

Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli “usi” del capitale sociale nel welfare che cambia.

Il caso dell’assistenza domiciliare sociale

Erica Eugeni

dottore di ricerca in Etnologia e etnoantropologia (Sapienza Università di Roma)
[erica.eugeni@gmail.com]

Introduzione: l’attuale panorama della cura e una prospettiva di analisi

Il recente cambiamento del panorama demografico ed epidemiologico caratterizzato dall’innalzamento dell’età media della popolazione e dall’aumento delle patologie croniche correlate; la considerevole riduzione delle risorse economiche a disposizione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali; la necessità di ridurre le degenze medie nelle strutture ospedaliere⁽¹⁾; la direttiva di diminuire i ricoveri in strutture delle persone con malattie croniche o degenerative e di mantenere gli anziani nel loro tessuto sociale sono alcuni dei fattori che stanno orientando le politiche nella direzione di aumentare le cure e le prestazioni assistenziali erogate in contesto domiciliare o ambulatoriale⁽²⁾.

Alcuni di questi servizi sono garantiti dallo Stato ai cittadini attraverso l’utilizzo di organismi intermedi, inseriti all’interno di un sistema di concorrenza prossimo a quello di mercato, e il supporto e la solidarietà delle famiglie e delle comunità di vicinato. Anche la popolazione immigrata è coinvolta, a vario titolo, nella presa in carico del disagio, dal momento che gran parte delle operatrici impiegate direttamente dalle famiglie e dalle cooperative sociali per fornire assistenza provengono da paesi diversi dall’Italia e soprattutto dell’Est Europa. Questo ambito della presa in carico che si realizza al di fuori delle strutture tradizionalmente deputate alla gestione del disagio è, inoltre, prevalentemente declinato al femminile, tanto a livello dell’ambito pubblico, quanto degli organismi del terzo settore e dell’universo familiare. I ruoli di queste donne, tuttavia, trovano un diverso riconoscimento dal punto di vista istituzionale.

Alcune delle etnografie e degli studi pubblicati in merito alla presa in carico del disagio al di fuori del contesto istituzionale hanno focalizzato l'attenzione sul ripensamento dell'attuale economia morale e politica del *welfare* (per quanto riguarda il contesto italiano, ad esempio MUEHLEBACH A. 2007)⁽³⁾, la dipendenza rispetto ai servizi pubblici e alla collettività (GAGNON É. - SAILLANT F. 2000; SAILLANT F. - GAGNON É. 2001), ma anche la distribuzione delle responsabilità e delle competenze tra gli attori e gli organismi diversamente posizionati rispetto alla cura – settore pubblico, privato sociale, reti “informali” –, con particolare riferimento a quanti, giorno dopo giorno, si prendono cura di familiari malati o invalidi, senza tuttavia trovare un adeguato riconoscimento da un punto di vista istituzionale (SAILLANT F. 1999, 2003; SAILLANT F. - GAGNON É. 1999, 2001; BUNGENER M. 2004).

Tra i servizi erogati dal settore pubblico, prestati direttamente a casa degli utenti, c'è l'assistenza domiciliare a carattere sociale dedicata agli anziani, che ha costituito uno degli ambiti di indagine della mia ricerca di dottorato.

Questa modalità di erogazione delle cure, che non coinvolge esclusivamente il settore pubblico e i cittadini-utenti fruitori dell'assistenza, favorisce la creazione di un “campo della presa in carico” complesso e articolato, inteso, nell'accezione ad esso attribuita da Pierre Bourdieu, come «una rete o una configurazione di relazioni oggettive tra posizioni» (BOURDIEU P. 1992: 67). Ciascuna posizione ricoperta dagli attori, siano essi agenti o istituzioni, è caratterizzata, per l'autore, da specifiche proprietà che dipendono dalla sua possibilità di accesso alle risorse di potere o di capitale che garantiscono l'ottenimento di specifiche poste in gioco nel campo, ma anche dalle relazioni che essa intrattiene con altre posizioni⁽⁴⁾. Intendere questa modalità di presa in carico del disagio come un “campo”, nell'accezione pocanzi proposta, mi sembra possa costituire un utile strumento euristico attraverso il quale leggere i rapporti e le dinamiche esistenti tra gli attori coinvolti nella “produzione” e “fruizione” delle cure, nel momento in cui ho svolto il mio campo di ricerca.

Presentando un'etnografia minuta che sia in grado di penetrare nei “mondi locali”, in questo lavoro vorrei provare a riflettere su alcuni aspetti di questo “campo”, integrando le riflessioni già proposte dalla letteratura, con alcune prospettive sviluppate dall'antropologia politica. Essa concepisce gli Stati come siti di produzione culturale e simbolica, essi stessi sempre culturalmente rappresentati e percepiti in modi specifici (FERGUSON J. - GUPTA A. 2002), “finzioni” che si costruiscono nell'immaginario

di utenti e operatori attraverso le pratiche quotidiane e le interazioni con le istituzioni locali (GUPTA A. 1995; SHARMA A. - GUPTA A. 2006). La loro coesione, la loro coerenza sarebbero, dunque, il frutto di processi egemonici che non possono essere dati una volta per tutte (SHARMA A. - GUPTA A. 2006), ma che – esposti costantemente alla possibilità di essere ridiscussi – necessitano di essere riaffermati attraverso rappresentazioni e pratiche che legittimano e naturalizzano la loro autorità e li reificano come entità dotate di specifiche caratteristiche (FERGUSON J. - GUPTA A. 2002)⁽⁵⁾.

In questo scritto, in particolare, vorrei soffermarmi su alcuni attori di questo campo: i *caregiver* e gli utenti, e prestare attenzione, dal punto di vista etnografico, ad alcuni aspetti del rapporto che costoro intrattengono con le figure professionali, gli organismi del terzo settore e le istituzioni preposte alla gestione del disagio a livello locale e, per tramite di questi, con lo Stato, in quanto detentore del dovere di assistere e prendere in carico, ma anche come dispensatore di benefici che possono essere piegati agli interessi individuali degli anziani. Nel primo caso, essi acquisiscono la forma di richieste di riconoscimento del lavoro di cura, veicolate dalle *caregiver* che assistono ormai da lungo tempo i mariti invalidi e malati. Nel secondo, di una manipolazione volontaria degli operatori nei domicili, da parte degli anziani. Se è vero, infatti, che gli incontri quotidiani con il livello locale costituiscono il primo luogo in cui gli individui apprendono qualcosa dello Stato, tali interazioni consentono anche l'elaborazione di strategie attraverso le quali “contrastare” questo “Stato immaginario” (SHARMA A. - GUPTA A. 2006). Esso, per gli anziani in assistenza e per le loro famiglie, è prevalentemente mediato dagli incontri con gli operatori e i servizi sanitari e socio-sanitari, e si fa presente nelle loro vite quotidiane nella forma delle assistenti sociali in visita o delle operatrici domiciliari inviate dalle cooperative per svolgere il lavoro di cura. È agendo direttamente su costoro, che essi ritengono di poter ottenere i benefici a cui ambiscono.

Analizzando il ruolo delle donne che assistevano i propri compagni nei domicili e supportavano le cure erogate dalle cooperative sociali per conto del settore pubblico, si cercherà di mostrare come lo Stato si riproduca attraverso le cure che esse erogano, inscrendosi, allo stesso tempo, nei corpi, nella forma di una nuova sofferenza. In seguito, presentando sinteticamente i casi di due anziani che nascondevano agli operatori domiciliari e alle assistenti sociali del Municipio, le risorse in termini di relazioni sulle quali potevano fare affidamento al di fuori dell'ambito familiare, si cercherà di mettere in evidenza come, se l'uso del capitale sociale costituisce uno degli strumenti principali attraverso i quali è possi-

bile mantenere l'anziano nel contesto domiciliare e garantire gli obiettivi dello Stato, negarne o nascondere l'esistenza agli operatori costituisce la pratica attraverso la quale gli utenti in assistenza tentano di sottrarsi ai meccanismi di controllo e di manipolare lo Stato stesso.

Restare a casa da anziani

La mia ricerca si è sviluppata tra il 2008 e il 2009, all'interno di un progetto dal titolo: "Cittadini e servizi sanitari, socio sanitari e sociali. Dalla solitudine competitiva alla democrazia cognitiva. Un percorso di ricerca epidemiologica ed etnografica", promosso da Sapienza Università di Roma e Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio, insieme ad un Municipio e ad una ASL di Roma. Il progetto, nella sua prima fase, comprendeva l'analisi più generale di alcuni aspetti dell'assistenza domiciliare non solo a carattere assistenziale, ma anche infermieristico e fisioterapico-riabilitativo nel territorio di un Distretto romano e del rispettivo Municipio, caratterizzato da un alto tasso di anziani. Questo in una città in cui, secondo i dati proposti nell'ambito del documento prodotto dal Gruppo di lavoro "Persone anziane: Sostegno e attivazione, per il Piano regolatore sociale di Roma capitale", realizzato nella seconda metà del 2009, le persone con un'età superiore ai 65 anni, al 1 gennaio 2009, erano circa 603.735, cioè quasi il 20% dell'intera popolazione residente. Di queste 315.502 comprese nella fascia di età tra i 65 ed i 74 anni, i cosiddetti "giovani anziani" e 288.233 oltre i 75: sono coloro che si è soliti definire i "grandi anziani" (TOGNETTI BORDOGNA M. cur. 2007).

La mia ricerca, come in precedenza sottolineato, era legata all'assistenza domiciliare sociale erogata nel Municipio in oggetto ed è stata svolta in parte direttamente nelle abitazioni di sei anziani in assistenza, individuati insieme al Servizio sociale professionale del Municipio, nel territorio e nelle sedi delle cooperative sociali che erogavano l'assistenza, in parte nei locali del Servizio sociale stesso. Questo secondo momento della ricerca mi ha permesso, tra le altre cose, di seguire la situazione di altri anziani in assistenza, non direttamente arruolati nel progetto dalle istituzioni promotrici.

L'obiettivo dell'assistenza domiciliare sociale erogata agli anziani è quello di mantenere la persona nel suo contesto di vita il più a lungo possibile, tramite l'invio di operatori direttamente a casa dell'utente, che si possono occupare di: cura della persona, preparazione dei pasti, pulizia della casa, spesa, disbrigo pratiche per conto dell'utente.

L'assistenza, presso il Municipio in oggetto, era erogata attraverso dieci cooperative accreditate presso il Registro Unico Cittadino per l'accreditamento di organismi operanti nei servizi alla persona (RUC)⁽⁶⁾. Il settore pubblico garantiva una preselezione degli organismi fornitori di servizi, i quali si trovavano poi a competere tra di loro. Ciascun utente, infatti, al momento dell'attivazione dell'assistenza, poteva scegliere la cooperativa che avrebbe erogato il servizio. All'assistenza domiciliare potevano accedere tutti gli anziani, indipendentemente dal loro reddito, presentando il loro modello ISEE⁽⁷⁾. Il servizio, infatti, non era totalmente gratuito – come accade, invece, per l'assistenza domiciliare alle persone con disabilità (legge 104 [art. 3 comma 3]) – ma presupponeva un contributo da parte dell'utente, sulla base di fasce di reddito.

Il primo incontro tra l'anziano e le assistenti sociali del Municipio, mediato dall'intervento del Servizio di accoglienza sociale dello stesso Municipio o dalla Sala di accoglienza sociale del Comune di Roma, poteva avvenire negli uffici del Servizio sociale, ma anche, se la persona era impossibilitata a raggiungere i locali del Municipio, nella stessa abitazione dell'utente. Nel corso di questo primo colloquio, le assistenti sociali cercavano di approfondire la situazione dell'anziano e di capire se, ed eventualmente come e in che misura, le prestazioni previste nell'ambito del servizio SAISA⁽⁸⁾ avrebbero potuto aiutare o migliorare la vita della persona. Contestualmente le assistenti sociali provvedevano a stendere una prima ipotesi di Piano di intervento individuale, nel quale venivano elencati gli interventi ritenuti necessari per l'anziano tra quelli previsti nell'ambito del servizio, segnalato il numero delle ore che l'assistente sociale riteneva necessario attribuire settimanalmente all'anziano e individuato l'obiettivo dell'assistenza stessa rispetto a ciascuna specifica situazione: evitare l'istituzionalizzazione, sostenere il coniuge o i familiari, mantenere l'anziano attivo nel contesto domiciliare. Il settore amministrativo del Servizio sociale, a questo punto, individuava l'eventuale quota a carico dell'utente in base al modello ISEE e all'ipotesi di Piano di intervento individuale elaborata dall'assistente sociale. Nel momento in cui venivano erogati fondi per procedere ai nuovi inserimenti nel servizio degli utenti in attesa, l'assistito era invitato a scegliere, tra gli organismi accreditati, una cooperativa sociale che avrebbe fornito l'operatore domiciliare. Generalmente si aveva una nuova visita domiciliare a cui partecipavano l'assistente sociale del Municipio, la responsabile del servizio presso la cooperativa selezionata e, se possibile, anche l'operatore domiciliare assegnato, finalizzata alla conoscenza reciproca e ad un eventuale ripensamento del Piano di intervento individuale.

Il servizio poteva prevedere delle nuove visite domiciliari da parte delle assistenti sociali, finalizzate a rivedere la situazione dell'utente e, eventualmente, ad integrare il numero delle ore o il tipo di prestazioni erogate.

Il welfare delle responsabilità condivise

Una presa in carico del disagio che si dispieghi al di fuori degli spazi tradizionalmente deputati, nel contesto più ampio della comunità, implica, dal punto di vista delle politiche e dei *policy makers*, un ripensamento del ruolo dei cittadini. Agli utenti e a quanti sono loro vicini si attribuisce una maggiore autonomia in quanto soggetti potenzialmente "competenti" e agenti di cambiamento e si chiede di contribuire a farsi carico dei loro propri bisogni e di pensare a se stessi come coinvolti nella produzione del bene collettivo. Essi devono farsi carico del loro destino e del destino dei loro concittadini (MUEHLEBACH A. 2007; PACI M. cur. 2008). Il cittadino è inserito in un territorio inteso come spazio di legami e di potenzialità, al cui centro c'è il concetto di comunità e delle sue risorse. Si riattiva l'idea di reciprocità e di dono; quest'ultimo non si situa più "tra il disegno istituzionale della società e le pratiche della vita quotidiana, sugli spazi lasciati liberi dai grandi meccanismi dell'economia e della politica" (DEI F. 2008: 22), ma diventa parte attiva del buon funzionamento dei meccanismi istituzionali (DEI F. 2008). Si valorizza, così, il peso delle comunità nelle attività di sostegno e aiuto per "quei bisogni che non hanno la forza di diventare domanda economica", come ribadito nell'ambito degli Stati generali del *welfare*, tenutisi a Roma, nel dicembre 2011. Le politiche sociali, in questo senso, agiscono non solo come "strumenti utilitaristici di assistenza", ma anche come "generatori di aree di tensione morale" (DEI F. 2008: 33), spronando i cittadini ad acquisire comportamenti altruistici e promuovendo una "cittadinanza etica" (MUEHLBACH A. 2007) nell'ambito della quale i soggetti sono vincolati da rapporti di moralità e affettività piuttosto che da legami politici e sociali. Da un "welfare assistenziale" si passa, così, ad uno delle "responsabilità condivise" (MARCON G. - SCILLETTA C. 2010).

I caregiver: soffrire tra "pubblico" e "privato"

L'assistenza domiciliare, dunque, non coinvolge esclusivamente dei "professionisti" della cura, ma anche il gruppo domestico nel suo complesso,

chiamato ad integrare e supportare le attività di cura e di assistenza. Solo grazie al suo intervento, e in gran parte dei casi al supporto delle donne, è possibile garantire il mantenimento dell'anziano nel contesto in cui ha sempre vissuto e evitare il ricovero. Il ruolo delle donne, infatti, adattandosi ai limiti e alle specificità degli interventi professionali, ne compensa le principali lacune (BUNGNER M. 2004) ed è incluso tra le risorse di cura disponibili per far fronte a situazione di disagio. Se l'attribuzione del ruolo di *caregiver*, soprattutto alle mogli di anziani in difficoltà, sembra riconosciuta, non altrettanto può dirsi per le specificità e la complessità del ruolo e le esigenze che ne derivano. Nonostante il sistema di *welfare* italiano, infatti, attribuisca alle famiglie un ruolo importante nella cura e nell'assistenza, non prevede un supporto adeguato in grado di sopperire ai costi emotivi e sociali legati al lavoro di cura. Per la situazione italiana e più generalmente per quello che viene definito "sistema sud europeo familistico"⁽⁹⁾, si parla in questo senso, di "sussidiarietà passiva".

Nel caso dell'assistenza domiciliare da me indagato, non esistevano interventi o contributi tesi a far fronte alle difficoltà a cui le donne andavano incontro, se si esclude la dichiarazione di intenti dell'assistenza stessa che, anche se attivata per uno dei membri della coppia, avrebbe dovuto, nei fatti, essere di sostegno al nucleo familiare nel suo complesso. Le donne con le quali sono entrata in contatto, che si prendevano cura dei mariti malati, erano a loro volta anziane e affette da problemi di salute. Mirella, una signora che da anni si occupava del marito affetto da Parkinson, era una di loro.

Sosteneva di essere l'unica, tra i familiari, ad occuparsi dell'uomo. I figli, sebbene definiti dalla cooperativa sociale che si occupava del papà come abbastanza presenti nella vita dell'anziana coppia, erano sposati e vivevano con le rispettive famiglie, e dunque non contribuivano al lavoro di cura domestica. Mirella ogni mattina si assumeva il gravoso compito di sollevare il marito dalla sedia su cui trascorreva gran parte della giornata e accompagnarlo, sostenendolo con le proprie forze, fino al bagno, dove lo aiutava a lavarsi il viso ed il corpo, lo radeva, gli tagliava le unghie e svolgeva per lui tutti i compiti legati all'igiene quotidiana; lo accompagnava in brevi passeggiate nel quartiere e presso i servizi sanitari. Nonostante prendersi cura del marito fosse dunque per Mirella oneroso da un punto di vista fisico, gran parte del disagio della donna era il prodotto del logoramento emotivo che la vicinanza obbligata e continuativa del marito malato le imponeva. Tale vicinanza, mi disse, le «portava via la testa». Come mi raccontò più volte, Mirella era terrorizzata soprattutto dagli occhi del marito, che, sosteneva, la guardavano con rimprovero e

con invidia ogni volta che si allontanava da lui, impedendole di svolgere serenamente la propria vita. La sua presenza accanto al marito, continuava, era negativa tanto per l'uomo che non poteva ottenere un'integrazione delle cure fornite dal settore pubblico poiché c'era qualcuno in grado di occuparsi di lui nel contesto familiare, che per lei, incatenata al capezzale di un malato. Mirella aveva cercato di manifestare le sue difficoltà e la sua sofferenza inoltrando delle richieste di modifica di alcuni aspetti dell'assistenza a quello che era il livello a lei più prossimo dello Stato assistenziale: la cooperativa che aveva selezionato per erogare le prestazioni assegnate al marito, tra quelle accreditate. Si era prima recata direttamente nella sede della cooperativa per ottenere un operatore di sesso maschile al posto dell'operatrice che le era stata assegnata. La donna riteneva, infatti, che un uomo, dotato di maggiore forza fisica, potesse più agevolmente aiutarla a spostare il marito – che aveva difficoltà legate alla deambulazione – e a compiere le quotidiane operazioni di cura dell'igiene dell'uomo, sollevandola, almeno in parte, dalla fatica fisica di prendersi cura di un disabile. La responsabile del servizio all'interno della cooperativa aveva accolto la richiesta, sebbene dubitasse delle motivazioni addotte dalla donna. La psicologa, infatti, riteneva che, in realtà, il desiderio dell'anziana fosse motivato da un suo imbarazzo determinato dalle attenzioni ambigue che l'uomo riservava alle operatrici di sesso femminile. Non riteneva, inoltre, che un uomo avrebbe potuto aiutare l'anziana in modo differente da quanto avrebbe potuto fare una donna, poiché in realtà, tutti gli operatori possiedono delle tecniche di gestione e spostamento della persona, che prescindono dalla mera forza fisica. Tempo dopo Mirella si era di nuovo recata nella sede della cooperativa, questa volta con l'obiettivo di ottenere un'integrazione delle ore di assistenza. La responsabile, in questo caso, non aveva potuto soddisfare il desiderio dell'anziana, sostenendo che aumentare il numero delle ore dedicate al marito non era possibile, ma che, se la signora lo desiderava, poteva chiedere l'attivazione dell'assistenza per sé. Mirella si era indignata, sostenendo di essere totalmente autonoma e di non avere, dunque, alcun bisogno di qualcuno che la sostenesse durante le passeggiate o le leggesse il giornale, come l'operatore attuale faceva con il marito. In seguito aveva riproposto, anche in mia presenza, la sua richiesta all'operatore domiciliare, direttamente nella sua abitazione, minacciando con rabbia di abbandonare il marito in un istituto di ricovero qualora non avesse ottenuto un aumento delle ore, perché, sosteneva: «persone così devono stare in un istituto!» Concludeva, tuttavia, sottolineando come, in qualità di moglie, suo compito fosse quello di occuparsi del marito finché era in vita. L'operatore si era limitato

ad ascoltare le rimozioni della donna e a suggerirle, come fatto dalla psicologa, di inoltrare anche per sé la domanda di assistenza. La motivazione con la quale l'anziana giustificava alle diverse operatrici e a me la richiesta di aumento delle ore non era legata né allo sforzo fisico, né al disagio emotivo. Un aumento delle ore le sarebbe stato necessario, a suo dire, per recarsi presso i presidi sanitari del territorio e svolgere dei controlli e delle analisi cliniche di cui aveva urgente bisogno, in altri termini per prendersi cura della sua salute. Più volte mostrò a me e all'operatore i risultati delle sue ultime analisi, insistendo affinché prendessimo atto delle sue precarie condizioni.

Mirella soffriva di quella che propongo di definire una "*illness* di riflesso", un malessere che non trovando alcun genere di riconoscimento da un punto di vista dei servizi sanitari e sociali, si esprimeva mediante il linguaggio del disordine fisico. Per Mirella veicolare il suo malessere e la sua richiesta a me, necessariamente associata al Servizio sociale che mi aveva introdotto, e alle operatrici della cooperativa, nei termini di un malessere fisico e dunque come richiesta di tempo per svolgere esami medici, sembrava essere uno strumento più efficace per garantirsi una risposta positiva, in ragione della maggiore "credibilità" e legittimità accordata al disagio del corpo. È questa quella che FASSIN (2004) ha definito una "bio-legittimità", che individua nel corpo "a rischio" una risorsa fondamentale per la richiesta e l'ottenimento, in questo caso, di una integrazione dell'assistenza. Allo stesso tempo, formalizzare la propria richiesta di tempo per sé nei termini della risposta ad un disagio fisico garantiva alla donna la de-responsabilizzazione rispetto alla sospensione del proprio ruolo di prestatrice di cure, come, probabilmente, non avrebbe potuto se avesse mostrato un cedimento di natura emotiva. Mirella e le altre *caregiver* erano, infatti, vincolate al loro ruolo di curatrici dal dovere e dalla responsabilità del ruolo di moglie che ricoprivano. Questo non lasciava spazio per il dubbio, anche perché, nei fatti, non esisteva una "reale" opposizione tra alternative possibili, che avrebbe potuto sollevarle dall'obbligo morale dell'assistenza. Come sostenne una di loro: «di fronte alla possibilità di finire in un istituto, tutti vogliono restare a casa propria e anche allo Stato dovrebbe costare di meno!»⁽¹⁰⁾.

Il processo attraverso il quale lo Stato assiste direttamente "nel territorio", appoggiandosi ai valori e ai vincoli morali che legano le anziane ai loro mariti e al desiderio di restare a casa propria, acquisisce i caratteri di una esclusione dai tradizionali luoghi deputati alla cura, allo stesso tempo inclusiva, nella misura in cui trasforma il contesto intimo delle abitazioni in un luogo di presa in carico e i legami familiari in pratiche

di assistenza. “De-istituzionalizzando” l’assistenza, esso “istituzionalizza” lo spazio privato e i legami sociali. Le donne che assistevano i mariti anziani si sentivano, così, percepite e “trattate” dagli operatori del Servizio sociale come “risorse” di cura e assistenza al pari di quelle “professionali”, senza, tuttavia, che fossero loro riconosciuti le implicazioni e i costi fisici ed emotivi del lavoro di cura, proprio come nel caso di Mirella. In questo senso la sofferenza che le donne manifestavano non era solo espressione del rapporto continuativo con il disagio, ma anche il prodotto implicito di una specifica modalità di cura e dei servizi che la metteva in atto appoggiandosi ai legami familiari e comunitari su cui ciascun assistito poteva contare. Come Mirella aveva amaramente ricordato nel corso della discussione con l’operatore domiciliare, esclusivamente la presenza di un *caregiver*, in molti casi, poteva permettere a un anziano con una disabilità grave di essere preso in carico nello spazio domestico, garantendo allo Stato quel risparmio economico che spesso era identificato con il principale obiettivo di questa modalità di cura. Questo portava Mirella a minacciare, qualora non avesse ottenuto una integrazione dell’assistenza, di inserire il marito in un istituto specifico, per uscire dal ricatto della cura. La rabbia che le *caregiver* manifestavano nei riguardi di questo Stato – identificato e conosciuto attraverso i servizi sanitari e sociali di cui quotidianamente facevano esperienza e gli operatori della cura e dell’assistenza diversamente posizionati rispetto al settore pubblico –, contestava quella cura a termine che esso era in grado di offrire e la sofferenza che essa imponeva loro. Mirella, Nora e le altre donne che ho incontrato nel corso della ricerca, dopo aver assistito per anni mariti invalidi, si ribellavano all’idea di poter essere trattate alla stregua di “risorse di cura”: a loro volta anziane e malate, formalizzando a diversi livelli e con diverse modalità il loro disagio, rivendicavano anche per loro il diritto ad essere prese in carico in quanto sofferenti.

Gestire le risorse di cura

La gestione del disagio nel contesto domiciliare sollecitava, da parte degli anziani privi di una rete familiare di riferimento, la messa in gioco di risorse di assistenza “informali” o comunitarie che fossero in grado di integrare e supportare l’assistenza erogata dai Servizi sociali, altrimenti di per sé insufficiente a garantire il mantenimento nel contesto domestico.

Entro queste risorse “informali” ricadevano tanto le badanti, quanto la più ampia rete sociale su cui la persona poteva fare affidamento. In molti

casi si trattava di un “capitale sociale”⁽¹¹⁾ costruito dagli stessi anziani per far fronte alle proprie esigenze, più spesso dell’intervento “spontaneo” del quartiere.

Gran parte degli anziani con i quali sono entrata in contatto vivevano da tempo nel quartiere e potevano dunque fare affidamento su una rete di rapporti profonda e strutturata, consolidata nel corso degli anni. Tra i principali riferimenti vi erano i vicini di casa, i portieri dei palazzi, i proprietari dei negozi e dei ristoranti della zona, che provvedevano tanto a supportare gli anziani nelle incombenze quotidiane, quanto ad integrare le loro risorse economiche, spesso assai ridotte, fornendo soprattutto pasti gratuiti.

Per contraccambiare l’aiuto che ricevevano, alcuni anziani si impegnavano in attività che avevano per loro il valore di un vero e proprio lavoro, offrendo a loro volta servizi o beni, comunque secondo le loro disponibilità e possibilità. Maria, ad esempio, un’anziana donna malata che da anni non usciva più dalla propria abitazione, piegava i tovaglioli di uno dei proprietari del bar della zona o ricompensava i pasti che gratuitamente costui le forniva badando ai suoi due figli. Allo stesso modo utilizzava la frutta e la verdura che riceveva da un’amica che lavorava al mercato rionale per ottenere, donandole a sua volta, dei servizi dai propri vicini di casa. Floriana, un’altra anziana donna sola e in cattivi rapporti con il figlio e la moglie di costui, scambiava i quotidiani gratuiti che chiedeva all’operatrice domiciliare di procurarle, con i pasti gratuiti che un ristorante del quartiere le garantiva giornalmente e, facendo leva sulla sua giovialità e sul suo buon carattere, otteneva aiuto e supporto da negozianti e artigiani della zona.

Nei casi in cui i servizi non erano in grado di garantire un supporto adeguato e il soddisfacimento di tutti i bisogni degli anziani, costoro avevano, dunque, messo in moto un sistema di piccole transazioni, riciclando materiali di differente provenienza, spesso di scarto o di seconda mano, che tuttavia acquisivano per loro un grande valore: potevano essere scambiati. Ne scaturivano spesso forme ibride, che attingevano tanto all’ambito della comunità e delle risorse informali, quanto a quello del supporto formale fornito dai servizi.

Coloro che nel quartiere supportavano gli assistiti erano fondamentali per il mantenimento nel contesto domiciliare degli anziani soli o privi di un supporto familiare, sia perché consentivano al Servizio sociale di poter garantire, con i propri mezzi, solo una parte dei bisogni di assistenza degli anziani, sia perché costituivano una ricca fonte di informazioni per

le assistenti sociali del Municipio. In questo senso, il dono in termini di tempo e di servizi prestati dalla comunità diventava parte attiva del buon funzionamento dei processi istituzionali stessi, uno punto di raccordo tra “istituzioni e vita quotidiana” (DEI F. 2008: 22). Grazie a loro era possibile ricostruire la situazione economica della persona, comprendere se e a quali contributi o agevolazioni avrebbe potuto accedere e avere un referente al quale rivolgersi in caso di necessità, soprattutto nel caso di anziani completamente privi di supporto familiare.

Le assistenti sociali del Servizio sociale e della cooperativa si ponevano, quindi, come coordinatrici non solamente delle risorse che erogavano direttamente, ma anche delle risorse “informali” che dovevano essere conosciute e capitalizzate, in una logica di complementarità tra saperi e pratiche “informali” e competenze e responsabilità professionali. Nel corso delle visite domiciliari finalizzate alla comprensione della situazione degli anziani e preliminari all’attivazione dell’assistenza e alla scelta del numero delle ore e del tipo di servizi da assegnare, le assistenti sociali del Municipio chiedevano sempre, tra le altre cose, su quali persone l’anziano potesse fare affidamento e in che termini. Nei casi in cui amici o vicini di casa sostenevano in maniera particolarmente significativa un anziano, ad esempio accompagnandolo presso i servizi sanitari o ricordandogli scadenze e pagamenti, le assistenti sociali potevano chiedere anche l’indirizzo o il numero di telefono di colui che prestava aiuto, per contattarlo direttamente e comprendere meglio il grado di autonomia, le risorse economiche e le spese sostenute dall’anziano stesso.

Nonostante ciò, non tutte le risorse erano note al Servizio sociale e alle cooperative. L’attività di ricomposizione e valorizzazione spesso si scontrava con la diffidenza degli anziani stessi, non sempre ben disposti a concedere agli operatori la fiducia che questi ultimi ritenevano si dovesse accordare a loro e ai servizi. In questi casi, il colloquio tra anziano e assistente sociale e le stesse visite domiciliari acquisivano, anche in ragione della limitatezza delle risorse economiche a disposizione dei Servizi sociali, il carattere di un’indagine poliziesca, invece che di un processo di co-costruzione e co-formulazione di un disagio.

Aurora, un’anziana sola e poco amata nel quartiere a causa del suo carattere difficile, ad esempio, usufruiva del supporto di una giovane donna rumena, Laura, che incontravo ogni mattina in cui mi recavo presso la sua abitazione. Né l’operatrice domiciliare né il Servizio sociale erano mai riusciti a capire in che termini si articolasse il rapporto tra le due donne, poiché l’anziana rispondeva in maniera evasiva a tutte le domande che le

venivano poste. Quando inizia la ricerca l'assistente sociale del Municipio chiese anche a me di cercare di capire come stavano le cose, ma Aurora fu reticente con me come lo era stata con le operatrici del settore pubblico e del privato sociale, negando soprattutto con forza che la giovane dormisse a casa sua e sostenendo che si trattava di un'amica che ogni tanto passava a trovarla. Confrontandomi con l'operatrice domiciliare che frequentava abitualmente e più da vicino l'anziana e la sua casa rispetto alle assistenti sociali del Servizio sociale, arrivammo alla conclusione che probabilmente Aurora offriva ospitalità alla giovane donna per non dover restare da sola nel corso della notte, in cambio di un aiuto domestico. Come altri anziani, Aurora voleva nascondere l'esistenza delle "risorse" altre rispetto a quelle istituzionali sulle quali poteva fare affidamento, tentando di eludere tanto le richieste delle assistenti sociali, quanto quelle dell'operatrice, nonostante le evidenze. La donna riteneva che mostrare il fatto di poter contare su altre forme di supporto le avrebbe precluso i servizi o le agevolazioni che aveva o che avrebbe potuto avere dal Municipio e questo la portava a nascondere tali risorse per contrastare la possibilità di vedersi sottratti i benefici ottenuti. In un'altra occasione, nel corso di una visita domiciliare effettuato da un'assistente sociale con la responsabile dell'assistenza per la cooperativa selezionata dall'anziano, ebbi modo di constatare come il tentativo di nascondere alle operatrici le risorse di relazione sulle quali si poteva contare fosse una pratica abbastanza comune tra gli utenti. L'assistente sociale del Municipio aveva già incontrato l'anziano, dunque introdusse brevemente a me e all'assistente sociale della cooperativa la sua storia e la sua condizione familiare, invitandolo poi ad integrare il racconto e chiedendogli di commentare le numerose foto che decoravano le pareti. Nel narrare la sua storia l'anziano sembrava titubante, insisteva sulle sue difficoltà economiche, ma soprattutto sulla sua solitudine. Non tutti i passaggi della storia coincidevano con quanto l'assistente sociale del Municipio ricordava di avergli sentito dire nel corso del colloqui precedente: alcuni fatti erano omessi, altri narrati in modo differente. La donna cercava, allora, di sollecitare i ricordi dell'anziano ponendogli domande o chiedendogli spiegazioni e chiarimenti, con fare sempre più incalzante. Mentre ancora ascoltavamo il suo racconto, suonò il citofono e l'anziano abbandonò la stanza per rispondere. Evidentemente ritenendo che non potessimo ascoltare la conversazione, iniziò a discutere con la donna che si trovava in basso. In realtà, la relativa contiguità degli ambienti e la porta lasciata incautamente aperta, ci consentirono di partecipare all'intera conversazione. Il tono e la gentilezza con la quale l'anziano si rivolse alla donna denunciavano un rapporto particolarmente intimo tra

i due interlocutori. L'anziano rispose alla donna, con un filo di voce, che non poteva salire poiché c'era l'assistente sociale in visita e di ripassare, dunque, più tardi. Tornato, l'uomo si scusò dell'interruzione e sostenne che si era trattato dell'errore di qualcuno che aveva sbagliato a citofonare, mentendo, dunque, a tutte noi. Le due operatrici, evidentemente non convinte dalle spiegazioni dell'anziano, si guardarono con aria perplessa e si riproposero di approfondire la questione in un secondo momento.

La visita domiciliare si configura come una sorta di "rituale di sorveglianza" (FERGUSON J. - GUPTA A. 2002) attraverso il quale l'anziano come altri utenti e potenziali tali accedono allo Stato e lo incorporano, non in quanto entità astratta, ma nelle persone di uomini e donne che hanno il potere di valutare un disagio e stabilire se e in che misura elargire un aiuto. Contrastare la possibilità di vedersi preclusi benefici e agevolazioni in ragione delle risorse alternative a quelle dei servizi sulle quali potevano fare affidamento, voleva dire per gli utenti manipolare gli operatori che rappresentavano lo Stato nelle loro abitazioni, gli operatori domiciliari come nel caso di Aurora, ma anche le assistenti sociali, e intervenire attivamente nel miglioramento delle proprie condizioni di vita, tentando di cumulare benefici derivanti da risorse di assistenza di diversa natura.

Gli operatori inviati dai servizi lavoravano al di fuori delle strutture istituzionali, negli spazi privati e ambigui delle abitazioni e in questo senso erano più esposti e "vulnerabili" alle manipolazioni e alle strategie degli anziani. Questi ultimi, negando a costoro informazioni rispetto alle risorse in termini di relazioni sulle quali potevano fare affidamento o camuffando la propria situazione personale o economica, cercavano di contrastare i meccanismi istituzionali e gestire, dunque, lo Stato stesso a proprio vantaggio.

Conclusioni

L'assistenza nel contesto domiciliare, proprio perché erogata al di fuori degli spazi istituzionali, in un contesto fluido e di maggiore intimità come quello domestico, lascia emergere con maggiore evidenza le contraddizioni e le ambiguità degli attuali sistemi di presa in carico.

L'"oggetto" intorno al quale prendono vita le pratiche degli operatori e degli anziani sono le risorse di relazione su cui ciascuna persona in situazione di disagio può contare. Il "capitale sociale", così, è al cuore degli attuali sistemi di presa in carico. La sua gestione costituisce non solo per

gli utenti ai quali garantisce un sollievo, ma anche per lo Stato la posta in gioco nel campo della cura e dell'assistenza. Accedere al "capitale sociale" degli anziani, infatti, – tanto nella forma delle mogli che assolvono alle quotidiane attività di cura, quanto come relazioni di supporto altre rispetto al contesto familiare –, costituisce un utile strumento di *governance*⁽¹²⁾ attraverso il quale realizzare le finalità e gli obiettivi dell'assistenza e in questo senso per riprodurre i meccanismi istituzionali.

L'assistenza domiciliare, tuttavia, pensata per alleviare i disagi legati all'istituzionalizzazione degli anziani, per come immaginata e organizzata dai servizi pubblici, può determinare nuove sofferenze, come nel caso del malessere delle donne vincolate al capezzale dei mariti invalidi. Nel caso delle anziane *caregiver*, la richiesta veicolata secondo l'offerta di un corpo sofferente esposto, dunque come *disease*, nella prospettiva dell'ottenimento di un beneficio (l'integrazione dell'assistenza), non esaurisce il rapporto tra Stato, corpo e valori sociali, ma ne costituisce esclusivamente un aspetto. Quella sofferenza che le donne non erano legittimate a veicolare e che non trovava un adeguato riconoscimento dal punto di vista delle istituzioni, che era cioè negata in quanto *sickness*⁽¹³⁾ non riuscendo a divenire socialmente significativa, era il prodotto della cura "a tempo" che lo Stato era in grado di offrire e che, appoggiandosi ai valori sociali che vedono il ruolo di moglie come quello di colei che accudisce e si prende cura, precludeva loro l'emancipazione dallo spazio domestico e dal ruolo di erogatrice di cure. Se si considera l'incorporazione come «la pratica che rende alcune idee, ideologie o rapporti di potere riconoscibili e effettivi nelle vite personali e sociali degli esseri umani» (PIZZA G. - JOHANNESSEN H. 2009: 14), questa sofferenza costituisce una vera e propria forma di "incorporazione dello Stato", dal momento che essa è il prodotto di politiche specifiche, di una modalità di organizzazione, in questo caso, dei servizi e delle cure e dei valori che ad entrambe soggiacciono.

Allo stesso tempo, il contesto in cui questo tipo di assistenza si dispiega anche in ragione della sua relativa marginalità rispetto agli spazi formalizzati dei servizi, favorisce l'apertura di spazi di agentività da parte dei fruitori dell'assistenza, laddove con questo termine intendo fare riferimento, seguendo Ortner (2006), ad una forma di potere che le persone hanno a disposizione per influenzare gli altri o gli eventi e mantenere il controllo sulla propria vita. Gli utenti e i *caregiver*, così, negando agli operatori le informazioni circa la loro rete di supporto nel primo caso, manifestando il proprio malessere nella forma di un cedimento fisico nel secondo, mettono in discussione la legittimità dell'intervento pubblico e l'efficacia dei dispositivi istituzionali stessi (FASSIN D. 1996).

Note

(1) In questo senso, lo spostamento delle cure in contesto domiciliare costituisce uno degli strumenti attraverso i quali ottimizzare le risorse a disposizione e fronteggiare quella che FASSIN (1996) ha definito messa in causa della “funzione di regolazione economica”: una delle crisi che stanno oggi attraversando i sistemi delle cure, dal punto di vista dello Stato. Tali crisi si giustificano, tra le altre cose, in rapporto alla crisi economica più in generale, ma anche al cambiamento del panorama epidemiologico, di cui si è detto, e all’aumento della richiesta e dell’erogazione di cure, per alcuni versi prodotto di quella che oggi viene comunemente definita “medicina difensiva”.

(2) Il tasso di istituzionalizzazione, in Italia, in realtà non ha mai superato il 2%. Questo modesto sviluppo della residenzialità non è mai stato supportato da una implementazione dei servizi domiciliari e semiresidenziali, nonostante la de-istituzionalizzazione sia parte delle retoriche politiche ormai dagli anni '70 (DA ROIT B. 2009). Per quanto riguarda la situazione attuale dei servizi dedicati alle non autosufficienze in Italia, vedi, tra gli altri, NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE cur. 2009, 2010, 2011; GORI C. cur. 2004, 2008; TRABUCCHI M. 2005; TOGNETTI BORDOGNA M. cur. 2007.

(3) Rispetto ai cambiamenti nell’attuale modello di *welfare* vedi, tra gli altri, DONATI P. 2000; GORI C. 2002; RODGER J. 2004; PACI M. cur. 2008; KAZEPOV Y. cur. 2009.

(4) Per un utilizzo del concetto di campo di forze in rapporto all’ambito della cura, si veda SCHIRRIPIA P. 2005.

(5) Per un quadro complessivo in merito al dibattito, si veda PALUMBO B. 2011.

(6) A Roma la modalità di accreditamento è introdotta a partire dalla delibera comunale 30 dicembre 2000, n. 1532. La procedura di accreditamento è organizzata sulla base di tre ambiti di intervento (minori, anziani, handicap) e prevede due momenti e due albi distinti, uno cittadino, per accedere al quale è necessario essere in possesso di alcuni requisiti generali, e uno municipale. L’iscrizione presso il primo albo costituisce prerequisito necessario per l’accesso al secondo, che valuta il possesso o meno di specifici requisiti territoriali.

(7) L’Indicatore della situazione economica equivalente è lo strumento individuato a livello nazionale per l’accesso alle prestazioni e, in taluni casi, per il calcolo del livello di compartecipazione dell’utente al costo del servizio erogato.

(8) Servizio per l’autonomia e l’integrazione sociale della persona anziana.

(9) Per un quadro riassuntivo del dibattito in merito ai modelli di *welfare* in Europa si veda KAZEPOV Y. cur. 2009.

(10) N.N. conversazione informale (Note di campo, giugno 2008).

(11) Utilizzo il concetto di capitale sociale nell’accezione attribuita al termine da P. BOURDIEU (1980), come insieme delle relazioni personali direttamente mobilitate da un individuo per perseguire specifici fini o migliorare la propria condizione o, in altri termini, come l’insieme delle risorse che derivano ad un individuo dal possesso di determinate relazioni. Scelgo di avvalermi di questa definizione e non di quella di R. PUTNAM (1993), – per il quale il capitale sociale è costituito da quei fattori che migliorano l’efficienza dell’organizzazione sociale nel suo complesso favorendo la cooperazione tra gli individui, come le reti di associazionismo civico, la fiducia, le norme di convivenza e di reciprocità – in prima istanza poiché in questa sede mi interessa prendere in considerazione le reti personali tra soggetti individuali (TRIGLIA C. 2001) e non il capitale sociale in quanto caratteristica dell’intero sistema sociale. La definizione di Bourdieu, inoltre, mi permette di analizzare gli usi strumentali del capitale sociale in funzione di specifici obiettivi, usi i cui esiti possono essere non efficaci o addirittura dannosi per altre finalità (PISELLI F. 2001) e comunque non necessariamente positivi per la collettività (TRIGLIA C. 2001). Abbracciare questa prospettiva mi consente, dunque, di indagare l’uso che dei legami viene fatto, i modi in cui le risorse vengono combinate, le strategie particolari degli attori in situazioni specifiche, la razionalità che soggiace alle scelte a partire dalle informazioni di cui i

soggetti dispongono. Per il dibattito intorno al concetto di capitale sociale vedi BAGNASCO A. - PISELLI F. - PIZZORNO A. - TRIGLIA C. *cult.* 2001; MINELLI M. 2007.

⁽¹²⁾ Utilizzo il termine *governance* nell'accezione ad esso attribuita da SHORE e WRIGHT (1997), intendendo, dunque, quei processi complessi attraverso i quali le politiche influenzano le condotte degli individui in modo che essi contribuiscano al mantenimento dell'ordine sociale. Un tipo di potere, dunque, continuano gli autori, che agisce su e attraverso gli individui in quanto soggetti liberi e razionali; che presuppone piuttosto che annullare la loro capacità/possibilità di azione.

⁽¹³⁾ Uso, in questo caso, il concetto di *sickness* inteso come «quel processo attraverso il quale i segni comportamentali e biologici preoccupanti [...] vengono investiti di significati socialmente riconoscibili: essi vengono cioè convertiti in sintomi e risultati socialmente significativi» (YOUNG A. 2006 [1982]: 124).

Bibliografia

BAGNASCO Alessandro - PISELLI Fortunata - PIZZORNO Alessandro - TRIGLIA Carlo (curatori) (2001), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, Il Mulino, Bologna.

BOURDIEU Pierre (1980), *Le capital social: notes provisoires*, «Actes de la Recherche en Sciences Sociales», 1980, n. 31, pp. 2-3.

BOURDIEU Pierre (1992), *Risposte. Per un'antropologia riflessiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

BUNGNER Martine (2004), *Une gestion des corps malades et vieillissants. Le transfert domestique des activités de soins*, pp. 109-133, in FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

DA ROIT Barbara (2009), *Le politiche di assistenza agli anziani*, pp. 201-221, in KAZEPOV Yuri (curatore), *La dimensione territoriali delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

DEI Fabio (2008), *Tra le maglie della rete: il dono come pratica di cultura popolare*, pp. 11-41, in DEI Fabio - ARIA Matteo (curatori), *Culture del dono*, Meltemi, Roma.

DONATI Paolo (2000), *La cittadinanza societaria*, Laterza, Roma - Bari.

FASSIN Didier (1996), *L'espace politique de la santé. Essai de généalogie*, Presses Universitaires de France, Paris.

FASSIN Didier (2006), *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, pp. 93-112, in QUARANTA Ivo (curatore), *Sofferenza sociale*, "Antropologia", anno 6, n. 8, 2006 (numero monografico).

FASSIN Didier (2004), *Les corps exposés. Essai d'économie morale de l'illegitimité*, pp. 237-266, in FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

FASSIN Didier - MEMMI Dominique (2004), *Le gouvernement de la vie, mode d'emploi*, pp. 9-33, in FASSIN Didier - MEMMI Dominique (curatori), *Le gouvernement des corps*, Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.

FERGUSON James - GUPTA Akhil (2002), *Spatializing states. Toward an ethnography of neoliberal governmentality*, "American Ethnologist", vol. 29, n. 4, 2002, pp. 981-1002.

GAGNON Éric - SAILLANT Francine (2000), *De la dépendance et de l'accompagnement. Soins à domicile et liens sociaux*, L'Harmattan - Les Presses de l'Université Laval, Paris - Québec.

GORI Cristiano (2002), *Il welfare nascosto. Il mercato privato dell'assistenza in Italia e in Europa*, Carocci, Roma.

GORI Cristiano (curatore) (2004), *La riforma dei servizi sociali in Italia*, Carocci, Roma.

GORI Cristiano (curatore) (2008), *Le riforme regionali per i non autosufficienti. Gli interventi realizzati e i rapporti con lo Stato*, Carocci, Roma.

KAZEPOV Yuri (curatore) (2009), *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.

MARCON Giuseppe - SCILLETTA Claudia (2010), *Il ruolo del welfare civile nel welfare mix. Bisogni non evasi dal welfare pubblico. Rapporto provvisorio* [www.tv.camcom.it/docs/Studi/welfarecivile_rapporto.pdf].

MINELLI Massimiliano (2007), *Capitale sociale e salute. Una bibliografia ragionata*, Morlacchi Editore, Perugia.

MUEHLEBACH Andrea (2007), *The enemy in the house. Economies of intimacy in an era of privatization*, "Cahiers Parisiens / Parisian Notebooks", n. 3, 2007, pp. 590-603.

NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE (curatore) (2009), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (provincia di Rimini).

NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE (curatore) (2010), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. II Rapporto*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (provincia di Rimini).

NETWORK NON AUTOSUFFICIENZE (curatore) (2011), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. III Rapporto*, Rapporto promosso dall'IRCCS-INRCA per l'Agenzia nazionale per l'invecchiamento, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna (provincia di Rimini).

ORTNER Sherry B. (2006), *Anthropology and social theory. Culture, power and the acting subject*, Duke University Press, Durham - London.

PACI Massimo (curatore) (2008), *Welfare locale e democrazia partecipativa*, Il Mulino, Bologna.

PISELLI Fortunata (2001), *Capitale sociale: un concetto situazionale e dinamico*, pp. 47-76, in BAGNASCO Arnaldo - PISELLI Fortunata - PIZZORNO Alessandro - TRIGLIA Carlo (curatori), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, Il Mulino, Bologna.

PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (2009), *Editorial. Two or three things about embodiment and the State*, pp. 13-20, in PIZZA Giovanni - JOHANNESSEN Helle (curatori) (2009), *Embodiment and the State. Health, biopolitics and the intimate life of State powers*, "AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica", n. 27-28, ottobre 2009 (numero monografico).

PUTNAM Robert D. (1993), *Making democracy work*, Princeton University Press, Princeton.

RODGER John J. (2004), *Il nuovo welfare societario*, Centro Studi Erickson, Trento.

PALUMBO Bernardino (2011), *La somiglianza è un'istituzione: classificare, agire, disciplinare*, pp. 207-240, in FALDINI Luisa - PILI Eliana (curatori) *Saperi, media e società civile nell'Italia contemporanea. Atti del Primo Convegno nazionale ANUAC, Matera 29-31 maggio 2008*, CISU, Roma.

SAILLANT Francine (1999), *Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique*, "Anthropologie et Société", vol. 23, n. 2, 1999, pp. 15-39.

SAILLANT Francine (2003), *Le mouvement des femmes, la transformation des systèmes de santé et l'enjeu des savoirs*, pp. 263-282, in SAILLANT Francine - BOULIANNE Manon (curatori), *Transformations sociales, genre et santé. Perspectives critiques et comparatives*, PUL - L'Harmattan, Québec - Paris.

SAILLANT Francine - CLEMENT Michel - GAUCHER Charles (curatori) (2004), *Identités, vulnérabilités, communautés*, Les Éditions Nota Bene, Montréal.

SAILLANT Francine - GAGNON Éric (1999), *Présentation. Vers une anthropologie des soins*, "Anthropologie et Société", vol. 23, n. 2, 1999, pp. 5-11.

SAILLANT Francine - GAGNON Éric (2001), *Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches*, "Lien Social et Politique", XLVI, 2001, pp. 55-69.

SARACENO Chiara (2003), *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.

SCHIRRIPIA Pino (2005), *Le politiche della cura. Terapie, potere e tradizione nel Ghana contemporaneo*, Argo, Lecce.

SHARMA Aradhana - GUPTA Akhil (2006), *Introduction. Rethinking theories of the State in an age of globalization*, pp. 1-41, in SHARMA Aradhana - GUPTA Akhil (curatori), *The anthropology of the State. A reader*, Blackwell Publishing, Malden - Oxford - Carlton - Victoria.

SHORE Cris - WRIGHT Susan (curatori) (1997), *Anthropology of policy. Critical perspectives on governance and power*, Routledge, London - New York.

TOGNETTI BORDOGNA Mara (curatore) (2007), *I grandi anziani tra definizione sociale e salute*, Franco Angeli, Milano.

TRABUCCHI Marco (2005), *I vecchi, la città e la medicina*, Il Mulino, Bologna.

TRIGLIA Carlo (2001), *Introduzione: ritorno alle reti*, pp. 7-18, in BAGNASCO Arnaldo - PISELLI Fortunata - PIZZORNO Alessandro - TRIGLIA Carlo (curatori), *Il capitale sociale. Istruzioni per l'uso*, Il Mulino, Bologna.

YOUNG Allan (2006 [1982]), *Antropologie della "illness" e della "sickness"*, pp. 107-148, in QUARANTA Ivo (curatore), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano [ediz. orig. del saggio: *The anthropology of illness and sickness*, "Annual Review of Anthropology", n. 11, 1982, pp. 257-285.

Scheda sull'Autrice

Nel 2011 ha conseguito il dottorato di ricerca in Etnologia e etnoantropologia presso la Sapienza Università di Roma. Attualmente insegna, in qualità di docente a contratto, nel Corso di laurea in Ostetricia e nel Corso di laurea di primo livello in Infermieristica, della Sapienza Università di Roma. Collabora con l'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio alla realizzazione di un'indagine sulla qualità percepita dei servizi, le storie di malattia e i percorsi di cura di pazienti affetti da artrite reumatoide. È membro, inoltre, del Gruppo di lavoro "Analisi qualitativa dei fenomeni sanitari e socio-sanitari", presso la stessa Agenzia. Tra i suoi principali ambiti di interesse vi sono la biomedicina, le narrazioni di malattia, la malattia cronica, il *welfare state*, l'ambito delle istituzioni sanitarie e dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali in Italia.

Riassunto

Dalla riproduzione alla manipolazione dello Stato: gli usi del capitale sociale nel welfare che cambia. Il caso dell'assistenza domiciliare sociale

Nell'attuale panorama della cura e dell'assistenza, motivazioni di varia natura sono invocate per legittimare l'erogazione di una quantità sempre maggiore di prestazioni sanitarie e sociali in contesto domiciliare. Questo attraverso il coinvolgimento non solo di attori legati al settore pubblico, ma anche del privato sociale, della famiglia e della comunità più in generale. Partendo dal caso dell'assistenza sociale domiciliare erogata agli anziani dal settore pubblico, l'articolo cerca di mostrare come la posta in gioco negli attuali sistemi di presa in carico sia costituita dal capitale sociale e dalla sua gestione. Il capitale sociale rappresenta tanto lo strumento attraverso il quale lo Stato

assistenziale si riproduce, determinando però, a sua volta, nuove forme di sofferenza nei *caregiver* chiamati ad integrare le attività di assistenza; quanto lo strumento attraverso il quale gli assistiti tentano di manipolare lo Stato stesso a proprio vantaggio.

Parole chiave: capitale sociale, welfare state, cure primarie, anziani, caregiver.

Résumé

De la reproduction à la manipulation de l'État: les utilisations du capital social dans l'État providence qui change. Le cas de la prise en charge sociale à la maison

Aujourd'hui, plusieurs raisons sont invoquées pour justifier la distribution d'une quantité de plus en plus importante de soins et de prestations d'aides sociales à domicile. Ceci grâce à la participation non seulement des acteurs liés au secteur public, mais aussi du secteur social privé, de la famille et de la communauté plus en général. En partant du cas de l'aide sociale livrés à domicile aux personnes âgées par le secteur public, l'article cherche à montrer comment les enjeux dans les actuels systèmes de prise en charge sont représentés par le capital social et sa gestion. Il représente autant l'instrument à travers lequel l'État-providence se reproduit, mais déterminant, à son tour, de nouvelles formes de souffrance chez les soignants appelés à intégrer les activités d'assistance; que l'instrument à travers lequel les assistés tentent de manipuler l'état à leur propre avantage.

Mots-clés: capital social, état-providence, soins primaires, personne âgée, soignants.

Resumen

De la reproducción a la manipulación del Estado: los usos del capital social en el bienestar que cambia. El caso de la asistencia social domiciliar

En el panorama actual de la cura y de la asistencia social, se invocan motivaciones de natura diferente para legitimar la erogación de una cantidad siempre mayor de servicios en contexto domiciliario. Esto ocurre no solo a través de la participación de los actores vinculados al sector público, sino también de los que pertenecen al sector del privado social, de las familias y de las comunidades en general. A partir del caso de la asistencia social domiciliar prestada a los ancianos por parte del sector público, este artículo pretende poner en luz cuanto la puesta en juego en los sistemas actuales de atención médica sea definida por el capital social y su gestión. El capital social representa tanto el instrumento a través del cual el Estado asistencial se reproduce, aunque determinando, a su vez, nuevas formas de sufrimiento en los *caregiver*

responsables de integrar las actividades del atención medica; cuanto el instrumento a través del cual los usuarios tratan de manipular a su propia ventaja el Estado mismo.

Palabras claves: capital social, estado del bienestar, atención primaria, ancianos, caregiver.

Abstract

From the reproduction to the manipulation of the State: uses of social capital in a changing welfare state. The case of the social care at home

Today, there are various reasons used to justify the provision of a greater amount of care and welfare benefits at home. Many social actors from the public and private sectors, the family, and the community in general are involved in such processes. Starting from the case of social assistance delivered at home for the elderly by the public sector, this article aims to show how social capital and its management are at stake in the current systems of care and social assistance. The social capital represents both the instrument through which the welfare state is reproduced, determining, in turn, new forms of sufferings in the caregivers which are called for integrating the care; as well as the instrument through which the assisted people attempt to manipulate the State itself to their advantage.

Keywords: social capital, welfare state, primary health care, elderly, caregivers.