

LA FIGURA DELL'ANTROPOLOGO, LE NECESSITÀ DI ASSISTENZA FAMILIARE E LA COSTRUZIONE DI UNA "CASA DELLA SALUTE". PROGETTO DI RICERCA E SENSIBILIZZAZIONE NEL QUARTIERE SAVENA DI BOLOGNA

Cecilia Palmese

The role of the anthropologist, the needs of family caring and the creation of the "health house". Research and awareness project in Savena district - Bologna

Abstract

The author presents her research and awareness project about family caring initiated in the Savena District, Bologna. Through this experience, the author has had the opportunity to disclose the development of non-self-sufficiency among the elderly creating the so-called "health house" within the home. Using this expression, she specifies the alteration of the physical space and the combination of life stories and expectations of three subjects who dwell in this space: the elderly, relatives and family assistant ("badante"). Outside the house, however, economic and political interests are increasing. The anthropologist has to be fully aware of these power dynamics and, above all, has to develop an educational and mediation activity in order to create more possibilities of expression for the individuals involved in the care relationship.

Keywords: Elderly, caregiver, institutions, house, Engaged Anthropology

1. «Largo... agli anziani»: dal macro al micro del Quartiere Savena - Bologna

Nel 2011 l'allora presidente dell'Istat-Istituto Nazionale di Statistica Enrico Giovannini comincia a ipotizzare lo scenario demografico italiano di un non molto prossimo 2040:

«Le previsioni demografiche che l'Istat conduce in maniera coordinata con gli altri Istituti di statistica dell'Unione Europea indicano che la popolazione italiana nei prossimi trent'anni dovrebbe aumentare da 60,3 a 62,2 milioni. Questa modesta crescita demografica sarebbe dovuta esclusivamente agli effetti della maggior longevità e dell'immigrazione, mentre il modesto recupero della fecondità (da 1,4 a 1,6 figli per donna) resterebbe ben al di sotto del tasso di sostituzione delle coppie [...]. Nel 2040 la popolazione, dunque, sarà più anziana e multietnica di oggi [...]»¹.

Nel medesimo articolo, Giovannini arriva a sgombrare il campo da qualsiasi dubbio circa l'attendibilità di questa previsione, affermando ulteriormente:

¹ Enrico Giovannini, "Come saranno gli anziani del 2040", pubblicato su www.formiche.net, 01/01/2011. Secondo questo stesso articolo, nel 2040 «[...] i residenti con più di sessantacinque anni salirebbero dal 20,3% al 31,3%, di cui circa la metà ultraottantenni».

«Le prospettive demografiche sull'invecchiamento, in particolare, hanno un livello di incertezza ridotto, di modo che possiamo immaginare con relativa accuratezza alcuni tratti della famiglia italiana del futuro: verosimilmente, la maggioranza delle famiglie avrà uno o due figli, in compresenza di nonni e, sempre più spesso, di bisnonni, ma vi saranno anche molte più famiglie uni-personali di anziani e, soprattutto di anziane, data la maggior longevità femminile»².

In sostanza, la popolazione anziana si pone sempre più all'attenzione dello scenario sociale e sanitario italiano. Non a caso tra le pagine dello Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 del Ministero della Salute, troviamo la seguente affermazione:

«Le grandi sfide assistenziali che caratterizzano la programmazione nazionale – primi fra tutti i problemi di assistenza socio sanitaria connessi alla non autosufficienza, l'elevata presenza di anziani e grandi anziani, le disponibilità di terapie/diagnosi ad alto costo indirizzate a specifiche coorti di assistiti – oltre a richiedere un'efficace integrazione delle politiche, degli indirizzi e degli interventi da parte delle diverse aree del welfare, necessitano anche di un sistema coeso che porti alla convergenza di finanziamenti, provenienti da diversi settori coinvolti, su obiettivi ed ambiti tematici condivisi e delineati.» (Ministero della Salute, Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, p.2)

Lo stesso Ministero della Salute, quindi, invoca un intervento coeso e unitario di fronte alla problematica per eccellenza connessa all'anziano, ovvero la non autosufficienza. Come viene affermato più avanti: «Il progresso della medicina infatti assicura la sopravvivenza, ma raramente la completa guarigione, da malattie in precedenza letali, aumentando la consistenza della fascia di soggetti che richiedono cure continue e complesse per periodi di lunga durata se non per il resto della vita»³. A questo si aggiunge un'ulteriore constatazione riguardante le aspettative nutrite nei confronti del servizio sanitario nazionale determinate, tra tanti fattori, dalla «[...] ricerca di prestazioni e servizi che intervengano a sedare gli stati di malessere e a porre rimedio al disagio e alle difficoltà di fronteggiare il quotidiano [...]»⁴ con conseguente «[...] sviluppo di attese sul versante del miglioramento della percezione di sé e dell'accettazione delle proprie imperfezioni, vere o presunte, ma sentite come tali rispetto ai livelli mediatici di salute, bellezza, successo e appagamento»⁵.

Bologna si colloca pienamente in questo discorso, ponendosi come una delle città italiane in cui si registra un forte processo di invecchiamento della popolazione. Uno dei quartieri che spicca per l'alto indice di vecchiaia (ovvero il rapporto tra anziani e giovani residenti nella zona) è il Quartiere Savena⁶. Nato dalla fusione di due precedenti quartieri, San Ruffillo e Mazzini, il Savena occupa la parte

² Enrico Giovannini, "Come saranno gli anziani del 2040", in www.formiche.net, 01.01.2011.

³ Ministero della Salute, Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, p. 5.

⁴ Ivi, p. 5.

⁵ Ivi, p. 6.

sudorientale della periferia di Bologna: all'attenzione dei servizi sociali territoriali si pongono quotidianamente situazioni di anziani non autosufficienti soli o, per lo più, affiancati da famiglie che però vivono una situazione di totale disorientamento di fronte alla sofferenza del proprio caro. In questo contesto si è inserita la figura dell'antropologa che, tramite sportelli sul territorio del Quartiere e attività cosiddetta "on the road", è entrata in contatto con le stesse richieste di assistenza familiare, talmente numerose ed evidenti da essere facilmente riscontrabili anche per strada. La sua attività si è inserita nell'ambito del progetto "L'assistenza familiare nel Quartiere" sovvenzionato da Pace Adesso – Peace Now Onlus grazie a fondi privati, frutto di un vero proprio mecenatismo sociale di alcuni cittadini bolognesi. Il progetto è stato condotto a partire dal 1 aprile 2013 per concludersi il 27 luglio 2013.

Per la prima volta, il quartiere Savena ha assistito a un'indagine condotta da una professionista con conoscenze e pratiche di indagine connesse all'ambito antropologico.

2. Il progetto "L'assistenza familiare nel Quartiere": il rapporto con le istituzioni nel territorio e la costruzione di un'azione di ricerca e sensibilizzazione di stampo antropologico

«Ma cosa fa l'antropologo?». Questa, in realtà, è la vera e prorompente domanda che ha scandito il progetto "L'assistenza familiare nel Quartiere". Di fronte a essa, l'antropologa si è dovuta mettere in gioco personalmente, spronata dal dare un senso alla proposta di ricerca che è arrivata a presentare in vari contesti, oltre al mettere in campo nozioni e termini accattivanti per coloro che avevano posto la domanda. Il termine «accattivante» può risultare ostico a tanti ma occorre esserne consapevoli: quando si pone in essere, o si sta tentando di porre in essere, una collaborazione con le istituzioni, la figura dell'antropologo può essere interpretata come uno "specchio per le allodole". L'attività di ricerca, infatti, è spesso vista come indipendente dal contesto lavorativo, mettendo in discussione la presunta efficacia delle riflessioni teoriche al di fuori dei regimi accademici; tale presupposto ha caratterizzato l'approccio dei partecipanti al progetto, rendendo la potenzialità *agentiva* (P. Bourdieu, 2003) del metodo antropologico difficilmente intellegibile nel contesto pratico.

Nell'attuare tale ricerca, l'antropologa stessa è stata chiamata quindi a dimostrare la diversità dell'approccio e altresì le sue potenzialità nel campo del sociale. «La nostra società è entrata in una trasformazione profonda, e il modello di welfare, di conseguenza, si sta trasformando. Stanno cambiando i presupposti, si modificano le condizioni di base del nostro vivere [...] All'interno di questi ragionamenti, però, dobbiamo fare i conti con il fatto che i servizi e gli operatori del sociale, dell'educativo, del giudiziario e del sanitario sono sia soggetti colpiti da

⁶ Indice di vecchiaia nel Quartiere Savena – Rapporto tra popolazione anziana e ragazzi (65 e oltre) x 110 (0-14): 228,9 Bologna, 281,00 Quartiere Savena. Dati aggiornati al 31/12/2012. Fonte: www.comune.bologna.it

questi processi sia, al contempo, possibili risorse per affrontarli»⁷. La ricercatrice si è costituita così operatrice sociale, non negando ma ampliando la caratterizzazione dello studio che si andava affrontando: «Il problema non è chi sei come servizio, come organismo di produzione di attività educative o di prestazioni sanitarie, il problema è per chi sei»⁸.

Incontrando le necessità reciproche dei diversi attori coinvolti nel progetto, dai servizi sociali del Quartiere Savena fino a Pace Adesso - Peace Now Onlus quale ente promotore, l'antropologa ha così affermato una modalità di intervento sulla realtà come operatrice sociale ma, allo stesso tempo, ne ha voluto ribadire l'intento di riflessività (R. Borofsky, 2000) e di auto-riflessività (P. Bourdieu, 2003). Il taglio dato alla ricerca ha portato a integrare l'analisi quantitativa a metodologie di indagine qualitativa in una sostanziale complementarietà di approcci⁹ proponendo l'attività di sensibilizzazione, rivolta ai residenti e non del quartiere circa i servizi già presenti sul territorio, unitamente alla ricerca e alla produzione di dati per condurre anche gli operatori e addetti ai lavori «[...] a porsi domande ed impostare ipotesi di risposta ragionevoli»¹⁰.

Nello specifico, quindi, il progetto si è avvalso della somministrazione di questionari da compilare contenenti sei quesiti chiusi e uno a risposta aperta. A essi sono state aggiunte le osservazioni dell'antropologa, scaturite dalla stessa somministrazione presso i domicili di alcune famiglie con assistente familiare o con necessità di assistenza familiare e nei dialoghi intercorsi nell'attività di conoscenza del progetto (cosiddetta "attività on the road"). La sensibilizzazione è stata rivolta alle stesse persone intervistate e ha riguardato, come già accennato in precedenza, i servizi presenti sul territorio: nel corso di questa ulteriore attività, che sembrerebbe semplicemente connessa al principio di "utilità ed efficacia" tanto invocate dalle istituzioni pubbliche e private, è stato utile l'approccio qualitativo per comprendere soprattutto il discorso dell'inefficacia della comunicazione in merito all'offerta istituzionale dei servizi già presenti sul territorio ma del tutto sconosciuti dai potenziali utenti.

Nel voler proporre un'occasione di auto-riflessività, l'antropologa si è ritrovata immediatamente al centro di un vortice di interessi ed attenzioni da parte di associazioni, enti e servizi specifici: l'assistenza familiare rimane un ambito di interesse collettivo su cui è ancora aperta la partita di potere che vede il coinvolgimento di enti pubblici così come di enti privati che sono chiamati a sopperire, in sinergia, alle mancanze delle politiche di *welfare* dimostratesi inadeguate a fronteggiare i mutamenti socio-demografici recenti. In un *welfare di concertazione*, dove «[...] allo Stato è sempre più affidato il compito del finanziamento e del controllo e al privato sociale quello della produzione ed

⁷ Intervista a Massimo Campedelli a cura di Florenzo Oliva, Riprendersi il diritto di fare ricerca in Animazione sociale- mensile per operatori sociali, numero 261, marzo 2012, p. 6.

⁸ Ivi p. 8.

⁹ Per ulteriori approfondimenti, circa la metodologia applicata nel corso della ricerca attuata nel territorio del Quartiere Savena, si rimanda alle metodologie e alle tecniche della ricerca sociale in Corbetta 1999.

¹⁰ Intervista a Massimo Campedelli a cura di Florenzo Oliva, Riprendersi il diritto di fare ricerca in Animazione sociale- mensile per operatori sociali, numero 261, marzo 2012, p. 8.

erogazione diretta dei servizi»¹¹, non è bastato lo stabilire le funzioni e i compiti. Tramite l'attività di ricerca sul quartiere, l'antropologa ha potuto constatare come, al di là delle problematiche individuali di carattere socio-assistenziale, si possano «[...] smuovere interessi di persone, di categorie, di privilegi e di privilegiati, mettendo in questione i loro diritti acquisiti. Questo porta a revisioni – queste sì sociali – di risorse, di accesso a servizi, di utilizzo di beni e strumenti, di facilitazioni [...]»¹². Affrontando l'assistenza familiare, su una componente territoriale ristretta quale il quartiere Savena, l'approccio antropologico è giunto a porre la sofferenza in una visione più ampia poiché «[...] direttamente legata all'incorporazione individuale e collettiva di più ampi processi socio-politici, al punto che la stessa possibilità di pensare l'individuo e società come ontologicamente distinti emerge nei termini di una finzione culturale»¹³ e quindi a pensare come «il più intimo e personale degli eventi (il patire)» sia «inevitabilmente implicato in trame storico-sociali»¹⁴. In questo senso l'approccio antropologico ha determinato una lettura dei plurimi bisogni, connessi alle necessità di assistenza familiare, problematizzando «[...] la corporeità come un processo tanto storico-sociale quanto personale»¹⁵ in cui «[...] i segni di malattia divengono così metonimie di più ampi processi socio-politici»¹⁶. Riprendendo Didier Fassin, l'approccio antropologico ha permesso di portare all'attenzione una *incorporazione della disuguaglianza* in cui «[...] non si è trattato semplicemente di fare un'opera dotta di messa in discussione di un certo unilateralismo scientifico attraverso i concetti di condizione sociale e di esperienza storica, ma anche di dare a questo lavoro un significato politico, rivisitando l'ingiustizia che impedisce di criticarlo»¹⁷.

«Ma cosa può fare l'antropologo?». In sintesi, nell'attuare questo studio, la figura dell'antropologa è stata chiamata ad attuare ricerca e sensibilizzazione quale operatrice sociale pienamente cosciente del suo essere immersa in dinamiche di potere, attuate dalle individualità così come dai servizi interessati e coinvolti in dinamiche di assistenza familiare (G. Balandier, 2000), e allo stesso tempo consapevole di come i processi di cambiamento sociale e di sviluppo siano situati «all'interfaccia tra antropologia e sociologia macro da una parte, ed etnografia e sociografia micro dall'altra»¹⁸ e di come lo stesso riportare i dati, al termine del periodo dedicato al campo, rientrasse nei giochi di potere così come in azioni di

¹¹ V. Castelli, “Welfare futuro: costruzione di un nuovo statuto epistemologico della cultura del sociale”, in *La cultura del sociale tra esclusione e inclusione*, Iniziativa comunitaria EQUAL, p. 12.

¹² Ivi, p. 13.

¹³ I. Quaranta, “Antropologia, corporeità e cooperazione sanitaria”, in U. Pellecchia, F. Zanotelli (a cura di), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, p. 103.

¹⁴ Ivi, p. 103.

¹⁵ Ivi, p. 104.

¹⁶ Ivi, p. 104.

¹⁷ D. Fassin, “Antropologia e salute pubblica. Comprendere l'inintelligibilità dell'AIDS in Sud Africa”, in U. Pellecchia, F. Zanotelli (a cura di), *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*, p. 124.

¹⁸ J.P.O. De Sardan, *Antropologia e sviluppo*, 2008, p. 29.

cambiamento sociale. La sensibilizzazione e l'unione di qualitativo e quantitativo sono diventanti così strumenti di ricerca-azione in cui arrivano a fondersi i ruoli di *ricercatore e sviluppatore* (J. P. O. De Sardan, 2008): in questo modo l'operatrice sociale, nel suo muoversi come antropologa, ha ricercato le sottili diversità fra saperi, interpretazioni e logiche che un operatore esterno non può cogliere ed affermando il principio dell'indagine etnologica insegnando «agli agenti dello sviluppo a trasformarsi temporaneamente sul campo in allievi»¹⁹.

3. I soggetti coinvolti nelle dinamiche di assistenza familiare e la costruzione di una “casa della salute” all'interno delle mura domestiche

«Nel nostro paese solo poco più del cinque per cento di chi ne avrebbe bisogno usufruisce di servizi di assistenza domiciliare pubblica. Il resto si arrangia in famiglia o con le badanti. In totale sono cinque milioni di italiani lasciati a se stessi»²⁰: in queste poche parole si delinea il quadro dell'assistenza familiare in Italia, che si rispecchia anche nelle dinamiche territoriali del Quartiere Savena a Bologna.

In questo quartiere, i condomini si alternano a piccole villette e aree di verde ben “sfruttate” dai bambini in uscita da scuola: alcuni angoli danno ancora l'idea di un ambiente molto familiare e controllato ma allo stesso tempo è stata riscontrata un'accentuata mobilità da parte di persone provenienti dai quartieri limitrofi e dai paesi della provincia bolognese (Castenaso, Budrio), per lo più connessa a visite familiari. Il quartiere si è sviluppato lungo il corso del fiume Savena estendendosi su due direttrici stradali importanti come la Via Emilia e la Strada della Futa. I risultati hanno portato all'attenzione novantotto questionari compilati di cui circa il cinquanta per cento da parte di persone residenti nel Quartiere Savena: difatti, l'altro cinquanta per cento ha evidenziato una forte partecipazione di persone presenti fisicamente nel quartiere Savena ma residenti nelle zone immediatamente circostanti, soprattutto del quartiere Santo Stefano rispetto al quale i confini non sono netti e precisi ma coincidenti ad esempio con una piazza che vede lo svolgersi di un mercato nelle giornate del mercoledì. Sono state incontrate persone per strada, durante la cosiddetta attività di “sensibilizzazione on the road”, ma anche in luoghi e momenti preposti ad occasioni di socializzazione del quartiere (Circolo Arci “Benassi”, Festa del Baratto, Sagra di San Severino) oltre a visite domiciliari presso nuclei familiari che si sono rivelati disponibili ad un incontro conoscitivo, durante il quale un'attiva partecipazione e la volontà di condividere la propria esperienza di assistenza familiare hanno permesso di raccogliere le informazioni più rilevanti dal punto di vista qualitativo.

Il momento, a detta degli intervistati, che suscita la consapevolezza di aver bisogno di un aiuto e, al contempo, un sentimento di disorientamento profondo nei confronti della sofferenza del proprio caro, è rappresentato solitamente dalla fine di una degenza ospedaliera, alla quale si è ricorsi per l'acuirsi di una patologia specifica o per un trauma da caduta.

¹⁹ Ibidem, p. 218.

²⁰ Gabriella Meroni, 13/01/2014, Fonte: www.vita.it

Vi è un primo corpo²¹, quello dell'anziano, il cui disagio, a seguito dell'uscita dalla degenza, diventa cronico e ne modifica la storia di vita a partire dai movimenti nello spazio fisico così come in quello delle relazioni e della costruzione del sé. Afferma Le Breton:

«Il vecchio è, nella percezione comune, ridotto al suo solo corpo, soprattutto nelle istituzioni [...] Nella maggior parte delle istituzioni, lo spessore umano, la singolarità individuale sono cancellate sotto forma di un cliché unico del corpo rovinato, del corpo da alimentare, del corpo da lavare. Il vecchio non è più la sua storia, non è più soggetto, è un corpo sfatto di cui bisogna curare l'igiene e la sopravvivenza»²².

Eppure l'anziano, "il vecchio", è ancora in grado di prendere la parola tramite il suo stesso corpo i cui gesti «[...] sono interamente naturali e interamente culturali, [...] sono soglie della reciproca configurazione di un soggetto e di mondo, luoghi di manifestazione di un senso»²³.

Si vengono a creare, e a porre in essere, nuovi bisogni che non rimangono quindi circoscritti alla dimensione individuale dell'anziano ma, cercandone un senso, vengono posti all'attenzione e coinvolgono immediatamente altri individui: la malattia e la sua cronicità chiamano in causa non solo l'anziano ma anche i suoi familiari che in prima persona sono spinti a trovare un supporto ed una risposta immediata a una situazione di non autosufficienza fisica ma anche sociale. I due corpi, dell'anziano e del parente, sono fortemente interdipendenti: ciò che li unisce è il voler trovare una soluzione, una *cura* (G. Pizza, 2005). Nell'ambito dell'indagine condotta, l'antropologa ha avuto la possibilità di incontrare persone anziane che scatenano la richiesta di assistenza familiare: vi è un concatenarsi, fin dai primi momenti di necessità, di preoccupazioni per se stessi e per il parente. Il deterioramento del corpo diventa motivo di riflessione circa la propria situazione personale e familiare. Emblematico è stato l'incontro con una signora sessantenne, la quale dichiarava di esser "vecchia e acciaccata" con una pensione da seicento euro mensili, avvenuto all'uscita dal supermercato della zona, dove aveva passato più di un'ora per compiere una scrupolosa cernita dei prezzi degli alimenti. Vedova da diciotto anni, la signora ha espresso forte preoccupazione per se stessa ma anche per sua figlia e suo genero senza lavoro.

Nella messa in crisi delle funzioni corporee si mette in discussione l'indipendenza dell'anziano e si arriva a cogliere l'impossibilità di una presenza continua del familiare al suo fianco. I gesti e le azioni, da sempre attuate, non bastano più a garantire la possibilità di espressione dell'anziano e quindi dei suoi parenti: occorre una trasformazione del sé ed una rinegoziazione dei termini della propria

²¹ Tale termine, in questo frammento, intende indicare l'esperienza intima e sociale degli individui coinvolti nel processo di cura che soggiace al rapporto di assistenza familiare. Si accenna al corpo in quanto collettore di esperienze vissute e soggetto attivo di esperienza per l'individuo in relazione ad altri individui che, con esso, condividono spazi e momenti specifici della giornata (T. J. Csordas, 1994).

²² D. Le Breton, *Antropologia del corpo e modernità*, 2007, p. 162.

²³ C. Di Martino, *Segno, gesto e parola. Da Heidegger a Mead e Merleau-Ponty*, 2006, p. 111.

esistenza (I. Quaranta, M. Ricca, 2012). Questo processo si rivela attuabile solo con l'intervento di un terzo corpo: il/la badante. È nella presenza del/della badante che si costituisce il processo di cura, utile ad una nuova messa in atto dell'esistere dell'anziano, e così dei suoi familiari. Tale processo si rivela complesso poiché i tre corpi, in esso coinvolti, sono portatori di immaginari collettivi così come di aspettative reciproche che arrivano a incontrarsi, e scontrarsi, tra le mura della casa dell'anziano.

La ricerca, condotta nel territorio del quartiere Savena, ha portato a concepire e definire la casa dell'anziano come una "casa della salute". «La scelta di realizzare la Casa della Salute nasce dall'idea forte che i cittadini possano avere una sede territoriale di riferimento alla quale rivolgersi in ogni momento della giornata, che rappresenti una certezza di risposta concreta, competente e adeguata ai diversi bisogni di salute ed assistenza»²⁴. È curioso accostare questo frammento di promozione, che ha dato avvio alla programmazione delle Case della Salute nelle Aziende USL nella Regione Emilia-Romagna, all'immaginario di assistenza che i *caregiver* e l'assistito sono chiamati a riprodurre all'interno delle proprie case. La creazione della "casa della salute" (può risultare interessante anche l'utilizzo di caratteri minuscoli rispetto a quelli maiuscoli utilizzati per denotare la realtà regionale connessa alle UsL territoriali) porta all'adattamento dello spazio fisico in cui si assiste alla *rappresentazione* (E. Goffman, 1959) di quella che viene pensata come cura. Tra le mura domestiche si incrociano competenze, sentimenti ed emozioni e più nello specifico vissuti individuali e sociali da attuare e sperimentare in risposta al dolore e allo stravolgimento del vissuto dell'anziano similmente al contesto ospedaliero in cui «l'organizzazione dello spazio diventa [...] una questione cruciale, in quanto lo spazio acquisisce in un certo senso una funzione terapeutica»²⁵. L'antropologa, nel corso del progetto, ha potuto osservare fin da subito gli equilibri precari che la costituiscono. La "casa della salute" si realizza, prima di tutto, nell'incontro tra domanda e offerta di assistenza familiare: la maggior parte degli intervistati (33%) ha dichiarato di rivolgersi ad amici e conoscenti oppure alle parrocchie (20%). Il *passaparola* è il primo e fondamentale strumento di costruzione della "casa della salute". Ne sono consapevoli numerosi attori sociali, anche chi non si ritrova direttamente coinvolto in necessità di assistenza familiare: l'antropologa ha avuto modo, difatti, di colloquiare con un ragazzo, poco più che trentenne, che ha dichiarato di aver visto spesso delle persone anziane, in cerca di un aiuto in casa, rivolgersi al prete della parrocchia cui fanno riferimento per ottenere qualche contatto utile e fidato.

«[...] In giro non c'è stima per le badanti, basti vedere il programma televisivo "Forum"». In questa frase, pronunciata da una signora sessantenne attratta dal progetto, si cela il sentimento che accompagna l'incontro tra domanda e offerta: la diffidenza. Fondamentalmente la diffidenza evidenzia immaginari collettivi, con denotazioni per lo più negative, e soprattutto ricorda all'anziano e ai familiari come, all'interno della "casa della salute", non siano soli: se si avvia un nuovo meccanismo

²⁴ C. Curcetti, M. Morini, L. Parisini, A. Rossi, M. C. Tassinari (a cura di), *Report 2011*, p. 2.

²⁵ M. Vuille, "Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storico-sociali su un'espressione polisemica", in *Annuario di Antropologia*, 9, 2012, p. 64.

di cura e quindi un nuovo significato alla propria esistenza, non è possibile ignorare la ricerca di senso che comunque accompagna il corpo del/della badante. Questo passaggio è ancora più evidente, e quindi più possibili gli scontri e i malintesi, quando il/la badante proviene da contesti altri, ovvero per la maggior parte dei casi di assistenza familiare. Nel corso dell'attività di sensibilizzazione, l'antropologa ha registrato un frequente contatto da parte di assistenti familiari, stimolato per lo più dalla ricerca di un impiego. L'assistenza familiare diventa, in molti casi, un possibile campo di espressione del sé soprattutto per quelle donne giovani le quali, a detta di un partecipante al progetto, corrono seriamente il rischio di essere trascinate dai connazionali in situazioni «non proprio semplici e piacevoli»²⁶. È evidente come il diventare “badante” coincida con una richiesta di senso, da parte per lo più di donne straniere che intravedono la possibilità di una collocazione nel contesto bolognese. A tal proposito, si sono rivelati non meno interessanti anche gli interventi da parte dei professionisti, addetti a creare una risposta privata alle esigenze di assistenza familiare (cooperative sociali e agenzie di lavoro), che hanno potuto confermare quanto la «popolazione di badanti» sia varia, ma anche come parte di essa spesso non venga concepita quale presenza possibile in casa: allo stato attuale, banalmente, il colore della pelle continua a costituire un fattore deterrente nella scelta da parte delle famiglie. Fin dai primi momenti di creazione della “casa della salute”, i *caregiver* rivelano il proprio ideale di assistenza familiare quando la realtà è tutt'altro: se spesso si arriva a preferire una collaboratrice di nazionalità italiana o di provenienza dall'Est Europa, la necessità porta a concepire, ed eventualmente assumere, anche una badante proveniente da altri ed ulteriori contesti (Camerun, Etiopia, Eritrea ecc.). L'*agentività* delle potenziali badanti si pone all'attenzione manifestandosi fin dai primi momenti di ricerca del lavoro delle stesse, e quindi nel momento in cui la richiesta del *caregiver* e dell'anziano incontra l'offerta: pur di ottenere una posizione di assistente familiare, quindi uno stipendio così come una posizione nella comunità bolognese, si promettono anche forme di incentivo economico a chi può facilitare un ottenimento dell'impiego (esempio: varie proposte di compenso, pari a mille euro, rivolte a una psicologa operativa in una realtà di cooperativa sociale del Quartiere quale addetta alla selezione del personale di assistenza)²⁷.

«Ho da tenere il mio nonnino ed esco proprio pochi minuti per fare la spesa»²⁸: questa frase racchiude un compromesso. Il rapporto di cura tra le mura domestiche è sostanzialmente un compromesso: di fronte a una società non in grado di sostenere l'individuo e la sua sofferenza che arriva a sconvolgerne il vissuto, e quindi a metterne in discussione l'identità sociale e personale, la “casa della salute” arriva a «rappresentare» (V. Turner, 2014) un incontro tra l'anziano, il parente o *caregiver* e l'assistente familiare (badante) in cui tre corpi, in cerca costante di senso, arrivano a collaborare per una rielaborazione della sofferenza incontrata dal primo.

²⁶ Attività ed intervento registrati in data 7 maggio 2013 nel corso della ricerca “L'assistenza familiare nel Quartiere”.

²⁷ Attività ed intervento registrati in data 24 aprile 2013 presso il Circolo Arci Benassi, nel corso delle attività di sportello della ricerca “L'assistenza familiare nel Quartiere”.

²⁸ Risposta pervenuta da un'assistente familiare, di nazionalità italiana, in data 27 aprile 2013 nel corso delle attività di indagine svolte “on the road” in Via Lombardia (Quartiere Savena, Bologna).

Questo processo di rielaborazione collettiva ridotto all'interno della casa dell'anziano non è lineare: gli immaginari, le aspettative, il vissuto di ogni attore sociale in essa attivo sono differenti e, spesso, si rivelano diffidenti gli uni nei confronti degli altri. L'equilibrio è in realtà un compromesso che può saltare da un momento all'altro.

4. La “casa della salute” e il contributo dell'antropologo quale “interprete e mediatore”

Seguendo il ragionamento di Francesco Vietti, badare sta a metà strada tra amare e lavorare e in questa ambivalenza si colloca la figura del/della badante per milioni di famiglie italiane (F. Vietti, 2004), comprese quelle residenti nel quartiere Savena. L'ambivalenza evidenzia diverse ricerche di senso, di diversi attori sociali, chiamate ad incontrarsi ma spesso, in realtà, costituenti motivo di scontro che si manifesta in situazioni di sopruso, operate dai parenti nei confronti delle badanti (a livello contrattuale o relazionale) e viceversa (mancata pulizia degli ambienti, soprusi e violenze nei confronti degli assistiti, problemi di alcolismo). Assunzioni in “nero” e alcolismo costituiscono solo una minima parte delle problematiche che emergono in quella che è una gestione di relazione di cura ma anche un vero e proprio “compromesso di vita” che si pretende di trasformare in vera e propria professione caratterizzata da aggiornamenti continui inerenti il contratto e i diritti e doveri in esso esplicitati. «La lavoratrice (o il lavoratore) che assiste a domicilio un anziano o una persona non autosufficiente non è “una di famiglia”, anche se ci piace pensare così, ci rassicura e in molti casi gratifica anche la lavoratrice»²⁹: questa è la sostanziale difficoltà riscontrata nel processo di costruzione di “casa della salute”.

Il 14 maggio 2013 il Censis -Centro Studi Investimenti Sociali- ha dichiarato che:

«Nell'ultimo decennio l'area dei servizi di cura e assistenza alle famiglie ha rappresentato per il nostro Paese un grande bacino occupazionale. Il numero dei collaboratori che prestano servizio presso le famiglie, con formule e modalità diverse, è passato da poco più di un milione nel 2001 all'attuale 1 milione 655mila (+53%), registrando la crescita più significativa nella componente straniera, che oggi rappresenta il 77,3% del totale dei collaboratori. In questa tipologia di lavoratori, e soprattutto di lavoratrici, rientrano babysitter ma soprattutto coloro che attuano servizi di collaborazione ed assistenza per anziani e persone non autosufficienti. Lo stesso Censis rivela che in questo quadro non possono essere trascurate le difficoltà che sempre più famiglie incontrano non solo nel reclutamento, ma anche nella gestione del rapporto con i collaboratori [...]».³⁰

²⁹ Intervista a Francesco Vietti tratta da www.immigrazioneoggi.it

³⁰ Comunicato stampa riportante i principali risultati di una ricerca realizzata dal Censis e dall'Ismu per il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 14 maggio 2013.

Il varcare la soglia da parte dell'assistente familiare innesca un completamento dei meccanismi di definizione di senso dell'esperienza individuale e collettiva, attivati dall'uscita dal ricovero ospedaliero, ma soprattutto attiva meccanismi di potere interni alle mura domestiche, erogazione dello stipendio e condizioni lavorative, ed esterni, l'amministrazione pubblica e i provvedimenti in materia. L'antropologo è chiamato a far emergere la sofferenza a livello sociale e a porre l'attenzione sulle circostanze legate all'assistenza familiare, materia da ordine del giorno in una società destinata a invecchiare. L'antropologo non può nascondersi dietro a meri report del disagio ma è chiamato ad assumere, coscientemente, un posizionamento. Nel contesto di assistenza familiare si pone sempre più con urgenza una figura che sostenga il delinearli dei rapporti di cura all'interno della "casa della salute". Dal campo è emerso il bisogno di una figura che interpreti e si costituisca mediatrice tra le richieste di senso dei tre corpi coinvolti nelle dinamiche della "casa della salute" tenendo contemporaneamente desta l'attenzione delle istituzioni.

All'antropologa sono pervenute, per lo più, richieste insistenti di un alleggerimento della burocrazia: dietro, spesso, si cela un malessere e un disagio nei confronti della comunità, dell'ente pubblico, percepita come incapace di comprendere le fatiche e il dispendio di energie, soprattutto da parte dei parenti.

«Considerato che sono un cittadino che ha provveduto personalmente con un'assistente familiare alle necessità del padre affetto da grave deterioramento cognitivo risulterebbe indispensabile poter usufruire del mese di sollievo presso una struttura pubblica nel periodo in cui si assenta la badante per le ferie. Pertanto sarebbe auspicabile potenziare questo servizio, in ragione delle difficoltà create dalla patologia [...]».³¹

Allo stesso ente pubblico, i parenti richiedono un intervento circa le dinamiche di formazione e di selezione delle persone che si propongono come assistenti familiari, rivelando ulteriori immaginari e accostamenti tra parrocchie e cooperative sociali:

«Apprezzo il fatto che negli ultimi anni sembra ci sia stato un impegno delle istituzioni per la formazione delle colf/badanti. Però i corsi di formazione non mi sembra che siano selettivi. Ciò fa sì che ci si debba rivolgere spesso alle parrocchie o alle cooperative sociali, cioè a canali per così dire "caritatevoli", in cui è insito il rischio che vengano proposte persone anche in situazione di difficoltà personale e perciò inaffidabili o inadatte a questo ruolo».

Le problematiche, inerenti l'erogazione degli assegni di cura, non hanno impiegato molto tempo a emergere durante l'indagine nel quartiere Savena. Sintomatico è stato difatti l'incontro con una signora, con un'esperienza di assistenza nei confronti della figura materna, la quale ha lamentato un'ineguaglianza, a sua detta, tra coloro che presentano il diritto o meno di godere dell'assegno di cura.

³¹ Risposta pervenuta al questionario compilabile in modalità on-line. Fonte: www.assistenzafamiliarequartiere.wordpress.com

Parecchi casi, da lei riportati come esempi, hanno evidenziato situazioni in cui famiglie ospitavano l'anziano bisognoso solo per ottenere degli introiti non direttamente utilizzati per le azioni di cura. Le istituzioni non possono rimanere all'oscuro di queste testimonianze ed esperienze: è compito dell'antropologo riportarle alla luce e presentarle all'attenzione del soggetto pubblico, fornendo eventualmente possibili suggerimenti e provvedimenti da adottare.

La ricerca e l'osservazione antropologica sono sempre più chiamate a costituirsi come *ricerca-azione*³²: allo stato attuale la discesa in campo dell'antropologo, per ciò che attiene la salute e non solo, è sempre più legata ad un impegno che parte dalla concertazione di più strumenti di analisi, compreso quello quantitativo se richiesto dall'istituzione ma comunque da negoziare con essa, fino ad arrivare ai risultati di indagine che spronino anche a cambiamenti, per una maggiore espressione dell'individuo e della collettività. L'antropologo rischia di diventare "militante"? Sì ma questo è un rischio insito poiché chiunque occupi un posto nella società, che sia per osservare o per porre in essere della pratiche, può determinarne il cambiamento. Afferma De Sardan:

«Lo sviluppo è chiaramente luogo di scontro politico. Gli attori sociali coinvolti dispongono sempre di un numero più o meno grande di "risorse" per agire sull'attuazione di un progetto. L'uso che gli attori visibili o invisibili fanno delle loro rispettive capacità di fronte alle opportunità offerte da un progetto disegna una micro politica dello sviluppo. L'analisi strutturale deve essere anche analisi strategica».³³

Tramite le sue competenze, basate su una profonda riflessività e un sostanziale decentramento, l'antropologo è chiamato ad incontrare e conoscere le dinamiche di assistenza familiare e, senza rinnegarle, a costituirsi attore sociale e chiave di volta per un aumento delle possibilità di espressione degli individui e delle loro storie di vita perché, al di là di tutto, occorre ricordarsi «[...] quanto sia importante andare oltre le parole e le espressioni: non nel senso letterale di saper leggere più significati profondi nel comportamento apparente, ma in quello di prestare attenzione alle preoccupazioni e alle intenzioni delle persone da cui quei significati provengono»³⁴. L'assistenza familiare pone questa richiesta: al di là delle lamentele circa gli assegni familiari così come la richiesta di un supporto indirizzata all'ente pubblico, è percepibile la fatica nel conciliare tre ricerche di senso attivate dai tre corpi attivi nella "casa della salute". L'antropologa ha percepito fortemente la richiesta di un quarto corpo che possa costituirsi strumento di reale comunicazione, spesso travisata o percepita come totalmente mancante. Molti cittadini e parenti, chiamati ad interagire con il progetto di ricerca e contribuire tramite suggerimenti scritti, lamentano l'assenza di "informatori" aggiornati e competenti, anche nell'elargire i contributi utili per sostenere le stesse necessità di assistenza:

³² Si rimanda a C. Trombetta e L. Rosiello, *La ricerca-azione. Il modello di Kurt Lewin e le sue applicazioni*, 2000.

³³ J.P.O. De Sardan, *Antropologia e sviluppo*, 2008, p. 193.

³⁴ F. Cappelletto, *Vivere l'etnografia*, 2009, p. 129.

«Migliorare la comunicazione ai cittadini, che non sanno dell'esistenza di certi servizi, dare contributi economici per le famiglie che hanno veramente bisogno di sostegno».³⁵

Oppure:

«Essere più informati su chi può dare questi servizi. Ci si rivolge allo Stato in quanto si richiedono meno pratiche per la messa in regola e maggiore controllo sugli italiani che gestiscono le badanti (mani addosso e non garantiti gli stipendi)».³⁶

Perché l'impegno dell'antropologo? Perché il metodo antropologico, anche nei confronti di tematiche e problematiche sociali e attuali, rivela una potenzialità come afferma Remotti:

«“Inattuale” (inadeguato, non conforme ai tempi) è il filosofo che deve «ben valutare la propria epoca nella sua differenza, rispetto alle altre, superando per sé il presente» (ivi, 186). Più in generale, inattuale è l'atteggiamento di colui che si muove in «modo inattuale – ossia *contro* il tempo, e in tal modo sul tempo e, speriamolo, a favore di un tempo venturo» (ivi 82 – corsivo mio). È proprio così che mi piace proporre l'idea di un'antropologia “inattuale”. [...] si tratta invece di frequentare epoche e culture per mettere a fuoco le peculiarità del nostro tempo. [...] mi sembra di poter aggiungere che quanto più accumuliamo un sapere attuale, tanto più esso potrà sviluppare una critica radicale e autenticamente antropologica della contemporaneità [...] Occorre dunque aumentare in maniera consapevole, programmatica e cumulativa la nostra “inattualità” per rendere vitale, credibile e praticabile il nostro progetto scientifico».³⁷

Nell'*inattualità* della ricerca di stampo antropologico, si scorge una chiave di volta e di sviluppo per la comunità e la collettività nella quale, comunque, l'antropologo si trova a vivere e nella quale può decidere di “impiegarsi” e “impegnarsi”. Tale percorso risulta complesso a partire dalla stessa definizione della professione richiesta dalle istituzioni e dalle persone coinvolte nell'eventuale azione di ricerca-azione attivata dall'antropologo, ma può portare a profonde riflessioni su tematiche attuali e costituirne la possibilità di cambiamento e di azione per l'antropologo chiamato comunque ad interrogarsi e assumere un posizionamento di fronte alla sofferenza sociale.

³⁵ Intervento registrato in data 9/04/2013 tramite questionario compilabile on-line. Fonte: www.assistenzafamiliarequartiere.wordpress.com

³⁶ Intervento registrato in data 3/06/2013 tramite questionario compilabile on-line. Fonte: www.assistenzafamiliarequartiere.wordpress.com

³⁷ F. Remotti, “Antropologia: un miraggio o un impegno?”, in *L'uomo società, tradizione e sviluppo*, 2012, pp. 71-72.

Bibliografia

Badiali, Elisa

- *Anziani e nuove povertà*. Progetto di ricerca riferita ai territori di Bologna e Ferrara, Fnp Cisl, anno 2012

Bourdieu, Pierre

- *Per una teoria della pratica. Con tre studi di etnologia cabila*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2003

Cappelletto, Francesca

- *Vivere l'etnografia*. Firenze: Seid Editori, 2009

Castelli, Vincenzo

- *Welfare futuro: costruzione di un nuovo statuto epistemologico della cultura del sociale in La cultura del sociale tra esclusione ed inclusione*, Iniziativa comunitaria EQUAL, 2002

Catanzaro, Raimondo e Colombo, Asher (a cura di)

- *Badanti & Co. Il lavoro domestico straniero in Italia*. Bologna: Il Mulino, 2009

Censis e Ismu per il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

- *Servizi alla persona e occupazione nel welfare che cambia*, Congresso e Comunicato Stampa, 14/05/2013

Comune di Bologna settore Programmazione Controlli e Statistica

- *Indicatori relativi agli anziani*. Bologna, 2009

Corbetta, Piergiorgio

- *Metodologie e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: Il Mulino, 1999

Csordas, Thomas J.

- *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press, 1994

Curcetti, Clara Morini, Mara Parisini, Luisa Rossi, Andrea Tassinari, Maria Chiara (a cura di)

- *La programmazione delle "Case della Salute" nella Regione Emilia-Romagna*, Report 2011

Da Roit, Barbara e Facchini, Carla

- *Anziani e badanti. Le differenti condizioni di chi è accudito e di accudisce*. Milano: Franco Angeli, 2010

- De Sardan, Jean-Pierre Olivier
- *Antropologia e sviluppo*. Milano: Raffaello Cortina, 2008
- Di Martino, Carmine
- *Segno, gesto e parola. Da Heidegger a Mead e Merleau-Ponty*. Pisa: Edizioni ETS, 2006
- Farmer, Paul
- “Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell’era globale”, in Quaranta Ivo (a cura di), *Antropologia Medica*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2006
- Gori, Cristiano (a cura di)
- *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell’assistenza in Italia e in Europa*. Roma: Carocci, 2002
- Giovannini, Enrico
- “Come saranno gli anziani del 2040”, in *Formiche. Analisi, commenti e scenari*, tratto da www.formiche.net, 01/01/2011
- Hochschild, Russell Arlie
- *Per amore o per denaro. La commercializzazione della vita intima*. Bologna: Il Mulino, 2006
- Hochschild, Russell Arlie; Ehrenreich, Barbara (a cura di)
- *Donne globali. Tate, colf e badanti*. Milano: Feltrinelli, 2004
- Iori, Catia
- *Da badanti ad assistenti familiari. L’evoluzione di una figura professionale nell’esperienza della provincia di Modena*. Roma: Carocci, 2008
- Lazarini, Guido; Santagati, Mariagrazia; Bollani, Luigi
- *Tra cura degli altri e cura di sé. Percorsi di inclusione lavorativa e sociale delle assistenti familiari*. Milano: Franco Angeli, 2007
- Le Breton, David
- *Antropologia del corpo e della modernità*. Bologna: Giuffrè Editore, 2007
- *Antropologia del dolore*. Roma: Meltemi, 2007
- Lozupone, Elvira
- “Alle radici dell’umanizzazione delle strutture sanitarie: un inquadramento antropologico”, *Rivista Scuola IaD, Modelli Politiche R&T*, n. 6, 2012
- Mariti, Cristina
- *Donna migrante. Il tempo della solitudine e dell’attesa*. Milano: F. Angeli, 2003

Meroni, Gabriella

- *Rapporto non autosufficienza. 4 milioni di anziani e invalidi: famiglie e caregiver lasciati da soli*, 13/01/2014, Fonte: www.vita.it

Monini, Carlotta

- "Famiglie e Anziani assistiti da badanti: l'altra faccia della medaglia" in Cecilia Eldstein (a cura di), *Uno sguardo sistemico sull'interculturalità*, M@gm@ vol.11 n.3 Settembre- Dicembre 2013

Ministero della Salute

- *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013*

Oliva, Florenzo

- "Riprendersi il diritto di fare ricerca", in *Animazione Sociale* - Mensile per gli operatori sociali, Torino, marzo 2012

Palmese, Cecilia; Berti, Giovanni (a cura di)

- "Relazione finale del Progetto "L'assistenza familiare nel Quartiere"", Luglio 2013, su www.assistenzafamiliarequartiere.wordpress.com

Pellecchia Umberto; Zanutelli Francesco (a cura di)

- *La cura e il potere. Salute globale, saperi antropologici, azioni di cooperazione sanitaria transnazionale*. Firenze: EDIT, 2010

Pizza, Giovanni

- *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*. Roma: Carrocci, 2005

Pizza, Giovanni; Ravenda, F. Andrea (a cura di)

- "Prospettive etnografiche sulla dimensione fisico - politica delle migrazioni in Italia", *Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 33-34 Ottobre 2012, Perugia

Remotti, Francesco

- "Antropologia: un miraggio o un impegno?", in *L'uomo, società, tradizione e sviluppo*, 1-2/2012

Saraceno, Chiara

- *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*. Bologna: Il Mulino, 2003

Sarti, Raffaella (a cura di)

- *Lavoro domestico e di cura. Quali diritti?*. Roma: Edizioni Ediesse, 2011

Spano, Pierangelo

- *Le convenienze nascoste. Il fenomeno badanti e le risposte del welfare*. Portogruaro: Nuova dimensione, 2006

Taccani, Patrizia

- *Equilibri e disequilibri. Il lavoro di cura nelle famiglie con anziani*, Qualificare, 2009

Tognetti Bordogna, Mara

- *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*. Milano: Franco Angeli, 2007

Trombetta, Carlo; Rosiello, Loredana

- *La ricerca-azione. Il modello di Kurt Lewin e le sue applicazioni*. Trento: Erickson, 2002

Vicarelli, Giovanna (a cura di)

- *Il malessere del welfare*. Milano: Liguori, 2005

Vietti, Francesco

- *Il paese delle Badanti*. Roma: Meltemi, 2004

Viti, Fabio (a cura di)

- *Antropologia dei rapporti di dipendenza personale, lavoro e politica*. Modena: Il Fiorino, 2006

Viti, Fabio

- *Lavoro, dipendenza personale e rapporti familiari*. Modena: Il Fiorino, 2003

Vuille, Marilène

- "Demedicalizzare la nascita? Considerazioni storico-sociali su un'espressione polisemica", in *Annuario di Antropologia*, 9, 2012

