



Maria Antonietta Alessandri

Quando la cura è affare di molti.

Rete parentale, *badanti* e assistenti domiciliari nella cura dell'anziano a Cervia

Quando la cura è affare di molti. Rete parentale, badanti e assistenti domiciliari nella cura dell'anziano a Cervia di [Maria Antonietta Alessandri, Francesco Zanotelli](#) è distribuito con Licenza

[Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale](#).

You are free to:

- **Share** — copy and redistribute the material in any medium or format
-
- The licensor cannot revoke these freedoms as long as you follow the license terms.

Under the following terms:

- **Attribution** — You must give [appropriate credit](#), provide a link to the license, and [indicate if changes were made](#). You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.
- **NonCommercial** — You may not use the material for [commercial purposes](#).
- **NoDerivatives** — If you [remix, transform, or build upon](#) the material, you may not distribute the modified material.
- **No additional restrictions** — You may not apply legal terms or [technological measures](#) that legally restrict others from doing anything the license permits.

Notices:

- You do not have to comply with the license for elements of the material in the public domain or where your use is permitted by an applicable [exception or limitation](#).
- No warranties are given. The license may not give you all of the permissions necessary for your intended use. For example, other rights such as [publicity, privacy, or moral rights](#) may limit how you use the material.

Based on a work at www.creasiena.it.

Permessi ulteriori rispetto alle finalità della presente licenza possono essere disponibili presso www.comunecervia.it

Con la collaborazione di



Con la collaborazione scientifica del prof. Francesco Zanutelli - C.R.E.A / Università di Messina

Progetto grafico di Matteo Signorelli - signorellimatteo@gmail.com

Cervia, marzo 2014

Sommario

Prefazione di Fabiola Gardelli	12
Invito alla lettura di Francesco Zanotelli	14
Quesiti, metodologia e disegno della ricerca	26
La ricerca e il suo oggetto.....	28
Il disegno della ricerca.....	31
La struttura del lavoro.....	34
Parte prima: I tre attori nello spazio domestico della cura	38
La rete parentale.....	40
Famiglia e Seconda Transizione Demografica.....	40
Welfare mediterraneo e obblighi alla cura.....	41
Il principio di sussidiarietà.....	42
La popolazione anziana a Cervia.....	43
La rete parentale nella cura: la prossimità residenziale.....	45
La responsabilità di cura e l'appartenenza di genere.....	49
Il momento del riconoscimento di un maggior bisogno di cura.....	56
La costruzione del pacchetto di cura tra: parenti, assistenti domiciliari e badanti.....	59
Il pensiero delle badanti, delle assistenti domiciliari e delle figure istituzionali sulle reti parentali.....	68
Per ulteriori approfondimenti.....	69
La presenza transnazionale: la badante.....	72
Il mercato transnazionale e la catena globale della cura.....	72
Il lavoro domestico migrante.....	74
Il caso di Cervia.....	76
Il progetto migratorio, le difficoltà del lavoro, le idee sulla cura degli anziani.....	78
La scelta della badante e la definizione dei suoi compiti.....	86
Il pensiero dei familiari, delle assistenti domiciliari e delle figure istituzionali sulle badanti.....	92
Per ulteriori approfondimenti.....	96

La presenza istituzionale: l'assistente domiciliare.....	99
Il quadro più generale: europeo e nazionale.....	99
Il caso di Cervia.....	100
La cura dell'anziano come "persona nella casa".....	105
La cura dell'anziano come "malato nella casa".....	109
Le assistenti domiciliari.....	117
L'operatrice del servizio pubblico fra "bisogno espresso" e "bisogno reale".....	120
"Potete dare da mangiare anche al mio gatto?": la cura del corpo e la cura dell'ambiente....	123
La cura che crea "disagio": il contesto di vita dell'anziano.....	123
Quando l'anziano chiede "Perché non viene più? Che fine ha fatto?": la relazione nella cura. .	125
L'assistente e la <i>badante</i>	129
Il pensiero dei familiari sulle assistenti domiciliari e su alcuni aspetti del servizio di Assistenza Domiciliare.....	130
Per ulteriori approfondimenti.....	134
Parte seconda. Problematiche nella cura.....	136
Il denaro e la cura.....	138
L'economia di sopravvivenza della cura.....	139
Sconfinamenti del denaro nella cura.....	142
Per ulteriori approfondimenti.....	149
Il corpo e la cura.....	151
Il disvalore sociale del corpo improduttivo dell'anziano nella quarta età.....	151
Le cure del corpo: l'alzata, il bagno e la messa a letto.....	152
Studio di caso: il bagno di Ludovica.....	162
Il pasto nella cura.....	171
Per ulteriori approfondimenti.....	173
Valori, sentimenti ed emozioni nella cura.....	175
Sentimenti, emozioni e stati connessi alla cura.....	175
Le emozioni e i sentimenti dell'anziano.....	175

Il malessere della familiare e della badante: la “cura che ammalia”	176
Il disagio dell’ assistente del servizio pubblico.....	177
Per ulteriori approfondimenti.....	178
Parte terza. Le buone pratiche e alcune riflessioni conclusive.....	181
Le buone pratiche.....	183
Alcune riflessioni conclusive.....	185

INDICE DELLE TABELLE

TABELLA 1 – ANDAMENTO DELL'INDICE DI VECCHIAIA A CERVIA DAL 1997 AL 2011.....	44
TABELLA 2 – POPOLAZIONE ANZIANA RESIDENTE A CERVIA AL 31.12.2011 PER CLASSI DI ETÀ E PER GENERE.....	44
TABELLA 3 - PORZIONE DI ALBERO GENEALOGICO DI LUDOVICA CONTI CON BADANTE E ASSISTENTE DOMICILIARE.....	50
TABELLA 4 – CARATTERISTICHE SOCIOLOGICHE DEI CASI ESAMINATI.....	51
TABELLA 5 - IL PACCHETTO DI CURA.....	61
TABELLA 6 - TABULARIO DEGLI INTERVENTI E NUMERO DEGLI UTENTI DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA DOMICILIARE....	102
TABELLA 7 - COMPONENTI E QUALIFICHE DEI SOCI DELLA COOPERATIVA.....	119
TABELLA 8 - ANZIANI ED ECONOMIA DI SOPRAVVIVENZA NELLA CURA A CERVIA (ANNO 2012, 7 CASI, MENSILITÀ IN EURO).....	141
TABELLA 9 - I COSTI DELLA CURA DOMICILIARE.....	149

Prefazione di Fabiola Gardelli

Assessora ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, politiche della famiglia, pari opportunità del Comune di Cervia

*“La Regione, al fine di **valorizzare la persona anziana come soggetto rilevante per la società e prevenirne la non autosufficienza, detta norme per l’attuazione di azioni positive che contribuiscano a mantenere l’anziano nella famiglia e nel tessuto sociale, e a valorizzare il patrimonio di esperienza, di conoscenza e di cultura**”*

(art. 1, l.r. 5/1994 “Tutela e valorizzazione delle persone anziane”)

Stiamo vivendo una transizione demografica che modifica profondamente la nostra società, tanto che si è coniato un termine nuovo, **“quarta età”**, per definire quella fascia sempre più ampia di popolazione ultraottantacinquenne.

E’ in atto una **rivoluzione demografica** che cambia gli equilibri sociali e che è difficile affrontare anche a causa della grave crisi economica che continua a colpire cittadini e imprese.

A fronte di minori risorse, aumentano le richieste di interventi pubblici, in particolare a favore dei **non autosufficienti**, ossia di coloro che, senza l’aiuto determinante di altre persone, non riescono più a provvedere alla cura della propria persona e a mantenere una normale vita di relazione.

In un quadro consolidato di **servizi agli anziani** occorre allora leggere e analizzare le tendenze e i cambiamenti dei bisogni, per individuare possibili nuove soluzioni.

La presente ricerca sulla complessità della cura delle persone anziane, promossa e realizzata da risorse professionali interne all’amministrazione comunale, rappresenta un valido contributo alla conoscenza della specifica situazione della **comunità cervese**, base informativa indispensabile alle esigenze di **programmazione degli interventi** socio assistenziali, anche a carattere sperimentale.

Concludo richiamando gli **obiettivi** che, nella realizzazione delle proprie **politiche**, il **Comune di Cervia**, con convinzione, condivide e persegue *“obiettivi di tutelare il rispetto delle persone anziane, di promuoverne il benessere e di prevenirne gli stati di disagio, malattia e di emarginazione con azioni positive ed elevando la qualità e l’efficienza dei servizi e delle prestazioni che, a partire dalla risposta personalizzata ai bisogni, nel pieno rispetto delle differenze, valorizzino la partecipazione ed il protagonismo degli anziani”* (art.5, l.r. 5/1994).

Grazie a tutti coloro che hanno contribuito a questa ricerca e a chi vorrà dedicare un po’ di tempo prezioso alla sua lettura.

Cervia, 21 marzo 2014

L'Assessora ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, politiche della famiglia, pari opportunità

Avv.ta Fabiola Gardelli

Invito alla lettura di Francesco Zanutelli

Antropologo, ricercatore e presidente del Centro Ricerche EtnoAntropologiche di Siena (www.creasiena.it) è docente di Antropologia Economica presso il Dipartimento di Scienze Umane e Sociali dell'Università di Messina

“La metà dei nati nel 2007 avrà concrete possibilità di vivere fino a 104 anni”

È l'annuncio dell'articolo apparso recentemente su uno dei più diffusi quotidiani nazionali che, in base alle tabelle ISTAT riguardanti il rapporto tra aspettativa di vita ed età in Italia, ci informa dell'accelerata tendenza all'incremento della cosiddetta 'quarta età' (gli over 80), ormai registrabile anno dopo anno¹. La demografa Letizia Mencarini, intervistata nella medesima sede, afferma che “il cambiamento demografico porta con sé delle incognite enormi”. Le preoccupazioni che tali dati suscitano sono, infatti, di ordine complesso – contemporaneamente di carattere medico, economico, sociale e politico – ma possono essere sintetizzate dal seguente quesito: gli anziani, come vivranno in futuro la quarta età, quella che costituirà una porzione sempre più ampia della loro esistenza? L'Istituto nazionale di statistica informa che per chi aveva 65 anni nel 2010 le limitazioni nelle attività quotidiane sopraggiungono intorno ai 74 anni sia per gli uomini che per le donne, mentre a queste stesse persone resta mediamente da vivere fino a 79,4 anni per gli uomini e fino a 84,5 per le donne². Sarà in grado la società italiana di garantire in futuro una 'buona' vecchiaia ad un numero crescente di cittadini e per un numero crescente di anni, durante i quali vedranno progressivamente calare la propria autonomia ed indipendenza?

La demografia ha il potere e il fascino delle previsioni, più modestamente l'antropologia socioculturale cerca di registrare il presente in uno specifico contesto, entrandone negli interstizi, nei vissuti personali e nell'intreccio tra tendenze sociali e pratiche soggettive. Alla domanda posta sopra, quindi, gli antropologi non possono rispondere se non attraverso la ricerca e la comprensione di ciò che sta già accadendo in riguardo all'invecchiamento, assumendo, in qualche specifica porzione di mondo, il punto di vista di coloro che in tale processo demografico sono coinvolti. Ma a ben guardare,

¹ Maria Novella de Luca, “Il sogno di vivere fino a cent'anni, città per città ecco chi può farcela”, *la Repubblica*, 19 Marzo 2014, p. 21.

² Fonte: ISTAT, Indagine sui decessi e sulle cause di morte; Indagine aspetti della vita quotidiana, figura 3, www.istat.bes.it.pdf, consultato on line il 22 marzo 2014.

ciò non è di minor rilevanza ai fini delle previsioni e quindi delle scelte politiche sul futuro, dato che la rapidità dei cambiamenti dei quali trattiamo accorcia la distanza temporale e il futuro è già qui, nel presente.

Dicevamo che il processo di progressivo invecchiamento demografico è complesso, poiché coinvolge molteplici dimensioni tra loro connesse, e come tale va affrontato, a partire dai soggetti che sono direttamente coinvolti. Il primo pregio della ricerca che stiamo introducendo è quello di adottare un metodo il più possibile olistico, in grado quindi – pur circoscrivendo l'analisi all'aspetto della cura domiciliare all'anziano – di fornirci in una medesima cornice, preziose informazioni sui diversi soggetti implicati sia come destinatari dell'assistenza, sia come datori della stessa: gli anziani, i loro parenti e familiari, le operatrici prevalentemente straniere reperite nel mercato del lavoro di cura, le operatrici istituzionali del servizio pubblico (funzionari, assistenti sociali, assistenti domiciliari delle cooperative convenzionate con l'ente locale).

Ciò che Maria Antonietta Alessandri propone è infatti di osservare come è organizzata e funziona la cura all'anziano nel Comune di Cervia seguendo una prospettiva di ricerca finalizzata all'applicazione, che a me pare particolarmente preziosa in quanto ancora troppo poco praticata in questo specifico ambito dell'analisi sociale: l'autrice sceglie infatti di concentrarsi sull'interazione dei vari soggetti implicati (nelle sue parole 'il pacchetto di cura'), piuttosto che privilegiare la prospettiva di uno dei 'gruppi', rispetto agli altri. Per raggiungere tale ambizioso obiettivo è necessario un metodo, e qui è stato coerentemente scelto quello etnografico, ma soprattutto si deve individuare uno spazio concreto che sia innanzitutto commisurato alla scala del ricercatore, dove si possano cogliere, nel loro farsi, le dinamiche dell'interazione tra i diversi soggetti della cura: in Italia tale luogo è la casa, il domicilio dell'anziano.

Morali della cura e domiciliarietà: alcune comparazioni

L'immagine della casa come spazio domestico e affettivo, luogo dell'intimità familiare, della protezione e della riproduzione (il focolare che nutre), che gli inglesi più precisamente di noi distinguono con il termine *home* da quello più concreto e tecnico di *house*, rimanda oltre che ad uno spazio anche ad un tempo: la temporalità domestica è quella della quotidianità, dei gesti consuetudinari, che sommati diventano tempi lunghi, misurabili in anni.

La cura domiciliare all'anziano si colloca in queste due dimensioni e pertanto è definibile come quell'insieme di gesti e attenzioni (dal bagno al pasto, dalla somministrazione delle medicine alla pulizia degli ambienti, dalla parola scambiata ai lunghi silenzi condivisi) che rendono soggettivamente accettabile all'anziano il progressivo (ma a volte molto lento) deterioramento fisico, e per coloro che se ne prendono cura, meno dolorosa la progressiva e inesorabile esperienza del distacco. Una concezione distinta pertanto dall'idea di cura bio-medica intesa come percorso risolutivo di una disfunzione dell'organismo che va riportato al suo equilibrio precedente.

La sfera interpretativa nella quale ci muoviamo, allora, è quella della cura come insieme di pratiche sorrette dalla morale, e con tale termine intendiamo la specifica cornice di senso intorno alla quale si costruisce un dispositivo sociale dato. Alla costruzione della 'morale della cura' di cui ci occupiamo in questo contesto contribuiscono, da diverse prospettive, i tre 'rappresentanti' dei gruppi che si incrociano nelle case dei nostri grandi anziani. Innanzitutto, i parenti e familiari, guidati da ragioni di ordine affettivo e sociale, tra i quali però spicca la differenza tra donne (molte) e uomini (pochi) che dimostra un diverso senso dell'obbligazione alla cura intergenerazionale. In secondo luogo, le istituzioni e il personale delle stesse, che sono guidate, oltre che da uno specifico apparato giuridico che ne traccia la condotta, anche da un rapporto dagli esiti conflittuali tra politiche dei servizi alla persona ispirate al principio democratico di inclusione sociale dell'anziano e procedure attuative ispirate da una filosofia dei servizi basata su economicità e tecnologia, sempre più tesa all'introduzione nella casa di apparati logico-organizzativi pensati in origine per l'ospedale. In terzo luogo, le assistenti domiciliari reperite nel mercato privato, per lo più straniere, che sono attratte da questa possibilità occupazionale prevalentemente dalla necessità economica, a sua volta però orientata da una propria morale della cura (transnazionale) rivolta ai propri parenti, ben sintetizzata dal flusso di rimesse che inviano periodicamente ai figli e ai mariti. L'esito (sempre mutevole nel tempo e variabile nel territorio) dell'intreccio tra questi diversi aspetti e soggetti costituisce quella che, nel momento in cui la fotografiamo, possiamo definire la morale della cura domiciliare.

La definizione morale di cura viene efficacemente sintetizzata da Arthur Kleinman, antropologo medico all'Università di Harvard, quando afferma che "il prendersi cura è una delle pratiche e dei significati morali fondanti nell'esperienza umana in ogni luogo: esso definisce lo spessore umano e resiste alla cruda riduzione di tutto al rapporto tra costi e benefici" e aggiunge: "in termini antropologici, gli atti di cura che rivolgiamo agli altri sono basati su un tipo di reciprocità diverso dagli scambi economici [...]. Sono più vicini al dare e ricevere doni tra persone alle quali davvero si tiene" (Kleinman, 2008: 1550-51, traduzione mia). In un importante saggio del 2004, Clare Ungerson,

esperta di politiche sociali, approfondisce sul piano concreto e comparativo la contrapposizione tra l'ideologia della cura e quella dell'economia di mercato, mettendo a confronto la legislazione e le politiche di cinque paesi europei (Gran Bretagna, Olanda, Francia, Austria e Italia) in merito all'organizzazione e alla compensazione in termini monetari dei fornitori di assistenza (inclusi i parenti e familiari dell'anziano): ne emerge un quadro variegato ma fondamentalmente dicotomico dove Italia e Austria sono nazioni accomunate dalla presenza di due figure non istituzionali ('informali') nel lavoro della cura (i parenti e la badante). In queste due nazioni, le prime quasi mai ricevono compensi monetari, le seconde li ricevono sempre ma in un mercato 'grigio' del lavoro. L'estremo inverso è costituito dall'Olanda dove amici, parenti e familiari sono pagati per assistere i propri cari da un'agenzia esterna, mentre in Gran Bretagna l'accordo monetario è direttamente sancito tra il 'cliente' e l'operatore che è spesso un vicino o conoscente (ma che non può far parte della cerchia parentale), e dalla Francia, dove la cura, a pagamento, è gestita da un sistema altamente formalizzato. Senza entrare nel merito dei risultati di questa comparazione, la prendiamo ad esempio per sottolineare che, se i vari Paesi menzionati si prendono carico dei propri anziani non autosufficienti, la variabilità delle politiche di cura domiciliare che adottano costituisce un indizio importante delle diverse morali della cura presenti in questi stessi Paesi. La variabilità nelle tipologie di cura che individui, gruppi e istituzioni offrono, oltre ad indicare il diverso modo di concepire l'anziano nella società, suggeriscono una persistente divergenza all'interno delle nazioni europee. L'Italia, in tale quadro internazionale, ha attirato particolarmente l'attenzione degli studiosi poiché, insieme ai suoi vicini dell'area mediterranea, è stata indicata come un paese storicamente caratterizzato dalla bassa longevità, ed è inoltre noto per le caratteristiche di debolezza del suo sistema di welfare-state (Naldini, 2006). In tempi recenti, invece, pur non registrando sensibili cambiamenti nelle politiche rivolte alla terza e quarta età, l'allungamento della speranza di vita ha collocato l'Italia ai primi posti, addirittura tra le popolazioni mondiali più longeve (Viazzo, 2013: 58).

Parentela e cura

Come spiegare questa specificità del Mediterraneo? Due importanti demografi (Billari e Dalla Zuanna, 2008: 93-112), facendo appello piuttosto che ai numeri, alla 'cultura' e ai suoi più diretti esperti (gli antropologi), hanno attribuito alla maggior forza dei legami di parentela e alle più forti obbligazioni morali verso i parenti da essi generate, la maggior importanza delle reti familiari e parentali come fonti di assistenza sociale. Appoggiandoci ai risultati di recenti indagini sociologiche

(Börsch-Supan A. et al., 2006), veniamo poi a sapere che l'1% degli Svedesi over 80 vivono con un figlio, e poco più del 30% degli anziani svedesi intervistati hanno almeno un contatto al giorno con i figli più prossimi. Comparati con i dati italiani dove in media il 23% degli over 80 vive con un figlio e quasi l'80% ha contatti quotidiani reciproci, non possiamo che registrare un forte divario tra, ad esempio, l'Europa Settentrionale e quella Mediterranea rispetto a quella che è stata chiamata la "forza dei legami di parentela" (Reher, 1998).

Rimandando ad altri contesti (Viazzo e Zanotelli, 2008) le difficili dispute teoriche intorno al ruolo della 'cultura della parentela' e della sua definizione per spiegare le differenze macroregionali appena evidenziate, ho introdotto qui questi riferimenti sovranazionali per mettere in evidenza una specificità italiana (e pertanto anche cervese) che ha stretta attinenza con il nostro tema: l'obbligazione morale alla cura tra parenti (tanto in senso orizzontale come attraverso le generazioni). A questa, è associata la necessità sociale ed economica di assistersi tra parenti, visto che, come già detto, non disponiamo di un welfare-state in grado di renderci autonomi dall'aiuto informale. Infine, tale obbligazione ci perviene anche dalla specifica storia legislativa dello Stato italiano che regola le responsabilità tra l'individuo e i suoi parenti anche in merito alla cura.

Ancora una volta, questo insieme di fattori storici, sociali, economici e politici, trova una sua sintesi in una specifica pratica culturale che riguarda le scelte abitative dopo il matrimonio. Infatti, sebbene dal Secondo Dopoguerra in avanti l'idea di legare costantemente i propri destini a quella dei familiari sia entrata in crisi, soppiantata dal paradigma dell'autonomia della coppia, dell'indipendenza dell'individuo, e della famiglia nucleare, tale paradigma non ha però soppiantato una dimensione morale (e giuridica) collegata alla cura, che riguarda l'obbligazione a farsi – in qualche modo – carico dei propri parenti. Senza dubbio, l'invecchiamento progressivo della popolazione è legato ad un altro dato demografico, ossia l'elevato e crescente tasso di famiglie nucleari e di unità domestiche composte da un solo membro (un dato che cresce ad ogni censimento della popolazione). Ci informa Alessandri che, secondo i dati dell'anagrafe civile, a Cervia, il 29% delle persone che vivono sole (5.461 nel 2011) è formato da persone oltre il settantesimo anno di età. Queste tendenze sembrerebbero indicare uno sfaldamento della famiglia italiana, particolarmente accentuato e rapido nel Centro e Nord-Est del paese se comparato con la pratica della co-residenza post-matrimoniale nelle famiglie polinucleari che era ancora ampiamente diffusa fino a 60 anni fa (Barbagli, Castiglioni e Dalla Zuanna, 2003). Non bisogna però farsi attrarre da frettolose conclusioni, come quella che, in seguito a questi processi, vedrebbe i nostri anziani abbandonati a sé stessi. L'immagine che traccia Elias (1982) dell'anziano moderno come colui che ha paura di morire in solitudine, perché nella sua

fine vede rispecchiarsi una vita vissuta in solitudine, non sembra cogliere l'effettiva realtà della società italiana e del Sud Europa. Da noi, il progressivo decadimento della pratica di convivere con i genitori anche dopo la formazione di una nuova unione, è stata sostituita non con la dispersione territoriale ma con la forte prossimità residenziale tra genitori e figli, definita come la residenza nello stesso edificio o entro il raggio di un km tra i genitori di uno o l'altro dei componenti della nuova coppia (Viazzo e Zanotelli, 2010). Così, per comprendere la specificità della via italiana alla modernizzazione, invece di assumere come punto di riferimento l'opposizione tra il modello della parentela co-residente e il modello della famiglia nucleare, è più vicino alla realtà il concetto di 'prossimità residenziale', o ancor più precisamente, nelle parole della demografa francese Catherine Bonvalet, la *famille entourage locale* (Bonvalet, 2003), dove con *famille-entourage* si intende l'intera rete di parentela attiva dell'anziano e con *locale* ci si riferisce al fatto che la prossimità fisica e residenziale è un attributo fondamentale per la definizione di tale rete.

Considerare questa specificità italiana significa osservare i processi di cambiamento (culturale, demografico) pur così consistenti della nostra società contemporanea tenendo in conto gli adattamenti che gli individui producono di fronte a processi più grandi di loro. Il rapporto tra cambiamento sociale e morale della cura non si manifesta pertanto nei termini di una rottura e di un cambiamento di paradigma, quanto piuttosto attraverso l'idea di *similarità nel cambiamento*. In altre parole, quello che comprendiamo, ad esempio, dalla scelta di sostituire la co-residenza con la prossimità residenziale tra genitori e figli è un aggiustamento tra un processo di cambiamento (la volontà di maggior indipendenza e di produzione di una soggettività più autonoma da parte dei figli adulti) e un processo di persistenza e continuità, dettato dalla volontà di ottemperare al vincolo di reciprocità con le generazioni ascendenti, così come dalla partecipazione alla riproduzione del senso di appartenenza alla parentela. Tale aggiustamento non si produce attraverso cambiamenti radicali quanto piuttosto attraverso nuovi assetti che assomigliano parzialmente a quelli praticati nel passato. Nel campo della cura all'anziano, il compromesso tra innovazione e continuità che si è maggiormente diffuso è quello di una rinnovata cura domiciliare dove però a predominare è la prossimità residenziale intergenerazionale tra parenti e la co-residenza dell'anziano non autosufficiente con la badante straniera. Da questa prospettiva, la migrazione femminile internazionale può essere rappresentata come un tentativo strategico da parte delle donne italiane, di trovare delle parziali sostituzioni e ovviare alla progressiva mancanza di tempo, considerato il doppio impegno lavorativo che le impegna contemporaneamente: la cura parentale tanto in senso ascendente che discendente, e la propria attività professionale.

Migranti e cura

Anche a Cervia, come nel resto d'Italia, è ormai ben consolidato un processo di immigrazione straniera e femminile, prodotto proprio dalla domanda di 'badanti'. Uno spostamento di popolazione comune oltre all'Italia, a nazioni come il Portogallo, la Spagna e la Grecia, tale per dimensioni e caratteristiche, da far parlare gli esperti dell'esistenza di uno specifico modello mediterraneo di immigrazione.

Negli ultimi vent'anni, una copiosa messe di studi sociologici e antropologici (di cui qui si dà conto negli utili approfondimenti bibliografici allegati a ciascun capitolo) ha reso evidenti le dimensioni problematiche di questo 'modello' di immigrazione. Sinteticamente, possiamo oggi affermare che nelle nostre case e in quelle dei nostri anziani si producono delle nuove configurazioni sociali e culturali di estrema difficoltà (linguistica, culturale, interpersonale) ma anche potenzialmente feconde in termini di una effettiva e concreta costruzione, dal basso, di interculturalità (Grilli e Mugnaini, 2009). Le difficoltà sono dovute agli aspetti strutturali del fenomeno: la convivenza non è la conseguenza di una volontà ma è determinata dall'incontro tra due necessità: da parte dei familiari italiani, vi è il bisogno di garantire l'assistenza e la cura (anche affettiva) al proprio anziano nei momenti di assenza; da parte delle donne migranti, la necessità è quella lavorativa derivante da una subalterità spiegabile in termini geo-economici globali. Inoltre, tale convivenza è complicata ulteriormente dalla specificità e dalla intrinseca contraddizione interna del 'lavoro' di 'cura', dato che è estremamente complesso per entrambi i 'contraenti' tracciare un confine tra le mansioni stabilite dal patto di dipendenza salariato, e le aspettative di amore impossibili da contrattualizzare. La domiciliarità della cura, inoltre, da essere un valore positivo per l'anziano poiché gli permette di mantenere, grazie alla presenza della badante nella sua casa, la possibilità di una continuità di luoghi e oggetti di affezione, si trasforma invece per la badante straniera in un contesto totalizzante, dove lo spazio e il tempo non sono mai i propri, dove si vive "la vita degli altri". Per ritagliarsi momenti di autonomia e intimità bisogna infatti recarsi 'fuori', nei luoghi pubblici.

L'approfondita etnografia che abbiamo tra le mani dimostra che le condizioni strutturali tendenzialmente avverse appena elencate (e ce ne sarebbero altre ancora), vengono riaggiustate e negoziate negli specifici contesti domestici, producendo esiti di convivenza il più delle volte positivi in termini relazionali, sebbene con un rinnovato impegno sia in termini economici che di tempo da parte dei

familiari che, inizialmente avevano aspettative più elevate in quanto all'autonomia che l'inserimento della badante gli avrebbe apportato.

Istituzioni e cura

In tale contesto domestico, che appare già da queste poche note piuttosto complesso, si inserisce l'assistenza domiciliare fornita dal servizio degli enti locali. Oggi in Italia, nessuno dei tre fornitori di assistenza all'anziano (familiari, badanti e servizio pubblico) risulta in grado di agire autonomamente dagli altri due. E questo vale in particolar modo per l'assistenza pubblica. Dando, per l'ultima volta, uno sguardo comparativo alla storia italiana ed europea delle politiche sociali di assistenza rivolte alla popolazione anziana, emerge la costante importanza attribuita dallo Stato (e sostenuta a più riprese dalla Chiesa cattolica) alla famiglia come fornitore di sicurezza sociale. Infatti, un tipo specifico di welfare-state, condiviso dalle nazioni dell'Europa mediterranea, emerge sotto il comune principio della 'sussidiarietà' (Naldini, op. cit.), secondo il quale il ruolo protagonista nella presa in carico degli anziani dipendenti (così come dei bambini) deve essere assegnato ai piccoli gruppi sociali, *in primis* la famiglia e la comunità locale, oltre che alle associazioni di volontariato e del settore privato.

In siffatto modello di welfare familistico, la donna in particolare assume un ruolo subalterno poiché i suoi diritti sociali sono derivati e non diretti, mentre i legami intergenerazionali e la solidarietà parentale, interpretata particolarmente dalla popolazione femminile, vengono date per scontate dallo Stato tanto all'interno del gruppo domestico, così come tra gruppi domestici tra loro imparentati. Secondo tale modello di politiche sociali, l'interdipendenza familiare così come la 'disponibilità di parenti' sono monitorate istituzionalmente e misurate (oltre che supportate) in quanto considerate un valore (e un risparmio) per lo Stato stesso. Coerentemente con questo schema, la badante si inserisce nella relazione tra Istituzione e famiglia, come un'ulteriore appendice di quest'ultima.

Il cosiddetto welfare-mix italiano trova nella famiglia un destinatario riconosciuto ed è anche attraverso di essa che individua una modalità per raggiungere l'individuo. Così, nelle tappe storiche caratterizzate dall'abbondanza la famiglia è un beneficiario degli aiuti pubblici, mentre in tempi di scarsità diventa un fornitore di welfare che sopperisce alla mancanza di aiuto statale.

Attualmente, alle famiglie è richiesto di farsi carico di un peso sempre più oneroso tanto in termini economici che psicologici. I cambiamenti nel mercato del lavoro, l'assottigliarsi della numerosità

delle reti parentali, il contemporaneo allungarsi della vita dei grandi anziani, così come la recente crisi economica mettono a dura prova il sistema di welfare familistico intorno al quale si è costruita la storia dell'Italia contemporanea.

Notizie da Cervia

Che notizie emergono dalla ricerca condotta a Cervia tali da giustificarne il lungo e faticoso, ma anche estremamente coinvolgente, lavoro di ricerca, la cui lettura ci aspetta una volta terminate queste poche righe introduttive?

Uno dei contributi preziosi sta nella ricostruzione della storia delle istituzioni della cura di questo territorio dagli anni Settanta ad oggi, un territorio che – è bene ricordarlo – si trova all'interno di una delle regioni tra quelle che nell'Italia del welfare debole è tra le meglio equipaggiate in termini di servizi offerti per la cura all'anziano. Dalle interviste e dai documenti emerge il valore aggiunto che questo territorio ha sviluppato in termini di saperi organizzativi, di riflessioni importanti sulla concezione dell'anziano come persona, sui tempi e sulla qualità della cura del suo corpo e del suo ambiente, di competenze e sensibilità degli operatori. Un patrimonio che oggi è parzialmente offuscato da altre e diverse esigenze, di carattere tecnico, organizzativo ed economico, che rischiano a lungo andare di peggiorare la qualità del servizio, considerata l'estrema fragilità e complessità dell'ambiente di cura nel quale si inseriscono e del quale abbiamo dato alcune suggestioni nelle pagine precedenti.

Un secondo importante contributo sta nella conclusione che emerge dai casi di studio approfonditi e riportati con estrema sensibilità nella ricerca: la preferenza da parte dei familiari per una assistenza domiciliare privata, oltre che per la sua estrema flessibilità in rapporto ad un servizio pubblico, risulta essere il prodotto di un processo, piuttosto che un'attitudine predeterminata. Si tratta di una conclusione rilevante perché va contro la supposta idea che la cultura italiana della domiciliarità si basi sulla sfiducia nei confronti del servizio pubblico. Al contrario, i servizi domiciliari a Cervia sono percepiti dai familiari, e anche dalle badanti, come un ausilio importante sul quale si fa affidamento, a patto però, e ciò emerge chiaramente dalle interviste, che si sappiano integrare nel contesto domiciliare dove convivono già altre competenze della cura.

Infine, il monito che proviene dalle donne familiari degli anziani, riguarda la loro condizione: prese nel mezzo del dovere all'assistenza dei loro nipoti o figli e al contempo dei loro genitori o suoceri, sono a volte purtroppo prese anche nel mezzo tra due servizi, quello privato della badante e quello pubblico dell'assistenza domiciliare, che sono stati originalmente pensati per alleggerirla, ma che, possono invece trasformarsi in un aggravio ulteriore se non pensate come tutte integranti un sistema di cura, che va pianificato, accompagnato e monitorato.

Le pagine che seguono sono in realtà molto più ricche di quanto ho qui potuto sintetizzare e pertanto conviene, davvero, dare inizio alla lettura.

Bibliografia

Barbagli M., Castiglioni M., Dalla Zuanna G., 2003, *Fare famiglia in Italia. Un secolo di cambiamenti*, Bologna, il Mulino.

Billari F. e Dalla Zuanna G., 2008, *La rivoluzione nella culla*, Milano, Università Bocconi Editore.

Bonvalet C., 2003, "La famille-entourage locale", *Population*, n.58, pp. 9-44.

Börsch-Supan A. et al. (a cura di), 2006, *Health, ageing and retirement in Europe – First results from SHARE*, Mannheim: Mannheim REsearch Institute for the Economics of Aging.

Elias N., 1982, *La solitudine del morente*, Bologna, il Mulino.

Grilli S. e Mugnaini F., 2009, "Badanti on the edge. Networks beyond frontiers in domestic elderly care. An ethnographic study of migrant women workers and contemporary families in Italy", in Barkhoff J. and Eberhart H. (a cura di), *Networking Across Border and Frontiers. Demarcation and Connectedness in european Culture and Society*, Grazer Beitrage zur Europaischen Ethnoligie, n.14, Bern, Peter Lang, pp. 169-194.

Kleinman A., 2012, "Caregiving as moral experience", *The Lancet*, Vol. 380, Issue 9853, pp. 1550-51.

Naldini M., 2006, *Le politiche sociali in Europa. Trasformazione dei bisogni e risposte di policy*, Roma, Carocci.

- Reher D., 1998, "Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts", *Population and Development Review*, n.24, pp. 203-234.
- Ungerson C., 2004, "Whose empowerment and independence? A crossnational perspective on 'cash for care' schemes", *Ageing and Society*, 24, pp. 189-212.
- Viazzo P.P., 2013, "An ageing population, institutional context and family values in Southern Europe", in Troisi J. and Von Kondratowitz H.-J., *Ageing in the Mediterranean*, Bristol, Policy Press, pp. 57-73.
- Viazzo P.P. e Zanotelli F., 2008, "Dalla coresidenza alla prossimità: il modello mediterraneo tra razionalità e cultura", in Rosina A. e Viazzo P.P. (a cura di), *Oltre le mura domestiche. Famiglia e legami intergenerazionali dall'Unità d'Italia a oggi*, Udine, Forum, pp. 95-116.
- Viazzo P.P. e Zanotelli F., 2010, "Welfare as a Moral Obligation: Changing Patterns of Support in Italy and the Mediterranean", in Grandits H. (a cura di), *Families, Kinship and the State in Contemporary Europe. Vol. 1: The Century of Welfare: Eight Countries*, Frankfurt-New York, Campus Verlag, pp. 47-92.

Quesiti, metodologia e disegno della ricerca

La ricerca e il suo oggetto

Questa ricerca si occupa della cura delle persone anziane che vivono nella città di Cervia. Il tema della cura è inteso nella sua accezione di “prendersi cura”³, dove le pratiche non sono solo e sempre connesse a una condizione di malattia, ma la trascendono per fare riferimento a tutto un insieme di atti concreti che si svolgono all’interno di una relazione, messi in essere dai soggetti che di volta in volta danno la cura.

La situazione attuale della cura per le persone anziane è connotata da questi elementi: un crescente bisogno di cura da parte di questa componente della popolazione oggi più longeva, ma con una maggiore necessità di cura, sia in senso medico, sia nel senso di *prendersi cura*, e il coinvolgimento di più figure, che a vario titolo, ruotano intorno alla persona anziana.

All’interno di questa costellazione di persone che si occupano dell’anziano abbiamo scelto di operare una delimitazione di confini concentrando la nostra attenzione su quelle figure il cui impegno all’interno dello spazio domestico è speso nella direzione del *prendersi cura*.

La cura di cui ci occupiamo è in realtà un intreccio di varie cure: quella familiare quella mercantile e quella del servizio pubblico fornito dal comune di Cervia. È perciò una cura che si realizza nella casa

³ Il “*prendersi cura*” è una pratica che riguarda i tre soggetti: familiari, badanti, e assistenti domiciliari. Emerge immediatamente il bisogno di distinguere fra “care” e “cure”, quest’ultime sono le pratiche più propriamente mediche e con lo scopo della guarigione o del contenimento della malattia, mentre il “care” fa riferimento a pratiche relative al prendersi cura di, alla sollecitudine, e all’interesse per un’altra persona. Storicamente questa distinzione avviene all’inizio dell’Ottocento con la nascita della biomedicina che determina una posizione di primo piano della malattia mentre il malato è relegato al ruolo di contenitore contingente della malattia, se non addirittura di ingombro. Il medico tratta la malattia e non vuole essere distratto dalla consistenza del malato. È bene tener presente che nella pratica è difficile fare una distinzione netta perché le “cure” stesse devono essere fornite con “cura” per poter dispiegare la loro efficacia e allo stesso tempo la “cura” può essere una buona pratica che facilita le “cure”.

dell'anziano, avvalendosi della rete parentale che coniuga la propria presenza con quella di una badante e, nella maggior parte dei casi, anche con l'intervento dell'*Assistenza Domiciliare* del Servizio pubblico.

È su questa triangolazione della cura che si concentra la presente ricerca, una configurazione sociale inedita, un elemento di forte novità emerso in questi ultimi anni nella cura per le persone anziane, e che merita pertanto di essere indagato, approfondito e meglio conosciuto.

Le persone che ricevono la cura sono coloro che vengono definiti "*grandi anziani*"⁴; donne e uomini che stanno vivendo gli ultimi anni della loro vita e che nella loro quotidianità hanno bisogno di qualcuno che li aiuti o che faccia per loro attività primarie come il lavarsi, l'alzarsi dal letto, assumere le medicine necessarie o nutrirsi e che spesso, o talvolta, sono in uno stato di grande confusione. Queste persone vengono definite dalle istituzioni sanitarie e sociali "*non autosufficienti*". I loro familiari, per assisterli e curarli, chiedono spesso aiuto a una persona "*straniera*" alla quale viene chiesto non solo di fare tutto ciò che è necessario, ma di farlo anche con amorevolezza, pazienza e rispetto. Spesso neppure questo è sufficiente, allora si chiede ai Servizi del Comune un ulteriore aiuto, non tanto in denaro, ma in servizi per la persona anziana.

Lo spazio domestico, per definizione spazio della cura parentale, nel nostro caso è luogo che si apre alla presenza di un "*estranea di casa*" e ad assistenti domiciliari del servizio comunale

⁴Si parla di grandi anziani in riferimento alle persona con oltre 85 anni per le quali si parla anche di "quarta età".La definizione è comparsa per la prima volta negli Stati Uniti negli anni '80 e si è diffusa poi in Europa.Gli anziani protagonisti della ricerca hanno: 81(1), 82(3), 84(2), 87(1), 93(1), 94(1), 95(1), 96(4), 99(1).Nove sono donne e sei uomini.

divenendo un luogo in cui gli attori della cura interagiscono definendo e ridefinendo le loro posizioni e i loro compiti.

La città di Cervia è composta da una popolazione residente di 29.286 abitanti⁵. A fine 2011, su 29.197 residenti, il 16,03 per cento della popolazione era costituito da persone con più di 70 anni e il 5,82 per cento era formato da persone con più di 80 anni e precisamente 566 maschi e 1.132 femmine per un totale di 1.698 persone⁶. Le persone anziane interessate al servizio di *Assistenza Domiciliare* a gennaio 2013 erano 77⁷, quindi il cinque per cento (5%) della popolazione residente con più di 80 anni⁸. *I quesiti della ricerca*

Il desiderio di indagare il tema della cura degli anziani è nato osservando gli incontri tra le badanti in una via del centro della città di Cervia, durante le prime ore pomeridiane. Anche in altri momenti della giornata è possibile constatare l'ampia presenza delle badanti straniere ed è facile

⁵Fonte Dati Anagrafici. Andamento della popolazione. Anno 2012.

⁶Fonte Dati Anagrafici. Comune di Cervia. Popolazione residente suddivisa per classi di età e sesso al 31.12.2011

⁷Dati forniti dalla responsabile del servizio di A.D.

⁸Tengo a precisare che rientrano nell'Assistenza Domiciliare anche altri servizi che nella ricerca non vengono presi in considerazione: telesoccorso, lavanderia, callista, supporto sociale e facilitazione nella fruizione dei servizi. Anche il pasto a domicilio rientra fra i servizi a favore della domiciliarità. A gennaio 2013 il servizio contava 38 utenti.

assistere a conversazioni e commenti che nascono spontaneamente sulla loro presenza fra le persone adulte. È un argomento su cui ciascuno ha sempre qualcosa da raccontare, o perché vissuta in prima persona, o per esperienza di amici, parenti o anche solo conoscenti. Tali osservazioni e constatazioni hanno suscitato in me una serie di interrogativi:

- Come si integra la presenza delle badanti con quella dei familiari e delle assistenti domiciliari?

- Quali sono le differenze e quali gli elementi in comune?

- Quali idee sulla cura accompagnano le pratiche dei tre soggetti della cura?

Gli interrogativi che inizialmente hanno sollecitato il mio interesse verso questa ricerca si sono nel tempo arricchiti e possono essere sintetizzati nel seguente modo:

- Ciascuna famiglia, come ha costruito il proprio pacchetto di cura composto da assistenza familiare, assistenza del mercato privato e assistenza pubblica? Quali le considerazioni, le urgenze, gli strumenti e i tempi necessari a tali processi?

- Con che modalità e con quali conseguenze tali processi di cura fanno riferimento a risorse del capitale economico, del capitale sociale e del capitale simbolico dei tre soggetti coinvolti⁹?

⁹Nello spazio domestico non intervengono solo le figure che noi prendiamo in considerazione ma anche personale infermieristico, fisioterapisti, medici di base e anche specialisti; ovvero una serie di figure più prettamente dell'ambito medico. Ciò a dimostrazione del fatto che quella che avviene a casa è una cura fortemente medicalizzata. Anche l'assistente sociale interviene nell'ambiente quando compie la prima visita per l'avvio del servizio, per successive visite, per verifiche per l'assegno di cura o valutazioni di domande per il ricovero in struttura e per altri motivi.

- L'incontro delle diverse pratiche di cura nel medesimo spazio domestico, quali effetti produce? I soggetti della cura convergono producendo pratiche virtuose o al contrario confliggono, determinando effetti negativi sulla cura all'anziano?

- Quando le pratiche "integrate" di cura hanno successo come giungono eventualmente a tale traguardo?

- Di quali idee della cura si fanno portatori i diversi soggetti (parenti, assistenti domiciliari e badanti)?

- Quali considerazioni gli utenti intervistati sviluppano intorno allo specifico ruolo dell'ente locale sul tema della cura alle persone anziane tanto in termini di servizi di assistenza domiciliare quanto in termini più generali di sostegno?

Date le caratteristiche della cura intergenerazionale, essa costituisce un ambito cruciale per analizzare le pratiche attuali intorno alle relazioni di genere, intorno all'identità e al ruolo dell'anziano, intorno all'integrazione delle presenze internazionali nel territorio e intorno all'efficacia dell'operato istituzionale per la coesione sociale.

Il mio lavoro cercherà di dare una risposta a queste domande attraverso una ricerca prettamente qualitativa che intende far luce su alcuni aspetti della complessità della cura per gli anziani.

Lo studio prende avvio dalle pratiche e non intende giudicare le pratiche stesse, piuttosto solo fornire utili sollecitazioni volte ad una più approfondita conoscenza dei problemi e delle difficoltà

dei soggetti della cura. L'analisi di attriti e di criticità non ha mai l'intenzione di evidenziare colpe, vuole piuttosto contribuire ad una migliore comprensione delle problematiche anche in vista di miglioramenti e soluzioni.

Devo un'ultima precisazione: questa mia ricerca, in quanto percorso con tutte le congiunture irripetibili che ne hanno sostenuto lo svolgimento, non ha in alcun modo la pretesa di fornire un quadro completo ed esaustivo, né quella di elaborare delle generalizzazioni sulla cura per le persone anziane. Semmai, preferisco pensare a delle tendenze che emergono dal mio lavoro, soprattutto quando si è concentrato su questioni specifiche, in parte predeterminate e in parte emerse nel corso della mia indagine.

Il disegno della ricerca

Le considerazioni attorno alle quali si sviluppa questo studio sono il frutto di una ricerca sul campo che si è svolta in tre periodi diversi, rispettivamente nella prima parte del 2010, durante il 2011 e nel secondo semestre del 2012.

Ho potuto realizzare la mia ricerca contattando le persone iscritte in una lista di nominativi che mi è stata fornita dai Servizi alla Persona del comune di Cervia¹⁰. L'elenco è stato progressivamente aggiornato a seguito delle dimissioni dal servizio o del decesso della persona, ed era composto dai nomi delle persone anziane che usufruivano del servizio della badante e di quello dell'ente pubblico, nella forma che va sotto il nome di servizio domiciliare e che comprende al suo interno varie tipologie di servizi.

Ho definito uno schema di base del colloquio da svolgere con queste persone¹¹, comprendente le questioni chiave che si volevano indagare per ciascuna delle figure della cura, mentre l'Assessore ai Servizi Socio-Assistenziali ha predisposto una lettera di presentazione della ricerca da consegnare agli intervistati nel momento dell'incontro.

¹⁰Il servizio alla persona mi ha inviato l'elenco dei nominativi in almeno sei occasioni diverse: una a maggio e a novembre del 2010; due nel 2011 nei mesi di giugno e di agosto e infine due nel 2012 precisamente nei mesi di febbraio e di luglio. Gli elenchi venivano aggiornati nel seguente modo: venivano segnalati a fianco dei nominativi, che di solito continuavano a rimanere nell'elenco, i casi di decesso e di dimissione. In aggiunta venivano inseriti i nominativi dei nuovi accessi. A causa del lasso di tempo che trascorreva fra l'invio di un elenco e lo svolgimento dei colloqui mi è capitato di dover io stessa aggiornare l'elenco per decesso della persona o per dimissioni dal servizio.

¹¹ Tale schema base è stato da me presentato nel corso di un incontro alla Responsabile del Servizio alla Persona e alla referente dello Sportello Badami

I colloqui sono stati tutti registrati e si sono svolti quasi sempre nelle case degli anziani, naturalmente dopo aver concordato un appuntamento. L'intervista si è sviluppata a volte in presenza sia della badante che del familiare; nella maggior parte dei casi è stato possibile creare un'atmosfera distesa e informale, grazie alla quale l'incontro si trasformava in un colloquio guidato da alcune domande-pilota. Nel corso del tempo gli incontri si sono arricchiti di ulteriori approfondimenti su questioni che avevano sollecitato particolarmente il mio interesse, a volte tenendo conto proprio di quanto veniva sottolineato dalle persone stesse; in tutti questi casi mi sono mossi secondo una spontaneità organizzata.

Gli incontri con le varie assistenti domiciliari si sono svolti nel loro "spazio di incontro" dove si recano abitualmente alla fine del turno di servizio del mattino¹².

Altri colloqui con figure particolarmente significative ai fini della ricerca, si sono svolti nel mio ufficio o presso i vari interlocutori.

Gli elenchi che mi sono stati forniti nel periodo in cui è stata svolta la ricerca comprendevano inizialmente venti nominativi e sono arrivati fino ad un massimo di trentatré¹³. È bene precisare che al suo interno erano inclusi anche nominativi di alcune persone alle quali il servizio era stato sospeso in tempi recenti, mentre il numero delle persone che usufruivano del servizio pubblico e del servizio della badante era mediamente composto da venticinque persone.

Sono state svolte 15 interviste con i familiari, 11 con le badanti, 7 con le assistenti domiciliari e 4 con interlocutori privilegiati¹⁴.

Le persone che utilizzano questo servizio nel territorio sono circa 90, a gennaio del 2013 erano esattamente 88 utenti¹⁵ di cui 77 anziani e 11 adulti con handicap.

Tenendo conto del numero delle interviste svolte (15) in relazione al numero di utenti che mediamente usufruisce del servizio pubblico ed è supportato dalla presenza di una badante (25),

¹² Per assicurare l'anonimato a ciascuna delle operatrici intervistate ho deciso di indicare il periodo in cui si sono svolte le interviste. Per i familiari sono ricorso all'uso di un'iniziale fittizia del nome dell'anziano assistito, così come fittizi sono tutti i nominativi che compaiono nel testo

¹³ Faccio riferimento agli elenchi che ho potuto utilizzare per le interviste con i familiari svoltesi nel 2010 e nel 2011.

¹⁴ Sono state contattati 23 familiari, in sei casi non hanno accettato di incontrarmi, mentre in due casi pur avendo fatto il colloquio non è stato possibile utilizzarlo ai fini della ricerca. I nomi delle persone intervistate non verranno riportati e verranno cambiati per preservarne l'anonimato.

¹⁵ I dati mi sono stati forniti il 21 gennaio 2013 dalla responsabile del servizio di A. D.. Il numero delle persone raggiunte dal servizio è variabile nel corso dell'anno e può oscillare da ottanta a un centinaio di utenti. Non sono state compresi nel conteggio gli utenti dei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata

penso che l'insieme dei casi da me analizzati possa ritenersi rappresentativo del gruppo di anziani che sono assistiti sia dall'assistenza pubblica sia da quella privata¹⁶.

Durante la ricerca ho preso appunti in tutte le situazioni di colloquio per la ricomposizione della porzione di albero genealogico delle famiglie, per le osservazioni che sorgevano nel momento dell'incontro con l'anziano e in quelle situazioni a cui ho partecipato come osservatore esterno. Ho fatto invece uso in modo sistematico del registratore. I colloqui sono stati poi trascritti e analizzati ad uno ad uno. A tale proposito, ritengo opportuno sottolineare come nel passaggio dal racconto orale alla sua trascrizione, all'ufficialità del colloquio¹⁷ deve essere aggiunto un elemento di non minore importanza, ovvero l'impatto che una ricercatrice, incaricata dall'Amministrazione Comunale e munita di registratore, può produrre su un ambiente domestico e anche sul quotidiano di una persona anziana. In fin dei conti, essere oggetto di una tale attenzione, da un certo punto di vista, non fa che confermare l'eccezionalità della propria condizione e anche la scelta della ricerca concorre, in modi discutibili e controversi, a perpetuare tale eccezionalità.

I luoghi che ho conosciuto sono pieni di grande sofferenza per le persone anziane, per i familiari e per le stesse badanti, ma nonostante ciò ho trovato sempre persone molto disponibili a raccontarmi le loro esperienze, a volte con molta partecipazione, quasi con lo scopo di rendere la loro testimonianza utile a qualcuno.

Altre volte, in un numero molto ristretto di casi, ho notato da parte dei miei interlocutori un certo imbarazzo legato alle domande che venivano loro rivolte oppure al timore per le risposte date.

Prima di procedere nella presentazione della struttura del lavoro, è utile precisare come sia stato indispensabile operare una delimitazione dei confini della materia. Tale operazione è stata, da una parte necessaria, trattandosi di una materia davvero ampia, e dall'altra, è emersa come la prima conseguenza emersa dal mio lavoro sul campo. I principali temi che ho individuato e che tratto riguardano infatti le problematiche di fondo sorte dall'etnografia.

¹⁶Per quanto riguarda il servizio del pasto sono stati analizzati 4 casi su 38 che usufruivano di tale servizio a gennaio 2013.

¹⁷Non c'è bisogno di sottolineare quanto l'esito delle interviste sia dipeso dalle circostanze e dai singoli intervistati; le reazioni erano diverse e uniche: imprevisti, intese, imbarazzi hanno alimentato una *performance* dialogica ogni volta irripetibile. Il solo fatto che queste interviste siano state registrate e poi trascritte ha implicato un non trascurabile grado di manipolazione. Il passaggio da una testimonianza orale alla sua trascrizione segna una profonda differenza fra le due: necessariamente andranno perse le sfumature colloquiali e i sottintesi, la tonalità e l'emotività, le interiezioni e le interruzioni sopraggiunte nel corso dell'intervista, tutti elementi a volte più significativi del contenuto stesso.

La struttura del lavoro

Il lavoro si articola in tre parti nelle quali vengono a dipanarsi i diversi aspetti di questa triangolazione della cura.

Nella prima parte mi soffermo sulle caratteristiche, in termini sociali e culturali, dei tre attori della cura.

La rete parentale costituisce, per ragioni storiche sociali e culturali, il primo soggetto deputato alla cura delle persona anziane. Mi soffermo ad analizzare le caratteristiche che l'impegno della rete familiare assume nel contesto dei Paesi del Mediterraneo, caratterizzati per "un welfare familistico" in cui il principio di sussidiarietà ne è la sua maggiore espressione. Passo ad analizzare le caratteristiche che questo tipo di cura assume nei casi da me analizzati: dalla prossimità residenziale, alle caratteristiche di genere, fino ad arrivare ad esaminare i processi che hanno portato alla costruzione del pacchetto di cura.

La presenza transnazionale, la *badante*, costituisce il secondo soggetto su cui concentro la mia analisi. Anche in questo caso essa muove dall'esame dei processi più generali: il mercato transnazionale e la catena globale della cura. Segue la trattazione della specificità che assume oggi il lavoro domestico migrante e l'analisi della connotazione che la migrazione femminile assume nel territorio cervesese. Mi addentro nell'analisi dei casi etnografici per evidenziare le difficoltà che le badanti incontrano nel loro lavoro e le modalità con cui le famiglie si muovono nel reperire personale addetto alla cura nel mercato privato.

L'assistente domiciliare rappresenta infine il terzo soggetto della cura. Partendo da una sintetica esposizione del quadro europeo e italiano mi addentro nel contesto locale e nell'etnografia. Procedo nell'analisi secondo un approccio interpretativo volto a mettere in evidenza l'esistenza intorno al servizio di *Assistenza Domiciliare* di due "logiche" che ho chiamato la cura dell'anziano come "persona nella casa" e la cura dell'anziano come "malato nella casa". Esse costituiscono due principi guida che mi permettono di cogliere le differenti posizioni dei soggetti rispetto al significato di "prendersi cura nel territorio". Passerò poi all'esame delle problematiche che gli operatori del servizio pubblico hanno manifestato rispetto al proprio ruolo in relazione alla cura dell'anziano.

La seconda parte si concentra nell'approfondimento di temi che sono risultati particolarmente significativi.

Il tema del denaro viene analizzato dal punto di vista dei costi della cura, per i quali, nei casi etnografici ricostruiti, vengono impegnate quasi tutte le risorse economiche. Analizzo successivamente i processi di circolazione e di sconfinamento del denaro fra i tre soggetti della cura e prendo in considerazione i significati di cui di volta in volta il denaro si fa vettore.

La “cura del corpo” rappresenta una questione molto importante all’interno della mia ricerca perché ad essa sono collegati i processi di costruzione dei saperi e le pratiche poste in essere dai soggetti. Partendo da alcune riflessioni sul disvalore sociale del corpo improduttivo dell’anziano nella quarta età, mi addentro nell’indagine di come il corpo entra nelle pratiche dell’alzata, del bagno e della messa a letto; analizzo anche il valore che occupa il pasto nella cura.

La sezione “Valori, sentimenti ed emozioni nella cura”, vuole porre in evidenza come in tale attività non sia possibile separare l’aspetto tecnico da quello emozionale, né la dimensione emotiva da quella corporea. Così sia per l’anziano, sia per chi dà la cura, la costellazione dei sentimenti è analizzata in stretta connessione con i valori che accompagnano la cura e con la condizione sociale dei soggetti coinvolti.

La terza parte evidenzia le buone pratiche incontrate nel corso del lavoro etnografico e contiene le riflessioni conclusive sul lavoro svolto.

L’incrocio delle interviste costituisce inoltre un’interessante metodologia di lavoro, che utilizzo per mettere in evidenza i punti di vista dei diversi soggetti della cura in merito rispetto agli argomenti trattati nelle singole parti che compongono questo lavoro. Sarà utile ed estremamente interessante mettere in rilievo come uno stesso tema o problema possa assumere contenuti e significati diversi a seconda del soggetto di cura.

Nell’esposizione del lavoro farò ampio ricorso a citazioni tratte dai colloqui che ho avuto con le persone ed essendo propensa ad un approccio qualitativo, farò ricorso in modo limitato a tabelle o grafici; i dati quantitativi vengono inseriti all’interno del discorso che compone ciascuna delle parti.

In ciascuna parte del presente lavoro sono presenti i riferimenti ad alcuni concetti rintracciati nella letteratura sul tema, con relativa bibliografia.

Parte prima: I tre attori nello spazio domestico della cura

La rete parentale

Se lo spazio domestico è per definizione lo spazio della cura parentale, le forme e i modi in cui si concretizza risentono dei diversi periodi storici e delle differenti aree geografiche interagendo fortemente con tale spazio. Ne deriva il prodotto di più gradienti: le interazioni fra stato, mercato e famiglia, che producono particolari configurazioni di welfare state e un diverso ruolo delle reti familiari e le trasformazioni sociali, demografiche e culturali che interessano la famiglia nel tempo.

Prima di addentrarmi nelle considerazioni che prendono corpo dal concreto lavoro di ricerca sul campo, ritengo opportuno delineare per sommi capi il contesto generale entro il quale si colloca questo studio.

Famiglia e Seconda Transizione Demografica

Le trasformazioni demografiche degli ultimi decenni hanno determinato il cambiamento “di una società composta di persone che vivono fino a quasi novant’anni - la durata di tre generazioni - e che, nello stesso tempo, trasmettono la vita una sola volta nel corso della loro lunga esistenza [...] una società che cede con estrema lentezza i suoi posti, che resiste all’usura del tempo, che ammette pochissimi successori e che, se potesse, allungherebbe ancora di più i tempi di avvicinamento fra una generazione e l’altra” (Solinas 2004: 130).

I mutamenti della Seconda Transizione Demografica hanno dunque modificato la composizione e la struttura stessa della famiglia, che è sempre più lunga e stretta, definendo nuovi bisogni di cura che tengano appunto conto “sia della rarefazione delle relazioni genealogiche che della verticalizzazione della parentela, prodotta dalla maggior durata della vita individuale” (Grilli e Zanotelli 2010: 9).

Gli effetti di tali cambiamenti, avvenuti sul piano propriamente demografico, “[...] toccano da vicino l’identità del soggetto individuale e la sua collocazione nel sistema delle appartenenze ascritte” (*idem*) e premono nei confronti di una ridefinizione dei ruoli intergenerazionali e delle aspettative di cura.

Unitamente ad elementi di tipo socio-demografico, vanno tenute presenti anche le specificità dei modi di fare famiglia nel nord e nel sud dell'Europa, che declinano le caratteristiche della famiglia nei paesi del Mediterraneo (Italia, Grecia, Portogallo, Spagna) sulle quali, a partire dagli anni Novanta, si è concentrata l'attenzione di molti studiosi, proprio a seguito della mancata convergenza di tutti i paesi entro il paradigma della Seconda Transizione Demografica.

Welfare mediterraneo e obblighi alla cura

Nonostante le posizioni degli studiosi divergano su alcuni aspetti, quasi tutti sono concordi nel riconoscere ai paesi del Sud Europa caratteristiche comuni, a tal punto da suggerire di riunirli in un unico tipo. Tali specificità sono riconducibili a una struttura economicamente debole e alla carenza dell'offerta pubblica di welfare, compensata da un ruolo centrale della famiglia nell'assistenza dei suoi membri. Il welfare familistico dei paesi mediterranei determina uno sviluppo limitato dei servizi pubblici, affidandosi alle reti parentali con conseguenze a carico dell'occupazione femminile e della minore simmetria nei ruoli di genere, a differenza dei paesi del Nord Europa con un regime di welfare che tende a "defamilizzare" la cura, erogando un'ampia offerta di servizi pubblici a tutti i cittadini e favorendo conseguentemente sia l'occupazione femminile sia un maggiore equilibrio dei ruoli di genere.

Sarebbe proprio l'esistenza di questo sistema di welfare o "modello di solidarietà familiari e parentali" (Naldini 2002) che permetterebbe di rimandare l'introduzione di politiche di servizi a favore di una fetta più ampia di popolazione. Tale modello si caratterizza per tratti distintivi così descritti:

- una definizione delle obbligazioni familiari che non conosce confini, né nella comune residenza dei suoi membri né nella famiglia nucleare, ma estende obblighi e doveri di assistenza anche a parenti e affini (nuore/generi e suoceri) e che deve essere letta in relazione al "principio di sussidiarietà" di cui parlerò successivamente;
- il persistere nel tempo dell'idea che il lavoro di cura non sia una responsabilità collettiva, ma essenzialmente femminile, familiare e parentale;
- il trasferimento delle risorse pubbliche attraverso il *male breadwinner* (fondato su una netta divisione dei ruoli fra marito, capo famiglia e unico procacciatore di reddito e la moglie dedita alla

cura della famiglia) non solo a moglie e figli dipendenti, ma anche ad altri membri della struttura parentale.

Il principio di sussidiarietà

Il principio di sussidiarietà al quale si ispirano tutte le politiche sociali, ha trovato una sua più ampia applicazione nel campo delle persone fragili e anziane trasferendo così il peso delle responsabilità sulla famiglia o sulle organizzazioni di volontariato e ha agito particolarmente nei paesi del Sud Europa (Rosina, Viazzo 2008).

La sussidiarietà in relazione alla famiglia, si esprime nella responsabilità che ogni persona ha verso il benessere dell'altro, in virtù della vicinanza del loro rapporto. Dato che le relazioni più vicine si instaurano proprio fra gli appartenenti ad una medesima famiglia, è su quest'ultima che ricade la responsabilità primaria del sostegno sociale. Il ruolo delle istituzioni viene concepito quindi in termini di sussidiarietà in rapporto a quello primario della famiglia, in quanto esse sono più lontane e quindi tenute ad un intervento più limitato (Naldini 2006).

L'assistenza alle persona anziane, in Italia e nei paesi del sud del Mediterraneo, rimane dunque un obbligo morale della famiglia, la quale, pur conservando la sua funzione di principale produttrice di welfare, di fronte alle sfide della contemporaneità, elabora nuove strategie e continui riadattamenti per far fronte ai principali bisogni degli anziani esprimendo così una cultura della cura che si muove sostanzialmente su tre fronti: la rete parentale, il mercato e le istituzioni pubbliche.

Il tema della cura nello spazio domestico interroga e intreccia dunque parecchie questioni: i cambiamenti sociali e demografici, i crescenti bisogni di assistenza espressi dalle famiglie, che si rivolgono al mercato privato e ai servizi pubblici, l'immigrazione e il tema dei servizi pubblici per le persone anziane nei casi da me esaminati.

È all'interno di questo quadro che vanno collocate le considerazioni che farò in merito alla cura parentale degli anziani nello spazio domestico.

La popolazione anziana a Cervia

Al 31 dicembre del 2011 la città di Cervia contava 29.197 residenti con un tendenza a una costante crescita. Di questi, 6.631 residenti appartenevano alla categoria anagraficamente considerata anziana che include tutti coloro che hanno compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che costituivano il 22, 72% dell'intera popolazione. All'interno di questa categoria un numero significativo, precisamente 1.698 residenti, aveva più di ottant'anni.

L'analisi dell'andamento dell'Indice di Vecchiaia¹⁸ (vedi Tabella 1) negli ultimi quattordici anni evidenzia un ritmo di crescita particolarmente rapido fino al 2005 quando arriva a toccare un valore pari al 197,73%¹⁹, mentre gli anni successivi, fino al 2010, mostrano una progressiva decrescita dell'indice che tende a una parziale crescita solo nell'anno 2011 attestandosi sul un valore pari a 188,27%. Tale indice trova le sue ragioni in una molteplicità di fattori demografici: l'incremento della popolazione in età anziana, la riduzione della popolazione in età giovanile, l'aumento della sopravvivenza, il contenimento della fecondità; pur essendo in linea con i cambiamenti demografici che investono l'intero Paese si distingue per essere leggermente superiore all'indice di vecchiaia stimato a livello nazionale a fine 2011 pari al 147, 2%²⁰.

¹⁸L'indice di vecchiaia è calcolato dall'Istat sulla base del rapporto tra la popolazione di 65 anni e oltre e quella con meno di 15 anni

¹⁹Fonte: dati demografici comunali

²⁰Fonte: dati Istat , dati provvisori a gennaio 2012.

Tabella n. 2 Popolazione anziana residente a Cervia al 31.12.2011 per classi d'età e per genere. Elaborazione dati demografici comunali.

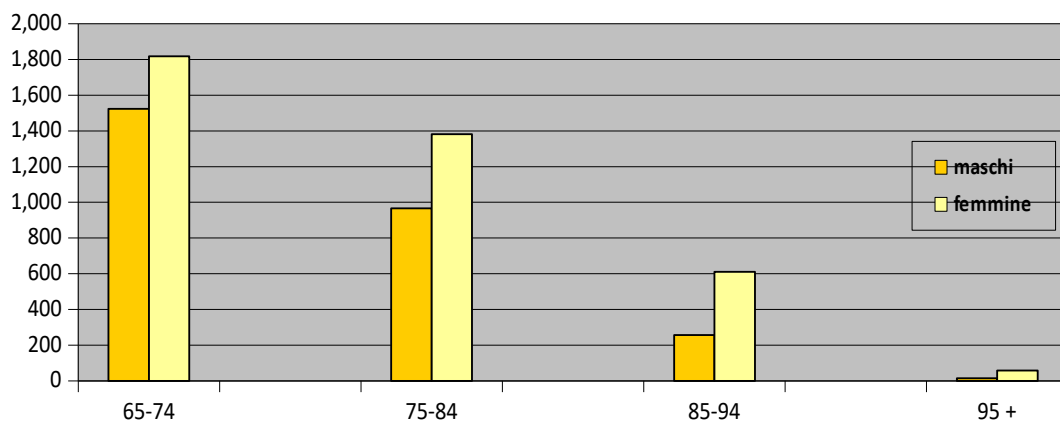


Tabella n.1 Andamento dell'indice di vecchiaia a Cervia dal 1997 al 2011. Elaborazione dati demografici comunali.

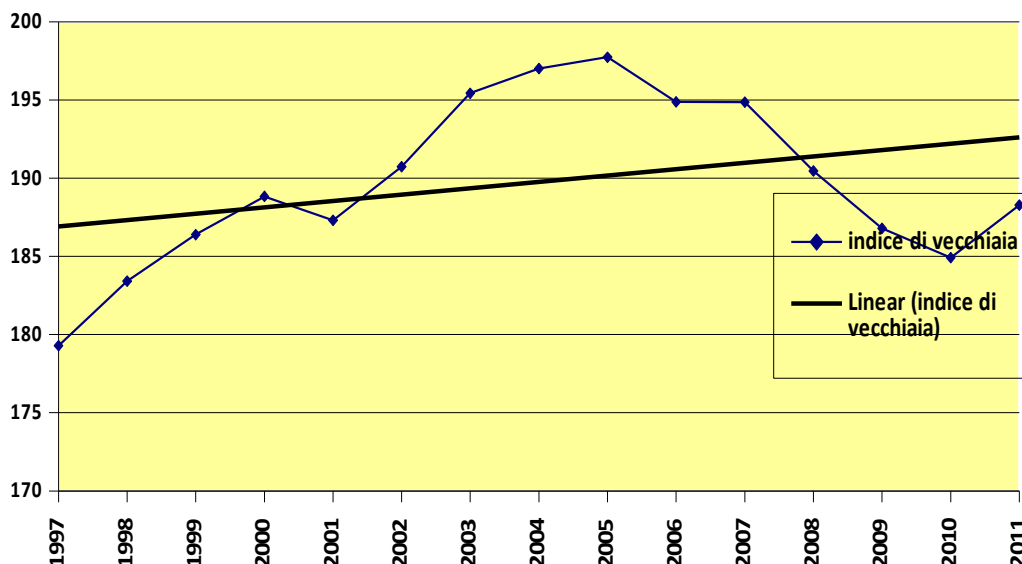


Tabella 1 – Andamento dell'indice di vecchiaia a Cervia dal 1997 al 2011

Può essere utile per ulteriori riflessioni rivolgere lo sguardo alla Tabella 2 che mostra la distribuzione per genere e per classi d'età decennali della popolazione anziana della città di Cervia.

Tabella 2 – Popolazione anziana residente a Cervia al 31.12.2011 per classi di età e per genere

Il dato più evidente è la netta prevalenza femminile che si estende progressivamente con l'aumentare dell'età in linea con le statistiche demografiche che assegnano alle donne una

maggior longevità rispetto agli uomini. Tra la popolazione più anziana della città, quella che ha superato i 94 anni di età, le donne rappresentano il 79,45% del totale.

La componente femminile della popolazione, con l'avanzare dell'età, rappresenta la classe più fragile, più esposta ai pericoli della salute e della solitudine. Come emerge dall'analisi dei dati le donne restano sole con l'avanzare dell'età e se spesso sono proprio loro a farsi carico dell'assistenza dei mariti, successivamente si ritrovano sole ad affrontare gli ultimi anni della vita, con la necessità di un'assistenza che viene ricercata nell'ambito parentale, nell'assistenza pubblica e in quella del mercato privato.

Se da un lato l'analisi dei dati demografici evidenzia una popolazione sempre più vecchia e una sempre maggior presenza di nuclei unifamiliari costituiti da persone anziane, il 29% delle persone che a Cervia vivono sole (5.461 nel 2011) è formato da persone oltre il settantesimo anno di età, dall'altro solo un'indagine in profondità è in grado di dar conto delle dinamiche che interessano la rete parentale nel sostegno alla persona anziana.

La rete parentale nella cura: la prossimità residenziale

Il mio lavoro di ricerca si è concentrato su alcuni nuclei familiari che si avvalevano già da tempo sia del lavoro di una badante straniera sia del servizio pubblico di assistenza domiciliare per far fronte alle esigenze di cura del familiare anziano. L'aver avuto, come interlocutori, familiari che avevano un'esperienza pluriennale mi ha dato la possibilità di conoscere le esperienze passate e di comprendere meglio quelle in corso.

Per comprendere se vi sia, nei gruppi familiari su cui ho concentrato la mia attenzione, l'esistenza della "cultura della cura familiare" di cui alcuni studiosi (Viazzo e Zanotelli 2010) parlano come processo che ha interessato il nostro paese, è bene partire dalla ricostruzione della rete parentale di assistenza all'anziano per poi analizzare le strategie messe in atto dalle famiglie. Indagare il network parentale permette una concettualizzazione della famiglia in termini diversi dal nucleo di soli conviventi: essa è costituita dall'insieme di relazioni fra parenti e poggia sull'asse fondamentale dei legami intergenerazionali che rappresentano, in particolare per l'anziano, il vero patrimonio dei rapporti familiari da cui discende il suo sostegno materiale, psicologico e affettivo.

Gli anziani protagonisti della mia ricerca, in tutto quindici, sono “grandi vecchi”: tra questi, sei hanno fra gli 80 e 90 anni, mentre i restanti hanno oltre 90 anni²¹ (cfr.

). Sette vivevano da soli prima dell’assunzione della badante, mentre otto vivevano con un familiare. Per cinque anziani il convivente era costituito dal coniuge, per due dalla nuora e la relativa famiglia e per un caso dal figlio maschio. Ho ritenuto che questo elemento andasse approfondito soprattutto per i sette anziani che risultavano vivere da soli: era pensabile la presenza di una rete parentale prossima al loro spazio domestico? Ho cercato quindi di muovermi nella ricostruzione della rete familiare superando le categorie di lettura statiche, come quelle avanzate da Peter Laslett, nell’analisi delle caratteristiche strutturali della famiglia. Il fatto che gli anziani abitassero da soli non era indicativo dell’assenza di una rete parentale di sostegno: quattro di essi, infatti, vivevano in una casa vicina a quella di un figlio o di una figlia o di una nuora, figure che, come si vedrà più avanti, hanno svolto un ruolo attivo nella loro cura e assistenza. I restanti tre anziani avevano figli residenti a distanza, rispettivamente a seicento chilometri, a cento chilometri e ad un chilometro. Tuttavia devo rilevare che anche fra gli anziani conviventi con un familiare andava sottolineata la vicinanza della loro abitazione a quella di un parente stretto: il figlio o la figlia, di solito. Si delinea quindi un panorama in cui quasi tutti gli anziani sono pienamente inseriti all’interno di una rete parentale che si colloca nello spazio in modo molto prossimo alla residenza dell’anziano stesso.

In passato uno studio compiuto da Reher (1998) evidenziava la presenza di “legami forti” caratteristici della famiglia mediterranea e sosteneva che la coresidenza non era l’unica modalità di fornire assistenza agli anziani, ma vi erano altre due strategie di produzione del welfare familiare: da un lato la circolazione degli anziani nelle case dei figli, dall’altro la vicinanza tra la casa dell’anziano e quella dei figli. Su quest’ultima strategia messa in campo dalla famiglia si sono concentrati numerosi studi che evidenziano come in Italia vi siano elevati livelli di prossimità abitativa fra genitori e figli, a testimonianza di “legami forti” consolidati. La ricerca di tale vicinanza testimonia una fitta rete di scambi e di aiuti fra generazioni ed è interpretabile all’interno della categoria della reciprocità. Questo fatto può essere oggetto di una duplice lettura: espressione di una cultura fondata sulla famiglia e importanza, forse necessità, nel nostro contesto sociale della famiglia come fonte di welfare (Viazzo e Zanotelli, 2008).

²¹Vedi nota 2.

Anche le categorie che attualmente vengono proposte nell'analisi della famiglia sottolineano uno spostamento dell'indagine dall'*household* (struttura di convivenza) al *network parentale*, ponendo in evidenza l'esistenza di scambi fra nuclei imparentati, ma non coresidenti, i cui legami tendono a proiettarsi nello spazio. Come afferma Simonetta Grilli (2008: 145), "il modo in cui le famiglie si muovono, concentrandosi in un luogo, o, al contrario, disperdendosi nello spazio è un elemento rilevatore dei legami e delle strategie familiari e parentali".

La prossimità residenziale si connota quindi come una strategia della pratica di cura: stare vicini significa di fatto tenersi a reciproca disposizione e, quando la situazione lo richiede, attivare la rete di sostegno parentale.

Nei casi che ho osservato, la prossimità residenziale non appare come una scelta attuata in un momento di bisogno della persona anziana, ma come un consapevole modello residenziale. La vicinanza a volte diviene un elemento determinante nella definizione della persona sulla quale ricadono le principali responsabilità. L'aver vissuto insieme per 50 anni con la suocera, crea una sorta di legame madre-figlia e un sentimento di obbligazione; oppure l'aver costruito la propria casa in un terreno donato dal genitore per cui gli si è vissuto accanto per tutta una vita, crea un debito di riconoscenza e il desiderio di contraccambiare il dono ricevuto, come rivela la frase della figlia di uno degli anziani della mia indagine: *"che mi sia fatta la casa qui, mio babbo mi ha dato la terra per costruirmi la casa, si sono fatti l'assistente!* [in riferimento ai fratelli] *Hanno avuto la vista lunga!"* (Cervia, familiare di P., intervista del 8 maggio 2010).

La prossimità è un elemento di cui tiene conto anche il servizio pubblico, che manifesta una certa comprensione quando questa non esiste come attesta la seguente testimonianza:

io abito lontano 600 km e qui viveva papà e mamma, mio papà faceva, guidava, andava in macchina, faceva la spesa, la mamma a un certo punto non riesce più a cucinare, a accudire, in quel periodo io ho fatto con il Centro Sociale che c'è a Cervia la domanda per il pranzo, solo il pranzo, e chiamai e vennero a vedere la situazione così e, forse perché io ero molto lontana, accettarono questa cosa (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

La vicinanza può essere infine un elemento di cui tiene conto anche la badante, al punto da mettere la figlia di fronte al problema della eccessiva distanza residenziale rispetto al padre bisognoso e addirittura a rinunciare al lavoro, perché il familiare è distante:

dopo dunque lei stava qui fuori mi ha fatto dei pizzi agli strofinacci così passava il tempo e lei diceva son qua, son qua perché se lui non vedeva nessuno, poi io sono andata via a settembre, in ottobre mi chiama, il 15 ottobre, -"Io torno al paese dove sono stata perché qui mi sento troppo responsabile non gliela faccio a stare da sola con papà", e io le dico "Ma guarda io sono tanto contenta!" era così pulita per passare il tempo non stava sfaccendata, era molto brava e ha detto "No, perché io al paese tenevo questa persona anziana così però c'era un nipote, la figlia, tutti i giorni veniva una a guardare, tu sei tanto lontana- papà ebbe un po' di tosse, lei era preoccupatissima, veniva sempre questa assistente la Rosanna erano diventate amiche, voglio dire lei la chiamava tutti i giorni e dovevo anche chiamarla non è che veniva a gratis però non è che questo io glie l'ho fatto pesare a lei, ho capito che era un po' ansiosa, aveva paura. "Ma guarda ha un po' di tosse, lui ha avuto sempre raffreddori" e insomma solo questo male alle ossa; e lei però se ne è andata e è venuta un'altra (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

Anche quando mi sono rapportata con i soggetti istituzionali è emersa l'importanza della vicinanza fra anziano e parenti, non solo per le implicazioni che può avere in modo diretto nei confronti dell'assistenza dell'anziano, ma soprattutto per il controllo che si può esercitare, solo abitando vicini, sull'operato della badante. Così si è espressa, al riguardo, un'assistente domiciliare:

sì, sì perché se una badante sa che in quella casa in un qualsiasi momento del giorno, ma anche all'improvviso, ci potrebbe essere la presenza di un figlio o di qualcuno per cui si potrebbe essere controllati, la differenza si vede! Quando sono sicuri che lì non c'è nessuno e che possono fare quello che vogliono, si vede anche [...] Sì perché vogliono lavorare o perché hanno trovato qualcos'altro o perché pensavano di fare chissà che e magari non lo so e questo succede quando sanno che non ci sono i parenti sul collo, perché se sanno che c'è qualcuno sul collo la situazione cambia, ma cambia di molto (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Non ho potuto invece riscontrare in nessuno dei casi da me analizzati il ricorso al modello della circolazione dell'anziano nelle case dei figli, come strategia per l'assolvimento della cura. Solitamente quando l'anziano inizia ad aver bisogno di assistenza è la rete parentale che si organizza in funzione di questo evento. In prima battuta sono dunque le figlie, i figli e le nuore a prestare assistenza alla persona anziana e generalmente vi è un periodo, più o meno lungo, nei casi che ho esaminato, nel quale la famiglia fa conto solo sulle sue forze o al massimo in un solo caso su "amici e contro amici" e in un altro sulla vicina che nel tempo assumerà le funzioni di un'assistente ad ore. Nelle situazioni in cui è presente il coniuge, purché in buone condizioni di salute, è lui o lei a prendersi cura della persona anziana, ma sempre con il supporto di un altro membro della rete parentale discendente o acquisita.

La responsabilità di cura e l'appartenenza di genere

In tutti i casi che ho studiato, è stato sempre possibile individuare un responsabile principale all'interno della rete familiare: in otto casi si trattava di figlie, nuore e una nipote (5, 2 e 1) e in sette casi, del figlio maschio. L'età di queste persone va dai 39 ai 73 anni, ma la maggior parte si colloca fra i 50 e i 65 anni. Per quanto concerne i loro impegni, 8 hanno un lavoro, 5 sono in pensione e 2 non sono occupati (cfr.

).

Ad un'analisi più attenta emerge che le figlie, e in un caso la nuora, assumono questo ruolo anche se sono presenti figli maschi residenti vicino alla casa del genitore anziano: nella mia indagine 4 casi su 5 e 1 caso su 2 (cfr.

). Segnalo inoltre anche il caso di una nipote responsabile pur in presenza del figlio maschio, che pure abita al piano sopra della medesima abitazione della signora anziana. L'appartenenza di genere e le responsabilità di cura si combinano in modo stretto, giungendo a scavalcare le relazioni parentali più prossime, ed è principalmente lungo la linea femminile che prende forma e si alimenta la rete di cura parentale. Esempio in questo senso un caso studiato in cui è appunto la nipote a svolgere le funzioni di *caregiver* con il supporto della badante e dell'assistente del servizio pubblico come rappresentato nella Tabella 3.

Nei casi in cui è il figlio maschio ad avere le maggiori responsabilità di cura si tratta o di figlio unico, oppure con un fratello che vive lontano, o semplicemente più distante di lui dall'anziano da assistere. Le caratteristiche sociologiche dei casi esaminati appaiono indicate in modo sintetico nella

.

Tabella 3 - Porzione di albero genealogico di Ludovica Conti con badante e assistente domiciliare

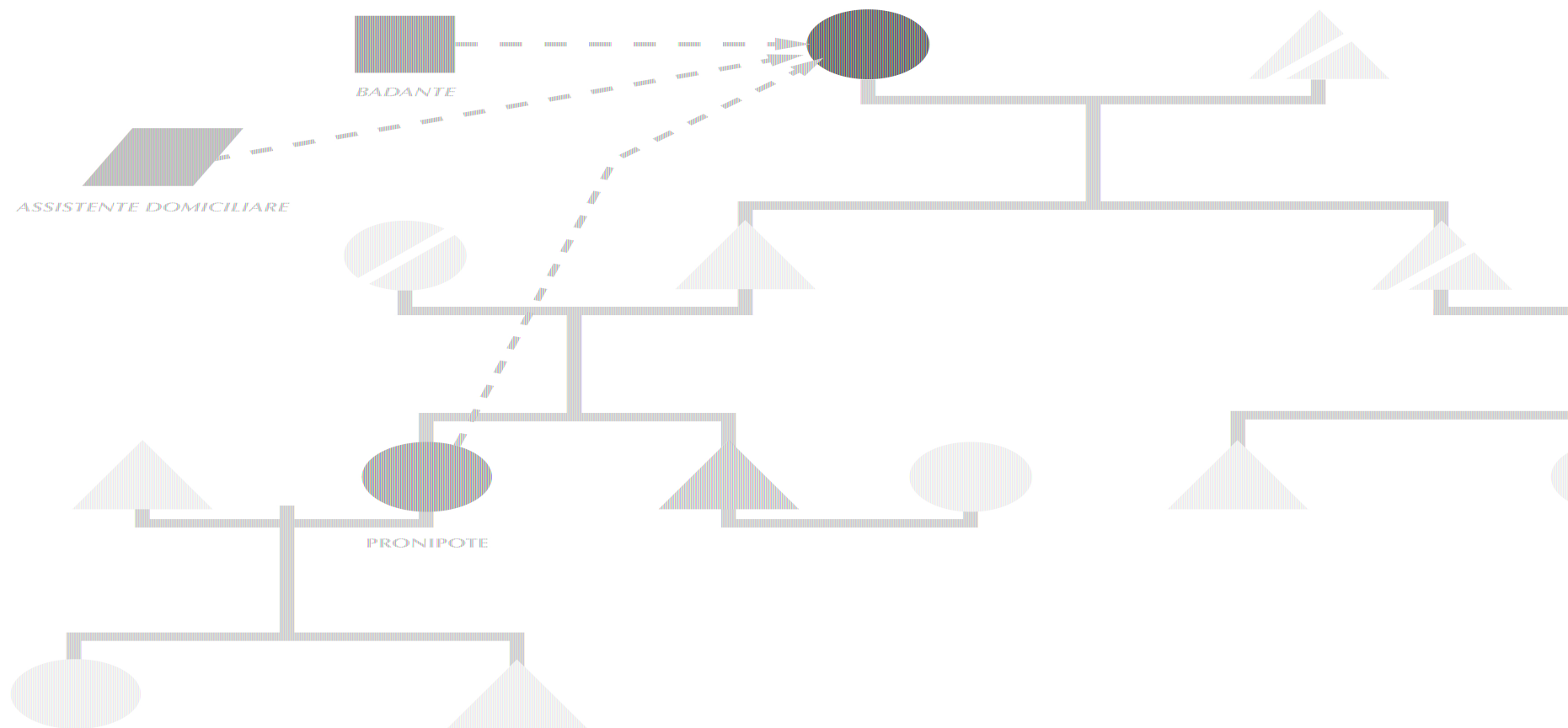


Tabella 4 – Caratteristiche sociologiche dei casi esaminati

Tabella n. 4 **Caratteristiche sociologiche dei casi esaminati**

ANZIANI CHE RICEVONO LE CURE E LORO CAREGIVERS		Corsi di studio								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
ANZIANO/A										
	Sesso M/F	F	M	M	F	M	F	F	F	M
	Età: ● FINO A 90 ANNI ● OLTRE I 90 ANNI	●	●	●	●	●	●	●	●	●
PRINCIPALE CAREGIVER										
	Sesso M/F	F	M	F	M	F	M	M	M	M
	Grado di Parentela Figlio/a - Nuora - Nipote	F.a	F.o	F.a	F.o	F.a	F.o	F.o	F.o	F.o
	Lavoro-Pensione-Disoccupato	Pen	Lav	Lav	Diso	Pens	Lav	Lav	Pens	Lav
	Età: ▲ FINO A 50 ANNI ■ OLTRE 50 ANNI	■	■	▲	■	■	■	▲	■	▲
ALTRE FIGURE PARENTALI										
	FIGLI MASCHI / FEMMINE	M		M/F	F		M			M
	Quantità	3		3/1	1		1			1
	Sorella									1

È fondamentale indagare la centralità della dimensione di genere nell’assegnazione dei compiti di cura, a partire proprio dalle caratteristiche di tale impegno. Ciò che le donne fanno all’interno delle reti familiari è qualcosa di più e di assai diverso dal tipico lavoro domestico (cura della casa, pulizie, pasti, ecc.), dato che la donna deve assumere un peculiare ruolo di mediatrice e organizzatrice di questioni più interne alla rete parentale, e anche fra la rete e il mercato (Cappello, 2008). Per questo diverse autrici preferiscono parlare di lavoro familiare (Scisci, 2002; Naldini e Saraceno, 2011) all’interno del quale è compreso il lavoro domestico, quello propriamente di cura, il lavoro di consumo e quello di rapporto²². Ciò che caratterizza il lavoro domestico e il più ampio lavoro familiare è che entrambi affondano le loro radici nella divisione

²²Chiara Saraceno definisce il lavoro familiare come l’insieme di “ tutti i lavori oggi necessari alla riproduzione e alla creazione quotidiana della famiglia e degli individui che la compongono: dal **lavoro domestico** in senso stretto, al **lavoro di cura** nei confronti dei familiari non autosufficienti per età o invalidità, al **lavoro di consumo** che non comprende solo l’acquisto ed eventuale trasformazione di beni, ma anche il lavoro necessario per utilizzare adeguatamente i servizi pubblici e privati che oggi costituiscono una parte importante delle risorse familiari, al cosiddetto **lavoro di rapporto**. Quest’ultimo si riferisce all’attività di creazione e mantenimento dei rapporti, di comunicazione entro la famiglia, tra questa e la rete parentale, così come tra la famiglia o un suo singolo membro e il sistema di servizi” (Saraceno, 2007, 210-211)

di genere che avviene a livello sociale fra uomini e donne, divisione che trova la sua piena espressione del modello tradizionale di famiglia basato sul *male breadwinner*. Tale modello comporta che siano proprio le donne a sostenere quel “modello di solidarietà familiare e parentale” che è stato definito caratteristico del welfare mediterraneo (Naldini, 2002).

Come si è già detto, lo Stato italiano, non avendo sviluppato una politica familiare esplicita ma un “familismo di default” (Saraceno, 2011), ha sempre lasciato alla famiglia e alla rete parentale la responsabilità della sicurezza dei suoi membri, facendosi così promotore della divisione dei compiti e delle responsabilità di cura lungo le linee di genere. La stessa “doppia presenza” femminile nel mercato del lavoro e nel lavoro familiare è soggetta a diverse combinazioni proprio dalle politiche sociali: ciò che i servizi pubblici assumono in parte come compito proprio e ciò che viene conseguentemente lasciato alla totale responsabilità delle famiglie (Saraceno, 2007).

L’idea del lavoro di cura tipicamente femminile emerge come norma culturale da questa testimonianza:

i miei fratelli mi dicono che sono brava, mi lodano, ma oltre a questo niente altro, non dicono - vengo io a fare un pomeriggio che tu...-. Anche perché hanno tutti dei gran problemi, io con il babbo ho imparato a far tutto, sono una mezza infermiera, perché da quando è stato operato 20 anni fa io ho imparato a fare le punture, io faccio di tutto di più, da quando poi ho imparato a lavarlo di sana pianta i miei fratelli dicono - Noi non siamo in grado di fare quello che fai te, non siamo in grado, non ce la sentiamo, è proprio al di fuori dalla nostra... è fuori dalla loro veduta di vita, proprio del loro orizzonte, gli farebbe bene invece! A me questa esperienza mi ha fatto crescere tantissimo e mi ha fatto capire tantissime cose, oltre che essere stata una scuola per i miei figli (Cervia, familiare di P., intervista del 8 maggio 2010).

Ho accennato più sopra al caso di una nipote che assume il ruolo di principale responsabile nella cura della nonna, ma va evidenziato un altro caso di nipoti femmine che concorrono alla cura della nonna pur affidata alla nuora. A proposito del primo caso, ma per certi versi anche del secondo, ritengo che il rapporto fra nonna e nipote possa essere letto all’interno dei cambiamenti intervenuti nei rapporti fra generazioni ovvero a quella che è stata definita “verticalizzazione della parentela”. La reciprocità fra le generazioni, il senso di obbligazione si esprime non più solo nei confronti dei genitori, ma anche dei nonni che, fino a quando conservano una certa autonomia, si prodigano attivamente nella rete di scambio della famiglia con aiuti economici e cura dei nipoti (Attias-Donfut e Segalen, 2005). L’espressione utilizzata,

“grand-parentalità”, rimanda perfettamente all’idea di una doppia genitorialità (Grilli, 2008) e all’intensità del legame affettivo tra i nipoti e i nonni.

Il rapporto consolidatosi negli anni fra nonna e nipote fa sì che sia lei la principale responsabile della cura, svolgendo un compito di sostegno affettivo e divenendo un punto di riferimento costante per la nonna, con un ruolo di «*caremanager*», “cruciale nel costruire e mantenere la rete di sostegno parentale” (Naldini e Saraceno 2011: 155) e la rete esterna alla famiglia. Nel nostro caso, in particolare, la sua posizione di donna che deve combinare la partecipazione al mercato del lavoro, le responsabilità di cura verso due figli piccoli e le domande di cura provenienti dalla generazione più anziana rimanda anche alla condizione della «generazione di mezzo», ossia di quelle donne che rappresentano l’anello di congiunzione e una vera e propria ancora di salvezza di molti nuclei familiari, nonché l’essenza della “cultura della cura in famiglia” così diffusa nel nostro paese.

Vorrei soffermarmi ancora sulla partecipazione dei nipoti alla cura dell’anziano. Ciò che scaturisce dall’analisi dei casi è che il comportamento dei nipoti, escludendo le due situazioni di cui ho appena parlato, si esprime per lo più in un rapporto affettivo basato su visite frequenti, anche quotidiane quando si abita vicino, nei fine settimana, quando si abita lontano o in una convivenza durante il periodo estivo. Nella maggior parte dei casi i nipoti non paiono dunque impegnarsi in modo particolare nella cura dei nonni. Questo comporta una riduzione numerica delle risorse interne alle famiglie e la conseguente necessità di una risorsa esterna alla famiglia.

Anche la parentela orizzontale può avere un ruolo importante nella cura dell’anziano, come nel caso da me analizzato di una zia, sorella dell’anziano bisognoso di cura, che è stata una figura strategica nell’avviare i rapporti con i servizi comunali, essendosi occupata di tutte le questioni relative all’attivazione sia dei servizi sia dei contributi economici per l’assistenza.

Nei casi in cui è una figlia ad avere le maggiori responsabilità di cura (5 casi nella mia indagine), si realizza nella maggior parte delle situazioni una cura in modo diretto della persona anziana (pur in presenza di un terza persona): a volte vengono fornite anche prestazioni a carattere parainfermieristico, si dà il proprio contributo al bagno dell’anziano a eventuali medicazioni fino a quando le condizioni di salute dell’anziano o le condizioni di impegno familiare e extra familiare lo consentono. Questa tendenza a farsi carico di aspetti concreti della cura l’ho notato anche da parte delle nuore nei due casi da me analizzati. Il loro intervento presuppone una convivenza di lungo periodo nella stessa casa e la non partecipazione in un caso dell’unica figlia

che vive fuori dal nucleo abitativo dell'anziana e nell'altro dalla presenza di una figlia in condizioni di bisogno di assistenza anch'ella. L'appartenenza di genere nei casi da me analizzati si esprime quindi anche attraverso una diversa modalità di intervento della cura più centrata anche sugli aspetti di accudimento fisico della persona anziana.

Nelle situazioni di figlie che hanno le maggiori responsabilità di cura pur avendo fratelli maschi (4 casi), la partecipazione di quest'ultimi alla cura si sostanzia in visite, anche quotidiane, soprattutto in due casi dove vi è una vicinanza abitativa, e in un sostegno affettivo costante. Solo in un caso vi è una partecipazione significativa dei fratelli maschi a momenti di maggiore concretezza nella cura. Tali momenti, sempre organizzati dalla figlia, consistono nella partecipazione ad eventi straordinari: la ricerca di una badante, ad esempio, oppure la sostituzione della badante stessa nella sua giornata di riposo e nelle ore di permesso quotidiano. Nei restanti casi si va da aiuti occasionali come quello di sostituire la sorella, in caso di necessità, alle visite che hanno la caratteristica della regolarità e costanza nel tempo.

Ho potuto comunque riscontrare che, con esclusione di due casi di cui parlerò successivamente, tutti i figli tendono ad essere una presenza affettiva costante nella vita degli anziani. Quando è il figlio maschio ad avere le maggiori responsabilità (6 casi), i compiti concreti di cura e di assistenza generalmente non vengono assunti in prima persona e anche prima di decidere l'assunzione di una badante ci si affida all'aiuto di una persona esterna a ore. Posso indicare un solo caso in cui il figlio maschio disoccupato ha deciso di occuparsi della mamma e svolge molte funzioni di tipo concreto che possono rientrare nella tipologia dell'accudimento.

I figli intrattengono con il genitore anziano rapporti stretti che si traducono, come avviene in un caso, nella visita quotidiana per le due ore di sostituzione della badante, che diventa spesso un'occasione per portare la madre a fare un'uscita fuori dalle mura di casa.

In presenza di fratelli maschi (tre casi) ho notato come in un caso, trattandosi di un fratello che abita a cento chilometri, si cerchi, con la presa in carico dell'anziano nei weekend e nel periodo estivo, di equilibrare la partecipazione di entrambi i figli alla cura della madre anziana; in un altro caso vi è una presenza più di tipo affettivo che concreto; mentre in un ulteriore caso il bisogno di cura dei genitori anziani e la conseguente assunzione di una badante coincide con la fuga del fratello dalla casa genitoriale.

La partecipazione dei parenti più stretti alla cura viene confermato anche dal ristretto numero di casi in cui ho potuto riscontrare un mancato assolvimento delle obbligazioni parentali: due figli,

un maschio e una femmina, e due nuore non conviventi. Questi quattro casi di reciprocità mancata si esplicitano, per le nuore, con la preferenza da parte loro a curare i nipoti; mentre nel caso dei figli in un rapporto non soddisfacente fra genitore e figlio/a che, nella necessità di una maggiore cura del genitore anziano e nella possibilità di lasciare la cura nelle mani di altri membri della rete parentale, cede volentieri il passo di fronte ai suoi obblighi. Questi casi di mancata reciprocità sono sempre accompagnati da un giudizio morale negativo, a testimonianza di come la cura all'interno della rete parentale sia percepita come un'obbligazione morale, con gradazioni differenti legate al grado di parentela, pur non sanzionabile per legge.

I gruppi familiari che ho preso in esame, sebbene si avvalessero dell'aiuto di una badante e del servizio pubblico da un periodo di tempo significativo, da due anni in media fino ad un caso in cui tale aiuto esterno si è protratto per 12 anni, non hanno dimostrato uno scarso interessamento dei parenti nella cura degli anziani. Ritengo anzi possibile affermare che la rete parentale più prossima alla persona anziana, anche se si concretizza prevalentemente lungo le coordinate tradizionali della vicinanza e dell'appartenenza di genere, si dimostra molto presente, disponibile ad assumersi il carico della cura e a mantenerlo nel tempo, anche quando può contare su di un numero limitato di forze. Ciò è riscontrabile anche quando sono le stesse persone che si occupano della persona anziana a manifestare a loro volta la necessità di aiuto e di assistenza. In questi casi la ricerca di un aiuto esterno consente di soddisfare i bisogni di entrambi i familiari, come ho potuto constatare per almeno tre casi, a ragione sia dell'invecchiamento delle stesse reti parentali sia di problemi di salute che intervengono improvvisamente e che riguardano il familiare impegnato nel dare la cura.

L'aiuto fornito dai figli ai genitori, in termini di tempo, cura e denaro, è percepito dai protagonisti come una forma di aiuto gratuito, che rientra nella logica del legame affettivo parentale. Esso può essere compreso all'interno di quel senso di obbligazione che si esprime nel desiderio e nel bisogno di contraccambiare caratteristico dei rapporti intra e inter generazionali, dove l'aspettativa di un contro dono da parte di chi da donato (il genitore) ne costituisce l'aspetto fondamentale. È in presenza di tale obbligo morale e nella mancanza di garanzie sulla sua restituzione che si struttura la rete di scambi senza fine all'interno della parentela e della famiglia, che però, "non occulta i rapporti di dominazione né l'esistenza, in seno alla famiglia, di pratiche utilitarie, calcolatrici, interessate, analizzabili come prodotti di strategie. Né occulta l'esistenza di un mercato esterno" (Cioni, 1999: 30).

Il familiare rappresenta, per gli altri soggetti della cura, un interlocutore insostituibile a partire dal quale cominciano gli stessi interventi dell'ente pubblico. Le assistenti domiciliari, così come altri soggetti istituzionali e le stesse badanti hanno dimostrato durante i colloqui una piena adesione al modello socio culturale che vede la famiglia come il soggetto su cui grava la responsabilità della cura per la persona anziana. Nessuno ha mai messo in discussione questo modello e lo stesso "principio di sussidiarietà" è risultato pienamente introiettato.

Il momento del riconoscimento di un maggior bisogno di cura

Le reti familiari dei casi da me esaminati hanno rimandato il più tardi possibile il ricorso ad un aiuto esterno. Vi è un momento in cui vi è l'assunzione della consapevolezza da parte della rete parentale di non riuscire più a garantire una cura adeguata. Esso è contrassegnato generalmente da un evento drammatico che compromette fortemente l'autonomia della persona anziana: di solito si tratta di un evento che porta ad un ricovero ospedaliero, in altre situazioni le difficoltà si sommano perché entrambi i coniugi anziani hanno bisogno di assistenza come racconta questa esperienza:

perché non si può andare avanti, non riuscivamo neanche a star dietro a lei, perché lei voleva sempre stare con qualcuno, mai da sola né di giorno né di notte, quindi è dura da gestire la situazione, per cui abbiamo trovato questa badante che è qui da noi già da due anni e dopo, siccome il babbo era abituato alla cucina della mamma, che era abbastanza ricca e saporita, lui si lamentava e allora per tamponare le lamentele, sai com'è cerchi sempre di trovare una soluzione, ci sono quindi si cerca sempre di rimediare allora ho pensato facciamo venire i pasti dalla casa di riposo, che bene o male sono cose romagnole, anche se sono tre mesi, la mamma è morta dopo tre mesi che ha fatto questo brutto infarto che invece di stroncarla subito l'ha fatta andare avanti tre mesi, poi con tutte le cure che ci sono adesso ti fanno andare avanti anche se sarebbe meglio morire subito ha solo patito, patito, patito lei abbiamo patito noi, dopo venti giorni che ho fatto questa vita fra lui e mia mamma, mio marito ha detto -Qui bisogna che a tutti i costi prendiamo una donna (Cervia, familiare di P., intervista del 8 maggio 2010).

Il passaggio da uno stato di relativa autosufficienza a quello di non autosufficienza può essere un processo repentino come in questo caso :

sì appena la situazione si è resa così difficile, la mamma non era più autosufficiente in niente [...] perché noi avevamo trovato un paio di polacche, la prima c'è stata un mese ma non si capivano anche per la lingua e la mia mamma non si è trovata bene, poi è venuta un'altra, anche questa polacca ha resistito una settimana, poi mia mamma non è una persona difficile da gestire,

noi eravamo in difficoltà grosse e si è posto il problema di collocare la mamma in una struttura, la difficoltà principale è stata all'inizio con la badante, perché dover passare da amici e contro amici quello è un po' difficile e tu trovi nel momento del bisogno, perché l'anziano diventa da autosufficiente a non autosufficiente di colpo, e allora la famiglia non è pronta per risolvere un problema così e la famiglia avrebbe bisogno di un aiuto immediato perché il lavoro, una cosa e l'altra e quel momento è un momento brutto che scombussola tutto l'equilibrio che si è instaurato negli anni, perché io anche prima badavo mia mamma, io gli portavo da mangiare tutti i giorni, perché da un anno due non era più in grado di andare a fare la spesa, non volevo io che andasse a fare la spesa, quindi già da un paio di anni, io convivo e la mia convivente lavora e abita a Riccione, io facevo da mangiare per mia mamma, poi ad un certo punto abbiamo preso contatto con una trattoria che faceva da mangiare per me e per lei, io portavo il cibo e mangiavamo insieme, poi quando improvvisamente la mamma è diventata non autosufficiente e ha avuto bisogno di assistenza 24 ore su 24, prima si è rotta il braccio, poi il femore, adesso con questa signora siamo riusciti a trovare un equilibrio però è stata dura perché prima di lei ne abbiamo provate 2 o 3 e adesso abbiamo il terrore che se ne vada (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

In altri casi è evidente la gradualità con cui la familiare arriva alla consapevolezza di un maggior bisogno di cura. Questa consapevolezza segue i progressivi peggioramenti di salute dell'anziana che corrispondono a progressiva erosione della libertà personale dell'ego di riferimento:

praticamente 10 anni fa a mia mamma hanno diagnosticato il Parkinson e abbiamo iniziato ad avere dei problemi, ma erano dei problemi che si potevano gestire, quindi all'inizio abbiamo fatto fronte da soli perché lei era in grado di farsi da mangiare qualcosa, di camminare, di fare tutte le sue cose, era ancora abbastanza autosufficiente quindi subito non abbiamo avuto la necessità di avere delle persone, poi piano, piano io ho dovuto smettere di lavorare, va bé io facevo delle pulizie, non facevo dei lavori... Però tutte quelle che erano le mie attività fuori ho dovuto smettere perché lei aveva bisogno di assistenza, mi sono dedicata a lei. Poi le cose si sono sempre aggravate per la malattia, poi a questa malattia se ne è aggiunta un'altra che si chiama miastenia e quindi altra problematica e lei con questi problemi di salute, poi ha avuto bisogno perché ha incominciato a dimenticare le pillole a dimenticare le cose sul fuoco, io sono andata per gradi, all'inizio poi c'era la paura che lei dormiva molto agitata quindi avevo paura che cadesse dal letto. Quindi abbiamo cominciato con le cose più semplici: abbiamo chiesto il letto con le sponde perché effettivamente, lei dorme qui da sola, io dormo di là [la casa della figlia è dall'altra parte della strada che in realtà è un piccolo vicolo] aveva bisogno di aiuto quindi abbiamo incominciato a chiedere queste cose qui, poi dopo quando ho visto che c'era il pericolo [quando la lasciavo da sola] del gas abbiamo evitato il cibo per non essere più completamente oberata allora ho approfittato che il comune dava questi pasti così io ero sicura che lei poteva avere il cibo del mezzogiorno a me interessava quello, che l'avesse sicuro anche se io non ero a casa in quel momento perché lei poteva mangiare da sola soltanto che era pericoloso lasciarla... io ho fatto sempre solo il pasto del pranzo perché quello

della sera... poi lei non riusciva neanche a finirlo quello del mezzogiorno, allora dicevamo, va bè allora non vale la pena prenderne due, ne prendiamo uno poi alla sera vediamo, tanto qualcosa poi io alla sera sono qui, abito qui, quindi l'importante era il pasto del mezzogiorno, doveva prendere alcune pillole, aveva bisogno di una vita molto regolata. Poi la malattia si continua ad aggravare, quindi, abbiamo avuto problemi di salute abbastanza gravi , è stata all'ospedale, poi è stata operata, e lì c'è stato un crollo, questo sarà stato 4 anni fa circa, quindi diciamo che per 5 anni siamo andati avanti così' e poi dopo l'intervento c'è stato come un crollo, allora lì abbiamo chiesto ausili come il deambulatore perché lei non camminava sempre qui, carrettini perché lei aveva bisogno di essere accompagnata e comunque sostenuta perché inciampava, cadeva, e così... poi abbiamo cominciato a chiedere i pannoloni perché cominciava a... perché lei non è che non senta lo stimolo di andare in bagno , ma è molto lenta il fatto è che è di una lentezza estrema lei non arriva, da dove è, al bagno perché non ci arriva con i tempi perché la sua lentezza che adesso si è accentuata in una maniera enorme così quindi questo è stato un ulteriore peggioramento, dopo come ho fatto? Ho fatto che ho incominciato a prendere qualche persona che venisse qualche ora nei momenti in cui io non riuscivo, avevo una donna, ne ho avute diverse nel tempo che venivano in modo che mi davano qualche ora di libertà e siamo andati avanti così per un periodo, però lei alla sera ancora dormiva da sola, dopo è venuto il momento in cui lei non è stata più in grado di salire sul letto perché il letto fra l'altro è anche alto, il letto con le sponde quindi ci voleva un aiuto per poter salire, prima abbiamo provato con uno scalino, poi dopo...insomma alla fine lei aveva proprio bisogno dell'aiuto costante di qualcuno che la mettesse a letto alla sera e quindi la riuscivo a mettere a letto poi magari potevo uscire però negli ultimi due anni questo non è stato più possibile perché anche lasciarla da sola a volte mi succedeva che tornavo e era in uno stato confusionale non sapeva d'era (Cervia, familiare di O., intervista del 8 giugno 2011).

La costruzione del pacchetto di cura tra: parenti, assistenti domiciliari e badanti

Tratterò ora come le famiglie siano arrivate a costruire nel tempo il pacchetto assistenziale, fatto di assistenza reperita nel mercato e assistenza pubblica. Ho già detto di come la parentela, al sorgere dei primi bisogni di assistenza dell'anziano, cerchi di provvedervi in modo autonomo facendo leva soprattutto sulle figure femminili. Il passaggio dalla rete di aiuto parentale al reperimento di aiuti esterni avviene con gradualità; in alcuni casi (3), i gradini intermedi, che corrispondono ai progressivi peggioramenti della salute dell'anziano cui la rete parentale cerca di far fronte con una successione di aggiustamenti, sono particolarmente evidenti. In due casi dei tre citati, si tratta della progressiva perdita delle capacità fisiche e psichiche da parte dell'anziano, mentre nel terzo è la diagnosi di una malattia cronica e degenerativa.

La cura nei confronti di una persona anziana procede lungo un percorso che porta l'anziano ad essere sempre meno autonomo fisicamente e mentalmente, vi sono bruschi cambiamenti e non è possibile conoscere in anticipo la durata della condizione in cui la persona si viene a trovare. Analizzando i vari casi, si delinea il carattere imprevedibile e irregolare che la cura necessariamente assume proprio nel seguire l'irregolarità e imprevedibilità della condizione psico-fisica dell'anziano, per cui la cura deve essere puntualmente e specificatamente ridefinita di volta in volta, ad ogni cambiamento. Ed è proprio il cambiamento della condizione della salute dell'anziano, accompagnata talvolta anche da una modificazione della condizione del gruppo familiare, che spinge i parenti verso il processo di "esternalizzazione" di alcuni segmenti della cura.

La ricerca del pasto fornito dal servizio pubblico è il primo passo compiuto da 4 dei casi da me analizzati. Il pasto, in tutti le situazioni, assume la funzione di sostituzione del pasto fornito dal coniuge il quale, per morte o per malattia, non è più in grado di occuparsi dell'altro e tale funzione non è riassorbibile, per ragioni di orario e di distanza abitativa, all'interno della rete parentale. La ricerca di un pasto "esterno" corrisponde ad un livello di gravità della condizione dell'anziano di gran lunga inferiore a quella che si determinerà più avanti nel tempo, quando si dovrà cercare assistenza nel mercato privato. Questa considerazione vale anche per i due casi da me osservati il cui primo passo è stato quello della ricerca del servizio di assistenza domiciliare per l'alzata del mattino e per il bagno settimanale dell'anziano. In nove altri casi, di fronte all'accresciuto bisogno di cura e di assistenza, le famiglie si sono rivolte al mercato privato, a testimoniare come il ricorso all'assistenza privata costituisca un vero e proprio modello di riferimento per le famiglie di fronte ai crescenti bisogni di assistenza del parente anziano, anche quando come nel caso delle famiglie che ho incontrato, vi è la consapevolezza che l'ente pubblico può essere un fornitore di servizi oltre che di sussidi economici. Questa scelta, ad eccezione di un caso nel quale si evidenzia il carattere affettivo della cura, viene fatta di solito quando il bisogno necessita di un'assistenza continuativa 24 ore su 24, che la famiglia non riesce a soddisfare.

Fra i due possibili percorsi che portano alla costruzione di un pacchetto assistenziale il prescelto è quello per cui all'assistenza privata si aggiunge in un secondo momento un aiuto dal servizio pubblico (casi su 15). Nei restanti sei casi da me studiati, quattro passano dal servizio pubblico del pasto all'assistenza privata e due dall'assistenza pubblica per l'alzata e per il bagno settimanale all'assistenza privata.

La configurazione del pacchetto assistenziale dei casi analizzati è, in sintesi, rappresentata nella tabella 5.

Tabella 5 - Il pacchetto di cura

		Casi che ricevono le cure															
Tipologia di caregivers e di servizio		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
RETE PARENTALE																	15
BADANTE																	15
SERVIZIO PUBBLICO	Bagno (uno o due volte a settimana)																12
	Alzata dal letto																7
	Pasto																4
	Messa a letto																

Il servizio pubblico si esplica attorno a momenti particolarmente problematici della giornata dell'anziano: alzata, messa a letto, bagno e pasto. Assume una funzione sostitutiva del lavoro del familiare e/o della badante nel caso del pasto e in alcuni casi del servizio del bagno. Assume un ruolo integrativo dell'assistenza familiare pur organizzata anche con il ricorso alla badante, nella maggior parte dei servizi dell'alzata e messa a letto e del bagno settimanale.

L'intervento di un aiuto esterno, nella forma sia della badante sia del servizio pubblico, procura ai familiari un sollievo rispetto ai compiti di cura, come ben testimoniano i loro racconti. Nonostante questo, i familiari concepiscono questi interventi come degli affiancamenti o delle parziali risoluzioni, mai come degli interventi sostitutivi. Del resto le famiglie continuano ad assolvere molti dei compiti connessi alla cura:

- i familiari non allentano i rapporti con la persona anziana anzi, laddove i rapporti erano già buoni prima, si intensificano e la rete familiare si stringe intorno all'anziano;
- le figure della rete parentale femminile che hanno maggiori responsabilità di cura tendono a mantenere alcuni compiti concreti di accudimento della persona anziana;
- riservano a sé tutta quella parte del lavoro familiare che consiste nel tenere i rapporti all'interno della rete e fra la rete e i servizi;
- i familiari, soprattutto quando si tratta di figlie e di nuore, si occupano in prima persona dell'acquisto di tutti i beni necessari e delle attività che consentono di utilizzare in modo adeguato i servizi. Quando il caregiver è il figlio maschio compare una delega alla badante per l'acquisto dei beni ordinari di consumo fra i quali prima di tutto il cibo;
- i familiari, maschi e femmine, si impegnano nella sostituzione della badante nel giorno e nelle ore libere, quando questo non avviene è perché nasce un conflitto intorno alla coniugazione di più cure, come nel caso della nuora che a sua volta ha i genitori anziani.

Il tema della coniugazione di più cure ha occupato uno spazio importante nei colloqui che ho avuto con le figlie e le nuore. La cura delle persone anziane comporta un progressivo annullamento nella cura di se stessi, al punto che per la persona che aiuta non "c'è più vita". Questo progressivo annullamento comporta sia la percezione per la persona che dà la cura del rischio di ammalarsi, sia la necessità, almeno sul piano dei desideri, di separare la cura verso l'alto dalla cura verso il basso: i futuri nipoti.

Ma non sempre è possibile tenere separate le cure, così vi sono momenti in cui alla cura per i genitori si aggiunge la cura per la zia, la preoccupazione per i figli e le difficoltà pratiche con la badante:

così avevo la zia in ospedale, la mamma con l'Alzheimer era caduta la zia e era ricoverata a Lugo e corri a Lugo vai qui vai lì e dissi vediamo e a Lugo avevano tutti questi nominativi di badanti e trovai una che venne, una che non sapeva una parola di italiano, io ero disperata, la prima volta ho detto – Ma no ti devo portare indietro!- non avevo un dizionario, ero proprio all'oscuro io di queste cose, come fai lì e ricordo che era l'otto di agosto e io sono stata qui per più di un mese e le insegnavo tutte le cose della giornata, stendere i panni, c'era di bello che papà era ancora autonomo e stava bene, andava a fare la spesa e governava le cose della casa e mia mamma cominciava così .. e mia mamma era molto cattiva in quel periodo perché non accettava una persona estranea e come sempre avrebbe voluto un aiuto due, tre ore come una cameriera e ricordo che prendeva il materasso e questa era una piccola, magrissima, 50 km, e glielo portava in mezzo al giardino, quindi ho dovuto nasconderla, alla sera faceva finta di uscire e andava a dormire sopra, mio papà..., ci sono stati dei momenti per questa badante, mio papà, siccome al venerdì e al sabato qui è sempre silenzio, no? Venerdì sera aprono la Pineta [locale da ballo], e si sentono tutte queste voci, loro dormendo, lui lì s'era fissato che ci fossero degli uomini che venissero a far compagnia alla badante e mi telefonava a casa e è stato un periodo veramente ...brutto e mio marito che mi diceva – Ma cosa devi fare?- e poi non avevo più i figli tranne forse il piccolo che stava facendo la maturità e stava studiando ma gli altri due erano già tutti via e così (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

In un altro caso il tema della coniugazione di più cure è apparso come una costante della vita familiare: il figlio e la figlia che hanno bisogno di assistenza e la mamma e il padre poi, i quali hanno a loro volta bisogno di cure. In questo caso è risultato particolarmente evidente il problema della conciliazione delle cure anche nella direzione delle persone del gruppo familiare della badante(il figlio gravemente ammalato) e le cure di cui ha bisogno la badante stessa la quale deve rientrare nel suo paese per essere sottoposta ad un intervento chirurgico. Tratterò questo aspetto della conciliazione della cura nella parte dedicata allo spazio transnazionale della cura. Tuttavia in nessuno di questi casi problematici, nonostante la cura dell'anziano fosse particolarmente complessa, è stata messa in discussione la sua domiciliarità. Più volte, durante i miei incontri con i familiari della persona anziana, mi è stato confermato quanto fosse importante che continuasse a vivere nella propria casa.

Per i miei interlocutori la cura a casa ha un valore in quanto:

- è luogo in cui si conservano oggetti e ricordi pieni di significato per la persona anziana;

- è luogo dove ancora è possibile incontrare l'anziano senza limitazioni di orari e di tempo, cosa che non è possibile in una struttura ;
- è luogo di cura "personalizzato": c'è una persona apposta per lui/lei a differenza di quanto avviene nella struttura.

La cura a casa viene infine concepita come terapeutica nei confronti dei problemi della vecchiaia.

E' fondamentale, conta tantissimo, perché lui comunque è rimasto a casa sua, dorme nel suo letto, ha la sua tavola, è il suo ambiente , già lo strazio che non ha più la moglie, però almeno è rimasto nel suo ambiente, noi siamo qui andiamo di sotto lo vediamo (Cervia, familiare di P., intervista del 8 maggio 2010).

Questo riconoscimento, allorché si verificano ulteriori peggioramenti in una condizione già compromessa e che in passato ha impegnato notevolmente i familiari, non avviene sempre in modo lineare e scontato. A volte è frutto piuttosto di un percorso di ricerca che i familiari fanno della migliore condizione di cura possibile, passando anche attraverso la valutazione delle possibilità di assistenza offerte dalla cura in struttura.

Pur apparendo una scelta estrema, in due casi da me analizzati la possibilità di inserimento in struttura viene comunque ponderata alla luce delle difficoltà di continuare a provvedervi all'interno della rete parentale e di trovare personale nel mercato privato dell'assistenza che instauri un rapporto buono e duraturo con l'anziano.

Appena la situazione si è resa così difficile, la mamma non era più autosufficiente in niente , innanzitutto abbiamo contattato la casa di riposo e la casa di riposo , privatamente, questa di Milano Marittima, avrebbe trovato anche il posto, si chiama Villa Verde, perché noi avevamo trovato un paio di polacche , la prima c'è stata un mese, ma non si capivano anche per la lingua e la mia mamma non si è trovata bene, poi è venuta un'altra , anche questa polacca e questa ha resistito una settimana , poi mia mamma non è una persona molto difficile da gestire, noi eravamo in difficoltà grosse e si è posto anche il problema di collocare la mamma in una struttura assistita, per questo avevamo preso contatto con questa istituzione qui a Milano Marittima, e però poi abbiamo trovato, grazie a queste amicizie una persona nuova che dopo lei conoscerà, che è moldava è una signora tranquilla , paciosa, robusta anche fisicamente, a me è piaciuta subito quando l'ho vista e abbiamo fatto un mesetto di prova dopo di che si sono trovate bene entrambe e l'abbiamo messa in regola al 100% e abbiamo lasciato perdere il discorso Casa di Riposo perché ancora la mamma messa in questa condizione qui, dal punto di vista fisico e psicologico non è da mettere, siamo stati sia io che mio fratello in questa

struttura, sì la terremo presente quando le condizioni generali saranno particolarmente decadute, però ancora che è possibile tenerla a casa sua, nel suo ambiente, con i suoi affetti familiari, un aiuto, ben venga (Cervia, familiare di G., intervista del 10 giugno 2010).

In un altro caso invece, è soprattutto il protrarsi di un intenso bisogno di cura che porta il familiare a intraprendere questa strada:

Allora a quel punto siccome al centro diurno non era più possibile dovevo trovare un'altra soluzione, visto che c'era stato questo peggioramento repentino a settembre dell'anno scorso, prima ho chiesto se potevo portarla e loro mi hanno detto che anche se migliorava le sue condizioni non erano..., ho chiesto l'assistenza anche della sera a quel punto, quindi le ragazze del domicilio venivano alla sera per aiutarmi a metterla a letto così, perché è stata allettata per due mesi circa e in quel periodo lì ho fatto anche la domanda per la Casa di Riposo per il Busignani [...] alla fine eravamo fra i primi nominativi, eravamo al 2° posto, però questo è successo a novembre perché noi quei due mesi stava male, l'assistenza mattina e sera ti aiuta ma, ma insomma, sono tre quarti d'ora la mattina e tre quarti d'ora la sera poi tutto il resto della giornata è dura e quindi è dura, ho sempre avuto altre persone che venivano in quel periodo a ore, in questo modo spendi delle cifre abbastanza alte perché insomma pagare a ore delle persone, se sono italiane meno di 10 euro all'ora non vengono, se sono straniere meno di 8 non vengono quindi voleva dire che se stavo fuori 3 ore e quindi era una cifra abbastanza alta.

Dopo siamo andate avanti così pensando che se mi chiamavano dal Busignani, è passato novembre, è passato dicembre, è passato quasi tutto gennaio e io ero arrivata all'estremo delle mie forze fisiche e psichiche emotive e ho detto: o mi ammalo o trovo un'altra soluzione.

Ho provato a chiamare anche il Busignani: ma ci sono speranze perché a un certo punto io avevo piacere di portarla in quel centro lì e non a Villa Verde per esempio, perché lei conosceva quell'ambiente, era stata lì un anno quindi si sentiva abbastanza a casa fra virgolette, c'erano persone che conosceva, avevo preferito quello perché è vero che ha dei momenti la mia mamma che non è lucida però ha anche .. la maggior parte del tempo è consapevole quindi non la puoi portare neanche in un posto dove non ci vuole andare, non mi sentivo [...] no, non mi hanno chiamata, e io ho detto o mi ammalo o trovo un'altra soluzione e ho preso una badante, ho preso questa badante, l'ho provata 15 giorni e poi l'ho dovuta mettere in regola ci sono i tempi anche perché se tu dopo ti tieni qui una persona e non è in regola hai dei problemi per cui visto che la persona mi poteva andare bene che la mia mamma l'aveva accettata e che alla fine lei aveva più piacere di rimanere a casa sua che non di andare al Busignani, alla fine ho fatto tutti i documenti per metterla in regola e dopo una settimana mi hanno chiamata dal Busignani e mi hanno detto che c'era il posto, e a quel punto lì io non sono riuscita a mandarcela, perché ho detto - Adesso cosa faccio?, ho dato una parola a questa badante-, la mia mamma si era rilassata che stava a casa sua ci sono dei tempi... (Cervia, familiare di O., intervista del 8 giugno 2011).

Quest'ultima testimonianza esprime molto bene come la soluzione della badante rappresenti un buon compromesso fra due opzioni percepite come estreme : la cura a casa con l'aiuto della figura parentale, che si prolunga nel tempo e che assorbe tutte le energie del familiare, e la cura in struttura, ritenuta socialmente accettabile solo quando le condizioni di vita per la persona anziana si sono davvero molto aggravate.

È emerso in modo palese da tutti i racconti il disvalore sociale attribuito a tale tipo di cura, in un caso espresso dagli stessi nipoti, come se facendo questa scelta si venisse meno ai propri obblighi nei confronti dell'anziano. La volontà espressa a suo tempo dalla persona anziana rispetto alla cura in struttura viene tenuta in grande considerazione nei discorsi dei familiari, i quali esprimono un giudizio morale negativo per questo tipo di cura percepito come una sorta di abbandono, un tradimento del patto che lega le generazioni e l'interruzione della rete di scambio familiare.

Molto diversa mi è apparsa la posizione di una persona anziana che ha espresso la sua preoccupazione per il peso economico di un' eventuale cura in struttura per lei e per il marito, manifestando la sua volontà nella vecchiaia di non voler far affidamento nell'aiuto del figlio. Quest'ultimo caso pone in una prospettiva del tutto diversa il problema della cura: l'anziano non vuole dipendere dall'aiuto dei figli e si pone il problema del costo della cura in struttura.

La tendenza emersa dalla maggior parte dei familiari, pur nella consapevolezza della difficoltà ad accogliere una persona estranea nella casa dell'anziano e il conseguente stravolgimento nell'organizzazione della vita quotidiana, resta la bontà della cura a casa, comunque preferibile all'ipotesi della cura in struttura. La forte valenza della "cultura della domiciliarità" fra i miei interlocutori è altresì testimoniata dall'esplicito riconoscimento da parte dei familiari del valore della cura a casa e dal giudizio negativo sulla cura in struttura.

Durante i vari incontri con i familiari degli anziani ho potuto riscontrare, in almeno tre casi, che nonostante le difficoltà e la scelta fatta in passato per la cura a casa con l'aiuto di una badante, non intendano abbandonare l'opportunità di un ricorso alla struttura, mantenendo o ricollocando la persona anziana nella graduatoria per l'inserimento. Questa tendenza mi è stata confermata anche dagli assistenti sociali nell'incontro da me organizzato, dove è emerso come i familiari con una "pesante" storia di cura alle spalle ricorrono all'iscrizione in graduatoria, nonostante le ripetute sollecitazioni "*a non fare domande così preventive*" alle quali non seguirà mai una reale possibilità di inserimento. Questa volontà sembra rappresentare per i familiari sia

una strategia verso l'incertezza del futuro e le eventuali necessità dei tempi e della tipologia di cura, sia verso i limiti strutturali di cura fuori dallo spazio domestico. La graduatoria è l'espressione della consapevolezza che è necessario lottare per avere dei servizi, della necessità di adottare un atteggiamento strategico che lasci aperte alcune vie d'uscita a una situazione che potrebbe diventare ancora più difficile, bisogna quindi tener conto di un momento che ancora non è arrivato e che non si sa quando potrà arrivare.

La cura per la persona anziana si qualifica come un processo di scelta che è sempre in corso e che si dispiega su tre ordini di fattori: morali, economici e politici.

Voglio infine considerare lo spazio domestico, per definizione luogo della cura parentale, anche come luogo in grado di definire e ridefinire i termini della relazione fra i membri che vi fanno parte e/o entrano a farvi parte, nel nostro caso la badante. Le relazioni che i familiari instaurano con questa persona assumono una configurazione che va ben al di là di un rapporto di lavoro per assumere più le caratteristiche di un legame di parentela.

Come hanno evidenziato Grilli e Mugnaini (2008), nello spazio domestico diviene fondamentale riproporre un rapporto di parentela collocando l'assistente familiare all'interno della propria mappa genealogica, una specie di "temporanea figlia sui-generis". La "costruzione" di una rete parentale con la badante si sviluppa sia nei discorsi sia nelle pratiche. Così Caterina ha instaurato con Vera una relazione che vede la badante come una sorella: *"è come quello fra una sorella maggiore e una sorella minore, fra una madre e una sorella"*. Il compito di Caterina nei confronti di Vera è di *"addestrarla, ma anche di coccolarla, trattarla come una di famiglia, volerle bene"* ossia preoccuparsi del suo benessere, esattamente come si farebbe con un familiare.

In molti racconti ho potuto raccogliere questa espressione *"l'ho trattata come una di famiglia"* e ho potuto riscontrare come il paradigma parentale entri anche nelle stesse pratiche. In tal senso mi pare vadano letti sia il protrarsi dei rapporti fra familiare e badante anche dopo l'interruzione del rapporto di lavoro e l'inclusione della badante e della sua rete parentale nella vita familiare dell'anziano durante le festività più importanti, come quelle natalizie:

sì suo fratello e la sua famiglia e stavamo tutti insieme finché abbiamo potuto sì finché l'Emma era partecipe per cui sì abbiamo cercato di coinvolgerla nella vita familiare di non farla sentire esclusa nelle feste una persona sola perché in fin dei conti era qui da sola perché poi qui a Cervia non aveva ancora amicizie all'inizio , aveva legami soprattutto con il fratello qui a Rimini magari io la

lasciavo anche due giorni andava via, finché ho potuto le ho lasciato più ore libere probabilmente perché magari le accumulava e stava via tre quattro giorni le sono andata incontro in questo, e stava un po' con i suoi quando venivano facevo da mangiare io, o faceva da mangiare lei, però non abbiamo mai impedito che venissero i suoi a trovarla e neanche gli amici dopo nel tempo ha fatto un po' di amicizie qui perché frequentava, perché io le ho detto che c'era quel corso di italiano e lei ci andava e anche molto volentieri e dopo lì ha incominciato a fare delle amicizie e aveva anche un minimo di vita sociale fuori dal nostro ambiente familiare delle volte usciva a cena o usciva il pomeriggio, la domenica (Cervia, familiare di M., intervista del 26 giugno 2012).

Queste pratiche evocano le considerazioni di Janet Carsten (2000) in merito alla costruzione della parentela in alcune culture, frutto non tanto di vincoli di procreazione, ma piuttosto risultato della condivisione di uno spazio, appunto quello domestico, e della partecipazione a pratiche quotidiane come quella del pranzare insieme. È solo con uno sguardo attento alla costruzione della parentela attraverso le pratiche relazionali che può essere compresa l'assimilazione della badante all'interno della famiglia dell'anziano. Lo spazio domestico della cura accoglie elementi nuovi ed esterni e li rielabora. Quello che ne scaturisce è uno “spazio domestico transazionale”, “un luogo di incontro che scompagina le relazioni familiari con effetti imprevedibili di attraversamento e superamento dei confini [dove] il superamento dei confini nazionali si riflette nelle ridefinizioni dei confini familiari”(Balsamo, 2007: 143).

Il pensiero delle badanti, delle assistenti domiciliari e delle figure istituzionali sulle reti parentali

Parlando con alcune badanti ho avuto modo anche modo di conoscere cosa pensano sulla cura degli anziani e in particolar modo sul carattere intergenerazionale della stessa. È emerso che il “nostro” modo di occuparci dei parenti anziani con il contributo delle badanti è un modo per alleviare i figli del peso della cura, ma non è considerata una buona pratica per le persone anziane per le quali è preferibile che siano i figli stessi, in prima persona, a occuparsi di loro. Così si è espressa una badante:

io per esempio ho avuto i nonni, il nonno lui...[.]...sta nella casa di uno dei figli , però gli altri figli vanno a custodirlo per non mettere una donna o una badante e ognuno si fa un orario di lavoro per poter andare un giorno[.]...però è anche un dispiacere così perché quando un genitore ha cinque sei figli per lasciarli nelle mani di uno stranieri, noi siamo in tre, quattro figli e non siamo capaci di guardare i nostri genitori? (Cervia, badante di A., intervista del 16 marzo 2011).

Il modello di cura dell'anziano che in questo caso viene presentato, ampiamente citato nella letteratura, è quello della circolazione dell'anziano nelle case dei figli i quali tutti insieme si organizzano nell'assistenza. Questa convinzione che debbano essere i figli ad occuparsi direttamente della cura dei genitori e in generale dei parenti anziani è ampiamente condivisa in tutti i paesi dell'est europeo così come risulta da un'indagine condotta a livello europeo nel 2007 (Naldini e Saraceno, 2011).

Nei discorsi di alcune assistenti domiciliari è emersa l'idea che i familiari, in assenza di un progetto di accompagnamento alla cura, delegano in modo troppo ampio i compiti alla badante:

probabilmente coinvolgere anche i familiari in un corso di preparazione e di sostegno sarebbe utile perché poi va a finire che i familiari delegano, quindi l'anziano sta sempre peggio perché non ha più l'appoggio neanche della famiglia perché in alcuni casi è anche inevitabile perché c'è chi sta male però in molti casi è la badante che si deve occupare di tutto anche lei è investita di un ruolo e poi alla fine fa quel che sa fare, cioè ovviamente fa quel che farebbe a casa sua, è una situazione difficile e ti chiedi come faresti tu, allora diventa impegnativo ci vorrebbero più situazioni che si intersecano, una sinergia (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Nella direzione appena menzionata convergono anche le posizioni di alcune figure istituzionali che ho incontrato le quali hanno sottolineato, in più occasioni, l'importanza di una presenza della rete parentale sempre vigile, non solo sull'anziano, ma anche, e soprattutto, sull'operato della badante.

Per ulteriori approfondimenti

Attias-Donfut C. Segalen M. (a cura di), 2005, *Il secolo dei nonni: la rivalutazione di un ruolo*, Armando, Roma.

Carsten J., Hugh-Jones S. (a cura di), 1995, *About the house: Lévi-Strauss and beyond*, Cambridge University Press, Cambridge.

Carsten J., 2000, *Cultures of relatedness: new approaches to the study of kinship*, Cambridge University press, Cambridge.

Cioni E., 2004, *Solidarietà tra generazioni: anziani e famiglie in Italia*, Franco Angeli, Milano.

Fazio I., Lombardi D., 2006, (a cura di), *Generazioni: legami di parentela tra passato e presente*, Viella, Roma.

Ferrera M., 1996, *The southern model of welfare in social Europe*, in «Journal of European Social Policy», n. 6, 17-37.

Gori C., 2000, *Gli assegni di cura. Una rivoluzione "silenziosa" del welfare italiano*, Paper n. 2, Collana di Working Papers del Papers del Laboratorio Politiche Sociali, Politecnico di Milano.

Gori C., 2002, (a cura di), *Il welfare nascosto: il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carrocci, Roma.

Grilli S., Zanotelli F., 2010, (a cura di), *Scelte di famiglia. Tendenze della parentela nella società contemporanea*, ETS, Pisa.

- Naldini M., 2002, *Le politiche sociali e la famiglia nei Paesi Mediterranei. Prospettive di analisi comparata*, in «Stato e Mercato», n.34, 2002, 73-99.
- Naldini M., 2006, *Le Politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Roma, Carrocci
- Naldini M., Jurado T., 2008, *Famiglia e welfare: il modello sud-europeo*, in Rosina A., Viazzo P.P. (a cura di), *Oltre le mura domestiche. Famiglia e legami intergenerazionali dall'unità d'Italia ad oggi*, Forum Edizioni, Udine.
- Naldini M., Saraceno C., 2011, *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Pescarolo A., 2007, *Lavoro, famiglia, welfare: la nuova Europa e la trasformazione italiana*, in Nunin R., Vezzosi E., 2007, (a cura di), *Donne e famiglie nei sistemi di welfare. Esperienze nazionali e regionali a confronto*, Carocci, Roma, 70-88.
- Piperno, F., 2007, "L'altra faccia del nostro welfare: il drenaggio di cura nei paesi di origine. Il caso della Romania", in Studi Emigrazione, anno XLIV, n.168, 947-967.
- Piperno, F., 2009, *Welfare e Immigrazione. Impatto e sostenibilità dei flussi migratori diretti al settore socio-sanitario e della cura*, Working Papers nell'ambito del progetto "Lavoro di cura e internazionalizzazione del welfare", CESPI, www.cespi.it
- Piperno F., Tognetti Bordogna M., 2012, *Welfare transnazionale. La frontiera esterna delle politiche sociali*, Ediesse, Roma.
- Ponzini G., Pugliese E., 2008, (a cura di), *Un sistema di welfare mediterraneo- Rapporto IRPPS-CNR sullo stato sociale in Italia 2007/2008*, Donzelli Editore, Roma.
- Ravis-Giordani G., 2007, *Da una sponda all'altra. La famiglia nella tradizione antropologica mediterranea*, in Albera D., Blok A., Bomberger C. (a cura di), *Antropologia del Mediterraneo*, Guerini Scientifica, Milano, 135-145.
- Reher D. S., 1998, Family ties in western Europe: persistent contrasts, in "Population and development review", giugno 1998, 24 (2), 203-234.
- Remotti F., Viazzo P.P., 2007, La famiglia: uno sguardo antropologico, in «Personal manager. L'economia della vita quotidiana», vol. 4, , Università Bocconi Editore & La Repubblica – L'Espresso, Milano, 3-65.
- Saraceno C., 1994, *Un familismo ambivalente: le politiche per la famiglia in Italia da dopoguerra ad oggi*, Paper presentato al Convegno internazionale "Mutamenti della famiglia nei paesi occidentali", Bologna 6-8 ottobre 1994.
- Saraceno C., 1997, "Le politiche per la famiglia", in Barbagli M. Saraceno C. (a cura di) *Lo stato delle famiglie in Italia*, Il Mulino, Bologna , 301-310.
- Saraceno C., 2002, *Lavoro d'amore. Il delicato ruolo delle badanti* , in "La Stampa" 21/07/2002, 26, <http://archivio.lastampa.it>
- Saraceno, C., 2003, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C. Naldini M., 2007, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C., 2008, Gender and care: old solutions, new developments? The Ursula Hirschman Annual Lecture on gender and Europe, Florence, RSCAS Distinguished Lectures, in <http://cadmus.eui.eu/handle/1814/9307>
- Saraceno C., 2010, Social inequalities in facing old-age dependency: a bi-generational perspective, in "Journal of European Social policy", 20, 1, 32-44.
- Scisci A. 2002, La donna tra famiglia e lavoro: il caso italiano, in "Rassegna italiana di sociologia", n. 4, 235-251.
- Solinas P. G., 2004, «L'acqua strania». Il declino della parentela nella società complessa, Franco Angeli, Milano.
- Tesauro T., 2008, Le politiche per gli anziani nei paesi dell'Europa mediterranea, in Ponzini G., Pugliese E. (a cura di), *Un sistema di welfare mediterraneo- Rapporto IRPPS-CNR sullo stato sociale in Italia 2007/2008*, Donzelli Editore, Roma, 191-250.
- Tognetti Bordogna, M., 2007, (a cura di), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, Franco Angeli, Milano.
- Turcio S., 2008, La famiglia sud-europea tra mutamento sociale, vecchio e nuovo welfare, in Ponzini G., Pugliese E. (a cura di), *Un sistema di welfare mediterraneo- Rapporto IRPPS-CNR sullo stato sociale in Italia 2007/2008*, Donzelli Editore, Roma, 53-97.
- Viazzo P.P., Zanotelli F., 2006, Parentela e assistenza: quali contributi dall'antropologia?, in Lombardi D., Fazio, I. (a cura di), *Generazioni. Legami di parentela tra passato e presente*, Viella, Roma, 29-49.

Viazzo P.P., Zanutelli F., 2008, *Dalla coresidenza alla prossimità: il modello mediterraneo tra razionalità e cultura*, in Rosina A., Viazzo P.P. (a cura di), *Oltre le mura domestiche. Famiglia e legami intergenerazionali dall'unità d'Italia ad oggi*, Forum Edizioni, Udine, 95-116.

Viazzo P.P., Zanutelli F., 2010, *Welfare as a moral obligation: changing patterns of family support in Italy and the mediterranean*, in Grandits (a cura di), *Kinship and social security in contemporary Europe*, vol.1 (Family, Kinship and State during the century of welfare), Max Planck Institute for Social Anthropology, Halle, 21-69.

La presenza transnazionale: la badante

Nella parte dedicata alla cura familiare nello spazio domestico, l'analisi dei casi da me direttamente analizzati dimostra come il ricorso all'assistenza privata reperita sul mercato costituisca la modalità tipica con cui le famiglie hanno avviato il processo di esternalizzazione di alcuni segmenti della cura. In alcuni casi si è trattato del ricorso dapprima ad un aiuto a ore poi convertito in una presenza continuativa, che si connota per l'appartenenza di genere, per il luogo di provenienza oltre i confini nazionali e per la convivenza con la persona assistita.

Giungendo a trattare dell'intervento della donna migrante nella cura per l'anziano desidero cominciare la mia analisi con una panoramica sul contesto generale per focalizzare in seguito la mia attenzione sui dati emersi dall'indagine sul campo.

È opportuno soffermarsi anche sull'utilizzo del termine badante, che ha subito in questi anni numerose critiche, incentrate soprattutto sulla connotazione negativa e riduttiva dell'azione, poiché "badare" rappresenta un'attività assai meno impegnativa e significativa del "prendersi cura" relativa all'insieme di attività e di attenzioni che invece si chiedono a queste lavoratrici. L'espressione "badante" venne utilizzato per la prima volta nella sanatoria del 1986 per essere ufficializzato con la Legge sull'immigrazione 189/2002, la cosiddetta Bossi-Fini, da cui passò al linguaggio comune tanto da radicarsi profondamente nel tessuto sociale. Pur condividendo le critiche che sono state sollevate da diversi autori, nel corso dell'esposizione della ricerca utilizzerò anch'io tale termine, proprio per la sua semplicità e chiarezza e soprattutto perché adottato dalle stesse mie interlocutrici.

Il mercato transnazionale e la catena globale della cura

L'immigrazione come risorsa per la cura è un dato acquisito nella storia italiana in questi ultimi trent'anni. In Italia il 45% delle presenze straniere è costituito da donne, ricordiamo che negli anni Novanta vi è stato un picco di incremento che ha visto quadruplicarsi la presenza femminile, mentre quella maschile è solo raddoppiata.

Alla fine degli anni Novanta si afferma dunque anche in Italia, come in altri paesi del Mediterraneo, il crescente ricorso a donne straniere per la cura domiciliare degli anziani, spesso non autosufficienti e in condizioni di bisogno di un'assistenza continuativa. Tale fenomeno è

spiegabile per molteplici fattori, alcuni di carattere più propriamente socio-demografico, altri di carattere socio-culturale e infine anche di tipo strutturale, se si considera la scarsità di offerta e le modalità dei servizi pubblici verso la popolazione anziana nel nostro paese.

Per l'Europa mediterranea si parla spesso di "welfare nascosto", che assegna alle famiglie, ma più esattamente alle donne, la responsabilità della cura dei suoi membri e che di fronte ai crescenti bisogni degli anziani risponde con un aumento della cura privata a domicilio. Tale prevalente "cultura della domiciliarità" ha portato le famiglie a preferire soluzioni informali piuttosto che il ricovero in struttura e questo spiega in buona parte l'ampia domanda di assunzione di persone in grado di prendersi cura degli anziani che non trova eguali in altri paesi.

Alla domanda corrisponde un'offerta, costituita da un grande numero di donne attratte dalla possibilità di trasformare in lavoro retribuito, tutta l'attività che tradizionalmente svolgono nell'ambito familiare. Questo crea un'area di mercato che permette a un alto numero di donne immigrate di trovare occupazione. Il crescente bisogno di cura delle famiglie italiane si congiunge così con l'offerta a livello globale legata alla femminizzazione dei processi migratori, fenomeno in atto da circa trent'anni a livello mondiale e che vede oggi la presenza delle donne all'interno delle ondate migratorie internazionali attestarsi su valori uguali e a volte superiori di quelli maschili. Tale aumento è ovviamente connesso alle modificazioni degli equilibri interni al mercato del lavoro nelle società dell'era post-fordista e ai problemi relativi alla diversa distribuzione della ricchezza fra i diversi Nord e Sud del mondo globale. L'acquisizione di manodopera femminile da impiegare nel settore della cura diviene fondamentale per il mantenimento degli equilibri fra i paesi del Terzo Mondo e del Primo Mondo e per il mantenimento degli stili di vita di quest'ultimo.

All'interno di questa visione critica del rapporto fra domanda e offerta di cura è stato elaborato il concetto della "global nanny chain" o "catena globale della cura", teorizzato da Arlie Russell Hochschild (2000: 357-358) come "una serie di legami personali, tra persone attraverso il mondo basati sul lavoro di cura pagato e non pagato [...]. Ogni tipo di catena esprime un'invisibile ecologia umana della cura, con una lavoratrice della cura che dipende da un'altra e così via. La catena della cura può partire da un paese povero e finire in un paese ricco e può collegare le aree rurali e urbane dello stesso paese povero".

Il concetto di "catena globale della cura" rimanda a geografie delle migrazioni della cura: dall'Asia sud orientale verso i paesi petroliferi del Golfo, dal centro-sud America verso gli Stati

Uniti, dall’Africa all’Europa e infine dai paesi dell’ex Unione Sovietica a quelli dell’Unione Europea.

Il “mercato della cura” oltre ad essere diffusissimo a livello mondiale si caratterizza per le complesse relazioni sociali, economiche e affettive che tengono uniti luoghi solo apparentemente lontani: una famiglia newyorkese con una del Messico, una polacca con una italiana, una somala con una dell’Arabia Saudita.

Il lavoro domestico migrante

Il lavoro delle badanti è stato trattato dallo stato italiano a livello normativo e politico, nei diversi governi che si sono succeduti in questi ultimi decenni, come una tipologia nell’ambito della categoria più ampia del lavoro domestico.

Da questo punto di vista, come sottolinea Elisa Ascione (2012: 63-64), “il lavoro di cura è stato storicamente un «settore privilegiato» di entrata in Italia, gestito con politiche ad hoc [...]. Da un lato il lavoro domestico e di cura ha rappresentato un’occasione di entrata regolare in Italia per molte persone, dall’altro le stesse politiche migratorie hanno contribuito a «catturare» i cittadini e le cittadine extracomunitarie nella forza lavoro domestica, creando un sistema diretto di reclutamento al di fuori dei confini nazionali per i lavoratori domestici”.

L’atteggiamento di maggiore apertura nei confronti dell’immigrazione nel nostro Paese per svolgervi lavoro domestico e di cura, a fronte di politiche per l’immigrazione severe verso l’ingresso di migranti stranieri extracomunitari, è stato messo in relazione da vari studiosi con la necessità di mantenere un determinato modello di welfare, all’interno del quale la famiglia occupa un posto fondamentale e strategico: un sistema che poggia quasi esclusivamente su manodopera straniera è uno dei pilastri del nostro welfare.

Come afferma Flavia Piperno, “per lungo tempo il ricorso a manodopera migrante è stato considerato lo strumento adatto a conseguire una sorta di «quadratura del cerchio» per quanto riguarda il settore della cura in Italia. Esso rende infatti possibile per le famiglie italiane disporre di servizi di cura personalizzata [...] mentre il governo può limitare la spesa sociale: il Ministero del Lavoro nel 2007 stimava che il ricorso a manodopera di cura, aveva consentito un risparmio pubblico di 6 miliardi di euro in mancate prestazioni socio-assistenziali” (Piperno, 2009).

Diversi autori hanno parlato di una “rinascita del servizio domestico” mettendo però in evidenza gli elementi innovativi del recupero di un lavoro che pareva destinato a un irrimediabile declino.

Il lavoro domestico ha sempre costituito un canale di inserimento lavorativo privilegiato per le donne protagoniste di processi migratori, sia interni alla nazione sia internazionali, garantendo quei compiti domestici che la famiglia delegava all'esterno (Sarti, 2004). Si è trattato dapprima di un processo migratorio dalle campagne alle città e successivamente dal meridione verso il triangolo industriale. Si è trattato per il lavoro delle domestiche e anche delle balie di una sorta di naturalizzazione del lavoro che le donne svolgono nel proprio domicilio.

Nonostante ciò, a partire dagli anni Settanta, la disponibilità di lavoratrici domestiche sul mercato nazionale si riduce fortemente mentre prende ad aumentare la domanda di servizio domestico, si delineava così un polo di attrazione per le lavoratrici straniere. L'inserimento nel settore di un'ampia quota di lavoratori stranieri permetteva inoltre di andare oltre il classico impiego di lavoratori domestici come prerogativa delle classi agiate. Accadeva infatti che la richiesta e l'impiego di tali figure avvenisse nell'ambito dei ceti medio-bassi delle società di approdo; l'impiego della domestica perdeva così le caratteristiche di status symbol. Negli anni novanta si delinea infine una nuova variante del servizio: dalla figura della domestica a ore si passa alla badante convivente, attraverso una sempre maggiore richiesta di un'assistenza continuativa per la popolazione anziana che necessita di cure costanti nel tempo.

Sebbene il lavoro di cura sia stato analizzato all'interno della categoria del lavoro domestico migrante, diversi autori ne hanno evidenziato le peculiarità che rendono la figura della badante del tutto nuova nel quadro familiare e assai differente dalla domestica, proprio per gli elementi di natura interattiva e relazionale che comporta questa attività.

Non a caso autori come Grilli e Mugnaini non individuano l'archetipo della badante nella serva della famiglia borghese, ma nella bambinaia, “the nanny”, che emerge dall'analisi di Russell Hoschschild (2002), la quale non riesce a prendersi cura dei bambini senza stabilire con loro dei veri legami affettivi.

È importante sottolineare come il lavoro domestico e di cura del migrante sia sottoposto a una triplice svalutazione: essere donna, svolgere un lavoro considerato femminile, appartenere a gruppi sociali provenienti dal terzo mondo.

La discriminazione di genere fa riferimento al fatto che le donne assumono una posizione di subordinazione agli uomini per cui ricoprono determinati ruoli e subiscono particolari forme di sfruttamento. In questo caso relegare le donne immigrate in questa tipologia di lavoro assume anche una valenza sessista legata alle competenze domestiche tradizionalmente affidate loro e alla possibilità, legata alla loro maggiore debolezza economica, di veder esacerbato l'esercizio di soprusi.

Il caso di Cervia

L'impiego di persone straniere come soluzione al problema dell'assistenza è un fenomeno che interessa da vicino tutte le zone d'Italia, anche se il nord si caratterizza per una maggiore incidenza dell'immigrazione.

Sebbene i dati ufficiali non rendano conto dell'effettiva presenza delle lavoratrici straniere nel territorio comunale, credo sia opportuno delineare un sintetico quadro dei dati a disposizione. La popolazione straniera residente nella città di Cervia a fine 2011 ammontava a 3.222 unità, di cui 1.501 femmine e 1.721 maschi, caratterizzata da un'età media di 32 anni per gli uomini e 35 anni per le donne e costituiva l'11,04 % della popolazione residente che ammontava a 29.197 unità. Di questi stranieri, 1.761 sono cittadini dell'Unione Europea mentre 1.461 provengono da paesi extra europei. Il 76 % proviene da paesi dell'ex U.R.S.S. e dell'Europa dell'Est.

La nazionalità straniera maggiormente rappresentata è quella romena con 1.478 presenze, seguono quella albanese (406), senegalese (228), ucraina(171), polacca (109), marocchina (107), moldava (102), tunisina (95), bengalese (59), brasiliana (47), bulgara (35).

A fronte di migrazioni prevalentemente maschili -come quelle dal Senegal, dal Marocco e dal Bangladesh-, vi sono alcuni flussi che si caratterizzano per una netta prevalenza femminile: ben l'87% nel caso del Brasile, l'80% nel caso dell'Ucraina, il 78 % nel caso della Russia, il 77% nel caso della Polonia, il 62% nel caso della Moldavia. Per la Romania la presenza femminile supera anche se di poco (56%) la presenza maschile, mentre nel caso dell'Albania, la seconda nazionalità rappresentata nel territorio, la presenza femminile si attesta sul valore del 45%.

Sono complessivamente 314 le persone straniere²³ residenti a Cervia che a fine 2012 hanno dichiarato di essere impegnate in attività di badante e di collaboratrice domestica, colf e

²³ Fonte: Servizi demografici. Elaborazione dati del 4 ottobre 2012

similari , rispettivamente 190 e 124 unità, con una incidenza della presenza femminile del 96%.

Anche analizzando l'attività dello Sportello Badami, istituito nel 2009, è possibile notare come su 1.189 persone che si sono rivolte a tale servizio e iscritte per la loro offerta di una prestazione lavorativa come badante, la maggior parte proviene dai paesi dell'Europa dell'Est²⁴.

Le modalità di reperimento di forza lavoro da impiegare in ambito domestico sono individuabili da un lato in una rete che possiamo chiamare informale, e dall'altro, in una più formale, che ruota intorno a canali creati da varie organizzazioni presenti nel territorio. La rete formale e quella informale si collocano lungo un *continuum* che prevede ampi spazi di passaggio da una sfera all'altra.

Nel territorio cervese il canale informale è molto sviluppato e si avvale delle parrocchie, delle associazioni di volontariato e anche della rete di conoscenze delle stesse badanti, congiuntamente e alla loro capacità/disponibilità a spostarsi nel territorio. Diversi autori hanno sottolineato come le reti familiari e amicali delle badanti abbiano un ruolo davvero fondamentale; non solo perché aiutano l'inserimento in determinati Paesi attraverso la circolazione dell'informazione e lo scambio di denaro, ma anche perché sono in grado di offrire, al momento dell'arrivo, un primo aiuto e anche per la capacità di funzionare come agenzia per ottenere il primo lavoro.

Il canale formale corrisponde alla particolare modalità con la quale le amministrazioni locali, in forma aggregata, si sono introdotte nel mercato dell'incontro fra la domanda e l'offerta di lavoro con l'iniziativa denominata "Sportello Badami", che ha anche fini di tipo formativo nei confronti della forza lavoro.

Su 15 casi che ho esaminato nella mia ricerca, in 14 casi era attivo l'impiego della badante. Ho incontrato undici badanti: quattro moldave, quattro rumene, una polacca, una ucraina, una marocchina ed erano in Italia da un minimo di due ad un massimo di quattro anni. Solo tre erano alla loro prima esperienza. Erano donne fra cinquanta e sessantacinque anni di età, due sole eccezioni erano rappresentate da due quarantenni, una delle quali nubile.

La maggior parte di queste badanti ha lo stato di vedova o divorziata e ciò che le accomuna è il fatto che hanno responsabilità di *breadwinner*, cioè di reperire le risorse economiche e gestirle.

²⁴Fonte: Sportello Badami. Gennaio 2013. Numero assistenti iscritte 1189 di cui: 1161 F e 25 M. Principali paesi di provenienza (in ordine progressivo): Romania, Italia, Polonia, Ucraina, Bulgaria, Moldavia,Albania,Marocco,Nigeria. Numero famiglie rivoltesi al servizio: 453.

Nel loro impegnativo progetto migratorio sono sostenute dalla possibilità di realizzare le condizioni per costruire un futuro migliore per i loro figli, puntando al proseguimento dei loro studi, in molti casi fino all'università. Si parla perciò di una *genitorialità transnazionale*, in quanto il ruolo viene esercitato a distanza con la mediazione di altre figure parentali.

Le badanti che ho intervistato nel loro Paese d'origine occupavano posti di rilievo: ingegnere, chimico, responsabile di una scuola ed erano laureate; solo in due casi si erano fermate al diploma del liceo scientifico.

Sono donne dunque che subiscono e accettano un declassamento sociale e lavorativo non potendo spendere in Italia il loro titolo di studio, per questo si parla di discriminazione di classe.

Dai colloqui che ho avuto con loro ho potuto raccogliere una grande quantità di informazioni sulla loro vita, sul loro lavoro e anche su cosa pensano della cura degli anziani in Italia.

Sia per la quantità dei casi da me esaminati che per la varietà di temi che sono emersi dalla ricerca ritengo opportuno definire tre aree tematiche:

1. il progetto migratorio, il lavoro di badante, l'organizzazione della propria assenza a casa, gli elementi di continuità fra la vita nel paese di provenienza e l'attuale, cosa pensano della cura per gli anziani in Italia;
2. le modalità con le quali le famiglie scelgono la badante, i criteri con cui le vengono affidati compiti e mansioni;
3. cosa pensano i familiari, le assistenti domiciliari e le figure istituzionali delle badanti.

Il progetto migratorio, le difficoltà del lavoro, le idee sulla cura degli anziani

Nel tracciare una lista delle condizioni che danno luogo al progetto migratorio femminile, va subito notato che se sono le relazioni amicali e parentali la principale via di accesso al mercato transnazionale della cura, vari sono i motivi che danno origine all'esperienza migratoria. Di seguito un sintetico elenco di combinazioni:

- perdita del lavoro da parte della donna e/o del marito;
- vedovanza, divorzio e malattia del marito;
- volontà di far studiare i figli.

Il progetto migratorio femminile, conseguente all'assunzione all'interno del gruppo familiare del ruolo di *breadwinner*, non procede quasi mai in modo lineare perché esso porta con sé una conflittualità intrinseca: la cura della propria parentela e la cura degli altri per lavoro. Non è possibile per la donna migrante trovare una conciliazione sincronica, ma solo una soluzione in una successione di fasi alterne nella vita. È questa conflittualità che connota in modo discontinuo la presenza femminile nel mercato del lavoro insieme ad una progettualità a non lungo termine, come bene esprime questa esperienza :

Sì ho avuto dei problemi economici, ho cercato in Germania e non ho trovato proprio perché non cercavo campo [intende lavoro in campagna] perché avevo dei problemi alla schiena. Dopo che lavorava la mia amica a Piavola dice che c'è una famiglia che vuole tenere, anche io sono stata curiosa di imparare lingua allora questa famiglia ha bisogno solo per aiutare in cucina che io imparare la lingua e allora io sono arrivata a Piavola [...] Sono venuta la prossima volta per 3 mesi, io ho lavorato in primavera d'estate non ho lavorato perché mio marito aveva ancora l'azienda e io dovevo lavorare con lui, piantare i pomodori, cavolfiori, raccogliere mele, e poi ancora un'altra primavera perché anche in autunno io non potevo venire perché c'era da raccogliere mele, Natale, no perché Natale famiglia, Pasqua no perché Pasqua ...[...]. poi un'amica a San Giorgio [frazione di Cesena] che aveva problemi di salute mi ha chiamato perché mi ha detto che doveva fare esame: -" [...] Mio marito quando tornava a casa ha fatto incidente e si è rotto gamba, mano e è finito all'ospedale e io non potevo andare perché la mia amica non poteva venire. Allora mia zia ha detto- " Faccio io da badante a tuo marito"- e lei lo badava così finalmente non usciva. Io ho finito il mio lavoro e poi sono tornata a casa.

Non pensavo più di venire qui in Italia, solo di nuovo camioncino rotto, lui che non lavora niente, io che dovevo chiamare lavoratori per i campi, allora ci bisognava soldi, allora quando finiva estate e cominciava inverno io ho detto - vado in Italia a lavorare - e prossima volta sono finita a Cervia per cambio, solo per 3 settimane perché lavorava mia cugina e dopo sono tornata a casa per natale. [...] Mio marito ha cominciato malattia un po', mi fa male questo, quello, lui si è messo nei guai che ha bevuto una birra e carabinieri fermato e tolto patente allora voleva fare causa perché io ho bevuto solo birra e non ero ubriaco, lui non andava in macchina in bicicletta e da noi è arrivata la legge che non puoi andare neanche in bicicletta, adesso hanno tolto questa legge, perché non è giusto.[...] si è preso una depressione e dice fa causa, una causa persa, al tribunale più grande come da voi qui Roma o Milano e mi dice- manca i soldi, vai due mesi a guadagnare un po' di soldi e io pago perché devo pagare giudice-[...] Allora io sono venuta qui era un gran caldo e passate due settimane e io mercoledì chiama e lui mi dice -"Perché mi chiami? sai che io sabato finisco i 55 anni"- e io dico- " Sì ti chiamo sabato che ti faccio gli auguri"- e giovedì mattina alle 10 mi chiama il figlio e mi dice il babbo morto di infarto (Cervia, badante di B., intervista del 25 febbraio 2011).

In questo caso, come in altri che ho incontrato, il progetto migratorio non ha coinciso con l'effettiva permanenza della donna, per ragioni legate sia alle condizioni economiche della famiglia d'origine, che possono, come in questo caso, aggravarsi nel tempo, sia alla disponibilità di altre risorse femminili che nel paese d'origine si prendano cura dei familiari della donna che emigra.

Quasi tutte le esperienze di vita che ho incontrato narrano di figli lasciati a casa bisognosi di cura a loro volta, in qualche caso anche in pessime condizioni di salute, come testimoniato da una signora ucraina che mi ha parlato del figlio, malato oncologico, che vive con "le sacche" che lei acquista in Italia, mentre la sorella di 55 anni bada a lui e lei stessa aspetta di essere operata per la quarta volta della medesima malattia che ha portato alla morte il padre e una sorella.

Che il processo migratorio non sia un percorso di *empowerment* per la donna è elemento ricorrente della migrazione femminile, lo conferma la storia di questa giovane donna laureata che per ricongiungersi al marito viene in Italia, ma in seguito al fallimento del suo matrimonio è sola in un paese straniero e deve provvedere a se stessa.

Io prima non ci ho pensato mai di venire in Italia perché avevo il lavoro niente problemi e mi hanno messo in una scelta così [il matrimonio], ma solo che lui pensava di avere ancora una vita libera, non sente la responsabilità della famiglia, prima lavorava, adesso no, dopo sono stata dalla mia zia a Firenze [...] non ho pensato mai di fare questo tipo di attività che mi sono trovata in difficoltà con il marito di lasciarlo e allora ho trovato questo lavoro, ho detto provo (Cervia, badante di M, intervista del 27 luglio 2011).

Il peso della situazione lasciata nel proprio paese è così forte che spinge la badante al ricongiungimento familiare, fatto che avviene talvolta per intercessione dei datori di lavoro: le vite familiari di chi dà la cura e di chi la riceve in questo caso si intrecciano e la necessità di coniugare le diverse esigenze risulta fondamentale per mantenere la continuità del rapporto.

L'ho trattata più di una di famiglia, perché vedo uno bisognoso, vado e faccio, e il marito e aveva appunto questa relazione e allora lei insisteva che doveva venire qui, perché si trovasse un altro posto, perché voleva far venire il marito qui e allora ci dice questo fatto, e noi eravamo ben contenti, abbiamo fatto sempre a Potenza perché qua è impossibile la ricongiunzione; era possibile perché lei era in regola, pagati i contributi e tutto così abbiamo preparato i documenti per la ricongiunzione prepara i documenti vai e fai, lui poi allora l'ambasciata dovevano andare in Romania dalla Moldavia, tutto un traffico di mesi e di soldi da parte nostra.

Finalmente arriva questo marito in settembre, lei si è trovata un'altra persona da accudire perché lui non lavava i piatti, così, mangiava pochissimo, quando mangiava se ne andava, doveva solo aiutare per tirare su mio papà per farlo mangiare, stava lì a guardare la televisione con lui e mio papà era contento della compagnia ma niente, faceva tutto lei, si ammazzava.

Ad un certo punto [...] è stato marzo del 2009, era il mese di marzo mi chiama e mi dice-“ Maria io devo andare a casa perché mio marito sta male, è stato ricoverato!” [...] arrivo e la mia mamma non beveva più, lei era agitatissima, ho dovuto ricoverare la mamma in ospedale perché era disidratata, dopo di che la mamma non è più uscita dall'ospedale[...] era mi ricordo il 20 di marzo perché ho detto –“Vera adesso aspetti un attimo che io sistemi qui, perché se è moribondo va bene ma se ha qualche malattia ci va tua figlia insomma (Cervia, badante di E., intervista del 18 luglio 2011).

Le problematiche che emergono da questi racconti rinviano da un lato alla questione del “drenaggio di cure” dai paesi più poveri ai paesi più ricchi, cioè al processo di “dislocazioni delle relazioni affettive” di cui ha ampiamente parlato la Parreñas (2001) che comporta la separazione dai figli e dai familiari a cui le madri migranti cercano di supplire con “una cura emotiva e una guida da lontano” (Parreñas, 2002) e, dall'altra, rimandano alle riflessioni della Hochschild (2004; 2006) relative all'impegno emotivo per cui l'amore e l'accudimento siano divenuti il “nuovo oro” dell'era post-moderna.

Durante gli incontri che ho avuto con le badanti nelle case degli anziani ho raccolto anche il loro punto di vista sul lavoro che svolgono e sulle difficoltà incontrate nelle loro esperienze.

Sebbene l'emersione dal lavoro nero e l'essere in regola condizioni in modo positivo la qualità lavorativa delle badanti (nella mia ricerca solo in tre casi su quattordici non c'era un contratto regolare), il rapporto di lavoro è comunque caratterizzato da dinamiche problematiche e conflittuali che vanno ben oltre la condizione di avere un regolare contratto.

Tali dinamiche rimandano a caratteristiche che potremmo chiamare strutturali del lavoro, il quale per molti aspetti rappresenta una riedizione della versione pre-moderna dei rapporti di lavoro nella quale riacquistano potere i seguenti fattori: la discrezionalità del datore di lavoro, la crucialità delle relazioni personali che diventano costitutive dei rapporti lavorativi, la sovrapposizione tra abitazione e luogo di lavoro, un'asimmetria profonda nei rapporti e una dipendenza reciproca fra datori di lavoro e lavoratrice.

A proposito del rapporto di dipendenza personale a cui la badante è sottoposta, riporto quanto mi ha detto Agnese, una donna di 48 anni, la cui esperienza è emblematica di come il rapporto

di lavoro tenda ad essere concepito dal familiare/accudito come una forma di “appropriazione” della persona (Del Gallo, 2012: 30):

non c'è niente di facile in questo lavoro e ci vuole di sacrifici e anche all'inizio che non capisci bene cosa vuole e le viene e lei prima capisce vuole che io stare in piedi fai questo anche se non c'è niente fai questo c'è polvere qui non le piace vedermi seduta ma ho avuto una pazienza perché la vedo che alle volte fa anche con le altre così che comanda, che urlava, e dopo che lei voleva sempre alzarsi al notte che mi chiamava tutta la notte, un anno di sacrifici, lei dice che voleva andare nel bagno voleva provare se le scappa la pipì allora 2- 3 volte che andiamo in bagno lei capisce che mi pagano e io devo stare così ma io vedo che è stata dura, non solo con me, ma anche con la figlia e non avevo pace né di giorno né di notte anche se volevo recuperare un po' così di giorno lei chiamava sempre (Cervia, badante di M., intervista del 27 agosto 2011).

Coesistono fra il familiare/datore di lavoro e la lavoratrice/badante pratiche contraddittorie: da un lato vengono mobilitate retoriche e pratiche della famiglia per favorire un processo di avvicinamento e di inclusione nello spazio domestico, dall'altra si fa riferimento a pratiche di controllo sulla badante per “contenere” l'aspetto relazionale e riaffermare il rapporto di lavoro e di potere. Così nel caso sopracitato: di fronte all'impossibilità di controllare e misurare il tempo della cura, tutto il tempo della badante viene concepito come tempo lavoro, ossia come un tempo produttivo durante il quale esigere delle prestazioni, creando una situazione di dipendenza personale propria delle relazioni di lavoro precapitalistiche. È proprio intorno alla dimensione del tempo-lavoro legata alla coabitazione, tipica condizione lavorativa della badante come situazione totalizzante, che si concentrano gran parte delle difficoltà espresse dalle badanti; infatti il loro lavoro non consente stacchi, neppure quando si è ammalati:

sì, quando non puoi uscire, quando tu vuoi a fare qualcosa, oppure stai male e vuoi fare una passeggiata, non ti senti bene ma non puoi uscire perché c'è questo lavoro e devo fare (Cervia, badante di G., intervista del 10 giugno 2011).

Così per alcune la sola via d'uscita da questa condizione lavorativa logorante è la possibilità di prendersi delle pause dal lavoro dopo 3 mesi e ritornare dalla famiglia:

sì io sono contenta e sono contenta di poter andare a casa ogni 3 mesi, io non volevo parlare con famiglie che ti dicono tu stai un anno e solo dopo tu hai 2 mesi, perché dopo un anno una badante non è buona, agitazione, pensieri e viene che te sei più stanca di testa che fisicamente, allora io dico che 4 mesi badante lavora bene, al quinto pensa casa, casa, perché è importante potersi organizzare bene e se sei ben organizzata quello che faresti in 6 ore lo fai in 4

ore allora tu hai il tempo per leggere e per ripassare parole polacche (Cervia, badante di B., intervista del 25 febbraio 2011).

Anche le difficoltà della lingua vengono spesso menzionate fra quelle incontrate nel lavoro e alle quali si cerca di far fronte mobilitando la stessa rete parentale già precedentemente immigrata:

prima sentivo che era molto difficile e prima un po' difficile, dipende persona che badi non so perché ho provato con lei prima un po' dura che capisci che voleva che ti alzi alla notte allora la prima volta perché anche parlare italiano ho fatto per un mese corsi di italiano a Firenze e mi hanno chiamato subito non ho imparato tante cose prima, anche la figlia mi ha aiutato, anche che va e prende una cosa e mi dice quella così, e mi fa dire e dopo anch'io prendo una penna e scrivo le parole cerco l'arabo cosa dice, chiedo con mio fratello quando mi chiama o con il mio nipote anche la nuora parlano con me pianino capisco perché si parlava in francese e allora capisco perché c'è un po' e allora capisco ogni volta ma non posso rispondere e anche la pronuncia è un po' differente per pronunciare e adesso che mi sento che ho perso l'inglese e il francese per imparare l'italiano se incontro qualcuno che parla l'inglese o il francese mi trovo che parlo con parole insieme.. (Cervia, badante di M., intervista del 27 agosto 2011).

In diversi casi si segnala anche l'isolamento della badante nel contesto italiano delle case sparse:

prima ho fatto fatica a fare questo lavoro perché non conoscevo la lingua, mi hanno portato in una campagna in una casa un chilometro l'altra casa...[..]...no era lontano col negozio andava in bici o con la macchina a fare la spesa e se uscivo andavo in campagna dove c'è la terra facevo un giro così poi anche con la nonna con la carrozzina facevo con lei un giretto ero isolata, viveva un'italiana faceva per i due fratelli, pulire, lavare, poi lei mi insegnava come devo fare i lavori mi prendeva cosa avevo bisogno era una brava persona ... (Cervia, badante di G., intervista del 10 giugno 2011).

Sicuramente la problematica avvertita maggiormente dalle badanti è l'inserimento nella vita della persona anziana: da un lato la badante sente su di sé tutte le tensioni derivanti dalle richieste dei familiari tese a avere un'assistenza continuativa e dall'altra la persona anziana non accetta affatto tale convivenza:

no è fatica badare un anziano, lei è abituata con la famiglia di più e primi mesi è stato difficile per me non voleva nessuno, piano, piano adesso lei dopo un anno si è abituato di più poi devo conoscere il carattere di lei come devo fare

come devo comportarmi , è un po' fatica prima all'inizio diceva-“ Quando vai via?, perché sei qui?”-,-“Sono per te” - , -“No no io ce l'ho bisogno di nessuno!” e camminava anche , e non accettava a una mia collega è capitato che mi telefona sempre- “Ah lei ha detto che devo andare via”, “ Vai via io non ti voglio!”- , sempre litighiamo perché lei mi ha detto che non mi vuole e che devo andare via ... e dopo uno si sente male perché la famiglia ti vuole ma l'anziano non ti vuole e si vede che la sua malattia è così e vuole solo la famiglia di stare con lei e ci sono tanti di questi e dicono:” No io ce l'ho una famiglia , io ho lavorato per loro e loro adesso devono stare con me!” [...] un po' è stato difficile, di notte chiudevole la porta e prendevo le chiavi di non uscire lei poi la trovavo nel balcone di notte che guardava la strada oppure si lavava le mutande , portava fuori alle 3 di notte, camminava di notte senza luce perché non voleva che io vedevo (Cervia, badante di G., intervista del 10 giugno 2011).

Tale difficoltà è nota anche agli stessi familiari, come testimonia questa esperienza di una figlia costretta ad “occultare” quotidianamente la presenza della badante nella casa:

mia mamma era molto cattiva in quel periodo perché non accettava una persona estranea e come sempre avrebbe voluto un aiuto due, tre ore come una cameriera e ricordo che prendeva il materasso e questa, era una piccola, magrissima, cinquanta chili, e glielo portava in mezzo al giardino, quindi io ho dovuto nasconderla, alla sera faceva finta di uscire e andava a dormire di sopra , ci sono stati dei momenti per questa badante! (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

La dimensione della co-abitazione è sicuramente quella da cui scaturiscono le maggiori difficoltà delle badanti: l'isolamento, la mancanza di privacy (nella mia ricerca ho incontrato cinque casi nei quali la badante non aveva uno spazio proprio per dormire), il fatto che tutto il tempo della giornata diventi tempo lavorativo e si debba essere sempre a disposizione, al punto che per tale condizione c'è chi ha proposto il termine di “*seclusione*” (Gambino, 2003), intesa come “sovrapposizione di lavoro, tempo libero e riposo e più in generale la riproduzione della vita quotidiana di un individuo”.

Il contatto continuo con la persona anziana può essere un'attività non solo usurante, ma espone la persona che cura al rischio di malattia, al punto da lasciare il lavoro. Ciò che emerge nel caso che segue è l'idea della trasposizione della malattia attraverso il rapporto continuo dovuto dalla cura:

sì io quando qui non posso dire niente io quando ho bisogno posso chiedere e loro sono gentili e loro posso venire e non può venire loro viene una signora

italiana sta con la nonna non ci sono problemi, anche quando c'è una donna con Alzheimer è difficile, difficile da stare, lei chiede sempre quella anch'io divento come lei, piano piano, diventiamo anche noi così è un lavoro molto stressante no fisicamente ma mentalmente [...] lei non si riposava, entrava cancello piccolo usciva grande, girava attorno casa, usciva, entrava, di notte, di giorno, pioveva fuori, freddo, prendeva tre quattro borse metteva dentro mutande di tutte sue cose anche telefono e girava per la strada e io andavo dietro di lei poi chiamavo la figlia, poi veniva la figlia, vedeva che lei che la sua mamma, veniva parlava con lei si arrabiava, sono stata quattro mesi poi non ce l'ho fatta sono andata via perché con la testa ero stanca, stanca morta sono andata [...] io penso che anche lei non voleva fare questo aveva un tumore al polmone, si vede che quando girava lei stava meglio, non lo so (Cervia, badante di G., intervista del 10 giugno 2011).

Le difficoltà legate al cibo, che pure mi sono state segnalate, hanno trovato nei casi da me esaminati una risoluzione positiva attraverso il riconoscimento del problema e la possibilità offerta dai familiari di provvedere in modo personale alla sua preparazione.

Vi sono poi alcune pratiche molto diffuse fra le badanti che si iscrivono all'interno di un tentativo di dare un'unitarietà di senso alle due esperienze di vita: quella nel proprio paese d'origine e quella qui in Italia. Fra queste pratiche è molto diffusa quella del fare l'orto, una pratica che le badanti spesso hanno conosciuto da giovani attraverso i genitori e i nonni e alle cui fatiche si sottopongono volentieri, proprio perché in tal modo ritrovano un legame con le loro "radici".

Allo stesso modo, per certi aspetti, può essere considerata la pratica del giorno libero, solitamente la domenica, che ha importanza per la badante non solo come tempo per sé, ma perché connotato socialmente anche nel luogo di origine: riprodurlo significa non sentirsi completamente estraniati. Ecco come mi è stato raccontato il giorno domenicale da una badante rumena:

io poi ho trovato perché vedo qui che vanno fuori a fare l'orto, anche quello noi la domenica non lo facciamo, la domenica non si lavora come si lavora qua, io ho visto che si pulisce si lava, noi la domenica no, la domenica è per il riposo, ti alzi più tardi, poi il pomeriggio stai sul divano a guardare la TV, vedi gli amici perché lì da noi, non lo so, almeno io avevo tanti amici e venivano lì da me al pomeriggio, due tre chiacchiere a ridere, a scherzare, un caffè, da noi quando ci sono le feste devi preparare il frigorifero deve essere pieno perché non si sa mai chi può venire in casa, ogni persona che viene in casa deve essere trattata bene, e alla sera della domenica uscivamo per fare una passeggiata, al cinema non siamo andati da un pezzo perché c'era il DVD e lì puoi vedere quello che

vuoi e così passava la settimana e poi si ricominciava e io per trentun anni ho lavorato in turni (Cervia, badante di A., intervista del 16 marzo 2011).

La scelta della badante e la definizione dei suoi compiti

Riprenderò alcuni argomenti trattati nella parte relativa alla rete parentale, per porre in evidenza le considerazioni che accompagnano la scelta di rivolgersi al mercato privato della cura per il reperimento di una badante.

Il verificarsi di un evento drammatico e la conseguente situazione di emergenza (cfr. la parte relativa a Il momento del riconoscimento di un maggior bisogno di cura) crea la necessità di un'assistenza continuativa, ovvero spalmata su tutto l'arco della giornata, intervento che la rete parentale non riesce più a soddisfare. I familiari esprimono la necessità di una presenza 24 ore su 24 che, oltre ad accudire la persona, possa attivare i parenti in caso di bisogno, permettere ai familiari di mantenere un'occupazione e rimandare il più tardi possibile il ricorso in struttura.

La scelta della badante si configura come la terza via all'interno di un processo di scelta che viene fatta fra due possibili soluzioni: la cura a casa con la sola rete familiare da un lato, e la cura in struttura dall'altro, soluzioni che vengono percepite entrambe come due poli estremi.

È il fattore tempo che in questa fase della cura gioca un ruolo determinante, che fa dire ai familiari che la persona *“non è da abbandonare”* mettendo in atto strategie inedite che soddisfino il nuovo bisogno di cura venutosi a creare.

Fra i casi da me esaminati in uno solo la persona anziana, pur essendo completamente autosufficiente, ha espresso il desiderio di avere una badante, perché *“si sentiva sola”*. Questa circostanza evidenzia invece l'aspetto affettivo della cura da parte della badante che viene a colmare un vuoto affettivo lasciato dalla rete parentale la quale rimanda ad uno dei significati veicolati dalla domanda di assistenza che avviene oggi da parte delle famiglie e che rinvia alla rarefazione dei rapporti parentali a cui supplisce l'importazione di risorse emotive e affettive così sottolineata negli studi di Parreñas (2001) e di Ehrenreich e Hochschild (2004).

Esaminerò come si muove la rete familiare all'interno di questo processo di progressiva esternalizzazione di alcuni compiti connessi alla cura nella ricerca della badante e nel reclutamento della stessa e quali sono le caratteristiche di cui tiene conto.

In primo luogo la famiglia, così come per la badante, si attiva affidandosi al proprio capitale sociale, ovvero alla rete di conoscenze e amicali di cui dispone. Sono le reti informali che hanno la meglio all'interno di questo percorso di ricerca di un aiuto esterno, tant'è che i casi da me esaminati fatta eccezione per un caso, pur essendo nella maggior parte di loro alla terza, e in qualche caso alla quarta, esperienza con una badante, non conoscevano l'esistenza del canale formale costituito dallo sportello "Badami".

Solitamente nel momento della ricerca della badante viene coinvolta tutta la rete parentale costituita dai figli e in essa si intrecciano azioni che attingono sia l'esperienza passata, per cui si cerca la sorella della badante che a suo tempo di occupò del coniuge defunto, sia alla situazione presente procedendo per reti di conoscenze che vengono opportunamente selezionate in base a ipotetiche affinità e sulla base dell'esperienza raccontata. Così una figlia mi ha raccontato della ricerca della badante:

quando è morto mio babbo, in maggio di due anni fa, gli indiani sono andati via quasi subito, noi ci siamo dati da fare quasi subito attraverso delle conoscenze, io e mio fratello di Cesena abbiamo preso i contatti con questa persona che poi non era di nostro gradimento, allora siamo andati persino ad Alfonsine a parlare con un'altra persona, che ci era stata consigliata dalla moglie di un mio secondo cugino, lei aveva detto che veniva, poi il giorno dopo ha detto - Non, non vengo, perché è in campagna-.

Per Maria invece, mio fratello, tramite un amico, ha avuto una persona che ci ha fatto il nome di Maria e Maria era in Polonia e quindi noi l'abbiamo contattata telefonicamente e lei ci ha assicurato che sarebbe venuta, noi avevamo una gran paura che non venisse perché..., lei era già stata in Italia e aveva lavorato presso la maestra di mio figlio e erano diversi anni che viaggiava qua, però mio fratello che ha tenuto i contatti lui telefonicamente con Maria, gli aveva fatto una buona impressione di com'era vivace, allegra. Dalla voce ci aveva ispirato fiducia, quando è arrivata, nel mese di giugno, noi avevamo paura perché avevamo avuto delle delusioni, devo dire la verità, Maria ha detto: -Adesso Tina puoi andare a casa- e io, perché noi prima avevamo preso oltre alla badante anche una persona a ore perché una da sola non ce la faceva a spostare mia mamma, e io mi sono sentita, non so dire come, era un peso grande e poi non avevamo ancora il sollevatore (Cervia, familiare di B., intervista del 25 febbraio 2011).

Quando la situazione necessita di una soluzione urgente allora si arriva anche ad assumere la prima persona incontrata e disponibile come racconta questa esperienza:

MA: come l'avete trovata?

I.: qui al parchino, al parchino è sempre pieno di nonnini con le badanti e allora ho chiesto se conoscevano qualcuno che avesse bisogno di lavorare e mi hanno mandato lei, io era disperata, pregavo molto e dicevo -Dio aiutami!-, uno deve capire cosa vuol dire avere la mamma all'ospedale in fin di vita che sei sempre su, facevamo le notti io e mia sorella, abbiamo fatto una vita che c'è da andare giù di testa [...] ho trovato chiedendo comunque perché si trova cercando, lei era in Italia e era disoccupata e cercava lavoro e l'ho presa in casa all'oscuro di tutto [...] la disperazione ti fa fare anche questo perché io da chi andavo quei 20 giorni che sono stata qui a casa con mio babbo telefonavo ai Servizi Sociali e chiedevo - Venite a insegnarmi !-, -Come devo fare a cambiargli il pannolone ?- , non l'avevo mai fatto , -Per lavarlo come devo fare?- Allora ti devi arrangiare .. (Cervia, familiare di P., intervista del 8 maggio 2010).

I familiari hanno manifestato delle preferenze in termini di:

- appartenenze geografiche che vengono tout court identificate con quelle religiose:

le polacche sono anche di chiesa allora essendo mia suocera una donna di chiesa magari dopo dicono il rosario (Cervia, familiare di M., intervista del 26 giugno 2012).

Si parla in alcuni casi anche di discriminazione di razza quando la scelta ricade sulle caratteristiche fisiche della persona: la persona di colore è in genere discriminata all'interno dei servizi alla famiglia e di cura.

- condizioni familiari per cui in alcuni casi si preferisce una persona non sposata perché :

non avendo famiglia ha meno l'esigenza di andare a casa, perché prendi una persona più grande, da un lato hai dei vantaggi perché più adulta, però è anche vero che poi hanno figli , mariti, nipoti, e quindi un domani se hanno delle difficoltà ti dicono che devono tornare al loro paese tu non puoi dirgli di no (Cervia, familiare di O., intervista dell' 8 giugno 2011).

In altri casi invece è proprio la persona più matura ad apparire come la più indicata a svolgere quel ruolo, perché si tengono in considerazione i comportamenti autoritari della persona anziana e allora si arriva a dire che:

è troppo giovane, io infatti la volevo un po' più anzianotta ma al momento ero disperata e come ho trovata lei... (Cervia, familiare di P., intervista del 18 maggio 2010).

Questi elementi di preferenza di cui si tiene conto non sono mai dati una volta per tutte e possono anche essere totalmente contraddetti nei discorsi, oltre che nelle pratiche. Accade infatti che nel processo di attribuzione delle competenze di cura, come una sorta di “vocazione culturale” naturalizzata delle donne migranti di cui parlano alcune autrici (Scrinzi, 2004; Ascione, 2012), avvenga un reciproco accomodamento fra le caratteristiche anche solo ipotizzate della badante e le caratteristiche della persona anziana., in un percorso volto alla ricerca della persona più adatta per la cura.

In questo senso i familiari sono molto attenti ad alcune caratteristiche della badante: essere una persona paziente, magari con un carattere dolce e tranquillo, acquista un grande significato in una convivenza:

siccome per la mia mamma ci vuole una persona che abbia molta pazienza e sia molto dolce come carattere nel senso che lei risente molto della tensione, cioè lei ha bisogno di calma e quindi ci voleva un tipo di persona di questo tipo con un carattere particolarmente dolce, calmo, e questa era la cosa che mi premeva di più e mi pareva che questa ragazza e mia mamma non ha avuto difficoltà con questa ragazza (Cervia, familiare di O., intervista del 8 giugno 2011).

Ciò che le famiglie chiedono alle badanti è prima di tutto il benessere per la persona anziana, il fatto che venga trattata con rispetto e con attenzione: *“l’importante è che tu ti trovi bene con lei e lei con te, che tu sia affettuosa, insomma che tu abbia pazienza e anche il resto è dopo”.* Questo è il discorso che mi hanno fatto più frequentemente i familiari, i quali erano molto attenti a un’eventuale disattenzione nei confronti dell’anziano, quando ad esempio la badante si impegnava troppo a stirare o a lavare e trascurava l’anziano. L’impegno nei confronti di quest’ultimo per i parenti viene sempre per primo e questo impegno deve essere svolto con delicatezza, rispetto e affetto.

Riguardo alla distribuzione e alla definizione dei compiti non vi è un unico modello di comportamento. In alcuni casi viene definito tutto fin dall’inizio del rapporto di lavoro, a volte anche in modo molto minuzioso (3 casi). In altri casi invece il familiare non è intervenuto preventivamente nel definire i compiti, perché non lo ha ritenuto necessario in considerazione dell’esperienza della badante e della sua capacità di *“fare tutto”* (3 casi). La maggior parte tende a collocarsi in una posizione intermedia definendo alcuni compiti, di solito i più importanti relativi alla cura dell’anziano da subito, e rimandando la definizione di quelli che potremmo chiamare aggiuntivi nel corso del rapporto di lavoro.

Solitamente la definizione dei compiti avviene in un periodo che potremmo chiamare di “tirocinio” nel quale vi è un insegnamento/apprendimento delle pratiche di cura rispettivamente da parte del familiare e della badante. È un periodo di convivenza molto stretta, in genere fra la figlia e la nuova badante come raccontano queste esperienze:

in quel mese che siamo state assieme ero sempre dietro di lei per aiutarla” ; oppure “le ho detto quello di cui avevo bisogno per la persona del mio babbo quindi lavarlo, alzarlo, poi anche la casa, ma ero sempre lì anch’io per capire cosa doveva fare, come doveva fare, abbiamo convissuto quasi, io ero sempre qui ma ero sempre giù con lei, l’ho addestrata come un figlio, uguale (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

Relativamente ai compiti affidati alla badante, pur nella varietà dei casi sono identificabili alcuni elementi ricorrenti:

- la cura della persona dell’anziano;
- la sua pulizia e il suo abbigliamento;
- la sua alimentazione e il fatto che assuma i medicinali;
- la buona tenuta della casa dell’anziano;
- tenere dei rapporti buoni e costanti con la parentela.

Se questo è il modello organizzativo di base dei compiti che vengono assegnati alla badante, ho però riscontrato una certa variabilità nei comportamenti che tiene conto del tipo di cure di cui ha bisogno la persona anziana e anche delle reciproche esigenze e delle difficoltà che hanno di volta in volta il familiare e la badante.

A proposito del tipo di cure necessarie per la persona anziana vi è un caso in cui la familiare riserva a sé le cure altamente medicalizzate, un altro caso in cui tali cure sono svolte dalla badante con il sostegno del medico di base e senza il supporto del familiare.

In alcuni casi (3 casi) la badante gestisce direttamente i soldi e provvedere a fare la spesa per sé e per la persona anziana.

Le dinamiche di reciproco accomodamento che i familiari e le badanti attivano nei confronti della definizione dei rispettivi compiti della cura per la persona anziana, vanno di pari passo a quell’ *adattarsi reciproco*” che arriva a comprendere e a soddisfare anche le esigenze di cura

delle rispettive famiglie. Questo ha luogo proprio per il rapporto fiduciario che si è instaurato fra la famiglia, l'anziano e la badante, e che fa sì che ciascun attore della cura sia disposto a rinunciare a una parte dei propri "diritti " pur di mantenere il rapporto di lavoro. In questo senso ritengo vadano letti esempi come quello di Tina e Maria, rispettivamente la figlia dell'anziana e la badante, che si sono date un'organizzazione legata ad un'esigenza precisa della badante: la necessità di recarsi a casa dopo tre mesi. Pur nella singolarità di un'organizzazione siffatta, tenendo conto della possibilità di reperire nel mercato prestazioni della durata di un anno, Tina preferisce di gran lunga affidarsi a Maria e giudica l'assistenza data alla madre in modo molto soddisfacente.

In un altro caso si segnala il ricongiungimento familiare del marito della badante grazie all'intercessione della figlia/ datrice di lavoro della signora anziana. Anche in questo caso le vite familiari di chi è accudito e di chi accudisce si intrecciano e dipendono l'una dall'altra.

Nella mia ricerca è emerso anche il tema della circolazione delle badanti nelle case degli anziani: quasi tutti i familiari avevano avuto in passato precedenti esperienze con badanti, nella maggior parte dei casi erano state sostituite perché avevano trovato un altro posto di lavoro e solo in due casi perché licenziate.

Il pensiero dei familiari, delle assistenti domiciliari e delle figure istituzionali sulle badanti

Durante gli incontri con i miei interlocutori ho avuto modo di conoscere cosa pensano delle badanti e del loro lavoro di cura.

Fra i familiari emerge un deciso apprezzamento del lavoro delle badanti e nella maggioranza dei casi il rapporto instaurato con loro è di fiducia e di soddisfazione per le modalità con cui svolgono il loro compito. Dai racconti emerge chiaramente come l'aver trovato una persona a cui poter affidare il proprio caro, costituisca per il familiare un'ancora di salvezza, risoltrice di una seppur parziale lunga serie di problemi legati alla cura. Fra questi il rischio sempre presente di "ammalarsi" loro stessi per l'eccesso di cure da dare.

Le critiche che i familiari muovono alle badanti sono spesso connesse al fatto di essere molto legate al denaro e di fare questo lavoro *“solo per i soldi”*, un tema che verrà trattato più avanti nel corso dell’esposizione della ricerca.

Un’altra critica alle badanti è legata al mancato riconoscimento da parte loro della condizione di difficoltà economica in cui si trovano le stesse famiglie italiane: *“pensano che qui ci sia L’America e invece no, perché se no non c’era bisogno, è nella società di oggi che lavoriamo tutti invece una volta la donna stava a casa con i figli”* (Cervia, familiare di F., intervista dell’ 8 giugno 2011).

Dai colloqui che ho avuto con le assistenti domiciliari si evince, nella maggior parte dei casi, il riconoscimento dell’utilità e della necessità del lavoro delle badanti:

sono utilissime, non dico una bugia, se non ci fossero loro io vedrei delle famiglie allo scatafascio, perché noi non riusciamo a dare un supporto così alle famiglie, nessuna di noi lo farebbe di stare 24 ore su 24 con una persona (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell’intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

L’utilità delle badanti si spingerebbe fino ad avere una ricaduta sul lavoro stesso delle assistenti domiciliari perché

ci sono quando noi non ci siamo e poi sì ne abbiamo trovate pochissime che non sono state in grado di darci una mano di accettarci perché ci sono delle situazioni in cui si sentono discriminate (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell’intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

Risulta interessante, proprio per comprendere l’intreccio fra il lavoro dei servizi e la badante, riportare il racconto di un’assistente domiciliare sulla nascita e sullo sviluppo del servizio di assistenza domiciliare all’interno del quale, in un determinato momento storico, si inserisce la figura della badante.

Quindi siamo stati i primi qui a Cervia, siamo stati il primo gruppo ad evidenziare il problema delle domeniche, i festivi in cui c’erano delle persone che, prima ancora che venissero le badanti, le badanti le abbiamo viste 10 anni fa, perché il bisogno esisteva perché io lo vedevo e dicevo – prima o poi Marco ci farai lavorare anche di notte!- e io immaginavo che prima o poi succedesse perché le esigenze aumentavano, le richieste di servizio erano parecchie e quindi io dicevo - un familiare che ha un Alzheimer, che ti tiene sveglio che non dorme la notte, ma questo povero uomo che il giorno dopo si deve alzare per andare a lavorare questo figlio o figlia, quasi sempre sono femmine - io dicevo -ma come si fa a non aiutare queste persone?- , ecco perché c’è la badante, una persona normale non può assistere il proprio familiare 24 ore su 24 non ce

la può fare fisicamente e neanche psicologicamente per quello che dicevo – Marco prima o poi fare il turno di notte dalle otto della sera alle otto della notte!- non è ancora avvenuto ma prima o poi avverrà! No ci sono troppe badanti !- (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Non sono mancati casi in cui mi è stato raccontato come la badante abbia dimostrato molta sensibilità nei confronti dell'anziano e capacità di dialogo nei confronti del servizio pubblico:

c'è un'altra badante che due settimane fa è venuta per dire - guarda io vado a casa mia potresti mandarmi solo determinate persone a casa?- perché c'è la sostituta che non è così pratica allora lei ha detto le preferenze sulle ragazze che lavorano in modo come vorrebbe lei che sono 3 ragazze, che mi ha lasciato il nominativo qua [...] è una eccezione però è gentile è venuta qua e mi ha chiesto e io ho cercato di stare dietro a quella richiesta per questo mese [...] non ho chiamato il parente perché so che gestisce tutto lei (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Al contempo da parte di alcune assistenti sono state mosse critiche più o meno forti nei confronti delle badanti. In un caso mi è stato espresso un giudizio totalmente negativo legato non solo all'inesperienza lavorativa ma anche alla mancanza di una preparazione:

sì perché la maggior parte non ne ha proprio un'idea di come si fa il lavoro, lo fanno solo per i soldi, anche perché questo lavoro devi avere un minimo di professionalità e di esperienza, ma uno che non sa neanche da che parte farsi per mettere una padella per fare un bidè.. (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Un altro errore della badante consisterebbe nel rivoluzionare la casa e le abitudini dell'anziano:

ecco forse tengono poco conto delle esigenze della persona, del fatto che magari quella persona anziana non è magari solo adesso una persona inabile, una volta aveva una sua vita, le cose le faceva in un certo modo, quindi gli anziani fanno più fatica a far sì che le abitudini siano diverse perché è una cosa più importante, per l'anziano l'abitudine è quello che li rende sicuri e se te gli cambi tante cose l'anziano va in crisi, cioè è normale, già fan fatica (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Questa critica può essere accompagnata da una riflessione che emerge proprio dallo studio dei casi. Spesso l'intervento dell'assistente domiciliare nella casa dell'anziano comporta un cambiamento delle abitudini rispetto alle modalità in cui, ad esempio, viene lavato. In particolare è emerso il caso di una persona anziana che era abituata a essere lavata in bagno dalla badante, ma con l'arrivo del servizio pubblico viene lavata solo nel letto, generando un

malessere nell'anziana e conseguentemente in tutta la rete di persone che si prendevano cura di lei.

La tendenza a un cambiamento delle abitudini dell'anziano è una "non buona pratica", se così vogliamo definirla, che può essere attribuita a più figure.

Un'ulteriore critica che mi è stata espressa dalle operatrici dei servizi riguarda il modo di lavorare della badante, la quale assumerebbe un atteggiamento nei confronti del proprio lavoro puramente funzionale e poco sistemico:

ma io penso che il problema delle badanti è che loro si sostituiscono completamente all'anziano quindi c'è la tendenza se un anziano riesce a fare male una cosa non si fa per niente, cioè noi per esempio diciamo nel nostro lavoro, ci dicono- Mi raccomando non vi sostituite!- [...] sicuramente la privata si sostituisce, cioè mi sembra che ci sia proprio l'atteggiamento di fare al posto dell'anziano e quindi è chiaro che poi si diventa come..., si lascia come un vegetale anche se poi in realtà non lo è (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

La stessa critica, anche in questo caso, potrebbe essere rivolta all'assistente domiciliare, come lei stessa ha subito dopo evidenziato:

poi è chiaro che noi purtroppo siamo condizionate dall'orario e questa è la cosa che mi fa più male del mio lavoro perché se io avessi più tempo a disposizione è chiaro che un anziano per fare una cosa magari ci mette un quarto d'ora e noi in quel quarto d'ora fa parte del servizio e certe cose le dobbiamo poi in un certo modo con qualche escamotage farle noi (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Un'ulteriore critica è la mancanza di comunicazione con la persona anziana:

“MA: e la relazione con gli anziani?”

I: no non c'è perché io vedo che chi ha la badante quando ti vedono, quando vedono noi tirano fuori anche l'anima per poter parlare

[...]

MA: e quindi noti che queste persone quando vai a casa loro hanno una gran voglia di parlare ...

I: sì se hanno la badante e tanto più se non ce l'hanno ancora peggio che sono lì da soli (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

Infine merita la dovuta attenzione il giudizio complessivamente negativo espresso da alcune figure istituzionali nei confronti delle badanti.

L'idea che a tale riguardo emerge è che il servizio pubblico sia il soggetto competente a decidere quale sia la miglior cura possibile e in tal senso la sua azione si sviluppa in due direzioni: prestare la cura e controllare la cura che altri danno. Nel caso della badante è risultato particolarmente evidente come il servizio pubblico concepisca il rapporto con quest'ultima in termini di controllo piuttosto che in termini di confronto:

l'assistente parla con la badante nel momento in cui sono lì nella prestazione, per farle vedere capire come va fatto il lavoro; c'è la badante che recepisce, che lo fa, c'è la badante che più reticente non vuole modificare il suo modo di lavorare quindi quando non c'è questa collaborazione con la badante si ricorre al familiare[...]spieghi alla badante come fare e l'operatrice sta lì un'ora al giorno e le altre 23 ore noi non possiamo avere un controllo sulla badante (Cervia, assistente sociale, intervista del 13 agosto 2012).

È interessante rilevare come nell'avvio di un qualsiasi servizio che comporti la collaborazione fra gli operatori del servizio pubblico e le badanti, il dialogo fra questi soggetti venga mediato sempre dai familiari e non sia mai diretto. La badante sembra essere intesa come colei che deve mettere in atto decisioni prese da altri. Casi di diversità, quando si verificano, vengono piuttosto inquadrati all'interno di casi di "reticenza".

Per ulteriori approfondimenti

Alemani C., 2004, Le colf: ansie e desideri delle datrici di lavoro, in "Polis" XVIII, n.1, 137-164.

Ambrosini M., 2000, Gli immigrati nei mercati del lavoro: il ruolo delle reti sociali, in "Stato e Mercato", n.60, 415-466.

Ambrosini M., 2002, *Puntelli stranieri alle famiglie italiane*, in "Famiglia Oggi", n. 12.

Ambrosini M. 2005, *Dentro il welfare invisibile: aiutanti domiciliari immigrate e assistenza agli anziani*, in "Studi Emigrazione", XLII, n. 159, 561-595.

Ambrosini M., 2006, *Delle reti e oltre: processi migratori, legami sociali e istituzioni*, in Decimo F., Sciortino G. (a cura di), *Reti migranti*, Il Mulino, Bologna.

Andall J., 2004, *Le Acli-Colf di fronte all'immigrazione straniera: genere, classe ed etnia*, in Polis, XVIII, 77-106.

Anderson B., 2000, *Doing the dirty work? : the global politics of domestic labour*, Zed books, New York.

Ascione E., 2012, *Intime ineguaglianze. Migrazioni e gestione del lavoro di cura nel privato sociale*, in *Antropologia Medica*, n. 33-34, 57-94, ottobre 2012

- Baldisserri M., 2005, *Relazioni familiari nell'immigrazione delle peruviane a Firenze*, in Caponio T., Colombo A. (a cura di), *Migrazioni globali, integrazioni locali*, Il Mulino, Bologna, 89-116.
- Balsamo F., 2007, *Anziane e "badanti". Spazi domestici tra cura e intercultura*, in Di Cori, P., Pontecorvo, C. (a cura di), *Tra ordinario e straordinario : modernità e vita quotidiana*, Roma, Carrocci , 137-160.
- Berti F., 2008, *Le migrazioni interne tra mobilità sociale e mobilità territoriale*, in Berti F., Zanotelli F. (a cura di), *Emigrare nell'ombra: la precarietà delle nuove migrazioni interne*, Franco Angeli, Milano, 15-36.
- Berti F., Zanotelli F., 2008, *Da minore a emblematica: la Valdelsa dentro i processi italiani di mobilità interna*, in Berti F., Zanotelli F. (a cura di), *Emigrare nell'ombra: la precarietà delle nuove migrazioni interne*, Franco Angeli, Milano, 37-70
- Catanzaro R., Colombo A., 2009, *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*, Il mulino, Bologna.
- Colombo A., 2003, *Razza, genere, classe. Le tre dimensioni del lavoro domestico in Italia*, in "Polis" XVII n. 2, 317-342.
- Colombo A., 2005, *Il mito del lavoro domestico: struttura e cambiamenti in Italia (1970-2003)*, in "Polis" XIX n. 3, 435-464.
- Colombo E., 2007, *L'estranea di casa: la relazione quotidiana tra datori di lavoro e badanti* in Colombo E., Semi G. (a cura di), *Multiculturalismo quotidiano: le pratiche della differenza*; Franco Angeli, Milano.
- Corigliano E., Greco L., 2005, *Tra donne : vecchi legami e nuovi spazi. Pratiche tradizionali e transnazionali nel lavoro delle immigrate*, Franco Angeli, Milano.
- De Filippo E., 1994, *Le lavoratrici "giorno e notte"*, in Vicarelli G. (a cura di), *Le mani invisibili: la vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse, Roma, 65-72.
- Decimo F., 2005, *Quando emigrano le donne : percorsi e reti femminili della mobilità transnazionale*, Il Mulino, Bologna.
- Del Gallo E., 2012, , *Mascolinità, lavoro domestico e razzismo. Prospettive del caso italiano*, in *Antropologia Medica*, n. 33-34, 25-55 , ottobre 2012.
- Ehrenreich B., Hochschild R. A. (a cura di), 2004, *Donne globali : tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano.
- Hochschild R. A., 2006, *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Il Mulino, Bologna.
- Gambino F., 2003, *Migranti nella tempesta. Avvistamenti per l'inizio del nuovo millennio*, Ombre Corte, Verona.
- Grilli S., Mugnaini F., 2009, *Badanti on the edge. Networks beyond frontiers in domestic elderly care. An ethnographic study of migrant women workers and contemporary families, in Italy, Networking Across Borders and Frontiers*, "Grazer Beiträge zur Europäischen Ethnologie", n. 14, Jürgen Barkhoff and Helmut Eberhart.
- Grillo R., 2000, *Riflessioni sull'approccio transnazionale alle migrazioni*, in «Afriche e Orienti», n. 3/4, AIEP Editore, San Marino, 9-16.
- Lamura G., Lucchetti M., Soggi M., 2004, *Personale straniero e assistenza all'anziano non autosufficiente: due ricerche in Emilia e Marche*, in Micheli G. A. (a cura di), *La questione anziana : ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, Franco Angeli, Milano, 105-124.
- Lutz H., 2002, *At your service madam! The globalization of domestic service*, "Feminist review", 70, pp.89-104.
- Mariti C., 2003, *Donna migrante : il tempo della solitudine e dell'attesa*, Franco Angeli, Milano.
- Miranda A., 2002, *Domestiche straniere e datrici di lavoro autoctone: un incrocio culturale asimmetrico*, in «Studi Emigrazione», XXXIX, n. 148, 859-879.
- Momsen J., 1999, *Gender, migration and domestic service*, Routledge, London.

- Paltrinieri A., 2001, *Collaboratrici domestiche straniere in Italia. L'interazione culturale possibile*, in «Studi Emigrazione», XXXVIII, n.143, pp. 515-538.
- Parreñas R. S., 2001, *Servants of globalization : women, migration and domestic work*, Stanford University Press, Stanford.
- Sacchi P., Viazzo P., 2003 (a cura di), *Più di un Sud : studi antropologici sull'immigrazione a Torino*, Milano, Franco Angeli.
- Saraceno C., 2002, *Lavoro d'amore. Il delicato ruolo delle badanti*, in "La Stampa" 21/07/2002, p.26 <http://archivio.lastampa.it>.
- Sarti R., 2004, "Noi abbiamo visto tante città, abbiamo un'altra cultura". *Servizio domestico, migrazioni e identità di genere in Italia: uno sguardo di lungo periodo*, in "Polis" XVIII, n.1, 17-46.
- Sarti R. 2004, *Servizio domestico, migrazioni e identità di genere in Italia: uno sguardo storico*, Paper presentato al seminario La catena globale della cura (Torino, 6 giugno 2004) e al seminario Donne e migrazioni (X Meeting Internazionale Antirazzista, Cecina Mare, 17-24 luglio 2004 http://www.uniurb.it/scipol/drs_servizio_domestico.pdf
- Sarti R., Andall J. 2004, *Le trasformazioni del servizio domestico in Italia: un'introduzione*, in "Polis" XVIII, n.1., pp.5-16.
- Sarti R., 2005, *Da serva a operaia? Trasformazioni di lungo periodo del servizio domestico in Europa*, in Polis, n.1, pp. 91-120.
- Scrini F., 2004, *Professioniste della tradizione. Le donne migranti nel mercato del lavoro domestico*, in "Polis" XVIII, n. 1, 107-136.
- Signorelli A., 2006, *Migrazioni e incontri etnografici*, Sellerio, Palermo.
- Sorgoni B., 2000, *Migrazione femminile e lavoro domestico: un terreno da esplorare*, in «La Critica Sociologica », n.134, 78-88.
- Vicarelli G. (a cura di), 1994, *Le mani invisibili: la vita e il lavoro delle donne immigrate*, Ediesse, Roma.
- Viesti G., 2005, *Nuove migrazioni. Il "trasferimento" di forza lavoro giovane e qualificata dal sud al nord*, in «Il Mulino», n.4, 678-688.
- Vietti F., 2010, *Il paese delle badanti*, Meltemi, Roma.
- Vlase I. 2006, *Donne rumene migranti e lavoro domestico in Italia*, in «Studi Emigrazione», XLIII, n. 161, 6-23.
- Zanfrini L., 2005, *Il ruolo delle donne come chiave di volta delle transizioni in atto*, in Zanfrini L., 2005, (a cura di), *La rivoluzione incompiuta. il lavoro delle donne tra retorica della femminilità e nuove diseguaglianze*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Zanfrini L., 2005, *Braccia menti e cuori migranti: la nuova divisione internazionale del lavoro riproduttivo*, in Zanfrini L., 2005, (a cura di), *La rivoluzione incompiuta. il lavoro delle donne tra retorica della femminilità e nuove diseguaglianze*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Zimmerman M., Litt J., Bose C., 2006, *Global dimensions of gender and carework*, Stanford Social Sciences, Stanford.

La presenza istituzionale: l'assistente domiciliare

Nella parte dedicata alla costruzione del pacchetto di cura abbiamo potuto notare come in 13 casi su 15 (cfr. tab. 5) esso sia costituito dall'assistito, da un familiare e da una terza figura, che interviene in momenti particolarmente delicati nella cura dell'anziano: l'alzata e l'igiene giornaliera, il bagno, il coricarsi. Così come è avvenuto per le altre figure che operano nello spazio domestico della cura, anche per l'assistente domiciliare comincerò col delineare il contesto generale per poi addentrarmi nell'analisi di quanto è emerso dall'etnografia.

Il quadro più generale: europeo e nazionale

A livello europeo l'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti è, oggi, la modalità assistenziale privilegiata da tutti i governi, sia per contrastare il rischio di istituzionalizzazione sia per garantire agli anziani una migliore qualità della vita (Facchini 2005).

Alla convinzione prevalente secondo la quale l'assistenza a domicilio costituirebbe una modalità per permettere agli anziani una vita sociale nei limiti delle loro possibilità e quindi andrebbe a migliorare la qualità della loro vita, si aggiungono altri orientamenti più o meno espliciti.

Vi sono infatti almeno tre ulteriori obiettivi adottati dai vari paesi in relazione alla promozione e alla diffusione dei servizi domiciliari: migliorare la qualità della vita degli anziani e alleggerire il carico assistenziale delle famiglie, realizzare delle economie di spesa, sostituire con l'assistenza domiciliare le altre modalità e gli altri luoghi di cura (es. ospedali, strutture residenziali) (Facchini 2005).

La diffusione del servizio di assistenza domiciliare è molto diversificata nei vari paesi europei: da livelli eccellenti dei paesi del nord Europa (Danimarca, Finlandia, Norvegia Olanda e Finlandia) con l'assistenza per oltre il 10% degli anziani, si scende ai livelli ridotti dei paesi del sud d'Europa (Italia, Spagna, Portogallo, Grecia e Austria) che assistono tra il 3 e lo 0,3 % degli anziani, fra questi due estremi si evidenzia un livello intermedio di assistenza nel quale ricadono la maggior parte dei paesi europei (Germania, Svezia, Francia, Regno Unito, Belgio, Irlanda) che assistono da un massimo del 9,7 % ad un minimo di 3,5% degli anziani.

La tendenza generale di tutte le politiche governative è quella di uno sviluppo dell'assistenza domiciliare di tipo sia sanitario sia sociale, le prestazioni aumentano anche quando diminuisce il

numero degli anziani assistiti poiché a coloro cui viene mantenuta l'assistenza viene offerto un servizio con un maggior numero di ore settimanali. Allorché le assistenze domiciliari crescono, cambiano anche i contenuti delle prestazioni: si ridimensionano le mansioni di pulizia della casa e aumentano quelle riservate alla cura per la persona.

L'Italia rileva un utilizzo del servizio del 3% a livello nazionale, ma presenta una grande variazione a livello regionale: Emilia Romagna, Veneto e Lombardia sono le regioni in cui sono maggiormente sviluppati i servizi domiciliari (Facchini 2005)²⁵.

Il caso di Cervia

Gli anziani che nel Comune di Cervia hanno usufruito del servizio di *Assistenza Domiciliare*, nelle modalità di cui alla tab. n.6, secondo le forme previste fra le "attività"²⁶ e i "servizi"²⁷ a sostegno del PAI, nell'anno 2011 sono stati 132 su 6.631²⁸ residenti con oltre 65 anni di età, con un indice di fruizione dei servizi dell' 1,99 % della popolazione in età per poter accedere ai servizi (cfr. tab. 6).

Negli ultimi tre anni, precisamente dal maggio 2011 al gennaio del 2013, si rileva una certa contrazione degli anziani che utilizzano il servizio, poiché si passa da 132 a 111 assistiti (16 %). Questa riduzione si riconduce a due tipologie di combinazione degli interventi: il bagno settimanale e l'alzata giornaliera, la cui utenza si è quasi dimezzata, e il servizio del bagno due volte a settimana, che ha subito una riduzione del 36%.

Analizzando la distribuzione degli utenti all'interno delle diverse categorie di attività dell'*Assistenza Domiciliare*, nell'anno 2012 è possibile notare una maggiore concentrazione negli interventi del bagno settimanale e del pasto giornaliero (cfr. tab. 6).

²⁵Facchini esplicita al riguardo la difficoltà di disporre dati certi per diversi motivi fra i quali la presenza di più soggetti che prestano servizi domiciliari, mentre nel nostro caso ci concentriamo sul SAD, il servizio di assistenza domiciliare del Comune.

²⁶Fonte: punto 2) Il Piano Assistenziale Individuale della scheda tecnica, allegato "B" al nuovo contratto di servizio con la Cooperativa. Le attività previste sono: aiuto per igiene personale e cura della persona, mobilitazione, aiuto nell'assunzione del pasto; cura dell'alimentazione, aiuto e cura nell'organizzazione e gestione della casa, controllo nell'assunzione di medicinali e contatti con i Medici di medicina Generale, accompagnamenti, attività di stimolazione cognitiva rivolta a soggetti con demenza.

²⁷Fonte: punto 5) Servizi a sostegno del PAI della scheda tecnica, allegato "B" al nuovo contratto di servizio con la Cooperativa che prevede i seguenti servizi: i pasti a domicilio, il servizio di lavanderia, il servizio di telesoccorso, il servizio del callista, aiuto nell'integrazione sociale. Di questi nel mio conteggio sono inclusi solo i pasti a domicilio.

²⁸Fonte. Dati demografici anno 2011, POPOLAZIONE RESIDENTE al 31.12.2011 suddivisa per classi di età e per sesso. Sono esclusi da questa stima tutta una serie di servizi di cui alla precedente nota n. 7 che pure fanno parte della materia dell'A.D.

Il servizio di *Assistenza Domiciliare*²⁹ di cui è titolare il Comune viene gestito attraverso la convenzione con una cooperativa del terzo settore³⁰. Esso è attivato “in particolare per le persone non autosufficienti e per il loro nucleo familiare; favorisce il mantenimento a domicilio, assicura assistenza in modo continuativo, limitata od estesa nel tempo, aiuta i familiari e persegue la migliore qualità della vita possibile per le persone non autosufficienti e per i loro familiari ; evita il ricovero inappropriato in ospedale, ritarda il ricovero in struttura residenziale”³¹.

Il servizio viene concepito all’interno di un *Piano Assistenziale Individuale (PAI)* e contempla i seguenti interventi: aiuto per l’igiene personale e per la persona, mobilitazione, aiuto nell’assunzione del pasto, cura dell’alimentazione, aiuto e cura nell’organizzazione e gestione della casa, controllo nell’assunzione dei medicinali e contatti con i medici di medicina generale, accompagnamenti e attività di stimolazione cognitiva rivolta a soggetti con demenza; servizi di pasti a domicilio, lavanderia, telesoccorso, callista, supporto sociale e facilitazione nella fruizione dei servizi ³².

²⁹Dalla lettura del documento Piano di Zona triennale per la salute ed il benessere sociale 2009-2011. Programma attuativo 2001, p.100. A livello nazionale la materia è regolamentata dalla legge quadro n. 328/2000 “ *Legge quadro per lo sviluppo di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali*. Il servizio di assistenza domiciliare nella regione Emilia Romagna è stato istituito con la L. R. n. 30/79 :“ *Interventi promozionali per la realizzazione e il potenziamento di servizi di assistenza sociale*” abrogata dalla L. R .n.5/94: “ *Tutela e valorizzazione delle persona anziane- Interventi a favore di anziani non autosufficienti*”.

³⁰La cooperativa che gestisce il servizio nel territorio cervese è la cooperativa A.S.S.C.O.R. di Ravenna, la cooperativa titolare del contratto è Il Solco, associazione di cooperative, di Ravenna

³¹Fonte: Piano di Zona triennale per la salute ed il benessere sociale 2009-2011. Programma attuativo 2001, p.100. Nel 2012 il programma prevedeva il mantenimento degli stessi livelli di servizio realizzati nel 2011: 23.000 ore di assistenza e 110 utenti (compresi minori e disabili).

³²Fonte: la scheda tecnica di contratto con la cooperativa che ha in affidamento il servizio di *Assistenza Domiciliare*.

Tabella 6 - Tabulario degli interventi e numero degli utenti del servizio di assistenza domiciliare

33

SERVIZI DOMICILIARI	Spesa con auto	Pulizia giornaliera, alzata e bagno	Pulizia giornaliera, messa a letto e bagno	Bagno 1 a sett..	Bagno 2 vv. a sett.	Bagno 3 vv. a sett.	Bagno ogni 2 sett.	Aiuto gestione della casa	Stimolaz. cognitiva	TOT	Pasti	TOT
MAGG 2011	2	30	2	25	25	8	1	/	/	93	39	132
GENN. 2012	2	24	5	22	25	9	/	/	/	87	41	128
GENN. 2013	3	16	1	32	16	/	2	6	1	77	34	111

³³ Fonte: la RAA della cooperativa che ha in gestione il servizio.

L'età³⁴, l'attestazione di livelli di non autosufficienza³⁵ e la certezza dell'impossibilità di "attivare la rete familiare"³⁶ costituiscono i tre elementi³⁷, valutati in almeno due occasioni differenti, da cui può avviarsi un servizio di A.D. all'interno di un progetto individualizzato (PAI) che vede la famiglia come soggetto che esprime il proprio accordo sul progetto stesso. Quest'ultimo si articola per area funzionale e implica la definizione sia dell'attività per la quale si chiede l'intervento in relazione al grado di autonomia/non autonomia dell'anziano, sia la specificazione dei compiti richiesti e previsti rispettivamente al *carergiver* (familiare e *badante*) e al soggetto pubblico.

I familiari della persona anziana quindi si rivolgono al servizio esprimendo una difficoltà nella cura a casa e un bisogno di aiuto nella domiciliarità:

magari il familiare ha una percezione della situazione come una situazione pesante ma questo non corrisponde con la gravità di una struttura e noi quando andiamo a vedere magari la situazione dell'anziano è difficile da gestire, però non abbastanza da poter pensare di inserirlo in struttura. Poi magari dal di lì può partire un'altra cosa [...] devi proporre altre soluzioni e mettere in piedi altri tipi di aiuto (Cervia, assistente sociale, intervista del 23 agosto 2013).

La domiciliarità della cura si configura come un processo complesso di valutazione e di scelta, un terreno d'azione dei servizi, ma anche dei familiari, che orientano i loro comportamenti sulla base di un riconoscimento e di una stima dell'incrocio più adatto fra un bisogno espresso e un'offerta:

capita alle volte che il familiare abbia un'idea di un determinato servizio e quando glielo si spiega magari in modo dettagliato si rende conto che allora c'è un altro servizio che è più utile alla sua situazione (Cervia, assistente sociale, intervista del 23 agosto 2012).

L'incontro tra familiare e Servizi alla Persona per la richiesta di alcune attività in ambito domiciliare, nello specifico del "servizio del bagno", del "servizio dell'alzata e della messa a letto" può

³⁴Ovvero il possesso di 65 anni di età.

³⁵Le cosiddette Activities of Daily Living (ADL) della scala di Kantz che vengono misurate dall'infermiere del servizio di A.D. dell'Azienda Sanitaria di Ravenna. In questo caso il percorso di riconoscimento delle limitate autonomie si realizza all'interno dell'Unità di Valutazione Semplice (USV). E' bene precisare che vi è un secondo percorso attraverso il quale si arriva ad una valutazione del grado di non autonomia: l'Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) che opera utilizzando il Breve Indicatore della Non Autosufficienza (BINA) per la richiesta di accesso a servizi di solito più impegnativi dal punto di vista del carico assistenziale e di cura. I due percorsi possono intrecciarsi nel caso di richieste di ulteriori servizi in aggiunta all'assistenza domiciliare socio-sanitaria.

³⁶Dal "Regolamento per la realizzazione di interventi a contrasto dell'esclusione sociale e di sostegno al reddito e alla domiciliarità", approvato con atto C.C. 81/2005 e modificato con atto C.C. 42/2008, p.8.

³⁷Non vengono fatte selezioni in base al reddito, ciascun utente deve presentare il modello ISEE e contribuisce con una quota sulla base della sua posizione reddituale.

dispiegare due possibili scenari: in un primo caso, l'attivazione del servizio viene dato come "aiuto alla badante"³⁸ e comporta che un solo operatore si rechi a casa della persona anziana e svolga con la badante le attività congrue al servizio richiesto e concesso.

Vi è poi il caso in cui il servizio viene dato in situazioni in cui la badante non c'è, "oppure se c'è è esclusa da tale attività e quel tipo di attività la fanno gli operatori" i quali possono operare in coppia o anche singolarmente conseguentemente alle condizioni fisiche dell'anziano.

L'avvio di un intervento di A.D. presuppone quasi sempre l'attivazione del familiare³⁹ che si rivolge al servizio e presuppone l'intervento valutatore dell'assistente sociale al cui interno è sempre implicata anche la responsabile del servizio di A. D. (R.A.A.⁴⁰); comporta verifiche periodiche attraverso incontri mensili fra operatori del servizio e gli assistenti sociali responsabili del caso.

È possibile pensare alla presenza dell'assistente domiciliare nella casa solo a partire dal corpo dell'anziano intorno al quale è avvenuto un processo di valutazione del grado di autonomia nelle attività della vita quotidiana (ADL), che presuppone una certa oggettivazione del corpo stesso dell'anziano. È a partire da questi gradienti che le attività nella domiciliarità presentano caratteristiche che ruotano intorno alla crescente riduzione della capacità di autonomia dell'anziano e connotano il servizio nella sua complessità perché:

adesso la stragrande maggioranza degli interventi è legata all'igiene e alla mobilitazione [...] le persone sono sempre più gravi sia a casa che in struttura [...] mentre quando io ho cominciato nel 2005 c'era moltissimo il discorso dell'aiuto per la preparazione del pasto, la camminata, portare a fare la spesa, quei tipi di servizi lì erano molto più numerosi, invece adesso ti chiedono tutti l'alzata e l'igiene perché le persone sono talmente gravi che le persone non sono competenti nel gestirla, nel muoverla, non riescono a farlo (Cervia, assistente sociale, intervista del 23 agosto 2012).

Questi elementi che caratterizzano la presenza dell'assistente nelle abitazioni degli utenti sono il frutto di un lungo processo sociale e storico all'incrocio fra politiche per gli anziani, politiche di tipo sanitario, cambiamenti della popolazione anziana, politiche nei confronti del lavoro di cura

³⁸O, in alternativa, in assenza della badante, il servizio viene dato come "aiuto al familiare"

³⁹E' possibile che avvenga anche per intervento di altri soggetti: un altro servizio sanitario, dello stesso anziano, del medico curante, dell'ospedale, di altre persone ancora.

⁴⁰R.A.A.: Responsabile Attività Assistenziali è la figura che svolge un ruolo di coordinamento e di gestione delle operatrici domiciliari. Tale ruolo è previsto sia nell' Assistenza Domiciliare Territoriale sia nella strutture residenziali socio sanitarie e assistenziali

gratuito familiare e processi di riorganizzazione del lavoro di cura interni all'ente locale. Esse hanno complessivamente portato a una declinazione del servizio di *Assistenza Domiciliare* così come oggi lo conosciamo, anche se molte cose sono mutate dai primi quindici anni di avvio di tale esperienza.

Quelle che oggi appaiono come le naturali caratteristiche del servizio sono infatti il risultato di un processo storico-sociale, che ha comportato la configurazione di un diverso assetto organizzativo, ma anche di modi diversi di porre in essere le pratiche di cura da parte del servizio pubblico.

Se da un lato tutti i soggetti della cura, dai familiari alle operatrici del servizio pubblico, hanno manifestato un forte radicamento nella cosiddetta "cultura della domiciliarità", dall'altro si sono palesati due modi di concepirla che fanno riferimento a due diversi registri, quasi due diverse "logiche", che affondano le radici in due differenti periodi storici. Si tratta di due diverse "modalità" di considerare la cura dell'anziano nella casa, entrambe ricorrenti nei discorsi degli attori del servizio pubblico con un grado maggiore o minore di adesione all'una o all'altra.

Chiamerò le due modalità la cura dell'anziano come "persona nella casa" e la cura dell'anziano "come malato nella casa".

La cura dell'anziano come "persona nella casa"

L' *Assistenza Domiciliare* si presenta negli anni Settanta⁴¹ come un progetto politico esplicito sostenuto da un'idea di welfare radicato nel territorio e che proprio nel territorio trova la soluzione ai problemi della cura per i soggetti più deboli. Alla domiciliarità viene attribuito un valore, perché le case degli anziani, dei disabili e in generale delle persone bisognose di cure sono concepite all'interno di altrettanti e più ampi luoghi di vita: i quartieri.

Ecco come mi è stato presentato tale progetto, che possiamo chiamare un "modello" di *Assistenza Domiciliare*, da una Dirigente dei Servizi Sociali:

*abbiamo avuto un periodo storico, normativo e anche ideologico in cui **il territorio era centrale** e parlo proprio delle vecchie Unità Sanitarie Locali in cui c'era una cultura complessiva e fortissima del territorio, non solo sull'assistenza domiciliare: esistevano allora èquipe territoriali specifiche fino al 90 per esempio di Ravenna, in ogni circoscrizione, e noi ne avevamo quattordici. C'era una équipe socio sanitaria stanziale, nel senso che noi in ognuna di queste quattordici*

⁴¹ Le prime sperimentazioni di Assistenza Domiciliare si erano avviate in alcuni comuni già alla fine degli anni sessanta.

sedi avevamo non solo l'assistenza domiciliare ma avevamo, per capire, la cultura del territorio, la fisioterapista, la logopedista, il ginecologo e l'ostetrica, c'era il consultorio e c'era una fortissima cultura legata al territorio anche di integrazione fra sociale e sanitario e di cultura della cura nel territorio, nella casa. C'erano équipe vaste con molte persone anche figure diverse, c'era lo psicologo,... in tutti i territori allora se ci ricordiamo cos'erano le Unità Sanitarie Locali, erano di nomina politica di secondo livello, i consigli di amministrazione allora delle U.S.L. erano nominati dai consigli comunali e anche tutte queste équipe dipendevano, non dal punto di vista funzionale, ma politico dai consigli di circoscrizione, nel senso che il riferimento principale era il concetto di un'ottica complessiva, non la chiamavamo neanche integrazione fra sociale e sanitario, ma di cura complessiva della persona nel suo domicilio, nel suo territorio. La stessa cosa era per i disabili, per gli anziani, per tutte le persone assistite e quindi c'era, secondo me, in tutta questa fase, che dura per tutti gli anni '80 e un pezzo degli anni '90[...]. Allora la politica del territorio voleva dire anche profonda conoscenza del territorio, i consiglieri di circoscrizione conoscevano tutti, il Presidente della circoscrizione era il sindaco della circoscrizione e quindi c'era uno strettissimo legame, secondo me proprio culturale; c'è stata in quel periodo una normativa, quella sulla disabilità quindi la chiusura anche degli istituti speciali, dei centri specialistici, la Legge 180 per la psichiatria. Questa partita ovviamente si fondava anche normativamente su una cultura del territorio nella quale per una persona che aveva il proprio domicilio se aveva una famiglia bene, se no gli veniva creata dalla comunità locale e supportata dall'équipe territoriale, dove c'erano dieci quindici persone e quindi questa prima fase è stata una fase molto bella, creativa (Ravenna, Dirigente, intervista del 4 settembre 2012).

Emerge da questo progetto politico un'idea complessiva della cura che coinvolge territorio e cittadino dove quest'ultimo viene visto più come "persona nella casa", portatrice di un insieme di bisogni e radicata in una rete di relazioni affettive familiari e di prossimità abitativa.

All'interno di tale processo sociale e culturale, che potrebbe essere sintetizzato nell'espressione "il territorio che cura", è nata anche la prima esperienza di Assistenza Domiciliare nel territorio cervese agli inizi degli anni Settanta:

allora c'era un grandissimo rapporto con i presidenti dei quartieri, noi quando abbiamo iniziato a lavorare, nel 1975 facevamo le commissioni economiche che duravano fino all'alba, si può dire che nella commissione economica c'erano tutti i presidenti dei quartieri, i rappresentanti sindacali, i rappresentanti di varie associazioni e quant'altro e da loro venivano le segnalazioni o dai vicini di casa, dal negoziante. Loro li incontravamo soprattutto per una cosa, per l'assistenza economica, però erano delle antenne del territorio, mentre eri lì che discutevi su

una pratica c'era magari il negoziante che ti diceva- Quella persona lì è messa male non ce la fa a arrivare alla fine del mese- , oppure il presidente del quartiere che conosceva palmo a palmo il quartiere e è chiaro adesso parliamo di trenta anni fa le cose sono cambiate neanche io conosco le persone che mi stanno a fianco loro le conoscevano molto bene quindi le segnalavano - Sai quella persona lì, puoi andare a darci un'occhiata?- (Cervia, ex assistente sociale area anziani, intervista del 6 agosto 2012).

La "territorializzazione" della cura rispondeva al bisogno/idea che fosse di gran lunga preferibile mantenere la persona nel proprio contesto di vita, evitando la istituzionalizzazione, ed era al contempo concepita come una strategia di intercettazione del bisogno:

*se penso a quando sono entrata nel servizio domiciliare di Ravenna, lì sono stata 6 anni, dal '93 al '99, la sfera dei bisogni che aveva l'anziano, ma in modo particolare anche la famiglia, che era molto più ampia e c'era questo bisogno di sviluppare il servizio domiciliare nel territorio e quindi si accoglievano anche le richieste che potevano essere un accompagnamento, andare a fare le pulizie, che non erano le pulizie di fondo ma della casa, il riordino, che nello stesso momento avessero anche la finalità di avere un occhio sul clima familiare che ci poteva essere e quindi tante volte... perché gli anziani tante volte non è che ti chiedono solo il servizio, e quando lo chiedono anche i familiari sono già in una situazione abbastanza di limite e questo in un certo senso secondo me avvantaggiava anche gli enti locali perché **si aveva uno sguardo diverso sul territorio, era più ampio, ...** [...].c'è bisogno [di uno sguardo sul territorio] perché le assistenti sociali sono oberate di lavoro e **perché gli anziani quello che ti chiedono è di avere anche qualche servizio in più, non hanno soltanto bisogno del bagno , il bagno tante volte è un' escamotage per altro[...]**mentre fai il bagno, mentre fai la barba, accomodi un letto, cose di questo genere **si raccoglie parecchio delle storie di queste persone** (Cervia, ex assistente domiciliare ora Presidente della cooperativa che gestisce il servizio a Cervia, intervista del 25 gennaio 2012).*

A sostegno di tale concezione complessiva della cura nel territorio, si inseriva anche una certa organizzazione del servizio che tendeva a mantenere una relazione stabile e continuativa fra operatori domiciliari e assistiti:

MA: avevate deciso di suddividere il territorio?

I: sì perché se no era uno spreco di tempo, cercavi di concentrarle in un territorio perché non vi fossero tempi troppo lunghi in macchina

MA: ma qual'era l'aspetto che si privilegiava? La continuità di rapporto?

*I: possibilmente sì è difficile insomma uno ti entra in casa anche se si prende cura di te non è facile cioè essere disponibili, **cercavi di preservare questo aspetto della relazione** però non che uno è di ferro, per cui situazioni particolarmente pesanti in*

*cui si stava una giornata intera , situazioni di handicap , allora lì ho dovuto spezzare [...], c'era sempre una riunione settimanale dove ci si confrontava sull'andamento dei servizi e dopo aver fatto una visita domiciliare si portava in riunione e si raccontava di questa persona, si prendeva in carico il caso e **si decideva chi lo seguiva** (Cervia, ex assistente sociale area anziani, intervista del 23 agosto 2012).*

La presa in carico della persona non comportava una distinzione fra cura della persona e cura della casa :

MA: e cosa si faceva, oltre al bagno, con l'assistenza domiciliare?

*I: si facevano anche le pulizie della casa, **non ha senso che tu lavi la persona poi la lasci nello sporco** e in alcune situazioni gli mettevvi su qualcosa da mangiare e poi è chiaro che sono aumentate le esigenze è venuto fuori il discorso della lavanderia, di portare il mangiare già fatto (Cervia, assistente sociale, intervista del 23 agosto 2012).*

Il tempo della cura era modulato su questa presa in carico più globale della persona ed

era di tutt'altro tipo perché l'assistente domiciliare di solito alla mattina aveva due persone a cui far da mangiare, non di più, i tempi erano dilatati [e le operatrici] si trattenevano nelle case degli assistiti per almeno un'ora, dipendeva dalla situazione, alle volte andavano tutti i giorni, alle volte un giorno sì e un giorno no (Cervia, ex assistente sociale area anziani, intervista del 23 agosto 2012).

Gli ausili alla cura erano assenti oppure si limitavano all'uso dei guanti e di creme per le piaghe e il contatto fisico con l'assistito era la modalità di cura prevalente, così come la divisa dell'operatore aveva uno scopo puramente funzionale.

Anche i percorsi formativi ⁴² svolti nel 1994 e nel 2006 dalle assistenti di base che operavano sia nella Casa di Riposo che nell' *Assistenza Domiciliare* territoriale, testimoniano come il tema della cura, o dell'assistenza, era affrontato nella sua totalità e complessità, coinvolgendo gli aspetti più materiali e immateriali che in essa sono implicati sia per chi dà la cura, sia per chi la riceve.

⁴²Fonte: " Corso di formazione per le assistenti di base in servizio nel territorio di Cervia. 11-12 Aprile 1994 " e "Così siamo....Le donne si raccontano nei luoghi del proprio tempo. Appunti di viaggio in un lavoro di cura. Anno 2006" a cura di Cannolicchio A. e Boschi E.

Ovviamente questo “ modello “ di cura non esiste più, tuttavia nei discorsi di alcune mie interlocutrici vi sono stati dei richiami ad alcuni contenuti tipici o molto vicini ad esso.

La cura dell’anziano come “malato nella casa”

Le operatrici che ho intervistato hanno posto l’attenzione su vari elementi che hanno connotato il nuovo assetto della domiciliarità socio-sanitaria.

In primo luogo è stato chiamato in causa il processo di cambiamento nell’ambito della sanità con l’aziendalizzazione delle U.S.L. dei primi anni ‘90 (D. lgs n.502/92 e D. lgs n. 517/93), che ha rappresentato un momento cruciale di una nuova logica della domiciliarità.

Un’ex Dirigente dei Servizi Sociali, che ha vissuto l’avvio e la riorganizzazione del servizio di A. D., così sintetizza il processo, avvenuto in modo molto graduale, di integrazione fra sociale e sanitario che ebbe inizio a metà degli anni ‘80 e che si concluse con la creazione delle Aziende Sanitarie:

*diciamo che tra la metà degli anni ‘80, fra l’85-86 e il 1990, hanno incominciato a esserci una serie direttive della nostra regione, e non solo , non in tutte subito, ma in diverse regioni, in cui hanno incominciato, intanto come prima cosa a **far gravare una parte dei costi dell’assistenza domiciliare ai bilanci sanitari**, e questo fu un passaggio importante, sia per ampliare il numero di assistenti sia per il target degli assistiti e **iniziarono ad evidenziarci i problemi dell’assistenza degli anziani non autosufficienti** anche in famiglia e **il passaggio forte di integrazione fra sociale e sanitario fu quello dovuto al fatto che iniziarono a imputarsi un certo numero di costi proprio sul bilancio sanitario.***

*L’unità sanitaria di allora cofinanziava l’assistenza domiciliare fra fondi dei comuni e fondi dell’unità sanitaria perché **cominciò il servizio ad avere anche una valenza sanitaria in alternativa all’ospedalizzazione anche perché nei primi anni ‘80 le strutture protette non c’erano [...]** quegli anni iniziò su tutto il fronte dell’anziano l’integrazione fra sociale e sanitario proprio dal punto di vista dell’integrazione delle prestazioni però per vedere anche l’assistenza domiciliare integrata [A. D. I.], quella che conosciamo oggi voglio dire con anche l’assistenza infermieristica dal nuovo tipo di formazione dell’assistente di base la commissione per la valutazione geriatrica dobbiamo aspettare gli anni ‘90 dopo il 95 per*

vedere questi passaggi però il passaggio fu graduale (Ravenna, Dirigente, intervista del 4 settembre 2012).

L'ingresso del sanitario nel servizio domiciliare, che sfocerà nei servizi che oggi conosciamo, si iscrive all'interno sia di trasformazioni sociali: invecchiamento della popolazione e trasformazione delle reti familiari, sia di una riorganizzazione degli ambiti di gestione della "non autosufficienza" che diviene un nuovo criterio con cui dare corso alle politiche sanitarie e sociali:

*non ci sono dubbi nel senso che ci sono stati **due binari**: vi è stata **da un lato una trasformazione della popolazione anziana e la modifica netta della rete coniugale familiare** nel nostro territorio, insomma di chi si faceva carico e cura dell'anziano da una parte questo, e **dall'altra una modifica complessiva dell'assetto delle case protette** che inizialmente sono nate anche in alternativa all'ospedalizzazione e non solo all'assistenza domiciliare, questo è un altro aspetto, quindi una serie di **tipologie della cronicità hanno cominciato a essere non più gestibili nelle case protette** com'erano, perché avevano solo un'assistenza di tipo alberghiero quindi secondo me ci sono stati entrambi gli aspetti, sia quello della tipologia dell'assistito, l'invecchiamento della popolazione e l'invecchiamento della popolazione femminile e un assetto diverso del welfare, la chiusura di enti precedenti, la ristrutturazione delle IPAB, tutta una serie di normative (Ravenna, Dirigente, intervista del 4 settembre 2012).*

La rivoluzione definita "anagrafica" conseguente alle due rivoluzioni del Novecento: tecnologica e terapeutica, ha innalzato di molto l'aspettativa di vita, anche se spesso non si è in grado di assicurarne la qualità. Gli anziani diventano sempre più persone disabili, portatrici di pluripatologie che assumono il carattere della cronicità.

Tutto ciò impone all'anziano un contatto continuativo con figure sanitarie, oltre l'obbligo ad essere sottoposto a trattamenti di natura intrusiva che limitano fortemente la sua libertà e la sua *privacy*.

Così se l'utente del primo periodo dell' *Assistenza Domiciliare* era l'anziano maschio, che viveva solo ed era autonomo (fino alla fine degli anni '80), progressivamente l'utenza si caratterizza per una tipologia opposta: l'anziano, più spesso donna, non autosufficiente che vive vicino a un figlio.

Tornando all'attuale assetto del welfare e del servizio di A. D., esso, come ho già avuto modo di dire, è stato fortemente segnato dall'aziendalizzazione delle U.S.L., perché in quel passaggio storico alcune logiche prevalsero su altre:

*dopo con le Aziende U.S.L. il discorso è proprio cambiato, dopo non c'era più un legame così stretto con la politica del territorio..... con l'avvento della “depolicizzazione” delle unità sanitarie locali, il loro allontanarsi dal territorio da questo punto di vista è **cambiata anche la cultura della domiciliarità**, per cui ovviamente a mio parere sono passate anche **una serie di logiche anche economicistiche** da diversi punti di vista il costo perché è chiaro che il costo di questi servizi territoriali era molto elevato , personale, ecc, dopo di che una serie di logiche economiche poi sicuramente come dicevo una trasformazione culturale progressiva (Ravenna, Dirigente, intervista del 4 settembre 2012).*

Le dimissioni precoci dall'ospedale, implementate dalla metà degli anni Novanta in poi, hanno riverberato i loro effetti nell'ambito dell'assistenza domestica perché “*quando vengono a casa sono, o allettati, o in carrozzina, e quello che dovevi fare in ospedale lo devi fare a casa*”, così che oggi si parla di “**ospedalizzazione**” della casa, sia in riferimento all'**inserimento di tecnologie proprie della sanità in ambito domestico, sia di pratiche sanitarie e infermieristiche che investono sempre più tutti gli attori della cura: familiari, badanti e operatori domiciliari**. Tornerò su questo tema in modo più specifico nella parte dedicata alle cure del corpo.

È la prestazione, intesa come esecuzione di azioni secondo procedure prestabilite, ma anche come risultato dell'esecuzione delle stesse azioni secondo modalità predefinite⁴³, che, sulla scia di una logica che tende alla “modernizzazione” dei servizi secondo una visione aziendalistica⁴⁴, entra nello scenario del servizio domiciliare. La Presidente della cooperativa, che attualmente gestisce il servizio nel territorio cervese, descrive questo passaggio organizzativo e di *vision* del servizio nel modo seguente:

quando sono arrivata, nel 1993 ricordo che si parlava di un anziano a casa del quale si stava anche un' ora, un' ora e mezza, due ore, diciamo che adesso la

⁴³Ritengo opportuno sottolineare la differenza dei concetti di “lavorare per prestazione” e “lavorare per processi”. Entrambi sottendono l'esecuzione di atti, ma “lavorare per processi” colloca l'azione nell'ambito di un costante rapporto di relazione con il soggetto a cui è rivolta la cura.

⁴⁴Il mondo della Sanità con il D. Lgs n. 502/92 ha fatto proprio un modello produttivo di tipo razionalistico efficientistico nonché meccanicistico mutuandolo dal mondo industriale, nel momento in cui quest'ultimo lo stava per abbandonare. Per approfondimenti al riguardo rimando a Olivetti Manoukian F., 1998, *Produrre servizi*, Carrocci, Roma.

materia tempo è molto vincolata in questi anni qui diciamo dal 2000: da allora si è cominciato a parlare di tempi e si è cominciato a dare un contorno e a parlare di prestazione anche se io ho sempre detto [con la coordinatrice del servizio] e con le ragazze [le assistenti domiciliari] di non fossilizzarsi sul concetto di prestazione perché è scritto da tutte le parti con la prestazione si monetizza tutto o si riempie di contenuto la prestazione, perché una prestazione me la può imparare anche una persona che non ha fatto un corso per OSS di non so quante ore, una prestazione tu la impari. Se la prestazione tu la riempi non soltanto di manualità, di come fare, ma anche di aver cura di quell'anziano ma in modo particolare, se c'è qualcuno con lui, avere l'occhio per la sua situazione familiare per dare un supporto non è che dobbiamo andare lì a dire è una buona famiglia, è una cattiva famiglia, ma per aiutarli a vivere con dignità perché un conto è fare bene una prestazione un conto è pensare di avere cura dell'anziano e della sua famiglia.(Cervia, Presidente della cooperativa che gestisce il servizio a Cervia, intervista del 25 gennaio 2012).

Il processo di "delimitazione di confini", attuato dalla *prestazione*, ha finito con l'escludere, come avrò modo di dire, una parte considerevole di attività insite ad un processo di cura: "aver cura di quell'anziano ma in modo particolare", ovvero una personalizzazione della cura , e "avere l'occhio per la sua situazione familiare" ossia tenere unita la cura della persona e la cura dell'ambiente sociale (e materiale) in cui l'anziano è inserito.

È doveroso precisare che il processo che ha determinato un nuovo assetto del lavoro dell'operatore domiciliare fa parte di un fenomeno più generale, che non riguarda ovviamente solo il territorio locale cervese.

Per tornare al tema della pratica del lavoro di cura "per prestazione" mi avvalgo delle parole di Olga, un'operatrice del servizio, quando mi ha parlato del caso di Filomena:

quando ci sono delle cose sulle quali ci si deve impuntare per forza per le autonomie del paziente io faccio molta fatica, io rispetto molto le condizioni delle persone anche se non sono, non sarebbero le mie condizioni ad esempio una casa molto sporca, cioè ci sono delle mie colleghe che entrano a piede di piombo - Qua c'è da pulire, qua c'è da fare, c'è da brigare- e ti metti subito contro alla persona perché rendiamoci conto che se io vado a minacciare la Filomena che adesso non c'è più con una casa che cade a pezzi, con le ragnatele che penzolano e non è il mio lavoro quello di fare la pulizie è inutile che io , se lei è in queste condizioni vuol dire che c'è un motivo, non c'è una famiglia, non ha economicamente le condizioni per farlo, le motivazioni per pulirla , non è in grado di muoversi ma ha un cane in casa che fa i suoi bisogni dappertutto quindi l'odore in quella casa non può essere buono. Però io ho delle colleghe che come fanno come certe infermiere, quando

l'odore in casa non è buono, si mettono la mascherina te lo fanno capire in questo modo che te hai un cattivo odore in casa.

Io non ce la faccio e se queste sono le tue condizioni nel senso che cosa posso fare qualcosa per rimediare? Non è il tuo lavoro pulire, ma se non lo faccio io non lo fa nessuno.

Mi è stato detto -Non è il tuo lavoro!- Quindi io cosa faccio lavo l'anziana però lascio la merda del cane in casa poi la merda del cane quando lei si alza e cammina ci può mettere un piede sopra e spaccarsi la schiena, non è la prima volta che andarono i pompieri lì perché lei cadde in casa è anche difficile dire-Filomena non chiudere la porta a chiave!- Ma lei ha paura che arrivino i ladri e i pompieri una volta hanno dovuto segare le sbarre alle finestre per tirarla su (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

Le cure messe in atto, circoscritte al corpo di Filomena senza allargarsi al suo contesto di vita (la casa, il cane, ecc.), finiscono per vanificare le stesse cure del corpo.

Si determina una dicotomia fra la cura della persona e la cura dell'ambiente, inteso non solo come ambiente fisico, ma anche sociale che è stata oggetto di molte narrazioni fatte dalle operatrici. Ne propongo una per tutte, quella di Antonia:

certe volte ti trovi con degli anziani, noi a volte andiamo e facciamo l'assistenza a un coniuge ma l'altro coniuge è messo peggio e poi cade tutto sulle spalle dell'altra persona (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

È emerso altresì che lavorare per prestazione possa connotarsi come attività seriale:

l'anziano [...] non fa molta differenza fra le ragazze perché quello che viene fatto con l'anziano è la stessa cosa (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

La professionalità di un operatore è connotata da una significativa distanza affettiva:

MA: quindi la professione e quello che vi insegnano professionalmente è che voi andate per fare un prestazione?

l: noi andiamo per fare una prestazione sì non è che dobbiamo adottare la persona e i suoi problemi e portarceli via, noi andiamo facciamo la prestazione, questo non significa che non siamo gentili, si parla, questo fa parte della prestazione e basta, e andiamo via e il giorno dopo anche se vengo io o viene la mia collega il lavoro è lo stesso viene fatto nello stesso modo [...] perché noi facciamo la nostra prestazione e poi andiamo via, non è che facciamo un gran legame con la famiglia o l'utente, è anche quello che ti viene insegnato al corso, non sarebbe professionale, non lo prendi come parente su questa persona

(Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

Ciò non significa naturalmente che gli operatori non abbiano una comunicazione con la persona anziana, che non siano gentili, tutt'altro; ma l'adesione ad un modello lavorativo per prestazione si caratterizza per una delimitazione molto precisa dei confini dell'attività dell'operatore, più centrata sugli aspetti materiali che su quelli immateriali connaturati all'attività stessa (il tempo, la relazione con la persona anziana, il confronto con la badante, ecc) e sul rispetto dei protocolli.

Ciò implica il rischio che l'attenzione per il risultato materiale della prestazione abbia il sopravvento sulle modalità della sua realizzazione e che l'operatore finisca per relazionarsi soprattutto o solo con la parte relativa al risultato. A questo proposito sono esemplari le parole di Olga:

allora comincia una lotta del tipo se tu non fai questo allora io non ti faccio questo, se te non fai questa cosa qua io non ti faccio questa cosa qua, io non ce la faccio se uno non si vuole fare il bagno dopo tre settimane io non ce la faccio a insistere, cosa faccio la violento? Dico Paola o Maria - Te ti devi lavare! Sono tre settimane che non fai il bagno è una psicotica prende gli psicofarmaci, cosa mi devo mettere a fare a botte con lei, ma stiamo scherzando ?

Poi l'ho convinta e dopo ho detto -Ragazzi sono stata delle ore, mezz'ora per convincerla e tre quarti d'ora per farle il bagno, abbiamo tre quarti d'ora [per fare il bagno] che bagno le avrò fatto? L'ho lavata e l'ho asciugata, non l'ho lavata (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

L'organizzazione del lavoro di cura per prestazione porta con sé un inevitabile corollario: una sempre maggiore contrazione dei tempi della prestazione stessa, nonostante si sia verificato, come ho già avuto modo di dire, un cambiamento delle condizioni dell'anziano nella direzione di una minore autosufficienza. Ma lascio ancora una volta che sia la Presidente della Cooperativa a parlare di questo:

*io quando sono arrivata nel 93 ricordo che si parlava di un anziano a casa del quale si stava anche un' ora, un' ora e mezza-due ore diciamo che **adesso la materia tempo è molto vincolata** [...] **il tempo è una risorsa importante**, il tempo di cui ha bisogno un anziano non è come il tempo di un bambino. l'apprendimento di un anziano non è l'apprendimento di un bambino [...]*

MA: lei allora aveva un tempo prestabilito per andare a casa dell'anziano, tre quarti d'ora per fare il bagno?

l: i tempi sì, il bagno dopo come dire erano dei bagni, io a volte vedo dei progetti di trenta minuti di bagno è un po' dura, io non so se adesso lo posso dire ma è una tecnica da gavettone, allora anche se è autosufficiente il tempo che l'hai portato in bagno, come dire, gli hai fatto il bagno, barba, capelli quello che può essere, lo devi rivestire, lo si deve anche guardare non è soltanto il bagno. In mezz'ora secondo me si fa fatica però già allora nel '93 si lavorava con dei tempi e normalmente erano quei 45 minuti- 1 ora, i 45 minuti erano per una persona autosufficiente, con ancora quella autosufficienza, per cui tu lo dovevi soltanto sorvegliare quindi controllare e dirò una cosa che ci si sta dentro questo tempo perché in questo tempo qui c'era anche il riordino dell'ambiente del bagno e anche della stanza dove dormiva ma proprio come dire le cose essenziali gli ambienti dove lui viveva perché poi se c'era una moglie se c'era qualcun altro altri ambienti non venivano puliti.

Poi c'erano dei bagni di un'ora un'ora e mezza per persone che erano complesse persone, che non erano autosufficienti, con dei problemi particolari, ne avevamo una che prima si faceva tutta l'igiene intima a letto perché altrimenti non si sarebbe potuto fare diversamente perché non si è in una struttura con i bagni attrezzati vasche e cose di questo genere poi si portava sotto la doccia poi si tornava in camera da letto e si finiva l'igiene e poi si vestiva.

Qui a Cervia sono previsti quarantacinque (45) minuti⁴⁵ non ci sono casi gravissimi e per alcuni di questi è richiesta anche la compresenza degli operatori perché altrimenti...(Cervia, Presidente della cooperativa che gestisce il servizio a Cervia, intervista del 25 gennaio 2012).

La “temporizzazione” delle attività è divenuto dunque un elemento strutturante e strutturale dell'Assistenza Domiciliare di cui gli operatori avvertono il peso, sia per i ritmi serrati di lavoro, sia per le conseguenze che essa ha nella conduzione dell'attività di assistenza dell'anziano:

*il fatto che siamo così codificate in uno schema non ti permette di essere più rilassato perché è chiaro che te quantifichi e ti dici ci vorrà mezz'ora, ci vorranno tre quarti d'ora noi abbiamo 3 quarti d'ora però in realtà in dei servizi ci può volere di più di meno e poi tutti i giorni non è così, dipende anche dalla giornata, forse una volta al di là dell'aspetto tecnico che adesso sicuramente è migliore, con il fatto che loro si gestivano, le colleghe mi dicevano che loro avevano quei 4-5 utenti nella mattinata e se li gestivano indicativamente, adesso non so se gestivano l'orario in cui andare, però te sai che vai a quell'ora più o meno non definisci, sai che più o meno ti ci vuol, poi sai che dall'altra parte fai in quel tempo lì, tanto se vai domani quella cosa la puoi fare domani, quindi probabilmente questo permetteva anche di creare una relazione maggiore e di stare più tranquilli noi, **perché il disagio è proprio l'ansia di non finire nei tempi, far aspettare un altro***

⁴⁵Attualmente sono previsti 50 minuti per lo svolgimento dell'intervento e 10 minuti per lo spostamento da un'abitazione all'altra.

poi ti capita qualcosa , poi il traffico, poi magari un utente evacua all'ultimo minuto e devi ripulirlo di nuovo e te in quella situazione dici - Porca la miseria adesso farò tardi di là per qualcuno - puoi di più per uno e per un altro di meno e a me dà molta ansia questa cosa veramente io lavorerei più rilassatamente se non avessi questi tempi così scanditi”

[..]

“se io avessi più tempo a disposizione è chiaro che un anziano per fare una cosa magari ci mette un quarto d’ora e noi in quel quarto d’ora fa parte del servizio e certe cose dobbiamo poi in un certo modo con qualche escamotage farle noi, però fondamentalmente se uno si riesce a lavare, si sa lavare un po’ da solo, magari con la scusa - Qui non è venuto bene- ci mettiamo noi (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell’intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

L’ultimo elemento su cui voglio soffermarmi è il modello formativo, fortemente impregnato di un sapere biomedico e ispirato al modello sanitario, in particolar modo a quello ospedaliero.

MA: lei ha notato anche una differenza nella formazione degli operatori di ieri e quelli di oggi?

*I: sì quelli di oggi sono **assolutamente sanitari** ma lo dicono tutti non è una novità, una delle ultime commissioni che ho fatto io, cioè sono sanitari, i disegni sono diversi si sta già ragionando per una OSS con tre esse, quindi, che poi sarebbe alla fine l’infermiere generico di un ospedale di tanti anni fa che gli hanno tolte, io ho avuto delle persone in cooperativa che sono andate a fare i corsi con tre esse in Toscana perché sono professioni che saranno richieste a breve, no **ma la sanità ha invaso questa cosa**, lo dico con questo termine ha invaso con tutto il suo peso perché anche i docenti ai corsi sono più sul sanitario che sul sociale, la relazione non è che nei corsi non la mettano, però c’è molta sanità e credo che bisogna essere onesti quando si va a raccontare e si va a descrivere un servizio ad una persona, perché dopo l’operatore che è lì, se mi viene detto in un colloquio con un assistente sociale che avrà cura di lui mi interesserò a lui o cose di questo genere, qualche cosa non funziona (Cervia, Presidente della Cooperativa che gestisce il servizio a Cervia, intervista del 25 gennaio 2012)*

Il personale, formato prevalentemente in ambito sanitario e medico, tende a estendere il modello organizzativo ospedaliero anche all’ambito della domiciliarità e gli utenti sono visti prima di tutto come anziani malati nelle case, come avrò modo di esplicitare nella parte dedicata alla relazione nella cura.

Le assistenti domiciliari

Ho incontrato le operatrici della cooperativa nel loro “spazio di incontro” che si trova in una via del centro di Cervia a tarda mattina, quando avevano terminato il loro turno di servizio.

Le assistenti domiciliari fanno riferimento a questo spazio come un luogo quotidiano per il passaggio di consegne e per la compilazione delle schede giornaliere di ciascun utente e anche come luogo di incontro.

Lo spazio, costituito da due stanze, è dotato di un grande tavolo attorno al quale si svolgono le riunioni a cadenza mensile con l’assistente sociale, per la verifica e per problemi relativi allo svolgimento del PAI di ciascun utente e per discutere altri problemi relativi al servizio.

È uno spazio molto vivo, sia per questo andirivieni delle operatrici, sia perché al suo interno opera la RAA, ovvero la responsabile delle attività assistenziali che organizza il lavoro delle assistenti, predisponendo i piani settimanali di lavoro, si rapporta con il personale medico, con l’assistente sociale e con gli utenti stessi per problemi particolari ed è presente alla prima visita nelle case degli utenti insieme all’assistente sociale. Questo spazio rappresenta perciò il cuore dell’organizzazione del servizio.

I soci della cooperativa che operano in zona, la maggior parte dei quali ha la qualifica di OSS⁴⁶, sono 439, con una schiacciante prevalenza femminile (409 femmine e 30 maschi) e una consistente presenza di soci con nazionalità straniera (86 stranieri e 353 italiani) (cfr. tab. 7).

⁴⁶L'operatore socio sanitario (OSS) nasce come evoluzione di altre figure di supporto che operavano all'interno degli ospedali e dei servizi sanitari: gli ausiliari. L'accordo nazionale del lavoro del 1974 prevedeva due figure di ausiliari: nei primi sei mesi successivi all'assunzione si parlava di ausiliario portantino e, solo in seguito, di ausiliario. I contratti che seguirono recepirono due figure di ausiliari: ausiliario socio sanitario e ausiliario socio sanitario specializzato (DPR del 1983 n. 348). L'ausiliario socio sanitario, a seguito del Decreto Ministeriale del 10 febbraio 1984, modificò le sue competenze estendendole a elementari attività di tipo assistenziale (rifacimento dei letti e rispondere alle chiamate dei pazienti) e abbandonò le mansioni di pulizia. Successivamente il DPR n. 384 del 1990 istituì la figura dell'OTA (Operatore Tecnico addetto all'Assistenza), riunendo in un solo livello l'ausiliario e l'ausiliario specializzato. Le sue mansioni riguardavano: la manutenzione e la pulizia di utensili, presidi e apparecchi usati dal paziente e dal personale medico ed infermieristico; la collaborazione con l'infermiere; la preparazione, il lavaggio, l'asciugatura e del materiale da sterilizzare, l'aiuto al paziente nel cambio della biancheria e nelle operazioni fisiologiche, il trasporto degli infermi in barella ed in carrozzella e anche il rifacimento dei letti. In seguito il D.M. 26 luglio 1991 n. 295 regolamentò la formazione dell'OTA, allo scopo di creare un operatore tecnico addetto all'assistenza, che manteneva tutte le mansioni dell'ausiliario, alle quali si aggiungevano compiti assistenziali sebbene tale figura fosse sprovvista di competenze classificabili come sanitarie. La figura dell'OTA, nasceva infatti in stretta relazione con la carenza di infermieri che si verificò alla fine degli anni '80, allo scopo di coadiuvare l'infermiere stesso in una serie di attività. Tale figura, impegnata solo nelle strutture sanitarie, non aveva competenze in ambito sociale, nell'assistenza domiciliare e territoriale. Furono le Regioni in seguito, attraverso differenti provvedimenti legislativi, ad individuare figure di operatori di supporto nel settore sociale, le cui denominazioni variavano da Regione a Regione. La conferenza Stato-Regioni, con l'accordo del 22 febbraio 2001, istituì, infine, la figura dell'operatore socio sanitario, che dovrebbe riunire compiti di carattere sociale e di carattere sanitario. Per l'acquisizione del titolo è necessaria una formazione di 1000 ore e un tirocinio che si articola in tre moduli: Territorio, Residenze Sanitarie Assistite e Ospedali. L'accordo prevedeva la trasformazione dei vecchi profili di ausiliario in operatori socio sanitari (OSS), individuando differenti percorsi formativi per la riqualificazione di ciascuna delle vecchie figure professionali. La nuova figura dovrebbe avere la funzione di soddisfare i bisogni primari della persona, favorendone l'autonomia e il benessere, operare nel settore sociale e in quello sanitario, sia in contesto ospedaliero sia presso il domicilio dell'utente. Le sue attività sono rivolte alla persona e al suo ambiente di vita. Alla figura dell'OSS sono attribuiti compiti diversi, alcuni di carattere igienico sanitario (effettuare piccole medicazioni, interventi di primo soccorso, aiutare nella corretta assunzione dei farmaci, osservare riconoscere e riferire alcuni dei più comuni sintomi di allarme che l'utente può presentare), e altri di tipo più socio-assistenziale (l'accompagnamento dell'utente presso i servizi del territorio, il disbrigo di pratiche burocratiche, aiutare nell'attività di informazione dei servizi nel territorio). La varietà dei compiti che possono essere svolti dall'operatore domiciliare dipende dalla specifica convergenza di diversi fattori: l'evoluzione storica del servizio domiciliare in ambito comunale e le scelte politiche fatte a livello locale, i disegni delle politiche in ambito sanitario soprattutto nell'ambito della medicina di base.

Tabella 7 - Componenti e qualifiche dei soci della cooperativa

47

Qualifiche dei soci della cooperativa	Numeri
Operatori socio sanitari OSS	403
Responsabili attività assistenziali	13
Animatori	10
Pedicure	6
Psicologa	1
Coordinatori	6
TOTALE	439

⁴⁷Fonte: Cooperativa ASSCOR che ha in gestione il servizio di A.D. a Cervia.

Le operatrici che ho incontrato formano un gruppo piuttosto eterogeneo⁴⁸ per età, per provenienza geografica e per precedenti esperienze lavorative e di studio.

Quattro assistenti possiedono il titolo di OSS da lungo tempo, due da qualche anno e una stava frequentando il corso durante il periodo della ricerca.

Nella prima parte dell'incontro che ho avuto con loro abbiamo parlato lungamente delle motivazioni che le avevano portate a scegliere questo lavoro e ho potuto riscontrare come per molte di loro si possa parlare di quel processo di "naturalizzazione" al lavoro di aiuto e di cura dei soggetti femminili.

Gli incontri che ho avuto con le operatrici hanno toccato molti aspetti del loro lavoro e delle problematiche connesse.

Cercherò di renderne conto in modo esaustivo, raggruppandoli intorno ai seguenti temi:

- l'operatrice del servizio pubblico fra "*bisogno espresso*" e "*bisogno reale*";
- "*Potete dare da mangiare anche al mio gatto?*": la cura del corpo e la cura dell'ambiente;
- quando l'anziano chiede "*Perché non viene più? Che fine ha fatto?*": la relazione nella cura;
- la cura che crea "*disagio*": il contesto di vita dell'anziano;
- l'assistente e la *badante*.

L'operatrice del servizio pubblico fra "*bisogno espresso*" e "*bisogno reale*"

L'arrivo dell'operatrice nel contesto familiare è accompagnata sempre da grandi aspettative; il familiare ripone nel servizio molta fiducia e speranza come racconta questa operatrice:

*dove un anziano ha avuto un ictus e dove i familiari non ce la fanno a gestirlo da soli è chiaro che **quando arriviamo noi vedono il sole** e comunque a parte che portiamo comunque un po' di novità, perché ognuna ha la nostra storia, parli, ti relazioni, quindi a loro piace conoscerti sapere quello che ti è successo, la famiglia i bambini, è anche un modo per loro di distrarsi è anche un modo di tenere l'anziano in relazione perché a lui piace sapere di te così come tu chiedi di lui, e quindi diciamo che quella famiglia, se la famiglia è presente, diciamo che non ci sono grossi problemi, al di là del fatto che alcuni possono avere problemi economici,*

⁴⁸Per quanto riguarda l'età la più giovane ha 28 anni e la più anziana 57, la maggior parte si colloca nella fascia di età dai 40 ai 50 anni. Per quanto riguarda la provenienza una viene dalla Moldavia, una dalla Germania, e due da zone diverse dell'Italia, dall'Umbria, dalla Puglia e tre sono romagnole. Per quel che concerne le precedenti esperienze lavorative c'è chi faceva la sarta, chi le borse, chi invece frequentava uno studio veterinario essendo impegnata in tale corso di studi universitario pur non avendolo terminato. Esclusa quest'ultima non ho raccolto notizie sui loro percorsi di studio.

quindi non possiamo avere tutta l'attrezzatura necessaria [...] loro magari si aspettano molto da noi, quello sì, e che magari gli troviamo la soluzione a tutti i loro problemi è chiaro che noi non lo possiamo fare, noi possiamo dargli dei consigli (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

L'attività dell'assistente si inserisce nel contesto domestico solo dopo una valutazione dell'assistente sociale, la cui decisione in merito ai servizi e alle attività da svolgersi nel domicilio costituiscono i "vincoli principali" del suo lavoro.

Il contatto fra la famiglia e l'operatrice può porre in evidenza aspetti che non sono risultati espliciti dal contatto istituzionale; così può succedere che il bisogno e anche le aspettative delle famiglie non coincidano col "bisogno codificato" a cui le famiglie si conformano nel rapporto con l'assistente sociale.

Tale processo di *compliance* dell'utente all'offerta del servizio si palesa all'operatrice nel contatto continuo con il contesto familiare, che la pone in una posizione intermedia fra l'istituzione e la famiglia e la coinvolge come "occhio del servizio nel territorio" in un'attività di ridefinizione del bisogno stesso e anche in quella di un eventuale "aggiustamento" dei servizi che sono stati concessi.

MA: Che aspettative hanno le famiglie nei confronti del servizio domiciliare e queste coincidono con quello che i vostri operatori sono chiamati a fare e possono fare?

*I: Non sempre, gli operatori adesso hanno imparato che bisogna andare nel servizio quando c'è bisogno di una prestazione assolutamente necessaria quella dell'igiene, dell'alzata, della messa a letto per cui loro stessi si sono un po' adeguati diciamo a quel che è un **bisogno codificato***

[...]

*Io dico sempre, il primo mese in cui l'operatore va lì è una conoscenza reciproca non ci si può dare un tempo, il foglio con il progetto è assolutamente necessario, poi, come dire, il contorno è quello che va a incidere. **ci sono delle sfumature poi magari vedi che quello non è il bisogno primario, ci sono altri che magari vengono definiti secondari ma diventano primari** e all'inizio le aspettative delle famiglie sono diverse, di solito arrivano e chiedono un bagno, normalmente un bagno, o un aiuto, perché magari è appena tornato a casa da una lungodegenza e quindi c'è assolutamente bisogno di questa cosa, oppure ci sono famiglie che*

*arrivano e ti dicono - No ma adesso è una cosa da poco, adesso è un momentino così- poi invece non è così, poi c'è dell'altro e all'inizio è anche difficile scoprirsi perché alle volte ci sono delle famiglie che ti rovesciano tutto addosso perché hanno bisogno di dire con qualcuno che non ce la fanno più, a volte si ha più paura dell'assistente sociale, perché si ha paura di essere valutati, come dire se arriva un operatore- beh chi si importa- e si sentono più a loro agio e **tante volte ti trovi a essere mediatore fra l'assistente sociale e quello che vuole la famiglia e bisogna patteggiare a volte**, a volte ti viene l'ansia se una famiglia ha bisogno di più ore ma l'orario è tutto pieno per cui, **l'operatore vive in prima persona il conflitto fra un bisogno che è stato espresso e il bisogno reale perché si entra nelle famiglie** ma ci sono nuore ci sono generi bambini i quali sono anche nipoti e tutte queste presenze non puoi fare finta che non esistano a volte sono i vicini di casa (Cervia, Presidente della cooperativa che gestisce il servizio, intervista del 25 gennaio 2012).*

I racconti delle operatrici parlano di reti familiari e di anziani i cui bisogni si estendono molto al di là di quelli intercettati nell'incontro istituzionale, anche perché le famiglie quando arrivano a chiedere aiuto ai servizi "sono già al limite".

La paura di "essere dimenticati" e il bisogno di "rendersi visibili" sono gli elementi che sembrano caratterizzare l'esistenza nella quarta età.

La costruzione di un dialogo da parte dell'assistente con l'anziano tende a sopperire a quel senso di solitudine e di isolamento presente anche quando l'anziano vive con la badante, in famiglia, oppure, ancora di più, se vive solo. Vi è un modo di lavorare tipico dell'assistente che è quello di lavorare dialogando e ascoltando l'anziano, il quale ama parlare di sé e del suo passato.

La relazione con la famiglia, possibile solo nel caso di un anziano convivente, tende ad avere un carattere istruttivo sul percorso altamente burocratizzato della domiciliarità, sul quale i familiari non si sentono mai sufficientemente aggiornati, sulle visite mediche da effettuare e anche un carattere pedagogico sulle modalità di utilizzo delle tecnologie della cura.

In un certo qual modo le assistenti, nel loro dispensare "consigli" e nell'attività istruttiva che svolgono, assumono un ruolo sostitutivo di un servizio di accompagnamento alla cura per persone non autosufficienti di cui in Italia si avverte la totale mancanza (Naldini e Saraceno, 2011).

Gli operatori del servizio sono consci dei limiti che derivano da una lettura del servizio in termini esclusivamente tecnici.

“Potete dare da mangiare anche al mio gatto?”: la cura del corpo e la cura dell’ambiente

Il tema delle pulizie ordinarie della casa dell’anziano è un tema che a livello istituzionale mi è stato chiarito nel seguente modo:

gli interventi sull’ambiente sono solo il rifacimento del letto, il cambio delle lenzuola del letto, e la sistemazione del bagno che si deve lasciare in ordine

[...]

dopo in alcune situazioni, ma sono proprio casi singoli gravi di persone che non hanno familiari, li si aiuta di più sempre, in aiuto e in collaborazione con l’anziano, non ci si sostituisce a lui (Cervia, assistente sociale, intervista del 23 agosto 2012).

Per quanto possa risultare banale, questo tema è molto sentito dalle operatrici: il fatto stesso che me ne abbiano parlato nell’ambito di una ricerca che fa riferimento a contesti in cui è presente la badante che si occupa della casa, evidenzia ancora di più l’importanza del problema. In particolare si evidenzia in quattro casi di studio, anche se con modalità e all’interno di orizzonti di senso molto diversi.

Chi percepisce il proprio ruolo più strettamente legato alla cura del corpo dell’anziano avverte una sorta di svalutazione della propria professionalità dedicandosi a lavori di riordino, seppur limitato a certi ambienti della casa, ed è visto come compensativo della mancanza di altre figure:

dove io ho lavorato c’è molto la figura dell’Assistente Familiare che si occupa del riordino dell’ambiente della persona rispetto a qui, che almeno fino ad oggi non me la sono ancora incontrata, che è una figura che va sotto il Comune che si occupa di fare solo il riordino e l’igiene dell’ambiente della casa dell’utente, dell’igiene dell’utente ci occupavamo noi OSS. Qui a Cervia dagli utenti quando c’è da fare un po’ di riordino ci pensiamo noi, prima ci occupiamo dell’igiene dell’utente, poi, tempo permettendo, ci si occupa anche dell’igiene, del rifacimento del letto, del riordino del bagno, se si fa un bagno di cercare di mettere a posto un po’ l’ambiente (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell’intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

In vari casi si esplica la conflittualità che l'operatore vive nella concretezza della situazione di cura in cui, da un lato il suo intervento è sottoposto a molti vincoli, e dall'altro l'attenzione alla condizione dell'anziano come persona e al suo contesto di vita richiederebbe che la sua capacità d'azione fosse più ampia. Ciò che è in gioco in questi casi, per gli operatori, è il significato stesso della presa in carico di un utente, per il quale l'intervento viene concepito in termini più globali e i piccoli interventi al di fuori dei vincoli formali dettati dall'istituzione sono vissuti quasi come un dovere morale:

una volta un signore saliva sopra la sedia per mettere la tenda e non era lui il nostro assistito, e persino la moglie diceva – Ha più bisogno lui di me!- dopo è chiaro che poi ci ridi su, tu non potresti fare niente ma con che cuore! No è impossibile, cioè è anche assurdo la logica è che dopo non c'è l'assicurazione che ci copre, tutte queste cose, perché poi noi siamo lì, non ci cambierebbe assolutamente niente, quando abbiamo fatto il nostro lavoro se poi ci viene di fare un'altra cosa perché può servire. Poi è chiaro che purtroppo ci sono situazioni in cui a noi c'è capitato che qualcuna di noi sa attaccare un bottone e c'era l'anziano che perdeva i pantaloni e il giorno dopo l'anziano fa -La tua collega ieri mi ha attaccato il bottone!- però molto spesso ci hanno creato dei problemi queste cose perché noi abbiamo i nostri compiti e al di là di quello non possiamo andare (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

In molte occasioni gli operatori si trovano di fronte a bisogni che non trovano riscontro nella logica istituzionale e operano al di fuori dei rigidi confini del rapporto di lavoro cercando soluzioni ai piccoli problemi che l'anziano deve affrontare nella vita quotidiana.

La cura che crea “*disagio*”: il contesto di vita dell'anziano

Anche l'assistente, sebbene con intensità minore rispetto alle badanti, deve affrontare il problema di farsi accettare. Il racconto dell'operatrice però, in questo caso, assume una maggiore riflessività, non è riconducibile solo al sé e vi è grande comprensione per la condizione di dipendenza dell'anziano:

cioè ci vuole un po' prima che [gli anziani] accettino noi, immagino che anche avere una persona 24 ore su 24 ore e poi vuole gestire lei la situazione sia un po' complicato e quindi gli anziani soffrono il fatto che non possano più farsi le cose da loro e il fatto che ci sia una persona che glielo ricorda in ogni momento perché la

privata glielo ricorda in ogni momento che lui non è più autosufficiente quindi probabilmente anche questo dal punto di vista psicologico può creare dei disagi poi resta il fatto che è inevitabile tanto è così (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

L'assistente è ben consapevole della parzialità del suo intervento nella domiciliarità, inoltre la sua condizione di maggior tutela come lavoratrice rispetto alla badante le permette uno sguardo diverso, più critico nei confronti della cura. L'essere attenta alla dimensione della persona, e non solo alla condizione di non autosufficienza, ha permesso ad un'operatrice di fare considerazioni che tengono conto di tutta l'esistenza dell'anziano e delle sue abitudini consolidate:

*quella persona anziana non è magari solo adesso una persona inabile, una volta aveva una sua vita, le cose le faceva in un certo modo, quindi gli anziani fanno più fatica a far sì che le abitudini siano diverse, perché è una cosa importante, **per l'anziano l'abitudine è quello che li rende sicuri e se tu gli cambi tante cose l'anziano va in crisi**, è normale, già fan fatica [...] noi ci inseriamo in famiglie, noi andiamo in una casa che non è la nostra e crei del disagio perché le persone è vero che gli fai un servizio, però ti intrometti nella loro vita che una cosa fatta in un modo e loro magari fino a quel momento l'avevano fatta in un altro modo* (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

In questo racconto risalta la consapevolezza del fatto che l'intervento dell'operatrice introduce "tecniche" o "stili" di cura differenti rispetto a quelli adottati nel contesto familiare, creando un "disagio" cui il servizio cerca di ovviare raccogliendo informazioni su alcune abitudini dell'anziano: orari di alzata, di messa a letto, ecc. , prima di dare avvio ad un intervento di A. D.

Quando l'anziano chiede "Perché non viene più? Che fine ha fatto?": la relazione nella cura

Durante la ricerca è emerso, grazie agli incontri con le operatrici, il tema dell'aspettativa e dell'esigenza da parte degli anziani di rapportarsi con un numero limitato di persone.

Tra le interviste ho scelto la seguente, per la sua efficacia esplicativa:

*a noi ci hanno insegnato di spiegare all'anziano quello che fai: – Adesso farò così, le farò questo , sono venuta per questo- per renderlo partecipe e poi ci pensi, anche a me le cose piacciono in un certo modo, e arriva uno mi gira, mi rigira come vuole, come posso prenderla bene? Già sto male poi arriva una persona che non conosci ti allarga le gambe ti butta giù l'acqua, una persona anziana fa fatica, mia nonna faceva fatica a farsi fare il bagno da me perché hanno un senso del pudore diverso, cioè non si fanno vedere neanche dai loro familiari infatti **quello che loro lamentano è che noi non andiamo sempre le stesse , per loro questa è una cosa inconcepibile, perché loro hanno bisogno di avere un rapporto più familiare anche per avere fiducia e per pudore** e quindi andando sempre persone diverse loro non riescono mai ad abituarsi per cui se vedi una che fa lo stesso giro e per un po' non va in quel giro chiedono – Che fine ha fatto? Perché non viene più ?– noi diciamo che facciamo i giri, che magari dobbiamo coprire un altro turno poi effettivamente non lo fanno per principio di non mandare”*

MA: mi spieghi meglio?

*I: noi siano 10-12 anche 15 con un'utenza abbastanza vasta, quindi, comunque sia da una persona andiamo 2 volte al giorno in 4, e quella oramai per tutte è come casa nostra[...] anche l'importanza che tu hai di te la dà il fatto che poi vieni accudito, è importante dal punto di vista psicologico per cui è chiaro che poi anche un'empatia fra una persona e l'altra si può instaurare più o meno per motivi che noi non sappiamo, quindi è chiaro che c'è, però e proprio perché c'è comunque, e siccome all'anziano gioverebbe che, non che ci fosse sempre la stessa persona, però che **rimanga una maggiore presenza con un numero ristretto di persone che poi ogni tanto possono essere scambiate e sostituite, però che ci sia un riferimento unico**, anche perché noi siamo comunque diverse, non è la tecnica che conta, **ciò che è prevalente è l'approccio, la relazione**. Ognuna poi ha un approccio diverso, cioè se ti arriva la mia collega che ha un modo di fare tutto diverso magari uno si destabilizza soprattutto nelle persona che sono sole e noi coordiniamo delle cose da fare e se fossimo in meno a gestire quella situazione **potremmo fare un progetto finalizzato a qualcos'altro, che invece in questa maniera alla fine si disperde** anche se parte poi non ce la puoi fare perché è una gestione [dei turni del personale] hai capito? (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013)*

Ho potuto conoscere le modalità di organizzazione dei turni degli operatori in un incontro con la RAA. Le dodici operatrici lavorano su tutto il territorio, non vi è un'assegnazione di zona a un gruppo di lavoro, né di un gruppo di utenti a un gruppo di operatrici, perché questo porterebbe a varie difficoltà: le assistenti non devono avere dei buchi di orario e devono poter lavorare tutte in egual maniera; inoltre un utilizzo degli operatori più vincolato diviene più problematico nel caso di sostituzione.

Oltre a queste ragioni esiste il convincimento che un'organizzazione dei turni degli operatori tesa a mantenere un rapporto più continuativo con gli utenti non sia di grande importanza. Tale convinzione si ricollega al modo di considerare l'anziano che sopra ho chiamato "malato nella casa", oggetto di una prestazione di tipo tecnico-igienico e seriale dove ciò che conta è il raggiungimento del risultato. Queste sono le motivazioni:

"le persone ruotano ma il problema non è molto grande, io non lo vedo come un problema perché le ragazze lavorano tutte nello stesso modo nella stessa maniera allora come lavoro non c'è differenza, ovviamente l'unica differenza che c'è magari che ha più simpatia con uno, o con un altro, e sono delle cose interpersonali a lungo andare, per esempio ci sono degli utenti che esplicitamente dicono -Preferisco che viene questa, questa, questa- poi io rispondo che siamo tanti che c'è la rotazione e l'accettano ugualmente, ovviamente anche te hai le simpatia più per uno o per l'altro quando ti viene in casa [...]"

Io della mia esperienza prima facevo il jolly, prima quando lavoravo come assistente, e andavo di punto in bianco senza conoscere la gente e sono andata in tante case e non sono mai andata male capito?"

Perché faccio la cosa come la fanno le mie colleghe se io parlo o sono zitta va bé però il risultato era sempre lo stesso non è che sono andata male e non avevo la sensazione che sono andata male perché sono venuta io questa mattina. (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

La partecipazione dell'anziano all'attività dell'operatrice viene concepita in questi termini:

"nel momento in cui lavori uguale sulla persona, lui vede la camicia con le righe non sempre vede l'anziano per sé anche la persona, dipende com'è messo l'anziano, e quando lo vede e lo sa non fa molta differenza fra le ragazze perché quello che viene fatto con l'anziano è la stessa cosa non è che io sono ore e ore in quella casa, io faccio la mia igiene e me ne vado, diverso è per esempio in una casa di riposo che dopo la persona è sempre lì dentro (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Mi è stato spiegato che il servizio pubblico è organizzato sulle esigenze della persona, ma non si basa su un rapporto personale inteso come rapporto di esclusività su cui invece si basa un servizio privato:

le ragazze nemmeno sono delle persone private dell'utente, se l'utente vuole solo una persona privata per sé si deve prendere una privata così ha la garanzia di avere sempre quell'operatore, noi abbiamo la rotazione, abbiamo dei turni, gli utenti di lunga durata hanno vissuto tutti 12 gli operatori (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

L'intervento pubblico garantisce lo svolgimento della prestazione in cui però non vi è la garanzia di un operatore o un gruppo di operatore specifici, esattamente come avviene in ospedale:

tu chiederesti in ospedale sempre la stessa infermiera se sei ricoverata? Avresti piacere magari se venisse quella che ti è più simpatica ma quella che viene viene, ti misura la pressione uguale, ti misura la febbre uguale, ti fa la puntura magari ti fa più male di un'altra però la accetti lo stesso, o no? (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

Un tale modo di considerare l'intervento dell'operatore oltre che reificare la relazione di cura esaltandone il valore legato alla prestazione materiale, e quindi agli aspetti tecnico-igienici, la priva della sua componente emotiva/immateriale, di contatto personale e dei benefici che da ciò potrebbero derivarne.

Le esigenze legate all'organizzazione del servizio prevalgono rispetto all'esigenza dell'anziano di avere un punto di riferimento stabile e l'attenzione all'aspetto immateriale connaturato all'attività di cura, o di assistenza, viene elusa fin dalla base nell'organizzazione dei turni.

Come ho già detto in precedenza, questo "modello" di servizio di *Assistenza Domiciliare*, legato ad una visione dell'anziano come "malato nella casa" non coinvolge tutte le operatrici e le altre figure in egual modo, anzi alcune di loro si sono mostrate più inclini a evidenziarne le criticità:

“se penso solo alla prestazione, se io penso devo fare un bagno, lo devo alzare, non è così che si lavora come servizio domiciliare, dico sempre guardate che c'è scritto servizio domiciliare territoriale date valore al territorio! Altrimenti prendo 4 persone che fanno bene la prestazione non trovo nessuna differenza o se mi date una differenza tiratemele fuori, qual è la territorialità ? Alla fine è quella ! (Cervia, Presidente della cooperativa che gestisce il servizio a Cervia, intervista del 25 gennaio 2012).

L'assistente e la *badante*

Nei casi che ho analizzato i servizi attivati erano concepiti come un "*aiuto alla badante*" e come tali prevedevano che le attività venissero svolte in collaborazione fra le due figure.

L'etnografia ha messo in evidenza quanto il rapporto che si instaura fra assistente e badante sia molto normato e collocato nella direzione di un controllo da parte della prima nei confronti della seconda.

Nella stessa decisione sulle modalità con cui realizzare "un'igiene" o "un'alzata", la badante non è un soggetto con la quale interloquire, lei stessa apprende le modalità con cui si è deciso di realizzare un intervento solo quando l'operatrice del servizio pubblico "*è lì nella prestazione*". Nella maggior parte dei casi di studio analizzati si trattava di un intervento pubblico successivo all'ingresso della badante nello spazio domestico; nonostante ciò la badante non veniva affatto coinvolta nel processo decisionale che avrebbe riguardato quello che era stato il suo lavoro fino a quel momento, anche solo per il reperimento di informazioni su come avvenisse fino a quel momento il bagno o l'alzata.

Alla luce di tali considerazioni i racconti di alcune operatrici che mi hanno parlato della volontà da parte delle badanti di "*voler imporre le loro metodiche*", di conflitti sull'uso della padella per fare un'igiene, oppure del rifiuto di usare il sollevatore quando l'operatrice lo ritiene opportuno, mi pare che possano essere letti nella direzione del rifiuto di allinearsi alle metodiche del soggetto pubblico conseguente, dal mio punto di vista, alla difficoltà a comprendere il senso di tali cambiamenti anche per la mancata condivisione iniziale delle modalità di attuazione degli interventi.

Ecco come mi è stato presentato il rapporto fra le due figure:

"allora queste persone diventano indispensabili perché ovviamente non essendoci nessuno con loro diventano indispensabili, noi sinceramente abbiamo avuto pochi problemi con loro , è capitato anche di avere un po' di attrito anche per il fatto che siccome è investita di un ruolo quasi di famiglia essendoci solo lei chiaramente è lei che si occupa della gestione della casa e della persona, arriviamo noi con il nostro camice, perché noi ogni volta che entriamo ci mettiamo il camice le ciabatte dipende se poi facciamo dei bagni, è indispensabile però che abbiamo il nostro camice della cooperativa, i guanti tutto quanto e facciamo le cose magari diversamente da loro è chiaro che spesso noi collaboriamo perché comunque per alcuni utenti bisogna.. certi lavori è meglio farli in due però

dovremmo essere noi ad essere seguite da loro, perché noi siamo una figura professionale tra virgolette perché certe volte mi fa ridere perché magari le private hanno più esperienza di noi che andiamo magari 3 mesi, 5 mesi loro lo fanno tutta la vita magari hanno , molti di noi erano prima delle badanti voglio dire quindi, e quindi l'attrito all'inizio ci può essere, però io sinceramente ho trovato sempre bravissime persone (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

L'attrito fra le due figure nasce quando tale rapporto gerarchico viene messo in discussione dalla badante stessa. D'altra parte, come mi è stato detto durante un incontro con un'operatrice, *"il mio lavoro non è quello di confrontarmi con la badante"* e così qualsiasi problema che nasce nel contesto viene riportato a livello istituzionale di incontro fra operatrici e assistente sociale dal quale le badanti sono escluse.

Se qualcuna di loro ha esplicitamente affermato che se le badanti *"non ci fossero starei meglio"* e *"che non ne hanno un'idea del lavoro"*, altre, la maggior parte, hanno insistito però nell'importanza della loro presenza, perché *"sono loro ad essere in casa tutto il giorno con l'anziano"*.

Il rapporto fra le due figure è segnato da una relazione di potere che vede la badante in posizione di subordinazione nei confronti del soggetto pubblico e dell'istituzione.

Il pensiero dei familiari sulle assistenti domiciliari e su alcuni aspetti del servizio di Assistenza Domiciliare

I familiari hanno espresso in molti casi nei confronti delle operatrici dei giudizi decisamente positivi, talvolta manifestando una grande riconoscenza, anche verso la figura dell'assistente sociale:

"MA: come lo trova il servizio pubblico del bagno settimanale? È affidabile? Per quanto riguarda i costi come lo considera ?

I: io dico noi, perché parlo anche per i miei fratelli, siamo molto contenti per la qualità e il costo, io devo solo ringraziarli, anche l'assistente sociale , per come si sono prodigati anche l'assistenza domiciliare, la responsabile dell'assistenza domiciliare, perché avvisano quando ritardano, se non possono, quindi io sono molto contenta anche per il costo (Cervia, familiare di L., intervista del 15 febbraio 2011).

In molti casi i familiari sono riconoscenti alle operatrici per aver insegnato alle badanti come fare un'alzata, come usare il sollevatore o come fare una richiesta per gli ausili.

Una delle persone che ho intervistato ha voluto sottolineare il carattere umano e allegro delle operatrici:

“MA: è stata contenta del servizio ?

I: devo dire di sì e ho trovato che in genere sono persone allegre, stranamente forse per reazione, per lo più, perché non è che viene sempre la stessa persona, noi avevamo eravamo riuscite a concordare un orario che fosse sempre quello , la mattina diciamo a metà mattina , e le persone turnavano, non sono tutte uguali le persone ce n'erano di particolarmente carine e allegre che le mettevano un po' di allegria la facevano parlare (Cervia, familiare di M., intervista del 26 settembre 2012).

Le critiche espresse dai familiari nei confronti del servizio si concentrano su tre aspetti: i tempi di lavoro, la circolazione delle assistenti nelle case ovvero l'organizzazione dei turni di lavoro, e infine la scarsa considerazione delle abitudini dell'anziano.

La problematica dei tempi di lavoro delle operatrici è stata sollevata in due casi:

Famiglia 1

“il tempo era quello che era perché non è che stessero qua un'ora e quindi in dieci minuti andavano e venivano perché arrivavano sempre in ritardo, o perché non trovavano il posto per la macchina, e quindi loro dopo avevano una tabella da rispettare e dovevano andare da altre parti, stavano di più di 10 minuti ma facevano tutto in fretta (Cervia, familiare di S., intervista del 19 ottobre 2011).

Famiglia 2

“perché anche quelle assistenti in un quarto d'ora avevano finito,[...] loro dovevano fare 45 minuti , un quarto d'ora, e poi tante cose non le facevano, perché la barba non la facevano (Cervia, familiare di A., intervista del 6 marzo 2011).

In entrambi i casi, anche se in modo diverso, si sottolinea la contrazione, che il tempo dedicato alle attività di cura, ha subito.

La problematica dell'eccessivo numero di operatori che circolano nelle case degli anziani mi è stata palesata da due familiari:

Famiglia 1

MA: è soddisfatta del servizio di assistenza pubblica e dei pasti?

I: allora, quando venivano le ragazze sì, dunque, la mia mamma si confondeva molto perché erano tante, alla mattina c'era meno cambio di personale, erano più o meno sempre le stesse 2 - 3 che giravano, alla sera erano molte abbiamo provato 13-14 donne. Dopo diciamo che lei si era abituata io ero sempre presente, erano affidabili

MA: c'era rispetto dell'orario e della sua persona ?

*I: sì, sì anche perché ognuna di loro, ecco c'è il pro e il contro quando sono tante, ecco io l'ho trovata così, perché succede questo che se alla mattina veniva sempre quella e quella ha un difetto, è chiaro che quando viene per 3 settimane alla fine..., mentre magari un po' di cambiamento non è male nel senso che ognuna di loro ha dei pregi e dei difetti, c'è quella che è più attenta in una cosa, c'è quella che è più brava, quindi il fatto di cambiare un po' non è completamente negativo, io non lo trovo negativo al 100% anche perché così lei non si affeziona troppo a una, poi penso che ci possa essere questo problema lei aveva le sue preferenze fra quelle che venivano e se fosse venuta sempre la stessa persona che magari le andava bene dopo non avrebbe più accettato le altre, e anche questo..., **un po' di cambio è meglio che ci sia, dopo troppo troppo, no** (Cervia, familiare di O., intervista del 8 giugno 2011).*

Famiglia 2

Le persone erano sempre diverse non c'era una persona di riferimento e non c'era lo stesso orario tutti i giorni, l'orario cambiava tutti i giorni e la persona cambiava quindi voglio dire uno che impara a gestire un anziano perché tanto tutti gli anziani sono come i bambini sono da gestire te gli dici fai così, tanto non lo fanno,

*lo fanno ma insomma, **bisogna instaurare un rapporto allora diventa collaborativa la cosa**, diversamente la nonna si vede una persona diversa tutti i giorni e quindi già la collaborazione c'è meno o è molto scarsa e quindi il problema era la persona diversa tutti i giorni (Cervia, familiare di S., intervista del 19 ottobre 2011).*

Nel primo caso il familiare non ha espresso un giudizio negativo in assoluto alla turnazione del personale, piuttosto ha indicato che tale pratica deve trovare un buon punto di equilibrio. Nel secondo caso la familiare sottolinea l'importanza della relazione nell'attività assistenziale o di cura anche più semplice, come un bagno o un'alzata, con il coinvolgimento dell'anziano, talvolta irrimediabilmente compromessa dall'eccessiva circolazione di operatrici nelle casa.

La problematica della mancata attenzione per le abitudini dell'anziano si è palesata in particolar modo in uno studio di caso :

il primo problema è stato quello dell'orario perché, se deve essere un servizio a favore dell'anziano, bisogna, secondo me, che i servizi siano un po' personalizzati, io capisco che ci siano degli orari da rispettare, queste persone dovranno fare il giro da altri anziani, però, ad esempio, mia nonna prima delle 11- 11,30 non si alza, il servizio passava alle 9-9,30, quindi dovevamo sregolare tutta la giornata della nonna, perché la nonna non è abituata ad alzarsi alle 9 quindi doveva, alle 9, essere già pronta, arzilla, cosa che non lo è non lo è mai stata, adesso ancora meno, quindi già per noi era un disservizio non un servizio, abbiamo chiesto, io ho parlato con la responsabile e pian piano siamo riusciti, ogni tanto riuscivano a venire in un orario dopo le 10, che già era meglio, anche se non era l'ottimale perché lei diventava nervosa perché si sregola tutta la giornata e dopo voleva ritornare nel letto e quindi non dico che l'alzavano quasi per niente ma, dopo la badante doveva fare la stessa fatica a riportarla nel letto e poi ad alzarla a mezzogiorno quando mangiava quindi era un servizio che diciamo che piuttosto che niente era meglio piuttosto non era proprio e è durato meno di un anno (Cervia , familiare di S., intervista del 19 ottobre 2012).

Conoscere in modo approfondito le dinamiche peculiari e particolari di ciascun contesto di cura, soprattutto quando si tratta di un servizio che si protrae per lungo tempo⁴⁹, "armonizzare" le modalità, i turni degli operatori con gli orari abituali di alzata di un anziano può essere molto utile a migliorare l'intervento di cura.

⁴⁹Le operatrici del servizio pubblico lavorano anche all'interno dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), di durata limitata, che si attiva a seguito della procedura delle Dimissioni Protette dall'ospedale.

Per ulteriori approfondimenti

Bordogna M.T., 2008, *Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo*, Paper conferenza annuale ESPAnet.

Bordogna M.T., Piperno F., 2012 (a cura di), *Welfare transnazionale: la frontiera esterna delle politiche sociali*, Ediesse, Roma.

Facchini C., (a cura di), 2005, *Anziani e sistemi di welfare*, Franco Angeli, Milano.

Ferrera M., 2006, *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.

GORI C., 2002 *Il Welfare nascosto. Il Mercato Privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma.

Id., 2004, *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.

Olivetti Manoukian F., 1998, *Produrre servizi*, Carocci, Roma.

Micheli G.A., 2004, (a cura di), *La questione anziana: ridisegnare le coordinate di una società che invecchia*, Franco Angeli, Milano.

Naldini M., 2006, *Le Politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Roma, Carocci.

Network Non Autosufficienza (a cura di), 2013, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA 4° Rapporto*, Maggioli Editore

Network Non Autosufficienza (a cura di), 2012, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA 3° Rapporto*, Maggioli Editore.

Network Non Autosufficienza (a cura di), 2011, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA 2° Rapporto*, Maggioli Editore.

Network Non Autosufficienza (a cura di), 2010, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in ITA LIA 1° Rapporto*, Maggioli Editore.

Pugliese E., 2011, *La terza età. Anziani e società in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Ranci C., 2001, (a cura di), *Il mercato sociale dei servizi alla persona*, Carocci, Roma.

Ranci C., 2008, (a cura di), *Tutelare la non autosufficienza*, Carocci, Roma.

Ranci C. , 2009, *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, Il Mulino, Bologna.

Parte seconda. Problematiche nella cura

Il denaro e la cura

In questa occasione, ci⁵⁰ soffermeremo a indagare e a interpretare la specifica dimensione dell'economia della cura e, nello specifico, la relazione tra cura e denaro, una relazione molto stretta e contraddittoria per la stessa natura di tale lavoro.

Riteniamo opportuno, prima di addentrarci nell'analisi dei processi evidenziati dall'etnografia, sottolineare alcune peculiarità che, a livello generale, operano nel rapporto fra cura e denaro.

Lo scambio di denaro in cambio di cura è sottoposto a una sorta di tabù che contraddice la regola etica, universalmente accettata, dell'amore per il prossimo. Tale norma è ulteriormente rafforzata dalle caratteristiche che nei paesi del Mediterraneo assume la cura per gli anziani da parte della rete parentale.

I familiari della persona anziana, come abbiamo avuto modo di dire nella parte dedicata alla rete parentale, considerano infatti il proprio aiuto, in termini di tempo, cura e denaro, come una forma di aiuto gratuito, perché sostenuto dalla logica del legame affettivo parentale e dalle obbligazioni che da questo ne derivano.

In conformità alla regola generale operano anche le organizzazioni di servizio alla persona, le quali fanno fronte a questo problema con un'operazione di scissione fra l'attività di cura e il suo pagamento provvedendo a far gestire questo aspetto all'apparato burocratico dell'organizzazione. Questo processo di scissione avviene anche nell'ambito della famiglia, dove abbiamo potuto rilevare, in alcuni dei casi di studio analizzati, che il pagamento della *badante* avveniva lontano dagli occhi della persona a cui erano rivolte le cure, e, in un caso di studio, veniva effettuato dalla componente maschile del nucleo familiare che rappresentava per la *badante* il suo "datore di lavoro".

Le operazioni di occultamento del denaro sono riconducibili dunque all'interno del modello che vede la cura come un'attività in conflitto, a livello di valori condivisi, con le attività soggette alla contrattazione monetaria (Grilli e Mugnaini 2009).

Tale conflittualità emerge maggiormente, come già evidenziato da diverse autrici, quando si tratta dell'impiego di persone a pagamento, nella fattispecie le *badanti*, in quanto implica un'ulteriore intricata commistione di elementi quali: relazioni gerarchiche tra nord e sud del mondo, relazione

⁵⁰Questa sezione è il frutto di una elaborazione congiunta con Francesco Zanotelli

di dipendenza progressiva fino alla mercificazione della persona, produzione di famiglie transnazionali, etc. (Anderson, 2000; Hoshchild, 2003; Ehrenreich e Hoshchild, 2004)⁵¹.

Questa parte del lavoro però, vuole dare conto delle dinamiche intorno al denaro ad un livello più concreto e particolare: quello dei discorsi e delle pratiche intorno alle transazioni economiche legate all'assistenza.

Osservare le transazioni di denaro nello specifico dispositivo della cura presentato, implicherebbe, secondo le teorie classiche degli studi di antropologia economica, circoscrivere:

- a- i servizi domiciliari dell'istituzione pubblica all'ambito della redistribuzione;
- b- le prestazioni di cura della badante privata all'ambito dello scambio mercantile;
- c- le attenzioni di cura dei parenti dell'anziano all'ambito della reciprocità gratuita priva di profitto perché legata a sentimenti di obbligazione morale.

Come vedremo, invece, se applicate all'ambito della cura domiciliare, le logiche economiche dello scambio di mercato, della redistribuzione e della reciprocità, appaiono rimescolarsi producendo degli interessanti corto-circuiti concettuali utili a comprendere i diversi punti di vista e le diverse aspettative dei *care-givers* intorno al significato di "cura", mostrando come queste tre tipologie di scambio convivono intrecciandosi e contaminandosi almeno in parte.

L'economia di sopravvivenza della cura

All'interno del percorso etnografico erano previsti alcuni quesiti sulle spese per la badante; negli incontri con i familiari il discorso sui costi della cura ha sempre occupato un certo spazio, così che è stato possibile raccogliere una consistente quantità di informazioni da poterne fare oggetto di riflessione.

Per sette casi di studio sono stati ricostruite le condizioni economiche delle persone anziane alle quali è rivolta la cura. Ad una valutazione delle entrate e delle rispettive uscite, emerge la condizione di grande difficoltà economica in cui si trovano queste persone: in alcuni casi (il IV e il V) abbiamo un risultato fra entrate e uscite in negativo. In quasi tutti i casi (eccetto uno) oltre a recepire la pensione, usufruivano di ulteriori sostegni economici previsti nel nostro sistema di

⁵¹Il lavoro di cura a pagamento per persone altre dai propri familiari ha una lunga tradizione ed è stato un fenomeno che ha interessato vasti strati della popolazione, sia nel senso di uomini e donne che facevano della cura domestica rivolta a persone e cose il proprio lavoro, sia nel senso dell'utilizzo in assenza, in supplenza o in aiuto a una donna della famiglia (Barbagli, 1984).La governante, fra queste figure, era quella che nel suo mandato lavorativo riassumeva la cura del corpo, dell'ambiente e l'educazione dei bambini.

welfare (assegno di accompagnamento e assegno di cura⁵²). Tra le uscite economiche, le voci di spesa evidenziano come queste siano tutte impiegate per la cura.

⁵²Nessuno dei casi ricostruiti percepiva il contributo badante, istituito dalla Regione Emilia Romagna in forma sperimentale dal 2007, per un importo di € 160, erogabile in condizioni di un reddito annuo inferiore a € 15.000. Devo far notare che dei 15 casi esaminati solo un familiare era a conoscenza di tale contributo. Inoltre ho notato una scarsa conoscenza dell'esistenza dell'assegno di accompagnamento. In 5 casi durante il colloquio mi hanno chiesto cosa fosse e a chi dovevano rivolgersi per la domanda.

Tabella 8 - Anziani ed economia di sopravvivenza nella cura a Cervia (anno 2012, 7 casi, mensilità in euro)

Care-receivers	ENTRATE				USCITE			DIFF.
	Pensione	Assegno di accompagnamento	Assegn. di cura	Contr. badant	Stipendio Badante	Servizi pubblici domiciliari	Altro (compenso parenti)	
Caso 1								
Uomo	+800	+500			-1400	-230		
Donna	+600							
TOT caso 1	+1400	+500	0	0	-1400	-230		+270
Caso 2								
Donna	+900	+500	+230	0	-850	-143	-500	
TOT caso 2	+900	+500	+230	0	-850	-143	-500	+137
Caso 3								
Donna	+500	+500	+230	0	-1000	-230		
TOT caso 3	+500	+500	+230	0	-1000	-230		0
Caso 4								
Donna	+500	+500			-1000	-40		
TOT caso 4	+500	+500			-1000	-40		-40
Caso 5								
Uomo	+560		+230	0	-1200	-350		
Donna	+400	+500				-350		
TOT caso 5	+960	+500	+230	0	-1200	-700		-210
Caso 6								
Donna	+500	+500	+150	0	-850	-88		
TOT caso 6	+500	+500	+150	0	-850	-88		+212
Caso 7								
Uomo	+500	+500	+100	0	-800	-230		
Donna	+500							
TOT caso 7	+1000	+500	+100	0	-800	-230		+570

Sconfinamenti del denaro nella cura

Nella prospettiva di analisi assunta, le transazioni di denaro ora esposte, non si limitano a rappresentare l'elemento materiale che permette le attività di cura, bensì veicolano e rimandano a significati più profondi divenendo dunque vettore di significati.

È proprio con tale approccio che abbiamo esaminato gli scambi monetari nelle relazioni tra i soggetti della cura. La cura parentale, l'assistenza pubblica e il mercato privato della cura, condividono infatti il medesimo linguaggio del denaro e ciò produce una sovrapposizione tra i valori e le regole che formalmente separano i tre diversi ambiti: l'affetto, il diritto, il contratto.

I processi nei quali vediamo coinvolto il denaro sono:

- la monetizzazione dell'impegno di cura fra anziani assistiti e i loro parenti;
- la negoziazione fra la badante e il familiare dell'assistito rispetto alla quantità, ai tempi e alle modalità della sua remunerazione;
- la riduzione del lavoro di cura del servizio pubblico a una prestazione a tariffa.

Primo sconfinamento: la monetizzazione dell'impegno di cura fra anziani e parenti

L'etnografia ha mostrato tre casi nei quali è avvenuta una transazione di denaro in cambio di cura all'interno della rete parentale.

Nel primo caso si tratta del trasferimento costante da madre a figlia del proprio assegno di accompagnamento (500 euro) in virtù dell'impegno costante di quest'ultima nella cura:

MA: e i suoi fratelli cosa dicono? Che lei è molto brava?

I: sì, qualche volta ho avuto bisogno e mi hanno sostituita e vengono a trovare la mamma regolarmente

MA: ma nessuno le ha mai detto ti diamo qualcosa per tutto quello che fai per la nostra mamma?

I: no diciamo che la mamma quando era ancora in essere diceva lei tu non vai più a lavorare e lei ha sempre riconosciuto questa cosa e io ti do qualcosa perché questo è un lavoro

MA. e questo avviene tutt'oggi ?

I: sì la mia mamma ha sempre detto l'accompagnamento è per te anche se io adesso ho la badante, dopo io devo badare anche la badante anche perché tutto quello che è relazione con il dottore, le medicine, controllo tutto io, non mi sono lavata le mani (Cervia, familiare di O., intervista del 8 giugno 2011).

Negli altri due casi si tratta di un riconoscimento occasionale:

- il versamento una tantum da padre a figlia di 1.000 euro in occasione di una intensificazione del bisogno di cura della madre che aveva comportato un trasferimento della figlia a casa dei genitori per un certo periodo di tempo;
- la ricompensa simbolica di 50 euro al mese che la figlia dell'anziana assegna alla nipote per il tempo da lei dedicato alla cura della nonna.

Ci siamo chiesti se la circolazione del denaro all'interno della rete parentale, soprattutto nel primo caso, dove c'è un trasferimento di denaro continuativo, comportasse un allontanamento dal modello di cura basato sulla reciprocità e gratuità nella quale si inscrivono nell'Europa mediterranea i rapporti intergenerazionali parentali.

In realtà, in nessuno dei tre casi, siamo davvero in presenza della sostituzione del modello di cura basato sulla gratuità in favore di un modello basato sul contratto.

Sebbene il denaro circoli, esso lo fa con modalità e caratteristiche specifiche: le cifre sono inferiori a quelle riferibili ad un rapporto di lavoro, sono per lo più occasionali od eventuali e alle cifre non corrispondono specifiche mansioni o compiti. Tali specificità lo differenziano nettamente dal denaro della cura contrattualizzata.

Anche il fatto che sia il denaro pubblico ad essere oggetto di trasferimento spinge ad una interpretazione in tale direzione.

Inoltre, considerando che più ci si allontana da una relazione e da un rapporto di parentela stretto più il riconoscimento diminuisce di valore economico, mi pare che testimoni ulteriormente come la modalità in cui il denaro circola all'interno della parentela, segua le regole dei vincoli e delle obbligazioni parentali.

Il denaro che circola tra parenti si iscrive dunque nelle convenzioni informali delle obbligazioni familiari, piuttosto che modificarne gli equilibri.

Secondo sconfinamento: la negoziazione fra la *badante* e il familiare dell'assistito rispetto alla quantità, ai tempi e alle modalità della propria remunerazione.

La maggior parte dei casi analizzati aveva con la *badante* un contratto regolare(11 su 15 casi).

Tuttavia la ricerca ha messo in evidenza tre casi, in cui pur in presenza di un regolare contratto, si palesano dinamiche di negoziazione, che si protraggono nel corso del rapporto di lavoro fra la *badante* e il familiare. Esse coinvolgono gli aspetti della quantità, dei tempi e delle modalità della retribuzione. (cfr. tab. 9).

Tali dinamiche hanno evidenziato una certa capacità della badante di incidere nella sfera economica.

L'agentività della badante nei confronti della propria remunerazione si è espressa in diverse modalità. Queste possono essere ricondotte a tre tipologie:

- 1- il pagamento di quote aggiuntive per attività non previamente concordate che si aggiunge alla somma pattuita contrattualmente con il familiare e che fa riferimento a prestazioni della badante non esplicitamente incluse nell'ambito contrattuale. In un caso si tratta di un massaggio per il quale viene richiesta la somma di 77 euro:

lui aveva male ai ginocchi, gli facevano i massaggi e si facevano pagare per ogni massaggio e una volta ha dovuto pagare 77 euro per il massaggio. Come tu sei la badante se gli devi dare un po' di pomata, tu ti fai dare dei soldi? (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

Un altro caso concerne la cura, in aggiunta della moglie dell'assistito, in un determinato periodo, e che poi diviene costitutiva della remunerazione della badante portando ad una maggiorazione di 550 euro oltre la cifra stabilita nel contratto:

nel contratto c'è scritto 850 euro, dopo gliene davo 900, dopo 1.000, e poi non è stata contenta e dopo gliene ho dati 1.400 (Cervia, familiare di A., intervista del 6 marzo 2011).

- 2- il pagamento di un *benefit* da parte del familiare. In questo caso si tratta della richiesta di copertura di spese per il viaggio di ritorno dal Paese d'origine utilizzando consapevolmente la relazione di reciproca dipendenza che a lungo andare si produce tra la badante e i datori di lavoro e che permette alla badante di poter riprendere l'attività.. Nel caso analizzato si tratta di una quota aggiuntiva di 300 euro.

Così si è espressa la familiare :

quindi questa è andata via, poi la mia dei due anni è tornata e quando è tornata non aveva più i soldi per tornare perché aveva speso tutto, così, io che c'era il pullman le mando 300 euro e dice che il marito le ha detto - No torna da questa famiglia non la devi più lasciare perché non esiste famiglia che si fidi di mandarti i soldi per il viaggio!- ma si era instaurato un rapporto così e da allora lei è rimasta sei anni da questo fatto che le ho mandato i soldi (Cervia, familiare di E., intervista del 18 luglio 2011).

- 3- la richiesta di finanziamenti, sotto forma di anticipi sullo stipendio (100 euro per le spese telefoniche, il pagamento della spesa di cibo da inviare alla propria famiglia e che possono diventare anche 210 euro nel primo mese di lavoro) che servono per coprire spese direttamente legate alla riproduzione dei legami sociali e affettivi con i familiari d'origine.

Non fai in tempo a pagarla che manda via i soldi e ti chiede un anticipo sullo stipendio che deve ancora avere e io devo segnare tutto nel quaderno; con la mia nipote vanno via la sera e gli fa comperare la roba anche a lei e adesso segna anche con lei e dopo quando la pago starà a vedere se glieli dà. Dopo 10 , 14 giorni aveva chiesto 210 euro di anticipo (Cervia, familiare di V. , intervista del 30 maggio 2011).

L'agentività della badante nei confronti del denaro dei datori di lavoro, è risultata strettamente connessa e funzionale all'uso delle rimesse. Infatti, gli anticipi richiesti, oltre che utilizzati, per continuare ad occuparsi della famiglia, assolvendo così pienamente il proprio compito di *breadwinner*, servono anche per garantirsi un'azione prolungata di risparmio, secondo una dinamica di tutela/protezione già evidenziata in altri studi (Vianello, 2009).

L'attività di tutela/protezione delle rimesse nei casi analizzati si esprime nelle modalità di:

- una certa tempestività nella spedizione delle rimesse che costringe così il familiare a concedere anticipi;
- nella spedizione di solo una parte delle rimesse (in due casi analizzati veniva inviata la somma di 150 e 200 euro);
- in un'azione di equilibrio continua fra consumo e risparmio tesa alla realizzazione di progetti futuri, in primo luogo la casa. L'azione di consumo consiste nell'acquisto di beni materiali (dal cibo al materiale sanitario per il figlio malato nel paese di origine) e la spedizione dei *pacchi* che hanno anche un valore simbolico. L'invio dei pacchi è infatti un modo per le migranti di affermare che nonostante la lontananza esiste ancora una famiglia transnazionale. Essi indicano che le *bandanti*, seppure a distanza, surrogando la miseria emotiva con la ricchezza materiale (Salazar Parreñas, 2001), continuano a prendersi cura della famiglia.

L'azione di risparmio si è evidenziata in particolar modo in un caso dove ci è stata presentata la pratica della " *cassa comune*" fra parenti e amici:

MA: i tuoi soldi servono per la tua famiglia?

I: sì primo per la mamma perché non c'è il babbo che lavora i fratelli ognuno fa un lavoro così allora la mamma ha bisogno anche le sorelle che studiano ancora hanno bisogno per i trasporti di mangiare di fare le ricerche di comperare i libri e l'università e allora mando un po' per loro e compero qui cosa mi serve non risparmio niente, prima no ma adesso ho pensato che devo risparmiare un po' che mi devo fare una casa, da noi fanno così chi ha un lavoro fisso mette 200-300, non so se lo fate anche voi noi siamo in cinque e facciamo una cassa comune e dopo tra quello, chi ha bisogno, il primo le prende e dopo il prossimo mese le prende l'altro, e avanti così, fanno un turno e ognuno che ha bisogno di qualcosa, adesso faccio questo con un fratello e amici di lui che non li conosco sono due mesi che ho iniziato con loro perché così risparmio un po' anche io e adesso l'ho fatto da 3 mesi mando 500 euro e alla mia famiglia mando 200 euro dipende se le mie sorelle hanno bisogno di qualche cosa e per il resto mi piace comperare qualche cosa per me o mi piace comperare qualcosa per le nipoti vado dalla zia prendo qualcosa perché sono stata tanti mesi con lei e devo spendere nel telefono perché devo sentire la mamma pago per la mamma il telefono l'elettricità e se un fratello ha bisogno di qualcosa perché se poi ho bisogno una volta io me li danno ma questo mese non ho dato niente perché parto e lei non sa niente perché è una sorpresa che abbiamo preparato con le mie sorelle e i miei fratelli (Cervia, badante di M., intervista del 27 agosto 2011).

Ci siamo chiesti come potessero essere lette queste strategie di negoziazione del denaro fra familiare e badante.

L'ipotesi è che esse vadano lette tenendole intrecciate con una serie di considerazioni che sono emerse nel corso della stessa ricerca. In primo luogo vanno legate alle caratteristiche del progetto migratorio che, almeno nelle intenzioni è un progetto a termine; pertanto dalla condizione di emigrato a termine è legittimo trarne il massimo vantaggio economico possibile. Inoltre tale dinamica rimanda a quel processo di "accomodamento reciproco" fra i due soggetti della cura su cui altre ricerche hanno posto l'accento (Grilli e Mugnaini, 2009) e che invade tutta la sfera contrattuale fra familiare e badante.

Assistiamo, pertanto, ad un duplice sconfinamento delle modalità di uso del denaro: da un lato la badante cerca di porre dei limiti, attraverso l'uso del linguaggio monetario, alle richieste dei familiari che sono potenzialmente infinite. In questa tipologia di attività infatti è difficile scindere la relazione affettiva dall'attività di cura, così come sono altrettanto indefiniti e indefinibili, nella pratica, tutti i contenuti contrattuali.

In questi casi, l'attribuzione di un prezzo per un servizio da parte della badante (ad esempio un massaggio) può essere funzionale a limitare il proprio sfruttamento.

Dall'altro lato, invece, è la stessa badante che - attraverso il linguaggio monetario (debiti, anticipi, compartecipazione alle spese) - coinvolge i datori di lavoro nella sua personale dimensione di famiglia transnazionale (Salazar Parreñas, 2001), estendendo le modalità e la quantità del denaro che circolano tra lei e il familiare, con la finalità di soddisfare le concrete esigenze del proprio progetto migratorio.

Terzo sconfinamento: la riduzione del lavoro di cura del servizio pubblico a una prestazione a tariffa.

Nel caso del servizio pubblico di cura, le transazioni monetarie, anche per la loro bassa rilevanza quantitativa, dovrebbero rientrare nella sfera della redistribuzione del servizio pubblico in cambio di una contribuzione e quindi assumere il senso di compensazioni.

Accade invece, che, da parte degli utenti, siano trasposte nel campo semantico delle prestazioni di mercato a pagamento e confuse con altre simili azioni della cura reperibili nell'ambito del mercato privato.

Tale processo di trasposizione semantica ha origine nel lungo processo di trasformazione della cura del servizio pubblico in prestazione di cui ho parlato nella parte dedicata alla figura dell'assistente domiciliare.

Il fatto che l'intervento dell'ente locale nell'ambito dell' Assistenza Domiciliare sia circoscritto ad attività specifiche unitamente all'insieme di limiti a cui è sottoposto il lavoro delle operatrici del servizio pubblico, soggetto a norme prevalentemente non scritte che demarcano in modo netto l'attività dell'assistente del servizio pubblico, spostano, tali interventi, in un orizzonte di senso molto simile a quello di una qualsiasi organizzazione di servizi che opera nel mercato.

Le limitazioni di tipo "tecnico", che discendono dal sapere sanitario e medico, demarcano in modo netto la prestazione che si concentra sul corpo dell'anziano: il bagno deve essere fatto come "*da protocollo*", e opera una "regolamentazione" sull'uso degli ausili che a volte pone in secondo piano le abitudini dell'anziano. La stessa rappresentazione dell'anziano viene costruita, in un caso, in funzione dell'attività da svolgere e delle modalità con le quali si è deciso di realizzarla; l'attività è anche "*temporizzata*".

I rapporti fra gli operatori e i familiari sono mediati dalle figure istituzionali e confinati nello spazio di incontro fra operatori e responsabili del servizio dal quale sono esclusi sistematicamente sia i familiari che le *badanti*. Quest'ultime sono prese in considerazione in quanto esecutrici di decisioni

prese da altri senza che vi sia un confronto fra le figure: assistente e badante, che insieme devono fare l'attività.

Riportiamo due casi di studio in cui emerge il significato che assume l'intervento del servizio pubblico nella cura:

Famiglia 1

MA: quindi l'assistenza l'avete tenuta per poco tempo?

I: tre mesi e una settimana

MA: quindi, se dovesse esprimere un suo giudizio?

I: no loro facevano il loro lavoro era lui che gridava sempre- Vi uccido, vi uccido!-

MA: lui non era molto contento?

I: no lui gridava sempre si sentiva maltrattato perché loro dovevano girarlo perché gli lavavano la schiena, il giorno del bagno era un supplizio, la barba l'hanno fatta poche volte, spendevo circa 250 euro al mese, dopo ho parlato con l'assistente e ho detto- Se ho bisogno ancora?- e lei – Sì, sì, piuttosto sarà un po' difficile avere lo stesso orario, però. se ne parlerà- perché alla mattina venivano alle 7,30 era anche per quello perché lui sta a letto fino quasi alle 9.

I: perché anche quelle assistente in un quarto d'ora avevano finito ,[...], loro dovevano fare 45 minuti, un quarto d'ora, e poi tante cose non le facevano, perché la barba non la facevano

MA: come mai?

I: ah perché in quattro mesi l'hanno fatta 3 volte e dicevano- La barba la fai te-, - Ah va bene-, insomma pagare delle donne così! (Cervia, familiare di P., intervista del 8 maggio 2011).

Famiglia 2

MA: lei ha una badante solo per suo babbo o una per entrambi i genitori?

I: no, no una per mio babbo perché mia mamma non ha bisogno, poi all'inizio venivano tutti i giorni a lavarlo poi la spesa era eccessiva perché mio babbo e mia mamma prendono 450 euro di pensione al mese

MA: ciascuno prende 450 euro ? e poi l'assegno di accompagnamento?

I: mio papà prende anche l'assegno di accompagnamento

MA: l'assegno di cura?

I: l'assegno di cura mi sembra che siano 200 euro, non mi ricordo bene, comunque è difficoltoso, poi siccome hanno la casa intestata pagano il massimo sui servizi comunali e sono un po' arrabbiata per quello, perché cioè se hanno la casa intestata cosa mangiano secondo lei? I mattoni? devi pagare il massimo allora abbiamo ridotto a due volte alla settimana

MA: perché avevate richiesto il servizio tutti i giorni ? Non vi fidavate del lavoro della badante?

I: ma no, perché mia mamma era più tranquilla poi la pulizia così avevamo optato per farli venire tutti i giorni ma non ce la facevamo a sostenere la spesa (Cervia, familiare di C., intervista del 8 giugno 2011).

È in tali delimitazioni dei confini, delimitazioni che riguardano, sia il tipo di prestazioni di cura del servizio pubblico che si concentrano sul corpo dell'anziano separandolo dal contesto di vita della casa, sia la definizione a priori della modalità in cui la prestazione deve essere eseguita, che possiamo rintracciare quelle sembianze di cui parla Annemarie Mol (2008) a proposito della cura fornita nell'ambito del mercato dove qualcosa, un "prodotto", viene scambiato con altro, ovvero un costo.

E' questo processo, interno al modello organizzativo dell'assistenza pubblica, che produce la progressiva trasformazione - agli occhi degli contribuenti- del servizio di cura dell'ente pubblico in un insieme parcellizzato di prestazioni a tariffa, difficilmente distinguibili (se non per il basso costo) da altre reperibili sul mercato.

Tabella 9 - I costi della cura domiciliare

TIPOLOGIA DI CURA DOMICILIARE	COSTI (in Euro) in base a dichiarazione ISEE
Pasto del servizio pubblico	da 0 a 5,98
Alzata dal letto/pulizia giornaliera/messa a letto	da 0 a 9,60
Bagno del servizio pubblico	da 0 a 9,60
Mensilità della badante	Da 800 a 1.400
Massaggio della badante	77
Bagno privato a domicilio	15

Per ulteriori approfondimenti

Anderson B., 2000, *Doing the dirty work?: the global politics of domestic labour*, Zed books, New York.

Attias-Donfut C., Segalen M., 2005, (a cura di), *Il secolo dei nonni: la rivalutazione di un ruolo*, Armando, Roma.

AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, numero monografico su "Presenze internazionali. Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico-politica delle migrazioni in Italia", a cura di G. Pizza e A.F. Ravenda, n. 33-34, ottobre 2012.

Ehrenreich B., Hochschild R. A., 2004, (a cura di), *Donne globali: tate, colf e badanti*, Feltrinelli, Milano.

Grilli S., Mugnaini F., 2009, *Badanti on the edge. Networks beyond frontiers in domestic elderly care. An ethnographic study of migrant women workers and contemporary families, in Italy*, Networking Across Borders and Frontiers, "Grazer Beiträge zur Europäischen Ethnologie", n. 14, Jürgen Barkhoff and Helmut Eberhart.

Grilli S., Zanotelli F., 2010, (a cura di), *Scelte di famiglia. Tendenze della parentela nell'Italia contemporanea*, ETS, Pisa.

Heady P., Grandits, H., Kohli M., Schweitzer P. (eds) (2010), *Family, Kinship and State in Contemporary Europe* (3 Volumes). Frankfurt: Campus Verlag.

- Hochschild R. A., 2006, *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Bologna: Il Mulino.
- Mol A., 2008, *The logic of care. Health and the problem of patient choice*, London, Routledge.
- Naldini M., 2002, *Le politiche sociali e la famiglia nei Paesi Mediterranei. Prospettive di analisi comparata*, in «Stato e Mercato», n.34, 2002, 73-99.
- Naldini M., 2006, *Le Politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Roma, Carocci.
- Naldini M., Jurado T., 2008, *Famiglia e welfare: il modello sud-europeo*, in Rosina A., Viazzo P.P. (a cura di), *Oltre le mura domestiche. Famiglia e legami intergenerazionali dall'unità d'Italia ad oggi*, Forum Edizioni, Udine.
- Naldini M., Saraceno C., 2011, *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Parreñas R. S., 2001, *Servants of globalization : women, migration and domestic work*, Stanford University Press, Stanford.
- Reher D. S., 1998, *Family ties in western Europe: persistent contrasts*, in "Population and development review", giugno 1998, 24 (2), 203-234.
- Saraceno C., 2003, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C. Naldini M., 2007, *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Ungerson C., 1997, *Give them the money: is cash a route to empowerment?*, Social Policy & Administration, vol. n.31, 45-53.
- Ungerson C., 2004, *Whose empowerment and independence? A cross- national perspective on 'cash for care' schemes*, Ageing & Society, n.24, 189-212.
- Vianello F., 2009, *Migrando sole. Legami transnazionali tra Ucraina e Italia*, Milano: Franco Angeli.
- Viazzo P.P. e Zanotelli F., 2010, *Welfare as a moral obligation: changing patterns of family support in Italy and the mediterranean*, in Grandits (a cura di), *Kinship and social security in contemporary Europe*, vol.1 (Family, Kinship and State during the century of welfare), Max Planck Institute for Social Anthropology, Halle, 21-69.

Il corpo e la cura

La condizione esistenziale della quarta età, argomento sempre più attuale a causa del prolungamento della vecchiaia, non è stata accompagnata da un adeguato riconoscimento sociale della persona anziana. L'essere *grandi vecchi* appare dunque tuttora una questione relegata all'ambito privato della casa e alle cure dei familiari.

Il disvalore sociale del corpo improduttivo dell'anziano nella quarta età

L'attività biomedica si basa sulla centralità di un corpo atomizzato, individualizzato e asociale, in cui vi è un richiamo costante alla morte e alla finitudine umana che, grazie proprio all'attività biomedica, vengono continuamente scongiurate (Foucault, 1998). L'uomo si fa oggetto di natura, regolato da norme ed equilibri che la medicina può indagare e spiegare. Esso diviene di fatto un corpo, inteso nei suoi termini puramente biologici e sganciato dal proprio contesto sociale e culturale.

Tale modo di intendere la persona è frutto di un lungo processo culturale, che ha segnato le scienze umane occidentali separando l'uomo dalla trascendenza e le sue opere dalla sfera divina, e che si è espresso in quella temperie socioculturale e politica che ha rintracciato nella ragione umana e nelle determinazioni delle leggi naturali il senso e la spiegazione dell'esistenza umana (Foucault, 1998).

Il capitalismo, ha acuito questo processo di biologizzazione dell'essere umano, articolando la sua presenza sul potenziale produttivo inscritto nel suo corpo. È infatti in un corpo avulso dalle interconnessioni e dalle interferenze di carattere morale, etico e religioso, che l'economia capitalistica ha trovato un ottimo referente.

Intorno a questa funzionalità economica del corpo, secondo Basaglia (1982, citato in Pizza, 2005), si definisce anche la differenziazione fra salute e malattia, fra normale e patologico, dove il corpo assume un suo statuto in relazione alla sua efficienza produttiva, così che lavorare significa essere in salute. Tale operazione di identificazione della condizione di produttività con la salute connota pertanto la pratica biomedica come pratica culturale e politica, che esclude la dimensione soggettiva e personale della salute.

Il corpo dell'anziano, soprattutto del *grande anziano*, fa parte pienamente della norma che attribuisce un disvalore sociale al corpo improduttivo.

Inoltre è nel processo di statalizzazione della biomedicina, nella sua istituzionalizzazione, che essa diventa uno strumento in mano allo Stato per definire ulteriormente il concetto di salute e di malattia.

Così il *grande anziano*, al quale viene negato qualsiasi riconoscimento sociale della sua esistenza perché legata ad un corpo improduttivo, riacquista una sua particolare legittimazione sociale come malato da curare; la malattia diviene dunque l'unica deroga possibile al riconoscimento del suo corpo.

La condizione di *grande vecchio* si configura innanzitutto con una condizione di malato e come tale va trattata. Essa è sempre più, e solo, pensata all'interno di categorie mediche le quali si estendono al di là dei luoghi tradizionali delle pratiche del sapere biomedico per invadere ampi spazi dell'esistenza.

La crescente medicalizzazione della vecchiaia avvenuta nel secolo scorso (Illich, 1975) e la sempre maggiore specializzazione della medicina spingono, negli spazi della casa, le pratiche del "prendersi cura" anche quando esse hanno una forte connotazione sanitaria.

Le cure del corpo: l'alzata, il bagno e la messa a letto

Durante il lavoro di ricerca ho incontrato i familiari per lo più nell'abitazione dell'anziano, così mi è stato possibile conoscere anche la persona anziana e scambiare un saluto e, quando il caso lo permetteva, di intraprendere una breve conversazione.

Gli anziani che ho incontrato trascorrono l'intera giornata in poltrona, nella sedia o nel letto, e, seppure con gradazioni differenti, hanno bisogno di qualcuno che li aiuti a fare dei piccoli spostamenti nella casa, ad alzarsi dal letto o dalla sedia, e in attività quotidiane come mangiare, lavarsi e vestirsi.

Il lavoro di cura per queste persone è costituito da un insieme molto variegato di compiti e di attività (cfr. la prima parte della presente ricerca); fra queste, le cure del corpo occupano certamente un posto preminente.

Come ho già evidenziato in precedenza, è solo a partire dal corpo dell'anziano che possono essere attivate quelle catene di azioni che portano alla costruzione del pacchetto di cura.

L'ingresso della *badante* è marcato dall'assunzione della consapevolezza da parte della famiglia che la persona anziana "*non è da abbandonare*", indicando in tal modo una condizione nella quale uno sguardo attento e presente in modo costante diventa indispensabile per la vita dell'anziano.

L'arrivo nello spazio domestico dell'operatrice del servizio pubblico si contraddistingue invece per il fatto di essere circoscritta al corpo dell'anziano, sul quale, come ho già avuto modo di precisare, è avvenuto un processo di valutazione/misurazione del grado di autonomia nella quotidianità, le cosiddette *Activities of Daily Living*.

È a partire, dunque, da un processo di misurazione standardizzato delle capacità del soggetto di svolgere le attività della vita quotidiana, che si dà corso al riconoscimento di una delle tre condizioni per poter accedere al servizio pubblico di A.D.

La persona fisica non autonoma, e quindi il parametro biomedico, diviene il criterio principe attraverso il quale dar luogo ad un intervento assistenziale nello spazio domestico.

Le modalità con cui il servizio pubblico, nelle tre tipologie sopra menzionate, si aggiunge alla cura parentale e della badante sono rappresentate nella tabella 5⁵³ (cfr. tab. 5, Parte Prima).

Circa le "tecniche" degli interventi, vorrei focalizzare l'attenzione sulla progressiva definizione delle stesse dalla fine degli anni '70 con l'avvio del servizio di assistenza domiciliare. Si tratta di vere e proprie "tecniche" di pulizia, di manipolazione e di contenzione del corpo dell'anziano, mutate dall'ambito ospedaliero che vengono *tout court* applicate agli anziani nello spazio domestico. Partendo da questo aspetto intendo ampliare il discorso alle dinamiche sociali, che in alcuni casi si tramutano in conflittualità aperte, come nello studio di caso che presenterò e che coinvolgono diversi soggetti che danno la cura.

Si tratta quindi da un lato di mettere a fuoco, attraverso l'etnografia, i processi più generali che in questi ultimi decenni sono avvenuti in ambito sanitario, e soprattutto in ambito medico-ospedaliero, nei confronti della cura intesa nella sua accezione di terapia medica, e dall'altro, di

⁵³ I casi studiati hanno evidenziato: 6 casi in cui vi era il solo servizio del bagno, 5 in cui vi era il servizio del bagno unitamente a quello dell'alzata del mattino, in 2 vi era il servizio giornaliero del pasto, in 1 il servizio del bagno, alzata e pasto e infine in 1 il servizio dell'alzata, della messa a letto unito al servizio del pasto.

connettere tali modificazioni con quella che chiamiamo cura nel senso del “prendersi cura” relegata oggi prevalentemente allo spazio domestico.

Il prolungamento della vecchiaia e soprattutto le sempre più debilitate condizioni fisiche dell’anziano costituiscono i primi elementi chiamati in causa dagli operatori dei servizi per spiegare le connotazioni che assume oggi il servizio di A.D. :

fa parte un po’ del progresso della medicina diciamo così prendono 50 pastiglie al giorno sono attaccati a tutti i macchinari possibili e immaginabili e la vita si è allungata per forza, però è proprio un allungamento per forza, proprio forzato, e questo ha determinato appunto la gravità delle persone. Io sono 7 anni che lavoro in questo ambito e c’è stato un cambiamento molto evidente io ho cominciato nel 2005 che i punteggi BINA più alti che vedevo erano 500-550 e sembravano essere persone gravissime, verso il 2007 sono arrivati i primi punteggi da 650-700 sembrava impossibile vederli, adesso è la normalità, se tu guardi la graduatoria i primi dieci hanno tutti più di 600 punti [...] però per dire che anche a domicilio vai a fare l’igiene, adesso per il domicilio la stragrande maggioranza di interventi sono igiene e alzate, mentre invece quando io ho cominciato c’era moltissimo il discorso dell’aiuto per la preparazione dei pasti, la camminata, portare a fare la spesa, quei tipi di servizi lì erano molto più numerosi, adesso invece ti chiedono tutti l’alzata e l’igiene perché le persone sono talmente gravi che non sono competenti nel gestirla, nel muoverla, non riescono a farlo (Cervia, assistente sociale, intervista del 23 agosto 2012).

Nell’arco di un ventennio vi è stata una modifica completa della politica ospedaliera che ha inciso in particolar modo nei confronti della cura dell’anziano. Le logiche delle degenze brevi in ospedale, delle dimissioni precoci e della convalida a casa, hanno profondamente cambiato lo scenario della cura a domicilio, al punto che è possibile parlare di un processo di ospedalizzazione della casa, in riferimento sia all’inserimento di tecnologie proprie della sanità in ambito domestico, sia all’inserimento di pratiche sanitarie e para infermieristiche che investono sempre più tutti gli attori della cura: familiari, badanti e operatori domiciliari.

Ma lascio che siano le parole dell’assistente sociale a narrare questo cambiamento:

all’inizio erano anziani piuttosto autonomi, quelli messi proprio male male allora non arrivavano a noi, poi pian piano con la Casa di Riposo che si è ampliata che cominciava ad accogliere, perché poi all’epoca chi stava veramente male era in ospedale, dove stavano anche dei mesi mentre adesso la cosa è cambiata in ospedale stanno il meno possibile, perché le dimissioni protette che sono partite

circa a metà degli anni '90, e quando vengono a casa sono o allettati o in carrozzina quindi quello che dovevi fare in ospedale lo devi fare a casa o nella Casa di Riposo, allora si chiamava Casa di Riposo perché aveva persone parzialmente autosufficienti e se andavi lì li trovavi tutti che sgambettavano in un qualche modo, pian piano da ospedale è diventata Casa Protetta per quello perché l'ospedale non tenendoli più per mesi dice tienili tu, assisti li tu, in maniera diversa che poi la parte sanitaria è preponderante anche lì (Cervia, ex assistente sociale area anziani, intervista del 6 agosto 2012).

Anche il lavoro dell'operatrice del servizio pubblico e quello della stessa badante sono fortemente condizionati dalle pratiche mediche e ospedaliere, come testimonia un' assistente domiciliare :

MA: è cambiato molto il tuo lavoro da allora?

I: è diventato più sanitario, più che sociale nel senso che abbiamo molte persone che stanno male e poche persone che hanno dei problemi cioè che siccome sono anziani non riescono più andare a fare la spesa oppure la mia zia faceva questo lavoro e era del Comune lei andava nel quartiere centro di Ravenna con la macchina parcheggiava poi aveva la sua bicicletta e andava a fare la spesa per tutti quegli anziani a pagargli le bollette, questo era il nostro lavoro una volta era limitato a queste cose qui, invece adesso le persone vengono a casa dagli ospedali sono già debilitate fisicamente sono già allettate con un letto ortopedico con un sollevatore con una carrozzina è molto più sanitario che sociale !

[...]

MA: e il tuo lavoro con questo tipo di persone come cambia?

I: cambia perché nel momento in cui abbiamo un letto ospedaliero con traverse, cerate e da posizionare i pazienti diventa un discorso di lavare una persona in un letto quindi di saper fare a lavorare, a fare un bagno in un letto in 45 minuti che è diverso che portare una come mia mamma a fare un bagno in una vasca da bagno o sotto una doccia

[...]

Abbiamo molte persone che entrano in ospedale e escono con il sondino, c'è questa moda, non so se è una moda però io la considero una moda di doverti per forza far sopravvivere a tutti i costi e io non la volevo questa cosa per mia madre io ho detto quando arriva la sua ora arriva la sua ora , per fortuna lei ha ripreso a mangiare da sola, ci sono molti medici che secondo me sono obiettori che non farebbero mai morire una persona di fame questo lo dissero quando con la nonna di mio marito che aveva 93 anni e aveva un tumore all'esofago quindi lei non

ingoiava più, non le fecero la PEG ma l'alimentavano tramite glucosio e mio suocero disse- Si sta gonfiando tutta!- era già incosciente nel giro di 3 mesi è partita,-Tutto quel liquido che gli date non va dove deve andare!-, era gonfia di liquidi e mio suocero disse- Ma lasciatela stare, basta a dargli tutta questa roba!-, questo medico disse- Io non posso lasciarla morire di inedia- dopo è passata la moda e hanno pensato proprio per non far morire queste persone quando vedono che te non sei più in grado di mangiare,ti stai sfinendo, loro dicono –Cavoli c'è la possibilità di far mangiare una persona! Come? Così e così- Adesso la [Veronica] è messa malino sta vomitando in continuazione e io dico con la badante- Non gli dare tutto il saccone in una volta, fai una mezz'ora poi stacchi-. Il cibo non va più dove deve andare e lei lo rigurgita proprio il tubicino non tiene più, perde dal buco il cibo si spargeva e lei stava male, sono rimedi, oddio lei è da tanto che campa ha 92-93 anni, io andavo per suo marito (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

Nel corso dell'etnografia ho incontrato un altro caso di badante che nutriva l'anziano affidatole con la siringa e anche una familiare che si occupava del cambio del catetere; tali casi costituiscono però, all'interno della mia ricerca, eventi limite.

Pure fra le badanti, come accennavo sopra, ho riscontrato un sapere medico piuttosto diffuso appreso per lo più attraverso l'esperienza personale di assistenza, per lunghi periodi, a propri familiari ospedalizzati nei loro paesi di origine.

Per quanto riguarda le operatrici del servizio pubblico, il loro lavoro si caratterizza per la contaminazione di saperi dal mondo sanitario ospedaliero già fin dal percorso formativo, all'interno del quale viene somministrata un'informazione di tipo igienico sanitario improntata proprio sul modello ospedaliero. Così si è espressa al riguardo un'operatrice domiciliare :

sì dobbiamo avere infatti l'integrazione del corso da OSS, anche nel corso di ADB c'era [Rossi] che era responsabile degli infermieri del territorio e quando si parlava di domicilio, che io già lavoravo, non quando ho fatto il corso di OSS, lui non ne voleva sapere del domicilio e diceva – Te sei del domiciliare e io con te non ci voglio neanche parlare perché i metodi di sterilizzazione!- L'igiene, le pinze, nel domiciliare non esiste, perché se io devo medicare e lì c'era [quest'infermiera] che srotolava sta garza che era , quindi lei mi fece vedere, non le toccava con le mani queste persone, bravissima, capisco cosa vuol dire [Rossi], lo capisco adesso, prova a vedere le infermiere che vengono nel territorio bravissime, però non usano le pinze, le garze sterili sono dentro le buste di plastica, sono tutte cose, poi metti il guanto, con la mano dai una tamponata con delle garze che hanno delle sostanze

per disinfettare e chiudono la ferita (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

La *burocrazia igienica* diviene dunque un modello a cui conformarsi, ma la domiciliarità della cura, proprio perché, per sua natura, si allontana dal modello ospedaliero, viene considerata come una cura di secondo ordine.

Il tema della *“relazione [che] viene data per scontata”*, come mi ha detto la Presidente della Cooperativa, non viene per nulla affrontato. Anche quando le operatrici hanno dichiarato che ai corsi di formazione viene insegnato loro di parlare all'anziano: *“perché dal momento che io di sotto ho un paziente e questo paziente viene sballottato girato e rigirato bisogna parlare con lui, [ad esempio] - Giorgio ti giro!-,* tale dialogo assume più il tono di un'informazione fornita in modo *“tecnico”*, affinché l'anziano metta in atto la minor resistenza possibile.

Anche il linguaggio degli operatori si conforma al linguaggio medico: l'anziano viene chiamato *paziente* e la pulizia giornaliera si chiama *igiene*.

Le pratiche relative alle attività del *bagno*, dell'*alzata* e della *messa a letto* seguono le regole del protocollo, il quale definisce i rapporti fra i soggetti della cura, oltre ad avere una funzione regolativa sul tipo di alzata, di bagno e di messa a letto da realizzare. Esso ha un effetto strutturante sulle modalità di svolgimento della cura, intesa nell'accezione del *“prendersi cura”*, contribuendo in modo significativo a una certa standardizzazione della stessa.

Riporto, al riguardo, la dichiarazione di un'operatrice:

I.: noi dobbiamo fare un bagno da protocollo, se quel protocollo dice che va fatto così

MA: e il protocollo come fa a dire in astratto senza conoscere il caso, la persona?

I: no, il caso va conosciuto prima e si fa il PAI, è il protocollo legato a quella persona se c'è una rottura di femore, un medico che dice che non va alzata la persona perché ha avuto qualche problema o che non stia più in piedi perché non è più stata mobilizzata, un ictus per cui non è in grado di appoggiare, tante sono le cose, altrimenti se una persona ha un minimo, minimo di autonomia gliela si fa usare, quindi c'è un sollevatore, hai avuto un ictus, ma hai un sollevatore, io ti carico, ti sollevo, ti metto in una seggetta, ti porto nel bagno fai il bagno come si deve, se invece c'è una rottura del femore bisogna sempre avere il parere del medico deve essere il medico a dire la signora può camminare, se noi non abbiamo

un parere la badante può dire quello che vuole – Ho fatto ieri-, -Tu l'hai fatto ieri con la tua responsabilità, io non lo farò mai ! - Se non ho l'ordine del medico che dice -La signora può deambulare-, io non la tocco! (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013).

La redazione del PAI ridefinisce i ruoli e le capacità di agire dei soggetti secondo un programma centrato sul corpo dell'anziano. Le pratiche dei soggetti che entrano nel PAI vengono ridisegnate dalla pratica sanitaria di cui si fa portatrice l'assistente del servizio pubblico; così il familiare e la badante devono resettare le proprie azioni e riconfigurarle in funzione di quelle richieste da un'attività congiunta con quella dell'assistente.

L'inserimento dell'operatrice del servizio pubblico nelle attività di cura prevede un processo di *compliance* da parte dei familiari e delle badanti, alle modalità decise dal servizio stesso, che vengono determinate solitamente in occasione della prima visita al domicilio effettuata dall'assistente sociale e dalla RAA. In questa occasione si decidono: bagno nel letto oppure nella stanza da bagno, con sollevatore oppure senza, alzata con sollevatore o meno, posizionamento dell'utente nella poltrona, oppure in carrozzina, ecc.

La decisione presa, viene poi comunicata alla *badante* quando “*sono lì nella prestazione*”, come mi è stato detto dall'assistente sociale.

Le condizioni fisiche dell'anziano e lo stato dell'abitazione sono gli elementi chiave presi in considerazione nel processo decisionale:

MA: dopo quando il servizio passa a voi, e per quanto riguarda le modalità su come fare il servizio l'alzata il bagno come fate a decidere qual è il modo in cui deve essere fatta un'alzata, il modo in cui deve essere fatto un bagno? Se può essere fatto a letto o in bagno?

I: è evidente quando vedi la persona in che condizioni è la persona non c'è altra scelta

MA: me lo puoi spiegare meglio ?

I: se una persona è allettata non la porto in bagno a fare il bagno lasci nel letto, se la comodità nel letto non c'è, e ci sono le barriere architettoniche, o altre cose che tu non puoi portarlo in bagno, lo fai a letto , viene deciso in questo momento in cui andiamo a fare la visita perché è molto evidente anche, invece se ci sono tutte le comodità si porta in bagno , si tende sempre più a fare il bagno nel bagno,

però se non ce ne sono altre possibilità si fa a letto, oppure si fa in attesa di diversi ausili che devono richiedere le persone, che quando vengono dimesse dall'ospedale già sanno che devono richiedere quello, solo che dopo quando viene la risposta effettiva ci mancano delle settimane dopo magari si decide di farlo a letto fino a quando sono arrivate determinate cose e poi si fa in bagno (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

L'ingresso dell'assistente domiciliare si caratterizza anche per il fatto di essere sempre accompagnato dall'introduzione di qualche ausilio: il sollevatore, la seggetta, ecc.. È andato definendosi in modo sempre più concreto un processo di progressiva tecnologizzazione della cura, avviatosi a metà degli anni '90 che, nella mia etnografia, trova il primo esempio in un caso di studio, in cui avviene *la sostituzione delle pezze di stoffa con le spugne*, a seguito dell'intervento dell'operatrice del servizio pubblico.

Mi ricordo una coppia di anziani che ho seguito dal '93 al '99 ed erano di [...] la moglie era quella che si prendeva carico del marito, una coppia meravigliosa quando a lei abbiamo trasferito alcune cose che la potevano aiutare è stato difficile perché lei girava ancora con il suo catino con le pezze di stoffa come si faceva una volta, e non con le spugne per cui la nostra proposta doveva essere filtrata su filtrata far provare a lei, farle capire che poteva andare bene, c'è voluto tempo ma ce l'abbiamo fatta anche ad accogliere lei (Cervia, ex assistente domiciliare, intervista del 25 gennaio 2012).

L'uso del sollevatore è stato richiamato in molti racconti delle operatrici del servizio pubblico e, talvolta, dalle badanti. La sua introduzione nel contesto cervese risale alla metà degli anni '90, quando, dopo un primo periodo di avvio del servizio di A.D., fu introdotto per la salvaguardia dell'incolumità fisica degli operatori:

in alcune situazioni ero stata io ad esempio non so a far portare a casa i sollevatori a metterci d'accordo con le sanitarie facendo fare delle richieste al ministero della sanità cioè è chiaro che tu comunque devi creare una situazione che sia meno disagiata possibile per l'assistente perché quando ti sei rotto la schiena ti sei rotto la schiena, non la recuperi più quindi degli strumenti anche assolutamente di quel tipo sono assolutamente necessari, io all'epoca, nel '94, chiesi alla sanitaria ravennate di venire un pomeriggio da noi a portare un sollevatore e poi lì con tutte le assistenti si faceva vedere come si utilizzava il sollevatore non era neanche elettrico era a pedale come si metteva la guaina sotto proprio per far capire alle assistenti che questa parte qui era importante per

noi dovevi tener presente le due dimensioni l'anziano e l'assistente non è che potevi tener presente solo un parte e vai a casa di uno e ti rendi conto che una certa strumentazione è necessaria tu fai in modo che quella possa esistere e allo stesso tempo chi la deve usare che la sappia usare nella maniera che anche per lei non possa essere dannosa quindi le armi erano poche al di là dei guanti dei grembiuli delle cuffie(Cervia, ex assistente sociale area anziani, intervista del 6 agosto 2012).

Vi è la consapevolezza, fra le operatrici del servizio pubblico, quanto l'uso del sollevatore e di altre strumentazioni tecnologiche esponga l'anziano a una condizione di grande vulnerabilità cui cercano di ovviare attraverso l'attenzione psicologica. Tale aspetto viene efficacemente reso dalla testimonianza di un'operatrice:

MA: cosa hai potuto notare in questo lungo periodo che hai usato il sollevatore, può creare dei problemi all'anziano?

I: se non è usato correttamente sicuramente sì , almeno io poi uscendo da una struttura avevo delle tecniche che nel domiciliare non le ho viste per dire nell'incrocio del sollevatore l'incrocio dell'imbragatura in mezzo alle gambe io ho visto che in tante anche in questa zona qui lo mettono per il dritto, l'uso corretto sarebbe quello, a meno che non avevi quelle altre imbragature tipo culla, tipo sedia , però ,se è usato correttamente a meno che non c'è un mal funzionamento del sollevatore in se stesso mal'anziano, soprattutto le prime volte che viene alzato non lo sopporta, non lo regge, perché si sentono persi in aria, si sentono sollevati, e legati, io penso che l'anziano proprio se ne accorge e si rilassa solo quando si sente seduto e quello che c'è tutto con la testa ha paura, però quando lo rassicuri, cerchi di stargli sotto, di abbracciar loda dietro in modo da sentirlo tuo, allora lui si rassicura, poi c'è quello che con la testa non c'è proprio e di solito non si prende paura o in quel momento che lui ha dei momenti in cui è più lucido allora se ne accorge

MA: nella tua esperienza dopo quanto tempo l'anziano si adatta ad essere sollevato?

I: allora se c'è quell'anziano che collabora e naturalmente si rende conto che con i suoi piedi non riesce ad andare per terra e si sente sicuro di quello che tu stai usando per lui lo accetta quasi da subito io solitamente quando uso il sollevatore, c'è un aiuto o da una collega o da un familiare o da una badante e io cerco di gestirmi l'utente abbracciandolo da dietro e la sua spalla me l'attacco a me e cerco di rassicurarlo facendogli vedere che c'è una seggetta ma c'è sempre l'aiuto di un'altra persona perché pur essendoci dei sollevatori che hanno il telecomando, un tempo c'erano quelli con la manopola, pur avendo il telecomando tu devi gestire l'utente su una seduta te lo devi posizionare con una seggetta su una seduta e dall'altra parte devi cercare di avere qualcuno che ti regge, ti apre il sollevatore il

divaricamento del sollevatore e di cercare di veder davanti se lui è diritto o meno è impossibile usare da soli il sollevatore e minimo ci vogliono dai 5 ai 10 minuti ora che lo hai imbragato, lo guardi bene che l'imbragatura non abbia delle pieghe perché l'imbragatura ha il tiraggio e dopo tirandolo se ci prendi dentro con un po' di pellicina rischi di fargli male se lo imbraghi da sotto le braccia se le braccia non sono incrociate bene rischi di cosarlo sotto le braccia, infatti io le braccia cerco di mettergliele sempre dentro però il suo tempo ci vuole

MA: oltre al sollevatore quali altri strumenti che tu hai usato e che posso creare paura nell'anziano?

I: ho visto che fanno paura hai presente quelle seggette che vanno giù direttamente in vasca? Che proprio loro, tu fai il passaggio dalla seggetta alla seggetta della vasca e invece che ruotarla lo sollevi e poi lo abbassi, anche quello fa paura, perché la seggetta della vasca è più minuta povera non ha e allora lui si sente più nell'aria e non ci vogliono andare e in qualche modo bisogna convincerli magari cercando di alzarla il necessario giusto di farla entrare dentro, loro una volta che hanno messo i piedi per terra che sia una vasca che sia nell'acqua, che sia dove sia, però piuttosto che lasciarlo nel letto un anziano quando si vede alzato dal letto è un sollievo secondo me un anziano dopo un mese che è allettato ha un sollievo (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012-gennaio 2013).

È intorno all'uso dei vari ausili tecnologici che si manifestano i maggiori conflitti fra badante e assistente domiciliare. In questi casi l'uso dell'ausilio rientra in una metodica di lavoro che la badante ha acquisito e definito nel tempo, talvolta rinunciandovi addirittura oppure utilizzandolo secondo una modalità ritenuta errata o inadeguata dall'assistente.

Un'assistente mi ha citato diversi episodi di conflittualità con le badanti a causa dell'uso degli ausili tecnici: in un caso la badante voleva usare il sollevatore a modo suo e lei si è opposta, soprattutto per ragioni legate alla responsabilità di fronte all'eventualità di una caduta dell'anziano in sua presenza, in un altro perché la badante non voleva usare il sollevatore e preferiva sollevare da sé l'anziano:

I.: gli mette una seggetta davanti lo fa aggrappare lui lo tira per le braccia lei da un fianco lo tira su poi si mette da un fianco poi fa ruotare e io con la seggetta gliela infilo nel sedere e lei me lo tira giù è una manovra che io non me la sento di fare questa manovra perché se a lui gli cedono le gambe ti va a finire con le braccia per terra con il sollevatore è diverso ma lei non te lo prende il sollevatore e non ti va a prendere neanche l'acqua [...]

MA: tu le badanti le hai trovate inadeguate al loro lavoro?

l: sì perché la maggior parte non ne ha proprio un'idea di come si fa il lavoro lo fanno proprio per i soldi anche perché questo lavoro devi avere un minimo di professionalità e di esperienza, ma uno che non sa neanche da che parte farsi a mettere una padella per dire fargli fare un bidè in un pannolone già pieno di pipì mi dici come fanno per [Rossi] non mi fanno mica usare la padella ce l'ha ma non me la fanno usare, io non riesco a fare un bidè in un pannolone già pieno di pipì con sotto una traversa, io un'igiene del bidè bisogna buttarci dell'acqua per poterlo lavare non puoi dirmi – No la padella- no io la padella gliela metto però loro non vogliono io quando vado a prendere la padella dal bagno loro me la portano indietro io me la vado a riprendere ma neanche lui la regge perché non è mai stato abituato se le dai come regole prima o poi si abitua ma un'igiene con la padella è l'ideale a meno che non mi trovo di fronte a delle piaghe da decubito e allora mettergli la padella gli fa male (Cervia, assistente domiciliare, periodo dell'intervista gennaio 2012- gennaio 2013)

Sono i saperi informali, quelli costruiti all'interno di una relazione di prossimità nella cura e sviluppati nell'esperienza con il soggetto a cui le cure sono rivolte e nei tempi lunghi della vita familiare, ad essere in gioco. Tali pratiche restano del tutto fuori dall'incontro istituzionale e vengono percepite dai soggetti del servizio pubblico come espressioni "distorte" della cura.

La stessa relazione fra utente, badante e familiare rimane estranea al contatto con l'istituzione e alla pratica per l'ingresso dell'assistente nella casa dell'anziano.

Fra tutte le attività di cura, quella del bagno si palesa certamente come la più delicata e problematica per una molteplicità di ragioni. In primo luogo essa pone l'anziano in una condizione di grande fragilità: il corpo e la sua nudità vengono manipolati e trattati da altri. Inoltre lo spazio domestico che rappresenta la *privacy*, l'identità e la sicurezza del sé , anche per le abitudini che in esso si sono maturate in una vita, vengono stravolte dall'ingresso di altre figure nella casa (Twigg, 1997; 1999; 2000).

Studio di caso: il bagno di Ludovica

Lo studio di caso su cui si basa la mia analisi rivela quanto una questione apparentemente semplice, il bagno a una persona anziana, possa diventare estremamente complessa e conflittuale, proprio per le modalità della sua realizzazione. Gli attori in campo: la *badante* e l'assistente domiciliare manifestano logiche e modalità del tutto diverse, ma è proprio *all'incontro* fra i soggetti

della cura intorno al bagno di Ludovica che si esplicitano le rappresentazioni di cui sono informate le pratiche degli attori della cura.

Nell'esposizione del caso seguirò la cronologia degli eventi così come mi sono stati raccontati dalla familiare e dalla stessa *badante*.

Ludovica è una donna di 96 anni che abita nel centro di Cervia, oltre alla badante, si occupa di lei una pronipote cui è molto legata.

Ludovica è rimasta vedova da circa un trentennio e, pur essendo completamente autosufficiente, una decina di anni fa, ha espresso il desiderio di avere una badante, perché, come ha precisato la familiare che la segue, "*si sentiva sola*". In questo caso si evidenzia l'aspetto affettivo della cura da parte della badante che viene a colmare un vuoto relazionale lasciato dalla rete parentale.

Questa esperienza, peraltro unica nei casi da me incontrati, rimanda ad uno dei significati veicolati dalla domanda di assistenza che avviene oggi da parte delle famiglie e che rinvia alla rarefazione dei rapporti parentali a cui supplisce l'importazione di risorse emotive e affettive così evidenziata negli studi di Parreñas (2001) e di Ehrenreich e Hochschild (2004).

All'epoca dei fatti del mio studio, Ludovica ha 93 anni e la badante che si prende cura di lei da 4 anni è la quinta ad entrare in casa sua.

In seguito alla difficoltà di portare da sola l'anziana nel bagno per lavarla, e tenendo in considerazione quanto era stato detto dalla dottoressa di base, ovvero che la signora doveva essere alzata e non doveva stare nel letto, la badante si fa aiutare in un primo momento da alcune amiche e qualche volta anche dalla sorella.

Il capitale sociale della badante, importante per l'ingresso nel lavoro e per mantenere i legami con il paese d'origine, diventa, nel processo di cura per l'anziana, un capitale che la badante mette a disposizione della famiglia, la quale attiva, a sua volta, un processo di coinvolgimento della rete parentale e amicale della badante per la risoluzione del problema del bagno all'anziana. È un processo di reciprocità in cui la famiglia dell'anziano si apre ad un rapporto fiduciario nei confronti della rete di persone che stanno intorno alla badante, così come la badante mette a disposizione questa rete di relazioni per la famiglia.

Questo fatto testimonia la capacità della famiglia di trovare soluzioni avvalendosi di terzi, mantenendo però un ruolo attivo, che in questo caso diviene più quello di gestione e di regia delle risorse reperite nell'ambito del mercato privato, oltre ad essere una presenza affettiva costante.

Ma torniamo al momento in cui la badante di Ludovica viene a conoscenza, tramite un'amica, del fatto che un'anziana signora usufruisce del servizio dell'assistenza pubblica per il bagno e suggerisce alla nipote di andare in Comune a chiedere per l'anziana nonna il medesimo servizio.

Viene richiesto e concesso il servizio del bagno e tale servizio è concepito come "un aiuto alla badante", ma vedremo che in realtà diverrà per lei un aggravio ulteriore del suo lavoro, fino a dispiegare i suoi effetti in modo addirittura opposto a quelli auspicati.

Il servizio viene dunque attivato, ma senza tener conto dei consueti orari di alzata di Ludovica, così che tutti i tempi della sua giornata abituale vengono modificati con delle inevitabili conseguenze nella vita dell'anziana.

Il servizio di assistenza è caratterizzato da un elevato turnover del personale e ciò non permette alla familiare di avere un referente per tentare di dare una soluzione ai problemi sorti, né a Ludovica di instaurare un rapporto di fiducia con gli operatori. Gli orari di alzata vengono cambiati di frequente e il lavoro da parte del personale del servizio pubblico viene svolto in tempi molto ristretti e in modo frettoloso.

Queste sono state le parole della familiare:

il primo problema è stato quello dell'orario perché, se deve essere un servizio a favore dell'anziano, bisogna, secondo me, che i servizi siano un po' personalizzati, io capisco che ci siano degli orari da rispettare, queste persone dovranno fare il giro da altri anziani, però, ad esempio, mia nonna prima delle 11- 11,30 non si alza, il servizio passava alle 9-9,30, quindi dovevamo sregolare tutta la giornata della nonna, perché la nonna non è abituata ad alzarsi alle 9 quindi doveva, alle 9, essere già pronta, arzilla, cosa che non lo è non lo è mai stata, adesso ancora meno, quindi già per noi era un disservizio non un servizio, abbiamo chiesto, io ho parlato con la responsabile e pian piano siamo riusciti, ogni tanto riuscivano a venire in un orario dopo le 10, che già era meglio, anche se non era l'ottimale perché lei diventava nervosa perché si sregolava tutta la giornata e dopo voleva ritornare nel letto e quindi non dico che l'alzavano quasi per niente ma dopo Arianna doveva fare la stessa fatica a riportarla nel letto e poi ad alzarla a mezzogiorno quando mangiava quindi era un servizio che diciamo che piuttosto che niente era meglio piuttosto non era proprio e è durato meno di un anno

[...]

le persone erano sempre diverse non c'era una persona di riferimento e non c'era lo stesso orario tutti i giorni, l'orario cambiava tutti i giorni e la persona cambiava, quindi voglio dire, uno che impara a gestire un anziano, perché tanto tutti gli anziani sono come i bambini, sono da gestire, te gli dici fai così, tanto non lo fanno, lo fanno, ma insomma, bisogna instaurare un rapporto, allora diventa collaborativa la cosa, diversamente la nonna si vede una persona diversa tutti i giorni e quindi già la collaborazione c'è meno, o è molto scarsa, e quindi il problema era la persona diversa tutti i giorni [...] perché poi il letto rimaneva tutto bagnato e Arianna, quando andavano via loro, doveva cambiare anche il letto

[...]

il tempo era quello che era perché non è che stessero qua un'ora e quindi in dieci minuti andavano e venivano perché arrivavano sempre in ritardo o perché non trovavano il posto per la macchina e quindi loro dopo avevano una tabella da rispettare e dovevano andare da altre parti - stavano di più di 10 minuti ma facevano tutto in fretta [...] era più il disservizio del servizio e la badante doveva girare la nonna a destra e a sinistra come diceva quella dell'assistenza (Cervia, familiare di L., intervista del 19 ottobre 2011).

L'avvio del servizio pubblico scompagina non poco la vita di Ludovica: viene alzata due ore prima del solito orario e la badante è costretta a riportarla a letto e poi a rialzarla; viene lavata nel letto mentre prima era lavata nel bagno; ogni giorno arriva una persona diversa e gli orari non sono sempre gli stessi.

È su questo stravolgimento delle abitudini dell'anziana signora che si fonda la critica della familiare all'attività del servizio pubblico, che giunge a definire "disservizio" quando non di "una cosa che non aveva senso". Inoltre il nuovo intervento si ripercuote in maniera negativa sul consueto lavoro della badante e crea un vero conflitto fra quest'ultima e l'assistente domiciliare.

Per la badante si tratta in effetti di dover fare un lavoro più gravoso rispetto a prima: deve cambiare il letto lasciato bagnato dalle assistenti, svolgere funzioni subordinate a quelle dell'assistente e accollarsi i lavori più pesanti, a significare la relazione di potere asimmetrica fra le due lavoratrici, testimoniata anche dai tentativi di screditamento della badante agli occhi dei familiari:

perché succedeva spesso che alle 7,30 mi chiamavano al telefonino per dirmi - Guarda le ragazze oggi non possono venire e allora ti arrangi da sola-; oppure andavo via e loro venivano prima e poi loro hanno chiamato Antonio per dire-

Arianna non c'è- e io ero 3 minuti di ritardo ma quando io le aspettavo 10 minuti e più (Cervia, badante di L., intervista del 19 ottobre 2011).

Ludovica era abituata a essere lavata nel bagno, mentre ora le assistenti la lavano a letto e non sono disposte a mediare con i suggerimenti dei familiari, della dottoressa e della badante:

loro venivano e facevano la pulizia mattutina e lì abbiamo avuto i primi problemi perché la nostra dottoressa ci diceva che la nonna doveva essere alzata, cioè dovevamo fargli fare una giornata normale, e invece le signore che venivano la lavavano nel letto perché dicevano che non era in sicurezza nel bagno, ogni giorno veniva una sola, solo il sabato venivano in due quando dovevano fare il bagno, quindi in una non erano in grado di alzarla (Cervia, familiare di L., intervista del 19 ottobre 2011).

La badante cerca comunque di arrivare ad un compromesso così, tenendo conto dei limiti operativi dell'assistente, si adopera per portare nel bagno Ludovica e farla trovare pronta per essere lavata:

e poi perché Arianna diceva -Ti aiuto io! Facciamo in questo modo-. La portava sul water e la lavava lì, allora il problema e i primi disguidi ci sono stati perché la Arianna diceva -La alzo io per sicurezza e te la porto nel bagno e nel bagno io sto lì - perché non è che lei se ne andasse a fare un giro, -Sto qui anch'io tu la lavi, fai quello che devi fare - così la nonna non si scombina e dopo -Quando la alzi- diceva Arianna -Ti aiuto io- e loro non hanno voluto (Cervia, familiare di L., intervista del 19 ottobre 2011).

Il conflitto, che si protrae per quasi un anno, sorge dunque *all'incontro* di più attori della cura nel momento in cui, insieme, devono fare il bagno a Ludovica e quindi al confronto fra due diverse pratiche del bagno. Inoltre esso deriva anche dalla necessità di una collaborazione fra i diversi attori, collaborazione che nella modalità in cui è messa in atto dalla badante, viene rifiutata sia dall'operatrice sia dalla responsabile organizzativa del servizio:

e insomma alla fine uno, due, tre volte io ho parlato cinque volte con questa responsabile dell'assistenza domiciliare che mi chiamava e mi diceva - Guardi che oggi la sua badante ha fatto trovare la nonna nel bagno e che non va bene e che se lo fa un'altra volta non veniamo più!- poi lei lo ha fatto altre volte [...] e Arianna gli ha detto che questo lavoro lo doveva fare da sola se voleva fare il bagno sul

letto, siccome dopo era diventato una sorta di attrito allora lei diceva -Se volete fare come dite voi che la volete lavare nel letto allora vi arrangiate e fate da sole, io non vi aiuto perché se vuoi che io ti aiuti andiamo nel bagno,- No nel bagno, perché se cade- eccetera eccetera allora lei non l'aiutava più, anzi l'aiutava lo stesso, solo che lei doveva fare i lavori più pesanti e quella che veniva usava quella spugna e basta (Cervia, familiare di L., intervista del 19 ottobre 2011).

La diversità delle pratiche fa riferimento a due modi molto differenti di approcciarsi a Ludovica.

Analizzerò in un primo momento la partecipazione di Arianna alla cura e successivamente la modalità in cui il corpo di Ludovica entra nella cura.

La badante è costantemente orientata sulla persona assistita e ciò si esprime nella consapevolezza che la sua "priorità" è una buona cura per l'anziana e che dal benessere di Ludovica dipende anche il suo benessere: *"a me chi mi importa di più è stare bene di Ludovica, se sta bene lei sto bene anch'io"* e anche *"dobbiamo cercare di fare i lavori bene anche per anziana e anche per me che lavoro con lei"*.

Arianna pur essendo pienamente coinvolta nell'immediatezza delle sofferenze della signora anziana, ad esempio, la sua difficoltà ad alzarsi dal letto e a camminare, non vuole limitarsi a queste. L'intensità della relazione costituisce per lei uno strumento per l'avvio di una riflessione che a partire dai disagi dell'anziana, cui sono rivolte le cure, si pone l'obiettivo di elaborare lo specifico aiuto da offrirle rispetto alla sua difficoltà a muoversi.

La relazione di prossimità permette alla badante di attivare un processo di costruzione di "una solidarietà molto intima " attraverso cui pensare e mettere in atto una specifica cura che tenga conto del disagio di Ludovica.

La badante è esternamente coinvolta nelle sofferenze del corpo dell'anziana: da una parte Ludovica comprende il suo corpo come una realtà unica e quindi la sua comprensione è orientata verso l'unicità; dall'altra Arianna, pur essendo interessata alla sua assistita come essere umano totale e unico, ne inserisce e rapporta il corpo a categorie oggettive di fenomeni, che in questo caso si esprimono nella dicotomia paralizzata/non paralizzata.

L'attività di cura della badante, tesa a ridurre la discrepanza fra il corpo vissuto (quello di persona che ancora possiede delle capacità di muoversi) e il corpo oggetto delle categorie biomediche (la dicotomia paralizzata/ non paralizzata), tende a mediare la dualità corpo vissuto e corpo oggetto indirizzando due aspetti della persona a uno solo, in una sintesi nuova.

La pratica del bagno da un lato rafforza e sostiene l'esperienza di Ludovica di corpo vissuto attraverso l'intimità delle cure fisiche e dall'altro, per mezzo dell'aiuto che Arianna le offre *"le dicevo stai dritta, bisogna dirglielo e dopo lei lo fa"*, viene sollecitata a una diversa esperienza di corpo vissuto e a una diversa consapevolezza del sé, come viene ben reso dalle parole della badante: *"a quel tempo camminava, si metteva mani così lei andava indietro e passo per passo andava nel bagno e si teneva nel termosifone e io gli tiravo su le mutande era un po' di alzarla dal gabinetto ma dopo si teneva lei da sola"*.

È nella specificità del modo di offrire il suo aiuto, nel fare sì che Ludovica si alzi dal letto con una imposizione minima e in una relazione di apertura e di fiducia, la caratteristica peculiare della cura della badante. *"La alzo"*, dice Arianna- e Ludovica, camminando sulle sue gambe, raggiunge il bagno, si siede sul water e la badante le fa il bagno; poi ancora col suo aiuto si alza e cammina nuovamente. È proprio questo sostegno che permette a Ludovica di fare quello che da sola non sarebbe in grado di fare, nel mantenere vive e sostenere le sue, ancora presenti, capacità di camminare, che si può cogliere la personalizzazione della cura messa in atto da Arianna.

Essa si sostanzia per il suo *essere con* la signora anziana a cui si presta assistenza, entrambe sono reciprocamente coinvolte in modo attivo nella cura, il corpo di Ludovica pur essendo oggettivato, non viene ridotto ad un oggetto e la pratica è costruita nella specificità della relazione fra *due soggetti*.

Passando all'analisi di come il corpo entra nella cura, emergono due letture del corpo dell'anziana: per la badante, il corpo di Ludovica è ancora in grado di muoversi e di camminare e quindi è possibile prefigurare una situazione di bagno nella stanza da bagno; per l'assistente è un corpo paralizzato a cui applicare le regole della casa di riposo dove tutti sono trattati come degli infermi e l'unica prefigurazione possibile è il bagno a letto.

La rappresentazione di Ludovica come una donna inferma, non corrispondente alla realtà dei fatti, è funzionale al tipo di servizio, nella forma del bagno a letto, messa in atto dall'assistente.

Si delinea così una situazione in cui esistono due bagni per Ludovica: uno nelle pratiche e nella rappresentazione di Arianna e uno iscritto nella pratica e nella rappresentazione dell'assistente del servizio pubblico.

Quest'ultima lettura chiama in causa la tendenza ad una standardizzazione degli interventi da parte del servizio pubblico, che procede per diffusione fino alla massima estensione possibile di pratiche consolidate e certe, perché avvalorate da protocolli e logiche sulla sicurezza desunte dall'ambito sanitario e ospedaliero, ma si può ricondurre anche a processi più profondi iscritti nelle pratiche e nelle rappresentazioni del soggetto del servizio pubblico. Essi si originano a partire dal corpo dell'anziano e orientano il soggetto della cura del servizio pubblico, pur operando in un contesto domiciliare, in *schemi di azioni* che affondano le loro radici in pratiche di tipo sanitario e ospedaliero nell'ambito delle quali i soggetti vengono minuziosamente formati.

Il tema dei saperi degli attori della cura si esprime nella dicotomia fra il sapere esperienziale della badante da un lato, e il sapere standardizzato dell'operatrice del servizio pubblico, dall'altro. Il primo è un sapere pratico, empirico, contestualizzato alle situazioni che di volta in volta è chiamato ad affrontare e tende a tenere uniti gli elementi soggettivi di sofferenza dell'anziana con le richieste e le prescrizioni mediche, le quali acquistano valore proprio perché hanno la forza di agganciarsi alla specificità della vita di Ludovica. La tensione al sincretismo si esprime nel tentativo che la badante compie di mettere insieme due elementi: ciò che aveva detto il medico, *"deve fare una giornata normale [...] devi muovere, devi muovere, [...] anche per le cose quotidiane, la dovete portare nel bagno a lavarla, mangiare non si mangia nel letto ma a tavola"* e i vincoli che manifestano le assistenti nel loro lavoro.

D'altro canto il sapere dell'assistente, standardizzato e decontestualizzato, presenta una coerenza che è situata all'esterno del contesto di cura, ovvero nelle logiche della sicurezza finalizzate prima di tutto alla salvaguardia dell'incolumità fisica delle assistenti e a quella degli assistiti poi. Esso nasce dall'attribuzione di elementi conoscitivi di tipo biomedico al corpo di Ludovica e struttura l'intervento socio assistenziale secondo categorie che lasciano poco spazio a variazioni del soggetto al quale la cura è rivolta. Così al corpo dell'anziana, come racconta Arianna, viene riservato questo trattamento:

loro la volevano trattare come un'inferma cosa che all'epoca non era [...] sì loro applicano queste regole della Casa di Riposo anche all'assistenza domiciliare, ma noi non siamo Casa di Riposo! (Cervia, badante di L., intervista del 19 ottobre 2011).

La "domiciliarietà" della cura del servizio pubblico, proprio perché legata al trasferimento di pratiche e logiche dell'igiene desunte dall'ambito ospedaliero, non ha comportato, nel nostro caso, una ridefinizione delle stesse pratiche sulla base di quelle consolidate in ambito familiare.

L'intervento del soggetto pubblico nel contesto della casa ha azzerato altre pratiche rispetto alle quali esso ha esercitato un effetto strutturante, per il processo di progressivo adeguamento a prassi di tipo sanitario e istituzionale anche da parte degli altri attori della cura.

Persino rispetto agli ausili sanitari le posizioni dei *caregivers* tendono a differenziarsi: per Arianna il sollevatore è percepito come una perdita di tempo e ad esso preferisce il contatto del corpo, per le assistenti l'ausilio sanitario accompagna comunque il loro arrivo nella casa, anche se poi non verrà utilizzato, quasi a sottolineare la differenza simbolica della cura offerta.

Gli interessi, così come i vincoli degli attori della cura, differiscono: per l'assistente domiciliare il rispetto del protocollo costituisce il vincolo primario del suo lavoro e l'interesse si identifica nella preservazione dell'incolumità fisica e nello svolgimento della prestazione; per la badante il vincolo è costituito dal "muovere" Ludovica così come suggerito dalla dottoressa e l'interesse dal non fare più lavori dopo l'intervento del soggetto pubblico e fare in modo che Ludovica non "si scombini".

I continui tentativi della badante di arrivare ad una negoziazione falliscono, perché il servizio pubblico non recepisce in alcun modo né i suggerimenti della familiare né i tentativi della badante di fare lei stessa qualcosa in più per garantire a Ludovica un "vero bagno".

La dinamica conflittuale instauratasi fra la badante e l'assistente del servizio pubblico arriva ad un momento di massima esplicitazione del conflitto quando la badante viene ricacciata nel suo ruolo facendo leva sulla mancanza del titolo di studio professionale, unico requisito che le darebbe l'autorevolezza per parlare: "– Hai studiato tu? Che titolo hai per dire che si fa così?–".

L'intervento del servizio pubblico produce i suoi effetti anche nei confronti della familiare di Ludovica, che già gravata delle maggiori responsabilità di cura, si trova ora ad affrontare un ulteriore impegno morale di dover decidere qual è il più opportuno, per la nonna, fra i due servizi.

Da un lato, la cura offerta dal servizio pubblico si rivela di fatto un “*disturbo*” di tutto il ménage familiare e uno “*stravolgimento*” della vita dell’anziana, pur rappresentando un servizio che davvero “*serviva*”; dall’altro la cura della badante, il cui lavoro può essere valutato (solo) alla luce della dinamica relazionale che si sviluppa con l’anziana:

perché Arianna, nel bene o nel male, questo non lo so, ha continuato a fare quello che riteneva il meglio per la nonna, perché se sta bene la nonna sta bene anche lei se la nonna incomincia a essere più nervosa (Cervia, familiare di L., intervista del 19 ottobre 2011).

La familiare di Ludovica, proprio a causa dell’impossibilità di costruire un dialogo costruttivo, vive una conseguente situazione di isolamento, di impotenza e di mancanza di fiducia. Questa esperienza la porterà a una sempre più profonda diffidenza nei confronti del servizio pubblico.

La sospensione del servizio pubblico comporta, soprattutto per il momento del bagno a Ludovica, la ricerca di un’altra soluzione, che viene trovata nuovamente all’interno della rete parentale e sociale della badante:

il servizio che veniva offerto dal Comune a noi serviva; non è che adesso ne adesso ne facciamo a meno, l’abbiamo sostituito con un servizio privato che chiediamo a delle amiche di Arianna, non tutte le mattine, ma per il bagno una volta alla settimana viene un’altra signora e poi c’è anche la sorella di Arianna, abbiamo trovato un’alternativa diversa da quella del servizio pubblico e migliorativa, sia per la nonna sia per Arianna, perché se lei deve essere arrabbiata tutte le volte che venivano! (Cervia, familiare di L., intervista del 19 ottobre 2011).

Il pasto nella cura

Nei quattro casi di studio in cui l’anziano usufruisce del pasto a cura del servizio pubblico, i familiari attribuiscono un grande valore a tale servizio, perché assicura un’attività di cura che il familiare non riesce a svolgere (per lontananza, per impegni lavorativi, per incapacità personale) e che difficilmente ritiene di poter delegare alla badante.

All’interno di un percorso di cura segnato da imprevisti e bruschi peggioramenti delle condizioni di salute dell’anziano e che si protrae per anni, in un caso si prolunga per 12 anni, il servizio del pasto rappresenta una *sicurezza* su cui poter contare. Esso acquista valore proprio perché contrassegnato da continuità in un contesto, dove domina sempre un certo grado di incertezza, con un equilibrio

molto fragile e che può improvvisamente saltare. La stessa presenza della badante non può mai essere data per scontata e vi è sempre la paura di perderla soprattutto quando si è trovata la persona che soddisfa le proprie esigenze.

I motivi della mancata delega alla badante di questo compito fanno riferimento, nella maggior parte dei casi, alla difficoltà da parte quest'ultima di cucinare in modo conforme alle abitudini delle persone assistite, mentre in un caso, in cui la badante ha il compito di accudire una coppia di anziani, il familiare ritiene di doverla sgravare di questo ulteriore compito.

Riporto le parole della figlia di un'anziana signora rispetto al pasto, perché rappresentano efficacemente il senso generale dei discorsi dei vari familiari intervistati:

quindi abbiamo cominciato con le cose più semplici, abbiamo chiesto il letto con le sponde perché effettivamente, lei dorme qui da sola, io dormo di là, aveva bisogno di aiuto quindi abbiamo incominciato a chiedere queste cose qui , poi dopo quando ho visto che c'era il pericolo del gas abbiamo evitato il cibo, per non essere più completamente oberata, allora ho approfittato che il comune dava questi pasti così io ero sicura che lei poteva avere il cibo del mezzogiorno a me interessava quello , che l'avesse sicuro anche se io non ero a casa in quel momento perché lei poteva mangiare da sola soltanto che era pericoloso lasciarlaio ho fatto sempre solo il pasto del pranzo perché quello della sera poi lei non riusciva neanche a finirlo quello del mezzogiorno, allora dicevamo, va bè, allora non vale la pena prenderne due, ne prendiamo uno, poi alla sera vediamo, tanto qualcosa poi io alla sera sono qui, abito qui, quindi l'importante era il pasto del mezzogiorno , doveva prendere alcune pillole, aveva bisogno di una vita molto regolata

[...]

e questo mi dava sicurezza, il fatto che lei aveva il pasto pronto caldo, le avevo dato il modo anche per riscaldarselo con il forno microonde, insomma certe cose che se per caso non arrivava caldo lei poteva senza pericolo riuscire e per un periodo siamo andati avanti così (Cervia, familiare di O., intervista dell' 8 giugno 2011).

Per ulteriori approfondimenti

- Fassin D., 2004, *The politics of life: beyond the anthropology of health*, in *Encyclopedia of medical anthropology- Health and Illness in the world's cultures*, New York, Ember R.C., 2004, 253-268.
- Fassin D., 2006, *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, "Antropologia", vol.6, n.8, 2006 [Sofferenza sociale, numero monografico a cura di Ivo Quaranta], 93-111.
- Fassin D., 2008, *The elementary forms of care An empirical approach to ethics in a South African Hospital*, "Social Science & Medicine", vol. 67, 2008, 262-270.
- Foucault M., 1985, *L'ordine del discorso*, Torino, Einaudi (ed. or. 1971).
- Foucault M. (1998), *La nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi (ed. or. 1972).
- Gadow S., 1980, *Body and self: a dialectic*, in *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 5, n. 3.
- Gadow S., 1980, *Esistenzial advocacy: philosophical foundation of nursing*, in *Nursing: images and ideas; opening dialogue with the humanities*, edited by S.F. Spiker and S. Gadow, Springer Publishing Company, New York, 1980, 79-101.
- Gadow S., 1983, *Frailty and strength: the dialectic in aging*, in *Gerontologist* 23, n.2, 144-147.
- Gadow S., 1984, *Touch and technology: two paradigms of patient care*, in *Journal of religion and health*, vol. 23, n. 1.
- Gregory S., 2005, *Living with chronic illness in the family setting*, in «Sociology of health and illness», vol. 27, n. 3, pp. 372-392.
- Hochschild R. A., 2006, *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Il Mulino, Bologna.
- Illich I., 2004, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Mondadori, Milano.
- Kleinman A., Kleinman J., 2006, *La sofferenza e la sua trasformazione professionale: verso una etnografia dell'esperienza interpersonale*, 199-234, in QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, Milano [ediz. orig.: *Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience*, "Culture, Medicine, and Psychiatry", vol. 15, n. 3, 1991, 275-301].
- Kleinman A., 2008, *Catastrophe and caregiving: the failure of medicine as an art*, "The Lancet", vol. 371, n. 9606, 2008, pp. 22-23.
- Kleinman A., 2009, *Caregiving: The odyssey of becoming more human*, "The Lancet", vol. 373, n. 9660, 2009, 292-293.
- Kleinman A. Van Der Geest, 2009, "Care" in health care. *Remaking the moral word of medicine*, "Medische Antropologie" vol. 21, 2009, 159-168.
- Kuhse H., 2000, *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*, Edizioni di comunità, Torino.
- Mauss M. (ed. orig. 1936, 2° ed. 1950), *Teoria generale della magia e altri saggi*, Einaudi, Torino.
- Minnelli M. Redini V., 2012, *Vulnerabilità e agentività nella sfera più intima. Una ricerca su operatori socio- sanitari, familiari e badanti nell'assistenza domiciliare alla persona anziana disabile*, in *Antropologia Medica*, n. 33-34, 267-309, ottobre 2012.
- Parreñas R., 2000, *Migrant Filipina domestic workers and international division of reproductive labor*, in "Gender e society", 560-580.
- Parreñas R. S., 2001, *Servants of globalization : women, migration and domestic work*, Stanford University Press, Stanford.
- Pizza G., 2005, *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Carrocci, Roma.
- Quaranta I., 2012, *Malati fuori luogo*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Quaranta I., 2006, (a cura di), *Antropologia Medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Twigg J., 1997, *Deconstructing the 'Social Bath': Help with Bathing at Home for Older and Disabled People*, in *Journal of Social Policy*, Cambridge University Press, vol. 26, n. 2., 211-232.
- Twigg J., 1997, *Bathing and the politics of care*, in *Social Policy & Administration*, vol.31, n.1, 61-72.

Twigg J., 1999, *The spatial ordering of care: public and private in bathing support at home*, in «Sociology of Health and Illness», vol. 21, n. 4, pp. 381-400.

Twigg J., 2000, *Carework as a form of bodywork*, in *Ageing and Society*, vol. 20, n.4, 389-411.

Twigg J., 2002, *The body in social policy: mapping a territory*, in *Journal of Social Policy*, Cambridge University Press, vol. 31, n.3, 421-439.

Valori, sentimenti ed emozioni nella cura

Sentimenti, emozioni e stati connessi alla cura

Durante il lavoro di ricerca le mie interlocutrici hanno raccontato in diverse occasioni le emozioni e i sentimenti che accompagnano la cura.

Il “prendersi cura” si distingue infatti proprio per l’alto coinvolgimento emotivo conseguente alla natura interattiva del lavoro stesso, amplificata anche dal coinvolgimento del corpo della persona oggetto di cure.

Questo aspetto è stato ampiamente trattato negli studi americani nei quali si parla di *‘emotional labour’* (Hochschild, 2003; Bolton e Boyd, 2003) in riferimento all’implementazione del lavoro di cura nell’ambito del mercato per poi includerlo all’interno della concettualizzazione del lavoro di cura come lavoro sul corpo (*body work*).

I sociologi della salute e della malattia, in particolare, hanno evidenziato come il lavoro sul corpo sia emotivamente drenante e faticoso (James 1992).

Generalmente, all’interno delle gerarchie occupazionali, *‘emotional labour’* procede di pari passo al *‘dirty work’*; essi occupano i gradi più bassi dei lavori che si svolgono sul corpo e coinvolgono in gran parte persone di sesso femminile (si pensi in questo senso alla gerarchia del lavoro in ambito ospedaliero: dal lavoro medico a quello dell’OSS).

Le emozioni e i sentimenti legati alla cura che si sono palesati nei soggetti della ricerca sono riportati alla tabella 10.

Le emozioni e i sentimenti dell’anziano

Ad una prima analisi emerge come siano soprattutto gli anziani ad essere emotivamente coinvolti nella cura: la condizione di fragilità fisica e sociale unita alla condizione di dipendenza da altri determinano un timore costante per la perdita della propria integrità fisica e del supporto sociale dato dalla famiglia.

A questo proposito ritengo molto significative le parole della Presidente della cooperativa quando ha affermato:

[gli anziani] *hanno bisogno di **sentirsi visibili** perché altrimenti adesso si parla di anziani, minori, ma diciamo che ogni area ha le sue specificità. Io non conosco i minori come non conosco i disabili, ma la **paura per gli anziani oggi come oggi è quello di essere dimenticati, non si è soltanto una pratica** e gli operatori che vanno nei servizi raccolgono più informazioni perché come dire (Cervia, Presidente della cooperativa, intervista del 25 gennaio 2012).*

Le persone anziane hanno manifestato un sentimento di paura verso tutte le attività connesse alle cure del corpo, da quelle che riguardano l'uso del sollevatore e di altri strumenti per la mobilità, fino ad arrivare a tutti gli strumenti tecnologici di contenimento del corpo.

La pratica del bagno si è rivelata altamente ansiogena, perché la persona deve lasciare che siano altri a manipolare il suo corpo; i sentimenti di *pudore* e *vergogna* che accompagnano le pratiche dello stesso rimandano ai significati più generali iscritti nel tessuto sociale e culturale, alle categorie pubblico/privato e al valore negativo che viene associato al corpo nella quarta età.

Il malessere della familiare e della badante: la “cura che ammalata”

Merita particolare attenzione la condizione di fragilità in cui vengono a trovarsi i *caregivers* che per lunghi periodi si trovano a prendersi cura di anziani in condizioni di disagio e manifestano spesso una condizione di sofferenza derivante dal ruolo che si trovano a ricoprire. Tale sofferenza è stata riscontrata sia nelle familiari che nelle badanti, anche se legata a ragioni differenti.

Per la familiare la ragione va rintracciata nella obbligazione morale alla cura e in tutto il peso che in termini fisici e psichici ne consegue, mentre per la badante è prevalentemente il contatto continuo con la persona ammalata a dare origine a tale malessere.

Riporto al riguardo quanto mi è stato detto da una badante:

quando c'è una donna con Alzheimer è difficile, difficile da stare, lei chiede sempre, quella anch'io divento come lei piano piano diventiamo anche noi così, è un lavoro molto stressante no fisicamente ma mentalmente(Cervia, badante di G., intervista del 10 giugno 2011)

La cura per le caregivers diventa essa stessa possibile causa di “malattia” proprio perché non prevede e non consente stacchi, sottopone le familiari a un grande impegno e le badanti in alcuni casi sono trattate semplicemente come corpi da sfruttare.

Riporto a tale proposito il racconto di Angelica, una giovane badante, sulla sua malattia:

MA: per lei Angelica è la prima esperienza di lavoro in una casa?

I: come badante sì ma prima sono stata a Napoli come baby sitter, facevo le faccende, ero da una famiglia di dentisti, c'era la vera baby sitter che era italiana e faceva solo con bimbi e io aiutavo, poi io cucinavo per bimbi

MA: come mai ha smesso?

*I: **perché mi sono ammalata di stress troppo lavoro***

MA: era un lavoro pesante?

*I: sì perché alle volte dovevo lavorare fino alle 2 alle 3 di notte perché aveva ospiti e dormivo nella stanza con i bimbi e mi svegliavo 2- 3 volte per notte e quando sono andata via hanno visto anche loro che stavo male perché sono andata in ospedale e mi hanno fatto gli esami e poi mi dovevano fare la risonanza magnetica ma io **dalla paura che morivo qui sono andata a casa***

MA: ma come si sentiva?

I: sentivo un gran calore nelle braccia e mi si addormentavano adesso mi prendono questi formicolii alle braccia ma raramente là mi prendeva tutti i giorni

MA: aveva un contratto regolare e che stipendio aveva?

I: prendevo 660 euro al mese e era così (Cervia, badante di B., intervista del 10 ottobre 2011).

Le familiari in più occasioni mi hanno parlato della paura di ammalarsi, in particolar modo di depressione, così come in alcuni casi mi hanno parlato di disturbi del sonno o di disturbi gastrici intervenuti lungo il corso della cura.

Il rischio che l'attività di cura si tramuti in una “cura che ammalata”, può essere accentuato dalla modalità di presa in carico da parte dei Servizi che, se non tiene sufficientemente in considerazione il contesto all'interno del quale la persona anziana è inserita, e quindi del fatto che la condizione di disagio dell'anziano può riverberarsi anche su quanti svolgono il lavoro di cura, finisce, sebbene indirettamente, per facilitare le condizioni per l'insorgenza di una ulteriore fragilità, ovvero di una *illness* di riflesso.

Ancora oggi il disagio sociale e la malattia fanno riferimento, in termini sociali e culturali, solo all'esperienza individuale e al singolo sofferente e il soggetto dell'intervento dei Servizi è unicamente la persona e non il nucleo all'interno del quale essa è inserita.

Il disagio dell'assistente del servizio pubblico

Il disagio dell'operatrice del servizio pubblico è connesso prevalentemente ai ritmi serrati che ha il suo lavoro, alla "temporizzazione" delle attività di cura e al significato che esse assumono in termini di prestazione. È l'ansia di arrivare tardi da un utente, di non riuscire a fare l'attività nei tempi stabiliti che caratterizza il malessere dell'operatrice, la quale per prima comprende i limiti del suo operato rispetto a quella regola, non scritta, ma ampiamente dichiarata nelle intenzioni come orientativa di tutte le attività, e che gli stessi assistenti sociali mi hanno rimarcato, consistente nel "non sostituirsi mai all'anziano" e nel fare in modo che l'anziano possa fare da solo tutto ciò che è in grado di fare.

Per ulteriori approfondimenti

Bolton, S. C., Boyd, C., 2003, *Trolley dolly or skilled emotion manager? Moving on from Hochschild's managed heart*, *Work, Employment & Society*, 17, 2, 289-308

James, N., 1992, *Care = organisation + physical labour + emotional labour*, *Sociology of Health and Illness* 14, 4, 488- 509

Hochschild R. A., 2006, *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*, Il Mulino, Bologna

Tabella n. 10 Sentimenti, emozioni e stati che accompagnano la cura

	Anziano	Rete parentale	Badante	Operatori del servizio pubblico
Paura	<ul style="list-style-type: none"> - di essere dimenticati e abbandonati - di essere sollevati e trasportati, e per tutte le strumentazioni di contenzione del corpo - di essere maneggiati da altri nella cura in particolare modo nel bagno - di perdere il sostegno familiare 		<ul style="list-style-type: none"> - di non riuscire a farsi accettare dall'anziano - di essere picchiata dall'anziano com'era successo a due sue amiche 	<ul style="list-style-type: none"> - di non riuscire a farsi accettare dall'anziano - di non riuscire a svolgere la prestazione nei tempi prestabiliti
La "cura che ammalata"		<ul style="list-style-type: none"> - la responsabilità di cura , lo stress psicofisico e il contatto con la persona bisognosa di cure espone il parente stesso a malattia creando così un'ulteriore fragilità - le familiari parlano di depressione, di stress, di disturbi gastrici, ecc.. 	<ul style="list-style-type: none"> - il troppo lavoro, lo sfruttamento del corpo della badante che è in contatto continuo con la persona ammalata la espone al rischio di ammalarsi lei stessa <i>"Diventiamo come loro"</i> in riferimento al contatto continuo con la persona affetta da demenza 	
Ansia		<ul style="list-style-type: none"> -per le responsabilità di tutta l'organizzazione della cura e lo svolgimento di compiti 	<ul style="list-style-type: none"> -per i propri familiari nel paese di origine -nervosismo e stanchezza per le notti insonni 	<ul style="list-style-type: none"> -di non rispettare i tempi fra un utente e l'altro -per l'essere troppo "temporizzate"
Dolore per Affezione/perdita	<ul style="list-style-type: none"> - dell'affetto dei familiari 	<ul style="list-style-type: none"> -della persona anziana -della badante 	<ul style="list-style-type: none"> -la morte della persona anziana -le gravi condizioni di salute della persona:<i>"Poveretta"; "Mi dispiace"</i> 	<ul style="list-style-type: none"> -<i>" Ci si affeziona sempre anche alla persona che si detesta"</i>
Rabbia	<ul style="list-style-type: none"> -legata ai cambiamenti di abitudini imposti dai soggetti della cura : badanti e operatrici del servizio pubblico 			
Vergogna e pudore	<ul style="list-style-type: none"> - esporre il proprio corpo, la propria nudità ad altri 			

Parte terza. Le buone pratiche e alcune riflessioni conclusive

Le buone pratiche

La presente ricerca riserva una più approfondita analisi ai casi che hanno evidenziato delle problematicità nella cura, perché è proprio attraverso la disamina di situazioni dove si sono evidenziate delle conflittualità, o dove le cose non hanno funzionato secondo le aspettative degli attori della cura, che è possibile individuare con chiarezza i processi e i significati iscritti nelle azioni dei soggetti stessi.

Gli elementi di criticità, pur circoscrivibili nell'ambito di un numero limitato di casi, rinviano immediatamente a questioni chiave, legate alla base stessa del rapporto fra i diversi soggetti della cura: l'anziano, la familiare, la badante e l'assistente domiciliare.

Questo non significa che siano mancati esempi di buone pratiche che accompagnano la cura, sarà proprio con le esperienze positive che il presente lavoro definisce e conclude il proprio percorso di ricerca.

Meritevole di menzione appare un'azione coordinata fra una badante e la responsabile dell'organizzazione del servizio di A. D. , caratterizzata da una esemplare sinergia positiva fra i due soggetti della cura (pubblico e privato).

La badante, in vista dell'imminente partenza per il paese d'origine dove andrà a trascorrere il suo periodo di ferie, si rende conto della difficoltà in cui si troverà la persona in sua sostituzione, soprattutto per la scarsa esperienza. Decide perciò di attivarsi personalmente presso la RAA per chiedere che durante il periodo della sua assenza, vengano inviate presso l'anziana di cui si occupa, le operatrici che meglio conoscono la situazione per più lunga consuetudine e che le renderebbero l'allontanamento più sereno. Tale richiesta singolare, accompagnata da un bigliettino nel quale la badante indica il nome delle operatrici del comune che seguono il caso da più tempo, viene accolta dalla R.A.A., che pur considerando questa prassi un'eccezione, dato che le regole non lo consentirebbero, si adopera per una "mediazione" e cerca di "*stare dietro a questa richiesta*" per tutto il mese di assenza della badante. La R.A.A. accoglie la proposta della badante, ne riconosce la capacità di assumersi tutta la responsabilità della cura dell'anziana, tant'è che non si attiva neanche per informare la famiglia "*perché tanto gestisce tutto lei*".

In questo caso la badante dimostra la capacità di costruire un dialogo molto costruttivo con i servizi, oltre a una speciale sensibilità nei confronti dell'anziano che deve lasciare per un lungo periodo; allo stesso tempo la responsabile manifesta un'ampia comprensione per la specificità del contesto di cura.

L'azione congiunta dei due soggetti ha dato luogo in questo caso a una pratica virtuosa in grado di valorizzare la cura.

Di grande rilievo sociale è anche l'adozione di un mediatore linguistico, un vero esempio di buona pratica adottata dal Servizio. Durante le attività di A.D. viene affiancato alla badante un operatore del servizio pubblico che parla la sua lingua; con questa scelta non solo si facilita la comunicazione tra gli attori della cura, ma si favorisce anche un ottimale svolgimento della prestazione .

Il tema della comunicazione fra i soggetti della cura merita un'attenzione particolare, perché è evidente che ampliare i confini formali richiesti dalle regole migliora l'intera attività di cura. Ad esempio, l'ascolto da parte degli operatori delle richieste dei familiari sulla prassi da seguire per ottenere un certo beneficio economico oppure un servizio aggiuntivo, migliora sia la cura sia la fiducia delle famiglie nei confronti del Servizio pubblico. Allo stesso modo, l'attività pedagogica che molte famiglie hanno evidenziato nell'operato delle assistenti domiciliari rispetto all'uso degli ausili, costituisce è anch'essa una buona pratica, da tenere nella dovuta considerazione.

Ugualmente, il rendersi disponibili ad esaudire piccole richieste dell'anziano, pur rappresentando un'eccezione rispetto agli angusti confini formali della professionalità, che l'istituzione delinea nell'ambito della relazione personale fra operatrice e utente, contribuisce a dare un carattere più "umano" alla cura.

Riguardo alla formazione, il progetto connesso allo sportello Badami, che, partendo da un'attestazione non formale delle competenze già acquisite e procedendo con una formazione mirata e individualizzata, rappresenta sicuramente un'ottima modalità per costruire il sapere delle badanti.

Infine vorrei soffermarmi su uno studio di caso nel quale i familiari hanno manifestato un grande apprezzamento per le attività del Servizio, in particolar modo per gli assistenti sociali e le operatrici domiciliari.

Si tratta di un caso con un percorso di cura molto lungo e molto impegnativo; durante tutto l'arco di tempo è stato tenuto un rapporto costante con il Servizio e con i servizi di assistenza domiciliare. La badante e tutte le sostitute si sono sempre relazionate con le operatrici domiciliari sia per l'alzata che per il bagno settimanale. Anche la badante quando mi ha raccontato come lavorava insieme all'assistente, mi ha rappresentato un'attività di collaborazione che, sebbene presentasse quelle caratteristiche di conformità alle modalità decise dall'operatrice pubblica, non era meccanica, ma sempre sostenuta da un rapporto di fiducia, volto ad una integrazione funzionale dell'attività di entrambe.

Mi sono interrogata sulle ragioni di un rapporto così fortemente fondato su un affidamento solidale fra familiare e badante, fra badante e operatrice e fra familiare e Servizio pubblico.

La risposta non può essere semplice e sicuramente, come sempre accade sono diversi i fattori che concorrono a orientare la relazione fra i soggetti in una direzione.

L'aver mantenuto nel tempo un rapporto attivo fra famiglia e Servizi, ha permesso quell'attività di "rimodulazione della cura", nelle due dimensioni dell'offerta e della domanda, che l'ha caratterizzata più come un processo piuttosto che come una prestazione o un prodotto.

Alcune riflessioni conclusive

Nell'ambito di questa mia ricerca e di questa restituzione scritta ho tentato di comprendere quali siano le logiche che informano i tre soggetti della cura: familiare, badante e assistente domiciliare, i tre attori coinvolti nella costruzione del pacchetto di cura.

Si afferma la primarietà della presenza della rete familiare nella cura nelle sue componenti femminili sulle quali ancora oggi grava il maggior peso della cura. Essa rappresenta, secondo il modello culturale dei paesi del Mediterraneo basato su un "welfare familistico", un interlocutore insostituibile.

Sono state poi evidenziate le considerazioni e/o le urgenze che portano a quel processo di progressiva "esternalizzazione" di alcuni segmenti della cura da parte della rete familiare.

La scelta di reperire assistenza nell'ambito del mercato privato è marcata dalla consapevolezza della necessità di avere un'assistenza per tutto il giorno perché l'anziano "non è da abbandonare"

e si presenta, nell'ambito di questa ricerca, come un vero modello di riferimento, cui solo in un secondo tempo si va ad aggiungere la richiesta di un ulteriore sostegno da parte del Servizio pubblico.

I familiari concepiscono gli aiuti esterni come degli affiancamenti, mai come degli interventi sostitutivi del proprio ruolo.

La forte valenza della "cultura della domiciliarità" fra i miei interlocutori è testimoniata dall'esplicito riconoscimento del valore della cura nella casa dell'anziano: la scelta della badante rappresenta la soluzione che rende possibile una pratica della cura in conformità a tale valore. Al contempo si delinea un processo di specificazione della cura a casa in rapporto alla cura in struttura che si fonda sulla personalizzazione della stessa.

Nella casa il lavoro della badante si esprime in primo luogo in quanto presenza pronta ad intervenire nei confronti di qualsiasi necessità e anche in funzione di una serie di compiti connessi alla cura della persona e alla cura dell'ambiente, anche se in seconda battuta.

L'ingresso dell'assistente domiciliare, nella maggior parte dei casi, avviene solo dopo l'entrata in scena della badante, ed è circoscritto a specifiche attività di cura del corpo della persona anziana.

Le badanti si sono palesate portatrici di un modello di assistenza all'anziano fortemente ancorato alle obbligazioni parentali e anche le assistenti domiciliari hanno dimostrato una completa interiorizzazione del "principio di sussidiarietà".

Le convergenze di interessi e di valori fra i diversi soggetti si esprimono anche nei confronti di aspetti più specifici della cura come si evince dalla lettura della tabella n.11.

Si è rimarcata nel corso della ricerca una modalità di intendere la cura nei confronti della persona anziana ancorata ad una visione dell'anziano come "persona nella casa". A questo "modello" che tende a porre in primo piano le caratteristiche relazionali e interattive legate alla cura rispetto a quelle legate allo svolgimento di specifiche attività, aderiscono i familiari, le badanti e alcune delle assistenti che ho conosciuto nel mio percorso.

Vi è un'ampia area di convergenza di interessi e di valori fra familiari, assistenti domiciliari, e gli stessi anziani intorno alle specifiche modalità con le quali realizzare le attività di cura; spiccano fra queste la "soggettività" della cura intesa come attivazione del soggetto che riceve la cura alla quale è legata la disponibilità di un tempo più ampio per lo svolgimento delle attività di A.D. e

l'attivazione di una dimensione relazionale, fra un di gruppo di anziani e un gruppo di operatori, più continuativa e stabile ai fini della costruzione di un rapporto più fiduciario e più costruttivo.

La dimensione dell'ascolto è risultata particolarmente significativa per la persona anziana e anche per i familiari; questi ultimi hanno manifestato un'aspettativa nei confronti del Servizio pubblico che va oltre la semplice erogazione delle varie prestazioni fino ad includere la richiesta di un supporto all'attività di cura. Essa si è espressa nell'esigenza di avere un referente, nell'essere maggiormente informati su tutti gli iter burocratici volti all'ottenimento di ulteriori servizi e dei contributi economici alla cura. Questa richiesta di accompagnamento alla cura mi pare che esprima l'esigenza di una diversa modalità di presa in carico da parte dei Servizi, non esclusivamente circoscritta alla singola persona a cui sono rivolte le prestazioni di cura.

La lettura dell'anziano " come malato nella casa" a cui rivolgere cure "tecniche" e settoriali prevalente nelle figure istituzionali e presente in alcuni operatori dell'A.D. tende a dare la precedenza allo svolgimento della prestazione e alla tecnica intesa come l'insieme delle regole preventivamente stabilite e indipendenti dalla specificità del singolo contesto di cura ponendo in secondo piano la dimensione relazionale e interattiva senza mai mettere in discussione la dimensione "umana" dell'anziano.

Quando le pratiche di cura nello spazio domestico si incontrano e configgono, da quanto è emerso dall'etnografia, è perché sono accompagnate da una divisione delle competenze⁵⁴ e dei ruoli piuttosto che da una visione complessiva della persona e del contesto di cura e da letture diverse dello stesso oggetto di lavoro, come nel caso del bagno di Ludovica.

Una conoscenza più approfondita delle dinamiche peculiari e particolari, di ogni contesto di cura, contribuirebbe sicuramente a migliorare la cura stessa.

Un qualsiasi processo che intenda rimettere la persona al centro della cura deve riconoscere la pluralità come caratteristica di entrambi i termini del rapporto: i servizi e gli utenti.

L'inclusione delle risorse di cura familiari e del mercato privato che si collocano intorno a ciascun utente, in termini puramente funzionali e strumentali alle esigenze del Servizio, oltre che

⁵⁴Per quanto riguarda le criticità di un modello di cura del Servizio pubblico per prestazione a cui la divisione delle competenze e dei ruoli è legata, rimando agli atti del Convegno di Reggio Emilia "Insieme nella cura" del 27 giugno 2012.

configurarsi più come un processo di una nuova “istituzionalizzazione” della cura, finisce, in alcuni casi, per produrre effetti contrari a quelli desiderati.

Tabella n. 11 Convergenze e divergenze di valori e di interessi che accompagnano le pratiche e/o i discorsi della cura nello spazio domestico dei diversi attori della cura

	Anziano	Rete parentale	Assistente domiciliare	Badanti	Figure istituzionali
Obbligazione morale alla cura da parte della rete parentale	[Barra blu continua]				
L'anziano come "persona nella casa"		[Barra azzurra]			
La relazione (essere ascoltati, poter parlare,ecc.) con gli operatori, con la badante, con la rete parentale	[Barra blu scuro]				
Personalizzare la cura per l'anziano (tener conto delle abitudini, dei desideri, delle modalità specifiche,ecc.)		[Barra arancione]		[Barra arancione]	
La relazione (essere ascoltati, poter parlare,ecc.) con gli operatori e con il Servizio, essere accompagnati nella cura (avere tutte le informazioni sulle richieste che devono essere svolte per contributi economici per strumenti tecnologici, avere un referente)		[Barra verde]			
Rapporto di fiducia fra un numero limitato di operatori dell' A.D. e gli utenti	[Barra ciano]				
Collaborazione fra anziano e operatore (assistente dom. e/o badante) nelle attività di cura: la <i>soggettività</i> nella cura	[Barra ciano]				[Barra ciano]
Ampliamento della cura all'ambiente (materiale e sociale) dell'anziano	[Barra ciano]				
Avere un tempo più ampio per le attività di A.D.: bagno, alzata, messa a letto	[Barra ciano]				
L'anziano come " malato nella casa"			[Barra viola]		[Barra viola]
Avere un ruolo sussidiario rispetto a quello della rete parentale e circoscrivere l'intervento a un insieme di prestazioni con accordo sugli orari, sul numero di operatrici, sul materiale da mettere a disposizione, ecc..			[Barra blu scuro]		[Barra blu scuro]
Svolgimento della prestazione: il bagno, l'alzata, la messa a letto, ecc..			[Barra lilla]		[Barra lilla]
Tener conto in primo luogo delle regole (sicurezza, protocollo,ecc.).			[Barra beige]		[Barra beige]
Avere un supporto tecnologico nello svolgimento della prestazione (sollevatore, seggette, sponde per il letto , ecc.)					[Barra beige]
"Non sostituirsi all'anziano"					[Barra verde]

