

ISSN 1723 - 7750

I luoghi della cura

Anno VIII - N. 3
Settembre 2010
TRIMESTRALE

3/2010

Poste Italiane S.p.A.
In caso di mancato recapito, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente
previo addebito pagamento resi




SOCIETÀ ITALIANA
DI GERONTOLOGIA
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



CIC Edizioni Internazionali

Più sereni con Serenity.



Illustrated by Folon

SERENITY

Sentirsi meglio.

Da oltre 30 anni Serenity, il riferimento italiano negli ausili assorbenti per incontinenza, fornisce consulenza, formazione ed assistenza post-vendita ad alto valore aggiunto. Il suo continuo aggiornamento tecnologico, unito ad un costante impegno dei laboratori di ricerca e sviluppo e del Centro Studi Serenity, ha permesso di raggiungere altissimi livelli di qualità in ogni fase produttiva. Serenity, inoltre, coordina servizi e risorse proponendo soluzioni su misura per ogni interlocutore. Come su misura è la gamma dei prodotti, che offre comfort e sicurezza per ogni tipologia e livello d'incontinenza. www.serenity-care.com, la vostra serenità è il nostro primo pensiero.



Ricerca scientifica, tecnologica e metodologica: gli strumenti indispensabili per offrire prodotti e servizi innovativi, programmando attività ed interventi collegati al mondo dell'incontinenza.



Per maggiori informazioni vai sul sito www.serenity-care.com oppure www.artsana.it

SOMMARIO

Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Anna Castaldo, Chiara Ciglia, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

Direttore responsabile

Andrea Salvati

Segreteria di redazione

Iole Di Francesco - difrancesco@gruppcic.it

Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile - arcangioli@gruppcic.it

Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio - garzonio@gruppcic.it
Fabio Regini - regini@gruppcic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688
E-mail: info@gruppcic.it
Sito web: www.gruppcic.com

Area Nord Italia:

Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

R.O.C.: 6905/128611

Stampa: Litograf Todi srl - Todi (Perugia)

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di agosto 2010

Tiratura di questo numero: 3.000 copie. In fase di certificazione secondo il Regolamento CSST Certificazione Stampa Specializzata e Tecnica

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

© Copyright 2010



CIC Edizioni Internazionali

Organo ufficiale della Società Italiana
di Gerontologia e Geriatria

EDITORIALE

La corsa all'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro?

Cristiano Gori, 5

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

Diversità e servizi di cura

Ida Castiglioni, Alberto Giasanti, 11

MATERIALI DI LAVORO

Il lavoro degli stranieri nelle famiglie italiane:
una realtà sempre più in espansione

Laura Terzera, 14

ESPERIENZE

Badanti: evoluzione di un ruolo

Iva Ursini, 18

SPUNTI DI DIBATTITO

La vita delle badanti: solitudine e generosità

Silvano Corli, Marco Trabucchi, 22

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

Gli immigrati anziani; l'esilio senza regno - tra qui e là

Philippe Pitaud, 24

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

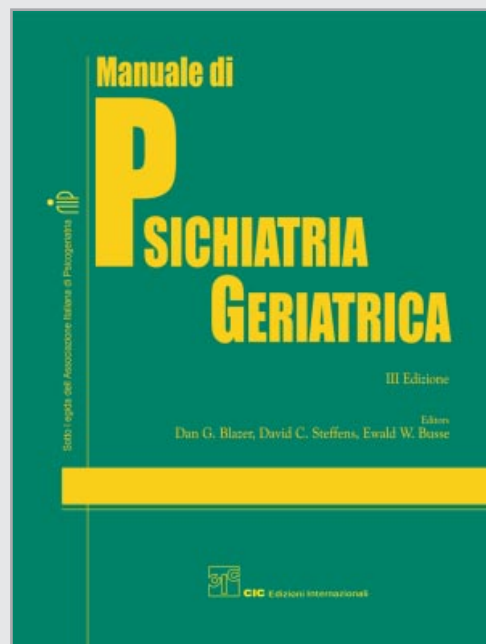
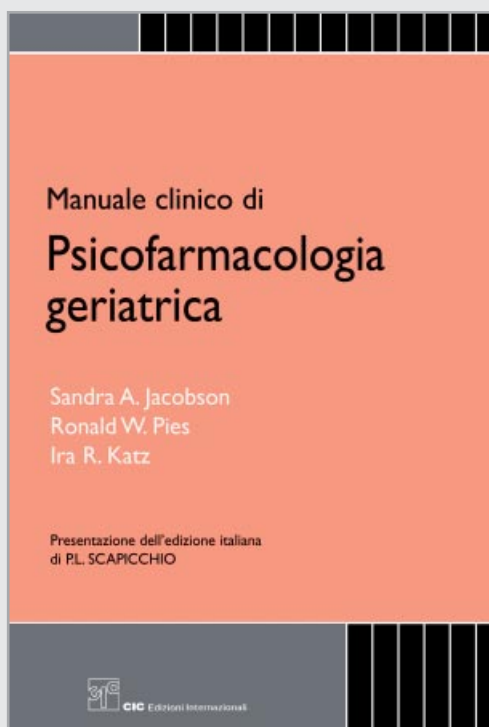
Senza Susan la mia casa si ferma

Beatrice Orini, 28

S.A. Jacobson, R.W. Pies, I.R. Katz

Manuale clinico di PSICOFARMACOLOGIA GERIATRICA

Volume brossurato di 830 pagine
f.to cm 16x23
€ 70,00



D.G. Blazer, D.C. Steffens, E.W. Busse (eds.)

MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

I edizione italiana della III edizione inglese
Sotto l'egida dell'Associazione Italiana
di Psicogeriatrica

Volume cartonato di 624 pagine
f.to cm 21x28
€ 120,00

La corsa all'indennità di accompagnamento: cosa c'è dietro?¹

Cristiano Gori

Università Cattolica; Istituto per la Ricerca Sociale, Milano e London School of Economics, Londra

Può non sembrare, ma gli anziani non autosufficienti hanno occupato per mesi il centro della scena pubblica. Sono loro, infatti, i principali percettori delle prestazioni d'invalidità civile, la cui crescita ha scatenato - nel primo semestre di quest'anno - l'enfasi mediatica e politica sui cosiddetti "falsi invalidi". I tre/quarti delle risorse per l'invalidità civile vengono destinati all'indennità di accompagnamento, che rappresenta anche il principale intervento pubblico a sostegno delle spese per remunerare le assistenti familiari ("badanti"): queste ultime sono il focus di questo numero della rivista.

I DATI

L'enfasi sui "falsi invalidi" è cominciata in aprile con la pubblicazione del Rapporto Annuale dell'Inps. Nel Rapporto si evidenzia che la spesa per le prestazioni d'invalidità civile è passata da 10.911 milioni di euro nel 2002 a 16.000 milioni nel 2009, vale a dire una crescita del 47% in otto anni (Inps, 2010). Non entro qui nelle motivazioni che hanno portato - a partire da tali cifre - a una serie d'inchieste giornalistiche e di dichiarazioni di politici sullo "scandalo dei falsi invalidi", motivazioni a mio parere do-

vute a un clima generale stretto tra la complessità dei problemi reali e la ricerca di capri espiatori per le difficoltà del paese². Mi concentro, invece, sui dati, che ritengo ricchi d'implicazioni.

La tabella 1 illustra come si è articolata la complessiva crescita della spesa tra le due tipologie in cui si dividono le prestazioni d'invalidità civile, cioè le pensioni d'invalidità e l'indennità di accompagnamento³. Per arriva-

Tabella 1 - Spesa per prestazioni d'invalidità civile, milioni di euro, e crescita percentuale rispetto al 2002. Italia, anni vari.

Prestazione	2002	2005	2009
Pensioni d'invalidità	3.314	3.462 (+4%)	3.798 (+15%)
Indennità di accompagnamento	7.596	9.465 (+25%)	12.201 (+61%)
Totale prestazioni d'invalidità civile	10.911	12.927 (+18%)	16.000 (+47%)

Fonte: INPS, 2010

¹ Desidero ringraziare Antonio Guaita e Rosemarie Tidoli per alcune stimolanti osservazioni a precedenti versioni del testo. La responsabilità di quanto scritto è esclusivamente mia.

² In proposito mi permetto di rimandare a Gori, 2010.

³ Le pensioni d'invalidità sono erogate a disabili con reddito inferiore a una certa soglia e percentuale d'invalidità tra 74 e 100% compreso. Le ricevono persone entro i 65 anni con disabilità non causata da infortuni sul lavoro, quindi in questa condizione dalla nascita o che hanno avuto un incidente (ad esempio automobilistico) o una malattia. Servono a compensare i redditi che l'impossibilità (totale o parziale) di lavorare impedisce di guadagnare e ammontano a 257 euro mensili.

L'indennità è fornita alle persone con il 100% d'invalidità e che hanno bisogno di assistenza continua per deambulare e/o svolgere gli altri atti quotidiani della vita. È indipendente dalle loro condizioni economiche e dall'età. È pari a 480 euro mensili e serve a sostenere le spese aggiuntive dovute alla necessità di assistenza continua. Chi ha una pensione d'invalidità e vive la disabilità più grave riceve anche l'indennità di accompagnamento. Gli utenti dell'indennità sono prevalentemente anziani e, perlopiù, hanno almeno 75 anni.

Per chiarezza s'impiegano solo i termini "pensione d'invalidità" e "indennità di accompagnamento", da intendersi come riassuntivi delle diverse prestazioni d'invalidità civile, che sono riconducibili a queste due tipologie principali. Si noti, in particolare, che l'insieme delle "pensioni d'invalidità" comprende gli assegni d'invalidità e le pensioni di inabilità.

re agli attuali 16.000 miliardi di euro, pari a poco più di un punto di Pil, tra il 2002 e il 2009 la spesa dedicata alle pensioni è cresciuta del 15%, mentre quella destinata all'indennità del 61%.

La tabella 2 descrive in che modo si suddivide l'incremento globale di spesa tra le due misure. Dei 5.089 milioni di maggiori stanziamenti nel periodo considerato, 4.605 sono stati per l'indennità e 484 milioni per le pensioni. L'aumento, quindi, è concentrato sull'indennità.

La grande maggioranza dei fruitori (3 su 4) dell'accompagnamento è anziana, e la utilizza perlopiù per remunerare la badante. La percentuale di persone con almeno 65 anni che la ricevono è passata dal 6,0% nel 2002 al 9,5% nel 2008⁴. L'utenza anziana dell'indennità, quindi, si è ampliata notevolmente: è cresciuta in sei anni del 58% (Tab. 3)⁵.

ALLA RICERCA DI UNA SPIEGAZIONE

Perché, tra gli anziani, il ricorso all'indennità di accompagnamento è cresciuto così tanto nel decennio che si sta concludendo? Cosa c'è dietro la corsa che ha por-

tato l'utenza ad aumentare del 58% in sei anni? Penso si possano individuare alcune ragioni, divisibili in tre gruppi, che, seppure con un peso differente e con un impatto variabile nei diversi contesti locali, hanno tutte svolto un ruolo significativo. È un mix tra fenomeni presenti da tempo e realtà più recenti.

L'incremento della domanda

L'aumento dei "grandi anziani". L'indennità è l'unica misura nazionale stabile a sostegno delle spese causate agli anziani dalla non autosufficienza. Tra gli anziani aumentano in modo particolare le persone con almeno 75 anni di età (+ 23% tra il 2002 e il 2009)⁶, che sono i principali percettori dell'accompagnamento.

La crescita d'informazione e consapevolezza. In passato la prestazione era meno conosciuta dalla popolazione, e a molti pareva impossibile che la non autosufficienza comportasse il diritto a un sostegno economico indipendente dal reddito (si pensava che i diritti si limitassero alla sanità). Nell'ultimo decennio sono aumentate sia l'informazione in proposito sia la consapevolezza dei propri diritti di anziani e famiglie. Si tratta di un fenomeno non

Tabella 2 - Suddivisione dell'incremento della spesa per l'invalidità civile nel 2002-2009, milioni di euro e valori percentuali. Italia.

Spesa	Incremento in valore assoluto (in milioni di euro)	Incremento %
Totale prestazioni invalidità civile	+ 5.089	+ 47%
Indennità di accompagnamento	+ 4.605	+90%
Pensioni d'invalidità	+ 484	+10%

Fonte: elaborazione dell'autore su dati Inps, 2010

Tabella 3 - Utenti anziani dell'indennità di accompagnamento, percentuale sulla popolazione 65+ e crescita percentuale rispetto al 2002. Italia, anni vari.

	2002	2005	2008
Percentuale di persone con 65 anni e più che ricevono l'indennità di accompagnamento	6,0%	7,7% (+ 28%)	9,5% (+ 58%)

Fonte: Elaborazioni di Lamura e Principi, 2010, su banca dati Inps

⁴In questo caso i dati disponibili arrivano al 2008 e non al 2009 come per le precedenti tabelle. La terza tabella è stata costruita con modalità leggermente differenti dalle prime due e non è, quindi, perfettamente sovrapponibile. Per gli aspetti metodologici si vedano Inps, 2010 e Lamura e Principi, 2010.

⁵In valore assoluto l'incremento è stato maggiore perché, in questo periodo, la popolazione con almeno 65 anni è a sua volta cresciuta sensibilmente. Secondo i dati Inps, il numero di percettori anziani è passato da 639.000 nel 2002 a 1.131.000 nel 2008.

⁶Nel medesimo periodo, le persone in età 65-74 anni sono aumentate del 6%.

EDITORIALE

misurabile ma che in molte aree del paese mi pare abbia giocato un ruolo cruciale.

Le peculiarità del welfare italiano

La diffusione delle assistenti familiari. L'indennità costituisce il principale contributo pubblico utilizzabile dalle famiglie nella remunerazione delle badanti, la cui presenza nel nostro paese è aumentata esponenzialmente durante gli scorsi anni. Il valore delle detrazioni e deduzioni fiscali esistenti è assai minore⁷; a differenza di queste, inoltre, l'accompagnamento può essere utilizzato, data l'assenza di controlli sull'effettivo uso, anche quando l'assistente è impiegata in forma irregolare. Il nesso tra aumento delle assistenti familiari e maggiore diffusione dell'indennità è indiretto ma, a mio parere, rilevante. L'esigenza di pagare le badanti, infatti, ha portato un numero crescente di famiglie a domandarsi se esista un sussidio pubblico utilizzabile a tal fine e, di conseguenza, a richiedere l'accompagnamento.

I pochi servizi di cura a domicilio. La diffusione delle assistenti familiari s'intreccia con le debolezze del welfare pubblico. Su questo aspetto, più ancora che sugli altri, bisogna essere cauti nelle generalizzazioni poiché alcune Regioni stanno migliorando notevolmente, grazie ai "Fondi Regionali per la non autosufficienza". Sembra possibile, comunque, rilevare una tendenza valida anche in gran parte delle realtà avanzate. L'offerta a domicilio di servizi a titolarità pubblica è composta perlopiù da interventi di natura sanitaria, prevalentemente infermieristici, concepiti come prestazioni per rispondere a una specifica criticità/patologia ben circoscritta. La presenza di servizi di assistenza tutelare (aiuto nelle attività di base della vita quotidiana), di aiuto domestico, di sorveglianza e più in generale di cura (*care*) è esigua. Infatti, i servizi sociosanitari dell'Adi sono cresciuti costantemente nel decennio, ma si concentrano su singole prestazioni, mentre i servizi sociali dei comuni sono assai pochi e in tendenziale diminuzione (Guaita e Casanova, in press). L'unica risposta pubblica alla pressante richiesta delle famiglie di essere sostenute nell'impegno quotidiano di cura, dunque, è l'indennità di accompagnamento.

Le carenze degli interventi a tutela del reddito. Le prestazioni

d'invalidità civile svolgono, tradizionalmente, una funzione integrativa rispetto alle debolezze delle politiche contro la povertà e la disoccupazione, in particolare nelle aree economicamente più deboli. La recente lettura della storia italiana proposta dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio, Gianfranco Micciché: «a un'area, quella del Nordest, già piena d'impresе, si è consentito di non pagare tasse, perché per 20 anni non si è fatta una sola indagine fiscale; contemporaneamente, in Sicilia, piuttosto che meccanismi strutturali di compensazione alla disoccupazione, si è permessa la facile concessione dell'invalidità civile» (Micciché, 2010)», non è altro che l'attualizzazione della nota affermazione fatta da Ciriaco De Mita negli anni '80: «se al nord c'è la cassa integrazione al sud ci deve essere la pensione d'invalidità⁸». Nel decennio che sta terminando, l'indennità di accompagnamento sembra aver svolto questa funzione integrativa in misura crescente.

Peraltro, il maggior ricorso all'indennità nelle Regioni meridionali non si presta a semplificazioni. Le analisi di Chiatti su dati Istat⁹, infatti, mostrano una certa correlazione tra il tasso di fruizione della prestazione e il tasso di non autosufficienza in Italia (Chiatti et al., in press). L'elevato impiego dell'indennità nelle Regioni meridionali è in parte dovuto a una presenza della non autosufficienza superiore rispetto al resto del paese, aspetto che non sorprende poiché la diffusione di quest'ultima è sempre inversamente correlata ai livelli di sviluppo economico e d'istruzione (Istat, 2009). In ogni modo, spiega solo una parte del suo utilizzo particolarmente esteso: si vedano - nel grafico 1 - le collocazioni anomale di Umbria, Calabria, Campania, Sardegna e Abruzzo.

Gli incentivi insiti nella prestazione

L'assenza di requisiti d'accesso standardizzati. L'accertamento dei requisiti per ricevere l'indennità è basato su criteri generici e non standardizzati (a differenza di quanto accade per le pensioni d'invalidità). Le norme, infatti, indicano che ha diritto all'accompagnamento chi "si trovi nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore" e/o "abbisogni di un'assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli

⁷ "La disciplina fiscale consente, solo a chi ha un reddito non superiore a 40 mila euro annui, una detrazione del 19% di un importo non superiore a 2.100 euro annui per l'assistenza ad anziani non autosufficienti. Il totale dà 399 euro. Esiste inoltre la possibilità di una deduzione fiscale dai redditi del datore di lavoro, entro un limite massimo di 1.549 euro. Anche sommando le due possibilità, le agevolazioni risultano molto limitate. A fronte di oneri contributivi che possono raggiungere i 3.000 euro all'anno, l'attuale sconto fiscale sfiora, nel migliore dei casi, il 15% di tali oneri" (Pasquinelli e Rusmini, 2009).

⁸ Frase riportata da numerose fonti, ad esempio Mafai, 1993.

⁹ A causa delle differenti modalità di rilevazione, i dati Istat sui tassi di utilizzo dell'indennità non sono direttamente comparabili con quelli di fonte Inps presentati sopra.

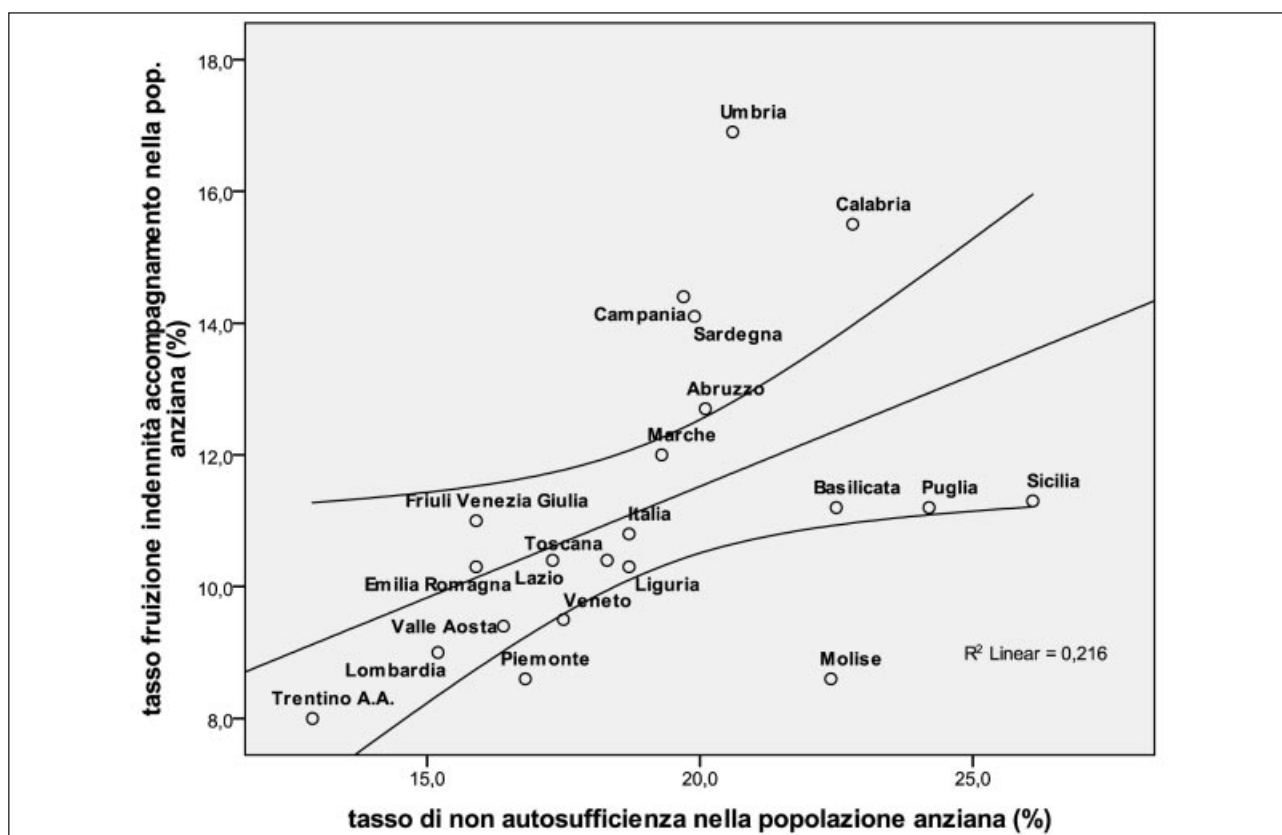


Grafico I - Relazione tra tassi di non autosufficienza stimati e tassi di fruizione dell'indennità di accompagnamento nella popolazione anziana delle Regioni, Italia, anno 2005. (Fonte: Chiatti et al., 2010)

atti quotidiani della vita". Le leggi vigenti, però, non esplicitano quali siano gli atti quotidiani della vita cui fare riferimento per individuare tali condizioni e né, tanto meno, in che modo e con quali strumenti valutativi questi debbano essere esaminati sul piano funzionale (Cembrani e Cembrani, 2008)¹⁰. Esiste, pertanto, un ampio spazio di discrezionalità nel decidere chi possa ottenere l'accompagnamento e chi no, discrezionalità che consente di ampliare l'utenza nel rispetto delle regole formali.

La separazione tra chi eroga e chi finanzia. L'indennità è finanziata dallo Stato, senza vincoli di bilancio, mentre le decisioni in merito a chi la può ottenere spettano alle Re-

gioni, attraverso le Commissioni delle Asl¹¹. Queste sono le regole riguardanti la suddivisione delle responsabilità tra i diversi livelli di governo circa l'erogazione e il finanziamento dell'accompagnamento, introdotte con il decreto 112/1998. Dato che ricevono le domande, ma non sostengono la spesa, le Regioni hanno un incentivo a rispondere positivamente alle richieste. Si tratta di una constatazione cara ai Ministri Sacconi e Tremonti, i quali probabilmente la sovrastimano poiché la individuano come il problema principale delle prestazioni d'invalidità civile (che il federalismo dovrebbe - nelle loro dichiarate intenzioni - risolvere). Una parte di verità, in ogni modo, pare esserci.

¹⁰ In particolare le leggi 18/1980 e 508/88, e il decreto legislativo 509/1998. Per una disamina critica della normativa e delle circolari ministeriali applicative si suggeriscono le lucide analisi di Cembrani, 2009 e Cembrani e Cembrani, 2008.

¹¹ La descrizione del meccanismo è evidentemente semplificata ma quelli illustrati paiono i punti chiave. Dall'inizio del 2010 questo meccanismo è stato - come noto - oggetto di alcuni cambiamenti, i cui esiti saranno da monitorare nei prossimi anni.

UN INCISO

La diffusione dell'accompagnamento si può prestare a strumentalizzazioni. Prima di concludere, pertanto, vorrei richiamare alcuni punti essenziali, anche se ben noti ai lettori di questa rivista:

a) la spesa pubblica per l'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia è inadeguata e inferiore al resto d'Europa (Huber et al., 2009);

b) bisognerebbe incrementare le risorse pubbliche dedicate e anche, in diversi casi, utilizzare meglio quelle disponibili;

c) l'indennità di accompagnamento rientra tra questi ultimi, basti pensare ad alcuni suoi limiti: l'ammontare uguale per bisogni diversi¹², l'esiguità dell'importo per le situazioni più gravi, la mancanza di un collegamento con la rete dei servizi, l'assenza di verifiche sull'utilizzo (Facchini, 2007; Lamura e Principi, 2009).

L'Italia risulta l'unico paese europeo dove queste criticità sono tutte presenti, negli altri le prestazioni simili ne hanno solo alcune e, da anni, si lavora per ridurle ulteriormente. Ad esempio, la riforma tedesca del 2008 ha introdotto un collegamento con i servizi e forme di *case management* (Rotghang, 2010), e nel dibattito inglese si discute su come superare la separazione tra la presta-

siva spesa per gli anziani non autosufficienti, anzi è il contrario: il problema italiano è che si spende male.

CONCLUSIONI

Nel presente editoriale ho proposto alcune ipotesi sulle ragioni della corsa che ha visto la percentuale di anziani fruitori dell'indennità di accompagnamento salire rapidamente nel recente passato, come sintetizzato nella tabella 4. Si tratta di un fenomeno rilevante, basti pensare che, mentre nei sei anni del periodo 2002-2008 l'utenza anziana è cresciuta del 58%, nei precedenti dieci - un arco temporale quasi doppio - è aumentata del 20% (Lamura e Principi, 2010).

Credo che analizzare le motivazioni della corsa descritta possa servire al fine di ragionare su come migliorare sia la misura esaminata sia l'assistenza agli anziani non autosufficienti in generale. Il tema, però, è stato sinora lasciato alle polemiche giornalistiche e politiche. I lettori de "I Luoghi della Cura", invece, potrebbero dar vita a una stimolante riflessione di merito, discutendo le ragioni suggerite per spiegare l'accelerazione e proponendone altre. Spero vorranno farlo contribuendo ai prossimi numeri della rivista.

Tabella 4 - La corsa dell'indennità di accompagnamento: le cause.

L'incremento della domanda	<ul style="list-style-type: none"> • La popolazione 75+ è aumentata notevolmente • Le famiglie sono più informate sugli interventi pubblici disponibili e più consapevoli dei propri diritti
Le peculiarità del welfare italiano	<ul style="list-style-type: none"> • L'indennità è il principale sostegno pubblico alla spesa per le badanti • L'offerta di servizi di cura a domicilio è esigua • Gli interventi a tutela del reddito sono carenti
Gli incentivi insiti nella prestazione	<ul style="list-style-type: none"> • Mancano requisiti d'accesso standardizzati • Le Regioni erogano l'indennità e lo Stato la finanzia

zione monetaria comparabile all'accompagnamento (*attendance allowance*) e la rete dei servizi (Humphries et al., 2010).

Quando si esamina la crescita dell'indennità, quindi, bisogna ricordare che il problema italiano non è l'ecces-

BIBLIOGRAFIA

Cembrani F. La valutazione medico-legale delle disabilità in psicosgeriatria (la frammentazione e le diseguità del welfare). *Psicosgeriatria* 2009;1:33-63.

Cembrani F, Cembrani V. Welfare e demenza: una proposta di lavoro per una assunzione (forte) di responsabilità. *I Luoghi della Cura* 2008;2:19-24.

¹²Tranne il caso dei ciechi, qui non considerato.

Chiatti C. et al. La "bussola" di NNA: lo stato dell'arte basato sui dati. In: NNA (a cura di): L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto. Maggioli, Rimini, in press.

Facchini C. Anziani non autosufficienti e assegni di accompagnamento. *I Luoghi della cura* 2007;1:7-12.

Gori C. Bersaglio mediatico con scarse ricadute sui conti pubblici. *Il Sole-24Ore*, 6 giugno 2010.

Guaita A, Casanova G. I bisogni e le risposte. In: NNA (a cura di): L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Secondo Rapporto. Maggioli, Rimini, in press

Huber M, Rodrigues R, Hoffmann F, Gasior K, Marin B. Facts and Figures on Long-Term Care in Europe and North America. Aldershot, 2009.

Humphries R, Forder J, Fernandez JL. Securing Good Care for More People. Options for reform. The King's Fund, Londra 2010.

Inps, Rapporto annuale, Roma, Inps 2010. Disponibile su www.inps.it

Istat, La disabilità in Italia. Il quadro della statistica ufficiale, Roma, Istat 2009.

Lamura G, Principi A. I trasferimenti monetari. In: NNA (a cura di): L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Maggioli, Rimini 2010.

Mafai M. Italia, belpaese d'invalidi. *La Repubblica*, 11 novembre 1993.

Miccichè G. Miccichè: falsi invalidi figli di Stato buon padre di famiglia, *Superando.it*, 8 giugno 2010.

Pasquinelli P, Rusmini G. I sostegni al lavoro privato di cura. In: NNA (a cura di): L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. Rapporto 2009", Maggioli, Rimini 2009.

Rothgang H. Social Insurance for Long-Term Care: an Evaluation of the German Model. *Social Policy and Administration* 2010;4:436-60.

QUADRO DI RIFERIMENTO
POLITICO AMMINISTRATIVO

Diversità e servizi di cura

Ida Castiglioni, Alberto Giasanti

Facoltà di sociologia Università degli Studi di Milano-Bicocca

DIVERSITÀ E FAMILIARITÀ

La familiarità ha a che fare con il conoscere, e consiste nell'atteggiamento di dare per scontato qualcosa o qualcuno, anche se ciò che è noto non è, per questo, conosciuto.

La diversità, l'estraneità, l'alterità, invece, ha in sé qualcosa che ci inquieta, che forse ci infastidisce e che spesso ci appare pericoloso così da portarci ad assumere atteggiamenti di intolleranza e di discriminazione nei confronti di chi non appartiene al nostro ambito familiare, e che qualifichiamo come diverso da noi: i neri, gli omosessuali, gli immigrati, gli arabi, gli "handicappati", i mendicanti, gli "zingari", "i matti", i clandestini; figure concrete di "altri" da noi, che abbiamo interiorizzato come dei doppi mallevoli. Solo riconoscendo la nostra inquietante estraneità cesseremo di proiettarla all'esterno per non farne un doppio demoniaco. Così, quando avremo paura che i fantasmi degli "estranei" ci possano assalire, la scelta non sarà tra ucciderli e morire, ma quella di vivere tirandoli fuori. L'estraneo è dentro di noi, e quando lo fuggiamo o lo combattiamo, in realtà combattiamo contro il nostro inconscio che si rivela essere un paese di frontiere e di alterità costruite e decostruite. In realtà, scoprire l'estraneità che è in noi significa riuscire ad accoglierla attraverso un percorso complesso e articolato, spesso non tracciato a sufficienza e che, comunque, deve essere sempre richiamato alla nostra esperienza, se si vuole che ne rimanga memoria.

Uno sguardo agli avvenimenti contemporanei mostra una società dove sono venute meno ideologie forti e sistemi valoriali aggreganti, e stanno emergendo situazioni di denazionalizzazione che destabilizzano le forme e i contenuti delle società, delle economie e dei governi: è una situazione caotica dove le diversità aumentano e si fanno più complesse e dove, quindi, per orientarsi diventa cruciale una sorta di mediazione tra le rispettive culture di riferimento che, a loro volta, rimandano alla questione delle scelte etiche.

Ecco, allora, che la comunicazione interculturale appa-

re come una possibile strategia attraverso la quale riuscire a riconoscere le diversità in modo che diventino valore aggiunto, e non elemento di freno alle dinamiche trasformative delle società e delle organizzazioni. Infatti, l'aspetto più importante della comunicazione interculturale, ma anche quello che porta all'adattamento tra culture, è dato dal fatto che gli individui possono avere consapevolezza della loro esperienza culturale e, al tempo stesso, possono modificare la loro esperienza in contesti culturali differenti tenendo presente che le trasformazioni avvengono comunque gradualmente e, se non adeguatamente accompagnate nel tempo, possono dare effetti indesiderati o addirittura controproducenti. Accettare la diversità è un percorso che spesso contrasta con il senso comune delle persone, che sono portate a riconoscere i propri simili e non gli estranei, ma gestire la diversità sta anche diventando la sfida cruciale attraverso la quale organizzazioni, servizi e istituzioni potranno crescere e svilupparsi creativamente, se saranno in grado di non rinchiudersi nei propri confini.

GESTIRE LA DIVERSITÀ

Per approfondire il tema della diversità, si fa qui riferimento ai risultati di una ricerca che abbiamo di recente condotto, la prima realizzata in Italia, e che ha inteso verificare il grado di preparazione delle organizzazioni dei servizi sociali e sanitari nel gestire la diversità, e la possibilità di miglioramento, attraverso una formazione adeguata.

L'assunto di base è che la competenza interculturale sia proporzionale alla capacità di fare esperienza della differenza: più gli individui e, di conseguenza, le organizzazioni in cui sono inseriti, hanno una visione del mondo articolata, maggiore è la loro possibilità di essere competenti interculturalmente e, quindi, di riuscire a gestire meglio il cambiamento. Per competenza intendiamo la capacità di adottare in modo intenzionale la *worldview* (la visione del mondo) di una persona che fa riferimento

a un contesto culturale altro dal nostro. La ricerca empirica ha utilizzato come riferimento il Modello Dinamico di Sensibilità Interculturale (MDSI) di Milton J. Bennett, che teorizza come individui e, per estensione, organizzazioni, fanno esperienza della differenza culturale; il continuum del MDSI descrive come le persone costruiscono l'esperienza della differenza in modo sempre più articolato, sulla base della capacità di rielaborare le proprie esperienze quotidiane.

L'incapacità di fare esperienza della differenza culturale è definita "etnocentrica" in quanto un individuo è in grado di costruire l'esperienza solo della propria cultura. In questi stadi le altre culture non esistono (negazione), sono una minaccia (difesa) o sono differenti solo in superficie (minimizzazione).

Nel momento in cui le persone acquisiscono una visione del mondo capace di supportare l'esperienza interculturale, diventano "etnorelative": sono allora capaci di riconoscere il valore delle altre culture (accettazione), di cambiare la loro prospettiva e modificare il comportamento per tenere in considerazione l'altra cultura (adattamento), di incorporare la competenza interculturale nella loro identità (integrazione).

Il MDSI si distingue da altri modelli di competenza interculturale in quanto assume che la competenza non sia solo un insieme di saperi e di abilità o che sia sufficiente avere un'attitudine positiva. Ciò che è necessario è una visione del mondo sottostante che permetta agli individui di fare esperienza appropriata della propria e delle altre culture in modo etnorelativo. Gli individui possono così progredire dall'etnocentrismo all'etnorelativismo: i sistemi percettivi dell'individuo nelle fasi etnocentriche sono meno sensibili alle differenze culturali, mentre nelle fasi etnorelative le persone sono capaci di fare più distinzioni significative all'interno del fenomeno. Uno strumento utile per misurare come gli individui costruiscono la loro visione della differenza è il test psicometrico (*Intercultural Development Inventory, IDI*), costruito da Hammer e da Milton Bennett, che misura le posizioni del MDSI (dalla negazione all'adattamento).

LA RICERCA-AZIONE NELLA PROVINCIA DI MILANO

La ricerca-azione ha interessato le organizzazioni e gli operatori di cinque differenti servizi sociali e sanitari situati in Milano e Provincia, e precisamente: un Ospedale a Milano, una RSA della Provincia Sud, un'Azienda con-

sortile della Brianza, un Comune dell'hinterland Ovest milanese, un Distretto sociale dell'hinterland Sud-Est, il settore Formazione della Provincia. Sono state condotte novanta interviste qualitative ed è stato somministrato l'IDI a 296 operatori, mentre i test completati in maniera valida sono stati 239. Successivamente, all'interno delle cinque organizzazioni sono state selezionate delle persone in base al loro profilo personale emerso dal test. Il criterio è stato quello di selezionare soggetti che rappresentassero tutte le posizioni misurate dall'IDI. Cinquanta, dei soggetti selezionati, hanno dato la disponibilità a partecipare ad un corso di formazione di comunicazione interculturale e a venire nuovamente testati alla fine del corso, insieme ad un gruppo di controllo che non aveva partecipato al corso.

Dall'analisi dei risultati emerge come la maggioranza degli operatori sia in minimizzazione, mentre il 26% si trova in negazione, in difesa o in difesa al contrario (loro sono migliori di noi), e solo il 10% si trova in una posizione di accettazione e di adattamento. Gli individui in minimizzazione sono in una situazione di superficiale tolleranza della differenza, come viene bene espresso da un operatore intervistato: *"La gente deve pensare agli altri come pensano a loro stessi: non devono fare questa differenza tra quello e questo, devono trattare la gente uguale"*. Tale affermazione rispecchia il paradosso nel quale si trovano gli operatori, costretti da un mandato universalistico, quello del servizio pubblico di libero accesso per tutti, e nella necessità di lavorare spesso in modo particolaristico, laddove i casi di utenti e pazienti richiedono trattamenti diversificati.

Uscire dalle fasi etnocentriche è senza dubbio l'aspetto più difficile nella costruzione della sensibilità interculturale, anche tenendo conto del fatto che la condizione etnorelativa non è correlata ad un livello di istruzione superiore, contrariamente a quanto si possa pensare. Basti considerare che le organizzazioni sanitarie, in cui sono presenti il maggior numero di persone con un livello di istruzione superiore, come ad esempio i medici, sono risultate mediamente più caratterizzate da worldview di difesa e di minimizzazione; in alcune organizzazioni dei servizi sociali invece, con particolare riferimento al distretto di Milano Sud, sono emerse percentuali piuttosto elevate di individui in accettazione e adattamento (31%) ad indicare una migliore capacità di adattamento, anche dell'organizzazione, a un territorio in forte cambiamento.

QUADRO DI RIFERIMENTO POLITICO AMMINISTRATIVO

IL CAMBIAMENTO ATTRAVERSO LA FORMAZIONE MIRATA

A seguito di una formazione mirata che tenesse quindi conto delle diverse sensibilità presenti, nel loro pieno rispetto, le persone sono state sottoposte nuovamente al test psicometrico IDI con risultati molto positivi.

Complessivamente, il gruppo sperimentale di 50 persone provenienti da tutte le realtà considerate, che rispecchiava per professionalità e posizioni sul MDSI il gruppo iniziale, mostra come le posizioni in negazione, in difesa e in difesa al contrario siano passate dal 24% al 12%, mentre la minimizzazione sia diminuita del 16% e lo stadio di accettazione e adattamento sia aumentato sino a raggiungere il 34%. Il t-test conferma come i cambiamenti siano effettivamente avvenuti grazie alla formazione, e che non ci sono stati eventi o situazioni esterne tali da modificare la "visione del mondo" dei partecipanti. Il dato viene avvalorato dall'analisi sul gruppo di controllo.

È quindi il lavoro individuale e collettivo sul significato che la diversità riveste nella vita delle persone e nel lavoro che può cambiare la visione del mondo; se ne deduce che essere aperti a ciò che appare ed è diverso significa anche essere pronti al cambiamento.

Un risultato certamente utile per una discussione con le organizzazioni e gli operatori riguardo alla necessità di attrezzarsi in maniera adeguata ad un'utenza in trasformazione, ma anche a realtà, istituzionali e non, in ra-

pido cambiamento. L'auspicio è quello di cominciare ad identificare, nell'area della competenza interculturale, standard professionali per chi opera nell'ambito dei servizi sociali e sanitari nell'idea di costruire indicatori certificabili di qualità, ma anche di una riflessione sul fatto che i cambiamenti nelle organizzazioni, in una prospettiva dinamica come quella che propone Milton Bennett, sono correlati a:

- un'analisi dello stato dell'arte (nel nostro caso attraverso la misurazione della sensibilità interculturale);
- l'introduzione di uno stimolo virtuoso per la creazione di massa critica (mediante un corso di formazione);
- l'introduzione di attività mirate alla visibilità delle diversità interne;
- il procedere ad una istituzionalizzazione aperta a fluttuazioni e a cambiamenti.

In questo modo, il valore della diversità nell'organizzazione dei servizi risiede sempre più nel saper sviluppare le proprie capacità nel cambiamento del contesto.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Castiglioni I. La differenza c'è. Gestire la diversità nell'organizzazione dei servizi, FrancoAngeli, Milano 2009

Kristeva J. Stranieri a se stessi, Feltrinelli, Milano 1990.

Sassen S. Territorio, autorità, diritti. Assemblaggi dal Medioevo all'età globale, trad. it., Bruno Mondadori, Milano 2008.

Il lavoro degli stranieri nelle famiglie italiane: una realtà sempre più in espansione

Laura Terzera

Facoltà di Scienze Statistiche, Università di Milano-Bicocca

È ormai noto che una parte rilevante di stranieri provenienti dai cosiddetti paesi a forte pressione migratoria trova impiego presso le famiglie italiane in prevalenza per lavori domestici, quindi svolgendo assistenza agli anziani, e solo in termini residuali per l'assistenza/cura di altra natura (per esempio come baby-sitter). Il diffondersi di queste tipologie d'impiego è alimentato dal continuo aumento di domanda da parte delle famiglie (Catanzaro e Colombo, 2009); in particolare, la figura professionale dell'assistente domiciliare dedicata agli anziani appare una nicchia lavorativa in forte espansione, e la nascita in Italia di una miriade di corsi di preparazione a tale mestiere, negli ultimi anni frequentati anche da italiani, ne è una prova indiretta.

Volendo dare uno sguardo dal punto di vista quantitativo, bisogna sottolineare che le fonti ufficiali di natura universale non permettono, tuttavia, di distinguere i servizi alla famiglia rispetto ad altre tipologie di servizi, e quindi con ulteriore difficoltà si possono avere informazioni riguardo ai diversi impieghi all'interno dei nuclei familiari. Ma l'andamento dei dati della forza lavoro straniera mostra (Fig. 1) la costante crescita del settore servizi, che determina un ampliamento della distanza dai settori dell'agricoltura e dell'industria: il primo pressoché stabile nel tempo, mentre il secondo registra erosioni, in particolare in concomitanza con l'ampliarsi e diffondersi della crisi economica che ha colpito anche l'Italia negli ultimi anni. Ciò mette in luce la continua espansione della domanda anche di assistenza, in gran parte indipendente dalla situazione economica e dettata soprattutto dalle caratteristiche della società italiana: da un lato, un forte invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della disabilità nella popolazione più anziana; dall'altro lato, la carenza del sistema di welfare italiano che non è stato in grado di controbilanciare la minore dis-

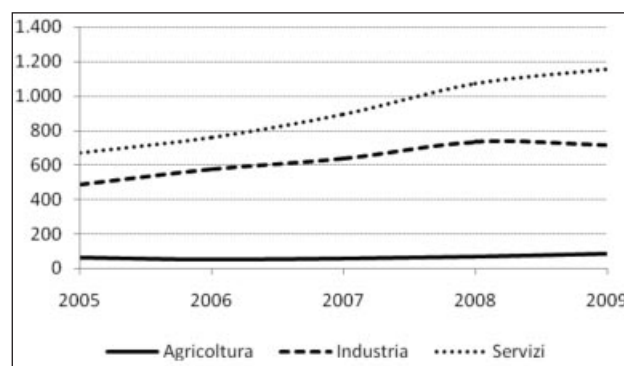


Figura 1 - Occupati stranieri per settore di attività economica (migliaia di unità). Italia, 2005-2009 [Fonte: elaborazioni su "Rilevazione sulle forze di lavoro", III trimestre, Istat (2009)].

ponibilità di sostegno generazionale (tradizionalmente delegato alle donne) e derivante dall'inconciliabilità tra ruoli lavorativi e di cura (Farina, 2005).

È quindi necessario fare ricorso a stime e dati campionari per avere un quadro più dettagliato del fenomeno sia dal punto di vista quantitativo (dimensione per tipologia d'impiego all'interno delle famiglie, per esempio) sia rispetto alle caratteristiche dei lavoratori stranieri impiegati nel settore.

Alle soglie della recente sanatoria (dedicata ai soli lavoratori presso le famiglie), stime tra le più accreditate indicavano pari al 22% la quota di lavoratori presso le famiglie italiane tra gli stranieri occupati (Fondazione Ismu, 2010). Tale percentuale raggiungeva ben il 42% tra le donne straniere indicando, in primo luogo, la forte femminilizzazione assunta in Italia da tale tipologia di impiego e, d'altro canto, la loro difficoltà a svincolarsi da lavori con una forte connotazione di cura, tradizionalmente ap-

MATERIALI DI LAVORO

Tabella 1 - Distribuzione percentuale dei lavoratori stranieri presso le famiglie rispetto alla macroarea di provenienza, le principali nazionalità e il genere. Italia, 2009.

	Est Europa	Nord Africa	Africa Sub - sahariana	Asia	America Latina	Totale
Donne						
Principali nazionalità	54,3% Romania, Ucraina, Moldavia	5,3% Marocco, Egitto	6% Nigeria, Eritrea, Etiopia	16,8% Filippine, Sri Lanka	17,6% Perù, Ecuador	100%
Uomini						
Principali nazionalità	23,4% Romania, Ucraina, Albania	9,2% Marocco, Tunisia	9,2% Nigeria, Mauritius	43,3% Filippine, Sri Lanka	15% Perù, Ecuador	100%

Fonte: elaborazioni su dati campionari Cesareo e Blangiardo (2009).

pannaggio femminile. In generale, l'impiego maschile in tali attività appare, infatti, in gran parte "trainato" dalla componente femminile, soprattutto quando quest'ultima è stata pioniera nella migrazione per lavoro: è il caso eclatante degli asiatici, per la stragrande maggioranza filippini, che si discostano nettamente dalle altre aree raccogliendo ben oltre il 40% di lavoratori uomini in tale settore (Tab. 1) e che si identifica prevalentemente nei lavori di natura domestica.

Nel 2009 l'universo di colf e badanti stranieri veniva stimato tra le 850mila unità e 1,6 milioni (un livello massimo abbastanza improbabile, stimato nell'ipotesi che tutti gli ultradiciottenni non lavoratori fossero in realtà impiegati in servizi alle famiglie) e, di conseguenza, applicando la proporzione di lavoratori "in nero", stimata nell'ordine del 25-30% (Fondazione Ismu, 2010), si arrivava ad ottenere, come destinatari della regolarizzazione, un numero variabile tra le 230mila e 440mila unità. Tali stime erano comprensive di tutti i soggetti che lavoravano irregolarmente pur essendo già in possesso di un valido titolo di soggiorno. Dettaglio, quest'ultimo, non trascurabile se si tiene conto che tali individui arrivavano ad essere stimati pari a ben il 56% del totale dei lavoratori impiegati in modo irregolare nelle famiglie. Di conseguenza, un numero di domande di emersione dal lavoro irregolare per individui privi di permesso di soggiorno superiore alle 200mila unità poteva ben essere imputato al cosiddetto "effetto richiamo", cioè quel meccanismo del passaparola che tradizionalmente - come accaduto in occasione delle precedenti sanatorie - amplia con specifici flussi il contingente dei richiedenti.

I primi dati messi a disposizione dal Ministero dell'Interno a scadenza dei termini ci dicono che le domande inviate

sono pari a 294.744, metà delle quali ad opera di privati, e poco meno effettuate da associazioni e patronati (Tab. 2).

Un fattore che può essere utile per comprendere se e quanto l'effetto richiamo abbia influenzato l'attuale sanatoria dedicata ai lavoratori presso le famiglie può cogliersi analizzandone le principali caratteristiche. Un altro elemento noto sul fenomeno è, infatti, una forte connotazione non solo di genere ma, per esempio, anche etnica, che risulta sostanzialmente costante nel corso del tempo. Di conseguenza, tenuto presente che la conquista di un valido titolo di soggiorno poteva presumibilmente essere il vero obiettivo su cui gli immigrati extracomunitari puntavano, facendo ancora ricorso a stime campionarie di fonte Ismu, e limitando l'analisi ai caratteri dei lavoratori in ambito familiare che erano illegalmente presenti in Italia (precedentemente all'introduzione della sanatoria), ciò che emerge da tale sottoinsieme è la conferma di un universo con tratti ben noti e sostanzialmente simili a quelli evidenziati dall'emersione di colf e badanti favorita dalla sanatoria Bossi-Fini. Si tratta in netta prevalenza di donne (91% dei casi), con un'età mediana di poco superiore ai 40 anni (ma circa il 30% è ultracinquantenne) e in poco più della metà dei casi la permanenza in Italia è inferiore ai cinque anni (per circa l'11% lo è inferiore ai due anni). Il grado d'istruzione è nel 49% dei casi un diploma di scuola secondaria, ma un ulteriore 22% possiede una formazione di tipo universitario e solo l'1% risulta privo di titolo di studio. Circa 2/3 sono cittadini di un paese dell'Est Europa, con numerose provenienze da Ucraina (24%) e Moldavia (18%), cui si aggiungono quelle dal Perù (17%) e - con minor rilievo - da India (7,6%) e Filippine (5,4%).

Tabella 2 - Alcune caratteristiche delle domande di emersione inviate, sanatoria 2009. Valori percentuali.

Tipo utente		Principali nazionalità		Principali province di lavoro	
Associazioni e patronati	46,5%	Ucraina	12,6%	Milano	14,7%
Privati	50,8%	Marocco	12,3%	Roma	10,9%
Altri	2,7%	Moldavia	8,7%	Napoli	8,3%
Totale	100%	Cina	7,2%	Brescia	3,8%
	Mansione	Bangladesh	6,3%	Bergamo	3%
Colf	61,2 %	India	6,0%	Torino	2,8%
Badanti	38,8%	Egitto	5,5%	Caserta	2,3%
Totale	100%	Senegal	4,6%	Bologna	2,2%
Totale (valore assoluto)	294.744	Albania	3,8%	Modena	2,1%
		Pakistan	3,7%	Reggio Emilia	1,9%
		Altre nazionalità	29,4%	Altre Province	48,1%
		Totale	100%	Totale	100%

Fonte: www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/16/0033_Report_Conclusivo_-_Dichiarazione_di_Emersione.pdf.

Guardando ai pochi dati resi disponibili dal Ministero (Tab. 2) riguardo alle domande di emersione inviate si nota alcune indicazioni in linea con il quadro derivante dai dati campionari: prevalgono ancora i lavoratori domestici rispetto a quelli impiegati nell'assistenza, sebbene il divario si stia sempre più assottigliando; ancora, queste tipologie di occupazioni interessano in prevalenza i grandi centri urbani del Centro-Nord Italia dove si concentra, d'altro canto, anche la maggioranza della presenza straniera; fanno eccezione solo due province campane (Napoli e Caserta).

Volgendo lo sguardo alle nazionalità dei lavoratori a cui si riferiscono le domande di emersione, tuttavia, si può intuire come una quota delle richieste possa nascondere il sopracitato effetto richiamo o, più semplicemente, la necessità di regolarizzazione di individui già presenti sul territorio e in cerca di un escamotage per ottenere la documentazione idonea alla permanenza. Se, infatti, il numero elevato e maggioritario di domande di ucraini e moldavi è in linea con il profilo dei lavoratori presso le famiglie, altrettanto non si può dire per nazionalità tra le più numerose in termini di domande come alcune nord africane (per esempio le oltre 36mila domande di marocchini, ma anche le 16.325 degli egiziani) o le oltre 20mila cinesi, tenuto comunque conto che alcune di queste sono tra le nazionalità più presenti in Italia. La disponibilità futura di dati più dettagliati sulle caratteristiche dei richiedenti e dei regolarizzati potrà far luce in modo più appropriato e indicare se la popolazione straniera dedita ai lavori domestici o di assistenza si sta realmente diffondendo anche tra quei migranti che fino ad oggi parevano interessati solo marginalmente da que-

sto tipo di impiego, o se l'immagine sopra emersa è semplicemente il frutto della combinazione di diverse "esigenze".

Una peculiarità più volte sottolineata riguardo agli stranieri che si occupano di assistenza agli anziani è il progetto migratorio, descritto come diffusamente temporaneo e spesso finalizzato alla realizzazione di un preciso obiettivo nella maggior parte dei casi di natura familiare. Focalizzando l'attenzione sulla Lombardia -unica realtà territoriale per la quale si ha un monitoraggio annuale a partire dal 2001- il confronto tra la realtà familiare del 2004 (Farina, 2005; Blangiardo 2005) e quella del 2009 (Blangiardo, 2010) può offrire interessanti spunti per individuare il modello o i modelli migratori più frequenti tra chi si dedica alla cura di persone anziane. In particolare, il confronto tra i due anni sembra sostanzialmente riproporre la stessa immagine: quasi un quarto è celibe/nubile mentre circa la metà è coniugata/o; solo leggermente più bassa la quota di genitori (76% contro 80%), ma costante quella di individui che, avendo una famiglia, vive la migrazione lontana almeno da parte di essa: quasi l'85%.

Se a questi dati si aggiunge una durata della presenza che in cinque anni (2004-2009) è "invecchiata" poco più di un anno (5,1 anni nel 2004, 6,4 nel 2009) e un invecchiamento anagrafico di soli 2 anni, è evidente il forte turnover che caratterizza questa categoria professionale che, nello stesso lasso di tempo, è cresciuta passando dal 6,6% all'8%, ma con una quota di arrivi, dopo il 2004, di quasi il 40%. Le caratteristiche familiari, tuttavia, rimangono sostanzialmente stabili e, in generale, come mostrato dai dati, prevalgono quelle che risultano ben con-

Tabella 3 - Alcune caratteristiche familiari, età media ed anzianità migratoria degli stranieri che svolgono assistenza domiciliare in Lombardia, 2004 e 2009.

Tipologie familiari fra coloro che hanno acquisito una famiglia	2004	2009
Coppia unita	1,5%	2,6%
Coppia spezzata	3,1%	4,3%
Monoparentale unita	4,3%	0,7%
Monoparentale spezzata	32,4%	33,3%
Coppia + figli unita	9,8%	12,4%
Coppia + figli parzialmente spezzata	4,6%	6,7%
Coppia + figli spezzata	44,3%	40%
<i>Totale</i>	<i>100%</i>	<i>100%</i>
Età media (in anni)		
Senza nucleo	30,47	31,22
Con famiglia completa	37,45	39,14
Con famiglia parzialmente spezzata	45,11	44,11
Con famiglia spezzata	43,31	46,36
Anzianità migratoria media (in anni)		
Senza nucleo	4,1	4,56
Con famiglia completa	9,23	9,95
Con famiglia parzialmente spezzata	7,99	5,93
Con famiglia spezzata	4,49	6,22

Fonte: elaborazioni su dati campionari Fondazione ISMU (2010).

ciliabili (assenza di familiari, necessità di massimizzare i guadagni da parte di individui a cui carico sono totalmente delegati i figli, cioè famiglie monoparentali ecc.) con le esigenze del tipo di lavoro svolto (per esempio spesso viene richiesta la coabitazione).

Le oltre 200mila domande di regolarizzazione, in parte presentate da individui che generalmente hanno caratteristiche familiari più tradizionali (si pensi ai nord africani, ma anche ad indiani e pakistani, oltre che cinesi, tra i quali le famiglie monogenitore, ma anche le convivenze, sono poco frequenti), se si tradurranno in effettivi sanati potranno cambiare il volto di chi si prende cura degli anziani e descrivere una realtà lavorativa forse meno "totalizzante".

BIBLIOGRAFIA

Blangiardo GC. (a cura di) La presenza straniera in Lombardia. La quarta indagine regionale. Regione Lombardia – Fondazione Ismu, 2005.

Blangiardo GC. (a cura di) La presenza straniera in Lombardia. La nona indagine regionale. Regione Lombardia – Fondazione Ismu, 2010.

Catanzaro R, Colombo A. (a cura di) Badanti & Co., Il Mulino, Bologna 2009.

Cesareo V, Blangiardo GC. Indici di integrazione. Un'indagine empirica sulla realtà migratoria italiana. Franco Angeli, Milano 2009.

Farina P. Stranieri e anziani: un profilo sintetico della popolazione che si prende cura degli anziani in Lombardia. Assistenza Anziani 2005(3):19-23.

Fondazione Ismu. Quindicesimo Rapporto sulle migrazioni 2009, Franco Angeli, Milano 2010.

Istat. Rilevazione sulle forze di lavoro, III trimestre, 2009.

SITOGRAFIA

www.interno.it

www.istat.it

Badanti: evoluzione di un ruolo

Iva Ursini

Consulente Associazione Italiana Malattia di Alzheimer Milano Onlus

PREMESSA

Il termine *badante* è entrato nel vocabolario italiano alla fine degli anni Novanta ed ha goduto di un rapido successo tanto da finire sulle bocche dei politici e di milioni di Italiani. A nulla sono valsi gli sforzi di coloro che, vedendo nell'appellativo *badante* qualcosa di sminuente e denigratorio sia per chi svolge questo lavoro quanto per gli anziani che usufruiscono delle loro cure, hanno proposto di utilizzare altre denominazioni quali *assistenti familiari*, *operatrici del lavoro di cura* o altro. L'appellativo *badante* ha resistito tanto che viene utilizzato dalle stesse lavoratrici per motivi di semplicità e chiarezza (Iori, 2009). L'occasione per osservare il fenomeno del ricorso alle badanti, non solo nella cura informale a domicilio, ma anche nel più complesso sistema di cura formale, mi è stata offerta dalla possibilità di realizzare, tra il gennaio 2007 e il luglio 2007, in qualità di Referente attuativo, un progetto promosso dall'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer (A.I.M.A.) Milano Onlus in collaborazione con l'Azienda Servizi alla Persona Golgi-Redaelli, Istituto Geriatrico Camillo Golgi di Abbiategrasso, con un contributo finanziario della Fondazione Ticino-Olona.

Il titolo del progetto era "La cura condivisa: progettazione e monitoraggio di relazioni collaborative nel sistema di cura familiare e residenziale per soggetti portatori di patologia Alzheimer e altre forme di demenza".

BREVE DESCRIZIONE DEL PROGETTO

In Italia, come in tutta l'Europa mediterranea, è presente un *welfare nascosto* che assegna alla famiglia, e più specificatamente alle donne, l'intero ambito della cura alla persona, cura che, in presenza di un soggetto portatore di patologia Alzheimer, può richiedere un'assistenza estesa fino a 24 ore su 24. La famiglia si trova perciò frequentemente a fare una richiesta d'aiuto a un membro esterno al sistema familiare con cui condividere il cari-

co assistenziale. Inoltre, l'aumento dei malati di varie forme di demenza, correlato al prolungamento della vita, da un lato, e alla diminuzione del tasso di natalità, dall'altro, e i processi di emancipazione femminile, in atto dagli anni Settanta, hanno reso man mano più difficile conciliare la doppia presenza delle donne sul mercato del lavoro e in casa, determinando quello che viene definito "effetto sandwich" delle generazioni di mezzo, caricate dalle esigenze di cura degli anziani ed esigenze di sviluppo delle nuove generazioni. Si è inoltre diffusa una *cultura della domiciliarità* che porta molte famiglie italiane a preferire soluzioni informali nel campo dell'assistenza agli anziani. Questa situazione ha determinato, da più di un decennio estesamente in Italia, il ricorso, da parte dei familiari, ad operatori non professionali: i/le badanti.

L'intervento progettato intendeva presidiare, da una parte il momento dell'incontro tra domanda/richiesta d'aiuto della famiglia e offerta di cura e assistenza a domicilio da parte dei/delle badanti, dall'altra monitorare la continuità della loro presenza accanto al paziente e ai familiari, nel momento in cui il malato necessitava di un ricovero in struttura residenziale, sia temporaneo sia a lungo termine.

LA REALIZZAZIONE

A partire dal tema centrale, *la condivisione della cura*, la realizzazione del progetto si è sviluppata in interventi differenti e tra loro complementari. Si sono creati luoghi e modalità affinché i differenti attori della cura - familiari caregiver, badanti e operatori dei reparti dell'Istituto C. Golgi - potessero aver voce, e quindi sentirsi ascoltati e compresi. Strumento principe è stata un'intervista semi-strutturata che ha assunto spesso, nel corso della realizzazione con le badanti, la forma di *intervista biografica*. Sono inoltre stati utilizzati semplici questionari auto-compilati sulla percezione del carico assistenziale per familiari e badanti; gli operatori dei reparti coinvolti nel progetto sono stati incontrati in due *focus group*.

ESPERIENZE

La *condivisione della cura familiare a domicilio* è stata indagata e trattata nel seguente modo:

- a) Tramite una scheda compilata telefonicamente, sono state filtrate le richieste di familiari che, in vario modo, giungevano all'A.I.M.A. Milano Onlus, che presentavano le caratteristiche sia di presenza già a domicilio di una badante la cui gestione mostrava alcune criticità, sia di richiesta d'aiuto nel progettare un primo inserimento di tale figura;
- b) Individuate le situazioni (15), sono stati fissati colloqui distinti per il familiare e per la badante, per la somministrazione degli strumenti approntati, presso lo sportello d'ascolto strutturato nella sede dell'A.I.M.A. Milano Onlus in Milano, gestito da due consulenti psicologhe, in fasce orarie facilitanti l'accesso di familiari e badanti.

OSSERVAZIONI E COMMENTI

Per la famiglia, la richiesta d'aiuto ad un membro esterno al sistema familiare, come testimonia la letteratura sull'argomento, innesca dinamiche complesse. I familiari sperimentano, dolorosamente, i limiti delle proprie capacità di cura, e conseguentemente fanno fatica a discriminare gli aspetti da delegare al/alla badante da quelli da continuare a gestire personalmente. La situazione che viene a determinarsi è spesso carica di accordi impliciti e aspettative non realistiche che possono rendere disfunzionale la realizzazione della cura, con conseguente sovraccarico sia per il familiare, sia per la badante.

Dai colloqui svolti presso lo sportello d'ascolto, indipendentemente dal livello di gravità del paziente, abbiamo incontrato familiari caregiver con la profonda convinzione che *la casa è il luogo dell'assistenza per realizzare le migliori cure*. Il ricorso alle badanti -prevalentemente moldave- comprendeva pertanto, oltre alla valutazione di aspetti economici e sociali che avevano orientato la ricerca d'aiuto in tal senso, anche il desiderio di essere aiutati a tener fede a questa premessa. Nella permanenza a domicilio del malato, il caregiver resta l'interlocutore privilegiato e il regista per l'analisi e la soddisfazione delle esigenze del paziente, nei confronti del quale è in atto un profondo coinvolgimento emotivo, anche quando le storie relazionali familiari sono state caratterizzate da conflitti e carenza di riconoscimenti affettivi.

Le badanti intervistate hanno manifestato la loro disponibilità a condividere l'impegno della cura, anche in assenza di una specifica qualifica professionale. Percepiscono

di essere *il nuovo elemento, l'estraneo*, che si inserisce in storie di vita familiare che non conoscono e che incontrano mentre stanno vivendo momenti di critica emergenza. Nei confronti dell'anziano/a dicono di nutrire sentimenti che rievocano quelli provati verso i loro nonni, nelle famiglie di provenienza, in genere definiscono, *non-nino/a*, con la persona di cui si occupano. La soluzione della *convivenza* della badante, scelta prevalente da parte dei familiari, accelera il crearsi di un rapporto con l'assistito/a. Diventare "*una di casa*" significa instaurare relazioni asimmetriche di potere, genere e classe, in cui i datori di lavoro, spesso donne, così come le badanti, segmentano il loro ruolo di figlie di genitori anziani non autosufficienti assegnando all'assistente familiare incombenze più pesanti e mantenendo per sé attività più dense di connotazioni affettive.

La creazione di un nuovo spazio domestico dove interagiscono persone molto diverse per età, abitudini e storie personali rappresenta così la nuova dimensione della cura a domicilio. Uno spazio di cui fanno parte non solo l'anziano accudito, i suoi parenti e la sua badante, ma anche la famiglia di quest'ultima, spesso dislocata altrove. Due *spazi domestici locali* vengono messi in relazione, al di là di confini e frontiere, per creare un più ampio *spazio domestico transnazionale* in cui si intrecciano relazioni affettive e sociali complesse (Balsamo, 2007). A detta delle badanti che abbiamo incontrato è come se questo tipo di *accoglimento* che incrocia la loro urgenza lavorativa permetta una sorta di *affiliazione* ad una nuova famiglia/nazione, con conseguente *meticciamento* tra nuova famiglia/cultura e famiglia/cultura di provenienza. Occorre però un processo di negoziazione quotidiana per costruire quella delicata sfera relazionale che si chiama *intimità* e accettare le contraddizioni insite nell'inserimento di ogni badante, *l'estranea di casa*.

Attraverso gli strumenti utilizzati, l'esplicitazione delle reciproche aspettative, dei familiari e dei/delle badanti, e il conseguente accrescimento di conoscenza realizzato *in uno spazio e un tempo a ciò dedicato*, si sono superate le criticità che erano insorte in alcuni inserimenti e si sono potuti progettare percorsi di cura condivisa a domicilio, con migliori premesse.

La *condivisione della cura nei reparti* è stata indagata attraverso strumenti ad hoc progettati e definiti in incontri opportunamente fissati presso l'Istituto Geriatrico Camillo Golgi di Abbiategrasso con il Direttore, il Direttore Medico, i Medici Responsabili dei reparti Alzheimer sia di lungodegenza sia di riabilitazione. Si è scelto quindi di utilizzare:

- a) una lettera-invito rivolta a coppie di badanti e familiari di ospiti accolti nei reparti per informarli del progetto in atto nella struttura con l'obiettivo di *meglio comprendere il modo in cui si possono integrare le risorse dei familiari, l'aiuto delle badanti e gli interventi istituzionali per la cura e l'assistenza dei pazienti*. Allo scopo di *raccogliere informazioni e suggerimenti sulla base della propria esperienza* si invitavano quindi i familiari e le badanti disponibili a fissare un appuntamento in sede, per un colloquio con le due consulenti A.I.M.A. Milano Onlus;
- b) un'intervista semi-strutturata svolta individualmente con il familiare e con la badante con utilizzo di alcune domande, opportunamente adattate, relative ad aree indagate dal Caregiver Burden Inventory e, in aggiunta, domande-stimolo per sollecitare la percezione soggettiva della modalità di accoglimento, coinvolgimento nella cura e soddisfazione nella presa in carico, sperimentati presso l'Istituto Geriatrico Camillo Golgi;
- c) due focus group rivolti agli operatori sanitari di differenti professionalità dei reparti coinvolti nel progetto: un gruppo omogeneo, costituito da operatori appartenenti ad uno stesso reparto, un gruppo eterogeneo.

La realizzazione dei colloqui-interviste svolti con familiari e badanti dalle due psicologhe consulenti A.I.M.A. Milano Onlus presso lo sportello d'ascolto allocato in un ambulatorio ben individuabile, sul piano della Direzione Medica dell'Istituto Geriatrico Golgi, ha fatto emergere *la complessificazione della cura nel passaggio del paziente dal domicilio al ricovero in struttura*.

La decisione del ricovero in struttura è stata descritta coerentemente, sia dai familiari sia dalle badanti, come maturata congiuntamente quando la badante era già un aiuto presente per la cura a domicilio; non quindi come squalifica della cura informale domiciliare, ma come riconoscimento condiviso di complicanze insorte nel paziente tali da rendere necessario il ricovero e la ricerca di cura formale, anche nell'ottica di tutelare il benessere psicofisico del familiare caregiver e della badante. Sulla base dell'esperienza personale acquisita presso l'Istituto Golgi, sia i familiari, sia le badanti, ritengono che l'evento del ricovero temporaneo in riabilitazione rappresenti un'occasione di formazione-informazione per tutti gli attori della cura a domicilio (familiare caregiver, ma anche altri familiari e badante). L'accoglimento in struttura del paziente viene percepito come rassicurante da parte dei familiari che si trovano ad essere riconfermati come principali interlocutori per la progettazione e rea-

lizzazione della cura del loro congiunto; le badanti, invece, si sono sentite poco utilizzate da parte degli operatori dei reparti rispetto alla possibilità di offrire il loro patrimonio di conoscenza del paziente che viene inserito. Per le badanti, il passaggio di collocazione del loro assistito dal domicilio alla struttura residenziale rappresenta una nuova esperienza: si sentono maggiormente identificate con la famiglia dell'assistito e diversamente estranee nel contesto relazionale del reparto. Tale percezione è rinforzata dal diverso modo con cui sono in relazione di dipendenza dai familiari, loro datori di lavoro, che richiedono tempi di presenza accanto al loro congiunto e in relazione quasi paritetica con gli operatori del reparto, loro *supervisor*, con cui devono concordare il modo di essere *accanto al paziente*, possibilmente risultando anche d'aiuto agli operatori sociosanitari nella realizzazione della cura.

Gli attori della cura a domicilio, relativamente all'organizzazione della cura in reparto, hanno spesso riportato la sensazione di *tempi vuoti*, senza attività specifiche, per i loro malati con potenzialità residue. Soprattutto le badanti che hanno trascorso quotidianamente molte ore in reparto hanno riferito difficoltà su come trascorrere il tempo che, a volte, generava la sensazione di *non senso della propria presenza e di noia inevitabilmente traslata sul malato*. In fondo, la casa dell'anziano si era trasformata in un rifugio in cui sentirsi utili, coerentemente con il proprio progetto migratorio, anche se tra mille mansioni ed incombenze; ora, il tempo del reparto, meno occupato, favorisce la nostalgia e fa rimpiangere la ricchezza dei rapporti sociali nel paese d'origine. È forse anche per questo che, se solo si scopre che ci sono altre badanti originarie dello stesso paese o di paesi limitrofi, si sceglie di parlare in madrelingua.

Una nota particolare merita quanto emerso dai colloqui svolti con familiari e badanti di pazienti che stavano per essere dimessi dal reparto, e quindi vicini al loro rientro a domicilio: la riorganizzazione della *cura duale a domicilio* genera sentimenti di preoccupazione e timori; la *gestione triadica nel sistema di cura*, sperimentata attraverso la condivisione tra operatori, familiari e badante, nel momento delle dimissioni, determina la necessità di dover quasi *elaborare una separazione*.

Questa percezione fa riflettere almeno su due aspetti: 1) può testimoniare che familiari e badanti hanno sperimentato aiuto e sostegno nella relazione di cura nella permanenza in reparto, quasi si siano sentiti presi in carico anche loro, pur senza sentirsi espropriati dei loro specifici ruoli;

ESPERIENZE

2) può essere anche letta come una richiesta alla struttura di ipotizzare *dimissioni protette* nella forma di accompagnamento facilitante la riorganizzazione della cura a domicilio da parte di familiari e badanti, con la garanzia che la struttura può rimanere sullo sfondo, a distanza, l'altro potenziale interlocutore, ormai conosciuto, nella cura del proprio congiunto/assistito.

Il punto di vista degli operatori sociosanitari è stato raccolto nel corso della realizzazione dei due focus group programmati, in cui i partecipanti sono stati stimolati a discutere sul fenomeno delle badanti presenti in reparto, descritto metaforicamente *tra luci ed ombre* e *tra visibilità ed invisibilità*.

Gli operatori hanno osservato che la presenza della badante in reparto, pagata dal familiare, può rappresentare la tangibile continuità di cura offerta dalla famiglia e attenuare il senso di colpa che inizialmente il ricovero in struttura comporta. Alcuni operatori non segnalano particolari differenze tra la presenza di un familiare o la presenza di una badante, accanto ad un paziente, in quanto rappresentano, entrambi, *occhi diversi* sul reparto, di cui tenere conto. Certo, il familiare è pensato come una *naturale presenza*; la presenza della badante diventa un *evento imprevedibile* e quindi va monitorato con cura ed attenzione.

Gli operatori hanno quindi parlato di *invisibilità* e di *ombre* quando a loro sembra di osservare che la badante, sperimentando di aver perso il ruolo centrale per la cura del malato, prova ancora ed impropriamente ad esercitarlo, *non seguendo le direttive del reparto*, oppure, quasi con un atteggiamento di sfida, *pur essendo presente, delega in toto la cura agli operatori*. La famiglia del paziente non è in grado, da sola, di porre dei confini ai vari attori della cura in reparto e la situazione che ne consegue risulta confusa e disagiata, appunto, *con ombre*. Da parte degli operatori viene riferito, inoltre, un certo sentimento di esclusione quando ascoltano badanti straniere che parlano tra loro nella loro lingua madre; si sentono non partecipi del dialogo, nel *loro* reparto.

Gli operatori hanno anche parlato di *visibilità* e *luci* quando, informati della presenza della badante, la sentono come una preziosa fonte d'informazione per conoscere la persona malata, per loro, *nuovo ospite*. Percepiscono inoltre la badante utilissima - a volte è il reparto stesso che ne chiede l'inserimento ai familiari - nel contenimento di disturbi comportamentali del malato che possono generare difficoltà nella gestione complessiva del reparto. Gli stessi operatori pensano che, concordati i tempi e i modi, la presenza della badante in reparto possa es-

sere vissuta come garanzia di sicurezza, perché *il malato è in buone mani*.

CONCLUSIONI

Gli interventi progettati e realizzati, nei differenti ambiti, hanno permesso di rilevare *una continuità nella discontinuità degli interventi nel sistema complesso di cura* per soggetti affetti da malattia di Alzheimer ed altri tipi di demenza.

Le interazioni osservate tra gli attori della cura a domicilio con gli operatori dei reparti dell'Istituto Golgi testimoniano che è possibile *condividere la cura*, se tutti gli interlocutori, soprattutto gli operatori sanitari competenti, provano ad ipotizzare di trasformare le emergenze, *come il fenomeno badanti in reparto*, da rischio in risorsa.

Un inarrestabile processo di ricerca di nuove soluzioni per soddisfare i bisogni di cura ed assistenza prevalentemente espressi dagli anziani, ma non solo, all'interno delle nostre *città globali*, ha portato a riconoscere come una risorsa indispensabile la manodopera femminile offerta dalle nuove migrazioni soprattutto dai paesi dell'Est europeo, Moldavia e Ucraina in particolare. Nel settore dei servizi e della cura si scoprono storie invisibili di tante madri migranti intrappolate tra il *mito del ritorno* e il *dramma della doppia assenza*, in una condizione esistenziale incerta, scisse nella *dislocazione delle relazioni affettive*, *là, nel proprio paese d'origine, con propri figli* e *nell'accudire, qua, i nonni acquisiti, malati*. Nella *catena globale della cura* il fenomeno badanti tenderà ad essere sempre più esteso per il mantenimento degli equilibri della nostra società: magari non arriveranno più donne sole, con un progetto migratorio di breve-medio periodo finalizzato all'invio a casa della maggior quantità possibile delle rimesse a favore della famiglia. Il ricongiungimento familiare e la scelta di far venire in Italia il marito e i figli in un percorso di ricomposizione familiare al *femminile* sarà una variabile fondamentale di questo processo.

BIBLIOGRAFIA

Balsamo F. Anziane e badanti. Spazi domestici tra cultura e intercultura. In: Pontecorvo C. (a cura di) Tra ordinario straordinario: modernità e vita quotidiana. Carocci, Roma 2007.

Iori R. Da badanti ad assistenti familiari. L'evoluzione di una figura professionale nell'esperienza della provincia di Modena. Carocci, Roma 2009.

La vita delle badanti: solitudine e generosità

Silvano Corli¹, Marco Trabucchi²

¹ Azienda Speciale Residenza Sanitaria Assistenziale Concesio

² Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia e Associazione Italiana di Psicogeriatrica

“**C**osa vuoi che ti racconti! Anche tu hai fatto il lavoro di assistenza anziani, ventiquattro su ventiquattro! Lo conosci, questo pane da sette croste...”

“La mia giornata lavorativa comincia alle 7.30: apro le tapparelle, apparecchio il tavolo per la colazione. Lavo, vesto la padrona di casa. Per la colazione abbiamo sempre il latte che scalda il padrone di casa, loro lo bevono coi biscotti e la marmellata, io con il pane biscottato. Il mio datore di lavoro dice che le badanti non devono mangiare le cose extra, e di queste cose ne ha un elenco intero. Dopo di che metto in ordine...”

“Adesso lavoro in una famiglia molto buona, mi trattano bene, sono contenta di questo lavoro, anche la famiglia è contenta di avermi. Continuo a lavorare perché con la pensione ucraina di 100 euro è molto difficile vivere lì. Durante la mia permanenza in Italia ho fatto tante cose: abbiamo risolto la questione dell'alloggio, abbiamo costruito la casa, ho dato parecchio aiuto finanziario ai figli. L'Italia mi piace molto, le sue città sono straordinariamente belle, mi piace la cucina italiana, gli spaghetti italiani che non hanno paragoni, mi piace il clima mite, le usanze, il bellissimo Paese dove vive un popolo buono e solidale. Vi ringrazio di tutto”.

Sono le due facce della stessa medaglia: quella del lavoro come badanti. Un lavoro, per alcune, che assorbe totalmente, che non lascia spazi di tempo libero, che si accompagna a violenze fisiche e psicologiche, mentre per altre costituisce l'occasione per dare un futuro alla propria famiglia, per instaurare nuove relazioni, per offrire assistenza e cura e ricevere sostegno, accoglienza, aiuto.

È quanto emerge da racconti, interviste e pagine di diario che alcune signore dell'est europeo hanno voluto condividere per offrire uno spaccato di una realtà complessa e multiforme che ha caratterizzato l'assistenza agli anziani di questi ultimi anni.

Sono pagine ricche di una umanità costretta, per ragioni

economiche, a lasciare la propria terra d'origine e le proprie famiglie, e chiamata ad un compito di cura impegnativo ed esigente. Sono pagine che narrano della difficoltà di un incontro, di strategie assistenziali, del dolore per la morte della persona assistita, di relazioni familiari compromesse, di corpi dolenti e dell'impotenza della cura. Tra i molteplici stimoli alla riflessione, alcuni emergono con maggior evidenza e, tra questi, il bisogno di una relazione fondata sul reciproco riconoscimento e aiuto, i limiti e le possibilità di una comunicazione capace di cogliere i bisogni dell'altro, la fatica dell'assistere, una cura che va oltre il mero accudimento e che sa costruire legami.

LA RELAZIONE QUALE RECIPROCO RICONOSCIMENTO

“In questa famiglia dove sto oggi, non fanno la differenza: mangiamo tutti insieme e mi sento una persona rispettata. È uno scambio di aiuto: io assisto la loro nonna e loro mi aiutano a mantenere la mia famiglia attraverso lo stipendio. Abbiamo rapporti di reciproco rispetto”.

Non è cosa scontata che ogni lavoro sia riconosciuto come tale e che, a fronte del lavoro, ci sia il giusto corrispettivo economico. Quello di badante è esposto a innumerevoli rischi e, forse perché facilmente riconducibile al naturale compito di cura proprio di ogni famiglia, sembra più complesso attribuirgli la piena dignità di un'attività lavorativa. Ma, proprio perché il lavoro è valore che consente la piena affermazione della personalità umana, è da lì che passa la reale possibilità di un reciproco riconoscimento, la piena assunzione di diritti e di doveri per entrambi i soggetti coinvolti.

“Dai primi giorni in quella casa, nella cucina, la signora mi insegnava a cucinare e a parlare. Era una scuola di cucina e della lingua, contemporaneamente! Prende un cucchiaino

SPUNTI DI DIBATTITO

e mi dice "cucchiaio". Prende la cipolla e mi dice come si chiama, così con tutto. E poi scrive dei bigliettini coi nomi. Così mi ha insegnato anche a leggere: "brodo, carne, verdura, carta..." Voleva buttar via la cipolla lessa e le ho detto "No, mangio io". Poi la carota, voleva buttare anche quella ma io l'avevo condita e abbiamo mangiato insieme. Mi ha detto: "Ho imparato qualcosa anch'io!" Quanto le voglio bene! Quando uscivo, le comperavo sempre dei fiori..."

Il lavoro come badante non può prescindere da una relazione, da un incontro con l'altro, dalla possibilità di offrire un aiuto e di crescere in una relazione tra adulti. C'è una grande ricchezza in questo racconto che esprime la necessità di una presenza che assiste e, nello stesso tempo, di una relazione nella quale l'altro è sempre considerato nella sua posizione adulta, capace di trasmettere un sapere e di accogliere uno sguardo diverso al punto da "mangiare insieme" ciò che si voleva gettare.

I LIMITI E LE POSSIBILITÀ DELLA COMUNICAZIONE

"Come è difficile senza lingua! Dicono che dopo quattro mesi circa si sa già parlare un po'. Per adesso capisco, ma riesco a esprimere poco... È dura senza lingua! Non riesco a comunicare con la nonna. Mi sopporta, mi permette di servirle e basta. Non mi parla quasi, ha sempre i denti stretti. Chissà cosa pensa!"

È difficile trovare un luogo dove i pensieri possono essere condivisi. È questa la prima grande difficoltà. Per ragioni diverse "i denti restano stretti" e la comunicazione quasi impossibile.

Eppure vi è una capacità che sa andare oltre la parola se si riesce a collocare l'altro nel proprio sguardo. Diventa possibile cogliere il dolore, diventa possibile vedere pensieri che volano lontano.

"Ho l'impressione che la mia nonna ha qualche problema grave. Sembra di sopportare (oltre me!) un dolore (...) la devono ricoverare, poverina, aveva l'ulcera che sanguinava! Il medico di famiglia quando gli ho spiegato che il suo "scarico" era tutto nero, ha capito subito e mi ha detto brava..."

"la nonnina non dorme ma neanche fa chiasso. Sta sdraiata, guarda dalla finestra. Sta bene, sta comoda, nei pensieri vola lontano, forse sta con il marito, oppure con le sorelle, o forse a far visita ai genitori, corre da bambina sulle scale della casa paterna, dove le voci dei suoi, mamma e papà, suonano come una musica. Prima le piaceva tanto ricordare, raccontare di loro"

LA FATICA DELL'ASSISTERE

"La cosa più faticosa era di non poter cambiare le cose, di non poterla aiutare a migliorare! L'impotenza, ecco."

"Era doloroso per me vederla crollare, a poco a poco, nell'abisso nero della malattia; si immagina cosa provavano la figlia e il marito... È bruttissimo non poter aiutare! Ero una testimone impotente del degrado, una osservatrice dell'affondamento... proprio per questo ero andata via: non resistevo più io, non loro!"

"Anche se lei è un'estranea per me, mi rotolano le lacrime abbondanti quando vedo le sue sofferenze e sento le sue notti insonni fino all'alba".

Non si può restare "stranieri" alla sofferenza dell'altro. L'incontro con il dolore e la fragilità suscita interrogativi di senso, evoca in noi il desiderio di lenire la sofferenza, mette a nudo i nostri limiti e la nostra impotenza. Ma quale sostegno è offerto in questo compito di cura a chi non ha possibilità di narrare la propria fatica, trovare ascolto ai propri dilemmi, condividere la fatica dell'assistere con altri colleghi?

C'è una solitudine da superare e c'è la necessità di dare senso ad un lavoro che non è mai solo testimonianza impotente del degrado ma accompagnamento, aiuto, sostegno, ascolto, compagnia, di cui essere orgogliosamente consapevoli.

LA CURA DEL RICORDO

"Quando ho la possibilità vado a trovarli, vado anche al cimitero. E quando sono al cimitero mi sento triste. Ma è una tristezza limpida. E penso: non è morta la mia nonna, si è spenta come una candela che aveva bruciato fino in fondo tutta la sua cera, regalando la luce a tutti quanti".

Prendersi cura dell'altro e condividere a tal punto la propria vita con quella dei propri assistiti determina legami non riducibili al mero compito assistenziale. La relazione va oltre l'aspetto funzionale. L'altro assume un significato nella propria vita non più solo per quello che fa o per il bisogno che esprime, ma per quello che è.

Nascono così nuove relazioni e nuovi legami, sentimenti di appartenenza ad un'altra famiglia di cui ci si sente responsabili, possibilità di relazioni autentiche capaci di riconoscere il bene ricevuto e il bene donato oltre il dovere e oltre il tempo.

In una umanità che avverte sempre la comune responsabilità nei confronti dell'altro e che sa dare "profumo di festa al pane".

Gli immigrati anziani; l'esilio senza regno - tra qui e là

Philippe Pitaud

Università di Provenza e Istituto di Gerontologia Social, Marsiglia

Questo articolo si basa sul lavoro di sperimentazione medico-sociale condotto dalle équipes pluridisciplinari dell'Istituto di Gerontologia Sociale di Marsiglia su immigrati anziani in condizioni di precarietà, se non di marginalità. Si tratta di persone anziane che spesso vivono sole, versano in condizioni economiche disagiate e presentano un quadro sanitario compromesso (con diverse patologie di cui si sommano gli effetti); inoltre, l'analfabetismo, o la non conoscenza della lingua del paese di arrivo, contribuisce ad escluderle dall'accesso ai diritti sociali e sanitari. Più in generale, e in prospettiva, si pone la questione dell'accesso ai servizi di sostegno domiciliare e a quelli residenziali, nel rispetto della dignità di queste persone nel momento in cui diventano anziani.

"Essi fanno il viaggio dalla loro origine; partono per un paese che si chiama "Partire"... essi amano la possibilità di lasciare, di essere lasciati, e di cercare un ritorno" (Sibony, 1991).

"Da sempre, sulla terra secca, inaridita fino all'osso, di questo paese smisurato, qualcuno camminava senza tregua, non possedendo niente, ma non servendo nessuno, signore miserabile e libero di uno strano regno... Sapeva solo che questo regno da sempre gli era stato promesso e che, ciononostante, non sarebbe stato suo se non, forse, per un attimo fuggente, in cui avrebbe riaperto gli occhi sotto un cielo improvvisamente immobile, e sotto flussi di luce congelata, mentre le voci che salivano dalla città araba tacevano bruscamente. Gli sembrava che il corso del mondo si sarebbe fermato e che nessuno, a partire da quel momento, sarebbe né invecchiato, né morto" (Camus, 1972).

Tra le fasce di popolazione anziana, alcune cumulano un certo numero di fattori la cui presenza può favorire, nel tempo, un consistente rischio di dipendenza: si tratta degli immigrati anziani, caratterizzati, di norma, dall'isolamento, dalla precarietà, da condizioni abitative problematiche e da condizioni di salute segnate da un invecchiamento pre-

coce, a causa dell'usura legata alle precedenti condizioni di lavoro.

Dopo gli anni '80, le politiche sociali verso la vecchiaia si sono riorganizzate attorno ai problemi legati alla dipendenza: si diventa sempre più vecchi, ma non necessariamente in buona salute. Tali politiche si sono sviluppate attorno ad un'alternativa: il ricovero in strutture collettive (case di riposo, sanitarie e non, pubbliche o private; lunghe permanenze in ospedale) o il sostegno domiciliare, che necessita di un insieme di servizi (aiuto nella vita quotidiana, coordinamento, sostegno ai caregiver familiari) e che concerne oltre i tre quarti delle persone molto dipendenti, cioè confinate a letto o in poltrona.

La possibilità di vivere a domicilio, infatti, si basa sull'intreccio di tre fattori:

- un domicilio adatto o adattato;
- un insieme di servizi coordinati;
- la permanenza di una vita sociale, l'attivazione e il sostegno delle reti informali di aiuto.

Questi brevi cenni alle politiche sociali per la vecchiaia ci permettono di collocare meglio la problematica delle persone anziane immigrate e, in particolare, di quelle che vivono isolate, fuori dalle reti familiari.

In effetti, ci è sembrato opportuno collocare le difficoltà degli immigrati anziani ricordando che la società nella quale viviamo spesso presenta la caratteristica di non considerare i soggetti se non quando si pongono come un problema, e che questa caratteristica comporta che i soggetti generalmente vengano ritenuti un problema solo se è coinvolta la sfera "economica". Evidentemente, se il problema è d'ordine economico, lo diventa anche dal punto di vista sociale...

Nell'immediato, si può constatare che gli immigrati anziani non costituiscono un tema rilevante nell'agenda politica e sociale, e che i problemi che essi pongono, a seguito dell'invecchiamento, trovano spesso una risposta

FAMIGLIA E VOLONTARIATO

solo da parte del mondo associativo e dell'impegno sociale militante.

A tutti è noto che gli immigrati invecchiano e che, al momento del pensionamento, continuano a risiedere in Francia, anche se il mito del ritorno è stato a lungo presente. Su questo tema del ritorno, ricordiamo, con Sibony (1991), che "l'immigrato somatizza più degli altri la sua pulsione verso l'origine, che diventa compulsiva... la sua frattura di migrante d'essere afflitto da uno spostamento impossibile. Somatizza là dove il richiamo al "viaggio" si incista nell'impotenza...".

L'essere «tra due» mondi marca fortemente l'invecchiamento dei lavoratori immigrati anziani, posti tra un "qui" e un "là", che partecipa "di una lunga attesa", e anche di un'attesa di "essere". Sibony mostra come, per quelli che si trovano in queste condizioni, il corpo può farsi carico di questa memoria "impossibile".

L'avanzare dell'età, con la riduzione delle capacità fisiche, sensoriali e psichiche che comporta, può costituire, soprattutto se connessa a condizioni di vita sociale ed economica non agiate, un terreno favorevole all'insorgere di una sofferenza le cui diverse forme possono condurre ad una riduzione dell'autonomia.

Si comincia così a considerare i rischi dell'invecchiamento degli immigrati, specie del loro ingresso nelle età più anziane, nelle quali si pongono, tendenzialmente, problemi legati alla dipendenza fisica e/o psichica, o alla necessità di una loro presa in carico da parte di un sistema di protezione sociale complesso.

Il Sud della Francia rappresenta, per quanto riguarda sia l'invecchiamento della popolazione, sia le aree di arrivo degli immigrati, un contesto da privilegiare per una migliore messa a punto del binomio salute-precarità per queste fasce di popolazione. Molte patologie poco conosciute o trascurate, che denominiamo patologie dell'esilio, potrebbero, col tempo, aggravarsi evolvendosi in una situazione di dipendenza i cui effetti saranno penalizzanti sia per il soggetto, sia per la società d'arrivo a causa del costo della presa in carico delle patologie invalidanti o croniche.

L'esperienza di medicina sociale preventiva sviluppata dal 1992 dall'Istituto di Gerontologia Sociale offre, a partire dai dati raccolti, l'opportunità di analizzare questo ambito di precarietà ancora poco noto in Francia.

Anzitutto, occorre ricordare che al fine di prevenire un invecchiamento precoce o complesso, l'equipe dell'Istituto offre, da 25 anni, una visita medico-sociale annuale agli anziani, ai pre-pensionati e ai pensionati, oltre ad una pratica di educazione alla salute e al buon invec-

chiamento e da un servizio di Ascolto sociale delle persone isolate, seguite psicologicamente in caso di sofferenza. Queste visite sono assicurate quotidianamente da una équipe di geriatri e di psicologi, specializzati nella conoscenza dei rischi legati all'invecchiamento sul piano fisico, intellettuale, psicologico e sociale.

Nel centro di Marsiglia vi sono vecchi quartieri in difficoltà, con forte presenza di immigrati: le persone ricevute dall'equipe medico-sociale dell'Istituto di Gerontologia sociale sono soprattutto pensionati, talvolta le loro mogli, ma anche beneficiari del RSA (Reddito di Solidarietà Attiva - Revenu de Solidarité Active), disoccupati, invalidi o persone senza copertura sociale, ad esempio i senza fissa dimora.

Più dei due terzi sono sposati ed hanno dei figli ma, spesso, la famiglia è al paese di origine ed essi vivono soli. Dal punto di vista etnico, il 96% della popolazione ricevuta proviene dai paesi maghrebini, con una forte predominanza di algerini.

I loro redditi sono, nella maggior parte dei casi, molto modesti e inferiori al minimo pensionistico. Più della metà abita in pensioni e circa l'11% risiede in abitazioni per immigrati; tutti gli altri sono affittuari e abitano talvolta, ma raramente, in famiglia: questi ultimi godono di un riconoscimento sociale e della possibilità di una vita più regolare.

Il 95% sono pensionati sociali, anche se sono numerosi quelli che non hanno potuto, o saputo, far valere i propri diritti, perché spesso i documenti dell'Assicurazione sociale non sono aggiornati e i documenti non sono in regola. Tutto ciò comporta che essi finiscano per perdere i loro diritti e che, in caso di urgenza, diventi difficile intervenire rispettando le norme: il 90% di essi, infatti, non ha la mutua, anche tra i percettori del RSA.

Dal punto di vista medico, e senza entrare nei dettagli, il 37% delle visite ha rilevato una patologia non diagnosticata o ha permesso di prendere in carico una patologia comune ma trascurata. Nel colloquio con i medici, la prima cosa di cui si lamentano è il «sentirsi stanchi», ma, nel proseguo della visita, emerge che questo non è che uno dei sintomi di una sindrome depressiva più o meno pronunciata: è un modo per esprimere l'isolamento, la solitudine, la lontananza dal paese di origine e dalla propria famiglia, le cattive condizioni di vita e la negativa condizione sociale. Successivamente emergono le lamentele che riguardano soprattutto l'ambito delle patologie reumatiche, e di quelle gastro-intestinali, che non sono slegate all'ambito psicosomatico.

Riassumendo, si constata una situazione medico-socia-

le spesso molto negativa: i loro consumi sanitari sono molto ridotti e i due terzi non hanno un medico curante. Ci sono enormi difficoltà a trovare i mezzi per aiutarli nel quadro delle leggi in vigore.

Lo svolgimento della carriera lavorativa (orari di lavoro, periodi di disoccupazione o di lavoro nero, malattie non dichiarate), la loro origine e nazionalità, sono altri elementi che possono spiegare come tale situazione sia nata e come si sia costituito questo stato di precarietà. L'insieme di queste difficoltà e di questi ostacoli all'accesso al sistema di cura sono rafforzati dall'analfabetismo dei lavoratori immigrati anziani: l'analisi delle schede sociali rileva che questo aspetto riguarda il 95% delle persone visitate.

Da questo dato derivano diversi problemi, anzitutto per quanto riguarda il contatto periodico con i medici: dato che i soggetti non hanno riferimenti scritti, gli appuntamenti sono spesso dimenticati, specie se sono stati presi con molto anticipo. Inoltre, al termine della visita, l'équipe si confronta col problema dell'osservanza delle prescrizioni: tutto il nostro sistema è basato sulla scrittura e l'analfabetismo ne è escluso. Una prescrizione di medicinali o di analisi da effettuare è anzitutto una carta su cui sono scritte le modalità di impiego. Ma un analfabeta, come può usarla? Quando egli lascia il medico gli resta da un lato un pezzo di carta quasi inutile e, dall'altro, quel che la sua memoria ha potuto immagazzinare. Quando noi rivediamo certi utenti, constatiamo che il livello di aderenza alle cure è disastroso.

Un'altra difficoltà rilevata è di ordine medico-amministrativo: molti pazienti hanno documenti non aggiornati. Le persone analfabete non sono in grado di controllare la data di scadenza dei loro documenti e quando qualcuno gliela segnala non possono verificare quel che gli si dice.

Complessivamente, molte pratiche amministrative necessitano di documenti che rimangono validi solo per un periodo relativamente breve. L'analfabetismo e le difficoltà di monitoraggio nel tempo comportano che, spesso, quando l'interessato prevede di servirsi dei documenti per l'accesso alle cure, ai servizi pubblici e associativi (per esempio il mantenimento a domicilio), o ai diritti sociali (pensione di vecchiaia), essi siano da rifare. Sul piano sanitario, questo complica molto il compito del medico che può curare efficacemente solo un paziente che beneficia della presa in carico sociale dei costi sanitari. L'intervento sanitario deve allora aspettare che la documentazione sociale sia aggiornata e ciò è più problematico in caso di urgenza.

Su questo tema specifico, non si può non constatare l'esistenza di "zone d'ombra" tra le associazioni che cercano di trovare delle soluzioni a questi problemi e le amministrazioni ancora poco inclini a modificare le proprie pratiche. In queste "zone d'ombra" ci sono anziani analfabeti lasciati a se stessi e che si trovano un po' alla volta coinvolti in una dinamica di esclusione, se non di un esilio interiore.

Dall'incrocio di questi parametri emerge una marginalità degli immigrati anziani che viene a fondersi con quella dei «vecchi» deprivati, il cui avanzare dell'età non fa che avvicinare al rischio di esclusione e di perdita dell'autonomia. Peraltro, questa marginalità degli immigrati anziani è paradossalmente rafforzata dal loro isolamento: individuale (pochi hanno la famiglia sul posto), ma anche collettivo nell'ambito del mondo del lavoro.

Sibony nella sua opera "Entre-deux: l'origine en partage" ci ricorda che «il fenomeno degli immigrati, la loro concreta presenza, sono da pensare come una prova della verità per tutti i soggetti coinvolti.»

Non è poco importante per un paese avere aree di immigrazione, tracce di viaggio iscritte nel tessuto sociale... Gli immigrati sono messi a confronto con la loro origine e con quello che essi vorrebbero diventare di diverso. Come stranieri con problemi in apparenza molto specifici, rivelano al paese d'arrivo i suoi punti di crisi latenti. La cultura che li accoglie potrebbe quasi ringraziarli in quanto la "risveglia", la mette alla prova ricordandole i suoi problemi identitari, gli enigmi della sua origine; la interroga sulla sua funzione culturale, sulle tappe interessanti da fare nel viaggio dall'origine in cui ciascuno, come può, si trova ad identificarsi.

"Trovare il proprio posto": la questione non è solamente quella del disoccupato, anche se si chiarisce più crudamente quando si manca di un proprio posto.

È la questione cedevole e violenta delle persone 'senza posti' di tutti i generi, di quelli che cercano il loro posto, che si interrogano su di esso quando si sentono "disinserite". I disoccupati, i "giovani", gli immigrati e tanti altri che conoscono il problema di "trovare il proprio posto" e che mantengono vivo questo problema che ciascuno trova nei punti di rottura o di mutamento della sua esistenza. Sarebbe un peccato non avere conosciuto questi momenti critici, momenti di spiazzamento, che impediscono di identificarsi con il posto in cui si è nati, o in cui si è stati.

Più complessivamente, si capirà che nelle età anziane tutto è estremamente sedimentato; inoltre, tra gli studiosi di gerontologia sociale è noto che in queste età le ine-

guaglianze sociali sono accresciute e aggravate. Le precarie condizioni abitative, di salute, della vita sociale e le limitazioni, se non l'impossibilità, ad accedere ai servizi esistenti, alle informazioni concernenti i diritti acquisiti, dovute all'analfabetismo o ad altri diversi motivi, si associano per opprimere la dignità della persona, e questi elementi contribuiscono, dunque, alla perdita dell'autonomia.

Gli immigrati anziani hanno una vita d'esilio alle loro spalle. Là, da dove sono venuti, non sono più presenti e qui essi non sono niente a dispetto dei loro sogni di integrazione e di riuscita sociale che essi hanno ridimensionato al servizio del paese di arrivo.

Tra questi due mondi, questi due spazi, questi due tempi, resta un cammino da percorrere nel paese di arrivo che, in fin dei conti, non è stato il 'regno' atteso, intravisto, sperato.

Pertanto, la società di arrivo, qualsiasi siano le sue difficoltà al momento, non deve dimenticare, con Albert Camus (1972), che "per gli esiliati, il regno è tra i più umili degli uomini, quando si è meritato di essere ammessi tra loro".

BIBLIOGRAFIA

Camus A. L'exil et le royaume. Gallimard, coll Folio, 1972.

Sibony D. Entre-deux: l'origine en partage, Paris, le Seuil, 1991.

BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

Argoud D, Pennec S, Le Borgne-Uguen F, Mantovani J, Pitaud P, Redonnet M. Les migrants âgés et les solidarités dans le cadre du maintien à domicile accés aux services. In Vieillir en France, Gunter Narr Tübingen, 29 janvier 2004; 116:70-8.

Dherbey B, Pitaud P. La dépendance des personnes âgées; des services aux personnes âgées aux gisements d'emploi. Toulouse, Ed. ERES, 1996.

Montandon A, Pitaud P. (a cura di), Vieillir en Exil. Presses universitaires Blaise Pascal 2006.

Pitaud P. (a cura di) Solitude et isolement des personnes âgées; l'environnement solidaire. Ed ERES -pratiques du champ social- Toulouse, 2004.

Pitaud P. Prévenir l'isolement des personnes âgées; voisiner au grand âge. Ed. Dunod, coll Action sociale, Paris, 2004.

Pitaud P. Older immigrants in France – a medical and a social approach of exclusion. In Generations Review – Journal of the British Society of Gerontology 2004; 14(3):20-2.

Pitaud P, Dherbey B, Lazreug D. Contribution à une réflexion sur la condition des immigrés âgés, Vieillir dans les villes de l'Europe du Sud. Toulouse, Ed. ERES, 1994.

La traduzione dal francese è stata curata dalla Professoressa Carla Facchini

Senza Susan la mia casa si ferma

Beatrice Orini

Insegnante e giornalista freelance

Badante. Un brutto neologismo, declinato soprattutto al femminile, che sembra suggerire un gradino un po' basso nella professione di cura. Ma la badante ha altro a cui badare, non certo alle sfumature linguistiche. Anche perché spesso la lingua - per la badante - più che uno strumento è un ostacolo. Sono infatti quasi tutte straniere le tante badanti richiamate qui dal rapido, crescente invecchiamento della nostra popolazione. In un'Italia sempre meno giovane, con famiglie affaccendate e talvolta frantumate, il carico di cura dell'anziano è un problema.

Le pasticche per il cuore, per la tosse e il raffreddore, niente dolci col diabete, le pantofole imbottite: non è facile per questi anziani che soffrono, ma che talvolta, ancora, si innamorano, come canta Simone Cristicchi nella canzone «L'ultimo valzer!». Un anziano signore è *parcheggiato* in una casa di riposo, tra bicchieri d'acqua in cui *galleggia il mio sorriso e aria che sa di mele cotte*. Ma ecco che *il cuore batte più forte nel petto saranno i bypass*. È un colpo di fulmine inatteso per un'altra ospite: *per fortuna una bellissima signora è proprio qui*. E allora, *già mi immagino quando la sposerò e faremo la lista di nozze in una farmacia... Mi conceda quest'ultimo valzer, signora Lucia*.

Al di là delle canzoni, la realtà è che l'offerta di strutture residenziali scarseggia e l'assistenza domiciliare è un bel sogno. Così, nelle famiglie prevale il fai da te: l'arrangiarsi come si può, finché si può. Poi ci si affida al mercato: la domanda d'aiuto è alta e l'offerta non manca. Manodopera privata, non specializzata, straniera.

Il decisivo apporto dei migranti anche nei servizi alle famiglie (dove gli stranieri sono il 67%) è sottolineato dal giornalista Vladimiro Polchi nel suo docu-fiction «Blacks Out 20 marzo, ore 00.01. Un giorno senza immigrati»: *In Italia, infatti, secondo l'Eures, almeno 300mila famiglie ricorrono quotidianamente all'aiuto di una colf o badante straniera. Ed è un dato prudenziale* (Polchi, 2010). Mescolando una parte romanzata a dati reali e aggiornati sull'immigrazione, l'autore immagina un giorno di sciopero degli immigrati e la relativa paralisi del paese. Una

paralisi che coinvolgerebbe molte famiglie italiane poiché, ricorda Polchi, *in Italia lavorano 774mila assistenti famigliari, di cui 700mila straniere. Secondo il Censis, una famiglia su dieci è badante-dipendente* (Polchi, 2010). Se non ci fossero dunque le badanti straniere, magari filippine, come nel libro? *Senza Susan la mia casa si ferma. Quell'equilibrio che permette a tutti di vivere una vita normale, frenetica per orari e impegni, cessa di esistere*.

Ma com'è l'esistere nella *terra straniera che è diventata casa* per queste donne che vengono, per esempio, dai paesi dell'Est? Cosa vuol dire per loro questo *temporaneo esilio*, che trova rifugio nel bisogno di chi è reso *fragile* dalla malattia o dall'età avanzata? Risponde un bel libretto bilingue uscito qualche anno fa: «Piccole ballate. Pensieri in forma poetica di donne ucraine». Raccoglie voci di migranti adulte, madri o anche nonne, spesso laureate o diplomate, ora *badanti*. Perché *la sfortuna ci ha spinto all'estero...* Chi arriva non sa la lingua e si sente *sordomuta come un pesce*, scrive Olha. Ma *non maledico, non piango, c'è un po' di bello e di triste in tutto questo, non vedo la malizia nelle intenzioni del destino che m'ha mandata così lontano*.

Frammenti di storie vere, testimonianze di un'aspra odissea, tra fatica e nostalgia, tra il peso del nuovo impegno e un senso di vuoto. *Qui il tempo si è fermato. Tu, vivi. Ma la vita non c'è. Anche se le labbra ridono, gli occhi sono tristi...* E il *come stiamo bene!* sono solo *parole per i figli lontani, per i famigliari*. I giorni sono duri, ma per fortuna ogni tanto è domenica. *Andiamo ai giardini, ci raccontiamo tutto, piangiamo un pochino...* Poi di sera *torniamo ai signori*. Da assistere, accudire. E spesso sono molto esigenti, questi signori, soprattutto se malati o depressi, irritati e sospettosi.

Se è vero che la disabilità cresce con l'età e la demenza è emergenza sociale, il rapporto col paziente richiede un'infinita pazienza. Tra chi cura e chi è curato - tra badante e badato - la relazione è di stretta vicinanza; una gabbia, a volte. Ma a volte no. Se nutrita da sensibilità e rispetto, può trasformarsi in comprensione (*Mi dispiace davvero/ vedere le ombre negli occhi di brava gente...*).

REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

E divenire affettuosa partecipazione, come scrive Maria: *La nonnina è sempre nel letto. ... Da sei anni i suoi piedi non camminano. Bisogna lavarla, / imboccarla e darle le medicine, / e dirle una parola di tenerezza. / Anche se è un'estranea per me, / mi rotolano lacrime abbondanti / quando vedo le sue sofferenze.*

Anche i famigliari vedono le pene e l'impegno. Si legge in «Blacks out» di Susan, badante filippina: *Susan è stata vicina a mio nonno per anni. Gli dormiva accanto quando lui è stato male e non l'ha lasciato mai solo, fino alla fine. Siamo rimasti ammirati dalla pazienza e dall'affetto che una persona estranea come lei ha dimostrato nella fase più difficile della malattia. Da allora Susan lavora a casa di mia madre e si prende cura di mia sorella Giulietta. Accudire questo scricciolo di 34 chili vuol dire assisterla in tutto: darle da mangiare, lavarla, vestirla, controllarla ogni momento, ma anche farla distrarre, coinvolgerla quotidianamente.*

Pensieri e gesti ricchi di umanità. Segno di un'arte del vivere - e del con/vivere - saggia e antica. Di un'intelligenza del cuore che le nuove professionalità di cura non dovrebbero dimenticare.

BIBLIOGRAFIA

Polchi V. Blacks Out 20 marzo, ore 00.01. Un giorno senza immigrati. Editori Laterza, 2010.

Vdovychenko O. (a cura di) Piccole ballate. Pensieri in forma poetica di donne ucraine, Brescia, Editrice La Rosa, 2003.

¹ Dall'album *Grand Hotel*, 2010.

40 ANNI DI ESPERIENZA nell'Educazione Continua in Medicina



Centro Italiano Congressi C.I.C.

Tra le prime agenzie ad operare in Italia, organizziamo da oltre quarant'anni eventi (congressi, corsi, simposi ed analoghe manifestazioni) di interesse medico-scientifico riconducibili al progetto "Educazione Continua in Medicina" - ECM.

Svolgiamo attività di progettazione, organizzazione ed erogazione di programmi di formazione professionale di medici ed operatori sanitari e scientifici sia a carattere residenziale sia telematico (FAD).

La capacità di soddisfazione dei servizi offerti, conformi alla normativa di settore, e quindi la loro Qualità, ottenuta attraverso un impegno costante in ogni sua fase di processi aziendali è la chiave del nostro successo.

Il patrimonio di eventi organizzati e l'impegno profuso in questi anni, nonché la costante crescita, è frutto del reale riconoscimento del valore dell'offerta dei servizi, ampia e qualitativa.

Ci dedichiamo ad ogni singolo progetto trasferendo i nostri storici valori di trasparenza, di etica professionale, e di concreto contributo alla pianificazione degli stessi per il raggiungimento di risultati visibili e misurabili.



TEOFARMA s.r.l.

Plactidil

300 mg

*picotamide
monoidrata*

