sup> V. Iori, *La domiciliarità come laboratorio progettuale*, in “Animazione sociale”, cit., p. 31.

Rispetto ai soliti “tavoli” di consultazione o di concertazione creati dalle istituzioni e dalle forze sociali locali, la scelta vincente è stata quella di privilegiare l’*aspetto metodologico-operativo*, in quanto l’importanza della concertazione e della rete sono spesso sottolineate sul piano delle enunciazioni di principio, mentre sono scarse le impostazioni che prevedono un effettivo e puntuale conseguimento di risultati, così come le descrizioni che diano conto delle operative modalità di lavoro. L’Osservatorio ha sempre mirato a correlare il *pensare insieme* con il *fare insieme*, a partire dalla concreta collaborazione interistituzionale, dal reale rapporto tra i servizi.

“Questo tipo di conoscenza può far nascere collaborazioni feconde che sappiano *andare oltre protocolli d’intesa formali*. In una dimensione che non sia soltanto assistenziale, ma di prevenzione al disagio, di promozione delle risorse, di *coinvolgimento* e di *protagonismo*, occorre promuovere, oltre agli scambi di auto-mutuo aiuto tra famiglie, anche forme più vaste di *solidarietà*. La strategia delle connessioni e del lavoro condiviso alimenta le modalità con cui progettare e condurre interventi socio-educativi nella comunità territoriale, favorendo un *sentire comune* che è molto di più della ricerca di tecniche (pure importanti) e che alimenta la cultura della *domiciliarità*.”<sup>105</sup>

L’Osservatorio non è quindi uno strumento di ricerca teorica o puramente ricognitiva, ma “trasformativa”, basata sullo stretto legame di circolarità tra osservazione e intervento volto al cambiamento: è una conoscenza operativa. Questa caratterizzazione appare preziosa anche per il territorio cremonese, nel quale, se non mancano occasioni di confronto e di incontro, sono pochi e deboli i luoghi dove si elabora e si progetta in senso effettivamente operativo.

“L’osservazione non si configura con finalità meramente *descrittive*, ma assume una precisa funzione *propositiva*, fornendo un impulso *concreto* a individuare, indicare e perseguire proposte che orientino la prassi e l’elaborazione di politiche sociali che favoriscano la promozione familiare. La teoria senza la prassi è vuota astrazione e la prassi senza la riflessione teorica che la alimenti rischia di essere cieca e di corto respiro. Qualsiasi intervento *concreto* presuppone una *scelta* fondata sulla riflessione e sulla *teorizzazione* (di livello più o meno elevato e formalizzato). Analogamente, gli *effetti* degli interventi forniscono materiale per lo studio e stimolano la ri-formulazione teorica e l’indicazione di nuove possibilità”.<sup>106</sup>

A livello generale, la validità e la necessità di questa ottica trova innumerevoli riscontri nelle analisi dei processi di sviluppo di comunità, che richiedono un effettivo, produttivo coinvolgimento e la mobilitazione di una molteplicità di soggetti anche molto diversi, del

---

<sup>105</sup> Ivi, p. 32.

<sup>106</sup> Ivi, p. 36.

pubblico e del privato, formali e informali. Studi ed esperienze condotte nei contesti urbani dicono che progetti, magari ineccepibili sul piano teorico, hanno incontrato difficoltà di realizzazione proprio per la resistenza degli abitanti mantenuti estranei ai processi di decisione e di sviluppo dei progetti. La *partecipazione* è il primo fattore della condizione di fattibilità degli interventi: ma non si tratta di una mera consultazione dei cittadini, ma di uno sviluppo del senso di progettazione sociale percepita come prodotta dalla volontà condivisa.

Ovviamente, quando si tratta di realizzare questo tipo di partecipazione, nel tessuto sociale si presentano insieme fattori contrastanti: molteplici risorse, ma anche difficoltà, ostacoli, resistenze. Fra le tante criticità, quella più comune, e la più ardua da fronteggiare, è la difficoltà a leggere l'altro e, soprattutto, l'incapacità di rileggere anche se stessi (come servizio e come operatori che lo rappresentano, come parti sociali, come persone...) alla luce dell'incontro con gli altri.

Il successo dell'esperienza dell'Osservatorio è reso possibile dalla capacità di discutere in modo aperto e continuo, in modo che l'incontro e il confronto fra differenti si incentri sempre sul rapporto tra teoria e pratica, sulla modalità più efficace per costruire, aggiornare e verificare la conoscenza del "sistema famiglia", per individuare le sue esigenze profonde e intercettare le sue domande, anche quelle implicite, e promuovere le risposte adeguate.

Questa modalità di progettazione sociale ha permesso di evitare, nel lavoro sui Piani di zona di Reggio Emilia, di ridurre il sostegno alla domiciliarità al solo mantenimento nella loro casa delle persone con cui si relazionano i servizi. Il progetto è stato quello, fin dall'inizio, di pensare le persone immerse in un sistema di relazioni, che si sostanziano in soggetti, luoghi e tempi ben precisi.

Mettendo in atto quel più dinamico processo di "accompagnamento" che parte dalle condizioni di vita delle persone e mira alla sua valorizzazione, si supera così la più unilaterale "presa in carico"

"La domiciliarità sollecita *non solo* cambiamenti organizzativi, *quanto soprattutto* un cambiamento di lettura della realtà, una rivisitazione della più tradizionale impostazione del rapporto servizio-utente, suggerendo uno sguardo più attento alla persona, alla sua famiglia, ai luoghi, ai tempi e alle relazioni in cui si dà la sua vita".<sup>107</sup>

In questo modo, la progettualità sociale connessa alla "logica" della domiciliarità, non può ignorare che lo spazio interno alla famiglia, in quanto nido accogliente e nutritivo, è anche pericolosamente a rischio di chiusura e autoreferenzialità.

---

<sup>107</sup> B. Caggiati, *Ripensare il lavoro sociale in un'ottica di domiciliarità*, in "Animazione sociale", cit., pp. 52-53.

Non è facile contrastare le potenti dinamiche sociali che hanno portato al sempre più forte isolamento della famiglia, alla scomparsa o all'indebolimento di quelle forme di incontro interpersonale, di socializzazione, di scambio culturale ed educativo (partiti, oratori, reti familiari allargate, prossimità di vicinato, ma anche osterie, bar, circoli...) che costituivano un fattore decisivo per l'orientamento, la formazione delle persone e per il senso di appartenenza alla propria comunità. Queste dinamiche, tra l'altro, hanno impoverito la *genitorialità diffusa*, cioè l'assunzione comunitaria di compiti specificamente educativi, così come hanno condotto alla sparizione o al drastico ridimensionamento degli spazi della transizione che svolgevano un'importante funzione di socializzazione (cortili, scale condominiali, strade, piazze...), ormai sempre più privi di presenze infantili spontanee.

“E' necessario perciò progettare e sperimentare la creazione di 'spazi intermedi' di confronto, di condivisione, di sostegno alle famiglie per contribuire allo sviluppo di una *genitorialità sociale* che si esprime nella mutua assunzione di responsabilità educativa e sociale da parte delle famiglie e delle comunità educative presenti nella comunità locale. Questa genitorialità diffusa può forse contrastare le nuove insicurezze urbane e familiari e favorire la costruzione di contesti in cui la contrapposizione tra la minaccia esterna e la protezione interna sia attenuata dal recupero del senso degli 'spazi intermedi'”.<sup>108</sup>

Per concludere, la territorialità, la domiciliarità, il welfare locale evocano nuove e complesse prospettive per i cittadini, le forze sociali, le istituzioni e i servizi. Prospettive, per altro, già indicate dalla L. 328/2000, quando afferma che l'assistenza domiciliare deve essere riqualficata per integrarsi (dove “integrazione” rimanda all'idea dell'agire “insieme”) con la famiglia, per fornire informazioni, supporto, per attivare relazioni, per creare reti di mutuo-aiuto, per realizzare forme di affidamento/accoglienza da parte di un'altra famiglia.

La dimensione del welfare locale, della territorialità e della domiciliarità permette di affrontare gli specifici, concreti problemi delle persone, delle famiglie, dei gruppi sociali rapportandoli a una cultura operativa che suscita partecipazione, raccoglie nuove solidarietà quotidiane, saperi sociali spesso taciti, competenze istituzionali diffuse.

Lo spirito di un welfare locale così inteso richiede nuovo protagonismo e impegno dei cittadini singoli, delle famiglie, delle forze sociali, delle istituzioni e dei servizi, sempre più chiamati a progettare e guidare i processi, a osservare e capire che cosa succede dentro e fuori il loro ambito.

---

<sup>108</sup> V. Iori, *Per una fenomenologia della domiciliarità*, in “Animazione sociale”, cit., p. 40.

Le finalità di questo nuovo welfare prospettano soprattutto una relazione più virtuosa tra la responsabilità sociale e politica agita direttamente dai cittadini e quella delegata ai governanti eletti, arricchendo di fecondi contenuti e di nuove prospettive gli stessi concetti costituzionali di *bene comune* e di *responsabilità pubblica*.

## Bibliografia

- Ambrosini Maurizio, *Puntelli stranieri alle famiglie italiane*, in “Famiglia oggi”, 12, 2002.
- Caggiati Barbara e Iori Vanna (a cura di), *La prospettiva della domiciliarità nei servizi educativi e sociali*, in “Animazione sociale”, 8/9, 2002.
- Caggiati Barbara, *Ripensare il lavoro sociale in un’ottica di domiciliarità*, in “Animazione sociale”, 8/9, 2002.
- Camerlenghi Roberto, *Il lavoro sociale oggi. Spunti per un confronto*, in “Polis”, 81, 2002.
- Canevaro Andrea, *Educazione e handicappati*, La Nuova Italia, Firenze, 1979.
- Id., *Pedagogia speciale dell’integrazione*, La Nuova Italia, Firenze, 1996
- Capelli Angela, *Le strade della servitù di passaggio*, in *Donne invisibili*, Atti del Convegno della Diocesi di Mantova, 2002.
- Carrera Francesca, Mirabile Maria, Luisa, Teselli Anna, *Fenomenologie della professionalità sociale*, in “Gli argomenti umani”, 9, Il Ponte, 2003.
- Casella Anna, *Introduzione, Donne invisibili*, Atti del Convegno della Diocesi di Mantova, 2002.
- Castegnaro Alessandro, *La rivoluzione occulta nell’assistenza degli anziani: le aiutanti domiciliari*, “Studi Zancan”, 2, 2002.
- Id., *Garantire sempre gli affetti*, in “Famiglia oggi”, 12, 2002.
- Colleoni Maurizio, *La provocazione della disabilità*, in “Animazione Sociale”, 10, 2003.
- Colombo Grazia, *Dai bisogni ai diritti delle persone che curano*, in “Animazione sociale”, 2, 2002.
- Programma domiciliarità anziani*, Comune di Forlì, Assessorato alle Politiche Sociali e Sanità, luglio 2003.
- De Roit Barbara, *Il mercato privato dell’assistenza in Italia*, in *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell’assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma, 2002.
- De Roit Barbara e Gori, Cristiano, *Le politiche pubbliche in Italia*, in *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell’assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma, 2002.
- Donolo Carlo Alberto, *Politiche integrate come contesto dell’apprendimento istituzionale*, in “Gli argomenti umani”, 9, 2003.

- Favaro Graziella, *Un luogo di incontro e formazione per le donne immigrate*, in “Adulità”, 2, 2003.
- Floris Franco, *Quale partnership nel lavoro sociale?*, in “Animazione sociale”, 4, 2002.
- Gori Cristiano (a cura di), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell’assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma, 2002.
- Guidotti Maria, *Sommario*, in “Animazione Sociale”, 2, 2002.
- Iori Vanna, *La domiciliarità come laboratorio progettuale*, in “Animazione sociale”, 8/9, 2002.  
Id., *Per una fenomenologia della domiciliarità*, in “Animazione sociale”, 8/9, 2002.
- IRESS, *Aggiornamento dell’indagine sulla disabilità in provincia di Cremona*, Provincia di Cremona, 2003.
- Laggia Alberto, *Andare oltre i numeri della sanatoria*, in “Famiglia Oggi”, 12, 2002.
- Marazzini Claudio, *La prima volta del termine badante*, in “Famiglia oggi”, 12, 2002.
- Mazzoli Gino, *I tre mercati del welfare locale*, in “Animazione Sociale”, n. 8/9, 2001.
- Mingione Enrico, *Il lato oscuro del welfare: trasformazione delle biografie, strategie familiari e sistemi di garanzia*, in “Tecnologia e società”, Atti dei Convegni dei Lincei, 172, 2001.
- Molinatto Paola, *Quale cultura delle politiche e delle pratiche con gli anziani?* n “Animazione sociale”, 10, 2000
- Mottana Paolo, *L’educazione degli handicappati*, in Massa Riccardo, *Istituzioni di pedagogia e scienze dell’educazione*, Laterza, Bari, 1990.
- Paoletti Isabella, *Il lavoro di cura: una pratica di genere*, in “La Rivista di Servizio Sociale”, 3, 2003.
- Pasquinelli Sergio, *Servizi domiciliari: quale futuro?*, in “Prospettive sociali e sanitarie”, 7, 2003.
- Piazza Marina, *Dal lavoro di cura al lavoro professionale*, in *Il libro della cura di sé degli altri del mondo*, Torino, Rosenberg & Sellier, 1999.
- Ranci Costanzo, *I mercati sociale della cura: un modello valido per l’Italia?*, in “L’assistenza sociale”, Antologia 1996-2002, 3-4, 2003.
- Ranci Ortigosa Emanuele, *Quali “mercati” dei nuovi servizi sociosanitari*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, 14-15, 2001.

Toniolo Piva Paola (a cura), *L'epoca delle badanti, Ricerca del Comune di Venezia*, in "Polis", 80, Venezia, 2002.

Id., *Istituzioni dalla parte delle persone che curano*, in "Animazione Sociale", 2, 2002.

Id., *Verso un mercato amministrato dei servizi di cura*, in "Animazione Sociale", 4, 2002.

Id., *Anziani accuditi da donne straniere*, in "Animazione Sociale", 5, 2002.

Id., *Partire dalle famiglie per riorganizzare i servizi pubblici*, in "Animazione Sociale", 12, 2003.

Id., *Professioni sociali di rilievo nazionale, Conferenza Nazionale Presente e futuro delle professioni sociali per il nuovo Welfare territoriale*, Roma, 2004.

Viviani Fausto, *Partecipazione e protagonismo*, in "Gli argomenti umani", 9, Il Ponte, 2003.