



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea
magistrale
in Lavoro, cittadinanza
sociale, interculturalità

Tesi di Laurea

**Le trasformazioni del
lavoro sociale
istituzionale rivolto alle
persone anziane.**

Riflessioni a partire da un'indagine
nel contesto del Comune di Padova.

Relatore

Ch.ma Prof.ssa Elisa Matutini

Correlatore

Ch.ma Prof.ssa Barbara Da Roit

Laureanda

Veronica Ferrato
Matricola 835106

Anno Accademico

2020/ 2021

Giunti a questo punto del mio cammino, vorrei spendere alcune parole per ringraziare le persone che hanno reso possibile conseguire questo traguardo nella mia carriera universitaria.

Grazie alla mia relatrice che sin dall'inizio mi ha spronata ad indagare ciò che per me era ignoto e mi ha permesso di padroneggiare nuove conoscenze.

Grazie a tutte le professioniste che hanno deciso di partecipare al mio lavoro di indagine, mettendosi in discussione e offrendo il loro bagaglio di conoscenze, trovando il tempo e le energie da dedicarmi nonostante l'enorme carico di lavoro che devono affrontare ogni giorno.

Grazie alla mia correlatrice che durante il lavoro di tirocinio ha saputo catturare la mia attenzione e la mia curiosità, offrendomi nuovi spunti conoscitivi.

Infine, ultima, ma non ultima, grazie alla mia famiglia, che anche nei momenti più critici di questa avventura hanno saputo sostenermi e incoraggiarmi ad affrontare le difficoltà e a raggiungere il mio obiettivo.

INDICE

Introduzione.....	5
Capitolo 1: Le condizioni sociosanitarie degli anziani in Italia.....	9
1.1 Servizio sociale e lavoro di cura istituzionale con gli anziani.....	11
1.1.2 L'invecchiamento della popolazione.....	14
1.1.3 Le trasformazioni della struttura familiare.....	16
1.1.4 Mercato del lavoro e donne.....	18
Capitolo 2: Anziani e bisogno di cura.....	20
2.1 Il lungo percorso verso l'assistenza sociale rivolta alle persone anziane.....	23
2.2 Sviluppo ed evoluzione del servizio sociale professionale: dagli anni '40 agli anni '70 del Novecento.....	27
2.3 Uno sguardo al mondo dell'Eca nel comune di Padova.....	33
2.3.1 Essere anziano e bisognoso ai tempi dell'Eca di Padova.....	35
Capitolo 3: Politiche pubbliche e bisogni degli anziani... ..	57
3.1 ...dalla seconda metà dell'800 alla fine degli anni '60 del Novecento.....	59
3.2 ...dalla fine degli anni '60 del Novecento agli anni 2000.....	62
3.2.1 La riforma dell'assistenza e del Titolo V della Costituzione.....	67
3.3 Il welfare state delle persone in età anziana.....	70
3.3.1 Alcune considerazioni sul Regionalismo italiano.....	75

Capitolo 4: Il servizio sociale tra gli anni '80 e 2000: tra contesto e professione.....	79
4.1 Lavoro di cura istituzionale e anziani.....	84
4.2 Presentazione del metodo: il focus group.....	91
4.2.1 La traccia dei focus.....	93
4.2.2 Le trasformazioni del lavoro di cura formale istituzionale.....	95
Riflessioni conclusive.....	110
Bibliografia.....	116
Sitografia.....	121

Introduzione

La pandemia Covid-19 è stata un fenomeno inaspettato e destabilizzante in tutto il mondo, ma in particolar modo, in Italia, ha contribuito a mettere in luce alcune criticità, soprattutto con riferimento al settore della salute pubblica. Secondo numerosi autori, molte di queste problematiche sono riconducibili, tra i diversi fattori strutturali, ad una gestione poco lungimirante del sistema welfaristico statale che ha determinato una serie di carenze nell'offrire risposte adeguate ai bisogni socio-sanitari della popolazione nazionale. Ciò, a sua volta, ha favorito la conseguente avanzata del settore privato quale strumento di supporto/sostituto di un welfare pubblico che non è stato in grado di assumersi la piena responsabilità del benessere bio- psico-sociale dei suoi cittadini. Questa situazione non riguarda un particolare ambito di intervento del sistema dei servizi e delle prestazioni socio-sanitarie, ma coinvolge ogni attività rivolta all'intero arco del ciclo di vita della persona. Proprio a questo proposito, a livello nazionale, uno degli ambiti che più hanno avuto risalto nel momento di crisi pandemica, anche grazie al contributo dei mass media, è stato quello relativo alla cura degli anziani, dei fragili tra i fragili, sia nel loro contesto di vita familiare sia in quello della cura istituzionale, cioè centri servizi, Rsa, hospice, unità di lungodegenza, etc. Tutto ciò ha in qualche modo spinto gli studiosi e i professionisti ad una ridefinizione delle modalità di erogazione della cura e ad una riflessione più ampia su come nel corso del tempo siano mutati gli interventi dei servizi nei confronti delle persone anziane. Una precisazione fondamentale che farà da discriminare lungo tutta la seguente trattazione, riguarda il concetto di persona anziana: l'assunto principale è che non esista una categoria omogenea che definisca chi è o non è anziano (Pantalone, 2021), ogni persona è unica e portatrice di bisogni individuali, che in qualche modo possono essere legati ad un fattore di età della vita, ma che non sono uguali per tutti. Come si vedrà di seguito, la vecchiaia non è una fase della vita rigida e definita, con un inizio e una fine determinati, ma, al contrario può contenere in sé una serie di ulteriori suddivisioni artificiali, che dimostrano come in realtà non sia scontata la semplificazione che si è portati a compiere (Pugliese, 2011). Per dovere di chiarezza, qui si è scelto di considerare l'età anziana a partire dall'età che convenzionalmente viene stabilita come il suo inizio, cioè i 65 anni, inoltre, siccome il processo dell'invecchiamento non ha necessariamente conseguenze negative sullo stato di salute, per cui si può parlare in quel caso di "invecchiamento di successo" (Pantalone, 2021), qui si farà riferimento agli anziani con bisogno di cura e assistenza per parziale o totale non autosufficienza. Lo scopo della seguente trattazione vuole essere, quindi, quello di fornire un ulteriore elemento di riflessione e valutazione sulla stessa pratica professionale all'interno del mondo dei servizi e delle amministrazioni locali, attraverso un'analisi dell'evoluzione del lavoro sociale istituzionale rivolto alle persone anziane, in Italia, a partire dal secondo dopoguerra, fino ad arrivare ai giorni nostri. Obiettivo principale di questa elaborazione teorica non è certo quella di ricostruire il percorso che il servizio sociale ha compiuto nel corso degli anni a seguito della sua istituzione in contesto italiano, sarebbe un lavoro troppo vasto, ma piuttosto ci si vuole focalizzare su di una duplice dimensione, ovvero attraverso lo studio dell'evoluzione delle politiche pubbliche in materia di assistenza alle persone anziane e l'evoluzione che il servizio sociale professionale ha compiuto nel suo "incastrarsi" e relazionarsi con la dimensione istituzionale, si andranno ad evidenziare tutta una serie di aspetti che caratterizzano la professione tutt'ora, con i suoi limiti e le sue potenzialità. Dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale, l'Italia versa in una condizione di distruzione, precarietà e miseria estrema, per cui le priorità stesse della neonata Repubblica e della sua Costituente sono indirizzate a svolgere azioni di sostegno, ricostruzione e contrasto alla povertà (Fargion, 2009.). Da ricordare che l'ente preposto all'erogazione di forme di sostegno per i più bisognosi, tra cui gli

anziani, che non costituivano una particolare tipologia di utenza, a partire dal 1945 e fino al 1977 è l'ECA (Ente Comunale di Assistenza). Per tutta la durata degli anni '50, la condizione della persona anziana bisognosa di assistenza non subisce alcuna modifica nell'ambito degli interventi del mondo politico, caratterizzato da una staticità destinata a perdurare sino alla fine degli anni '60 (Giorgi, Pavan, 2021). Verso la metà degli anni '60 l'ambito della cura verso le persone anziane diviene oggetto di attenzione e destinatario di un progressivo processo di specializzazione sanitaria, per cui le strutture per anziani già esistenti diventano degli istituti geriatrici e fanno la loro comparsa i primi centri residenziali. Gli anni '70 si rivelano di un'importanza notevole, poiché sono gli anni in cui viene data attuazione all'art.117 della Costituzione, con il trasferimento di una serie di importanti competenze dallo Stato alla Regione, tra cui la materia dei servizi socioassistenziali; si assiste ad un cambiamento del paradigma della cura, volto non più a concentrare la malattia e il bisogno in luoghi istituzionalizzati come l'ospedale, ma a riportare la cura in ambito territoriale, con la consapevolezza della necessità di mantenere la persona in stato di bisogno all'interno del suo contesto di vita. L'attuale sistema di protezione sociale delle persone anziane rappresentato principalmente dal sistema sanitario nazionale, a cui poi afferiscono anche altri servizi come l'assistenza domiciliare integrata, i centri diurni e le residenze sanitarie assistenziali si è va formando negli anni '80, a seguito della legge 833/1978 che istituisce il SSN (Servizio Sanitario Nazionale). Gli anni '80 vedono quindi una serie di interventi volti proprio a dare concretezza al nuovo principio della territorializzazione, anche se con notevoli difformità territoriali. Gli anni '90 sono i cosiddetti anni della "riforma della riforma", in cui vengono apportate una serie di modifiche al Sistema Sanitario Nazionale; per poi arrivare agli anni 2000 in cui ci hanno luogo le due principali innovazioni legislative in materia assistenziale, ovvero la legge 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione, che negli intenti avrebbero dovuto comportare una rivoluzione nel mondo dei servizi, ma che come si vedrà, di fatto, si è rivelata una

rivoluzione

incompiuta.

Con riferimento proprio alla cura istituzionale rivolta alle persone anziane, si è scelto di svolgere una ricerca empirica, all'interno dell'archivio di Padova, in cui è presente numeroso materiale proveniente dall'ormai estinto Eca; si è scelto quindi di analizzare la presa in carico di persone anziane a partire dagli anni '45 fino al 1975, al fine di cogliere quei cambiamenti che a partire dal livello centrale si sono poi ripercossi nei diversi enti assistenziali. Questa metodologia di indagine permette quindi di svolgere un'analisi adottando una prospettiva storica, che attraverso lo studio dei casi, consente di effettuare una ricostruzione delle modalità operative che caratterizzavano gli interventi istituzionali verso gli anziani, prima che questo divenisse appannaggio quasi esclusivo del servizio sociale. Al fine di ricostruire, invece, le dinamiche che hanno investito il lavoro sociale istituzionale negli ultimi vent'anni, si è scelto di avvalersi di una metodologia di indagine di tipo qualitativo, ovvero quella del focus group, al fine di effettuare una ricostruzione delle trasformazioni che lo hanno caratterizzato, a partire dall'esperienza sul campo di una ventina di assistenti sociali con esperienza ultra decennale, sia all'interno dei centri servizi che dell'ente comunale.

Con l'obiettivo di fornire un'accurata presentazione e un'indagine veramente esaustiva, questa trattazione si andrà strutturando nel seguente modo:

- il primo capitolo presenterà l'attuale scenario italiano in merito alla presenza anziana in Italia, partendo da una serie di dati statistici, si tenterà di ricostruire un quadro generico dello stato di salute e di chi siano le persone responsabili nel fornire assistenza; dopo questo preambolo, si passerà ad analizzare il perché la dimensione dell'età anziana costituisca un ambito di primaria importanza per il servizio sociale professionale;

- il secondo capitolo illustrerà lo sviluppo del concetto di cura verso la persona anziana a partire dalla fine dell'Ottocento, in Italia, sino ad arrivare agli '70 del Novecento; parallelamente verrà ripercorso in linea generale lo sviluppo del servizio sociale professione in Italia a partire dalla sua nascita, al termine del secondo conflitto mondiale, fino agli anni '70. Si passerà poi ad una disamina della realtà operativa dell'Eca di Padova, in cui sulla base dello studio effettuato su un campione significativo di casi, si procederà ad illustrare la modalità di funzionamento dell'assistenza pubblica verso la persona anziana in un arco temporale che va dal 1945 al 1975;
- il terzo capitolo, dopo aver fornito una breve delucidazione su cosa sia una politica pubblica, fornirà un excursus storico-politico delle politiche pubbliche rivolte alle persone anziane, partendo dalla fine dell'Ottocento, per poi focalizzarsi sulle riforme degli anni '70-'80-'90-2000. Verrà inoltre dedicato un particolare focus alle caratteristiche del sistema di servizi e prestazioni rivolti alle persone anziane, con un ulteriore approfondimento in merito al cosiddetto "regionalismo italiano";
- il quarto capitolo riprenderà la presentazione dello sviluppo del servizio sociale in Italia con particolare riferimento al periodo che va dagli anni '80 agli anni 2000, si continuerà poi ad analizzare le trasformazioni che la professione ha attraversato negli ultimi vent'anni, anche grazie ai contributi ottenuti attraverso un approccio di ricerca di tipo qualitativo, quale il focus group, che a partire dall'esperienza diretta di due gruppi di assistenti sociali del Nord-Est del Veneto consentirà di avere un riscontro sul campo.
- infine, ci sarà spazio per delle riflessioni conclusive volte a trarre delle considerazioni di linea generale sul servizio sociale in Italia, con particolare riferimento alla dimensione della cura istituzionale verso le persone anziane non autosufficienti.

Capitolo 1

Le condizioni socio-sanitarie degli anziani in Italia

Come già anticipato nella parte introduttiva, quando si parla di popolazione anziana, non si fa riferimento ad una compagine omogenea con dei tratti ben definiti e uguali per tutti, ma, piuttosto, ad un range di popolazione che comprende una moltitudine di individui che si differenziano notevolmente gli uni dagli altri e che a seconda dell'età specifica e di una serie di altre variabili tra cui: i fattori genetici, le risorse economiche, il grado di istruzione, le condizioni abitative, la presenza di una rete di sostegno, la salute fisica; posso trovarsi a vivere in condizioni più o meno favorevoli(Pantalone, 2021; Pregno, 2016).

Per non incorrere in salti logici è, quindi, necessario considerare l'età anziana come una delle età della vita, legata in un continuum al ciclo di vita, ma non è possibile stabilire in modo univoco il momento del suo inizio e quello della sua fine; nonostante ciò, la moderna letteratura occidentale tende a suddividere la popolazione anziana in tre classi di età: i giovani anziani, a partire dai 64 anni fino ai 74 anni, con peculiarità che richiamano l'età adulta; i vecchi vecchi, dai 75 anni agli 84 anni, in cui vi è una probabilità più alta di presentare disfunzioni organiche proprie dei processi biologici di invecchiamento; infine, i grandi anziani, dagli 85 anni e oltre i 100 anni, che tendono a presentare un peggioramento nelle funzioni biologiche legato al processo di invecchiamento, a cui si associano comorbilità complesse, polifarmacoterapie, forte dipendenza, alto rischio di ospedalizzazione, istituzionalizzazione e morte(Pantalone, 2021; Pugliese, 2011; Pregno, 2016).

Classificare e categorizzare sono due delle azioni che permettono alla mente umana di rapportarsi con la realtà esterna e di organizzarla dandole un senso, ovviamente si tratta di costruzioni artificiali che cambiano col mutare del tempo e del luogo in cui avvengono, sono storicamente collocate (Pugliese, 2011).

Questa breve premessa è funzionale ad indagare, anche se solo superficialmente, quale sia lo stato di salute e la condizione sociale vissuta da quelli che comunemente vengono definiti anziani; in questa trattazione a fare da discriminare non sarà semplicemente l'età della persona, ma il suo intrecciarsi con una condizione di vulnerabilità, fragilità o non autosufficienza.

Secondo le ultime indagini Istat, con riferimento all'anno 2019, in Italia sono presenti 7.058.755 anziani con oltre 75 anni di età(circa l'11,7% della popolazione totale), 4.330.074 anziani con oltre 80 anni di vita, 774.528 anziani con oltre 90 anni di età, 14.456 gli anziani con più di 100 anni di età e 1.112 i semi-super centenari, cioè chi ha compiuto almeno 105 anni; in relazione alla compresenza di più patologie, circa 7 milioni di ultrasessantacinquenni, presenta almeno tre patologie croniche(si parla di più di un anziano su due) e la situazione peggiora con l'aumentare dell'età.

Le patologie che più diffusamente interessano la popolazione anziana sono: artrosi, ipertensione, patologia lombare e cervicale, iperlipidemia, malattie cardiache e diabete; per quanto riguarda la salute mentale, la patologia più diffusa è la depressione associata all'ansietà cronica grave e inoltre, è molto frequente la presenza di disturbi ansiosi-depressivi con altre patologie croniche. In relazione alle patologie dementigene come demenza senile e Alzheimer, gli anziani con più di 65 anni di vita, affetti da esse, che vivono con la famiglia, sarebbero circa 600.000.

Circa 3 milioni e 860 mila anziani presentano gravi difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane di base, di cui 2 milioni e 833 mila hanno grave difficoltà a camminare, salire o scendere le scale senza ausili o l'aiuto di qualcuno, 1 milione e 874 mila presentano grave difficoltà nell'udito e nella vista e 1 milione e 113 mila hanno gravi difficoltà nella memoria o nella

concentrazione. La quota di anziani che vivono queste difficoltà aumenta progressivamente all'aumentare della loro età. Inoltre, circa 1 milione e 437 mila persone presentano gravi difficoltà nello svolgimento di almeno un delle attività di cura della persona, come fare il bagno, vestirsi, sdraiarsi, usare i servizi igienici e mangiare; tale limitazione dell'autonomia riguarda quasi un quinto degli anziani con più di 75 anni di età e più di un terzo degli ultra ottantacinquenni. I dati evidenziano come chi solitamente presenta difficoltà nello svolgimento delle attività di cura della persona, le viva anche in relazione allo svolgimento delle attività domestiche, soprattutto quelle più pesanti. Più di 4 milioni di anziani presentano difficoltà nello spostamento legate a motivi di salute o a limitazioni funzionali; tali difficoltà sono ancora più elevate tra gli anziani con limitazioni delle funzioni motorie, sensoriali e cognitive. Oltre la metà degli anziani con più di 75 anni vive a una distanza non superiore al chilometro dal figlio più vicino, il 20% vive assieme ad un figlio, l'8,9% non ha figli e lo 0.9% ha il figlio che vive all'estero. Un ulteriore dato attiene alla spesa sanitaria in relazione alla presenza di problemi di salute e alla perdita di autonomia, in quanto queste ultime concorrono ad un suo aumento, soprattutto dopo i 75 anni di età, in cui il ricorso a medici specialisti e a ricoveri ospedalieri tende ad essere superiore di 1.5 volte.

Infine, per quanto attiene al rapporto tra condizione economica e accesso ai servizi sanitari, è da segnalare come il 10,2% degli anziani abbia rinunciato ad almeno una prestazione sanitaria per motivi economici (Istat, 2020).

Un aspetto rilevante riguarda la disabilità, perché anche se comunemente alla vecchiaia si associa una salute malferma e un decadimento delle funzioni biologiche, non deve essere immediata l'associazione tra anzianità e disabilità, poiché se da un lato con il crescere dell'età quest'ultima riguarda una grossa fetta della popolazione(Da Roit, 2001); dall'altro lato, è vero anche che, grazie ad una maggiore attenzione delle persone anziane verso il loro stato di salute e ai progressi della medicina, l'incidenza della disabilità è andata via via diminuendo(Istat, 2020).

Un piccolo approfondimento deve essere destinato alla questione delle patologie dementigene, delle malattie croniche e della multimorbilità; in Italia, le persone affette da demenza sono circa 1 milione e rappresenta una delle principali cause di disabilità e conseguente dipendenza, impattando sulla qualità della vita del malato e di chi se ne prende cura, dato che al momento non è disponibile una cura, ma solo trattamenti atti a contenere i sintomi(Pantalone, 2021).

Per quanto riguarda le malattie croniche, esse costituiscono la principale causa di morte, comprendono una serie di patologie quali: ictus, cancro, cardiopatie, diabete, malattie respiratorie croniche, malattie mentali, disturbi muscolo- scheletrici, disturbi gastrointestinali, difetti della vista, difetti dell'udito e malattie genetiche; hanno un decorso tendenzialmente lungo e nel caso in cui si accompagnino a patologie degenerative si parla di multimorbilità (Ibidem). La loro incidenza sulla popolazione anziana tende ad essere pari a tre/quattro volte di più, rispetto alla media della popolazione (Pavolini, 2004).

Questa serie di dati empirici costituiscono la cornice entro cui collocare la cura delle persone anziane dove, in particolare, in un sistema welfaristico come quello italiano, che può essere definito di stampo familistico, i compiti di cura e accudimento tendono ad essere delegati per la quasi totalità alla famiglia, soprattutto alla donna; il perché di questa tendenza lo si vedrà di seguito, quando si affronterà l'evoluzione socio-politica del welfare italiano (Saraceno, 2021, Pugliese, 2011). Inoltre, la tendenza a preferire i trasferimenti monetari, rispetto all'erogazione di servizi, fa sì che le famiglie siano lasciate pressoché sole nella gestione della cura e dell'assistenza dell'anziano, spesso con grossi carichi assistenziali e limitate risorse per farvi fronte; le quali si trovano a dover scegliere tra il mantenimento dell'anziano nel suo contesto di vita o la sua istituzionalizzazione, senza possibilità di adottare misure veramente soddisfacenti e rispondenti ai reali bisogni della persona e anche della famiglia(Saraceno, 2021).

1.1 Servizio sociale e lavoro di cura istituzionale con gli anziani

Alla luce di questa situazione, in cui da un lato la componente della popolazione anziana sul totale rappresenta una quota che non può essere ignorata, e con essa tutti i bisogni di cui è portatrice, dato il numero rilevante di persone anziane e molto anziane (Da Roit, 2001); dall'altra, l'attuale sistema socio-assistenziale che sembra faticare nel trovare risposte efficaci a tutta una serie di bisogni complessi che sono emersi in maniera dirompente nel corso degli ultimi trent'anni, si rivela importante capire quale possa essere il ruolo che il servizio sociale professionale può svolgere in un contesto simile.

Il servizio sociale è quella disciplina che: “[...] si colloca all'interno di particolari contesti sociali ed è guidato da una specifica legislazione, da determinate politiche sociali, da pratiche culturali proprie di una determinata zona geografica e da quell'insieme di conoscenze professionali chiamato «sapere operativo» (Dominelli, 2015). Esso affonda le sue radici in un'etica del prendersi cura, che nell'attuale contesto caratterizzato da forti spinte neoliberiste e globalizzanti, viene messa duramente alla prova (Ibidem).

Prima di addentrarsi in questa rete ingarbugliata, è necessario partire da una domanda: perché la dimensione del lavoro di cura istituzionale verso le persone anziane è di fondamentale importanza per il servizio sociale? Per rispondere a questa domanda, è necessario riprendere la definizione di servizio sociale:

“Il servizio sociale è una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica che promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché la liberazione delle persone. Principi di giustizia sociale, diritti umani, responsabilità collettiva e rispetto delle diversità sono fondamentali per il servizio sociale. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali, umanistiche e dai saperi indigeni, il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere” (traduzione in italiano dall'inglese “Global definition of Social Work” anno 2014).

Storicamente, il lavoro sociale istituzionale con gli anziani rappresenta un ambito per così dire “tradizionale” del suo operato, nel senso che proprio per il suo mandato professionale, da sempre è stato appannaggio del sapere tecnico e professionale dell'assistente sociale, il quale era ed è chiamato ad intervenire qualora le condizioni dell'anziano divengano insostenibili per sé stesso e molto spesso, per la famiglia che ne ha in capo la cura e l'assistenza (Pantalone, 2021).

L'assistente sociale in quanto professionista dell'aiuto, possiede le conoscenze teoriche e l'esperienza che gli consentono di approcciarsi alla complessità sociale, adottando una serie di metodologie operative e di strumenti funzionali a cogliere e dare una risposta al bisogno che gli si presenta; in relazione a ciò, la peculiarità che caratterizza il servizio sociale professionale è l'approccio trifocale o tridimensionale, ovvero il mantenimento del fuoco dell'attenzione contemporaneamente su famiglia/individuo, comunità e istituzione (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Per quanto riguarda l'essere promotore di cambiamento, si intende proprio la funzione promozionale appartenente al servizio sociale, in quanto accompagnatore e facilitatore dei processi di cambiamento, tanto a livello individuale che familiare che comunitario e istituzionale e di punto di raccordo fra problematiche, bisogni e risorse, sempre mantenendo un'ottica trifocale, che rimandi

ad ognuna delle dimensioni sopra citate (Ibidem).

La promozione del benessere della persona rappresenta il fine ultimo del servizio sociale, anche se in anni recenti si è parlato più spesso di “migliore qualità della vita possibile” e tutto ciò, lo si può ottenere coinvolgendo in maniera attiva la persona portatrice di quel bisogno e il suo contesto familiare e relazionale, che più direttamente ne sono coinvolti, nella costruzione di una strategia di fronteggiamento condivisa, (Pregno, 2016).

Il principio che guida o che dovrebbe guidare l’operato dell’assistente sociale è quello della “centralità della persona”, in quanto portatore e potenziale risolutore del suo stato di bisogno, il quale deve essere al centro di una presa in carico di tipo olistico, che vada a considerare la globalità della persona, non identificandola con lo stato di bisogno e tenendo sempre presente il principio della giustizia sociale, che deve guidare l’operato del professionista, al fine di rimuovere o almeno limitare le disuguaglianze sociali e sanitarie che l’anziano può incontrare(Neve, 2008).

Una comunicazione chiara, che permetta alle persone di avere accesso ad una serie di informazioni importanti per orientare le proprie scelte, è un elemento chiave per portare a compimento un intervento di aiuto in un’ottica di tipo promozionale; infine, la possibilità di svolgere azioni di tipo preventivo e progettuale costituisce una componente fondamentale della professionalità dell’assistente sociale(Dal Pra Ponticelli, 2010).

Questo quadro teorico di stampo generale, vuole fornire una prima indicazione sul perché il servizio sociale si occupi e che ruolo abbia nello svolgimento del lavoro di cura istituzionale con le persone anziane; tutto ciò, però, viene ad impattare con una serie di fattori trasformativi di tipo strutturale, che costituiscono una vera e propria sfida per il servizio sociale, costringendolo a modificarsi per cogliere la complessità che lo circonda. Si potrebbe dire che di fronte a bisogni complessi, siano necessarie risposte “complesse”, nel senso che esse devono essere qualitativamente diversificate, dal momento che i primi sono il risultato di una combinazione di più fattori non risolvibili con un approccio sul singolo aspetto, senza collegarlo al contesto (Da Roit, 2001).

Il servizio sociale viene allora chiamato in causa quale esperto dell’integrazione tra sociale e sanitario, dal momento che una società che invecchia, caratterizzata da bisogni complessi, richiede una presa in carico di tipo olistico, in cui i due settori sopra citati vengono ad incrociarsi e a sfumare i loro confini; è anche, necessario, a fronte di questa complessità del bisogno, contrastare la tendenza alla standardizzazione delle risposte, sfruttando quel carattere creativo proprio della professione, in grado di cogliere le possibilità insite nelle reti formali e informali, favorendo la partecipazione diretta della comunità e delle singole persone che ne fanno parte, al giorno d’oggi caratterizzate da una scarsa relazionalità e reciprocità tale da sfociare in un atteggiamento di chiusura verso un impegno solidale(Pantalone, 2021; Dal Pra Ponticelli, 2010).

Il ruolo promozionale rivolto alla comunità si rivela fondamentale in un momento in cui le risorse disponibili, materiali e sociali, scarseggiano e può configurarsi come un’essenziale appoggio per le famiglie in difficoltà nella gestione dell’anziano; inoltre, è molto importante ricordare la cosiddetta regola “dell’anello debole”, cioè il fatto che il fenomeno dell’invecchiamento della popolazione riguarda ogni persona, perché è parte integrante del ciclo di vita e per questo, la forza di una comunità sta proprio nel fatto di riuscire ad aver cura delle persone più fragili(Ibidem).

L’assistente sociale diventa allora una figura centrale nella gestione della complessità assistenziale, ma allo stesso tempo, quale promotore e attivatore delle reti relazionali e di azioni di advocacy sia delle persone fragili, che della stessa comunità; soprattutto in un momento in cui le reti familiari e sociali, che nel passato costituivano la rete di solidarietà di base delle realtà locali, hanno subito un forte allentamento, (Ibid; Dal Pra Ponticelli, 2010). Egli rappresenta, dunque, il punto di incontro tra persone, gruppi e comunità che si trovano in una situazione di disagio, proprio perché il servizio sociale è una professione di aiuto volta a promuovere le capacità di coping, empowerment e

fronteggiamento delle persone, attraverso un'azione volta a favorire maggiore consapevolezza circa la propria situazione; ad attivare un sistema di aiuto, creando un raccordo tra bisogni e risorse e a progettare e organizzare le risorse istituzionali o di privato sociale che siano attinenti ed efficaci rispetto ai bisogni complessi(Dal Pra Ponticelli, 2010).

L'interesse verso la questione dell'età anziana e delle sue possibili problematiche è strettamente collegato ad una serie di trasformazioni che si sono verificate nel corso degli anni, che hanno inciso in maniera determinante sulle modalità di prestazione di cura verso gli anziani, portando ad una ridefinizione dello stesso sistema sociale e rendendola una questione di rilevanza sociale notevole; queste sono: l'invecchiamento della popolazione, il cambiamento della struttura familiare e i cambiamenti del mercato del lavoro, con particolare riferimento alla sua componente femminile; di seguito per ognuno di essi, verrà dedicato un apposito paragrafo.

1.1.2 L'invecchiamento della popolazione

La popolazione italiana totale conta circa 59 milioni e 55 mila persone, di queste circa 14 milioni sono persone anziane over 65 anni, la cui metà superano i 75 anni età (Eurostat, 2020).

Tra i Paesi dell'Unione Europea, l'Italia si colloca al secondo posto per percentuale di popolazione over 65 e al primo posto per indice di dipendenza delle persone anziane (Pantalone, 2021).

Questi dati permettono di capire come l'andamento demografico che sta vivendo l'Italia, si segnali per essere caratterizzato da un forte invecchiamento della popolazione, che ha subito una vera e propria impennata nel corso degli ultimi decenni; basti pensare che già a partire dalla seconda metà degli anni '80, l'Italia si avviava ad essere il Paese europeo con una popolazione anziana superiore a quella degli altri Paesi (Pugliese, 2011). Tale fenomeno è dovuto da un lato dalla riduzione del tasso di fecondità e quindi, alla riduzione del numero di nascite, dall'altro all'allungamento della vita media (Dal Pra Ponticelli, 2010); la diminuzione del tasso di fecondità fa sì che il peso delle classi di età giovanili si riduca, con un relativo aumento del peso di quelle più anziane (Pugliese, 2011).

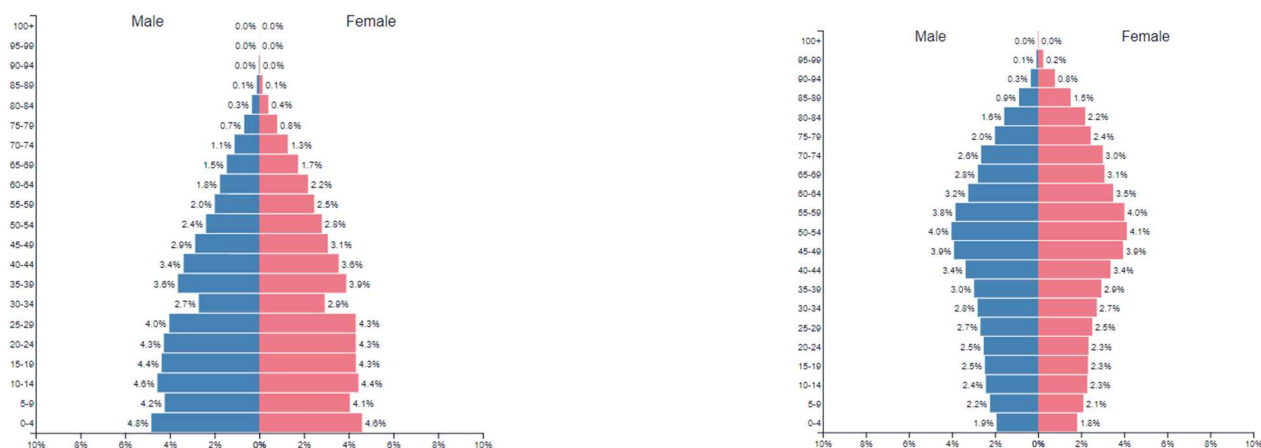
Per quanto riguarda l'allungamento dell'età media di vita, che attualmente è di 83 anni, essa è stata resa possibile essenzialmente grazie all'eliminazione o alla riduzione delle cause di morte precoce, malattie e infortuni (Ibidem; Pantalone, 2021); a sua volta ciò è legato ad alcuni fattori attinenti ad un maggiore benessere socioeconomico e ad un efficace azione di prevenzione, come ad esempio: un avanzamento qualitativo delle condizioni di vita dovuto alla disponibilità di maggiori risorse per le famiglie, che hanno permesso di modificare l'ambito dei consumi e in particolare la dieta, si è assistito infatti alla diminuzione del consumo di prodotti considerati "poveri" e si è diffusa un'alimentazione ricca e variata (soprattutto a partire dagli anni '70 del Novecento); il progresso avvenuto in ambito igienico-sanitario, che si è accompagnato alla scomparsa delle epidemie e lo sviluppo della ricerca in campo medico-scientifico (Pregno, 2016).

La vita media subisce un allungamento e questo significa la presenza di un maggior numero di anziani, ma anche dei cosiddetti "grandi anziani, la cui incidenza sulla popolazione totale, almeno fino alla Seconda Guerra Mondiale, era assai ridotta, subendo da quel momento in poi un progressivo aumento; il calo delle nascite, invece, dovuto principalmente alla conquista di poter controllare le nascite attraverso i metodi contraccettivi inizia la sua parabola discendente a partire dalla metà degli anni '60, in modo alquanto rapido, almeno fino alla seconda metà degli anni '80, per poi riprendere in modo più graduale (Pugliese, 2011). Quando si parla di tasso di fecondità, si fa riferimento al numero medio di figli che ogni donna può avere in età feconda, cioè tra i 15 e i 49 anni di vita, esso rende possibile il fatto che una popolazione si riproduca conservando la sua struttura, quando raggiunge un valore di 2.1 figli per donna; attualmente il tasso di fecondità in Italia si attesta a 1.29 figli per donna, molto al di sotto della cosiddetta soglia di sostituzione (Pantalone, 2021).

Quando si è analizzato lo stato di salute delle persone in età anziana, si è potuto notare che se da un lato vi è stata una compressione della morbilità, ciò non si può dire dell'indice di dipendenza, che mostra numeri in aumento, ma soprattutto, come la condizione di dipendenza dal punto di vista qualitativo sta peggiorando; al crescere dell'età aumenta esponenzialmente il rischio di comparsa di problematiche di cura e assistenza nella vita quotidiana (Kazepov, Barberis, 2013).

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione si caratterizza, in particolare, per un'accelerazione del tasso di crescita nella fascia di età in cui si concentrano in via maggioritaria i problemi di cura e assistenza sopra menzionati, ovvero quella delle persone ultraottantenni (Ibidem).

Solitamente, al fine di studiare la composizione e la distribuzione della popolazione italiana per fasce di età, si utilizza la cosiddetta “piramide delle età”, qui di seguito le piramidi di età relative all’Italia per il periodo 1950-2021:



Fonte: <https://www.populationpyramid.net>.

La piramide a sinistra rappresenta la situazione dell’Italia nel 1950, mentre quella di destra la situazione relativa all’anno 2021; la forma a sinistra chiaramente ricorda quella di una piramide, mentre riguardo a quella di destra, non si può parlare di piramide, ma più di forma ad albero di Natale. Mentre nella piramide riferita al 1950, le coorti più giovani sono più numerose di quelle più anziane, in quella riferita al 2021 si assiste ad una specie di rovesciamento, con una riduzione delle coorti più giovani e un ampliamento di quelle più anziane (Ibid).

In precedenza si è fatto riferimento all’indice di dipendenza, affermando che l’Italia detiene il primato in Europa, ma cosa significa concretamente? Significa che il rapporto tra numero di persone anziane, cioè con più di 65 anni di età, ogni cento persone in età da lavoro, cioè tra i 20 e i 64 anni, dice che questo valore è pari a 35.7, quindi ogni dieci persone in età da lavoro sono presenti tre anziani (Istat, 2020).

Nonostante l’ondata di morte che la pandemia ha riversato sulla popolazione anziana, le stime indicano chiaramente che ciò non ha influito o influirà minimamente sul progressivo processo di invecchiamento della popolazione, che è destinato a continuare in modo imperterrito; infatti, per l’anno 2030 le previsioni dicono che le persone anziane saranno almeno un quarto della popolazione totale e nel 2050 saranno circa un terzo (Pantalone, 2021).

Infine, merita menzione il risultato di alcuni studi recenti, che dimostrano come il fatto di vivere più a lungo non implichi necessariamente di farlo in buona salute, anzi, è il contrario, poiché il processo di allungamento dell’aspettativa di vita si accompagnerebbe ad un cattivo stato di salute; inoltre, a causa della sempre più precoce comparsa delle malattie croniche, si verrebbe a ridurre anche il numero di anni vissuti in buona salute (Pantalone, 2021).

1.1.3 Le trasformazioni della struttura familiare

La famiglia tradizionalmente è considerata, in Italia, la principale risorsa a cui attingere per soddisfare i bisogni di accudimento e cura, tanto dei figli che degli anziani; proprio per questo si parla per il caso italiano di welfare familistico, per sottolineare la funzione di cura e accudimento che di fatto è stata delegata quasi interamente ad essa (Da Roit, 2001; Saraceno, 2021).

Un elemento peculiare di questo sistema di gestione di tipo familistico è dato dal fatto che vi è una diseguale distribuzione dei compiti di cura all'interno della coppia, che nel concreto vengono svolti soprattutto dalla donna, la quale si trova a doversi fare carico della gestione della cura e dell'assistenza dell'anziano, molto spesso con difficoltà di conciliazione con le sue altre attività di vita (Da Roit, 2001). Anche nelle coppie anziane, emerge in modo netto come la donna si assuma quasi totalmente la funzione di caregiver, ovvero di colui o colei che fornisce cura, nei confronti del proprio compagno (Ibidem).

Ad un primo sguardo potrebbe sembrare che la famiglia sia una struttura stabile e definita nel tempo e nello spazio, che non muta al variare degli eventi, in realtà, non è proprio così; infatti, la struttura familiare attuale è molto diversa da quella che caratterizzava lo scenario sociale agli albori della nascita del welfare state italiano, in cui vi era una chiara e netta divisione dei ruoli e stabilità del legame matrimoniale (Saraceno, 2021). Agli occhi dei fautori delle prime politiche socio-assistenziali, la famiglia era vista come un attore di primo piano a cui di fatto delegare quelle problematiche che fino a quel momento avevano sempre ignorato, in primo luogo la cura delle persone anziane; ciò, perché la famiglia viene rappresentata come un'istituzione stabile, in cui la coppia, costituita dall'uomo lavoratore impiegato fuori casa e procacciatore di reddito (modello male-breadwinner) e la donna a cui "spetta" la gestione del lavoro domestico e di cura, sono uniti dal vincolo matrimoniale, per tutta la vita, presentano una situazione reddituale solida, hanno più di due figli e molto spesso coabitano con altri familiari, molto spesso i genitori o i fratelli a loro volta sposati (Ibid). Il modello familiare è allora un nucleo allargato, al cui interno i bisogni di cura e assistenza trovano soddisfazione ad opera della componente femminile, solitamente figlie o nuore (Pugliese, 2011).

La famiglia è un soggetto vivo, che evolve e cambia struttura, adeguandosi ai cambiamenti socio-economici che la circondano; è necessario, allora, analizzare le due principali transizioni demografiche che hanno cambiato il modo di fare famiglia a partire dal Secondo Dopoguerra ad oggi.

Tra gli anni '60 e '70 si è assistito ad un allungamento dell'età media di vita, al mantenimento pressoché costante del tasso di fecondità e a una forte messa in discussione dei ruoli sociali di genere; a partire dagli anni '80, invece, il tasso di fecondità ha progressivamente iniziato a diminuire e la stessa tradizionale suddivisione del ciclo di vita della famiglia viene a modificarsi, con la posticipazione del matrimonio e del primo figlio, la riduzione del numero di matrimoni, la diffusione di nuovi modi di essere coppia, la crescita delle separazioni/divorzi e di coppie senza figli (Pantalone, 2021).

Si può parlare di una sorta di semplificazione della struttura familiare, per cui accanto ad un aumento del numero di famiglie, si riduce il numero dei suoi componenti e allo stesso tempo, a causa del processo di invecchiamento della popolazione aumentano le famiglie con almeno un anziano tra i componenti; in relazione a quest'ultimo dato, si possono individuare tre forme di famiglia: la famiglia dell'anziano che vive da solo; la famiglia formata da soli anziani, in cui cioè vivono componenti con più di 65 anni, per la maggior parte senza figli e per la metà dei casi uno dei due componenti ha almeno 75 anni di età e la famiglia dell'anziano che coabita con persone più giovani, siano essi figli o nipoti (Ibidem). In quest'ultimo caso, qualche dato può essere utile: in una

famiglia su tre sono presenti i genitori, di cui uno anziano, con i figli; in una famiglia su cinque, nella coppia uno dei due ha più di 65 anni e non hanno figli; una famiglia su cinque vede la persona anziana vivere con un altro nucleo familiare; una famiglia su cinque vede la presenza di un solo genitore, solitamente la madre, con figli e indipendentemente dalla casistica soprariportata, l'anziano non rappresenta quasi mai un peso economico, ma anzi si configura come risorsa atta ad integrare il reddito familiare(Ibid).

Una delle principali trasformazioni che ha vissuto la struttura familiare, riguarda la riduzione delle sue dimensioni, ossia del numero dei suoi componenti, infatti sono molto diffuse le famiglie piccole, unipersonali, di soli anziani o di un solo anziano; la principale spiegazione di questo fenomeno è fornita dal fatto che il tasso di fecondità si è ridotto drasticamente, ma oltre a ciò un altro fattore è costituito dalla fluidità dei legami affettivi, che possono disfarsi e ricomporsi con rapidità(Da Roit, 2001; Pugliese, 2011). Se da un lato, però, le famiglie fanno meno figli, questi tendono a rimanere più a lungo nel nucleo familiare, tardando l'inizio del proprio ciclo di vita familiare, che poi dovrebbe andare a supportare quello dei genitori anziani (Ibidem).

Si è visto, quindi, che le dimensioni delle famiglie si sono ridimensionate, in media sono presenti 2.5 persone per nucleo, ma allo stesso tempo crescono le famiglie formate da persone sole; il passaggio che ha attraversato la famiglia da una struttura di tipo allargato ad una di tipo nucleare, ha prodotto notevoli conseguenze per quanto riguarda la gestione della cura e dell'assistenza della persona anziana (Dal Pra Ponticelli, 2010). Inoltre, per dovere di completezza, vanno ricordati alcuni dei nuovi modi di fare famiglia nella società attuale, in base ai suoi componenti: la famiglia monoparentale, in cui è presente un solo componente, soprattutto la donna, con o senza figli; la famiglia ricostruita, in cui i componenti provengono da una precedente relazione con formazione di nucleo familiare con figli; la coppia di fatto, in cui i componenti non sono legati da vincoli legali; la coppia mista, in cui uno o entrambi i componenti hanno diversa nazionalità e infine, la famiglia con figli con più di trent'anni con un impiego, ma celibi o nubili(Ibidem; Campanini, 2020).

In un quadro come quello sopra rappresentato, dominato dalla crescente instabilità e dalla difficoltà di funzionamento della famiglia, diventa chiaro che nel momento in cui la persona anziana inizia ad avere delle limitazioni funzionali che comportano la parziale o totale perdita di autonomia, la rete familiare che viene chiamata ad essere una risorsa, riveste un ruolo fondamentale, ma alla luce delle trasformazioni che ha vissuto e sta vivendo, essa presenta delle notevoli criticità nell'assunzione di responsabilità del carico assistenziale, pertanto il ricorso ad un attore esterno a cui delegare ciò, diventa l'unica alternativa(Pavolini, 2004; Da Roit, 2001).

Strettamente connesso all'evoluzione della struttura familiare vi è il mercato del lavoro e le trasformazioni che lo hanno investito, soprattutto per quanto riguarda l'entrata in massa delle donne, quali soggetti che concorrono alla produzione di reddito all'esterno del nucleo familiare; ciò inevitabilmente significa avere una quota di risorse di cura informale ridotta all'interno della famiglia, che nel lungo periodo dimostrerà come essa non potrà più essere considerata la principale erogatrice di cura, ma solo una delle tante e in modo parziale(Da Roit, 2001).

Ben esplicativo in quest'ottica è l'analisi svolta da Emmanuele Pavolini (2004), il quale afferma che:

“La minore capacità familiare d'intervento nel caso di bisogni di cura, fra cui quindi anche la non autosufficienza, risente infine della crescente presenza femminile sul mercato del lavoro, visto che le donne hanno rappresentato tradizionalmente la figura cardine nei sistemi di welfare mediterranei, basati appunto su

una divisione del lavoro familiare con l'uomo impegnato nel mercato del lavoro e la donna nelle funzioni di riproduzione sociale all'interno della famiglia”.

1.1.4 Mercato del lavoro e donne

Nel precedente paragrafo si è fatto riferimento al fenomeno di ingresso in massa delle donne nel mercato del lavoro, quale fattore destabilizzante del tradizionale sistema di cura informale prestata alle persone anziane; in quanto la quota di donne impiegate nel mondo del lavoro costituiscono una fetta di risorse non disponibili per soddisfare i bisogni di accudimento legati all'età anziana (Saraceno, 2021). Tale mutamento ha contribuito a determinare uno sconvolgimento nei ruoli socialmente attribuiti al genere maschile e femminile, che fino a quel momento si basavano su di una rigida divisione degli ambiti di competenza: gli uomini dovevano essere occupati fuori casa, con un ruolo di capofamiglia che implicava il diritto di veto su ogni decisione che riguardava i componenti del nucleo familiare e la donna, invece, doveva essere responsabile della casa, del lavoro domestico e della soddisfazione dei bisogni di cura e di riproduzione sociale dei suoi componenti (Ruspini, 2009).

Un modello di organizzazione sociale e familiare così impostato, può essere definito modello male breadwinner, ovvero in cui l'uomo è il soggetto occupato a procacciare il reddito per il sostentamento materiale della famiglia e la donna è confinata nell'area della gestione domestica del nucleo familiare, a cui si ricollegano i bisogni di accudimento e cura (Saraceno, 2021; W. Connell, 2011).

Stabilire determinati ruoli sociali, in relazione al sesso biologico di appartenenza nel corso della storia ha portato continua linfa alla perpetuazione di una società di stampo patriarcale, in cui, a seconda del momento storico, la condizione di subalternità della donna rispetto all'uomo e alla sua posizione di pater familias, è stata più o meno evidente (Donà, 2007). L'assunto di base su cui si è sempre retta la delega totale dei compiti di cura e accudimento verso le donne è quello secondo cui le donne sarebbero naturalmente predisposte ad essere prestatrici di cura, per la loro indole docile, dolce e gentile (W. Connell, 2011). Il fatto di dover gestire la cura delle coorti più giovani e di quelle più anziane, non ha escluso il fatto che le donne potessero essere impiegate, ad esempio, nel lavoro agricolo, nel lavoro a domicilio o domestico, ma questi sono stati dei fenomeni che non costituivano la regola, ma piuttosto l'eccezione (Pugliese, 2011).

La stessa storia moderna italiana porta con sé una pagina che della propaganda a sostegno della famiglia e della maternità ha fatto vanto, si parla del Ventennio Fascista, durante il quale l'esaltazione della famiglia e della natalità erano considerati la base per rendere grande e forte lo stato fascista; il fatto è che, allo stesso tempo, se la figura della donna era al centro dell'attenzione, veniva comunque ribadito che “la donna è la regina della casa”, identificando il suo ruolo sociale con quello di una fattrice (Gentile, 2005).

Ci si potrebbe dilungare ulteriormente su quanto e in quale misura certi stereotipi di genere sopravvivano ancora oggi e si siano sviluppati nel tempo, ma non è questa la sede; questo riferimento storico è, però, funzionale a spiegare quale sia la situazione socio-familiare in cui viene a collocarsi la donna, alla fine della Seconda Guerra Mondiale, allorché lo Stato neocostituito fu chiamato ad occuparsi di problematiche di rilevanza sociale.

Così come la società non è fissa e immutabile, non lo sono nemmeno i ruoli socialmente determinati, infatti, a partire dalla fine degli anni '60 inizia una progressiva modificazione nella

componente di forza lavoro che fa il suo ingresso nel mercato del lavoro; si registra, infatti, un aumento dell'occupazione femminile nel settore dei servizi e dei sistemi educativi e sanitari (Pugliese, 2011).

Gli stessi movimenti femministi, di emancipazione e liberazione della donna, la incoraggiano ad essere economicamente indipendente e a rivendicare eguali condizioni lavorative al pari della controparte maschile (Ruspini, 2009).

Fino agli inizi degli anni '70, la condizione di casalinga è quella più diffusa tra la componente femminile, indipendentemente dal ceto di appartenenza, riguardando tanto le donne del ceto borghese quanto quello popolare (Pugliese, 2011); è solo a partire dalla metà degli anni '70, che le donne fanno il loro ingresso in massa nel mercato del lavoro, dando inizio ad un fenomeno che è andato via via aumentando le proprie dimensioni (Ibidem).

Nonostante gli auspici delle femministe, che vedevano nell'occupazione femminile una possibile via di liberazione della donna, in realtà quest'ultima è rimasta intrappolata tra il bisogno e la volontà di lavorare e il bisogno di cura delle generazioni più anziane (e più giovani); la condizione della donna, allora, a partire da quel momento si caratterizza per una doppia presenza, da una parte nel mercato del lavoro e dall'altra nel lavoro di cura, ma con risorse sempre più residuali per adempiere a quest'ultimo (Pugliese, 2011).

Da alcuni anni a questa parte, viene spesso utilizzata l'espressione "generazione sandwich", per indicare: "l'insieme degli individui adulti che, sia rispetto alle età che nell'ottica dei rapporti tra le generazioni, si trovano "in mezzo" tra la generazione dei *giovani* e quella degli *anziani*" (Ingenere, 2022). Ovviamente tale definizione non è neutra rispetto al genere, proprio perché, come si è detto, le principali prestatrici di cura sono le donne, ma essa rende molto bene come loro siano letteralmente schiacciate tra bisogni molto differenti tra loro (Ibidem; Campanini, 2020).

E' importante sottolineare, però, come oltre ai bisogni di cura dei più piccoli e dei più anziani, ci siano anche quelli della stessa prestatrice di cura, che molto spesso è una lavoratrice, che nell'attuale scenario socioeconomico vede la sua posizione sempre più precaria, dal momento che sconta una serie di disuguaglianze strutturali che coinvolgono anche il mondo del lavoro, tra cui carriere lavorative atipiche, carriere discontinue che permettono un pensionamento più tardivo, difficoltà di conciliazione tra tempo di cura e lavoro e differente trattamento economico (Donà, 2007).

Questa panoramica generale, rende chiaramente l'idea di come l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro abbia modificato anche la stessa struttura di famiglia, in cui i ruoli non possono più essere automaticamente predeterminati, rendendo ancora più precaria la funzione ammortizzatrice che la famiglia può svolgere rispetto al lavoro di cura verso le persone anziane (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Il numero sempre maggiore di donne impiegate a tempo pieno o part-time fuori casa, di fatto riduce la presenza di quella componente femminile tradizionalmente adibita allo svolgimento delle mansioni di cura; a ciò, si aggiunge un altro aspetto che va a complicare le cose, ovvero la mobilità del lavoro, per cui anche se le donne occupate volessero occuparsi della persona anziana, si vengono a trovare nella condizione di non poterlo fare perché abitano troppo lontano (Dominelli, 2015).

Finora si è parlato di riduzione della disponibilità di risorse femminili, ma non di cessazione, perché è doveroso fare una distinzione tra coloro le quali prestano cura a tempo pieno e chi lo fa a tempo parziale; infatti, nel caso in cui l'assistenza prestata si svolga in un arco di tempo giornaliero limitato a poche ore, l'occupazione nel mercato del lavoro non va ad influire in modo significativo sulla quantità e la qualità dell'azione svolta (Ascoli, 2011). Mentre, se la persona assistita richiede un'azione a tempo pieno, continuativa, l'occupazione lavorativa diviene inconciliabile con essa,

rendendo necessaria l'adozione di altre strategie come l'utilizzo di servizi domiciliari o l'istituzionalizzazione (Ibidem).

Capitolo 2

Anziani e bisogno di cura

L'autonomia e la capacità di autodeterminarsi sono due dei fattori che consentono alla persona di vivere con dignità e di vivere una vita che valga la pena di essere vissuta; se un uomo o una donna sono privati di ciò, può essere davvero difficile trovare un senso al proprio agire, a prescindere dal momento del ciclo di vita in cui ciò avviene.

Quando si pensa alla vecchiaia, il senso comune abbraccia una visione che si potrebbe definire "pessimistica", nel senso che viene vista come un momento in cui si perde qualcosa in termini di funzioni organiche, mentali e motorie; il che può anche essere vero, perché come si è argomentato precedentemente, l'avanzamento dell'età comporta necessariamente la riduzione di alcune funzionalità, ma non in modo uguale e negli stessi tempi per tutti.

La società attuale è una società che non perdona chi non può sostenere certi standard nelle prestazioni, facendo della giovinezza, quasi, un culto, come se fosse l'età dell'oro, prima del decadimento; Dominelli (2015) afferma che questa visione spietata della vecchiaia come fase della vita di decadimento si è affermata a partire dal XIX secolo, collocandola con la nascita della società industriale, in cui il valore di una persona veniva definito sulla base della sua capacità di produrre; infatti, tra la seconda metà dell'800 e l'inizio del '900, inizia ad affermarsi una nuova branca della scienza medica, ovvero la geriatria, che punta l'attenzione sulla dimensione fisica dell'anziano, andando ad enfatizzare quella visione negativa di decadimento e degrado del corpo, che in una società in pieno sviluppo industriale è lo strumento indispensabile con cui poter lavorare e sopravvivere (Pugliese, 2011).

La crisi pandemica è stata una specie di shock che ci ha costretti a ricordare i milioni di anziani presenti nel Paese, infatti, si è parlato molto degli ospiti delle residenze sanitarie assistenziali, come se fino ad allora, quel particolare momento del ciclo di vita, che è l'età anziana, fosse stata relegata in un angolo, quasi a volerla esorcizzare, come se fosse una malattia contagiosa (Pantalone, 2021; Pugliese, 2011). Parlare di persone anziane con bisogni di cura e assistenziali non significa fare riferimento solo a quelle istituzionalizzate, ma anche a quelle presenti nel territorio che vivono con i familiari o assistiti presso la propria abitazione. Ecco che allora anche un momento di crisi come quello che si sta vivendo può essere l'occasione per puntare i riflettori ancora una volta su una fascia della popolazione i cui bisogni molto spesso sono stati e sono inascoltati, con un fuoco anche su chi svolge la funzione di caregiving, ovvero di cura.

Questo è molto importante, perché permette di vedere come si è evoluto il fenomeno della cura verso le persone anziane, perché è bene ricordarlo, non esiste la categoria "anziano", ogni individuo è portatore di bisogni e caratteristiche diverse, ma si può analizzare come sia cambiato il paradigma della cura sia istituzionale che informale rivolto verso le persone che a partire da una certa fascia di età può presentare determinate problematiche.

La questione è proprio quella di distinguere tra non autosufficienza e fragilità, poiché troppo spesso l'età anziana viene erroneamente identificata come età della non autosufficienza, senza considerare che molto spesso essa è solo il punto di arrivo di una situazione che si è evoluta nel corso di anni; infatti, per non autosufficienza si intende:

“[...] la condizione bio-psicosociale conseguente a disabilità- di natura mentale(cognitiva), fisica(motoria) e/o sensoriale- che induce nell'individuo uno stato di dipendenza da terzi permanente nello svolgimento di una o più funzioni, essenziali e

ricorrenti, della vita quotidiana, dipendenza che non è influenzata dalla presenza di eventuali protesi od ausili in uso” (De Ruggeri in Pregno, 2016).

Per fragilità, invece, si intende una condizione che non è speculare a quella della non autosufficienza, infatti con essa si indica:

“[...] un soggetto di età avanzata o molto avanzata, affetto da multiple patologie croniche, clinicamente instabile, frequentemente disabile, nel quale sono spesso coesistenti problematiche di tipo socioeconomico, quali soprattutto solitudine e povertà” (Ferrucci in Pregno, 2016).

Dalle definizioni sopra riportate si evince quindi che per una serie di fattori individuali la persona anziani e soprattutto, i grandi vecchi, possono venire a trovarsi in una situazione di fragilità, che potenzialmente può condurli verso una condizione di non autosufficienza. Quando si è analizzato lo stato di salute della popolazione anziana, si è però visto che l’incidenza della disabilità tra gli anziani è un fenomeno che riguarda un range sempre più ristretto rispetto al passato, ma appunto, con l’allungamento della vita media il rischio di cadere in una condizione di non autosufficienza aumenta, andando a configurare una serie di bisogni nuovi che richiedono una gestione complessa (Ascoli, 2011). Un elemento che rileva in maniera importante al fine di definire il bisogno della persona anziana è dato dalle difficoltà incontrate nello svolgimento di certe azioni, più o meno complesse, che riguardano la vita quotidiana; a questo proposito vengono utilizzate una serie di scale di misurazione che permettono di stabilire il grado di autonomia e indipendenza nello svolgimento, rispettivamente, di attività di base della vita quotidiana, di attività strumentali della vita quotidiana e di attività avanzate della vita quotidiana (Katz, Moskowitz, Ford, 1963 in Consalvo 2021). Le attività di base della vita quotidiana dette anche activities of daily living, sono quelle azioni della vita quotidiana che attengono la cura della propria igiene personale, l’alimentazione, la continenza e la mobilità; le attività strumentali della vita quotidiana dette anche instrumental activities of daily living, sono un insieme di compiti complessi che la persona anziana dovrebbe essere in grado di svolgere per condurre uno stile di vita indipendente, tra cui: la capacità di utilizzare il telefono, di fare acquisti, di preparare i pasti, di svolgere le faccende domestiche, di lavare la biancheria, di usare mezzi di trasporto pubblici o privati, di assumere farmaci e di utilizzare denaro (Ibidem). Infine, le attività avanzate della vita quotidiana dette anche advanced activities of daily living, sono attività a sfondo socio-culturale il cui svolgimento può essere utile per misurare il deterioramento cognitivo, tra cui la lettura di libri e di giornali, l’ascolto di musica e radio, guardare la televisione, passeggiare, andare in bicicletta, fare ginnastica, giocare a carte, andare al bar e in chiesa e partecipare a convegni (Reuben, Laliberte, Hiris, Mor, 1990 in Consalvo 2021). Quello appena riportato rappresenta un esempio di indicatore utile a valutare il grado di bisogno e conseguente livello di autonomia della persona anziana, ma ve ne sono anche molte altre, qui, però, è possibile cogliere come il bisogno che solitamente presenta l’anziano non sia o solo sociale o solo sanitario, ma come esso sia il risultato di una commistione tra le due dimensioni; proprio per questo le possibili risposte che il bisogno della persona anziana parzialmente o totalmente non autosufficiente può trovare si articola principalmente su due binari: quello dell’assistenza domiciliare

o residenziale socio-sanitaria e quello dei trasferimenti monetari(Iurlaro, 2021 ; Pavolini, 2004; Pregno, 2016; Pantalone, 2021; Ascoli, 2011). I bisogni legati all'età anziana si configurano, allora, come dei bisogni complessi non tanto, o meglio, non solo, per il numero di persone che ne sono portatrici, ma per il fatto che determinano una riorganizzazione nel modo di prestare cura; infatti, come si vedrà più avanti, le risposte pubbliche al riguardo tendono a configurarsi come di tipo residuale rispetto al reale bisogno della persona anziana e della famiglia, che viene ancora considerata la principale erogatrice di cura nelle cui mani mettere la responsabilità della sua organizzazione(Pavolini, 2004; Gori, et al., 2014). La famiglia, infatti, nel sistema di welfare italiano rappresenta il fulcro attorno al quale si sviluppa l'assistenza nei confronti di soggetti fragili, anche se come si è visto la destrutturazione che essa ha subito, in termini di numero dei componenti, di stabilità dei legami, di capacità protettiva e l'aumento progressivo del tasso di occupazione femminile nell'ambito del lavoro extradomestico, rendono la situazione poco sostenibile(Gori, et al., 2014; Ferrera, 2019). Quando si presenta una situazione di bisogno all'interno della coppia anziana, tendenzialmente, il primo a farsene carico in toto è il partner, ma quando questo non è presente o per vedovanza o perché sono in aumento le famiglie costituite da un anziano solo, subentrano i figli, in particolare le donne, ma anche i nipoti, in particolare le donne; la figura del figlio o nipote maschio sembra occuparsi per lo più di svolgere una funzione di compagnia(Pavolini, 2004). Nell'ambito della cura informale prestata ad un familiare anziano, solitamente l'attribuzione del ruolo di caregiver avviene per svariate ragioni, ad esempio per attribuzione da parte degli altri familiari, per età anagrafica, per scelta autonoma, per espressa richiesta della persona anziana o a seguito di mediazioni e scontri all'interno della famiglia (Pregno, 2016). Come si è visto sinora, però, un sistema che poggia quasi esclusivamente sull'ammortizzamento dei bisogni di cura all'interno della rete familiare, anche allargata, per l'attuale contesto in cui si inserisce, mostra seri problemi di cedimento (Ibidem; Ferrera, 2019). Infatti, oltre alle trasformazioni strutturali della famiglia, anche la sua capacità protettiva, in termini economici, soprattutto a seguito della crisi economica iniziata nel 2008, si è ridotta, configurando così il bisogno di assistenza e cura in età anziana come una possibile "minaccia" al bilancio familiare, messo a dura prova da un mercato del lavoro sempre più precario e meno tutelante per il lavoratore(Saraceno, 2021; Kazepov, Barberis, 2013).

Si può, infine, affermare che a causa dei fenomeni sopra illustrati di invecchiamento della popolazione e di depotenziamento della capacità di cura delle famiglie, a cui si aggiunge la carenza di servizi pubblici e l'aumento dei costi della dipendenza durante l'età anziana, i bisogni di cura di cui sono oggetto le persone durante la vecchiaia, possono configurarsi come dei veri e propri rischi sociali, in quanto tendono a determinare conseguenze sul piano sociale ed economico, a cui è difficile dare risposta in modo adeguato(Kazepov, Barberis, 2013).

2.1 Il lungo percorso verso l'assistenza sociale rivolta alle persone anziane

Entrare nell'età anziana ha assunto un significato diverso a seconda dell'epoca storica in cui la persona si trovava a vivere, ciò non solo in relazione alla costruzione sociale dell'immagine della vecchiaia, ma anche in merito alla tutela e al grado di protezione che potevano essere attivati da parte dei diversi attori coinvolti, principalmente la famiglia, la comunità e l'apparato istituzionale (Pugliese, 2011). Oggi, per indicare le misure di politica sociale, sanitaria e assistenziale messe in atto dallo Stato nei confronti dei cittadini che si trovano in stato di bisogno, al fine di contribuire al ripristino o al mantenimento di una condizione di benessere, si utilizza il termine "welfare state"; ma, se si compie un passo indietro, nell'Italia post-unitaria, in cui vi era un apparato statale in via di consolidamento, ma ben lontano dalle logiche moderne legate al concetto di assistenza o di servizi sociali, è possibile fare una ricostruzione generale di come si sia evoluta la questione legata alla cura della persona anziana e a quali principi siano stati ispirati i vari interventi che l'hanno riguardata. Per una disamina sulle diverse politiche pubbliche che hanno caratterizzato l'evoluzione degli interventi normativi nei confronti dell'età anziana e dei bisogni ad essa connessi, si rimanda al prossimo capitolo; qui, invece, si vuole proprio ripercorrere come sia cambiata l'attenzione nei confronti della persona anziana, soprattutto in relazione ai mutamenti che hanno caratterizzato la società italiana.

Come detto precedente, i concetti di assistenza e di servizi sociali, sono concetti di recente coniazione, risultato di una nuova concezione di benessere, non più inteso come mera assenza di malattia, ma come uno stato di equilibrio fisico, psicologico e sociale (Pantalone, 2021); a cui si aggiunge un approccio non categorizzante o pregiudizievole, che pone al centro la persona in quanto soggetto attivo nel suo percorso di uscita o gestione del bisogno (Dal Pra Ponticelli, 2010). Tutto ciò si può considerare il punto di arrivo legato allo sviluppo delle moderne scienze sociali, che hanno tentato di sottrarre l'analisi e lo studio del bisogno umano ad un approccio meccanicistico e deterministico, che vede nello stato di bisogno della persona un problema da affrontare come una patologia, effettuando una diagnosi (Ibidem; Pugliese, 2011).

Ma com'è la situazione nell'Italia di fine '800? Qual è l'approccio che ha dominato la scena almeno fino al Secondo Dopoguerra? Quando si è verificato un primo vero salto qualitativo negli interventi rivolti alle persone anziane?

All'indomani dell'unificazione d'Italia, la questione della cura verso le persone anziane non è una problematica che il mondo della politica vuole o è interessato ad affrontare, anche perché, l'istituto che fino a quel momento si è fatto garante di assicurarla attraverso la solidarietà intergenerazionale, ovvero la famiglia, continua a perpetuare un modello familiare tradizionale, basato su di una rigida divisione dei ruoli maschili e femminili, con questi ultimi adibiti a prestatrici di cura verso le fasce d'età che costituiscono i poli opposti del ciclo di vita: infanzia e vecchiaia (Pugliese, 2011). La famiglia tradizionale vede la presenza di un nucleo familiare allargato in cui coabitano generazioni diverse, creando una rete di sostegno atta a soddisfare l'insorgere dei bisogni di cura nella persona anziana; basti pensare alla società agraria, in cui la principale problematica che la vecchiaia porta con sé, cioè la perdita della capacità di sostentamento, va a ricadere automaticamente sui figli, in nome di quella solidarietà tra generazioni e da questo punto di vista, il fatto di avere dei figli, costituisce una sorta di garanzia per una qualche forma di assistenza durante la vecchiaia (Ibidem). Chi invece non può contare su di una rete familiare o comunitaria, è lasciato alla carità dei singoli cittadini (Pugliese, 2011; Giumelli, 1994). La carità verso il povero, in questo caso anziano, è ispirata dalla religione cattolica che di fatto ha in capo l'assistenza nei suoi confronti; infatti, anche se nei secoli precedenti si è cercato di centralizzare l'assistenza verso le persone povere, perché gli anziani esistevano come categoria destinataria di assistenza, solo in quanto poveri, di fatto non si è riusciti nell'intento (Ibidem).

Lo Stato, infatti, in un simile contesto risulta pressoché assente, ma con l'avvento della società industriale, che comporta una ridefinizione dei rapporti di solidarietà intergenerazionale e la messa in crisi di quei rapporti di aiuto tradizionali, esso è chiamato ad intervenire, ma lo fa con un'ottica di

controllo e di ordine pubblico, a questo riguardo si può parlare di carità legale (Ibid; Giorgi, Pavan, 2021).

Molti studiosi concordano nel dire che il momento storico più complesso per le persone anziane sia stato quello legato allo sviluppo industriale, all'affermazione della logica di mercato e della mercificazione della forza lavoro, in cui le stesse famiglie che prima sono in grado di gestire l'assistenza nell'età anziana, non sono più in grado di farlo, perché i suoi stessi componenti sono costretti a "vendersi" sul mercato del lavoro, vivendo in condizioni di sussistenza loro stessi, vedendo di fatto limitata la possibilità di fornire aiuto materiale alla persona anziana non più in grado di essere produttiva (Pugliese, 2011). Quindi, in un contesto che è stato definito "il welfare prima del welfare", l'intervento pubblico nei confronti dell'età anziana non è diretto alla persona anziana in quanto tale, ma in quanto povero, con una duplice finalità: sostegno, ma soprattutto disciplinamento attraverso il sostegno, andando a creare una spaccatura che distingue i poveri meritevoli, da quelli immeritevoli, determinando una prima categorizzazione nei confronti della persona in stato di bisogno (Pugliese, 2011; Saraceno, 2021).

Da ricordare che l'assistenza sanitaria, che può essere offerta in età avanzata a chi si trova in stato di povertà, è in capo alle amministrazioni locali, la quale provvede a rimborsare gli ospedali della quota relativa alla spesa sanitaria sostenuta per fornire assistenza gratuita; se invece, si intende la salute come questione di pubblica sicurezza, la titolarità degli interventi è in capo al Ministero dell'Interno (Giorgi, Pavan, 2021). L'attenzione alla condizione anziana, di fatto, non esiste, quello che domina è il principio della carità che dapprima è privata, ossia a discrezione dei singoli cittadini che provvedono ad elargire una qualche elemosina a chi si trova a mendicare, per poi diventare pubblica, ossia attuata da quegli enti di carattere religioso, le Opere Pie, che col trascorrere del tempo sono sempre più state sottoposte ad un processo di laicizzazione, cui di fatto in maniera implicita viene delegata l'assistenza ai poveri (Giumelli, 1994).

Con la legge Crispi del 1890 si tenta di razionalizzare il complesso sistema delle Opere Pie, trasformandole in Istituzioni Pubbliche di beneficenza, sottoponendole al controllo delle Congregazioni di Carità (organi presenti nei comuni), si assiste quindi ad un passaggio concettuale che dalla carità si sposta alla beneficenza; in termini concreti, per gli anziani, ciò ha significato delle conseguenze molto limitative, nel senso che l'istituzionalizzazione diventa la parola chiave per definire il tipo di intervento da parte dell'assistenza pubblica a loro riservato (Ibidem). La quota di popolazione anziana non costituisce particolare oggetto di attenzione da parte dello Stato, se non quando i suoi membri, a causa della condizione di miseria, si trovano a violare le disposizioni sulla mendicizia; ma, inoltre, dal punto di vista numerico, le persone in età anziana sono una fetta della popolazione ridotta, considerando che l'età media di vita si attestava intorno ai sessant'anni, ciò all'inizio del Novecento (Giorgi, Pavan, 2021).

Per soddisfare eventuali bisogni legati alla vecchiaia, l'unica risorsa che la persona può attivare, oltre ai legami comunitari e familiari, è costituita dal risparmio in età lavorativa, un risparmio informale, che gli permette di accantonare una cifra che dovrebbe soddisfare sia i bisogni presenti che quelli futuri di vecchiaia (cosa per altro molto difficile data l'incertezza dei salari corrisposti e la loro esiguità); se allora, fino a questo momento l'anziano viene visto come meritevole di assistenza caritatevole in quanto povero o indigente, con l'inizio del Novecento inizia ad affermarsi un paradigma nuovo, che vede nella possibilità di assicurare alcuni rischi futuri attraverso la contribuzione da lavoro, una nuova via per affrontare problemi sociali come quelli legati alla vecchiaia (Giumelli, 1994).

La nascita delle assicurazioni obbligatorie segna un passaggio decisivo, anche se inizialmente ha un carattere molto settoriale, cioè non riguarda qualunque rischio che può verificarsi nel corso del ciclo di vita, ma vuole proteggere il cittadino in quanto lavoratore inserito nel mercato del lavoro e lavoratore appartenente a determinate categorie; quando poi, anche l'età anziana diventa destinataria di una forma assicurativa, ciò avviene solo perché l'anziano è un ex lavoratore che si trova in una condizione di invalidità che non gli permette di essere attivo dal punto di vista occupazionale (Ibid). Una piccola parentesi va dedicata al periodo del Primo Conflitto Mondiale, quando la questione

dell'età anziana viene a trovarsi indirettamente al centro dell'attenzione dell'autorità statale, infatti, con il reclutamento di molti giovani soldati, molte famiglie si vedono private del perno della rete familiare, soprattutto per molti genitori anziani, perciò, le provvidenze destinate ai soldati, in qualche modo si riflettono anche sulle loro condizioni(Giorgi, Pavan, 2021). Importante ricordare che in Italia si dovrà aspettare il 1919 per vedere l'emanazione del decreto legislativo che istituisce l'assicurazione obbligatoria per invalidità e vecchiaia, che per la prima volta vede lo Stato interessarsi in prima persona alla questione della "sicurezza sociale" in età anziana (Gori, et al., 2014). Da una parte, quindi, l'anziano che in età lavorativa appartiene a determinate categorie lavorative che rientrano negli schemi assicurativi obbligatori, possono sperare di trarre assistenza dai contributi versati da lui, dal datore di lavoro e dallo Stato; mentre, per tutti gli altri, le forme di assistenza continuano ad essere quelle confuse nel sistema di assistenza al povero; comincia ad affermarsi allora una duplice visione dell'anziano, in cui oltre ad essere considerato destinatario di intervento unicamente per il suo configurarsi come povero, ve ne è un'altra che lo vede come un "cittadino previdente" che ha saputo risparmiare(Saraceno, 2021; Gori, et al., 2014). Di fatto, l'assistenza pubblica alle soglie degli anni '30 del Novecento si articola in interventi la cui titolarità è in mano da un lato alle Istituzioni Pubblica Beneficenza(Ipab), da sottolineare che gli stessi ospedali appartengono a questa categoria e dall'altro, alle Congregazioni di Carità presenti in ogni comune; nel 1937 si ha lo scioglimento delle Congregazioni di Carità, le cui competenze vengono affidate ad un nuovo istituto: l'Ente Comunale di Assistenza(Eca), che costituiscono l'antenato dell'attuale sistema dei servizi sociali(Giumelli, 1994). Essere anziano, quindi impossibilitato nel continuare l'attività lavorativa, espone al rischio di non ottenere adeguate prestazioni sanitarie, perché se il fatto di essere un lavoratore appartenente a determinate categorie consente di accedere all'assicurazione sanitaria tramite l'iscrizione ad una delle numerose Casse Mutue, con il pensionamento ciò viene a mancare; per cui ancora una volta le uniche possibilità, che la persona anziana ha di ottenere assistenza sanitaria in questo caso, sono: l'utilizzo dei risparmi ottenuti dalla pensione, molto spesso insufficienti, o ricorrere all'assistenza sanitaria comunale riservata ai poveri e basata sulla figura del medico condotto(Giorgi, Pavan, 2021). Con la caduta del fascismo, si è di fronte ad un sistema di sicurezza sociale fortemente frammentato, diseguale e categoriale; infatti, durante l'epoca fascista, le misure di assistenza sociale non sono volte a soddisfare il bisogno reale della popolazione, ma più che altro hanno un obiettivo di stampo propagandistico-clientelare, più atto ad attirare il consenso politico, che a riordinare e dare corpo ad un efficace sistema di assistenza sociale (Ibidem; Giorgi, Pavan, 2021). Particolarismi e discrezionalità burocratica sono le coordinate che guidano gli interventi nei confronti delle persone bisognose, quindi anche degli anziani indigenti; nel dopoguerra, nonostante numerose dichiarazioni d'intenti orientate ad una ristrutturazione dei tre settori cardine responsabili del benessere della persona anziana, ovvero sanità, previdenza e assistenza, si dovrà attendere ancora a lungo per assistere ad un cambiamento di rotta (Ibid). Lo stesso convegno di Tremezzo del 1946, aveva ribadisce l'importanza di un'importante azione di riforma in questi ambiti, introducendo concetti quali: bisogno di sicurezza, benessere e dignità; a questo proposito è interessante citare la definizione che viene data di assistenza come: "[...] cura che la società ha di sé stessa" (Cnoas, 2021). Una problematica rilevante legata all'assistenza verso le persone in stato di bisogno è costituita dall'assenza di figure professionali competenti in materia; l'ingresso delle prime assistenti sociali nell'enorme universo di enti assistenziali si comincerà ad avere a partire dagli anni '60(Giorgi, Pavan, 2021; Fargion, 2009; Campanini, 2020) Alla soglia degli anni '50, la situazione resta pressoché invariata dal punto di vista dell'assistenza sanitaria e sociale, in cui la prima è gestita attraverso il settore privato convenzionato e la seconda è disciplinata dalla Legge Crispi, seppur con le modifiche subite durante il ventennio fascista, di fatto articolandosi in un numero consistente di Enti pubblici, di interventi discrezionali ad ogni livello di governo, parallelamente ai quali continuano ad affiancarsi le Ipab(Giorgi, Pavan, 2021).

Nel 1951 viene ordinata a livello centrale un'indagine volta a scandagliare le dinamiche di povertà che caratterizzano l'Italia in quel momento, quello che è risultato dalla Commissione d'inchiesta sulla miseria è che dal punto di vista dell'assistenza il Paese non è quantitativamente inferiore a nessuno, ciò che fa da discriminante è un uso inadeguato delle risorse economiche e un sistema assistenziale incompleto (Giumelli, 1994); da questa indagine la figura dell'anziano, ancora una volta, non appare come soggetto a sé, con problematiche proprie, ma come membro di famiglie esposte dal rischio di povertà o come soggetto residente in contesti molto poveri, con scarse opportunità occupazionali e membro di famiglie numerose (Pugliese, 2011). Ciò, va a confermare quanto affermato da Myles, ovvero che l'età anziana nelle democrazie industriali è sinonimo di povertà; un aspetto interessante è che nei contesti rurali e agricoli, in cui sono presenti soprattutto piccole aziende agricole, la rete comunitaria sembra offrire un sostegno funzionale a ridurre il disagio degli anziani poveri (Ibidem). La tendenza che continua a guidare gli interventi pubblici di assistenza nei confronti degli anziani è di stampo paternalistico, in linea di continuità con un retaggio che affonda le sue radici in una concezione dello stato di bisogno come colpa, inettitudine o scarsità morale (Neve, 2008); infatti, gli anni '60 non segnano una rottura rispetto all'andamento precedente, almeno fino al 1968, quando inizia un periodo di grande conflittualità sociale e di lotte sindacali, che chiedono un rinnovamento dell'apparato statale in generale e in particolare, con riferimento al settore della previdenza e dell'assistenza, la fine di una logica di intervento di stampo categoriale, particolaristica e corporativa in nome di una maggiore solidarietà collettiva e dell'uguaglianza (Giumelli, 1994). Dei primi passi in avanti si hanno con il ciclo di riforme del sistema previdenziale tra gli anni 1968 e 1969, tra cui l'istituzione della pensione sociale per le persone con più di 65 anni, sforniti di reddito proprio e finanziata dallo Stato; ma, la vera e propria svolta, si ha a partire dal 1970 con l'istituzione delle Regioni a statuto ordinario, nel 1972 con un primo trasferimento delle funzioni amministrative relative al settore dell'assistenza e della beneficenza in capo allo Stato verso le Regioni, che si completerà solamente nel 1977 e con l'istituzione nel 1978 del Servizio Sanitario Nazionale (Ibidem). Si può allora affermare che la "questione storica" della povertà degli anziani, come gruppo meritevole di assistenza, si è conclusa con l'affermarsi del welfare state e degli schemi previdenziali, che hanno permesso uno spostamento definito della concezione dell'età anziana, non come qualcosa di residuale verso cui le persone devono provvedere o autonomamente o grazie ad un'elemosina istituzionalizzata, ma una fase del ciclo di vita, che porta con sé dei rischi oggettivi e proprio per questo meritevole di una maggiore sicurezza garantita dallo Stato (Pugliese, 2011). Infine, è molto importante accennare al fatto, che con la gestione della materia dell'assistenza sociale in mano alle Regioni, si viene ad affermare una nuova visione dell'intervento pubblico, secondo la quale, più un organo o un'istituzione sono vicini al cittadino, più sono atte a recepire e a soddisfare i suoi bisogni; questo può essere vero in linea teorica, ma come si vedrà ha causato anche molte differenziazioni territoriali da un contesto all'altro (Pavolini, 2004). Se nel passato il paradigma che guida la cura è essenzialmente quello dell'istituzionalizzazione, perché la condizione di miseria pone la persona in contrasto con le disposizioni di legge che regolano l'ordine pubblico, spingendo un numero importante di persone anziane in miseria a ricorrere anche a forme di mendicizia; con l'inizio del regionalismo italiano, si ha uno spostamento del paradigma verso il concetto di territorializzazione e deistituzionalizzazione, per cui, anche se in modo diverso le une dalle altre, le Regioni iniziano ad attivare una serie di servizi e interventi volti a favorire il mantenimento, il più a lungo possibile, della persona anziana nel suo contesto di residenza abituale (Ibidem).

2.2 Sviluppo ed evoluzione del servizio sociale professionale: dagli anni '40 agli anni '70 del Novecento

Da quanto visto sinora, risulta chiaro che il sistema socioassistenziale in Italia ha avuto un percorso evolutivo altalenante e frammentato, riuscendo a collocarsi all'interno dell'agenzia istituzionale con grosso ritardo rispetto ad altri Paesi europei e con risultati forse, a volte, contraddittori. In tutto ciò, non può essere ignorata la posizione che servizio sociale italiano professionale ha assunto all'interno di un tale contesto, perché esso ha in qualche modo influito nel ritardo con cui il settore dell'assistenza ha ottenuto attenzione e risposte rispetto ad una forte esigenza di cambiamento. Per spiegare in quale modo lo sviluppo del servizio sociale professionale sia legato allo sviluppo del sistema socioassistenziale, è necessario ripercorrere, in chiave generale, la strada che ha compiuto nella sua affermazione quale professione d'aiuto e nel suo riconoscimento a livello istituzionale. Rispetto ad altri contesti europei, l'Italia inizia a manifestare un certo interesse verso la professionalizzazione dell'aiuto in tempi relativamente recenti, infatti, tradizionalmente la nascita del servizio sociale in Italia si colloca alla fine della Seconda Guerra Mondiale(con la nascita delle prime cinque scuole di servizio sociale), anche se già durante il periodo fascista è presente una sorta di prototipo della figura della futura assistente sociale, cioè la visitatrice fascista(Campanini, 2020; Fargion, 2009; Neve, 2008). La figura della visitatrice fascista viene introdotta nel 1930 con l'obiettivo di cercare di spostare il fuoco dell'azione assistenziale da qualcosa di meramente volontario a prerogativa femminile a un sistema più strutturato di cui le donne sono considerate idealmente le migliori realizzatrici; le visitatrici fasciste sono retribuite, hanno una divisa, devono possedere un diploma e frequentare un corso specifico tenuto dalla Croce Rossa (Giorgi, Pavan, 2021). Tra i loro compiti vi è la gestione delle mense per i poveri e le visite domiciliari presso le famiglie oggetto di segnalazione per la loro condizione economica o di salute (Ibidem). Inoltre, è proprio durante il ventennio fascista che sorge il servizio sociale di fabbrica e la Scuola superiore fascista di assistenza sociale di San Gregorio al Celio (Campanini, 2020). Dopo la fine della guerra, l'Italia versa in una condizione di distruzione, miseria e degrado generalizzata, proprio in questo contesto, sotto la spinta delle organizzazioni internazionali(prima fra tutte, l'UNRRA, acronimo di United States Relief and Rehabilitation Administration, che sente l'esigenza di entrare in contatto con gli assistenti sociali italiani per meglio convogliare le risorse da distribuire per la ricostruzione) e dell'élite intellettuale e politica, parallelamente all'istituzione dell'Assemblea costituente, viene organizzato il Convegno di Tremezzo, il primo convegno a carattere nazionale di studi sull'assistenza sociale in Italia, tenutosi dal 16 settembre al 6 ottobre 1946(Fargion, 2009; Campanini, 2020; Neve, 2008). Ciò che emerge in maniera dirompente è la doppia necessità di riformare il settore dell'assistenza e di istituire una nuova figura professionale competente in tale ambito di intervento, cioè l'assistente sociale, da una parte e dall'altra di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 117 della Costituzione, affinché attraverso la realizzazione delle Regioni, si possa attuare il decentramento dei poteri nell'ambito della salute e dell'assistenza dallo Stato ad esse (Ibidem). Inoltre, sulla scia degli ideali democratici che guidano il nuovo corso politico, viene affermata l'esigenza di abbandonare il principio di soccorso al povero, improntato su di un'ottica paternalistica e passivizzante(che vede nella povertà materiale una carenza anche morale, imputabile unicamente al singolo) o quello di controllo del conflitto sociale attraverso risposte categoriali, per abbracciare una modalità democratica e partecipe, che restituisca alla collettività e allo Stato un certo senso di responsabilità(Neve, 2008; Fargion, 2009). Le prime cinque scuole di servizio sociale che nascono in Italia sono gestite o da enti morali o a quello che oggi verrebbe identificato come privato sociale; il problema principale, però, è che manca loro un solido bagaglio di conoscenze su cui fondare la pratica, cercando di sopperire tale

manca con l'applicazione in toto di approcci teorici sviluppati in contesti molto diversi da quello italiano, in particolare quello anglosassone (Fargion, 2009; Campanini, 2020). Il titolo rilasciato dalle scuole ha, comunque, valenza solo a livello locale, dato che non sono riconosciute né dallo Stato e dal sistema scolastico-accademico né dalle istituzioni pubbliche adibite all'assistenza; quindi, un primo dato che rileva è la nascita improvvisa del servizio sociale, senza un fondamento teorico fatto di studio, ricerca e di pratica sul campo (Fargion, 2009; Neve, 2008).

Le scuole di servizio sociale distinguibili in scuole cattoliche, scuole laiche a ispirazione cristiana e scuole laiche, nonostante le numerose differenze sul piano ideologico, sono tutte accomunate dalla visione secondo cui sia necessario formare una figura di professionista con conoscenze dei problemi umani e sociali tali da rendere concreta la liberazione dell'uomo dallo stato di bisogno, in nome del pieno godimento dei diritti fondamentali (Neve, 2008). Caratteristica peculiare delle scuole di servizio sociale è il loro qualificarsi come scuole teorico-pratiche, cioè in cui lo studio e l'esperienza sul campo, attraverso l'attività di tirocinio (inizialmente, per lo più nell'ambito di fabbriche, sanatori, centri sociali dell'UNRRA e all'interno del Movimento di comunità), sono continuamente in connessione e integrate (Ibidem).

Come si è detto precedentemente, il mancato riconoscimento a livello nazionale e da parte degli stessi contesti locali, fa sì che le prime scuole di servizio sociale promuovano occasioni di incontro, anche attraverso l'azione di tirocinio, per permettere una conoscenza reciproca tra i propri allievi e gli organismi assistenziali, che una volta diplomati avrebbero potuto accoglierli (nel 1948 nasce l'ASSNAS, Associazione nazionale assistenti sociali, che contribuisce in modo determinante ad alimentare il confronto tra la professione all'interno degli enti e le scuole); per quanto riguarda i frequentanti di tali scuole, sono in maggioranza donne, solitamente in possesso del diploma di scuola superiore, anche con pregresse esperienze lavorative o anche con titolo di laurea (Ibid).

Gli anni '50 si caratterizzano per il cosiddetto miracolo economico, che se da un lato si caratterizza per un incremento della produzione industriale, dei consumi e delle infrastrutture, dall'altro porta alla nascita di nuovi problemi sociali (con le migrazioni dal Sud Italia al Nord si vengono a creare in modo incontrollato le periferie urbane in cui si verificano processi di emarginazione e il perdurare di sacche di povertà nelle aree depresse, ma anche la privatizzazione della famiglia, a causa del venire meno dei legami comunitari) e al riconfermarsi di altri preesistenti (vedi il dualismo proprio dell'economia italiana) (Neve; 2008).

In una situazione come questa lo Stato continua a disinteressarsi delle problematiche di carattere sociale vecchie e nuove, riversando la responsabilità della sua inettitudine sul sistema assistenziale che di fatto diventa un contenitore per una serie di problematiche, che invece necessiterebbero di riforme di carattere strutturale; in quest'ottica si assiste ad un allargamento delle maglie del settore assistenziale, non secondo logiche orientate alla responsabilità collettiva, ma perseverando con quelle di aiuto al povero, che il Convegno di Tremezzo, in realtà, avrebbe voluto superare (Giorgi, Pavan, 2021; Fargion, 2009).

Nel corso degli anni '50 e '60, le possibilità di occupazione per i nuovi assistenti sociali si rivela difficile (anche perché l'UNRRA termina la sua azione nel 1949, riducendo gli spazi di azione in cui possono inserirsi), i nuovi professionisti del sociale possono trovare collocazione prevalentemente nei numerosissimi enti assistenziali presenti sul territorio, in cui la modalità di lavoro segue un approccio categoriale, ma anche, più raramente, all'interno di Province e Comuni nell'ambito degli aiuti economici alle famiglie o dell'istituzionalizzazione; nonostante il dichiarato intento di volersi emancipare dalle logiche assistenzialistiche e categoriali tipiche del periodo fascista, di fatto non vi riescono (Campanini, 2020). Questo avviene perché l'idea di poter agire sui problemi sociali di carattere strutturale, a partire da un'azione interna al sistema assistenziale, si rivela fallace; infatti, il sistema assistenziale è completamente separato dalle politiche economiche

del Paese, al punto da non essere in grado di rispondere alla reale domanda sociale, continuando ad attuare interventi di carattere individuale, sulla base di criteri astratti e formali di definizione del bisogno (Ibidem; Neve, 2008). L'assunzione all'interno degli enti, proprio a causa del mancato riconoscimento di cui soffre la figura dell'assistente sociale, è particolarmente complessa, infatti, proprio perché negli organici non è prevista la sua figura professionale, le formule giuridiche con cui vengono assunti/e sono le più disparate e la loro collocazione avviene ai livelli più bassi dell'amministrazione (tranne le poche eccezioni di chi viene assunto tramite concorso negli enti pubblici) (Neve, 2008).

Si può quindi affermare che nonostante gli intenti dichiarati, in mancanza di una riforma delle politiche sociali, continui in maniera imperterrita il vecchio sistema assistenziale-clientelare ereditato dal periodo fascista, dato che il criterio per ottenere assistenza è una commistione tra categorizzazione giuridica dei cittadini e dei bisogni; ciò si traduce in una miriade di uffici adibiti ad una specifica categoria che devono verificare il possesso dei requisiti giuridici formali stabiliti per avere accesso agli interventi (Ibidem).

Di fatto, chiunque non rientri in una specifica categoria è escluso dal sostegno dell'ente, il principio guida operativo è la soddisfazione di requisiti formali, atti a mantenere un certo ordine sociale (molte leggi che regolano l'assistenza sono infatti leggi di pubblica sicurezza) e non la tutela del benessere delle persone; inoltre, la numerosità degli enti determina molto spesso sovrapposizioni di competenze con un ulteriore spreco di risorse (Giorgi, Pavan, 2021). Un sistema assistenziale di questo tipo basato sulla settorialità degli interventi, all'interno di organizzazioni rigide, accentrate (non è possibile un controllo da parte dei cittadini in merito alla loro politica e al loro funzionamento) e pervase da una burocrazia paralizzante tesa all'esecuzione di un compito formale, piuttosto che di risoluzione delle problematiche sociali (Neve, 2008).

Gli enti assistenziali pubblici come si è detto, seguono le logiche amministrative proprie della stagione politica precedente, pertanto, il personale impiegato nella ricezione della richiesta di aiuto è formato soprattutto da burocrati, privi di una formazione tecnica che gli consenta di effettuare una lettura scientifica del bisogno, i quali erano competenti più che altro nella lettura di regolamenti e procedure, agendo quindi sulla base di una valutazione moralistica del bisogno (Ibidem).

Negli enti assistenziali privati, cioè gli enti religiosi, che di fatto detengono il monopolio nella gestione delle strutture per anziani, il personale è di tipo religioso, privo di formazione tecnica che cercano di compensare con la scelta vocazionale di dedicarsi agli altri; è chiaro che il personale inserito in tali strutture, data la forma giuridica di questi enti, non è sottoposto a nessun controllo, nemmeno a quello degli enti che pagano le rette (Ibid).

I possibili aiuti erogabili dagli enti sono costituiti dai sussidi (solitamente di natura esigua), dai beni in natura (come il latte, le razioni alimentari, legna), l'istituzionalizzazione (spesso in luoghi molto lontani dal contesto di residenza della persona, in luoghi chiusi verso l'esterno, di vaste dimensioni e con un'organizzazione interna rigida); i sussidi molto esigui di fatto non risolvono la situazione di povertà, tanto da generare la cosiddetta "trappola della povertà", ovvero la generazione di uno stato di dipendenza verso l'ente a cui si chiede continuamente aiuto, senza riuscire a risolvere la situazione di disagio, che nel caso delle persone anziane spinge verso l'istituzionalizzazione, che di fatto consiste in un confinamento all'interno di una istituzione totale (Ibid; Sachs, 2010).

In un simile contesto, l'assistente sociale che si inserisce all'interno di un ente si vede ingarbugliato nella perpetuazione di un sistema che si basa su di una logica riparativa e non preventiva e riabilitativa, agendo sulla base del principio di sussistenza piuttosto che di benessere (Neve, 2008).

Infine, per chiudere questa panoramica sugli anni '50, è bene ricordare l'aumento del numero di scuole presenti sul territorio italiano, che non rappresenta una garanzia di qualità e contribuisce a dare un'immagine frammentata della professione; in generale, comunque, si assiste ad una

progressiva professionalizzazione del servizio sociale, anche se a causa del mancato sviluppo delle scienze sociali, non vi è una contemporanea elaborazione teorica propria, ma si continua ad utilizzare la metodologia anglosassone(Fargion, 2009; Ibidem).

Gli anni '60 continuano sulla sorta dell'immobilismo istituzionale che ha caratterizzato il decennio precedente, l'approccio degli enti assistenziali continua a proseguire con il suo approccio stigmatizzante e moralistico, con un'ampia predilezione verso interventi di istituzionalizzazione(sono i Comuni che provvedono al ricovero degli anziani presso le Ipab o altri enti privati, sulla base del R.D. 3 marzo 1934, n.383, art.91), in quanto persone inabili e bisognose; per gli assistenti sociali inseriti all'interno degli enti comincia a divenire insostenibile l'esercizio della loro professionalità in un contesto in cui la logica di intervento si riduce a singole operazioni isolate da contesto, che di fatto sono funzionali a mantenere lo status quo, piuttosto che a riformarlo e modificarlo sulla base della domanda sociale(Butturini, Nervo, 2005 in Neve, 2008; Campanini, 2020).

Alla luce della situazione sopra descritta, attorno alla metà degli anni '60, inizia a diffondersi la convinzione che l'ente comunale sia quello più adeguato a realizzare interventi più efficaci e in grado di realizzare quel cambiamento oltre la settorialità (Neve, 2008). Sul finire degli anni '60, proprio a causa delle attese disilluse di una riforma strutturale del sistema assistenza, il servizio sociale come molti altri ambiti della società viene messo sotto accusa, per la sua incapacità di uscire da logiche che producono emarginazione, di assumere un ruolo politico rispetto al suo operato e di attuare interventi che vadano oltre al ricovero nelle cosiddette istituzioni totali, come ad esempio le case di riposo, in cui le persone diventano parte di un ingranaggio che non rispetta i reali bisogni della persona, ma che per la loro natura totalizzante, separata dal contesto e costituita da rigide regole, costringe le persone in esse presente ad adattarsi in ogni modo(Fargion, 2009; Goffman, 1961).

Il 1968 è un anno carico di tensioni e rivendicazioni sociali in tutti gli ambiti in cui lo Stato si è caratterizzato per il suo assenteismo o disinteresse, ciò che viene chiesto è una vera attenzione alle problematiche sociali, da non considerarsi come questioni individuali risolvibili dai singoli o delegabili in toto al sistema assistenziale che di fatto costituisce una sorta di contenitore in cui abbandonare le persone in stato di bisogno (Neve, 2008).

Riguardo all'apoliticità che caratterizza di fatto il ruolo dell'assistente sociale, si assiste ad una condanna di ciò, dal momento che la sua neutralità lo rende uno strumento al servizio dello Stato, per mantenere ordine e controllo sociale, senza intaccare il sistema; accanto a ciò si inizia a riflettere sulle tecniche operative del servizio sociale, che a loro volta sono lo strumento per attuare il cambiamento tanto agognato, che vengono utilizzate in maniera fine a sé stessa(Ibidem).

Con l'inizio degli anni '70, inizia ad affermarsi nell'ambito dell'insegnamento del servizio sociale, il metodo unitario, che di fatto sancisce la presenza di un metodo che a seconda della complessità del bisogno si avvale di tecniche diverse (case work, group work, community work) (Ibid).

Il contesto degli anni '70 si caratterizza per una serie di nuove problematiche sociali, che iniziano ad emergere creando forti disequilibri, tra queste vi è il processo di invecchiamento della popolazione con relativo innalzamento dell'età media di vita(a cui si aggiunge la crescente preoccupazione circa la sostenibilità economica del sistema previdenziale e l'avvento delle malattie degenerative); il massiccio inserimento delle donne nel mercato del lavoro(con minore disponibilità della componente femminile alla cura) e i cambiamenti della struttura familiare(restringimento della famiglia allargata, riduzione del numero di figli, figli che non abitano con i genitori) a cui vengono meno anche molti riferimenti solidaristici di aiuto, con la conseguente attribuzione al pubblico di molti compiti di aiuto prima espletati dai membri della famiglia(Pavolini, 2004; Kazepov, Barberis, 2013).

In questi anni vanno acuendosi le tradizionali differenze economiche tra Nord e Sud del Paese, dove nel secondo il tasso di occupazione femminile è molto basso e le sacche di povertà un fenomeno diffuso, ma nel primo si fanno strada nuovi fenomeni di povertà tra gli anziani con pensioni minime (Neve, 2008).

Gli anni '70 si caratterizzano per una serie di legiferazioni che vanno a modificare profondamente il comparto socioassistenziale, vengono istituite le Regioni, viene iniziato e completato il processo di decentramento amministrativo delle funzioni in materia di assistenza e sanità dallo Stato alle Regioni (quale organo istituzionale più vicino territorialmente), viene data centralità all'ente comunale, quale gestore diretto dell'assistenza sociale e sanitaria di base, ma allo stesso tempo la mancanza di una legge quadro a livello nazionale del sistema socioassistenziale fa sì che le Regioni legiferino in maniera differenziata, marcando ancora di più le differenze territoriali (Giorgi, Pavan, 2021; Pavolini, 2004).

Lo sviluppo delle scienze sociali contribuisce allo sviluppo di una lettura scientifica del bisogno, che superi gli interventi settoriali basati sulla categorizzazione giuridica, come condizione non disgiunta dal contesto di vita (quale luogo di ricompattazione del bisogno e delle risorse, in cui il problema si sviluppa, ma può anche essere risolto, in un'ottica di cura, ma anche di prevenzione), la cui risoluzione non può risiedere principalmente in dinamiche di controllo, come gli interventi di istituzionalizzazione o in elargizioni discrezionali, ma si affacciano i concetti di cura e riabilitazione, ad esempio nel campo delle persone anziane ci si comincia a muovere in un'ottica di mantenimento o sviluppo delle capacità residuali, le persone, quindi, sono chiamate ad essere partecipi dei loro progetti di vita, non sono più soggetti passivi, ma interlocutori dell'assistenza (Campanini, 2020; Neve, 2008).

Con la creazione delle ULS e la loro conseguente articolazione in distretti territoriali, si assiste ad un avvicinamento del mondo dei servizi verso le persone e all'affermazione di nuovi paradigmi nell'ambito dell'azione dell'assistente sociale, in particolare con la prevenzione e l'integrazione dell'azione professionale, ponendo al centro dell'intervento la persona nella sua interezza (Campanini, 2020).

La professione lungo tutti gli anni '70 vive uno spostamento del suo fuoco di azione da una fase di tecnicizzazione, in cui si era concentrata nell'affinamento delle tecniche operative, a una di politicizzazione in cui prende consapevolezza che il cambiamento a livello strutturale può avvenire soltanto ragguagliando le risorse sociali presenti sul territorio e favorendo il loro protagonismo in un'azione coordinata di pressione verso le istituzioni volta ad ottenere una programmazione di servizi per tutte le persone (Neve, 2008). Gli anni in questione sono anni di sperimentazione sia nello sviluppo del lavoro sociale professionale attraverso il lavoro di zona, sia nello sviluppo di misure alternative all'istituzionalizzazione, soprattutto nell'ambito dell'età anziana si hanno le prime esperienze di assistenza domiciliare; nel primo caso nascono gruppi di assistenti sociali impiegati in enti differenti che cercano di coordinare gli interventi di enti diverse verso le persone residenti in un certo territorio (Ibidem).

Con la soppressione della miriade di enti assistenziali che dominano il panorama italiano, gli assistenti sociali che vi erano impiegati vengono trasferiti alle Regioni e da qui ripartiti tra gli enti locali: i Comuni; essi da tempo sono individuati come il luogo privilegiato del lavoro sociale professionale, in quanto l'azione professionale esercitata al loro interno consente di avere una maggiore aderenza tra domanda sociale e risposta istituzionale (Ibid).

Un ultimo elemento riguarda le scuole di servizio sociale, che sentono sempre più pressante l'esigenza di un riconoscimento a livello nazionale da parte dello Stato, il quale ancora una volta si rivela latitante, infatti mentre a livello sociale e istituzionale viene avvertito il bisogno di avere un maggiore numero di assistenti sociali a disposizione, lo Stato di fatto continua a non definire il

profilo giuridico di tale figura (Fargion, 2009). In questa condizione, quella delle scuole è una situazione frammentata, perché vi sono alcune scuole che passano da una gestione privata a una poggiante sull'ente locale(l'ente locale combina così la volontà di incastrare la formazione dei professionisti con le politiche di programmazione, mentre le scuole riescono ad ottenere maggiore visibilità e sostegni economici più stabili), altre, soprattutto nel Centro Italia, guidate dalla volontà di ottenere maggiore riconoscimento, ottengono l'inserimento nell'università(si apre allora un forte dibattito dal momento che se da un lato la carriera universitaria può aprire la strada a carriere direttive, dall'altro si teme il suo carattere di chiusura verso il contesto territoriale) e altre, soprattutto al Sud, continuano nella loro gestione a carattere privato(Ibidem; Neve, 2008).

2.3 Uno sguardo al mondo dell'Eca del comune di Padova

Con la legge 3 giugno 1937, n.847, vengono istituiti presso tutti i Comuni d'Italia, gli Eca, ossia Enti comunali di assistenza, essi rappresentano il tentativo dello Stato italiano fascista di sottoporre alla sua titolarità il settore dell'assistenza; infatti, compito di tali istituti è quello di fornire assistenza generica e temporanea a tutte quelle persone che si vengano a trovare in uno stato di necessità(anche se non vi è una definizione chiara di cosa si intenda per “stato di necessità” e tantomeno dei criteri di assegnazione delle forme di aiuto)(Giorgi, Pavan, 2021).

I primi Eca vedono tra il loro personale molti ex dipendenti del partito fascista, tra cui la nuova figura della visitatrice fascista (una sorta di antesignana della successiva assistente sociale, che di fatto risponde direttamente al partito); la loro attività si sviluppa attraverso l'erogazione di sussidi in denaro e natura, a carattere discrezionale, sulla base di criteri di selezione di natura morale e politica (Ibidem). Da ricordare che l'assistenza erogata dallo Stato fascista risponde ad un'esigenza di controllo del consenso e dell'ordine pubblico, più che alla volontà di risolvere problematiche di ordine strutturale(Giumelli, 1994); infatti, gli stessi aiuti elargiti si configurano come azioni di sostegno a carattere residuale e per questo modesto, proprio per la limitatezza del finanziamento che ricevono(finanziamento proveniente dal Ministero dell'Interno), si tratta soprattutto di generi alimentari come latte, pane, riso, patate, fagioli, quelli che vengono definiti “viveri a secco”(Giorgi, Pavan, 2021).

Con la caduta del Duce e la nascita della Repubblica Sociale italiana nel 1943, viene creato un istituto complementare a quello dell'Eca, il quale di fatto viene svuotato delle sue funzioni che vengono trasferite ai nuovi Enti comunali di assistenza fascista, gli Efca, ma la loro vita è breve a causa di una serie di fattori, tra cui le difficoltà collegate alla guerra e il disordine nell'attribuzione di competenze(Ibidem).

Al termine del secondo conflitto mondiale sono presenti in Italia circa 7804 Enti comunali di assistenza, il cui finanziamento dipende ancora dal Ministero dell'Interno, continuando ad occuparsi di assistenza generica verso le persone in stato di povertà o bisogno, secondo criteri discrezionali e di stampo paternalistico, eredi di una cultura dominata dal familismo e dal maschilismo (Ibid; Fargion, 2009). Parallelamente ai Comuni che possiedono un elenco dei poveri assistiti affisso in modo pubblico, gli stessi Eca hanno un elenco di persone assistibili, molto spesso diverso da quello del Comune e forniscono a loro volta il cosiddetto “libretto di assistenza”, in cui vengono riportate le prestazioni ricevute (Giorgi, Pavan, 2021). Alle persone iscritte nei suddetti elenchi in via teorica dovrebbe spettare solo l'assistenza generica di cui si è parlato, ma nella realtà tali istituti si devono occupare anche di altri compiti in modo concorrente con altri Enti nazionali (Ibidem).

Ciò che caratterizza la maggior parte degli Eca sul territorio nazionale è: la scarsità delle prestazioni in denaro e natura, le forti differenze territoriali, i mezzi a disposizione, i criteri assistenziali, le elevate spese di amministrazione e le irregolarità contabili(in riferimento a quest'ultimo punto sono noti numerosi episodi di commissariamento di Eca in diverse Regioni d'Italia)(Ibid; Siusa).

Nonostante le numerose criticità sopra elencate, alla soglia degli anni '60 gli Eca, che sono circa 40.000, continuano a costituire il punto di riferimento dal punto di vista assistenziale per più di 2.5 milioni di cittadini italiani (Giorgi, Pavan, 2021).

Dopo questa breve panoramica sul contesto in cui si è venuto a costituire e ad affermare l'Ente comunale di assistenza quale istituto con in capo il settore dell'assistenza verso le persone in difficoltà, soprattutto economica, comprendente la figura della persona anziana in stato di povertà, che ancora una volta è oggetto di assistenza in quanto povero; si è rivelato interessante compiere una ricerca empirica di carattere storico, attraverso la consultazione dell'Archivio di Padova, che ha una sezione dedicata al materiale documentale dell'Eca di Padova, attivo a partire dal 1937 fino al 1

luglio 1978.

Esso è composto da due sezioni principali: nella prima sono contenuti documenti relativi all'amministrazione(gli atti in stretta relazione con l'ordinamento dell'Ente, gli affari che riguardano l'ufficio, la costituzione dell'Ente, la nomina degli amministratori, le deliberazioni, i concorsi, le nomine, le sospensioni e i provvedimenti al personale, nonché tutti gli atti d'indole amministrativa inerenti alle Opere Pie concentrate nell'Ente); al patrimonio e alla finanza(relativi alla provenienza e consistenza patrimoniale dell'Ente e delle Opere Pie amministrate, le variazioni dovute alle vendite, permutate, acquisti ed altro riguardante il patrimonio e tutti quegli atti che riguardano l'ufficio ragioneria ed i servizi di tesoreria dell'Ente) e all'economato(forniture di combustibili, commestibili, effetti lettereschi, ecc.). Nella seconda sezione è presente la documentazione relativa all'assistenza concreta fornita dall'Eca; qui si trovano soprattutto i fascicoli familiari personali degli assistiti, in ordine cronologico e registrati all'interno del foglio paga contenuto nel fascicolo stesso (Miatello, 2000).

Attraverso l'analisi della documentazione relativa alle forme di assistenza erogate, è possibile affermare che la principale modalità è costituita dai sussidi destinati ai singoli e alle famiglie; i quali, al fine di ottenere un aiuto, devono presentare il certificato di stato anagrafico di famiglia, il certificato di residenza e la domanda di assistenza nella quale viene specificato il tipo di aiuto ricevuto che poteva essere in denaro, ma anche in buoni pasto, in brande, coperte, lenzuola, vestiti, o constare nel riscatto di pegni(Ibidem). All'interno dei fascicoli delle persone assistite sono presenti anche le relazioni scritte ad opera dell'impiegato amministrativo non specializzato, ma anche dell'assistente sociale incaricato della pratica, che in questo caso presentano la dicitura "diagnosi psico sociale", che comprende anche la visita presso il domicilio al fine di appurare il reale o meno stato di bisogno(Ibidem).

I fascicoli relativi all'assistenza sono stati rinvenuti e mantenuti in tre blocchi distinti: il primo è formato da 279 faldoni contenenti i fascicoli familiari degli assistiti in ordine alfabetico che coprono un arco di tempo che va dal 1943 al 1966; il secondo è formato da 80 faldoni contenenti i fascicoli familiari degli assistiti molto probabilmente ancora inseriti nello schedario corrente, dal momento che, diversamente dai primi, i fascicoli sono stati trovati sciolti, non raccolti in faldoni e ordinati secondo un numero progressivo, che coprono un arco di tempo che va dal 1944 al 1975.

Infine, il terzo blocco è formato da 21 faldoni contenenti i fascicoli familiari degli assistiti, ordinati in ordine alfabetico e coprono un arco di tempo che va dal 1944 al 1976(Ibid).

Alla luce del materiale presente e soprattutto dell'assenza di indicazioni o diciture sulla tipologia di persone destinatarie di assistenza, si è provveduto, attraverso il raffronto tra la data di nascita dei soggetti e della data di presa in carico, ad individuare quelle persone che per età potevano configurarsi come anziani bisognosi di aiuto; i faldoni analizzati appartengono al secondo blocco del fondo archivistico contenente il materiale documentale dell'Eca, dato che è quello che contiene i fascicoli personali delle persone destinatarie di assistenza.

Proprio perché non è possibile sapere a priori la fascia d'età a cui appartengono i beneficiari di assistenza, si è provveduto a visionare numerosi faldoni, all'interno dei quali sono stati estratti i destinatari di assistenza con un'età superiore ai 65 anni al momento della segnalazione presso l'Eca. Sono stati selezionati in modo rappresentativo: 35 casi per gli anni 1945-1959; 40 casi per gli anni 1960-1969; 32 casi per gli anni 1970-1975.

Lo scopo dell'indagine è quello di mettere in luce la modalità di erogazione delle prestazioni/interventi a favore delle persone anziane in un contesto locale come quello del Comune di Padova, in un periodo storico compreso tra il 1945 e il 1975, in cui l'assistenza alle persone anziane in stato di necessità, in quanto povere, è demandata all'Ente comunale di assistenza;

verranno di seguito presentate una serie di considerazioni, a partire dai singoli casi, mettendo in luce i tratti distintivi della “presa in carico” tipica di quegli anni.

2.3.1 Essere anziano e bisognoso ai tempi dell'Eca di Padova

L'Archivio comunale di Padova contiene numeroso materiale documentale relativo all'attività dell'Eca, che vi è stato riversato dopo la cessazione della sua esistenza; i numerosi faldoni contenenti i fascicoli personali degli assistiti non sono suddivisi per fascia d'età, bisogno o altro criterio (almeno apparentemente, forse quell'ordine aveva un significato per gli addetti ai lavori, che a noi non è dato sapere).

Non potendo conoscere anticipatamente la tipologia di utenza inserita in un dato faldone, si è dovuto procedere all'analisi sistematica di ogni fascicolo personale presente, utilizzando come riferimento principale per effettuare una scrematura rispetto al resto la data di nascita della persona e la data di inizio della pratica.

I faldoni analizzati sono trentacinque, scelti secondo un criterio di casualità, quelli che contengono materiale utile alla ricerca sono trentatré; i numeri sono: 757-758-760-761-762-763-766-770-889-938-939-970-971-988-1012-1013-1021-1028-1029-1038-1050-1058-1062-1089-1093-1101-1108-1118-1119-1127-1128-1129-1137.

Ogni faldone contiene una media di quaranta fascicoli personali, sono stati vagliati, quindi, circa un migliaio di fascicoli personali, che come detto precedentemente riuniva tutte le tipologie di assistiti, di questi ne sono risultati utili ai fini della ricerca 107, perché riferibili a persone anziane.

A partire da questa operazione è stato possibile estrapolare i fascicoli personali contenenti la tipologia di utenza oggetto dell'indagine, ossia le persone in età anziana, la cui età è ricompresa tra i 65 e gli 84 anni di età al momento della "presa in carico"; un primo elemento rilevante, quindi, è dato proprio dalla mancanza della dicitura persona anziana, nel senso che a parte la data di nascita, l'unico elemento che conferma che la persona è anziana è dato da diciture del tipo: "data l'età ben poco può fare" o "licenziato per raggiunto limite di età".

La tipologia di utenza "persona anziana" è qualcosa di abbastanza recente, perché almeno fino al 1975 (data ultima dei fascicoli analizzati) non viene fatto uso di questa terminologia o parole simili, tanto che, gli interventi di cui sono destinatari si collocano all'interno di una macro area dell'assistenza che si configura come generica, non specifica rispetto alle esigenze e ai bisogni di quella data fascia di età.

A questo proposito, per le tipologie di interventi adottate nei loro confronti, si può evincere come l'assistenza pubblica verso le persone anziane si collochi all'interno dell'Ente nella vasta area dell'assistenza al povero; infatti, la persona anziana non viene assistita in quanto anziana, ma perché povera, indigente e potenzialmente come elemento disturbante dell'ordine sociale.

L'assistenza alla persona anziana ha, quindi, anche una connotazione di controllo sociale, nel momento in cui vengono infranti i dettati di legge sulla mendicizia; interviene, infatti, la prefettura o il sindaco nel segnalare all'Eca l'esistenza di una situazione problematica in cui i protagonisti sono anziani, nel momento in cui vengono colti per l'ennesima volta nell'atto di compiere l'elemosina nelle zone del centro città(vedi foto 1).

Ma quale tipologia di assistenza ricevevano le persone in età anziana che si rivolgevano all'Ente comunale di assistenza?

Il tipo di aiuto, che si colloca all'interno delle misure dell'assistenza generica, è dato sia da prestazioni monetarie come il sussidio, il sussidio per fitto o il riscatto pegno, sia da prestazioni in natura e materiali come vestiario(scarpe, taglio cappotto, maglione), letterecchi(coperte, lenzuola), farmaci, viveri a secco, razioni calde, minestre, latte; a queste due principali forme di intervento si vanno ad aggiungere l'istituto dell'asilo notturno e dell'alloggio gratuito(vedi foto 2) .

Per nessuno dei periodi analizzati è stato possibile identificare un profilo tipo della persona anziana che accede alle misure di assistenza dell'ente; per quanto riguarda il genere sembrerebbe sempre

esserci una quota maggiore di donne rispetto agli uomini che richiedono assistenza.

Riguardo allo stato civile, la situazione è delle più diversificate: coppia anziana coniugata con figli, coppia anziana coniugata senza figli, coppia anziana non coniugata, vedovi/e, anziani soli mai coniugati, coppia di anziani fratelli mai coniugati o in cui uno dei due è vedovo/a.

Dai casi analizzati emerge come la principale risorsa per la cura sia data dai familiari conviventi, in particolare la figlia o la nuora, infatti molti anziani in coppia o a seguito della vedovanza si spostano presso il nucleo della figlia/o sposato/a; in alcuni casi si è in presenza di un nucleo allargato preesistente alla condizione anziana, cioè i figli/e coniugati/e continuano a vivere presso l'abitazione di origine. La capacità di cura che i figli possono offrire al familiare anziano dipende anche dalla disponibilità economica, perciò sono frequenti i casi in cui non solo la persona anziana è assistita dall'ente, ma anche il nucleo familiare del figlio o figlia è a carico dello stesso.

Appare chiara una situazione di scarsa mobilità sociale, in quanto la condizione di povertà accompagna fino a tre generazioni all'interno della stessa rete familiare, ciò si evince chiaramente soprattutto nei casi relativi agli anni tra il 1945 e il 1960; a questo proposito si sono rivelati interessati almeno trenta casi relativi al periodo sopra indicato, in cui il genitore anziano a seguito della vedovanza, già a carico dell'Eca da molti anni(quindi già prima del raggiungimento dell'età anziana) si è spostato nella casa del figlio/a sposato/a con figli, che versa in condizione economiche problematiche e che per questo è seguita dall'Ente, in cui a loro volta i nipoti in età da lavoro sono inoccupati o occupati saltuariamente e pertanto oggetto di assistenza anche loro.

La situazione di improvvisa vedovanza o malattia importante costituiscono fattori precipitanti che inducono a richiedere l'aiuto dell'Ente comunale di assistenza, ma in alcuni casi la persona al verificarsi di tali episodi è già all'interno del circuito dell'assistenza.

Questo è il caso, ad esempio, di un signore, negli anni '70, che dopo una vita caratterizzata da ricoveri presso l'ospedale psichiatrico (proprio per questo già in carico all'Ente), una volta raggiunta l'età anziana, viene dimesso ed è in attesa di essere ricoverato alla casa di riposo (vedi foto 3).

Ciò che appare uguale e immutato attraverso la disamina dei casi nell'arco temporale che va dal 1945 al 1975 è la modalità operativa dell'ente e la sua impostazione di fondo; nell'arco di trent'anni lo stesso modulo di richiesta di assistenza non subisce modifiche e si possono rilevare nella parte di valutazione dell'addetto l'uso delle stesse espressioni presenti in altri casi, di anni anche di molto precedenti, come se fossero frasi standard o cristallizzate nella pratica dell'addetto amministrativo. Per quanto riguarda l'orientamento operativo sembrerebbe sopravvivere una certa impostazione di stampo fascista, categorizzante, di controllo e di condanna della condizione di povertà; come si è detto la persona anziana riceve aiuto e assistenza in quanto povero, quindi si colloca dentro alla categoria di povero, in ragione di ciò può essere meritevole o meno, il primo caso riguarda ad esempio gli invalidi di guerra o chi ha subito gravi infortuni sul lavoro, nel secondo chi non riesce a lavorare o presenta delle patologie, che all'epoca non sono ancora identificabili come malattie(ad esempio, abuso di alcool o droghe, malattie mentali).

In particolare, ciò che emerge in maniera dirompente è la lettura del bisogno non in chiave scientifica, ma moralistico-stigmatizzante, cioè la persona viene ritenuta responsabile del suo stato di bisogno, anche in relazione ad una valutazione discrezionale della sua condotta morale(i requisiti di una buona o cattiva moralità non sono esemplificati); infatti, nello stesso modulo di richiesta di assistenza all'Ente è presente la dicitura "moralità", a cui può corrispondere la risposta: sì, no, buona, cattiva.

Due casi emblematici di quanto affermato sono quelli relativi ad una signora in carico all'Ente già nel 1946 e di un'altra signora in carico dal 1953; nel primo la signora viene presentata come ragazza madre, che ha avuto un figlio da padre ignoto, in alcuni passaggi viene indicato come

“bastardo”, quest’ultimo è un reduce di guerra, ex prigioniero in India, che manifesta evidenti problemi psichici, che con le conoscenze attuali possono essere ricondotte ad un disturbo da stress post-traumatico, ma che all’epoca sono stati identificati in termini di ritardo cognitivo(minorato); il figlio non può aiutare la signora, per le problematiche di cui soffre ed ella è presentata come donna “dedita al vino”(vedi foto 4). Nel secondo caso la signora vive con i genitori anziani, cui presta assistenza e cura, è sposata, ma il marito è in carcere per una condanna per contrabbando; proprio per questo viene presentata come una situazione di scarsa moralità, alla voce moralità si trova scritto “no”.

Proprio, in riferimento al carattere moralistico e paternalistico, che caratterizza l’operato dell’ente, vi sono due elementi importanti rinvenuti nei fascicoli personali, ossia degli scritti in cui il parroco della persona anziana bisognosa “raccomanda” di fornire un aiuto, in quanto veramente povera, quasi a testimonianza della bontà dello stato di povertà(vedi foto 5); a questi, si aggiungono gli scritti degli stessi assistiti, che scrivono o di mano propria o con l’aiuto di altri, chiedendo “umilmente” di ricevere quanto chiesto, quasi come una supplica rivolta all’autorità(vedi foto 6). In uno stesso fascicolo personale sono state rivenute anche quattro o cinque lettere di supplica all’Eca, a significare che periodicamente la persona doveva fare atto di sudditanza e pregare nuovamente per un aiuto.

Si è in una situazione in cui l’assistenza chiaramente non è un diritto, ma una concessione, una sorta di carità legale, data l’esiguità dei sussidi e degli aiuti e della mancanza di un’effettiva progettualità che consenta di superare il mero assistenzialismo; lo stesso articolo 27 del Regolamento dell’Eca esplica chiaramente come gli interventi dell’istituto abbiano l’obiettivo di elevare moralmente e spiritualmente le persone assistite (vedi foto 7).

Va sottolineato, che nonostante la nascita del servizio sociale si collochi al termine del secondo conflitto mondiale, è solo a partire dagli anni ’60 che gli assistenti sociali riescono ad entrare a pieno titolo all’interno dell’Eca e degli altri istituti di assistenza e beneficenza, ma il loro ruolo si svolge in maniera parallela e disgiunta rispetto a quello dell’impiegato amministrativo che si occupa in via principale delle richieste di assistenza. Infatti, gli stessi articoli 29 e 30 del Regolamento Eca spiegano chiaramente che gli incaricati della verifica dei requisiti economici e morali sono le cosiddette visitatrici/ visitatori, comuni cittadini con questa qualifica (non si trovano riferimenti al percorso formativo di tali figure), che devono poi compilare le schede di richiesta di assistenza (vedi foto 8); di fatto la gestione dell’assistenza è in mano a delle figure amministrative e non tecniche.

La mancanza di preparazione specifica del personale presente all’interno dell’Ente, si rileva nell’uso di un linguaggio etichettante, pregiudizievole e limitativo del reale bisogno della persona; ogni relazione dell’addetto segue una specifica scaletta: condizione ambientale, condizione lavorativa e condizione morale. I termini più utilizzati nella descrizione degli ambienti fisici di vita sono: *discreto, modesto, povero, misero*; riguardo al vestiario: *vestono male, vestono decente*; riguardo alla condizione lavorativa: *si muove a stento, lavora poco, ben poco può fare data l’età, lavora saltuariamente, completamente inabile, invalido, non è mai stato assicurato e non è pensionabile, da anni non esercita nessuna attività proficua, scarse possibilità economiche, aspetto economico scarso, condizioni economiche mediocri, vivono stentatamente, situazione economica scarsa, misere condizioni*; infine, riguardo alla condizione morale, diffuse sono espressioni come: *ritenuti bisognosi di aiuto, ritenuti di scarso bisogno, conosciuti come bisognosi, iscritti all’elenco dei poveri, marito poco di buono, capofamiglia sempre a letto, minorato, anormale, malaticcio, non ha buona salute, di salute malferma, malandati con la salute*.

La persona anziana, che per problematiche connesse all’età richieda assistenza all’Eca, si trova di fatto a subire un giudizio di valore che si configura come pregiudizio e condanna o assoluzione

morale; non sono solo gli anziani privi dei contributi per maturare la pensione a ricorrere all'assistenza dell'Ente, ma anche anziani che godono di pensioni di vecchiaia, di invalidità, di guerra o perché ex profughi, ma l'ammontare della misura non risulta sufficiente se rapportata al costo della vita.

Sono soprattutto i familiari a farsi carico dell'assistenza dell'anziano non autosufficiente, ma vi sono casi in cui il ricovero in struttura risulta l'unica soluzione percorribile, cioè quando l'anziano è solo o ha un coniuge che non può garantire assistenza perché a sua volta presenta delle problematiche e quando anche in presenza di familiari, essi non possono assumersi l'onere della cura o perché la persona anziana presenta un quadro sanitario non gestibile solo in ambito familiare. Il ricovero in struttura avviene tramite il Comune, che rimborsa le rette delle persone indigenti e proprio perché le case di riposo non hanno un collegamento con l'Eca, nei fascicoli personali risulta evidente come il momento del ricovero corrisponda con la chiusura della pratica.

Il quadro descritto sinora non riguarda uno specifico periodo di tempo tra quelli analizzati, ma tutto il trentennio, come se il sistema dell'assistenza pubblica gestito dall'Eca si fosse congelato e fosse rimasto immutato; l'Eca di Padova nasce durante l'epoca fascista, in cui la condizione per ricevere assistenza o aiuto era quella di essere fedele al credo politico del partito e in cui gli interventi sono gli stessi che di fatto continuano ad essere erogati nel corso dei decenni successivi.

Lo stesso riferimento all'interno del Regolamento alla figura della visitatrice è un chiaro riferimento alla figura che il partito fascista aveva previsto all'interno dell'Eca, quale soggetto abilitato ad occuparsi dell'erogazione dell'assistenza; da notare come rimanga in uso il "libretto dell'assistenza", in cui vengono riportati tutti gli aiuti che la persona riceve (vedi foto 9), corrispettivo della tessera del povero rilasciata dal comune.

Nonostante nel 1949 si sia sviluppata la volontà di omogeneizzare le varie realtà degli Eca presenti nel territorio, di questo si ha testimonianza anche grazie ad uno scritto del Segretario Capo dell'Eca di Padova (vedi foto 10), di fatto si è continuato ad utilizzare l'impianto operativo del periodo fascista.

L'aiuto economico costituisce il principale intervento sulla persona anziana, ma non c'è una programmazione dell'intervento e un accompagnamento; tutto si riduce all'intervento economico sulla singola persona. A questo riguardo si è cercato di razionalizzare il sistema dell'erogazione dei sussidi introducendo il concetto di minimo vitale (vedi foto 11), ossia la soglia di retto minimo al di sotto della quale si ha diritto alla prestazione monetaria; rimane comunque l'ammontare irrisorio dei sussidi, non in grado di sostenere adeguatamente il bisogno.

Si può cogliere una lieve mutazione del corso di azione a partire dalla metà degli anni '70, quando dopo l'istituzione delle Regioni e le prime strategie di gestione decentrata dell'assistenza, comincia a diffondersi una nuova concezione della centralità della persona, del suo bisogno e inizia ad affermarsi l'importanza della domiciliarità come intervento da favorire rispetto all'istituzionalizzazione; a questo riguardo sono stati rinvenuti dei documenti con intestazione della Regione Veneta a cui era stata fatta richiesta di sussidio straordinario (vedi foto 12).

Nelle cartelle relative agli anni 1973-1974-1975 sono presenti delle relazioni di diagnosi psicosociale elaborate dall'assistente sociale in carico presso l'Eca, in cui però si evince come la sua funzione sia del tutto ancillare rispetto all'apparato amministrativo dell'Ente, dal momento che di fatto non gode di autonomia professionale, perché non può attuare nessun tipo di intervento e di conseguenza di presa in carico, di fatto può concentrarsi unicamente sulla relazione interpersonale con la persona, che in un contesto di residualità assume tratti vocazionali-caritatevoli (vedi foto 13). Oltre allo spazio di relazione, l'unico aspetto su cui si concentra il suo lavoro è la situazione economica, mirata ad aiutare la persona nel dispiego, all'interno del vasto mondo previdenziale, delle pratiche per richiedere una qualche forma di pensione (vedi foto 14).

Del tutto assente si rivela il lavoro di rete, in quanto la centratura è sul caso; un esempio di ciò, lo si può evincere dalla relazione effettuata da un'assistente sociale dell'ospedale geriatrico, che in riferimento ad un paziente anziano solo, prossimo alle dimissioni, ma che chiaramente non può vivere nel suo contesto di vita, dal momento che si trova in uno stato di abbandono totale, afferma la necessità di un intervento del comune per il ricovero in una struttura e l'erogazione momentanea di un sussidio da parte dell'Ente per far fronte alle necessità fino al momento di ricovero (vedi foto 15). Si può evincere, quindi, che la sua collocazione all'interno dell'Ente comunale di assistenza non determini nessun cambiamento nella gestione dell'assistenza pubblica alla persona anziana, dal momento che costituisce solo un'appendice del complesso apparato amministrativo-burocratico dell'Ente.

380

REPUBBLICA ITALIANA
PREFETTURA DI PADOVA

N. 5080 Div. Gab. 10 Dicembre 1960

Risposta a nota N. _____
 del _____ IO

OGGETTO: Sig. [redacted] Giovanni, qui residente in Via G. Prati n.6 : Richiesta assistenza.

AL SIG. PRESIDENTE DELL'ENTE COMUNALE
 DI ASSISTENZA DI
PADOVA

Con l'unito esposto in data 1 dicembre corr.m. il nominato in oggetto si è rivolto a questa Prefettura invocando, in relazione ad asserite particolari precarie condizioni economiche in cui versa, la concessione di un particolare aiuto assistenziale.

Per ogni conseguente eventuale provvedimento di competenza, si segnala la richiesta alla S.V. con preghiera di opportune comunicazioni all'interessato anche in merito all'azione da parte di questo Ufficio cui l'esposto è indirizzato.

Qualora il caso segnalato dal Sig. [redacted] fosse meritevole di particolare considerazione, vorrà V.S. segnalarmelo, con le dovute informazioni, a questo Ufficio, il quale intanto, resta in attesa di un cortese riferimento in merito.

19 DIC. 1960

IL PREFETTO

REPUBBLICA ITALIANA
PREFETTURA DI PADOVA

N. 1347 Div. Gab. Add. 12 aprile 1965

Risposta a nota N. _____
 del _____ IO

OGGETTO: Sig. [redacted] Giovanni residente a Padova, Piazza Petrarca, 9 - Richiesta assistenza.

AL SIG. PRESIDENTE DELL'E.C.A. DI
PADOVA

Il Sig. [redacted] Giovanni si è rivolto a questa Prefettura invocando, in relazione ad asserite particolari precarie condizioni economiche in cui versa, la concessione di uno speciale sussidio.

Per i provvedimenti di competenza, si segnala la richiesta alla S.V. e si resta in attesa di un cortese riferimento in merito.

IL PREFETTO

15 giugno 1972

Prefetto di Padova

Egregio Dottore,

La Sig.na Amelia [redacted], qui residente in Via Savonarola n.61/bis, ha chiesto la concessione di un sussidio straordinario, trovandosi in particolari condizioni di bisogno.

La prego di voler esaminare con la migliore attenzione l'opportunità di accogliere tale richiesta e di favorirmi cortesi notizie.

La ringrazio vivamente e Le invio i migliori saluti.

(A. Chiesi)

dr. Gaetano Romanelli
 Commissario Prefettizio
 dell'Ente Comunale di
 Assistenza di
PADOVA

E.C.A. DI PADOVA
 Prot. 690
 21-GIU-1972
 Cat. 3 Cl. 6
 Fasc. 5 Cart.

18 giugno 1973

Prefetto di Padova

Caro Romanelli,

mi vengono rivolte vive autorevoli sime premure a favore della Signora Lina [redacted], residente a Padova in Via Castello n. 2. La famiglia dell'interessata versa in condizioni economiche quanto mai disagiate per i limiti di una modesta pensione di cui fruisce il marito quale ex dipendente del Comune capoluogo e per la malattia del figlio Maurizio attualmente ricoverato in un sanatorio.

Nell'impossibilità di attuare interventi diretti, Le segnalo calorosamente il caso per ogni possibile assistenza e per le notizie che al riguardo vorrà favorirmi.

più cordiali saluti, mi creda

(A. Chiesi)

dott. Gaetano Romanelli
 Commissario prefettizio dell'E.C.A.
PADOVA

E.C.A. DI PADOVA
 Prot. 1135
 25-GIU-1973
 Cat. 3 Cl. 6
 Fasc. 5 Cart.

FOTO1

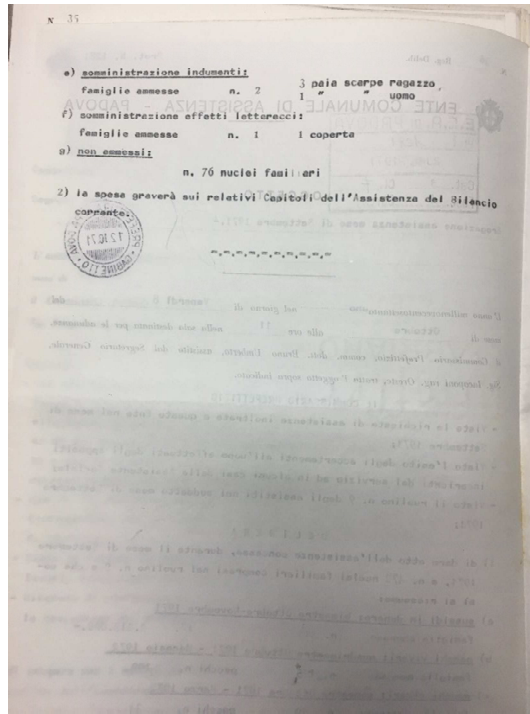
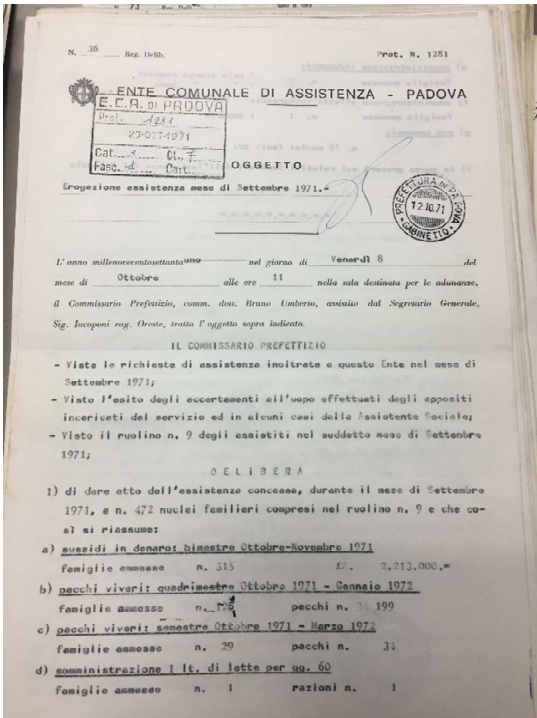


FOTO 2

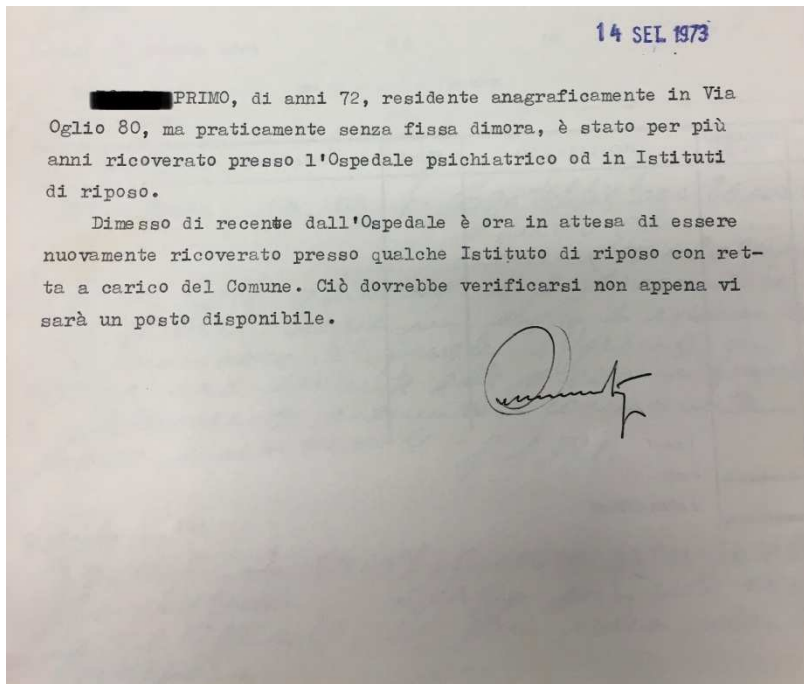


FOTO 3

F. F. N. ~~181~~ 2213

Casato e nome del capo famiglia: [redacted] nato a Padova il 1895

Residente in Via S. C. San Piero, abitante in Borsanello

Assistenza richiesta scarse Condizioni di salute p. g. professione donna

Moralità S. in regola con l'affitto S. e se in arretrato da quale epoca p. g. canone mensile 500

motivi per i quali viene richiesta l'assistenza p. g. bisogno

possiede beni immobili no propri o di affini S. siti S.

disoccupato da quale data S. percepisce sussidio S. in quale misura S.

fino a quale data S. cartellino di disoccupazione N S.

occupato presso quale Azienda o Ente (*) domestica a ore

con l'assegno mensile di L. quindicinale di L. 4.000 in settimanale di L. 2000 c.

di pensione S. di quale natura Int. Soc. in misura di L. 4.000 in cat. J. O. libretto N. 37

COMPONENTI FAMILIARI (Casato, nome, rapporto di parentela, età)	CONDIZIONI DI SALUTE	OCCUPAZIONE se disoccupato indicare cartellino	GUADAGNI	MORALITÀ	Ente e persone ai quali l'informatore si deve rivolgere Parroco, Conferenza S. Vincenzo Uffici Comunali, Assistenti Sanitarie, Levatrici ed altri
[redacted] - p. - 1914 -	p. g.	6628/14-12-50	500 p. g.	S.	abitano in locale di affitto molto povero, letti al coperto - <u>vestono male</u> <u>la via è molto al vento</u> <u>e sarebbe loro meritato</u> <u>La scarse però sono state chieste dal figlio, il quale risulta l'indigeno - detto lavoro al cantiere - la - da notare che è un po' minorato e di ill...</u>

FOTO 4

PARROCCHIA S. GIUSEPPE
PADOVA

18- II - 1953

Spett. Ente Comunale Assistenza,

Mi permetto di raccomandare vivamente alla vostra beneficenza, per le pittoresche condizioni in cui versa, la famiglia di [redacted] Maria e [redacted] che ha assoluto bisogno di essere soccorsa.

Con distinti ossequi

Obbl. mo per il parroco
Don Antonio Dalbante
Vicario di S. Giuseppe





FOTO 5

168

PARROCCHIA S. M. di MANDRIA
PADOVA

19. 4. 58

Certifico che [redacted] e
 Agnolo Costantini sui nepoti sono in
 gravissime Condizioni: leonardi -
 Li raccomando alla Carità -
 In fede: Scalone
 Parroco



Parrocchia Priorale di S. Benedetto

Padova, li 6. 6. 55
 Tel. n. 21-223

A ll'ECA di
 PADOVA

Raccomando vivamente per l'assistenza la
 poverissima [redacted]
 abitante in via Savonarola 109, vita sola,
 sempre malaticcia.
 Ringrazio e ossequio.

IL PRIORE PARROCO di S. BENEDETTO
 (P. D. Antonio Micheli)

Parrocchia Priorale di S. Benedetto

Padova, 16-XI-56

all'ECA di Padova

Raccomando per il soccorso
 le poverissime
 [redacted]
 vd. Tedeschi
 di via Savonarola 109 -
 Suo padre e moglie -
 Delle
 Edentini




FOTO 5

Padova 21 Ottobre 1952

Spett. Ente Comunale di Assistenza, Via Degli Obizzi Città

Il sottoscritto [redacted] fu Luigi abitante a Voltabarozzo, Via del Cristo n. 86, chiede a cotesto Spett. Ente C. di Assist. un sussidio giornaliero di viveri a secco, non godendo di nessun altro aiuto e trovandosi in condizioni di assoluta indigenza. Nella fiducia che la presente sia benevolmente accolta, ringrazia e si sottosegna.

devmo Agostini Marco, Via del Cristo 86

[redacted]

FOTO 6

Padova, 11 maggio 1955

Spett. Amministrazione E.C.A.

Padova

La sottoscritta [redacted] fu Luigia domiciliata in Strada Vittorio Veneto N. 55 ed in possesso dell'Elenco Poveri N. 13 fa domanda affinché le venga concesso il Caro pane.

Date le sue condizioni assai disagiate nutre fiducia che questa sua domanda sia benevolmente accolta e anticipatamente ringrazia ed ossequia.

[redacted]

E.P. # 13

N. 5080-206
66-5-12-960

PREFETTURA DI
CANTÙ
D. C. 50

Prefetto

Le dure condizioni finanziarie
non sempre peggiora, la pensione e
supra quella (L. 1896) così due mesi L. 500.
d'importo - Anni prima con la moglie si
quadravano qualche cosa, ora mio mo-
sore non è più in grado di lavorare (83 anni)
da circa 3 anni e mezzo, fui colpito da
infarto cardiaco e al mio cardiaco, in
maniera che oggi sono un povero infermo
Mia moglie gode di un piccolo rustico
L. 1500. così due mesi dalla P.C.A. e qual-
che cosa dalla San Vincenzo

Mura

... proprietari di una bellissimo
... la guerra distrisse il 11 marzo
... vendemmo la terra -
... io preti L. 3000.000 quella cor-
... che comperò la terra ne prete
... stato come contributo più di 6
... milioni in trenta anni, vendette il
... attuale, ed ebbe subito L. 3 milioni
... - Si si troviamo in queste condi-
... zioni, non è per caso nostra una beati-
... la guerra, chi dalla guerra si arricchì, e
... che cadde in miseria -
... Pido Prefetto se ci potete aiutare
... ne sarei sommamente grato

Mandi pure persona di suo fiducia
a vedere e constatare se è tutto vero
augurandole ogni bene = grazie!
Uno dei
[Redacted]

Sia G. Proti = b =
Padova

FOTO 6

Spett.le Ente Comunale Assistenza


di Padova

Con viva preghiera mi permetto di fare detta domanda perché mi sia concessa il caro pasc, trovandomi nella più nera miseria, avendo mio marito in carcere per terminare la multa subita per contrabbando.

In più io sempre ammalata di t. br. polmonare, ed avendo quattro tenere creature da mantenere. Io non ho nessuno che possa guadagnare qualche cosa. Prego questo Spett.le Ente di voler esaminare questa mia domanda in quali situazioni io possa trovarmi.

Con grande speranza che questa mia domanda sia bene accolta

Anticipatamente ringrazio.


Via Luigi Dolterio 2/62

Padova

Padova 6-2-1953

FOTO 6

Tali Commissioni hanno competenza unicamente per la particolare forma di assistenza loro attribuita ma con funzioni estese a tutto il territorio del Comune.

Art. 25 - Valgono per le Commissioni speciali di assistenza le stesse norme, in quanto applicabili, stabilite per le Commissioni Assistenziali di Zona. Per quanto riguarda la nomina dei componenti e del Presidente di ciascuna Commissione, si applicano parimenti le disposizioni stabilite per le Commissioni Assistenziali di Zona.

Art. 26 - Tutte le Commissioni, e cioè tanto le Commissioni Assistenziali di Zona, quanto le Commissioni speciali, per l'erogazione dei sussidi di importo superiore alla cifra che verrà stabilita dall'Amministrazione devono ottenere il nulla-osta da parte della Presidenza dell'Ente.

Art. 27 - Le Commissioni Assistenziali fanno in modo che lo svolgimento delle pratiche avvenga con la massima sollecitudine, giacchè la l'efficacia dell'assistenza concessa dipende essenzialmente dalla tempestività nell'adozione dei provvedimenti. Le Commissioni Assistenziali nelle loro decisioni si basano su un'accurata disamina delle diverse situazioni al fine fondamentale per l'assistenza, che i provvedimenti deliberati valgono a sovvenire le autentiche necessità del popolo, per dare possibilità a questo non solo di soddisfare i più elementari bisogni della vita ma anche di elevarsi moralmente e spiritualmente.

Art. 28 - E' in facoltà del Comitato di Amministrazione di costituire speciali Comitati, per la sorveglianza della distribuzione degli indumenti e delle altre merci che l'E.C.A. assegna a titolo assistenziale.

Art. 29 - Per gli accertamenti circa le condizioni economiche e familiari dei ricorrenti, l'Ente si vale dell'opera di cittadini e di cittadine a ciò espressamente delegati con la qualifica di visitatori e visitatrici. Detti collaboratori, non appena ricevute dall'Ufficio centrale e dall'Ufficio di Zona le istanze del ricorrente, provvedono con sollecitudine alle indagini del caso. Con particolare cura va controllato lo stato di disoccupazione dei ricorrenti e a tal fine è richiesta agli assistiti l'esibizione delle tessere di disoccupazione.

Art. 30 - Appena raccolte tutte le necessarie informazioni, i visitatori e le visitatrici le trascrivono nella parte a ciò riservata nel modulo di istanza del ricorrente e ritornano le domande così completate agli uffici assistenziali da cui le hanno ricevute.

Mod. Ass. 12

ENTE COMUNALE DI ASSISTENZA DI PADOVA

Tessera N. **703**

Maggiorazione trattamento assistenziale

Iscrizione elenco assistiti N. **5347**

Persone eventi diritto N. **1**

Cognome e nome del Capofamiglia
XXXXXXXXXX

Abitante in via

Data del rilascio

DATA DEI PAGAMENTI

Marzo Settembre

Giugno Dicembre

FOTO 9

Federazione Italiana Autonoma Dipendenti Enti Locali
 (F. I. A. D. E. L.)
 ROMA - Via Zucchelli, 16 - ROMA
 Telefono 48-919

La Presidenza

N. 943 di prot. ROMA.21 Dicembre 1949

Risposta a nota

OGGETTO:

Caro Meloni,

come ti avevo promesso, non appena è stato stampato il regolamento tipo per la provincia di Bergamo da me compilato ed aggiornato anche con le disposizioni della legge 8 Marzo 1949, n°99, te ne invio una copia perchè tu lo possa confrontare con lo schema del regolamento tipo degli E.C.A. da voi predisposto (e una copia del quale è in mia mano).

Tale schema di regolamento, come ti dissi, non mi sembra eccessivamente perfetto; ti pregherei, quindi, di esaminare la possibilità di unificare quello a stampa che ti allego con lo schema predetto.

Così il progetto di regolamento sarebbe a posto.

Per quanto riguarda la tabella tipo potremo basarci su quella concordata per la Lombardia e pubblicata nel n°10 de "La Nostra Voce".

Sappimi dare, comunque, il tuo parere.

Auguri fervidissimi a te e famiglia e saluti affettuosi.

très affectueux
 Emanuele Bergomi

Egregio Signor Rag. MELONI MANLIO
 Segretario Capo dell'E.C.A. di
 P A D O V A

FOTO 10

X 7 Reg. Delib.
N. 155 di Prot.

SCADE IL
21 MAR 1978

ENTE COMUNALE DI ASSISTENZA - PADOVA

OGGETTO
Esame della misura del "minimo vitale" per l'anno 1978.

L'anno millesettecentottanta otto, nel giorno di Giovedì 9 del mese di Febbraio alle ore 20,30 nella sala destinata per le adunanze. Presso esaurimento delle formalità prescritte dalle vigenti disposizioni di legge, vennero oggi convocati in seduta i Membri del Comitato di Amministrazione e vi intervennero i Signori:

PRESE	ASSI	PRESE	ASSI
1. DE POLI GIUSEPPE	X	8. FERRARETTO EMANUELA	X
2. RAZZAN GIOVANNI	X	9. GIACON BRUNO	X
3. BONVICINI FRANCO	X	10. GOMLERO ORAZIO	X
4. CALAPAJ GIOV. GIULIO	X	11. MANCA PEPPINA	X
6. GIOFFREDI FRANCESCO	X	12. SILVELLO SILVERIO	X
7. FEDETTO NEDDO	X	13. TONTINI VINCENZA	X
7. FAVERO ROBERTO	X		

Assiste il Segretario Generale sig. Iacoponi rog. Oreste.

Il Presidente sig. DE POLI, avv. GIUSEPPE riconoscendo legge l'adunanza dichiarata aperta la seduta e mette in trattazione l'oggetto sopra indicato.

IL COMITATO

Richiamata la propria precedente deliberazione in data 7 Febbraio 1976, n. 19 con la quale vennero stabilite a decorrere dal 1 Marzo 1976 le seguenti quote del "Minimo vitale":

1 persona	£. 58.000,=	6 persone	£. 150.000,=
2 "	87.000,=	7 "	162.000,=
3 "	110.000,=	8 "	178.500,=
4 "	127.500,=	9 "	185.000,=
5 "	139.000,=	10 "	196.000,=

tribunale dall'Ente;

insiste, comunque, sulle applicazioni della nuova misura del minimo vitale proposto, in quanto, pur con gli aumenti dei minimi pensionabili, la nuova misura permetterebbe di continuare ad assistere una parte degli attuali beneficiari che altrimenti verrebbero a perdere l'assistenza.

Conclude assicurando che seppure la convenzione economica con il Comune andrà in vigore, il minimo vitale ora proposto sarà immediatamente riesaminato al fine di elevarlo a £. 102.000,= secondo gli accordi.

La Sig.ra Tontini propone sia costituita una Commissione per esaminare i criteri attualmente usati per erogare l'assistenza, nonché la tecnica di indagine per accertare le necessità e i bisogni degli assistiti.

Tale proposta è accolta ed unanimità, e l'indagine viene affidata dal Presidente alla Commissione assistenza composta dall'avv. De Poli, rog. Bonvicini, Sig.ra Manca.

Il prof. Calapaj, il quale insiste affinché sia mantenuto il minimo di Lire 58.000,= ip quantita, non avendo finora il Comune versato l'acconto per l'attuazione della Convenzione economica, non vi sono i presupposti per un aumento della suddetta quota, considerata anche le modeste disponibilità del Bilancio corrente per tale tipo di assistenza.

Nessun altro avendo chiesto la parola;

Con voti unanimi, espressi per alzata di mano

DELIBERA

a) di coal determinate, per i motivi considerati, le nuove quote del "minimo vitale":

1 persona	£. 90.000,=	6 persone	£. 233.000,=
2 "	135.000,=	7 "	251.000,=
3 "	171.000,=	8 "	269.000,=
4 "	198.000,=	9 "	287.000,=
5 "	216.000,=	10 "	305.000,=

b) di stabilire che, a causa della mancanza di adeguati mezzi finanziari, gli assegni assistenziali ordinari calcolati in applicazione del nuovo "minimo vitale" vengono corrisposti nella misura percentuale ridotta al 60%, cioè in relazione alle effettive disponibilità di Bilancio.

- che in relazione alle disponibilità di bilancio detti assegni assistenziali ordinari vengono tuttora erogati nella misura percentuale ridotta al 70%;

- Considerato che tali quote riportate agli aumenti degli indici del costo della vite si dimostrano insufficienti a soddisfare i bisogni fondamentali delle famiglie degli assistiti così da rendere necessario un adeguamento delle stesse;

- Tenuto presente che in riferimento alle convenzioni per l'assistenza economica Comune - ECA di Padova il "minimo vitale" avrebbe dovuto essere elevato a £. 102.000,= per una persona ed aumentato del 20% per ogni persona a carico;

- Ritenuto però che tale convenzione non ha ancora avuta pratica attuazione a causa del mancato adempimento del Comune agli obblighi essanti;

- Considerato, comunque, nell'attesa di dare inizio al suddetto nuovo tipo di assistenza economica, assolutamente necessario adeguare, per quanto possibile il minimo vitale all'aumento del costo della vita, pur tenendo presente la disponibilità di bilancio, e ciò, anche in considerazione delle pensioni, sia sociali che previdenziali, dal 1 Gennaio decorano hanno subito un incremento percentuale di aumento;

- che le nuove quote del "minimo vitale" potrebbero essere così determinate:

1 persona	£. 90.000,=	6 persone	£. 233.000,=
2 "	135.000,=	7 "	251.000,=
3 "	171.000,=	8 "	269.000,=
4 "	198.000,=	9 "	287.000,=
5 "	216.000,=	10 "	305.000,=

- Ritenuto, per necessità di bilancio, di erogare i suddetti nuovi assegni assistenziali nella misura percentuale ridotta al 60% del loro ammontare;

- Dopo ampia discussione cui partecipano tutti i presenti;

- sentiti, in particolare, gli interventi dei seguenti Consiglieri: l'avv. Sezzan il quale chiede che la quota attuale sia elevata a £. 102.000,= pur limitandone per il primo semestre corrente, la erogazione al 70% per necessità di bilancio. Posteriormente al 1° Luglio D.V., con il trasferimento delle funzioni dell'Ente al Comune, sarà quest'ultimo a predisporre i mezzi finanziari occorrenti a fronteggiare le necessità del 2° semestre dell'anno in corso.

Ove ciò non fosse possibile ritiene debba essere presa in considerazione la eventuale alienazione del patrimonio, così che con la rendita del ricavato sarebbe possibile reperire i mezzi atti a finanziare l'assistenza economica.

Il Presidente assicura che tale suggerimento sarà preso in considerazione quando il Comitato in una prossima riunione esaminerà tutta la situazione.

Letto, confermato e sottoscritto

IL PRESIDENTE L. avv. Giuseppe De Poli

I MEMBRI

L. Razzan L. Giacom
L. Bonvicini L. Manca
L. Calapaj L. Silvello
L. Gioffredi L. Tontini
L. Favero L.
L. Fedetto L.

IL SEGRETARIO GENERALE L. rog. Oreste Iacoponi

Capia conforme all'originale per uso amministrativo.
Padova, il 27.2.1978

IL PRESIDENTE **IL SEGRETARIO GENERALE**

RELAZIONE DI PUBBLICAZIONE

Il presente verbale viene pubblicato all'albo nel giorno di addì del mese di

senza opposizioni

Padova, il **IL SEGRETARIO GENERALE**

CERTIFICATO DI ESECUTIVITÀ

Si certifica che lo stesso deliberazione è stata trasmessa in data 27.2.1978 al Comitato Regionale di Controllo - Sezione di Padova - e nei suoi confronti non sono intervenuti provvedimenti di annullamento, revoca o sospensione, di cui agli artt. 67 e 68 della Legge 10/1/53, n. 62, nei termini prescritti, per cui è DIVENTATA ESECUTIVA.

Padova, il 25 marzo 1978

IL SEGRETARIO GENERALE

FOTO 11

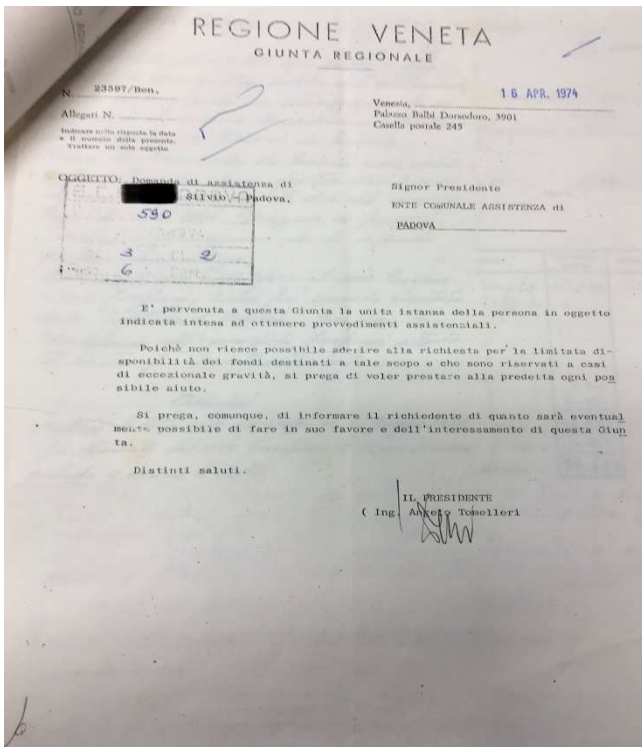
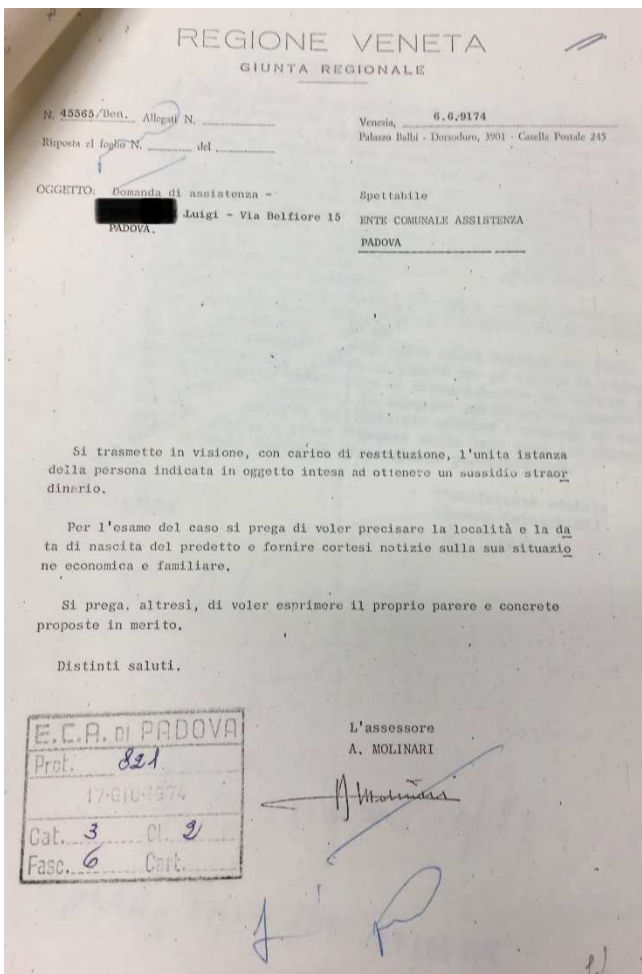


FOTO 12



Case "████████████████████"

2° Visita - 2 DIC. 1959

DIAGNOSI PSICO-SOCIALE

Senza stata, per la seconda volta, dalle mie clienti; mi hanno ricevuta con molta cordialità e simpatia. Le ho informate del mio interessamento presso l'E.C.A. e soprattutto che la loro condizione verrà sottoposta ad una accurata considerazione. Sempre con le dovute discrezioni ho cercato di sapere se usufruiscono di qualche aiuto, anche per la loro "viveri", ma la loro risposta è stata negativa in quanto soffrono, come già ho detto, di una forma piuttosto grave di celite.

Mi hanno detto che subito dopo la morte del figlio non sentivano molto il loro disadattamento economico in quanto avevano da parte qualche risparmio, ma con il trascorrere del tempo queste gruzzole è venute meno fino ad esaurirsi completamente. Mi hanno tante pregate di non abbandonarle e di ricordarsi sempre di loro. Mi hanno molto ringraziate per la mia premura e per il mio interessamento.

PIREGA DI TRATTAMENTO

Per il momento la mia opera sembra essere compiuta. In ogni caso cercherò di procurarmi una risposta definitiva dall'E.C.A. e di dare una parola di conforto e soprattutto di speranza alle mie clienti.

Milani

FOTO 13

STATO DI FAMIGLIA

398/47I

Sorella Francesca ved. [redacted]

: n. 1875 , professione casalinga , ha la pensione per i ciechi civili di L. 12.000 mensili.

Sorella Antonia

: n. 1880 , professione casalinga ,
(riceve dall' E.C.A. un sussidio di L. 2000 Ogni due mesi.)

MOTIVO DELLA RICHIESTA

Le state di bisogno, aggravate dalla cecità della signora Francesca e da una grave forma di artrite della signorina Antonia.

DESCRIZIONE AMBIENTALE

Sono stata ricevuta, molto cordialmente, in una piccola cucina .
Il mobilie si riduce ad una tavola alquanto tarlata, quattro sedie un pò sgangherate , una vecchia credenza; in un angoles si trova l'acquaias , sopra al quale, appese ad alcuni chiodi , poche pentole ben pulite.
La stanza era abbastanza riscaldata e nel complesso era ben tenuta.

ANAMNESI FAMILIARE

La signora Francesca , fine a quindici mesi fà , era mantenuta , assieme alla sorella Antonia , dal proprie figlie . Ora questi è morte , ed essendo sposate ben due figlie, la pensione spetta alla moglie . La madre e la zia quindi non usufruiscono di alcuna vantaggio .

DIAGNOSI PSICO-SOCIALE

Da quelle che ho capite e da come stanno le cose , a queste persone non è per niente sufficiente l'aiute devalute dall' E.C.A. Una maggiorazine ,sette forma sempre di danare riuscirebbe a cambiare la loro posizione e a risolvere moltissimi problemi; non possono nemmeno ricevere quel sussidio di generi alimentari che sempre l'E.C.A. passerebbe in quanto sefferenti di celite .

TRATTAMENTO

Minformerò presso l'Ente Comunale di Assistenza se c'è possibilità di una eventuale maggiorazione ed inoltre cercherò di aiutare queste due mie clienti anche da un punto di vista morale. in quanto sono molte abbattute e depresse.

*Vedere se col nuovo anno i fameli si appesantiscono con
sussidio mensile di L. 2.500-*

Int. Amf

FOTO 13

RELAZIONE

I coniugi vivono in un alloggio di condizioni modestissime sia strutturali che di arredamento. Il capofamiglia é pensionato ma le sue condizioni fisiche sono assai precarie e abbisogna di continue cure giornaliere perchè affetto da parestesi e cardiopatia ipertensiva. Deve fare tre iniezioni al giorno e retribuire un'infermiera che si reca a domicilio. La moglie é impossibilitata ad aiutare il marito in quanto affetta da artrite alle gambe che la costringono a camminare appoggiata ad un bastone. Hanno un figlio sposato con tre figli di cui uno sofferente di cardiopatia per cui le sue condizioni economiche non gli permettono di aiutare in modo sostanziale i genitori.

I coniugi sono persone molto dignitose e trovano un'umiliazione dover chiedere assistenza, tuttavia é motivata dalle condizioni del capofamiglia.

Un sussidio straordinario da parte della Regione non trova a mio avviso giustificazione in quanto non si tratta di risolvere una situazione momentanea di disagio, mentre si ritiene più opportuna l'erogazione di un sussidio continuativo, compatibile con le disponibilità dell'Ente, per aiutare i coniugi ad essere autosufficienti e poter rimanere nella loro casa (vi abitano da vent'anni) finché le forze glielo permetteranno.

L'assistente sociale
(~~Bianca~~ Rebeschini)

B. Rebeschini

6/7/74

Handwritten signature and scribbles

Totale L. 107.155
- Imp. 85.000
Reddito netto L. 102.650

11 LUG. 1974

7/190

N° 511 - 32/3 - 1974

11 LUG 1974

FOTO 13

CASO [REDACTED] ANNA

4623/209

VIA DEI CANOZI 33

MADRE VED.

[REDACTED] ANNA VED. [REDACTED]

1893

CASALINGA PENSIONATA

FIGLIA VED.

[REDACTED] MARIA VED. [REDACTED]

1913

DOMESTICA

AFFILIATA

[REDACTED] I FRANCA

1947

STUDENTE

MOTIVO DELLA RICHIESTA: STATO DI BISOGNO.

-7 GEN. 1981

17 MAR. 1981

DESCRIZIONE AMBIENTALE: La famiglia [REDACTED] abita in un bel quartiere con villette tutte nuove. La casa, che non è di loro proprietà nè in affitto (a quanto pare), si presenta bene ed anche all'interno è bella e ordinata.

(Non è chiara la situazione dell'abitazione: proprietà-affitto?)

ANAMNESI FAMILIARE: La SIG. [REDACTED] fino a tre anni fa abitava a Vicenza dove 12 anni prima aveva affilito la piccola Franca che contava allora 12 giorni. Il marito era minatore in Belgio dove morì alcuni anni fa. La nonna vive con la figlia e la nipote che va a scuola (prima commerciale).

DIAGNOSI PSIGOSOCIALE: Il problema da risolvere è per ora quello economico. Alla bambina mancano i pantaloni per la ginnastica e le scarpette da tennis. La sig. lavora solo saltuariamente perchè ammalata di fegato. Non è in possesso di tessera per le marche assicurative (come le era stato consigliato per avere prima la pensione.)

PROPOSTE PER TRATTAMENTO: Informarsi presso altri Enti (C.N.M.I., E.N.A.O.L.I., PROVINCIA) per ottenere aiuti dato che tra poco termina l'assistenza E.C.A. Vedere se si può sollecitare la pratica per la pensione della sig. Nardi.

Allo [REDACTED] al reddito familiare

Int. [REDACTED]

FOTO 14

- 2 DIC. 1959

CASO [REDACTED] ANNA 4623/209 VIA DEI CANOZZI 33

23-NOVEMBRE--: Mi sono recata dalla sig. [REDACTED] per darle alcune informazioni riguardo alla domanda all'E.C.A. da ripetersi entro gennaio. La informai riguardo alla assicurazione della sig. [REDACTED]: con l'essere assicurata non intralcia la pratica della pensione. Chiesi se il marito avesse lavorato anche in Italia, come mi aveva consigliato il dottr. Giuliano, e ne ottenni risposta negativa.

Chiesi ancora se avevano fatto la domanda per la pensione di reversibilità appena avvenuto il decesso o se era trascorso parecchio tempo prima che la presentassero. Mi rispose che il marito avrebbe dovuto venire in Italia già pensionato (45.000£) ma che era morto prima della fine della pratica e che loro avevano subito fatto la domanda.

PROPOSTE PER IL TRATTAMENTO:

Andare all'I.N.P.S? per vedere se si può affrettare la pratica della pensione della sig. [REDACTED].

Continuerò a tenermi in contatto con la famiglia per tenerla informata intorno all'avanzare della pratica.

FOTO 14

Padova, li 29/11/1974

Al Signor Presidente
ENTE COMUNALE ASSISTENZA
P A D O V A
=====

Si fa presente la situazione del Signor [REDACTED] LINO nato ad Albignasego il 14/11/1914 e residente a Padova in Via Bronzetti, 55 attualmente ricoverato presso questo Ospedale Geriatrico dal giorno 5/10/1974 a carico del Comune di Padova.

Da accertamenti effettuati risulta che il paziente vive solo, in un ambiente malsano, senza riscaldamento; non svolge attualmente alcuna attività, l'unico introito economico è costituito da £.3.000 (tremila) mensili elargiti dall'Ufficio Assistenza del Comune di Padova.

Al momento del ricovero il paziente era in condizioni di nutrizione e di igiene personale particolarmente scadenti; attualmente è notevolmente migliorato e di conseguenza è imminente la dimissione, ma a giudizio del medico di reparto, è prevedibile che il paziente non riuscirà a mantenere l'attuale benessere fisico se non potrà godere di una sufficiente alimentazione e di adeguate condizioni ambientali.

Tale situazione in data 11/11/1974 è stata sottoposta all'Assessorato agli Interventi Sociali del Comune con notevole urgenza purtroppo però fino ad oggi la pratica non è stata esaminata anche se più volte sollecitata.

Essendo ormai imminente la dimissione del paziente, si fa espressa richiesta a Codesto Ente affinché possa almeno temporaneamente provvedere con un aiuto economico, alle primarie necessità della persona.

Con la certezza che tale richiesta venga esaminata ed accolta, si ringrazia anticipatamente.

Assistente Sociale

Marisa Luisa Pelfin

Capitolo 3

Politiche pubbliche e bisogni degli anziani...

Come si è visto nei precedenti paragrafi, la questione relativa ai bisogni di cura e assistenza delle persone in età anziana è un ambito che solo in anni piuttosto recenti ha potuto ottenere attenzione e una qualche tipologia di risposta, ciò grazie al fatto di essere diventata a pieno titolo una questione di forte rilevanza sociale, in quanto connessa ad una serie di rischi sociali, che non possono più essere ignorati (Saraceno, 2021; Pugliese, 2011; Ascoli, 2011).

Si è andato così costituendo nel tempo un complesso sistema di risposte a protezione degli anziani, fatto sia di interventi economici che di servizi alla persona; questo sistema assume la denominazione di Welfare State (Pavolini, 2004; Pugliese, 2011; Saraceno, 2021).

Ai fini di questa trattazione il concetto di welfare state verrà considerato nella sua accezione “ristretta”, ovvero si analizzeranno, in maniera generale, quelle politiche sociali specifiche per il settore qui considerato, cioè la dimensione degli anziani, al fine di esaminare il passaggio da una concezione della vecchiaia come rischio individuale o al più familiare ad una di rischio sociale meritevole della tutela da parte dello Stato (Saraceno, 2021). Infatti: “Perché si possa parlare di welfare state, e non semplicemente di una qualche forma di protezione sociale, occorre che lo Stato assuma in modo sistematico la responsabilità per la soddisfazione dei bisogni fondamentali dei suoi cittadini, configurando un insieme di diritti sociali” (Ibidem).

Prima di passare alla disamina dell’evoluzione normativa che ha caratterizzato il settore dell’assistenza sociale e sanitaria verso le persone anziane, è necessario partire da qualche concetto guida, perciò: cosa si intende per politica pubblica? Che cos’è una politica sociale? Cos’è l’assistenza sociale?

Una politica pubblica indica un determinato corso di azione intrapreso da un sistema politico al fine di affrontare e risolvere uno o più problemi di carattere collettivo; in quest’ottica, allora, una politica sociale indica un sottoinsieme di corsi di azione, che un sistema politico decide di intraprendere per risolvere una o più questioni di natura sociale, al fine di raggiungere uno o più obiettivi relativi al benessere dei cittadini (Ferrera, 2019). Importante, è ricordare anche quanto affermano Heidenheimer, Hecllo e Adams, quando sostengono che una politica pubblica può essere, allo stesso tempo, una “decisione deliberata di inazione”, qualora un sistema politico si rifiuti di affrontare una certa questione.

A partire da questa enunciazione ci si può spingere ad affermare che una politica sociale è un corso di azione che mira a definire norme, standard e regole relative all’attribuzione di determinate risorse e opportunità ritenute molto importanti per le condizioni di vita di una persona e per questo meritevoli di garanzia da parte dello Stato (Ibidem). Marshall ben definisce questo insieme di norme, standard e regole con il concetto di cittadinanza sociale, come qualcosa di cui la persona è destinatario solo per il fatto di essere un cittadino dello Stato.

Quindi, una politica sociale è, anche, un corso di azione che vuole organizzare in modo concreto la produzione e la distribuzione delle suddette risorse e opportunità (Ferrera, 2019).

Parlare di politica sociale significa introdurre anche i concetti di bisogno e di rischio, infatti, con il termine bisogno si indica la mancanza di qualcosa che può essere sia materiale che immateriale, mentre il rischio rappresenta la possibilità che si presenti un bisogno nel momento in cui si verificano determinate possibilità di vita (Ibidem).

Una politica sociale, pertanto, si configura come un tentativo di risposta ad un bisogno presente o che potrebbe verificarsi a seguito di una situazione di rischio; le più considerevoli politiche sociali

che forniscono una risposta ai bisogni della popolazione anziana sono: le politiche pensionistiche, le politiche sanitarie e le politiche di assistenza sociale(Ibid).

Le politiche pensionistiche riguardano il rischio della vecchiaia connesso alla perdita della capacità lavorativa, le politiche sanitarie riguardano il rischio di malattia, infine le politiche di assistenza sociale riguardano una serie di bisogni e di rischi i cui confini sono più evanescenti come la perdita dell'autonomia personale e la povertà economica (Saraceno, 2021; Ascoli, 2011; Gori, et al., 2014). Alla luce di quanto affermato finora, risulta condivisibile la definizione diffusa in ambito accademico e politico di politica sociale, come stato del benessere o welfare state, attraverso cui lo Stato si assume la responsabilità di proteggere il cittadino in caso di rischio e bisogno (Ferrera, 2019).

Come si vedrà di seguito, storicamente i bisogni di reddito sono quelli ad aver ottenuto attenzione e soddisfazione prima degli altri, infatti il sistema previdenziale è stato oggetto di maggiori investimenti rispetto a quello assistenziale, che di fatto si è caratterizzato per una notevole immobilità e residualità (Saraceno, 2021; Dal Pra Ponticelli, 2010; Gori, et al., 2014; Giorgi, Pavan, 2021). Infatti, basta pensare alle pensioni, che rappresentano proprio un primo tentativo di dare una risposta ai bisogni di reddito dei lavoratori anziani licenziati e non più assunti (Saraceno, 2021).

Letteralmente la parola “assistenza”: “[...] deriva dal latino *ad sistere* e connota l'azione di stare vicino a qualcuno per aiutarlo, soccorrerlo o altrimenti giovargli” (Ferrera, 2019).

Se si intende l'azione di assistenza come l'azione di soccorso rivolta ad individui che sono, in maniera temporanea o permanente, impossibilitati a risolvere autonomamente la propria condizione di bisogno, si può affermare che essa non si discosti molto dai concetti di carità o beneficenza, in cui vi è una forte asimmetria tra assistito e benefattore e l'elargizione dell'aiuto avviene sulla base di valutazioni discrezionali di merito (Ferrera, 2019; Giumelli, 1994; Neve, 2008).

L'assistenza sociale, invece, si differenzia dalla generica assistenza proprio per la natura degli interventi che mette in atto, i quali discendono da atti normativi che stabiliscono dei diritti, passando così da interventi discrezionali caritatevoli a interventi in termini di esigibilità dei diritti sociali (Ferrera, 2019).

Le politiche di assistenza sociale si configurano come un insieme di interventi che mirano a risolvere o ridurre le condizioni di bisogno, attraverso l'uso di prestazioni monetarie e di servizi sociali; in particolare, l'accesso ai servizi sociali è aperto a tutti(salvo il caso in cui sia richiesta una quota di compartecipazione al costo dell'intervento), mentre per le prestazioni in denaro è previsto l'accertamento della condizione economica della persona che ne fa richiesta(Ibidem).

L'evoluzione delle politiche in materia assistenziale può essere suddivisa artificialmente in tre generazioni: la prima generazione, in particolare in Italia, ha visto un ruolo preponderante della Chiesa cattolica nella gestione dell'assistenza alle persone bisognose/povere, attraverso le sue istituzioni caritatevoli, caratterizzate da un atteggiamento di matrice paternalistica, che vedono nella condizione di bisogno una colpa della persona e che compiono, di fatto, un distinguo tra povero meritevole e non meritevole(Ascoli, 2011).

La seconda generazione di politiche, che grossomodo corrisponde all'inizio dell'800, vede lo Stato iniziare ad interessarsi delle condizioni di bisogno della popolazione, che si traduce: “[...] nella secolarizzazione dell'assistenza e nell'istituzionalizzazione dei diritti di chi versa in condizioni di bisogno”; si caratterizzano per misure di natura passiva, un esempio è dato dal sussidio monetario preceduto dalla prova dei mezzi (Ibidem).

Infine, la terza generazione di politiche riguarda quelle attuate a partire dagli anni '80, a seguito di profonde trasformazioni legate ai nuovi rischi sociali come l'invecchiamento della popolazione e la crisi socio-economica (Ibid).

Nei prossimi due paragrafi, verranno analizzate le principali politiche pubbliche afferenti ai tre

pilastri principali che forniscono protezione e tutela alle persone in età anziana, suddividendole in due periodi: fine '800- anni '60 e anni '70- anni 2000.

3.1 ...dalla seconda metà dell'800 alla fine degli anni '60 del Novecento

La prima legge italiana in materia di assistenza sociale si può identificare con la legge 753/1862 che istituisce presso ogni ente comunale le Congregazioni di Carità, ovvero gli organi titolari dell'assistenza pubblica generica verso i bisognosi, ma nonostante questo tentativo di laicizzare il sistema assistenziale, esso di fatto continua ad essere rappresentato dal sistema delle Opere Pie, cioè quelle istituzioni di beneficenza privata di matrice cattolica, che si affiancano e sono preesistenti alle congregazioni, proprio perché di fatto l'assistenza a partire dal Medioevo è appannaggio degli enti ecclesiastici cattolici (Giumelli, 1994; Ferrera, 2019). Infatti, fino a quel momento lo Stato ha dimostrato un totale disinteresse verso la gestione dell'assistenza sociale pubblica, creando di fatto un vuoto, in cui gli enti religiosi si sono inseriti per cercare di dare risposta ai bisogni delle persone in difficoltà, tra cui gli anziani indigenti; gli interventi in questo ambito sono di fatto caratterizzati da ampia discrezionalità, assenza di programmazione statale e predilezione per l'istituzionalizzazione (Da Roit, 2001).

Con la legge 6972/1890, nota come Legge Crispi (dal nome del suo promotore), si ha un tentativo di riforma organica del complesso sistema delle Opere Pie, al fine di recuperare risorse da investire nell'assistenza e alle quali viene attribuita personalità giuridica pubblica, allo scopo di sottoporle ad un maggior controllo pubblico, venendo inoltre rinominate Ipb (Istituti pubblici di beneficenza); la legge stabilisce, inoltre, che le Ipb a carattere elemosiniero confluiscono nelle Congregazioni di Carità, mentre le altre rimangono formalmente autonome, anche se sottoposte al controllo amministrativo del prefetto (Da Roit, 2001; Giorgi, Pavan, 2021). Viene introdotto il principio del domicilio di soccorso, in base al quale deve essere stabilito il Comune chiamato ad intervenire nel fornire assistenza, nel caso in cui Ipb e Congregazioni non siano in grado di farlo, stabilendo che, se anche quest'ultimo titolato a farlo non fosse in grado, in via residuale dovrebbe farlo lo Stato (Da Roit, 2001). I Comuni, inoltre, sono responsabili tra le altre cose dell'assistenza sanitaria verso i poveri attraverso la figura del medico condotto e della distribuzione ai poveri dei farmaci atti a prevenire le cosiddette malattie sociali (Ibidem).

A partire dalla fine dell'800 sulla scia dell'esempio tedesco, anche in Italia inizia ad affermarsi il sistema dell'assicurazione sociale obbligatoria, che va a costituire un universo frammentato e confuso di categorie di lavoratori destinatarie di una qualche tutela nei confronti dei maggiori rischi sociali, tra cui appunto, la vecchiaia (Ferrera, 2019). Un primo tentativo di offrire una qualche garanzia dai rischi connessi alla vecchiaia, anche se con un'ottica categoriale, si ha con la legge 350/1898, che istituisce la Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e la vecchiaia per gli operai, la cui iscrizione avviene su base volontaria (Ibidem).

Si dovrà attendere la legge 603/1919 per l'istituzione dell'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia, che va ad estendere le tutele anche ad ulteriori categorie di lavoratori, non è più una misura volontaria e non è un'esclusiva del mondo industriale; di fatto, però, esclude tutte quelle persone che non appartengono ad una delle categorie di legge (Giorgi, Pavan, 2021).

L'avvento del fascismo segna un ulteriore punto di svolta, poiché per la prima volta la questione dell'assistenza sociale diviene oggetto di politiche pubbliche, caratterizzandosi per una serie di tratti che avranno importanti effetti fino ai giorni nostri, tra questi la frammentarietà, la settorialità, l'ottica corporativo-clientelare (Da Roit, 2001). Gli interventi in materia assistenziale hanno un chiaro carattere propagandistico, volto ad ottenere il consenso e il controllo delle masse, proprio in un'ottica di controllo viene attuato un tentativo di fascistizzazione degli enti locali e delle Ipb, infatti nel 1923 vengono emanati una serie di provvedimenti che di fatto pongono l'amministrazione delle Congregazioni di Carità e delle Ipb nelle mani del Ministero dell'Interno, con potere di scioglimento delle stesse; le Ipb vengono rinominate Ipb (Istituzioni pubbliche di

assistenza e beneficenza)(Ibidem). Nonostante la volontà di ottenere il controllo dell'ampio universo delle Ipab, di fatto, il governo Mussolini deve arretrare, limitandosi a controllare le sole Congregazioni di Carità; lasciando inalterato l'operato delle altre Ipab, ovvero quelle che perseguono compiti diversi dall'assistenza generica (Ibid). Un'importante legge di matrice fascista si ha con la 847/1937, che istituisce in tutti i comuni gli Enti comunali di assistenza(Eca), che sostituiscono le Congregazioni di Carità(appropriandosi dei suoi beni), quali organi deputati all'assistenza generica, con un ruolo complementare a quello delle Ipab; viene enfatizzato un approccio di intervento basato sulla categorizzazione delle persone assistite, tanto da configurarsi come una sorta di strumento per la schedatura delle persone indigenti(Da Roit, 2001).

Il finanziamento di tale ente si basa sulla contribuzione generale, attraverso addizionali sui tributi statali, provinciali e comunali (Ferrera, 2019). Importante è fare riferimento al sistema previdenziale in epoca fascista, infatti, a seguito della denuncia di molti pensionati circa le difficili condizioni di vita cui devono far fronte con delle pensioni esigue, il governo fascista decide di mettere mano al sistema previdenziale con una riforma complessiva realizzata con r.d.l. 636/1939(Giorgi, Pavan, 2021).

Con la fine del secondo conflitto mondiale, il settore dell'assistenza sociale rimane pressoché immutato, perché anche se sulla carta, con la Costituzione, vengono sanciti in linea di principio una serie di diritti che si configurano come diritti sociali, nella realtà, non avviene una parallela azione di riforma del settore; si continua a privilegiare il settore previdenziale, come principale sistema di risposta ai bisogni della persona anziana (Da Roit, 2001; Ferrera, 2019).

La Costituzione italiana rappresenta il tentativo di separare in modo più netto l'assistenza sociale e la previdenza e di effettuare un passaggio culturale dall'assistenza come carità all'assistenza come diritto, implicando un'azione direttiva da parte dello Stato; ciò lo si evince in modo particolare nella traduzione in articoli dei principi di protezione sociale (Da Roit, 2001; Giorgi, Pavan, 2021).

L'art.3 della Costituzione afferma chiaramente che la responsabilità principale dello Stato deve essere quella di eliminare le disuguaglianze sociali; l'art 38 afferma la necessità di tutelare i soggetti che si trovano in stato di bisogno, impossibilitati a soddisfare autonomamente i loro bisogni essenziali, al fine di garantire loro adeguate condizioni di vita; l'art. 32 ha ad oggetto il diritto alla salute intesa secondo l'accezione fornita dall'OMS nel 1946, che richiama una responsabilità dello Stato nel fornire strutture sanitarie a carattere universale e ad assicurare cure gratuite agli indigenti; infine, l'art. 117 stabilisce le competenze in capo allo Stato e alle Regioni, queste ultime in materia di sanitaria, ospedaliera e di beneficenza(Ibidem).

Nel 1945, tra gli interventi a carattere emergenziale in materia previdenziale, vi è la legge 177/1945 che istituisce il Fondo di integrazione per le assicurazioni sociali, volto ad assicurare un minimo di pensione e nel 1947 la legge 689/1947 istituisce il Fondo di solidarietà sociale volto a fornire un'ulteriore integrazione alle pensioni, introducendo un sistema finanziario a ripartizione e il principio di rivalutazione automatica delle pensioni (Ibid).

Precedentemente si è detto che il settore previdenziale è quello che riceve maggiore attenzione da parte dello Stato, infatti, con legge 218/1952 si tenta di riordinare tutta una serie di provvedimenti previdenziali di natura emergenziale, istituendo il Fondo per l'adeguamento delle pensioni(che sostituisce i due Fondi precedenti) e introducendo il trattamento di integrazione al minimo della pensione, ciò al fine di garantire che quest'ultima non possa scendere al di sotto di una cifra minima stabilita e crescente rispetto all'età del beneficiario, confermando anche il principio di rivalutazione rispetto al costo della vita(Ferrera, 2019).

Dal punto di vista della tutela della salute, accanto alle assicurazioni contro la vecchiaia e l'invalidità, si sono affermate quelle di malattia, il cui principio di base è uguale alle altre, cioè l'appartenenza ad una determinata categoria di lavoratori permette di avere accesso ad una specifica

Cassa Mutua, ovvero un ente assicuratore che copre le spese mediche; negli anni '50, circa un quarto della popolazione è sprovvisto di assicurazione sanitaria, perché non appartenente ad una delle categorie di legge(Giorgi, Pavan, 2021).

Con legge 296/1958, viene istituito il ministero della Sanità, un segnale importante della volontà di dare attuazione ad una riforma del complicato sistema sanitario allora presente in Italia; di fatto, però, le sue competenze risultano poco chiare, limitate e soprattutto emerge più che la possibilità di determinare il corso d'azione, quella di fornire delle semplici linee di indirizzo (Giorgi, Pavan, 2021).

Di fatto continua a permanere il sistema assistenziale presente durante la Seconda Guerra Mondiale, frammentato e basato sull'appartenenza a determinate categorie; vengono creati ulteriori enti previdenziali e assistenziali che vanno ad aggiungersi a quelli preesistenti contribuendo ad aumentare una confusione e sovrapposizione di attribuzioni (Ibidem; Da Roit, 2001).

Con l'avvento degli anni '60 sembra avvenire un risveglio della società civile, tale da portare i temi della sicurezza sociale all'interno dell'agenda istituzionale, il versante ancora una volta si focalizza sul versante previdenziale, con la riforma di legge 153/1969 che introduce la pensione sociale, garantendo un minimo vitale a chi si trova in una situazione di bisogno, attestata dalla sua condizione reddituale e privo dei contributi necessari per accedere alla pensione di vecchiaia, per tutti i cittadini con più di 65 anni e completamente a carico dello Stato(Ferrera, 2019).

Accanto al settore previdenziale, però, anche la questione sanitaria si impone all'interno dell'agenda politica, per poi passare a quella istituzionale, che porta alla legge 132/1968, che trasforma gli ospedali da Ipub a enti pubblici, stabilisce il diritto all'assistenza ospedaliera(che diverrà effettivo solo a partire dal 1974, con il trasferimento delle competenze in ambito ospedaliero alle Regioni), estende le funzioni degli enti ospedalieri, la partecipazione alla gestione ospedaliera da parte del personale sanitario, il trasferimento del potere di controllo e vigilanza al Ministero della Sanità e la suddivisione degli ospedali in zonali, provinciali e regionali(Ferrera, 2019; Giorgi, Pavan, 2021).

Un aspetto interessante della legge è costituito dal fatto che essa rinvia il decentramento di compiti e funzioni sanitarie alle Regioni, cioè a degli enti prefigurati dalla Carta Costituzionale, ma che di fatto non esistono ancora (Ferrera, 2019).

Dopo questa breve panoramica, si può affermare che mentre i settori previdenziale e sanitario sono oggetto di revisioni e riforme, sintomo di un interesse maggiore da parte dello Stato verso una certa tipologia di rischi sociali, il settore assistenziale, di fatto, si caratterizza per un forte immobilismo, frammentarietà, interventi categoriali e discrezionalità all'insegna di un atteggiamento paternalistico, ben lontano dal ricercare nella società le cause strutturali di molti bisogni delle persone indigenti, continuando ad adottare un'ottica moralistica nel fronteggiamento delle situazioni, di fatto in mano ad una miriade di enti comunali di assistenza sotto finanziati, non coordinati e soggetti a pratiche di tipo clientelare(Pavolini, 2004).

3.2 ...dalla fine degli anni '60 del Novecento agli anni 2000

Gli anni '50 e '60 sono caratterizzati da un forte immobilismo politico, cioè nonostante la presa di coscienza circa l'inadeguatezza dei sistemi istituzionali, i decisori politici scelgono di ignorare o di gestire con provvedimenti di natura emergenziale quelle urgenze sociali che non reputano meritevoli di attenzione, in primo piano vi è il sistema assistenziale (Pavolini, 2004).

Alle soglie degli anni '60, è bene ricordarlo, il comparto assistenziale è gestito in maniera pressoché egemonica dalla Chiesa cattolica(che di fatto ha ricevuto una delega informale ad occuparsi di una questione che non interessa allo Stato), attraverso le sue strutture assistenziale di matrice religiosa e dagli inefficienti e dispersivi Eca, caratterizzati sempre più spesso da casi di corruzione e malfunzionamento; numerosi tentativi si sono fatti a partire dalla fine della Seconda Guerra Mondiale al fine di cerca di riordinare la complessa e frammentaria materia dell'assistenza, tutti rimasti su carta, anche per la forte opposizione del mondo religioso che ha in gioco molti interessi economici(Giorgi, Pavan, 2021).

Sul finire degli anni '60, in particolare nel 1968, si apre una stagione di forte conflitto sociale, che coinvolge ogni ambito della vita sociale, che chiede una riforma a livello globale del comparto istituzionale, considerato classista, categoriale e di stampo autoritario; insomma, la popolazione civile si organizza per manifestare e chiedere che lo Stato si innovi, per avvicinarsi maggiormente ai suoi bisogni (Ibidem; Fargion, 2009). In particolare, questo malcontento riguarda il settore sanitario, che di fatto è ancora privo di un sistema universalistico che garantisca la salute come un diritto sociale inalienabile, e quello assistenziale, che di fatto si caratterizza per una forte tendenza all'istituzionalizzazione e al mantenimento di un approccio di matrice paternalistica, classificando le persone in stato di bisogno come meritevoli o meno (Fargion, 2009; Neve, 2008).

Sulla scia di queste rivendicazioni che chiedono servizi maggiormente vicini alle esigenze di vita delle persone e di superare le logiche caritatevoli nell'affrontare le situazioni di bisogno utilizzando un sistema di sussidi molto spesso inadeguato e inefficace, generatore di mero assistenzialismo; agli inizi degli anni '70 si avvia una stagione di riforme, volta a recuperare quel divario che caratterizza la situazione italiana, rispetto ad altri contesti europei, al fine di dare finalmente attuazione anche alle disposizioni prefigurate dalla Costituzione(Da Roit, 2001; Giorgi, Pavan, 2021).

Se fino a questo momento il corso di azione che il welfare state italiano segue si caratterizza per una gestione centralizzata, ora si assiste, invece, ad un'inversione di rotta con un progressivo passaggio ad una gestione decentrata; ciò è dovuto da un lato al sovraccarico dei governi centrali, oberati di istanze a cui non riesce più a dare risposta in un contesto di costi crescenti e di contrazione delle risorse, e dall'altro, dal fatto che il decentramento viene considerato una soluzione vantaggiosa al fine di garantire maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi pubblici(Ferrera, 2019).

Si affaccia un nuovo concetto guida per il sistema sanitario e assistenziale, ovvero, la territorializzazione degli interventi, intendendo con questo la concezione secondo la quale è necessario passare da un paradigma orientato all'istituzionalizzare della persona in stato di bisogno, ad uno che vede il contesto di vita in cui vive la persona come il miglior luogo in cui effettuare le azioni di cura; da luogo di origine del disagio e della difficoltà, esso può divenire fonte di soluzione e di gestione delle stesse(Ibidem; Dal Pra Ponticelli, 2010).

Il primo passo in avanti verso la riforma della gestione dei comparti sanitario e assistenziale si ha con la legge 281/1970 che istituisce le Regioni, tra l'altro previste con largo anticipo dall'art.117 della Costituzione, ma a cui non è mai stata data attuazione e il D.P.R. n. 9/1972, che stabilisce un primo trasferimento di competenze in materia di assistenza e beneficenza pubblica alle Regioni; di fatto, tale provvedimento, assieme agli altri decreti delegati collegati, non stabilisce dei principi guida o standard generali che i governi regionali o locali devono rispettare, affermando che essi

sarebbero stati fissati da legge nazionale al fine di garantire uniformità negli interventi territoriali(Ferrera, 2019).

Nel frattempo le Regioni, quindi, sono lasciate a loro stesse nell'attuazione dei servizi territoriali, la cui legislazione si configura in due tipologie: norme attuative di leggi statali e leggi emanate autonomamente dalle stesse; per quanto riguarda questo primo trasferimento delle competenze assistenziali, esse riguardano principalmente il mantenimento degli inabili al lavoro e il pagamento per le rette di ricovero degli anziani nelle case di riposo(Da Roit, 2001).

Questo primo passaggio riformatore se da un lato stimola la produzione normativa regionale in campo assistenziale, che in alcuni casi si rivela disorganizzata e disordinata, e la sperimentazione di nuove forme di intervento, dall'altro getta le basi per quella che negli anni successivi è destinata a diventare un'Italia divisa in due dal punto di vista dei servizi, tra Nord e Sud(Ferrera, 2019; Pavolini, 2004).

Un passaggio importante si ha con la riforma fiscale degli anni 1973-1974, che supera il precedente sistema fiscale basato sulle imposte indirette, introduce l'IRPEF e altre imposte dirette sul reddito, al fine di aumentare le entrate fiscali; purtroppo, il verificarsi di importanti fenomeni di evasione fiscale ha contribuito ad una riduzione delle entrate e alla crisi dei bilanci dello Stato che si sono verificati negli anni successivi, a cui, non è da dimenticare, ha contribuito soprattutto il sistema pensionistico, che si è caratterizzato per grossi sprechi di risorse(Giorgi, Pavan, 2021).

Si deve aspettare il D.P.R. n.616/1977, per assistere al completamento del processo di decentramento, con il trasferimento completo alle Regioni e ai Comuni di quelle funzioni amministrative in materia di beneficenza pubblica, assistenza sanitaria e ospedaliera ancora in mano allo Stato e agli altri enti pubblici (Ibidem). Ciò che si presenta come un importante elemento di novità è il ruolo centrale attribuito al Comune, quale ente titolare della gestione del settore assistenziale, attraverso il trasferimento ad un unico soggetto di tutta una serie di competenze prima frammentate tra una serie di soggetti diversi e la soppressione di una serie di enti parastatali nati durante il ventennio fascista; a quest'ultimo riguardo merita menzione la legge L.r. 9 marzo 1978, n. 23 che stabilisce la soppressione degli Eca e il trasferimento delle sue funzioni, competenze, personale e beni al comune in cui esso è inserito. (Ibidem; Da Roit, 2001).

Proprio grazie al completamento del processo di decentramento istituzionale, inizia ad affermarsi e a consolidarsi il settore dei servizi sociali, con particolare riferimento, in questo caso, allo sviluppo dei servizi domiciliari per le persone anziane (Ferrario, 2014).

Con l'istituzione delle Regioni e il trasferimento delle competenze stabiliti dai D.P.R. sopra citati, ha inizio quella che alcuni studiosi hanno definito la fase del Regionalismo italiano, ovvero della centralità che assumono le Regioni in quanto organi istituzionali autorizzati a legiferare in materia di assistenza sociale e sanitaria; ciò avviene come si è detto, in maniera differenziata e soprattutto con tempistiche diverse(Ibidem; Saraceno, 2021).

Ferrario(2014) compie una suddivisione in quattro fasi di questo fenomeno: la prima fase riguarda gli anni che vanno dal 1972 al 1978; la seconda fase riguarda gli anni dal 1979 al 1990; la terza fase riguarda gli anni che vanno dal 1990 al 1997 e infine la quarta fase riguarda il periodo che va dal 1997 al 2001.

Per quanto riguarda la prima fase oltre ai già citati interventi normativi che completano il processo di decentramento amministrativo, l'altro grande passaggio storico riguarda la legge 833/1978, che istituendo il Servizio Sanitario Nazionale(SSN), dà finalmente attuazione al dettato costituzionale dell'art.38; si afferma, quindi, la volontà di superare la gestione categoriale ed escludente delle mutue, per abbracciare una visione della salute che mette insieme le diverse dimensioni che costituiscono la persona umana: fisica, psicologica, individuale, collettiva e il suo legame con il contesto di vita(Da Roit, 2001; Giorgi, Pavan, 2021).

A tale riforma sono precedute due leggi, che di fatto avevano l'obiettivo di riordinare e preparare la strada al SSN, ossia la legge 386/1974 e la legge 349/1977. La prima contiene le disposizioni per l'estinzione degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali, il finanziamento della spesa ospedaliera attraverso il mercato finanziario e l'istituzione del Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera; la seconda sopprime ogni ente mutualistico con funzione di assistenza sanitaria (Ferrera, 2019).

La costituzione di un servizio sanitario nazionale permette di fornire cura e prestazioni in modo omogeneo, in quanto l'unico requisito per ottenerle è essere una persona in stato di bisogno, e standardizzato, in relazione alla qualità degli interventi; inoltre, esso rappresenta la piena realizzazione del diritto alla salute quale diritto sociale universale, indipendentemente dalla condizione socioeconomica di appartenenza e legato unicamente alla condizione di cittadino o residente (Ibidem). Il SSN esplica la sua funzione su tre livelli di organizzazione dotati di autonomia politico-istituzionale: statale, regionale e locale; lo Stato ha il compito di fornire la cornice giuridica di riferimento contenente gli obiettivi generali e le prestazioni minime che devono essere garantite ai cittadini, oltre che un'azione di programmazione (attraverso il Piano sanitario nazionale, cioè l'insieme di interventi e servizi per fase ed età del ciclo di vita in aggiunta all'ambito territoriale), coordinamento e finanziamento del sistema.

La Regione gode di autonomia gestionale, ma non finanziaria, ha potestà legislativa in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, ha competenze di programmazione (attraverso il Piano sanitario regionale) e attuazione del Servizio Sanitario Nazionale, attraverso l'organizzazione e il controllo delle unità sanitarie locali (USL), a loro volta suddivise in distretti, cioè aree territoriali che erogano prestazioni e servizi; l'ente locale, cioè il Comune, è titolare della funzione amministrativa nell'ambito dell'assistenza sanitaria e ospedaliera attraverso le USL, che rappresentano le loro strutture operative (Da Roit, 2001; Ferrera, 2019; Neve, 2008).

Si rivela importante sottolineare come il sistema sanitario, cioè: “[...] l'insieme delle istituzioni, degli attori e delle risorse, umane e materiali che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute” (Ferrera, 2019), dovrebbe svolgere la sua funzione attraverso un'ampia azione di prevenzione primaria (agisce su individui sani al fine di ridurre il rischio dell'insorgenza di certe malattie, lavora sulle cause), prevenzione secondaria (agisce sulle persona quando la malattia è agli esordi, al fine di bloccarne lo sviluppo), diagnosi e cura (identifica le cause delle malattie interviene attraverso le cure primarie e specialistiche al fine di eliminare lo stato patologico o rallentarne il decorso) e infine, di riabilitazione (persegue il recupero delle funzionalità compromesse e mira ad impedire che la situazione si evolva in una condizione di cronicità) (Ibidem).

In questo contesto, alcune Regioni, tra cui il Veneto, legiferano e organizzano il sistema sanitario in unità locali sociosanitarie (ULSS), dotandosi della figura professionale del direttore sociale con l'obiettivo di attuare una prima integrazione tra servizi sociali e sanitari (Neve, 2008).

La seconda fase del regionalismo italiano si colloca in un momento di forte richiesta di defamilizzazione del lavoro di cura verso gli anziani non autosufficienti, soprattutto da parte delle donne, che in quel momento sono proiettate nella dimensione del mercato del lavoro e vorrebbero che lo svolgimento del lavoro di cura si configuri come scelta e non come obbligo (Gori, et al., 2014). Esso si caratterizza per una vivace produzione legislativa regionale volta a dare attuazione ai servizi sociali e sanitari; per quanto riguarda gli interventi a livello centrale da parte dello Stato, vi è la legge 18/1980 che istituisce l'indennità di accompagnamento, ovvero un aiuto economico, destinato alle persone dichiarate totalmente invalide, erogato dall'Inps, indipendentemente dalla situazione reddituale della persona, inizialmente pensata per le persone disabili (anche grazie all'azione di pressione esercitata dalle associazioni di persone disabili e dei familiari), diviene in

seguito uno strumento a sostegno di molti anziani non autosufficienti(Campanini, 2020; Pavolini, 2004). A questa si aggiunge il D.P.C.M. 22 dicembre 1989 che introduce a livello legislativo le Rsa, cioè le Residenze sanitarie assistenziali, che rappresentano il principale ambito di intervento verso la non autosufficienza in età anziana su cui hanno investito le politiche statali (Pavolini, 2004). Strettamente collegati a questo provvedimento, ci sono anche i D.Lgs. 502/1992 e il D.lgs. 229/1999, che introducono e consolidano l'istituto dell'accreditamento quale strumento atto a garantire dei criteri di qualità nell'ambito dei fornitori di prestazioni per conto del SSN; in gran parte delle Regioni italiane l'accREDITAMENTO in ambito sanitario rappresenta l'unica fonte di accREDITAMENTO degli interventi sociosanitari verso le persone anziane non autosufficienti(Ibidem). La terza fase del regionalismo italiano si apre con la Riforma dei Comuni, la legge 142/1990, che comporta notevoli modifiche in merito all'assetto organizzativo e gestionale dell'ente locale, essi si configurano appieno come: enti di governo locale, cioè di un territorio circoscritto, seguendo la persona durante l'intero ciclo di vita; enti democratici rappresentativi ed elettivi, cioè i suoi organi sono eletti direttamente dalla popolazione residente, verso i quali sono responsabili e che a loro volta possono esercitare un controllo sul suo operato e infine, enti territoriali autonomi, in quanto dotati di autonomia amministrativa, ma anche di proprie specificità che li differenziano dagli altri territori(Neve, 2008). A questo provvedimento seguono anche la legge 266/1991 che disciplina l'attività di volontariato e la 381/1991 che disciplina le cooperative sociali, gettando le basi per quello che diverrà il corpo del terzo settore (Ferrario, 2014).

A queste misure segue quella che è stata definita la "Riforma della riforma", ovvero il D.Lgs. 502/1992(seguito poi di D.Lgs. 517/1993 e 229/2011), che comporta un mutamento strutturale del sistema sanitario nazionale, soprattutto dal punto di vista organizzativo e finanziario (di fatto attuando un processo di aziendalizzazione e razionalizzazione) senza, però, intaccare i principi fondatori della precedente riforma (Maino in Ferrera, 2019).

Con tale riforma si verifica un trasferimento delle funzioni sanitarie dal Comune alla Regione, le USL vengono convertite in ASL(Aziende Sanitarie Locali), ma non sono più lo strumento operativo dei comuni e diventano enti regionali, con personalità giuridica, autonomia gestionale, funzione garanzia dei livelli essenziali di assistenza e con il compito di organizzare l'assistenza sanitaria sul territorio e di erogarla attraverso strutture pubbliche o private accreditate; a tutto ciò si aggiunge la creazione delle AO, cioè le Aziende Ospedaliere, nate dalla trasformazione di alcuni ospedali in aziende, con il compito di erogare prestazioni(Ferrario, 2014).

Vengono introdotti nuovi criteri di finanziamento, per cui l'ottenimento delle risorse non è più legato allo storico della spesa sanitaria, ma è vincolato al Fondo Sanitario Nazionale, il cui ammontare è stabilito annualmente tramite apposita legge di bilancio; inoltre, per quanto riguarda il finanziamento delle strutture di ricovero sia pubbliche che private, non avviene più mediante il rimborso dei giorni di degenza, ma sulla base delle tariffe per prestazione stabilite dalla Regione(Ferrera, 2019). Infine, viene data specificazione ad uno dei principi ispiratori del SSN, cioè il principio di appropriatezza, declinandolo in una duplice veste, clinica, ovvero l'appropriatezza dell'intervento rispetto alla condizione clinica, dimostrabile attraverso prove scientifiche e organizzativa, ovvero quando l'erogazione e l'organizzazione soddisfano i principi di efficacia e di efficienza (Ferrario, 2014).

Da ricordare che anche il sistema previdenziale nel corso degli anni '90 è oggetto di riforme frequenti, in particolare nel 1992, 1995, 1997, questo perché il sistema pensionistico inizia a manifestare una serie di difficoltà in merito alla sua capacità di sostenibilità, legata in particolare al mutato equilibrio causato dall'invecchiamento della popolazione; infatti, il fatto che il numero dei pensionati sia superiore a quello dei lavoratori e che l'età di vita abbia subito un innalzamento, determinando un allungamento del periodo di tempo in cui verrà percepita la pensione, fa sì che il

rapporto tra i soggetti in età da lavoro occupati che contribuiscono a finanziare le pensioni degli anziani sia completamente sbilanciato(Saraceno, 2021).

Particolare menzione deve essere data alla legge 104/1992, che rappresenta un primo tentativo di fornire uno strumento di conciliazione del tempo di vita e di cura, per i lavoratori che sono impegnati nella cura di un familiare affetto da una grave disabilità, che può essere anche un anziano non autosufficiente e di sostegno, anche economico, alla famiglia; è interessante notare come questa legge nasca sulla scia dei gruppi di pressione costituiti dai portatori di handicap e dai loro familiari, che di fatto ancora oggi costituisce l'unica compagine associativa in grado di svolgere una vera e propria azione di advocacy(Gori, et al., 2014).

Con il D.P.R. 14 gennaio 1997 viene data una nuova definizione delle Rsa, come luogo destinato a persone anziane non autosufficienti, non curabili a domicilio, che necessitano di un livello medio di assistenza sanitaria e da un livello elevato di assistenza alberghiera; viene di fatto sancita una linea di demarcazione tra residenze assistenziali(i cui destinatari sono persone autosufficienti o parzialmente non autosufficienti, come le case di riposo, facenti parte del comparto assistenziale), presidi di riabilitazione(si caratterizzano per una bassa intensità di cure sanitarie e da tempi di permanenza lunghi) e residenze sanitarie assistenziali(si caratterizzano per prestazioni che uniscono cure sanitarie e socioassistenziali)(Ferrario, 2014).

L'attenzione verso politiche di sviluppo delle Rsa persegue la finalità di riportare l'ospedale ad essere luogo di assistenza sanitaria nel momento di acuzie, per poi dirottare verso i servizi residenziali gli interventi di assistenza, riabilitazione e lungodegenza (Ibidem).

Infine, la quarta fase del regionalismo italiano inizia con la legge 59/1997 che introduce il principio di sussidiarietà verticale, ossia il fatto che: “[...] il livello di governo superiore interviene solo quando l'amministrazione più vicina ai cittadini non può da sola assolvere a quel compito” (Ibid).

L'affermazione di tale principio fa da apripista alla successiva riforma Bassanini, che con D.Lgs. 112/1998, afferma in modo definitivo le competenze della Regione nell'ambito dei servizi alla persona e alla comunità, tra cui i servizi sociali e la tutela della salute (Giorgi, Pavan, 2021).

Per quanto riguarda il finanziamento del settore assistenziale, con legge 449/1997 viene introdotto il Fondo Nazionale per le politiche sociali, al fine di razionalizzare e dare organicità alle risorse destinate ad esso; inoltre, al fine di verificare l'effettiva condizione economica della persona in stato di bisogno, il DLgs. 109/1998 introduce l'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), che verrà successivamente modificato dal D.Lgs. 130/2000, fino ad arrivare al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, che istituisce l'ISEE sociosanitario per le persone disabili o non autosufficienti, al fine di ottenere prestazioni di assistenza domiciliare considerando un nucleo familiare ristretto rispetto a quello ordinario, e l'ISEE sociosanitario residenze finalizzato all'inserimento in struttura, prendendo in considerazione anche i redditi dei figli(Da Roit, 2001; Ferrera, 2019; Pregno, 2016).

A chiudere l'analisi di quest'ultima fase vi sono due riforme che hanno costituito una rivoluzione (ma secondo altri una mancata rivoluzione): la legge 328/2000, che ha rappresentato il primo tentativo concreto di dare organicità e consistenza al sistema assistenziale e la riforma del Titolo V della Costituzione(con il D.Lgs. 22/1999 viene introdotto il concetto di prestazione sociosanitaria, che sarà alla base delle successive evoluzioni del sistema sociosanitario)(Campanini, 2020); questi due provvedimenti, per la loro portata, meritano una disamina più approfondita nel paragrafo a seguire.

Infine, per correttezza, va segnalato che alcuni studiosi parlano di quinta fase del Regionalismo italiano, con riferimento a tutti gli interventi legislativi a seguito del 2001, caratterizzati ancora una volta per la predominanza in ambito previdenziale, con periodiche modifiche ai criteri pensionistici, ma anche per la legge 296/2006 che istituisce il Fondo Nazionale per la Non Autosufficienza, che

negli intenti vuole incrementare le risorse a disposizione delle persone non autosufficienti attraverso l'erogazione di assegni di cura, che favoriscano il vivere presso il proprio domicilio della persona in stato di bisogno, ma che nella realtà ha dimostrato tutta una serie di limiti di carattere economico e programmatico, che riducono fortemente la platea di destinatari(Gori, et al. 2014; Ferrario, 2014).

3.2.1 La riforma dell'assistenza e del Titolo V della Costituzione

La legge 8 novembre 2000, n.328, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” rappresenta un passaggio cruciale nel mondo delle politiche pubbliche, in quanto dopo anni di dibattiti, pressioni e rinvii, la questione dell'assistenza sociale pubblica diventa una questione non più rinviabile, dal momento che la legge di riferimento che ancora guidava il settore dell'assistenza è la Legge Crispi del 1890(Giorgi, Pavan, 2021).

L'obiettivo principale perseguito dalla riforma è quello di unificare un ambito di intervento molto frammentato, in cui continuano a persistere molti enti con funzioni complementari e sovrapponibili, basti pensare al mondo delle Ipab, che di fatto non hanno ancora visto intaccato concretamente il loro dominio sullo scenario assistenziale italiano (Ibidem; Da Roit, 2001).

Si fa spazio un nuovo concetto, cioè quello di integrazione, integrazione tra sociale e sanitario, tra servizi alla persona e prestazioni monetarie, tra settore pubblico e privato e tra livelli istituzionali differenti; tutto ciò al fine di un superamento di una visione settoriale della complessità sociale, in nome di un approccio di intervento che abbracci una visione globale della persona e dei suoi bisogni, che non sono mai definibili in modo netto, ma sfumano coinvolgendo molteplici sfere(Da Roit, 2001; Neve, 2008; Pregno, 2016).

Proprio al primo articolo viene data enfasi al concetto di qualità della vita, quasi a segnare un passaggio tra la generale condizione di benessere, che nel caso degli anziani richiede uno spostamento e una ridefinizione del fine ultimo di intervento.

In relazione ai livelli istituzionali: “[...] essa prevede una riorganizzazione delle competenze istituzionali e il loro decentramento verso livelli più prossimi ai cittadini, l'adozione di una prospettiva di governance multilivello e la valorizzazione del ruolo del Terzo settore e di altri attori privati nella programmazione e implementazione delle politiche sociali” (Ascoli, 2011).

I livelli istituzionali che vanno a costituire l'integrazione sociosanitaria sono quello istituzionale, che riguarda la collaborazione tra istituzioni differenti, con obiettivi di salute condivisi, mediante la stipula di convenzioni, accordi di programma, protocollo operativi; quello gestionale, che riguarda i diversi servizi presenti nel distretto, al fine di adottare procedure di lavoro condivise e quello professionale, che riguarda l'incrocio tra competenze, linguaggi, strumenti e valori di diverse professioni(Pregno, 2016).

La riforma all'art.9 stabilisce che il ruolo dello Stato deve essere quello di stabilire una serie di diritti di cittadinanza sociale, stabilendo non solo i principi e gli obiettivi guida delle politiche sociali, ma individuando per legge i Leps, ovvero i Livelli essenziali delle prestazioni sociali. Essi riguardano il servizio sociale professionale, il segretariato sociale, il servizio di pronto intervento per le situazioni di emergenza personale e familiari, l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali e semiresidenziali per persone con fragilità sociali, la loro definizione dovrebbe essere atta a stabilire una serie di prestazioni sociali a livello nazionale e uniformi su tutto il territorio, per superare le differenziazioni territoriali che si sono andate strutturando e consolidando nel settore dell'assistenza a partire dagli anni '70(Ascoli, 2011; Da Roit, 2001).

Per quanto riguarda il ruolo delle Regioni, all'art. 8, viene stabilito che ad esse spetta il compito di programmazione, coordinamento e indirizzo delle politiche sociali, all'interno dei principi generali stabiliti dallo Stato; infine, i Comuni, oltre a concorrere alla programmazione regionale, hanno in capo il compito di dare attuazione e di amministrare il sistema locale dei servizi sociali, favorendo la partecipazione attiva delle organizzazioni private presenti sul territorio(Ascoli, 2011).

Il carattere innovativo della riforma risiede oltre che sull'enfasi data al concetto di integrazione, anche per l'affermazione di una serie di concetti guida: prevenzione, partecipazione e sussidiarietà, promozione, programmazione e progettazione (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Con il termine prevenzione si intende l'azione volta a far conoscere ai decisori i reali bisogni di un dato territorio, al fine di organizzare le risorse presenti per fronteggiare eventuali situazioni prima che si aggravino; la partecipazione costituisce la condizione base per realizzare l'integrazione, attraverso la circolazione libera delle informazioni, la negoziazione delle decisioni e la condivisione

degli interventi (Ibidem). La promozione è la condizione che di fatto rende possibile una piena partecipazione e integrazione, poiché è l'azione volta ad aiutare le persone, singoli o gruppi, a fare propri i concetti di responsabilità e autonomia personale, quali elementi necessari a valorizzare le proprie risorse personali in vista di un progetto personalizzato e condiviso; infine, con la programmazione e la progettazione, si mira ad attuare dei piani di intervento di medio o lungo respiro, sia verso i singoli che verso i gruppi o la comunità, che permettano di andare incontro alle loro richieste e di coinvolgere tutte le risorse disponibili e attivabili (Ibid).

Dal punto di vista della platea di possibili destinatari delle misure di assistenza, la riforma sembra andare verso la direzione di un universalismo selettivo, ovvero in linea teorica è garantito l'accesso ai servizi a tutti i cittadini, ciò che fa da discriminare è la natura del bisogno e la condizione economica, in base a quest'ultima, infatti, può essere chiesta una quota di compartecipazione al costo del servizio (Da Roit, 2001).

La legge 328/2000 di fatto comporta un aumento del carico di responsabilità amministrativa, gestionale e organizzativa in capo al Comune; esso, di fatto si caratterizzano per essere, allo stesso tempo, enti autonomi, territoriali, rappresentativi della cittadinanza locale ed enti gestori (Ferrario, 2014). Nasce proprio con la riforma dell'assistenza una suddivisione per ambiti di competenza all'interno dei servizi sociali, distinguendosi in assistenza sociale generale (assistenza economica, pagamento delle rette per gli istituti per anziani e minori), minori, handicap e anziani (servizi di assistenza domiciliare, contributi per i ricoveri, soggiorni climatici assistenziali) (Ibidem).

In riferimento alle disposizioni in materia di assistenza alle persone anziane, l'articolo 15, costituisce il primo tentativo di indirizzo politico che pone al centro dell'attenzione politica e istituzionale la condizione della persona in età anziana e non autosufficiente; esso dispone che annualmente sia stabilita una quota da destinare alle persone anziane non autosufficienti, al fine di favorirne la permanenza presso il proprio domicilio e il mantenimento delle autonomie residue, potenziando l'attività di assistenza domiciliare integrata.

Merita menzione l'art.22, che al comma 2 fa riferimento ai Leps, vincolando il suo finanziamento alle risorse a disposizione del Fondo Nazionale per le politiche sociali (il cui ammontare è stabilito annualmente con legge finanziaria, che non consente, di fatto, una programmazione di lungo periodo); al comma 2/d viene ribadita l'importanza di predisporre misure che consentano un sostegno alla famiglia nella conciliazione dei tempi di cura e di lavoro; infine, al comma 2/g, viene enfatizzata l'importanza di mantenere presso il proprio domicilio la persona anziana, ma anche, nel caso in cui la persona non sia assistibile presso il proprio domicilio, l'inserimento in strutture residenziali, semi-residenziali e strutture comunitarie di tipo familiare.

Sulla carta, la legge rappresenta un tentativo concreto di superare un approccio assistenzialistico che vede la persona come un soggetto passivo, per approdare ad uno in cui la persona è soggetto attivo, portatore di diritti, che deve essere coinvolto attivamente nella definizione dei suoi piani di vita; persona intesa non sono singolarmente, ma in quanto facente parte di una rete relazione o familiare (Campanini, 2020; Dal Pra Ponticelli, 2010).

Da collegarsi alla riforma, vi è l'emanazione del D.Lgs. 207/2001 con cui le Ipab, che storicamente gestiscono gli istituti di cura e ricovero per le persone anziane, vengono trasformate o in aziende pubbliche di servizi alla persona senza fini di lucro, dotate di personalità giuridica e di autonomia o in fondazioni o associazioni, di natura privata, senza fini di lucro, con personalità giuridica e dotate di autonomia; non tutte le Regioni hanno recepito questa disposizione di legge, tanto che in alcune sono ancora presenti e normate dalla legge del 1890 (Campanini, 2020).

È storia il fatto che ad oggi i Leps non siano stati stabiliti dallo Stato, a differenza dei Lea, cioè dei Livelli essenziali di assistenza, definiti con il D.Lgs. 229/1999 e il D.P.C.M. 29 novembre 2001, relativi agli ambiti dell'assistenza sanitaria collettiva, all'assistenza distrettuale e all'assistenza ospedaliera (Campanini, 2020). Tutto ciò dimostra come la legge, nei suoi contenuti generici e di principio, non ha fornito indicazioni pratiche circa l'implementazione necessaria a dare attuazione ai Leps, rinviando a dei non meglio identificati decreti attuativi successivi, che non ci sono mai stati; inoltre, non ha fornito garanzie in termini di esigibilità, vincolando la loro attuazione alle

risorse economiche disponibili (Ferrera, 2019).

La riforma del settore assistenziale si è proposta di rendere esigibili una serie di diritti sociali a livello nazionale e di promuovere il welfare locale attraverso la partecipazione degli attori locali in ogni fase degli interventi (valutazione, programmazione, implementazione e gestione); purtroppo, però, non è riuscita ad affrontare la forte differenziazione territoriale che si è andata consolidando a seguito del completamento del processo di decentramento, non ha portato ad una maggiore offerta di servizi alla persona, non ha assicurato un livello minimo garantito di interventi sociali uguali equi per tutte le persone e si è dovuta confrontare con ulteriori limitazioni introdotte dai vincoli di spesa e di tagli alle risorse da destinare al sociale (Kazepov, Barberis, 2013; Gori, et al., 2014).

Da un certo punto di vista, alcuni parlano di rivoluzione incompiuta in riferimento alla legge 328/2000, poiché il cambiamento strutturale che avrebbe dovuto portare, di fatto non c'è stato e da un lato ciò è stato collegato alla riforma del Titolo V della Costituzione, avvenuta con la legge 3/2001 (Pavolini, 2004; Gori, et al., 2014). Tale riforma ha sancito un ulteriore cambiamento nelle competenze e nei rapporti tra Stato, Regioni e Comuni, per cui i Comuni e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni, allo Stato compete in via esclusiva ogni ambito che richiede unitarietà nazionale come immigrazione, cittadinanza, sicurezza, politica estera; inoltre, la tutela della salute è di competenza delle tra Regioni, le quali la esercitano nei limiti dei principi stabiliti dallo Stato e inoltre hanno potestà legislativa su tutte le materie non espressamente riservate allo Stato (Ferrario, 2014).

Di fatto, quindi, il potere legislativo delle Regioni subisce un rafforzamento notevole, ma allo stesso tempo si è assistito ad una forte frammentarietà di politiche regionali, dato che il riferimento normativo per il settore dei servizi sociali non è più a livello nazionale, ma regionale e ogni Regione legifera a seconda dei suoi interessi (Ibidem). Infine, per quanto attiene ai Lea, cioè: “[...] insieme di prestazioni, servizi e attività che i cittadini hanno diritto a ottenere dal SSN in condizione di uniformità” (Ibid), viene prevista per le Regioni, la eventualità di utilizzare proprie risorse per assicurare servizi e prestazioni aggiuntive, mai inferiori a quelle facenti parte i Lea, andando così a favorire ancora di più le diversificazioni regionali in cui essi possono diversi (Ferrario, 2014).

Nel concreto, la legge 3/2001 ha determinato uno slittamento dell'ambito delle politiche sociali, dalla competenza concorrente tra Stato e Regione a quella regionale esclusiva; di fatto allo Stato resta la funzione di definire i Leps, perdendo la sua funzione programmatica e organizzativa, che comunque ha sempre demandato ad altri attori (Gori, et al., 2014).

Con la legge di revisione costituzionale le Regioni hanno vissuto un rafforzamento tale in materia socioassistenziale, da rendere molte delle indicazioni presenti nella legge 328/2000 quasi inutili, di fatto l'azione delle Regioni in tale ambito è limitato unicamente dal rispetto dei Leps, che come detto non sono ancora stati definiti; inoltre, si è in qualche modo realizzata un'involuzione rispetto alla precedente stagione di assunzione di responsabilità da parte dello Stato nel settore assistenziale, dato che esso può nuovamente accantonare la questione delegandola in toto alle Regioni (Pavolini, 2004).

3.3 Il welfare state delle persone in età anziana

Quello che sta accadendo al giorno d'oggi è che il sistema di welfare state in Italia, a causa di una serie di fenomeni complessi, in particolare con riferimento al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, risulta in difficoltà nel fornire risposte adeguate alla recente domanda sociale legata alla complessa condizione di non autosufficienza (parziale o totale) degli anziani; da qui risulta evidente come i tradizionali schemi di risposta che fino ad anni recenti sono stati attivati, non sono più attuabili e vanno rivisti (Pavolini, 2004). Ciò è legato, anche, al fatto che molti fenomeni, tra cui la vecchiaia, non sono più definibili unicamente in termini di rischio sociale, ma piuttosto di condizione di vulnerabilità; la differenza tra i due concetti non è solo semantica, ma anche sostanziale (Ibidem). Infatti, mentre il rischio è inteso come un evento dannoso che può verificarsi o meno in un certo momento dell'esistenza; la condizione di vulnerabilità, invece, si caratterizza per il fatto che tende a protrarsi per lunghi periodi di tempo, ha alte probabilità di verificarsi soprattutto in certe fasce della popolazione molto ampie, non crea necessariamente emarginazione, ma piuttosto instabilità nella gestione di medio- lungo periodo e di integrazione nella società ed è strettamente connessa ad alcuni grandi cambiamenti quali: le trasformazioni della struttura familiare e del mercato del lavoro in cui dominano instabilità e precarietà (Pavolini, 2002).

Un elemento chiave che rende la situazione della non autosufficienza in età anziana così complessa è la stretta connessione con l'aumento di bisogni di cura non tanto di natura assistenziale, ma sociosanitaria a causa dell'aumento di condizioni cliniche di cronicità (Kazepov, Barberis, 2013); si può parlare a questo riguardo di assistenza continuativa di lungo periodo, intendendo il:

“[...] sistema di attività intraprese dai caregiver informali [...] e/o professionali [...] per assicurare che una persona che non è pienamente capace di auto-cura possa mantenere la più alta qualità di vita possibile, secondo le sue preferenze individuali, con il maggior grado possibile di indipendenza, autonomia, partecipazione, realizzazione personale e dignità umana”
(WHO, traduzione in Pregno, 2016)

L'assistenza continuativa di lungo periodo o Long Term Care rappresenta il punto di incontro tra il sistema sanitario e sociale, nel momento in cui la persona anziana si trova a vivere una condizione di dipendenza nello svolgimento delle attività della vita quotidiana per un periodo di tempo lungo; essa rappresenta il confine tra servizi informali, cioè quelli forniti dalle reti di prossimità familiare e quelli formali, cioè quelli forniti dal sistema sanitario e assistenziale (Pregno, 2016).

Essenzialmente, una adeguata assistenza alla persona non autosufficiente dipende da due ordini di fattori: la presenza di un reddito appropriato e di una rete familiare partecipe della vita della persona (Iurlaro, 2021).

Per quanto riguarda la disponibilità di reddito in età anziana, generalmente essa è rappresentata dalla pensione, cioè da quella prestazione in denaro che va a sostituire il reddito da lavoro, sulla base della carriera lavorativa e dei contributi versati; il sistema pensionistico rappresenta, infatti, la principale voce di spesa nell'ambito del welfare italiano e da alcuni anni, la sua sostenibilità viene messa in discussione proprio per le nuove condizioni legate all'invecchiamento della popolazione e al relativo aumento dell'età media di vita, che fanno sì che le prestazioni siano elargite per un periodo di tempo molto lungo (Campanini, 2020; Pavolini, 2004; Kazepov, Barberis, 2013).

Sono state attuate una serie di riforme in tale ambito proprio al fine di ridurre la spesa, utilizzando

una serie di strategie quali: l'aumento dell'età pensionabile, l'allargamento del periodo di riferimento per il calcolo della pensione e l'eliminazione dell'indicizzazione delle pensioni (Amato, Marè in Pavolini, 2004). Non è compito di tale trattazione compiere una disamina sullo stato delle pensioni, ma, qui, ci si fa riferimento proprio perché l'ammontare delle pensioni in linea generale tende a subire delle restrizioni e i soggetti con carriere lavorative più discontinue o precarie sono coloro che vivono condizioni più svantaggiose al momento del pensionamento (Saraceno, 2021; Pugliese, 2011).

Per un anziano la perdita di autonomia e la condizione di cronicità rappresentano una forte possibilità di cadere nella povertà, che in questa fase del ciclo di vita rappresenta non un evento di carattere temporaneo come può essere in altre fasi, ma qualcosa a carattere permanente (Pugliese, 2011).

Il riferimento alla presenza di una rete familiare attiva quale strumento di cura, si inserisce all'interno del modello di welfare italiano che come detto anche in un precedente paragrafo, si caratterizza per la sua chiara impronta familistica, ovvero l'attribuzione di una serie di funzioni atte a garantire la tenuta del tessuto sociale, in assenza però di politiche a sostegno della famiglia e del lavoro di cura informale (Ascoli, 2011).

Alcuni studiosi sottolineano come, di fatto, più che di welfare familistico, si possa parlare di welfare implicitamente familistico, nel senso che il mondo delle politiche pubbliche ha delegato in modo informale le famiglie ad espletare sempre e comunque il lavoro di cura, partendo dall'assunto che la famiglia sia l'attore principale di prestazione di cura per le coorti di età ai due estremi (Kazepov, Barberis, 2013). Nel concreto l'offerta pubblica nell'ambito dell'assistenza si presenta assai limitata rispetto al ruolo svolto dalle famiglie, riguardando per lo più situazioni di grave non autosufficienza in presenza di malattie degenerative o in assenza di rete familiare (Ibidem; Pugliese, 2011).

Alla luce del quadro sopra presentato è possibile affermare che il modello di welfare state italiano oltre a configurarsi di stampo familista, con un conseguente basso grado di defamilizzazione (cioè di riduzione dei compiti di cura in capo alle famiglie, in special modo alle donne, grazie all'apporto di altri attori come lo Stato o il mercato), si caratterizza, in relazione alle forme di protezione sociale offerte, per una prevalenza dei trasferimenti monetari rispetto alla predisposizione ed erogazione di servizi pubblici alla persona, i quali rimangono in una posizione sussidiaria rispetto alla famiglia (Pavolini, 2004; Kazepov, Barberis, 2013; Kazepov, 2010).

Quando si parla di cura delle persone anziane in condizioni di non autosufficienza, è necessario compiere un distinguo tra sistema di cura informale e sistema di cura formale; nel primo caso, si intende la cura che viene erogata dalle risorse relazionali familiari o parentali, anche avvalendosi del mercato privato dell'assistenza, nel secondo si intende la cura che afferisce al settore istituzionale pubblico, che si struttura su tre tipi di intervento: assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociale; assistenza domiciliare o residenziale di tipo sociosanitario e trasferimenti monetari (Pavolini, 2004; Pantalone, 2021).

Per quanto attiene ai servizi di intervento domiciliare essi perseguono la finalità di un'integrazione sociale e sanitaria nel contesto di vita della persona in condizione di non autosufficienza, attuando azioni di cura legata all'espletamento delle piccole necessità pratiche della persona anziana (ma anche in azioni di promozione e prevenzione del benessere dell'anziano) per alcune ore durante la giornata a sostegno del caregiver familiare o non familiare; il mantenimento della persona nel suo contesto di vita e relazionale è considerato in un'ottica di migliore tutela possibile dell'integrità psicofisica della persona, che ben si coniuga con l'economicità delle prestazioni in questione rispetto al ricovero in struttura (Kazepov, Barberis, 2013). Infatti, la condizione di non autosufficienza è qualcosa di non guaribile nei termini classici del termine, ma che accompagna la persona richiedendo un apporto di cure continuative, non necessariamente intensive; attraverso le cure domiciliari si assiste quindi ad un passaggio alle cure de-specializzate e de-medicalizzate, in un'ottica di promozione e mantenimento delle capacità residue (Da Roit, 2001).

Il precedente richiamo all'istituzionalizzazione è stato fatto, perché, in particolare a partire dagli anni '90, i servizi hanno dovuto fare i conti con i vincoli di spesa, che di fatto hanno favorito

interventi di tipo domiciliare, il cui costo è nettamente inferiore; da sottolineare che comunque in Italia, i servizi residenziali non hanno avuto molta adesione, per una serie di ragioni riconducibili alla presenza di una certa struttura familiare e di un certo orientamento culturale, che ha creato l'aspettativa sociale per cui in presenza della famiglia sia essa che si deve fare carico della persona anziana(*Ibidem*).

I servizi domiciliari includono il Servizio di Assistenza domiciliare (SAD) e l'Assistenza domiciliare integrata (ADI).

Il Servizio di Assistenza domiciliare è un servizio a carattere socio-assistenziale, che mira a fornire un sostegno agli anziani non autosufficienti nell'espletamento delle attività della vita quotidiana, è un servizio organizzato dal Comune e gestito con risorse proprie o appaltato ad attori del terzo settore; l'accesso al servizio è in capo al servizio sociale comunale, che a seguito della valutazione del bisogno, stabilisce il monte ore e la tipologia delle prestazioni, molto spesso può essere richiesta una compartecipazione al costo del servizio sulla base del regolamento dell'ente locale e della situazione ISEE(*Pantalone, 2021*). Il servizio è nato negli anni '70 con l'obiettivo di supportare persone anziane in una situazione di lieve compromissione dell'autonomia, allo scopo di favorire il mantenimento delle capacità delle persone e di attuare un'azione preventiva e promozionale; negli anni '90 si assiste ad una maggiore complessità della domanda assistenziale delle persone anziane, che si caratterizza per la presenza di condizioni sempre più multiformi e caratterizzate da sempre più non autosufficienza, tale da rendere sempre più difficile dare risposta da parte dei servizi(*Ibidem*). Si è verificato così uno spostamento delle famiglie verso il settore privato dell'assistenza, cioè quello delle assistenti di cura comunemente definite badanti; un dato interessante è costituito dal fatto che il numero delle persone assistite dal Servizio di Assistenza domiciliare è in costante calo (*Ibid*).

L'Assistenza domiciliare integrata è un servizio mirato al mantenimento della persona anziana in condizione di non autosufficienza presso il proprio domicilio, attraverso l'erogazione di prestazioni ad alta integrazione socio-sanitaria, di tipo medico-infermieristico e socioassistenziale; rientra nei livelli essenziali di assistenza ed è gestita dalle aziende sanitarie locali (*Pavolini, 2004; Pantalone, 2021*). L'accesso a tale servizio avviene tramite invio al punto di accesso dell'azienda sanitaria competente territorialmente, da parte del medico di medicina generale o dei medici ospedalieri al momento della dimissione; si procede poi alla valutazione multidimensionale a cui partecipa una équipe formata da molteplici professionisti (*Pantalone, 2021*). Il Piano di assistenza individuale è il documento che serve a stabilire le tempistiche, gli obiettivi e le azioni della presa in carico; l'assistenza infermieristica e riabilitativa sono le prestazioni prevalenti e le ore settimanali erogate sono mediamente venti (*Ibidem; Gori, et al., 2014*). Attualmente si stima che la domanda per tale servizio sia almeno il doppio o il triplo dell'offerta che esso può garantire (*Ibid*).

I servizi residenziali rappresentano l'offerta di base dei servizi rivolti alle persone anziane non autosufficienti, soprattutto per le persone in condizioni tali da non poter essere gestiti a livello domiciliare per complessità del bisogno sanitario; solitamente sono servizi costosi, a gestione pubblica, privata o privata accreditata e garantiscono diversi gradi di intensità assistenziale (*Kazepov, Barberis, 2013; Pantalone, 2021*). Essi sono rappresentati da strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie, in cui il ricovero può avere natura temporanea o permanente; è costituito dalle strutture residenziali assistenziali che offrono prestazioni a carattere assistenziale e alberghiero, sia ad anziani non auto sufficienti che autosufficienti(questi ultimi sarebbero i principali destinatari paventati durante l'organizzazione del servizio) e dalle strutture residenziali sociosanitarie che si caratterizzano per una maggiore intensità di assistenza sanitaria, destinate ad anziani non autosufficienti(*Pantalone, 2021*).

Le Rsa, ovvero le Residenze sanitarie assistenziali nascono per fornire un livello medio di assistenza sanitaria e uno elevato di assistenza alberghiera, inoltre per fornire assistenza continuativa in regime di degenza(alleggerendo così le strutture ospedaliere); negli ultimi vent'anni si è assistito ad un aumento dei posti letto nelle Rsa, anche se ancora di molto inferiori rispetto alla reale domanda sociale al contempo sono andate diminuendo le strutture assistenziali, dal momento

che gli ospiti anziani delle strutture residenziali sono sempre più anziani non autosufficienti(*Ibidem*; Gori, et al., 2014).

A livello intermedio tra i servizi domiciliari e quelli residenziali, vi sono i servizi semiresidenziali, i quali a fronte di un incremento della domanda assistenziale di tipo sanitario, consentono un migliore monitoraggio della condizione di salute della persona, affiancandosi alla famiglia per una parte della giornata; infatti questi servizi, solitamente coprono un arco temporale che va dal primo mattino alla metà del pomeriggio in struttura, con rientro presso il proprio domicilio per la parte finale della giornata(*Pavolini, 2004*).

Infine, i trasferimenti in denaro, ovvero i contributi economici che la persona anziana non autosufficiente può recepire, ha l'obiettivo di fornire i mezzi economici a chi ne è sprovvisto o di acquistare prestazioni socio-sanitarie dai vari attori del terzo settore; i contributi economici di fatto si dimostrano sostitutivi, anziché integrativi dell'intervento pubblico e difficilmente coprono la spesa totale delle prestazioni (*Ibidem*). Essi sono di due tipologie, una di carattere nazionale e una di carattere regionale, nel primo caso ci si riferisce all'Indennità di accompagnamento, nel secondo all'assegno di cura, all'impegnativa di cura, al voucher sociale o sociosanitario (a seconda del contesto regionale di riferimento assume differenti denominazioni) (*Pantalone, 2021*).

L'Indennità di accompagnamento rappresenta l'unica prestazione monetaria statale di carattere stabile per le persone in condizione di non autosufficienza, è nata con lo scopo di compensare la mancanza di reddito da lavoro a causa della condizione di non autosufficienza, inizialmente prevista per le persone disabili, nel corso del tempo è andata a riguardare sempre più le persone anziane con problemi di autonomia (*Gori, et al., 2014*). Viene erogata dall'Inps a seguito della valutazione compiuta da una commissione sanitaria a chi è riconosciuto invalido civile al 100%, quando viene provata l'incapacità di effettuare spostamenti e le attività della vita quotidiana in autonomia, ma con la presenza continua di un aiuto; è una prestazione senza vincolo di spesa(cioè non deve essere dimostrata la destinazione di spesa e non c'è attività di controllo sulla stessa), indipendente dall'età e dalla situazione reddituale e non differenziata a seconda del grado di bisogno(*Ibidem*; *Pantalone, 2021*; *Pavolini, 2004*). Di fatto, essa rappresenta la principale modalità di contributo pubblico di sostegno al costo dell'assistenza privata e di diritto pienamente esigibile (*Gori, et al., 2014*).

A livello regionale, possono essere stanziati(all'anziano non autosufficiente o al familiare che ne ha in capo la cura) gli assegni di cura, cioè dei sussidi economici ad erogazione mensile, al fine di contribuire al sostegno delle spese di cura presso il domicilio dell'anziano non autosufficiente, che richieda aiuto nello svolgimento delle attività della vita quotidiana; l'accesso alla prestazione e l'importo del suo ammontare varia a seconda del bisogno assistenziale e della situazione reddituale, può essere utilizzato come sorta di rimborso per chi se ne prende cura o per acquistare servizi sul mercato(*Pantalone, 2021*; *Da Roit, 2001*).

Nella Regione Veneto l'assegno di cura a partire dal 2013 è stato rinominato Impegnativa di Cura Domiciliare(ICD), l'accessibilità alla prestazione si struttura su tre livelli di intensità del bisogno e di condizione reddituale: il primo livello è quello di utenti con basso bisogno assistenziale e con ISEE familiare inferiore a 16.631.71 euro(verificato dalla rete dei servizi sociali e dal Medico di Medicina Generale); il secondo livello è quello di utenti con medio bisogno assistenziale, a cui si aggiunge una condizione di demenza con gravi disturbi comportamentali o maggiore bisogno assistenziale attestato dalla scheda S.V.A.M.A.(scheda di valutazione multidimensionale che serve a stabilire il grado di autonomia) e con ISEE familiare inferiore a 16.631.71 euro(verificato dal Distretto Socio-Sanitario); il terzo livello è quello di utenti con elevato bisogno assistenziale, in condizione di gravissima disabilità e necessitante assistenza a domicilio continuativa e con Isee familiare inferiore a 60.000 euro(verificato dal Distretto Socio-Sanitario)(*Regione del Veneto, 2015*).

Un piccolo accenno deve essere fatto in merito al ruolo svolto dal servizio ospedaliero in relazione alla cura degli anziani non autosufficienti, ad oggi esso dovrebbe rispondere ad una logica di cura dello stato acuto di malattia e non di degenza prolungata della persona, la quale superato il momento acuto, dovrebbe rientrare presso il proprio domicilio o approdare in strutture adibite

all'assistenza nel lungo periodo; infatti, la condizione di non autosufficienza non è qualcosa di guaribile, ma una condizione che periodicamente può richiedere maggiori cure sanitarie, ma che nella maggior parte dei casi richiede un apporto più socio-assistenziale(Iurlaro, 2021).

Ciò che invece rappresenta un fenomeno abbastanza diffuso è il ricorso improprio al servizio ospedaliero e al pronto soccorso da parte degli anziani o dei loro familiari, in quanto di fatto rappresentano gli unici servizi pubblici garantiti che nell'immediato possono contribuire a tamponare situazioni di difficoltà nella gestione dell'assistenza continua, senza andare però ad inserirsi in percorsi assistenziali di lungo periodo(Ibidem).

Breve menzione deve essere fatta al settore del mercato privato di cura, infatti, come si è visto, alla luce delle trasformazioni sociali che hanno investito l'Italia negli ultimi trent'anni, sono emerse grosse criticità nella capacità di cura delle famiglie, a cui non sono corrisposti miglioramenti sul versante delle risposte istituzionali; in qualche modo, destinare trasferimenti monetari in capo alle famiglie significa delegare loro la gestione dell'assistenza (Ascoli, 2011).

Nel vuoto istituzionale nell'ambito dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, il ricorso alle assistenti familiari di cura, comunemente definite badanti, rappresenta una forma di auto-organizzazione delle famiglie, le quali sono in notevole difficoltà nella gestione dei bisogni complessi del familiare, sia per poche ore al giorno, che in modalità continuativa (Ibidem; Panatalone, ...).

Un assistente familiare molto spesso non ha una formazione specifica e nemmeno un contratto di lavoro regolare, ma nonostante ciò le viene affibbiata una notevole responsabilità, che non si limita solo all'aspetto assistenziale e alberghiero, ma anche a quello sanitario (Pantalone, 2021).

Proprio per cercare di sopperire alla mancanza di formazione e alla proliferazione del mercato delle assistenti di cura, molte Regioni hanno dato avvio ad azioni atte a favorire l'emersione dei rapporti di lavoro irregolari e la loro qualificazione professionale (Gori, et al., 2014).

Infine, per chiudere la panoramica sui servizi a disposizione delle persone anziane non autosufficienti, è d'obbligo parlare del settore del volontariato, quale risorsa a cui attingere nella creazione di un sostegno relazionale, ma anche materiale; i servizi offerti dalle organizzazioni di volontariato non sono a pagamento, in quanto si finanziano attraverso contributi, donazioni e convenzioni con l'ente pubblico, proprio per questo sono soggette a verifiche e rimborso delle spese (Ibidem).

I principali servizi offerti sono di ascolto, sostegno, assistenza domiciliare, trasporto, raccolta e/o distribuzione di vestiti, alimenti e medicinali; proprio per la vicinanza alla popolazione, che li rende atti a intercettare nuovi bisogni sociali, sono parte di quegli attori del terzo settore che sono chiamati a partecipare alla programmazione degli interventi (Ibid).

Purtroppo, molto spesso, anche se le organizzazioni di volontariato sono coinvolte nella gestione degli interventi, non sono adeguatamente coinvolti della programmazione che dovrebbe essere condivisa; ciò perché in un contesto di taglio alle spese nel settore sociale, ciò che più interessa è il fatto di potersi avvalere di prestazioni gratuite (Ibid).

3.3.1 Alcune considerazioni sul Regionalismo italiano

“[...] il mix di welfare occupazionale e familista ha interagito con importanti forme di differenziazione. Da un lato abbiamo quella tra categorie e gruppi di lavoratori nell'accedere alle prestazioni. Dall'altra abbiamo le differenze territoriali che si sono consolidate strutturalmente, sia in termini di qualità sia in termini di copertura della protezione sociale. [...] Ciò si è poi riflesso nella frammentazione nelle pratiche d'intervento socio-assistenziale” (Kazepov, 2011 in Kazepov, Barberis, 2013)

L'orizzonte delle politiche assistenziali regionali in materia di cura degli anziani non autosufficienti si presenta assai variegato, infatti a fronte di una domanda sociale molto diversificata da territorio a territorio, possono essere presenti altrettante risposte istituzionali, frutto di obiettivi di policy disuguali(ci sono Regioni che hanno investito sull'implementazione di un mercato di servizi, altre sul sostegno familiare e altre ancora sui trasferimenti monetari); ciò, in parte, è imputabile al fatto che ancora oggi manca una legge regolativa a livello centrale(Kazepov, Barberis, 2013).

L'ambito socio-sanitario è di competenza regionale, che esplica la sua azione attraverso le sue strutture operative locali(Aziende Sanitarie Locali), che svolgono funzioni di organizzazione finanziaria e gestionale; a loro volta le Aziende Sanitarie Locali sono articolate in Distretti, con il compito di erogare le prestazioni sanitarie garantendo il massimo dell'integrazione con i servizi sociosanitari territoriali(Gori, et al., 2014).

La modalità di gestione e di erogazione dei servizi ad opera di soggetti pubblici avviene soprattutto attraverso il meccanismo dell'esternalizzazione, che si realizza attraverso i meccanismi dell'accreditamento e dell'appalto; l'accreditamento è un procedimento mediante il quale l'ente pubblico verifica il possesso di determinati requisiti e in caso positivo, attribuisce al soggetto privato la facoltà di offrire prestazioni e servizi finanziati dal proprio bilancio (Ibidem).

L'appalto, invece, è un procedimento che consente al soggetto privato, dopo aver vinto una gara di appalto, di diventare fornitore unico di servizi a nome del suddetto, per un certo periodo di tempo e sulla base di un importo predeterminato: solitamente nel settore socio sanitario dominano i soggetti accreditati e nel sociale quelli appaltati(Ibid).

Come si è visto nel precedente paragrafo il welfare state italiano oltre a caratterizzarsi per la forte impronta familista e il largo ricorso ai trasferimenti monetari, nel corso del suo sviluppo ha risentito fortemente delle condizioni economiche di partenza delle Regioni e della struttura socio-demografica delle famiglie in esse residenti, andando a configurare un insieme di culture politiche di intervento differenziate(Kazepov, Barberis, 2013).

Pavolini(2004) parla di “mantello di arlecchino” in riferimento al sistema di politiche assistenziali regionali per gli anziani non autosufficienti, proprio per indicare le grosse differenziazioni che caratterizzano i contesti regionali; queste differenziazioni hanno a che fare principalmente con: “[...]il tasso di copertura dei singoli interventi pubblici, il livello di integrazione tra servizi, i criteri di accesso a tali interventi, le formule di compartecipazione alla spesa, le regole di utilizzo di tali supporti, gli strumenti di valutazione dei bisogni, la valorizzazione o meno del lavoro privato di cura[...]” (Ibidem).

Ma, quando si sono affermate queste forti differenziazioni territoriali e in che modo?

Le differenziazioni territoriali nell'ambito dell'assistenza agli anziani non autosufficienti si è istituzionalizzata con l'avvio e il completamento del processo di decentramento delle competenze; infatti, a partire dagli anni '70, le Regioni devono decidere se continuare a dare attuazione letterale al disposto contenuto nell'art.1 D.P.R. 9/1972, in riferimento ad interventi basati

sull'istituzionalizzazione oppure tentare di innovare la rete dei servizi, orientando l'azione verso il paradigma della territorializzazione, cioè dello sviluppo di servizi atti a favorire il mantenimento della persona nel contesto di vita(Pavolini, 2004).

Le Regioni più ricettive in tal senso si sono rivelate quelle del Centro-Nord, ad eccezione delle Marche, anche se le politiche che emanano mostrano due limiti: la visione della domiciliarità come unica soluzione, l'accantonamento dei nuovi bisogni sociosanitari dell'utenza e la carente integrazione fra servizi e istituzioni (Ibidem).

Emerge una prima duplice differenziazione tra le Regioni del Centro-Nord e del Sud, ma anche all'interno delle prime, in cui alcune puntano su interventi in capo all'ente locale e altre in cui vi è una spartizione dell'assistenza sociale tra una pluralità di soggetti (pubblico, privato e pubblico-privato) (Ibid).

Con gli anni '80 si apre una stagione di riordino dei servizi sociali, in cui si ha da una parte l'affermazione della volontà di dare attuazione a un'integrazione piena tra sociale e sanitario e dall'altra di fornire cure all'interno del contesto di vita della persona, in relazione a ciò, si assiste al consolidamento e alla diffusione di pratiche di intervento domiciliare; inoltre, inizia ad affermarsi il processo di esternalizzazione dei servizi ai soggetti del terzo settore (Pavolini, 2004).

Oltre a ciò le Regioni del Centro-Nord (con l'eccezione di Marche ed Emilia Romagna) e due del Sud si dotano di regolamenti volti ad organizzare i servizi di intervento locale e di un nuovo strumento di programmazione quale il Piano sociale, con l'obiettivo di individuare i bisogni espressi dal territorio e sviluppare i relativi progetti di intervento (Ibidem). In questo contesto, in generale, il Sud Italia comincia ad elaborare una normativa in materia di interventi territoriali di assistenza agli anziani, in particolare con riferimento all'assistenza domiciliare (Ibid). Infine, con riferimento alle strutture residenziali, se fino agli ann'80, le Regioni si sono impegnate unicamente in interventi volti a provvedere finanziamenti a prescindere da una definizione di requisiti specifici; passano poi all'introduzione di leggi di riordino o decreti che coinvolgono tutte le Regioni del Centro-Nord e gran parte di quelle del Sud, a eccezione del Molise e dell'Abruzzo (Ibid).

Con gli anni '90, ma continuerà anche negli anni 2000, si verifica un aumento della componente socio-sanitaria all'interno dei servizi domiciliari rivolti alle persone anziane non autosufficienti, in parallelo alla necessità di contenere i costi dei servizi; per quanto riguarda la residenzialità questa viene a presentarsi sempre più come una residenzialità relativa a bisogni di non autosufficienza, richiedendo una modifica delle normative regionali sulle strutture, in quanto incentrate su interventi rivolti all'autosufficienza(Ibidem). Per quanto riguarda la normativa sull'accreditamento, che viene a configurarsi come garanzia di maggiore qualità e possibilità di scelta per le persone, essa non ha uno sviluppo omogeneo; infatti al Sud solo in anni recenti sono state recepite le indicazioni della normativa nazionale al riguardo, o sono stati normati solo certi aspetti non è stata recepita affatto (Pavolini, 2004).

Proprio nel corso degli anni '90 si afferma un nuovo strumento volto a favorire l'affermazione di una visione integrata delle problematiche legate alla non autosufficienza delle persone anziane, cioè la valutazione multidimensionale geriatrica, attuata attraverso l'Unità di Valutazione Geriatrica(UVG); essa trova diffusione su tutto il territorio nazionale e anche se possono esserci alcune differenziazioni, è riscontrabile omogeneità a livello delle professioni coinvolte, degli strumenti impiegati e delle modalità di accesso(Guaita, 2009 in Pavolini, 2004).

Per tutti gli anni '90 la normativa sui servizi territoriali arriva a toccare quasi tutte le Regioni ed è in linea di continuazione con quanto normato precedentemente, si arriva così alla riforma dell'assistenza con la legge 328/2000, rispetto alla quale sono individuabili quattro profili di Regioni: le Regioni che precedentemente all'approvazione della legge, si sono dotate di strumenti di programmazione forte in linea con il dettato normativo successivo; le Regioni che a seguito della legge hanno adottato strumenti di programmazione forte in attuazione del disposto normativo; le Regioni che a seguito della legge hanno adottato strumenti di programmazione leggeri in attuazione del dettato normativo, promuovendo la formulazione di Piani di zona sperimentali, con l'ausilio di circolari e linee guida; infine, le Regioni che non hanno adottato strumenti di programmazione in

attuazione della legge di riforma(Pavolini, 2004).

A partire dagli anni 2000 le Regioni sono ancora impegnate nella loro volontà di superare modelli di intervento basati sull'istituzionalizzazione, ma devono fronteggiare la diminuita disponibilità delle famiglie a farsi carico dell'assistenza all'anziano non autosufficiente; per questo il trasferimento diretto di risorse, vorrebbe configurarsi come strumento di sostegno atto a favorire il mantenimento dell'anziano presso la propria abitazione, allontanando il ricorso alle strutture residenziali, ma di fatto contribuisce unicamente ad una più complessa rifamizzazione dei compiti di cura(Ibidem, ...; Pugliese, 2011; Ascoli, 2011).

Ad oggi, i dati sulla spesa sociale consentono di individuare quattro gruppi di Regioni: le Regioni del Sud del Paese; il modello Lombardia, Friuli Venezia Giulia e Veneto e gli altri due gruppi che sono costituiti dalle restanti Regioni del Centro-Nord (Kazepov, Barberis, 2013).

Le Regioni del Sud del Paese si caratterizzano per un livello di spesa sociale molto basso, per una predilezione per i trasferimenti monetari piuttosto che per i servizi, per la centralità nella gestione da parte dei singoli Comuni e la marginalità della Regione; il modello Lombardia, Friuli e Veneto si caratterizza per una spesa sociale elevata, un'importante attenzione all'area anziani, un ruolo attivo della Regione, la preferenza per i trasferimenti monetari e all'adozione di titoli sociali; gli altri due gruppi si collocano in una posizione intermedia sia per spesa sociale che per attivismo del ruolo della Regione(Ibidem).

La differenziazione territoriale in termini di spesa sociale è influenzata e rafforzata dallo stesso meccanismo di finanziamento che per l'80% è gestito dallo Stato attraverso il Fondo Nazionale per le politiche sociali, esso trasferisce le risorse dal Fondo alle Regioni, che a loro volta li convogliano nei vari settori o li trasferisce direttamente agli enti locali; l'ammontare del Fondo è variabile poiché definito annualmente nell'ambito della legge finanziaria, ma negli anni si è assistito a trasferimenti di risorse altalenanti e in diminuzione(Ibid). Quindi, la scarsa autonomia finanziaria e il meccanismo principale di finanziamento riducono drasticamente la capacità delle Regioni di incidere sulla spesa degli enti locali (Ibid).

Entrando nel dettaglio è possibile affermare che la principale differenziazione territoriale riguarda la divisione artificiosa tra Regioni del Centro-Nord e Regioni del Sud; le prime si caratterizzano per la presenza di servizi di buona qualità e i trasferimenti monetari, mentre, le seconde si caratterizzano per la presenza di un insieme di pochi servizi, poco efficienti ed efficaci, con forte utilizzo di trasferimenti monetari in relazione alle pensioni di invalidità e assistenziali(Ascoli, 2011).

Sulla base di questa distinzione di carattere generale è possibile individuare quattro modelli di welfare territoriale: il modello di welfare delle tradizionali regioni rosse del Centro, a cui si aggiunge la Valle D'Aosta, che si caratterizza per un ottimo sistema sanitario; il modello del welfare del Nord si caratterizza per un sistema sanitario efficace ed efficiente simile a quello del modello precedente; il modello del Centro-Sud riguarda le Regioni Lazio, Abruzzo, Molise e Basilicata si caratterizza per un sistema sanitario di livello medio-basso; infine, il modello del restante Sud presenta un quadro del sistema assistenziale di livello molto basso(Ibidem).

Infine, per quanto riguarda i servizi e le prestazioni rivolte alla popolazione anziana in condizione di non autosufficienza, si possono notare una serie di differenze di non poco conto sulla base dell'appartenenza territoriale, in particolare per quanto riguarda l'Assistenza Domiciliare Integrata e l'Indennità di Accompagnamento; per quanto riguarda l'ADI, anche se le Regioni del Nord-Est sono quelle che presentano la quota maggioritaria di persone in età anziana a carico, l'assistenza che offre risulta meno intensa, mentre nelle Regioni del Sud, anche se la quota è più ridotta, l'assistenza offerta risulta più consistente(Gori, et al., 2014).

Riguardo all'Indennità di Accompagnamento, invece, vi è una forte differenza tra Nord e Sud tra gli anziani che recepiscono tale misura, con il Sud che domina la scena; ma da cosa dipende questa disparità nel suo utilizzo? Le ragioni possono essere riassunte nel fatto che le Regioni del Sud presentano un tasso di disabilità maggiore rispetto a quelle del Nord(che come si è visto precedentemente è molto influenzato dalle condizioni socio-economiche e di istruzione, che al Sud sono di molto inferiori) e che essa viene utilizzata come forma di integrazione del reddito, in

riferimento alla diffusa povertà che investe il Sud in quota maggiore(Ibidem).

Per concludere, un piccolo riferimento alla realtà regionale del Veneto è d'obbligo, considerato che le azioni di ricerca svolte sono state effettuate nel suo contesto; per quanto riguarda le politiche sociali, la regione Veneto, tra gli anni '70 e '80, ha potuto ben combinare la centralità del ruolo svolto dalla famiglia e la subcultura cattolica che vede nella donna la naturale esecutrice di cura con un contesto economico importante, che si fonda sulla piccola e media impresa, necessitante di manodopera sia femminile che maschile(Pavolini, 2004).

Per poter sostenere il tessuto economico e sociale, assicurando il soddisfacimento del bisogno di cura delle coorti di età ai due estremi, soprattutto a partire dagli anni '90, si è scelto di combinare i servizi della rete pubblica ai trasferimenti monetari alle famiglie, introducendo l'assegno di cura per l'acquisto di servizi sul mercato per la persona anziana non autosufficiente (Ibidem). Nonostante anche il Veneto confermi la tendenza a preferire i trasferimenti monetari, esso, però, non ha compiuto una trasformazione completa del sistema dei servizi in mercato sociale (Ibid).

Capitolo 4

Il servizio sociale tra gli anni '80 e 2000: tra contesto e professione

Gli anni '70 si chiudono con l'affermazione di un nuovo corso d'opera nei servizi e nelle prestazioni alla persona, il principio che guida il mondo dei servizi è quello della territorializzazione, della promozione della rete relazione delle persone e della comunità; nelle diverse Regioni iniziano una serie di sperimentazioni volte a sostenere la domiciliarità e l'integrazione tra i settori sociale e sanitario nell'ottica di una visione globale della persona. Negli anni '80 si assiste, quindi, ad un rafforzamento dei servizi sociali territoriali e alla loro integrazione con i servizi sanitari(si privilegiano interventi territoriali e in alternativa l'istituzionalizzazione in strutture di piccole dimensioni, sul modello della piccola comunità); il contesto in cui ciò avviene è di sviluppo economico(che però coinvolge in modo differenziato il Centro-Nord e il Sud), ma anche di importante deficit del settore pubblico, in particolare a causa degli elevati costi di quello sanitario e pensionistico e della precedente cattiva amministrazione(Giorgi, Pavan, 2021; Neve, 2008).

In questi anni, comincia ad emergere in maniera importante la questione della cura e dell'assistenza alle persone in età anziana, in particolare a causa dell'aumento del fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, ai cambiamenti della struttura familiare(riduzione del numero dei suoi componenti e aumento delle famiglie costituite da una sola persona) e all'incremento del numero di donne inerte nel mercato del lavoro(che come si è visto, di fatto va a sottrarre una quota rilevante di addetti alla cura informale)(Neve, 2008).

Anche se le importanti riforme statali hanno consentito di dare maggiore definizione al settore dell'assistenza, di fatto, però, non è riuscito a dirimere il problema dell'assistenza ai familiari anziani, che di fatto continua ad essere riversato quasi esclusivamente sulle famiglie, nonostante le crescenti difficoltà che incontra (Ibidem). Ciò che risulta da molte indagini di quegli anni, sembra dimostrare una nuova fragilizzazione della condizione della persona anziana in relazione ad una nuova configurazione delle relazioni familiari, parentali, amicali e di vicinato, che di fatto non sono più in grado di costituire un sostegno al tessuto sociale in grado di assorbire una serie di avvenimenti spiacevoli (Niero, 1998 in Neve, 2008).

Se da un lato, quindi, si assiste ad un indebolimento della rete parentale e familiare, dall'altro si verifica un'esplosione nel mondo del volontariato e della cooperazione sociale, che vanno a rappresentare una risposta diversificata ai bisogni complessi della società, cui il welfare statale non sembra in grado di dare adeguato sostegno(Ascoli, 2011); il terzo settore, perciò, sembra funzionale a ridurre la spesa sociale degli enti locali(i quali esternalizzano loro i servizi a prezzi competitivi), proprio in un momento in cui si assiste ad un taglio dei trasferimenti statali e al blocco delle assunzioni, presentandosi come una soluzione alternativa alla gestione diretta dei servizi, (Neve, 2008).

Inizialmente, la collaborazione tra ente locale e terzo settore si concretizza in meri trasferimenti monetari e controlli formali, per poi passare all'attuazione di convenzioni per la gestione dei servizi, che molto spesso appaiono come delle vere e proprie deleghe in bianco da parte dell'ente pubblico (Ibidem). Parallelamente aumentano attività e servizi a gestione in prevalenza religiosa, lo sono molte case di riposo, che recepiscono più rapidamente rispetto alle strutture pubbliche, la necessità di passare dal tradizionale istituto di ricovero ad una gestione di comunità di stampo residenziale; merita menzione il fatto che, nonostante l'orientamento verso risposte con un'impostazione valoriale diversa rispetto al passato, molte realtà territoriali continuano a prediligere

l'istituzionalizzazione piuttosto che interventi territoriali(Ibid).

Se almeno fino alla metà degli anni '70 il criterio guida degli interventi verso le persone in stato di bisogno è di tipo categoriale, in particolare si è visto che la persona anziana è meritevole di aiuto in quanto povera, in stato di ingenza e con una rete familiare pressoché inesistente; negli anni '80 viene ad affermarsi un criterio misto che integra quello per fasce d'età con quello per tipi di problemi particolari di notevole rilevanza (Ibid).

In riferimento alle persone anziane le prestazioni e i servizi offerti dall'ente locale in quest'ottica sono: assistenza economica, assistenza domiciliare, pagamento delle rette delle case di riposo, promozione sociale, centri sociali di incontro, asili notturni, case albergo, soggiorni vacanze, centri diurni e servizio trasporto (Neve, 2008).

Questa nuova stagione per il mondo dei servizi alla persona non è, però, scevro di criticità, infatti vanno via via aumentando i costi legati ad una gestione "troppo generosa" dei sistemi sanitario e previdenziale, con notevoli sprechi di risorse e l'aumento vertiginoso del debito pubblico; lo stesso mondo della politica invece di portare a compimento la riforma iniziata nel decennio precedente, si caratterizza per un forte immobilismo e cominciano ad emergere importanti fenomeni di corruzione all'interno dell'apparato statale(Giorgi, Pavan, 2021; Neve, 2008; Ascoli, 2011).

Da un punto di vista di "cultura dei servizi", si può notare come la volontà di creare un sistema di servizi su base universalistica e in grado di cogliere la domanda sociale, si scontri con le resistenze degli apparati burocratico-amministrativi improntati alla mera verifica formale dell'osservanza delle norme; a ciò si aggiunge la difficoltà delle diverse professioni chiamate a collaborare e ad integrarsi alla luce dei nuovi obiettivi e la difficoltà di riconoscere i diritti sociali come diritto esigibile e non come diritti concessi(Neve, 2008).

Essenzialmente l'aspetto, a cui viene dato maggiore risalto e che ottiene maggiore attenzione anche da parte dello Stato, è quello relativo alla spesa e al suo contenimento, che di fatto sul finire degli anni '80 porta all'introduzione in Italia di logiche di stampo manageriale volte alla razionalizzazione dei costi, passando, ad esempio, attraverso l'introduzione di quote di compartecipazione economica degli utenti dei servizi, l'introduzione di criteri molto più rigidi per accedere alle prestazioni pensionistiche e importanti tagli ai trasferimenti agli enti locali da destinare alla spesa sociale(Ibidem; Ciucci, 2017; Fargion, 2009; Dominelli, 2015).

Per quanto concerne la professione del servizio sociale, questi sono anni in cui si assiste ad un forte azione di elaborazione teorica che porta alla produzione di letteratura specifica ad opera dei docenti delle scuole, in cui si combinano le radici storiche del servizio sociale italiano con le metodologie e i modelli teorici di altri Paesi e ambiti disciplinari; parallelamente però, non si assiste ad uno sviluppo della ricerca empirica (Neve, 2008).

Si rafforza l'azione di pressione delle Associazioni professionali che chiedono il riconoscimento della professione a livello nazionale, è proprio sull'onda di queste rivendicazioni che si arriverà al riconoscimento formale della professione, dapprima con il D.P.R. 162/1982, che prevede la regolamentazione di quelle già presenti all'interno di diverse università italiane e la creazione di nuove scuole dirette a fini speciali, poi con il D.P.R. 15 gennaio 1987, n.14 che prevede il valore abilitante del diploma di assistente sociale in attuazione di quanto previsto dal decreto precedente(Ibidem).

Nonostante l'avvio di questo percorso di maggiore riconoscimento professionale del titolo, non si verifica una parallela modifica delle condizioni contrattuali cui sono sottoposti gli assistenti sociali sia dentro ai servizi che nella possibilità di aumento dei livelli di carriera (Ibid).

Gli anni '90 portano con sé difficoltà nella realizzazione dell'integrazione e del lavoro sul territorio, infatti, ad esempio, il tanto paventato lavoro di équipe si viene a scontrare con le resistenze dei professionisti che non vogliono mettere in discussione il proprio operato con altri professionisti,

tendendo piuttosto a lavorare o isolati dagli altri o in contrapposizione (Fargion, 2009).

Da un punto di vista politico si hanno due importanti riforme, una è la cosiddetta “Riforma della riforma”, che con il D.Lgs. 502/1992 converte le unità sanitarie locali (USL) in aziende sanitarie locali (ASL) e l’altra è data dal D.Lgs. 517/1993 che riforma le autonomie locali; ciò che accomuna entrambe le riforme è l’obbiettivo di razionalizzare l’organizzazione e la gestione dei servizi, contenendo i costi (Giorgi, Pavan, 2021; Campanini, 2020).

La situazione che fa da sfondo è caratterizzata da un elevato debito pubblico, la cui origine viene imputata ad elargizioni troppo generose da parte dello Stato in materia sanitaria e soprattutto, previdenziale; di fatto, con le due riforme viene introdotto il principio della gestione manageriale sia all’interno degli enti locali che delle unità sanitarie locali (Ciucci, 2017 ; Neve, 2008; Campanini, 2020). Agli enti locali viene attribuita l’autonomia finanziaria, con responsabilità sul controllo della spesa da parte dei diversi funzionari e la opportunità di assicurare e gestire i servizi direttamente o esternalizzando il servizio; per quanto riguarda le USL, esse vengono rinominate in ASL e subiscono un vero e proprio processo di aziendalizzazione, con l’introduzione della figura professionale dell’amministratore unico con il compito di sovrintendere al bilancio, le USL ora ASL vengono numericamente ridotte e taluni ospedali divengono aziende ospedaliere autonome(Niero, 1998 in Neve, 2008).

Dice bene Olivetti Manoukian quando afferma che: “Le modificazioni strutturali introdotte nelle USL [...] si rifanno alle teorie classiche dell’organizzazione, ormai da anni sottoposte a critiche radicali, e ripropongono un’impostazione ingegneristica, improntata a rigide divisioni per livelli e per funzioni e imperniata sulla centralità dell’alta dirigenza [...]”. Infatti, introdurre un modello di gestione di stampo manageriale, oltre che ad aver aperto le porte al fenomeno della privatizzazione in campo sociale e sanitario, pone l’operato degli assistenti sociali all’interno di logiche gerarchiche e accentrate, in cui l’ammontare di norme e regole formali da rispettare si configurano come vincoli che irrigidiscono il suo agire professionale, rendendo difficile il mantenimento di quell’aderenza ai valori della professione(Dal Pra Ponticelli, 2010; Neve, 2008; Dominelli, 2015).

Gli anni ’90 rappresentano un passaggio importante per la professione, che di fronte all’affermazione del nuovo orientamento manageriale nella gestione dei servizi pubblici, non riesce a farsi promotore di iniziative e proposte a livello politico per contrastare il nuovo corso degli eventi (Campanini, 2020). L’unico ambito in cui porta avanti una concreta azione di pressione è quello atto ad ottenere un completo riconoscimento della professione, che permetta di ottenere maggiore peso nel confronto con le altre e di ottenere avanzamenti di carriera; il punto di approdo a seguito di queste richieste si ha con l’istituzione dell’albo professionale degli assistenti sociali con la legge 23 marzo 1993, n.84(con conseguente emanazione del Codice deontologico nel 1998, poi modificato nel 2002 e nuovamente nel 2020) e con il decreto ministeriale 3 novembre 1999, n.509, che istituisce il corso di laurea triennale, con possibilità di accesso ad un biennio specialistico non specifico di servizio sociale(si dovrà aspettare il D.M.U.R. 16 marzo 2007 per l’istituzione del corso di laurea magistrale specifico) e al percorso di dottorato di ricerca(da ricordare che nel 1990 le scuole dirette a fini speciali sono state soppresse e trasformate in corsi universitari, con ulteriore riforma del 1993 il titolo rilasciato dal corso universitario non è considerato abilitante)(Neve, 2008).

Prima di approdare agli anni 2000, è fondamentale dedicare un approfondimento alla questione del managerialismo applicato in ambito sociale, perché le sue ricadute si sono riflesse soprattutto a partire dal post-riforma dell’assistenza.

Decidere di abbracciare un approccio manageriale nell’ambito dei servizi alla persona, significa spostare il fuoco dell’attenzione dal benessere della persona e dalla qualità del lavoro sociale al controllo di bilancio, ovvero il rispetto di un imperativo di ordine economico in cui l’obbiettivo non

è la qualità dell'intervento, ma l'efficacia rapportata alle risorse investite (Ciucci, 2017). Infatti, gli operatori sociali devono fare propria nella loro operatività professionale, la realizzazione dei tre imperativi del managerialismo: economicità, efficienza ed efficacia; il principio guida diventa il budget e non il bisogno della persona, perciò si applicano rigidi parametri per l'accesso alle prestazioni e agli interventi (Dominelli, 2015).

Dover rispondere a logiche di budget, significa perdere in parte la propria autonomia professionale, perché comporta dover applicare procedure rigide e codificate e di poter intervenire in favore della persona solo se il budget lo consente; per l'assistente sociale dover agire all'interno di queste logiche significa dover rendicontare ogni azione svolta con la massima precisione, configurandosi come un ulteriore compito burocratico (Ibidem). L'attecchimento delle logiche manageriali è stato favorito dalla diffusione dell'ideologia neoliberista, che promuovendo il mercato come risolutore di ogni problema sociale, di fatto svuota di senso il welfare state e promuove il processo di individualizzazione che promuove i principi di autosufficienza e autonomia, indebolendo quelli di solidarietà e interdipendenza tra i membri di una comunità (Ibid).

Inoltre, dove il mercato non esiste, come nell'ambito dei servizi sociali, esso va introdotto con il contributo dello Stato, perciò in quest'ottica l'affermarsi del terzo settore trova la sua ragione d'essere, arrivando a parlare di welfare mix per la pluralità di attori che in questo modo possono diventare fornitori di servizi e prestazioni; da notare che nell'ottica neoliberista il ruolo tradizionale della famiglia quale raccogliitore delle disfunzioni che il mercato non può o non vuole risolvere si vede rafforzato ancora di più (Fargion, 2009; Dominelli, 2015).

Con l'avvento delle logiche manageriali in campo sociale, si è affermata una nuova modalità operativa che abbraccia in pieno il nuovo corso di azione, ovvero il case o care management; alla base di tale approccio operativo vi è la separazione tra erogatore di servizi e compratore di servizi, in cui l'operatore sociale, che dovrebbe essere l'assistente sociale (ma non esclusivamente) ha il compito di effettuare la valutazione che porterà alla scelta di un determinato erogatore di servizi (Fargion, 2009). In quest'ottica i meccanismi di esternalizzazione servono per separare chi effettua la valutazione e chi offre i servizi, perché alla base vi è l'idea che nel passato l'identificazione tra valutatore ed erogatore fosse la causa principale dello sperpero di risorse (Ibidem; Ciucci, 2017). L'assistente sociale si trova così a dover effettuare una valutazione (assessment) che Payne definisce di tre tipi possibili: finanziario (al fine di individuare i contributi cui la persona può avere diritto), iniziale (al fine di definire il problema in via generale e indirizzare la persona verso i servizi adatti) e dei bisogni (che si configura come uno screening dei bisogni che la persona può portare con sé, al fine di definire meglio l'insieme di servizi cui accedere) (Ibid).

Il care o case management si sviluppa a partire dall'assunto che il bisogno possa essere incasellato in apposite schede di rendicontazione a cui far corrispondere uno o più interventi; in questo modo il lavoro sociale deve adeguarsi e divenire più parcellizzato e omologato (Fargion, 2009).

Infine, gli aspetti tradizionali del lavoro sociale ben si conciliano con il managerialismo, soprattutto per quanto attiene la predilezione di interventi di attivazione delle reti relazionali, che limitino l'istituzionalizzazione e privilegino gli interventi domiciliari, che risultano più economici (Ibidem).

Si può quindi notare che il lavoro sociale, stretto tra ottiche di contenimento del budget e adempimenti amministrativi corre il rischio di de-professionalizzarsi, poiché privato del suo tempo per stare in relazione con le persone e di svolgere la sua azione di advocacy (Ibid).

Per chiudere questa disamina sullo sviluppo del servizio sociale, è fondamentale fare riferimento alla legge 328/2000, che rappresenta la legge di riforma del sistema di assistenza, che deve essere fornita attraverso una rete di servizi locali, in grado di leggere la domanda sociale e di coinvolgere la persona nella definizione del suo percorso di aiuto; tutto ciò pone le basi per una diversa concezione del bisogno, che è globale e complesso, necessitante quindi di un intervento integrato(

Neve, 2008). In un contesto in cui si stanno facendo strada logiche di mercato applicate al mondo dei servizi alla persona, vengono affermati una serie di diritti sociali esigibili e l'importanza di una responsabilizzazione della società nel suo complesso al fine di promuovere il benessere dei suoi membri (Ibidem). Viene introdotto il Piano di Zona quale nuovo strumento di innovazione per la programmazione delle politiche sociali territoriali, alla cui partecipazione sono chiamati tutti gli attori del territorio portatori di possibili risorse e risposte alla domanda sociale (Campanini, 2020). Proprio il coinvolgimento di una moltitudine di attori diversi, che si configurano come terzo settore o privato sociale, accanto all'ente locale che tiene la regia dell'intervento, consentirebbe la piena realizzazione del principio di sussidiarietà (Ibid).

Come si è visto nell'analisi delle politiche sociali, con la Riforma del Titolo V della Costituzione e la mancata definizione dei Leps, non è stato possibile dare piena attuazione in modo omogeneo al dettato della riforma (Gori, et al., 2014).

In questo contesto la famiglia continua a rivestire un ruolo centrale nel sistema di welfare state, soprattutto quando non è possibile accedere alle misure del mercato (Campanini, 2020).

Per la professione l'emanazione della riforma ha rappresentato un riconoscimento atteso da molto tempo, in quanto stabilisce che il servizio sociale debba essere ricompreso tra i Livelli essenziali di assistenza che ogni ambito territoriale ha il compito di assicurare ai suoi cittadini (Campanini, 2020); l'importanza che questa affermazione ha avuto, non è stata però recepita in maniera omogenea sul territorio nazionale, proprio per la ragione sopra indicata.

4.1 Lavoro di cura istituzionale e anziani

Nel capitolo introduttivo sono state tracciate le linee generali dei macro fenomeni che hanno reso la questione della cura delle persone anziane non autosufficienti in Italia di rilevanza notevole per il servizio sociale; si è visto come l'attenzione verso tale problematica sia sorta in tempi recenti a dispetto di molti altri Paesi europei, ma oggi, dato l'andamento del processo di invecchiamento della popolazione, che amplia notevolmente la platea di possibili beneficiari delle misure di intervento di cura e data la stretta connessione tra aumento dell'età media di vita e l'insorgenza di patologie croniche, la professione è chiamata ad interrogarsi sul suo ruolo e sulle modalità di intervento che attua(Campanini, 2020; Pavolini, 2004; Pantalone, 2021).

Si può ben affermare che la condizione di non autosufficienza sia un nuovo stato di bisogno dal momento che implica nuovi bisogni di assistenza, che a loro volta richiedono una visione globale e integrata unita ad una pluralizzazione e personalizzazione dell'intervento (Torriani, 2015 in Dal Pra Ponticelli, 2010). Proprio per questo il servizio sociale che tra i suoi principi operativi può vantare la personalizzazione dell'intervento, dovrebbe essere la disciplina che meglio è in grado di valorizzare e promuovere l'unicità della condizione della persona in età anziana; per fare ciò è necessario promuovere la concezione di un'età anziana non come malattia, disagio o peso sociale, ma di fase del ciclo di vita in cui si verificano delle modificazioni a livello delle funzionalità corporee, ma a cui si possono accompagnare nuove capacità o diverse potenzialità, che vanno considerate delle risorse da sostenere per garantire una certa autonomia, autostima e identità(Pregno, 2016).

Il servizio sociale può contare tra i suoi strumenti operativi(oltre alle capacità amministrative, di progettare, gestire e organizzare i servizi)la capacità relazionale interpersonale, perché ogni intervento attuato in favore della persona in situazione di difficoltà deve avvenire all'interno di una relazione professionale di aiuto; alla base di una relazione professionale di aiuto deve esserci un atteggiamento empatico, di ascolto attivo e di accompagnamento paziente rispetto alle tempistiche del cambiamento della persona(Dal Pra Ponticelli, 2010).

Il fine ultimo della relazione di aiuto non dovrebbe essere quello di offrire risposte preconfezionate, ma partendo da come la persona vive e percepisce una data situazione problematica, quali strategie ha già messo in atto per fronteggiarla e quali risorse personali o di contesto possono essere attivate, arrivare a co-costruire con lei delle possibili strategie di fronteggiamento, anche solo a carattere provvisorio, possibili di rimaneggiamenti periodici (Ibidem).

Riguardo a quest'ultimo punto, è fondamentale che l'operatore si avvalga di tecniche proprie del colloquio promozionale(attraverso riformulazioni di quanto detto dalla persona per farle capire che la si sta ascoltando e per restituirle il senso di quanto detto), atte a creare un ponte di comunicazione con la persona in situazione di disagio(Zini, Miodini, 2001 in Pregno, 2016), piuttosto che adottare una modalità di tipo inquisitorio o superficialmente rassicurante; una relazione di stampo dialogico, che favorisca momenti di riflessività reciproca è fondamentale per approdare ad una visione condivisa e ad una progettualità maggiormente efficace(Dal Pra Ponticelli, 2010).

Costruire una relazione di aiuto professionale non è un processo rapido, ma richiede tempo e risorse per poter gettare le basi di una reciproca fiducia (Ibidem); la modalità di accesso ai servizi sociali territoriali può essere un elemento molto importante da considerare nell'ambito della sua costruzione.

Purtroppo, ancora oggi, il fatto di doversi rivolgere ai servizi costituisce una sorta di sconfitta, sono considerati l'ultima spiaggia, perché di base vi è il pensiero che i essi siano un servizio per persone che non hanno una famiglia, che hanno una famiglia problematica o che sono indigenti; nel caso della persona anziana o della sua famiglia, ciò avviene quando si verifica un rottura dell'equilibrio

cui le strategie messe in atto si sono rivelate fallimentari o insostenibili nel lungo periodo(Pregno, 2016; Campanini, 2020); quindi, se il primo contatto con i servizi avviene su segnalazione di terzi può essere davvero complesso entrare in contatto con la persona o lavorare sulla costruzione di una relazione di fiducia, anche perché in quel caso, l'assistente sociale è molto spesso chiamato a compiere una valutazione dei rischi cui può andare incontro la persona, che nel caso della persona anziana sono dati dalla possibilità di essere abbandonata e di non ricevere aiuto nella soddisfazione dei bisogni primari, inficiando così una buona qualità della vita(Ibidem; Pregno, 2016).

Molto diversa è la situazione nel momento in cui avviene spontaneamente, nel caso specifico degli anziani, molto spesso sono i familiari ad attivarsi o perché i primi non sono fisicamente e/o mentalmente in grado di agire direttamente o su loro delega; ciò che spinge a chiedere aiuto è riconducibile ad una situazione di disagio legata alla presenza di una serie di mancanze, le principali sono le difficoltà economiche(mancanza di risorse), le difficoltà cognitive(mancanza di lucidità mentale nell'affrontare la situazione), le difficoltà emotive(ansia, depressione e senso di impotenza) e quelle legate alla mancanza di informazioni(Dal Pra Ponticelli, 2010).

L'accesso ad un servizio non implica necessariamente l'instaurarsi di una relazione di aiuto, perché, ad esempio nel caso del bisogno di ricevere informazioni sull'accesso a certi servizi o prestazioni, può avvenire anche solo nell'ambito del segretariato sociale(altra funzione ricompresa tra quelle previste dal servizio sociale), senza che vi sia un proseguo e l'instaurarsi di una vera e propria presa in carico(Pregno, 2016).

Solitamente la persona in stato di bisogno, o l'anziano direttamente o il familiare che può esserne il caregiver, sente il bisogno di chiedere un aiuto dapprima sul piano materiale, ma in stretta connessione tendono ad emergere anche bisogni relazionali o di supporto emotivo al fine di trovare un equilibrio che consenta di affrontare la situazione (Ibidem).

Poter raccontare ad un estraneo di fiducia la propria situazione di disagio, all'interno di una relazione professionale ben definita, costituisce l'inizio del percorso di cura istituzionale, perché attraverso la narrazione personale è possibile lavorare sul ripristino di una certa condizione di benessere (Dotti, 2007 in Dal Pra Ponticelli, 2010).

Il primo contatto costituisce uno spartiacque fondamentale per la relazione di aiuto, in cui l'assistente sociale getta le basi per la costruzione del rapporto di fiducia e per farlo è necessaria una certa dose di atteggiamento rassicurante, di comprensione unito all'attenzione verso le aspettative della persona o famiglia, della sua autonomia, delle sue capacità e risorse personali e chiarezza in merito alla possibilità o meno di poter ricevere servizi e prestazioni (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Proprio la possibilità da parte del servizio di poter offrire una risposta alla domanda sociale costituisce uno degli elementi chiave che caratterizza il processo di aiuto, risposte che possono essere costituite da misure materiali, ma anche relazionali, che portano alla realizzazione di un progetto di aiuto condiviso con la persona ed eventualmente con le reti sociali che l'assistente sociale è stato in grado di attivare (Ibidem).

Ricollegandosi alle capacità relazionali che dovrebbe avere l'assistente sociale, si può notare allora che queste si esplicano anche nella capacità di creare una rete di risorse, attraverso il coinvolgimento degli attori presenti nel contesto di vita della persona o nella comunità di riferimento, cogliendo le potenzialità di cui sono portatori e delle difficoltà che devono affrontare, avvalendosi sempre di un ascolto attivo (Ibid). In relazione a ciò un importante strumento di cui può avvalersi l'assistente sociale è la visita domiciliare, ovvero un colloquio presso il luogo di vita abituale della persona anziana, per poter vedere la persona e il suo contesto familiare in situazione, ottenendo informazioni sia attraverso la narrazione delle persone sia attraverso l'osservazione; questo strumento oltre ad essere pienamente in linea con il dettato deontologico(art.7), fornisce un'importante rimando alle persone coinvolte, in quanto dimostra la volontà di avvicinarsi a loro(

Pregno, 2016)

Per quanto riguarda le persone in età anziana la rete di relazioni parentali e sociali rappresenta una delle risorse fondamentali che possono assicurare cura ed evitare il rischio di isolamento e solitudine; proprio per questo nell'ambito della relazione di aiuto l'assistente sociale non può esimersi dal rapportarsi con le persone coinvolte nella situazione di vita della persona; molto spesso queste persone sono costituite soprattutto dai familiari, che ne rappresentano i principali prestatori di cura, che devono essere oggetto di ascolto e coinvolgimento attivo nel processo di aiuto(Dal Pra Ponticelli, 2010).

Compito dell'assistente sociale, nel momento in cui non si viene a relazionare direttamente con la persona anziana, ma con il familiare, è di compiere un'attenta analisi della narrazione che riceve, in una prospettiva di tutela della prima, atta a distinguere tra interessi ed esigenze proprie dell'anziano e della famiglia; al fine di capire le dinamiche relazionali e socioeconomiche che la caratterizzano, cercando di coinvolgere almeno uno dei membri a cui accompagnare le risorse messe a disposizione dal servizio o attivate dall'assistente sociale(Campanini, 2020).

Come si è detto precedentemente, non necessariamente l'accesso al servizio si conclude con l'avvio di una presa in carico, ciò si può verificare nel momento in cui il familiare o l'anziano ricevono delle informazioni esaustive sul mondo dei servizi oppure a seguito di una narrazione condivisa riescono ad individuare una serie di risorse che permettono una lettura differente della situazione; purtroppo, ad oggi, le situazioni che si presentano ai servizi sono molto complesse, vedi per la presenza in aumento di anziani soli con problemi sanitari, con demenze non gestibili solo in ambito domestico, con problemi economici e per le lungaggini nei tempi di attesa per la predisposizione del ricovero in struttura, dalla limitatezza dei servizi domiciliari(per intensità di cura) e semi-residenziali(per disponibilità di strutture)(Ibidem).

Se invece l'accesso ai servizi porta ad una presa in carico della persona, nel caso specifico in situazione di non autosufficienza, si viene ad attivare un progetto di intervento individualizzato che vede il coinvolgimento di diverse figure professionali, al fine di stabilire le risorse istituzionali da attivare alla luce dei bisogni specifici, che per l'area sociale sono individuati dall'assistente sociale e per quella socio-sanitaria da un' équipe interprofessionali(medico geriatra, infermiere, fisioterapista, ecc.); la predisposizione del progetto individualizzato avviene a seguito di un'azione di valutazione congiunta, che avviene in sede di UVG(unità valutativa geriatrica), a cui possono seguirne altre di periodiche atte a verificare il raggiungimento degli obiettivi o la necessità di effettuare delle modifiche(Kazepov, Barberis, 2013; Pregno, 2016).

Effettuare una valutazione che sia veramente multidimensionale e in grado di portare alla predisposizione di interventi appropriati, implica una piena integrazione tra le diverse professionalità coinvolte (Di Marzo, 2005 in Campanini, 2020).

Il piano assistenziale rappresenta la modalità attraverso cui l'assistente sociale stabilisce una relazione interpersonale sia con la persona destinataria dell'intervento sia con gli altri professionisti(Campanini, 2020); in particolare, nelle situazioni caratterizzate da cronicità o fragilità, esso si colloca all'interno di quel processo di accompagnamento proprio del servizio sociale, che vuole favorire l'empowerment personale e la realizzazione di interventi personalizzati(Gui, 2004 in Campanini, 2020). Molti studi hanno dimostrato che la pratica dell'accompagnamento della persona anziana e dei familiari è funzionale a reperire le informazioni necessarie ad orientarsi all'interno del variegato mondo dei servizi e delle prestazioni di welfare state, per trovare la risposta più consona al proprio problema, ma anche che l'uso dello strumento della valutazione multidimensionale sembra favorire un miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'intervento (Gori, et al., 2014).

Nell'ambito della relazione di aiuto, l'assistente sociale che riesca ad individuare una modalità di

lavoro condivisa con altre professioni può arrivare ad attivare un sostegno in più verso la persona anziana e la famiglia, fornendo le conoscenze necessarie a gestire al meglio la condizione di malattia oltre che a sviluppare maggiore consapevolezza circa l'importanza del proprio agire nella convivenza con essa (Dallago, 2006 in Campanini, 2020).

A quest'ultimo riguardo si può proprio parlare di alfabetizzazione sanitaria, intendendo: “[...] insieme di abilità cognitive sociali che determinano la capacità delle persone di accedere alle informazioni sanitarie di base, di comprenderle e di utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona salute” (WHO, 1998 in Pantalone, 2021). L'effettivo grado di conoscenza sulla condizione di salute che il caregiver o la persona anziana ha riguardo allo stato di salute, influenza notevolmente l'aderenza al piano terapeutico, ma anche lo stesso scambio di informazioni con i professionisti e la capacità di prendere decisioni in modo pienamente consapevole (Yuen, 2018 in Pantalone, 2021).

La valutazione, quindi, si rivela un nodo molto importante del lavoro sociale istituzionale, soprattutto in merito all'ambito dell'anzianità, in quanto essa è fondamentale per fornire una valutazione globale della persona, in relazione al suo contesto di vita, per poter realizzare un piano di cura il più possibile personalizzato adeguato a fronteggiare le problematiche che lei o il caregiver devono affrontare (Pregno, 2016).

Valutare, perciò, nell'ambito del lavoro sociale professionale, significa esprimere un giudizio responsabile, frutto dell'analisi delle diverse narrazioni di cui è stato oggetto, al fine di esprimere un parere professionale e per mettere a disposizione di altri professionisti le informazioni atte a prendere delle decisioni (Dal Pra Ponticelli, 2010). Alla base di un progetto individualizzato vi è l'utilizzo di una serie di schede di valutazione, che mirano a stabilire quale sia il livello di autonomia della persona anziana; a livello nazionale non c'è uniformità nel loro utilizzo, in Veneto viene utilizzata la scheda SVAMA(scheda per la valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano), ma ciò che le accomuna tutte è il fatto di configurarsi come degli strumenti di valutazione integrata e multidimensionale della sfera sociale e sanitaria e di permettere di misurare il grado di non autosufficienza, grazie all'attribuzione di un punteggio che consente di assegnare un'intensità alla condizione di dipendenza(Pregno, 2016).

Parlare di progetto individualizzato per la persona anziana significa fare riferimento al PAI(Progetto assistenziale individualizzato), in alcune Regione viene usata una denominazione diversa per definire lo stesso strumento, il quale contiene la predisposizione di una serie di interventi, il loro numero e la tipologia(se a domicilio o nelle strutture); esso viene condiviso con la persona e la famiglia(che lo firmano), si sviluppa a partire dall'UVG, può essere modificato al modificarsi dei bisogni e rappresenta il programma di lavoro dell'équipe multiprofessionale(Ibidem; Iurlaro, 2021). Oltre alla firma dei familiari, viene apposta anche quella del responsabile del progetto che può essere o l'assistente sociale o l'infermiere professionale, a sancire la responsabilità dell'équipe (Pregno, 2016). Esso si caratterizza per la presenza di almeno cinque elementi di complessità: il limite di spesa(le risorse disponibili sono limitate per cui è necessario combinare il principio di efficacia con quello di efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche), l'accordo tra le parti coinvolte(costruzione condivisa esito della partecipazione delle persone direttamente coinvolte), l'appropriatezza degli interventi(rappresenta uno dei criteri di valutazione del lavoro sociale, atto a verificare che l'intervento attuato sia il più idoneo a raggiungere un certo obiettivo), l'attenzione agli aspetti concreti(va ad integrare l'appropriatezza, in quanto l'intervento attuato deve essere attinente al reale bisogno) e il responsabile del caso(non vi è un'indicazione unitaria riguardo a chi debba essere responsabile del progetto)(Ibidem).

Caratteristica propria del modello welfaristico italiano è il ruolo svolto dalla famiglia della persona anziana, che si configura come soggetto chiave nel suo processo di cura, dal momento che si è

trovata al centro di un processo di attribuzione di responsabilità nell'ambito della cura e della tutela degli anziani(sussidiarietà passiva), a cui però non è corrisposto un'eguale attribuzione di servizi e risorse da parte dell'autorità pubblica(Ascoli, 2011); a causa di ciò si è assistito all'affermazione(soprattutto negli ultimi vent'anni) della responsabilità di cura in una dimensione privata, scollegata dall'attenzione statale(Pregno, 2016).

In relazione a ciò il servizio sociale oltre a mantenere un'ottica trifocale, deve soprattutto guardare e tenere insieme sia i bisogni della persona in età anziana che quelli della famiglia caregiver, i quali possono venire a trovarsi in posizioni fortemente contrapposte, alcuni casi possono essere dati dal fatto che la persona anziana non voglia una persona estranea in casa(ma non può nemmeno stare da solo per lunghi tempi), ma i familiari non possono farsi carico direttamente dell'assistenza per incompatibilità con la propria situazione familiare o lavorativa; oppure la persona anziana vorrebbe una persona stabilmente presente con cui sviluppare un qualche tipo di relazione, ma la famiglia preferisce attivare un servizio di assistenza domiciliare svolto da un operatore professionista; oppure nel caso della presenza di un'assistente di cura, capire se una persona anziana con ridotte capacità cognitive sia oggetto di sfruttamento da parte della prima o se in realtà siano solamente preoccupazioni dei familiari(Pregno, 2016; Pantalone, 2021).

Proprio in relazione alla necessità per il servizio sociale di tenere insieme le esigenze e i bisogni della persona anziana e del familiare caregiver, recentemente è stato coniato il termine "family friendly", per indicare quegli interventi intesi come servizi o prestazioni orientati a dare risposta in modo efficace, efficiente e in tempistiche contenute alle problematiche della famiglia, che viene considerata agente primario di cura; ma allo stesso tempo, anche l'insieme di esperienze che costituiscono un esempio di buona pratica, in cui vengono coinvolti e attivati una pluralità di soggetti al fine di cooperare per la realizzazione del benessere delle persone(Rossi, Bramanti, 2006 in Pantalone, 2021).

Da questo punto di vista, si possono considerare tre tipi di servizi che si rifanno a quest'impostazione: i servizi centrati sulla casa, i servizi centrati sulla famiglia e i servizi centrati sulla comunità; i servizi centrati sulla casa pongono attenzione alla dimensione abitativa della persona anziana non autosufficiente(in cui vengono erogati i servizi da parte dei vari soggetti coinvolti), si fondano sulla promozione della capacità di cura della famiglia(Pantalone, 2021).

I servizi centrati sulla famiglia mirano anch'essi a promuovere la capacità di cura della famiglia, attraverso il sostegno nello sviluppo del proprio senso di autoefficacia e nel non percepirsi come inadeguati e incompetenti rispetto ai compiti di cura; ciò avviene grazie a corsi di formazione, gruppi di auto-aiuto e servizi di sollievo, volti a creare una rete di solidarietà tra le famiglie (Ibidem). Infine, i servizi orientati sulla comunità sono quelli che vogliono promuovere legami di solidarietà anche tra persone che non sono prossime tra loro, ciò al fine di creare un possibile fattore di protezione contro il rischio di isolamento e solitudine (Ibid).

Come si è detto precedentemente, molto spesso i familiari approdano ai servizi sociali come ultima spiaggia, dopo aver tentato con proprie strategie, ma senza ottenere alcun risultato se non quello di sentirsi impotenti, isolati ed esausti; a questo riguardo, infatti: "[...] la persona difficilmente può risolvere il suo problema quando è esaurita e svuotata di energie emotive e fisiche [...] in questi casi può essere necessario che l'assistente sociale fornisca quei sostegni, fisici o psicologici, atti a restaurare l'equilibrio della persona[...]"(Perlman, 1985 in Pregno, 2016).

Assumere in toto la responsabilità della cura del familiare, direttamente o affiancandosi una persona esterna che può essere l'assistente di cura, comporta un'enorme carico emotivo, che con il tempo può diventare un vero e proprio fardello per la persona, che può arrivare a sperimentare isolamento, affaticamento fisico e psicologico, difficoltà di conciliazione con la propria vita privata e problematiche economiche nel caso in cui il reddito della persona anziana non sia sufficiente; tutto

ciò può portare alla sensazione di essere sopraffatti dalle responsabilità(Pantalone, 2021).

Il compito dell'assistente sociale in relazione a ciò diventa quello di effettuare una lettura dei bisogni del caregiver, al fine di fornire un sostegno e un accompagnamento che consentano di contenere i livelli di stress e di fronteggiare la situazione; per fare ciò è necessario partire dalla famiglia e dai suoi membri, al fine di capire quali siano le loro aspettative e la capacità di assunzione del carico assistenziale di ognuno di loro(è importante ricordare che molto spesso il caregiver principale è a sua volta una persona anziana con problemi di salute)(Ibidem).

Sino ad ora si è parlato dell'importanza di cogliere la multidimensionalità della domanda sociale legata alla condizione di non autosufficienza in età anziana, perché il bisogno per questo range di popolazione non è mai prettamente sanitario o sociale, può esserci una maggiore incidenza del primo per tutta una serie di fattori che si sono analizzati, ma un intervento per definirsi appropriato ed efficace deve riuscire ad integrare le due dimensioni; l'assistente sociale a questo riguardo si configura come un professionista dell'integrazione per la sua capacità di scegliere quale corso d'azione intraprendere a fronte di una data situazione, al fine di garantire l'obiettivo principale che in questo caso è dato dall'assicurare la continuità delle cure(Pregno, Rosina, 2012 in Pregno, 2016).

Purtroppo, nonostante gli intenti dichiarati, l'integrazione tra i servizi del settore sanitario e sociale rimane un problema attuale; quello che continua a mancare è un effettivo raccordo tra i servizi, che molto spesso continuano a lavorare in modo isolato (Pregno, 2016).

Uno dei fattori che va ad influire sulla scarsa integrazione dei servizi è la disponibilità di risorse, che ha portato ad un ricorso massiccio al processo di esternalizzazione, andando a minare la possibilità di un'effettiva progettazione, per rispondere a dinamiche di budget e di quadratura del bilancio(Dal Pra Ponticelli, 2010); ciò di fatto porta a ridurre i servizi e gli interventi al fine di fare economia e razionare la spesa, con un contemporaneo aumento dei costi a carico delle persone(Gori, et al., 2014). In particolare ciò su cui si effettuano tagli sono l'intensità degli interventi e le attività di promozione e prevenzione; con riferimento all'assistenza domiciliare integrata e al servizio di assistenza domiciliare sono state ridotte le ore di intervento settimanale, limitandole alla sola fascia oraria diurna infrasettimanale, lasciando scoperto il fine settimana, che nella generalità dei casi costituisce il momento in cui le famiglie avrebbero più bisogno (Ibidem).

Anche le visite domiciliari, strumento di eccellenza del lavoro sociale professionale, vengono ridotte, portando alla definizione di progetti e interventi prevalentemente sulla base di materiale documentale, eliminando quella parte di relazione interpersonale con la persona (Ibid).

La necessità di dover rispondere a dinamiche di budget ha dirette conseguenze sul lavoro dell'assistente sociale, che possono essere riassunte in: spersonalizzazione dell'intervento, frammentazione dell'intervento e diminuzione dell'efficacia dell'intervento; per quanto riguarda il primo punto, la domanda sociale complessa e in aumento unita al dover ridurre i costi, fa sì che il carico di lavoro sia oneroso, tanto da ridurre la disponibilità di tempo che l'assistente sociale può dedicare alla relazione, alla valutazione del bisogno, alla progettazione e all'accompagnamento(Ibidem). Per frammentazione dell'intervento si intende il fatto che la scarsità di risorse porta i diversi ambiti professionali che costituiscono il sistema sanitario e sociale a rinchiudersi in sé e a cercare di difendere il proprio ambito dal rischio di vedersi sottratte risorse; mentre con la diminuzione di efficacia dell'intervento, ci si riferisce al fatto che l'esigenza di contenere i costi, fa sì che l'intervento erogato non sia adeguato al suo stato di bisogno, ma al quadramento di bilancio(Gori, et al., 2014).

La logica del contenimento dei costi inevitabilmente si riflette anche sulla condizione lavorativa dell'assistente sociale, che negli ultimi dodici anni ha visto un peggioramento delle sue condizioni contrattuali e retributive, con una forte diffusione di assunzioni a termine; a ciò si aggiunge il

sottodimensionamento degli organici e la riduzione del sostegno a forme di sostegno professionale come la formazione continua e la supervisione(Ibidem; Dal Pra Ponticelli, 2010).

In un simile contesto la figura professionale viene sempre più sospinta verso lo svolgimento di mansioni prettamente burocratiche (Ciucci, 2017), volte ad adempiere un numero crescente di procedure amministrative (dal momento che c'è un controllo maggiore unito a procedure più rigide da rispettare), che limitano di fatto il tempo da dedicare alla relazione di aiuto(Gori, et al., 2014).

Se la parte burocratica assorbe la maggior parte del tempo del lavoro sociale professionale, va da sé che si riducono fortemente gli spazi per un'azione promozionale e di riflessione; venendo a mancare l'azione promozionale, di fatto, il lavoro sociale si focalizza quasi esclusivamente su situazioni di bisogno conclamate, che necessitano di risposte urgenti volte a tamponare più che aiutare a fronteggiare (Ibidem; Dal Pra Ponticelli, 2010).

La percezione diffusa tra i professionisti sembra proprio quella di essere diventati degli erogatori di prestazioni (Ciucci, 2017), proprio perché l'attenzione viene a spostarsi dalla relazione professionale alla gestione meccanizzata di prestazioni standard (Gori, et al., 2014; Ciucci, 2017).

Per concludere, quando si parla di riduzione dei tempi di riflessione, si fa proprio riferimento a quel tempo e a quello spazio che l'assistente sociale dovrebbe avere per riflettere sia in corso di azione, che dopo che l'azione si è conclusa; nel primo caso si può parlare di riflessione in azione, intendendo un processo di riflessione condivisa, a partire dalla narrazione della persona, entro cui l'assistente sociale non è neutro, ma coinvolto attivamente, allo scopo di giungere all'identificazione di possibili ipotesi di fronteggiamento condivise(Shön, 1993 in Dal Pra Ponticelli, 2010). Nel secondo caso, si intende quella riflessione post-azione, in cui il professionista riesamina il corso di azione intrapreso, per verificare che l'intervento sia stato adeguato ed equo rispetto alla domanda sociale, anche prefigurando scenari diversi di risoluzione dello stesso, da poter utilizzare come cornice generale per situazioni che presentino elementi di comunanza.

4.2 Presentazione del metodo: il focus group

La disamina fin qui condotta ha voluto mostrare attraverso un approccio prevalentemente bibliografico, l'evoluzione che il lavoro di cura istituzionale ha vissuto dalla sua nascita ai giorni nostri; un primo focus di approfondimento è costituito dalla ricerca di archivio che ha voluto indagare un particolare contesto e momento storico, mentre un secondo, quello che verrà qui illustrato, si propone di analizzare le principali trasformazioni che ha vissuto il lavoro sociale istituzionale verso le persone anziane all'interno di un arco temporale che investe gli ultimi vent'anni.

Al fine di ottenere un'istantanea il più aderente possibile alla realtà professionale, si è scelto di utilizzare un approccio di ricerca di tipo qualitativo; anche se le persone coinvolte nella ricerca afferiscono ad una particolare area geografica, sarà interessante notare come quanto emerso sia lo specchio delle tendenze generali che stanno investendo il lavoro sociale professionale con le persone in età anziana.

La metodologia di indagine scelta è quella del focus group, cioè: “[...] una tecnica di rilevazione per la ricerca sociale, basata sulla discussione all'interno di un piccolo gruppo di persone interpellate da uno o più soggetti che fungono da moderatori [...]. I risultati non sono quindi dei dati, bensì dei testi prodotti dalle interazioni verbali e non verbali [...]” (Ciucci, 2017).

Tale scelta è stata dettata principalmente da tre ordini di ragione: la tipologia dell'argomento oggetto di indagine, la ristrettezza delle tempistiche a disposizione in cui raccogliere dati utili e il poter effettuare: “[...] una lettura dei fenomeni dotata di profondità temporale e, quindi, evidenzia il divenire processuale del fenomeno stesso, riducendo i rischi di semplificazione e opacizzazione provocati dalla standardizzazione” (Bichi, 2002 in Ciucci, 2017). Questa metodologia di ricerca ben si presta ad analizzare fenomeni poco indagati e si voglia far emergere nuove prospettive o punti di vista su di esso a partire dal vissuto esperienziale delle persone coinvolte (esse infatti non costituiscono un campione rappresentativo della popolazione, ma di un dato vissuto) (Albanesi, 2004).

Al fine di allargare il campo di raccolta dei dati, la loro validità e arginare possibilità casualità negative (vedi la presenza di figure dominanti, provocatorie o di gruppi freddi), sono stati selezionati quattordici assistenti sociali, con conclamata esperienza almeno decennale, afferenti a diversi servizi (Ente comunale e residenza sanitaria assistenziale), ripartiti in due gruppi distinti, costituiti da sette partecipanti ciascuno, in base all'ordine di disponibilità datomi dagli stessi.

La selezione dei partecipanti è partita da una lista di circa trenta nominativi di persone impiegate in servizi o entri locali della provincia di Venezia e Padova, la metà di loro non ha dato disponibilità per una serie di ragioni riassumibili in: mancanza di tempo da dedicare ad attività di formazione, indicazione dell'ente a non partecipare ad attività di formazione durante l'orario lavorativo, mancanza di esperienza nel campo oggetto di indagine perché nel servizio si sono succedute svariate persone con contratti a tempo determinato e mancanza di interesse.

Si è scelto di privilegiare la costituzione di due gruppi focus eterogenei, in cui i professionisti nella maggior parte dei casi si conoscevano, in maggioranza donne, con un'età compresa tra i trent'anni e i sessanta anni, reclutate telefonicamente o via e-mail, anche grazie al passaparola tra colleghi, a seguito di un'azione di tracciamento del territorio della provincia di Padova e di Venezia.

Nonostante l'eterogeneità per provenienza occupazionale dei partecipanti, non si sono verificate dinamiche che hanno reso difficoltoso o squilibrato lo svolgimento dei focus group, in quanto vi era comunque di base un'omogeneità nei linguaggi adottati. È stato chiesto ad ognuno dei partecipanti di mantenere la riservatezza su quanto emerso durante gli incontri, che si sono svolti con modalità on-line, per un totale di sei incontri (tre per ognuno dei due gruppi), per una durata di un'ora e

mezza; è stato richiesto il consenso verbale al trattamento dei dati riservati e alla registrazione degli incontri. Al fine di incentivare la partecipazione all'attività di ricerca, è stata richiesta e ottenuto il riconoscimento della suddetta nell'ambito della formazione continua all'Ordine degli Assistenti Sociali del Veneto. Nell'ambito dei sei incontri oltre ai partecipanti, sono presenti anche un conduttore e due assistenti; il primo con il ruolo di moderatore, avente il compito di introdurre l'argomento, fare il punto di quanto detto precedentemente, di fare domande (chiare, ma non direzionanti) o proporre un tema su cui riflettere, che favoriscano l'emergere di una conversazione di gruppo e consentendo di osservare una serie di indicatori tra cui la gestualità, il contatto visivo e la capacità di ascolto (Ibidem).

Il moderatore si avvale di una griglia di conduzione, che non contiene domande specifiche, ma una serie di temi da proporre; al fine di approfondire i contenuti che emergono può riformulare usando le parole espresse dal partecipante, fare domande di specificazione o chiedere ulteriori informazioni (Ibidem). Egli, inoltre, svolge un'importante funzione di motivazione dei partecipanti, stimolando in maniera non direttiva a partecipare alla discussione e ad esprimere liberamente il proprio pensiero restituendo loro l'importanza, soprattutto nella fase iniziale, della loro partecipazione ai fini della ricerca (Ciucci, 2017).

Le due assistenti, invece, hanno avuto il compito di reclutare i partecipanti, intrattenere i contatti con loro, gestire la registrazione e offrire un secondo punto di osservazione rispetto a quanto avviene a livello di dinamiche di gruppo e prendere appunti sui temi principali emersi, a come vengono trattati e all'uso di particolari espressioni linguistiche (Ibid).

Al termine di ogni incontro di focus, tutte e tre le figure effettuano un piccolo briefing in cui condividere impressioni o la necessità di approfondire alcuni punti emersi nel corso dell'incontro appena terminato.

Gli incontri di focus group hanno seguito il medesimo ordine di esposizione per non alterare le condizioni di raccolta dati, durante il primo incontro il conduttore utilizza quindici minuti circa per ringraziare i partecipanti ed effettuare una breve presentazione del progetto di ricerca, viene spiegato loro che gli incontri ai fini della validazione dei dati raccolti devono essere registrati e viene richiesto il loro assenso verbale alla liberatoria sui dati raccolti, un'assistente avvia poi la registrazione, viene chiesto ai partecipanti di effettuare una piccola presentazione di loro stessi e al termine di ciò il conduttore chiede di riflettere per cinque minuti sul tema proposto, ovvero le trasformazioni che hanno caratterizzato l'ambito del lavoro di cura istituzionale, appuntando parole chiave o stringhe di frasi. Ogni partecipante espone il suo materiale scritto e un'assistente procede nello scrivere in condivisione di schermo quanto detto dai partecipanti.

L'incontro si chiude con l'impegno a rielaborare il materiale creando tre grandi macro categorie che rappresentano quanto emerso. Durante il secondo e il terzo incontro vengono esplorate le tre macrocategorie, stimolando una riflessione a partire dal vissuto esperienziale di ognuno di loro e invitando a collocare le principali trasformazioni in un arco temporale preciso; il conduttore incoraggia l'espressione dei diversi punti di vista senza indirizzare il flusso della conversazione verso una direzione preordinata, ma permettendo il fluire delle idee e delle sfumature portate da ogni partecipante. Ad ogni incontro è seguito un preciso e ordinato lavoro di trascrizione degli incontri.

4.2.1 La traccia dei focus

Il ciclo di incontri di focus group ha coinvolto due gruppi di assistenti sociali, ognuno formato da sette professionisti afferenti principalmente a due realtà lavorative: l'ente comunale e i centri servizi, in particolare Rsa e Centri Diurni; gli incontri si sono svolti tra i mesi di aprile e maggio 2021, con modalità on-line (tramite piattaforma Zoom), per un totale di tre incontri per gruppo, della durata di un'ora e mezza ciascuno.

Il primo focus group è stato di tipo introduttivo e conoscitivo rispetto alla tematica indagata, infatti il centro dell'incontro è stato quello di tracciare delle linee generali sulle principali trasformazioni che hanno attraversato il lavoro di cura istituzionale con le persone anziane.

Esso si è strutturato come di seguito:

- breve momento di ringraziamenti, con successiva presentazione del progetto di ricerca e delle persone coinvolte;
- breve auto-presentazione delle assistenti sociali coinvolte;
- richiesta di consenso orale alla registrazione degli incontri;
- input all'avvio dell'attività con esplicitazione della richiesta di individuare una serie di parole chiave o stringhe di parole che rappresentino le principali trasformazioni che hanno individuato;
- momento di riflessione individuale della durata di circa 5 minuti, con la trascrizione di parole o stringhe rappresentative, da presentare poi al resto del gruppo.

Le domande che hanno guidato il momento di riflessione individuale sono state:

- quali sono i macro cambiamenti, i macro contesti nei quali individuate le trasformazioni più significative e rispetto a quali dimensioni del lavoro?
- quali sono le dimensioni, gli aspetti, i campi e la natura in cui avvertite delle trasformazioni significative?

A turno i diversi partecipanti espongono le proprie considerazioni. Le due assistenti prendono nota su dei fogli personali dei punti salienti che emergono, sia riguardo al contenuto che alle dinamiche di gruppo e appuntano i singoli concetti su un foglio in condivisione sul pc. L'incontro si chiude, con l'anticipazione di una rielaborazione da parte del team di ricerca dei concetti emersi e di un raggruppamento in macro categorie, che saranno oggetto di analisi e approfondimento nei successivi incontri.

Il secondo focus group è centrato sull'approfondimento dei concetti emersi, raggruppati in tre macrocategorie afferenti alle diverse dimensioni del lavoro sociale professionale e alla loro collocazione temporale.

Esso si è strutturato come di seguito:

- il mediatore effettua una rilettura dei concetti emersi dall'incontro precedente e richiama l'obiettivo dell'incontro;
- viene presentata la suddivisione in macrocategorie effettuata dal mediatore e dalle assistenti, chiedendo riscontro, in termini di dissenso o consenso, di ciò ai partecipanti;
- emergono tre macrocategorie e per ognuna viene chiesto di esplicitare il proprio vissuto esperienziale;
- il moderatore rilegge gli elementi che costituiscono le prime due macrocategorie: le trasformazioni

socio-demografiche e della struttura familiare e le trasformazioni del lavoro formale di cura, a turno le partecipanti prendono parola.

Le domande che hanno guidato la condivisione con il gruppo sono state:

- la complessità del bisogno di cura della persona anziana e la minore tenuta dei legami familiari sono fenomeni che avete riscontrato tutti nel corso della vostra carriera lavorativa?
- questa complessità è stata un qualcosa di carattere generale o ha riguardato specifiche fasce di popolazione anziana?
- quando e come collocate questa diversa tenuta dei legami sociali?
- quando è iniziato il cosiddetto fenomeno “badanti”?
- quali elementi ha caratterizzato l’ingresso delle assistenti di cura straniere nell’ambito della cura formale verso le persone anziane?

A turno i diversi partecipanti esplicano il proprio vissuto sulla base dell’input fornito. Il mediatore invita i partecipanti a collocare temporalmente i cambiamenti individuati e le assistenti prendono nota di eventuali aspetti da approfondire e delle dinamiche di gruppo che emergono. L’incontro si chiude, rinviando la discussione dell’ultima macrocategoria all’ultimo incontro.

Il terzo ed ultimo focus group è volto ad analizzare l’ultima macrocategoria emersa e ad effettuare un riepilogo di quanto emerso.

Esso si è strutturato come di seguito:

- il moderatore invita ad aggiungere altri elementi a quanto detto nel precedente incontro, se qualcuno ne sente l’esigenza;
- il moderatore introduce l’ultima macrocategoria: le trasformazioni dell’organizzazione interna ai servizi, rileggendo gli elementi che la costituiscono, fornendo l’input di discussione e approfondimento ai partecipanti;
- i diversi partecipanti prendono la parola, con l’invito da parte del moderatore di collocare temporalmente il loro vissuto.

Le domande che hanno guidato la condivisione con il gruppo sono state:

- quando ha iniziato ad affermarsi una tendenza standardizzante?
- quando e perché si è affermato un certo irrigidimento o burocratizzazione nel lavoro sociale istituzionale?
- quali fattori hanno contribuito a una tale deriva?
- quale margine di azione ha il servizio sociale professionale in un contesto organizzativo burocratizzato?
- come si è trasformata la funzione promozionale del servizio sociale?

A turno i diversi partecipanti espongono il proprio vissuto. Il mediatore interviene nella parte finale per chiedere un approfondimento sulla dimensione promozionale del lavoro sociale rispetto alla sua collocazione all’interno di un’organizzazione. L’incontro si chiude con i ringraziamenti del team di ricerca per la partecipazione e l’impegno di ogni assistente sociale.

4.2.2 Le trasformazioni del lavoro di cura formale istituzionale

L'attività di ricerca qualitativa scelta, ovvero il focus group, pur nei suoi limiti dati dall'esiguo numero di partecipanti e dalle tempistiche di ricerca contenute, è stata in grado di portare all'emersione di una serie di elementi utili ad investigare, attraverso l'esperienza diretta dei partecipanti, l'obiettivo di ricerca. Le trasformazioni del lavoro sociale istituzionale di cura verso le persone anziane sono state qui indagate, non con l'obbiettivo di rilevare specificità territoriali o la sua collocazione in una determinata organizzazione, ma con l'intento di mettere in evidenza quali macro tendenze lo hanno investito nel corso degli ultimi vent'anni. Fin da subito sono emersi una serie di concetti afferenti di fatto a tre macrocategorie, ovvero le trasformazioni socio-demografiche e della struttura della famiglia, le trasformazioni della rete formale di cura e le trasformazioni dell'organizzazione interna ai servizi.

La prima macrocategoria comprende i concetti di allungamento dell'età della vita, cambiamento della struttura familiare, famiglia come risorsa primaria di cura, bisogno complesso, multi problematicità connessa alla condizione di cronicità, privatizzazione del disagio sociale e atomizzazione dei legami sociali. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è ormai un dato rilevante nella società italiana, tanto da rendere l'Italia uno dei Paesi più vecchi al mondo; esso è strettamente legato all'aumento dell'età media di vita, ma aumento dell'età non necessariamente implica un invecchiamento in buona salute, infatti sempre più spesso, anche se i progressi della medicina permettono di raggiungere età ragguardevoli, a ciò non corrisponde una buona qualità nel grado di salute. Insomma, si vive più a lungo, ma in condizioni di salute peggiori e per maggior tempo, con un'incidenza nell'organizzazione della cura davvero importante.

L'innalzamento dell'età...quando io parlo di un anziano di novant'anni minimo i familiari son settantenni, quindi c'è tutta una correlazione di elementi che va a cascata su tutti i servizi, che si deve iniziare a tenere conto.

Ci sono tante dinamiche di autosufficienza e non autosufficienza, però è proprio anche il concetto di allungamento di età di vita, perché comunque ci troviamo anche ad avere a che fare con dei novantenni che hanno capacità molto sviluppate, però comunque i livelli di protezione che devono essere attivati sono notevoli e le strutture che nascono sono comunque strutture magari per non autosufficienti o comunque create in funzione di persone con disabilità che magari per determinate persone non sono contesti adeguati.

La popolazione sta diventando sicuramente, rispetto ad anni fa, molto più vecchia, quindi le problematiche legate agli anziani, soprattutto di salute, sono decisamente importanti. Attualmente arrivano casi sempre più critici...si faceva un-a media, tempo fa, con alcuni colleghi, che una volta la permanenza media in casa di riposo era di 8-10 anni e adesso si parla di 1-2 anni.

L'innalzamento dell'aspettativa di vita con tutte le conseguenze che ne derivano...per cui voglio dire si invecchia meglio, magari a livello fisico sanitario, si guarisce di più, però a livello cognitivo ci sono maggiori ripercussioni.

Che tipo di allungamento...vivono però in condizione di non autosufficienza o in condizioni di salute molto precarie.

L'innalzamento dell'età media...il grande anziano, perché io ho diversi anziani di 90-93 anni con grossissime patologie sanitarie.

Situazioni che fino a un giorno prima non erano conosciute perché comunque erano autonome, si gestivano, nel giro di due giorni ti arrivano con...eventi straordinari...la non autosufficienza, la morte di una persona e te li ritrovi a doverli gestire in toto.

L'anziano a domicilio non autosufficiente viveva meno, pertanto la famiglia sapeva che aveva un paio di anni, due o tre anni in cui doveva provvedere all'assistenza. Nel corso degli anni ho visto che a domicilio l'anziano vive sempre di più, perché ha tutta una serie di interventi.

La famiglia nel contesto italiano rappresenta il perno centrale attorno al quale ruota la cura della persona anziana autosufficiente o non, le ragioni di ciò sono riconducibili ad una serie di ragioni storico-politiche, che hanno visto lo Stato delegare alle famiglie tutta una serie di compiti di cura e assistenza alla coorte anziana. La famiglia, però, che faceva da modello ad una tale organizzazione della cura era molto diversa da quella attuale, sia per numero dei componenti, che per tenuta dei legami familiari. A tutto ciò si aggiunge il recente fenomeno dell'ingresso delle donne nel mercato del lavoro, che di fatto ha ridotto una parte di disponibilità di cura, quella femminile, con conseguenti sbilanciamenti nelle dinamiche di ruolo. Questo fenomeno sembra parzialmente arginato dalla recente crisi economica, che ha visto un ritorno alla cura in ambito familiare ad opera delle donne che sono state espulse dal mercato del lavoro, che nella cura dell'anziano riescono a ricavare un sostegno al reddito familiare. Molti anziani sono stati anche prelevati dalle residenze sanitarie assistenziali, perché i familiari non erano più in grado di mantenere i costi, a causa della crisi economica che ha colpito il mercato del lavoro e che ha coinciso con una maggiore diffusione di contratti di lavoro precari.

Una delle questioni più importanti in questo periodo, in questi anni, è stato il cambiamento della strutturazione della famiglia...per com'è strutturata ad oggi la famiglia, il lavoro di cura non ha più spazio o ha meno spazio rispetto a come aveva 20 anni fa...c'era più spazio, più disponibilità...Non che la famiglia non ci sia, però la famiglia ha una struttura diversa e quindi il problema abitativo e il problema delle numerose famiglie che convivono insieme, perché la dimensione affettiva adesso si è allargata.

Effettivamente non c'è un sostegno alla famiglia nell'affrontare la non auto sufficienza, la malattia, il lutto e quindi, proprio, penso che anche questa sia una cosa importante nel processo di cura, perché una famiglia forte ci limita, forse, anche un pochino i danni.

La famiglia si gestisce l'assistenza.

Tutti si ricorderanno delle crisi economiche che hanno portato le famiglie a vivere con le pensioni degli anziani...famiglie dove uno dei due perdeva il lavoro e si dedicava...e quindi veniva licenziata la badante. Noi ne abbiamo avute di dimissioni di persone che non ce la facevano più a pagare la retta.

Con la crisi del mercato del lavoro, la perdita dei posti di lavoro e quanto altro, io ho osservato che un po' per necessità, alcune figure, ancora una volta la donna, magari fuori dal mercato del lavoro, si è dedicata alla cura dell'anziano, magari anche trattenendo alcune entrate, magari accompagnatorie, la pensione...per fare fronte a dei bisogni economici del nucleo.

Le famiglie non sono più una rete molto allargata. Quindi trovi effettivamente anche in queste situazioni gli anziani soli, perché magari parliamo di distanze non importanti, ma già quando uno è a 7-8 chilometri, diventa difficile gestire la cosa.

Dopo la crisi economica sono tornati a casa e sono rimasti a casa (si riferisce agli anziani) e in realtà oggi le famiglie si vanno a prendere gli anziani in casa di riposo.

La tenuta dei legami per la perdita dei valori che c'è stata negli ultimi 20 anni, cioè si vede oggi come sembra che siamo figli di nessuno. Questa atomizzazione dei legami...noi la vediamo, insomma, i bandi Ater sono sempre più nuclei monoparentali o al massimo una coppia, non ci sono più domande di famiglie allargate.

Atomizzazione dei legami sociali...è molto più difficile rispetto a quanto poteva essere già 10 o 15 anni fa attivare delle risorse familiari che possono essere da supporto a un percorso.

I figli in genere con una famiglia a loro volta e quindi con una certa incapacità di poter fare fronte alle esigenze dei genitori, perché se in passato la donna non lavorava oggi la famiglia ha in genere entrambi i coniugi lavoratori con dei figli a loro volta da seguire con le loro esigenze.

C'era magari la famiglia dove l'anziano iniziava cominciava ad avere i primi problemi di salute e in casa c'era sempre qualcuno, c'era comunque la figli o la nuora. Qualcuno provvedeva all'assistenza dell'anziano.

La famiglia ha, diciamo, anni di assistenza davanti a sé se si tiene l'anziano a domicilio, per quello allora non ce la fa...proprio perché ha un lavoro, ha dei figli, non ce la fa anche da un punto di vista fisico a sostenere anni di assistenza nei confronti dell'anziano.

Vedo appunto le difficoltà di questa rete familiare, perché a loro volta i figli diventano sempre più anziani e quindi fanno fatica e non escono facilmente dal mercato del lavoro, perché comunque li vediamo lavorare fino a 68 anni.

Una disgregazione delle famiglie...quindi moltissime famiglie si trasformano, si separano, si riaccompagnano con altri compagni. C'è un impoverimento di queste famiglie che si disgregano e quindi a loro volta fanno fatica a sbarcare il lunario e non solo a intervenire nei compiti di cura, ma anche a sostenere i loro genitori anziani.

Proprio difficoltà da parte dei figli di accudire i genitori anche per proprio un discorso di logistica, perché magari i figli si sono trasferiti lontano dal nucleo originario della famiglia.

Il bisogno di cura della persona anziana non autosufficiente si configura come complesso, nel senso che riguarda una molteplicità di aspetti che richiedono una risposta plurale e integrata di servizi differenti; nonostante nel tempo siano sorti molti nuovi servizi per la non autosufficienza, purtroppo l'integrazione tanto agognata si è rivelata un punto critico, perché sembra proprio che il mondo dei servizi non sia stato in grado di cogliere questa complessità e fornire risposte adeguate. Il bisogno di cui si parla è sempre più un bisogno sanitario (patologie degenerative, patologie croniche), ma allo stesso tempo sociale, economico e familiare, perché la persona anziana generalmente è inserita all'interno di una rete familiare. Rete familiare sempre più in difficoltà nella gestione della cura, sia per difficoltà di conciliazione dei tempi di vita, che economiche o familiari proprie.

Infine, parallelamente a questa difficoltà di tenuta della famiglia si è accompagnato anche un progressivo processo di atomizzazione dei legami sociali che ha contribuito alla diffusione del fenomeno della privatizzazione del disagio sociale, per cui una famiglia tenta in ogni modo di provvedere alla cura del familiare sfruttando le risorse economiche e relazionali interne al nucleo, fino a quando la situazione è sostenibile, per poi ricorrere ai servizi nel momento in cui non riesce più a fronteggiarla.

Se penso a 20 anni fa forse non c'erano le stesse non autosufficienze che ci sono oggi. Oggi probabilmente ci sono servizi diversi, servizi nuovi che possono venire incontro alla non autosufficienza.

La famiglia tende comunque a farsi carico dell'anziano non autosufficiente, magari allettato o comunque del grande anziano che però non ha patologie dementigene. Fa molta più fatica a reggere di fronte alla demenza.

Quasi quasi non si è riusciti attraverso le politiche a trasformare i bisogni, cioè le risposte ai bisogni e in qualche modo si è rimasti fermi a quell'idea di famiglia allargata che sosteneva, perché nel momento in cui vado a strutturare dei servizi e se affianco ho una forte struttura della famiglia, li posso strutturare in un certo modo, ma se nel frattempo, nel corso degli anni, questa si è trasformata, la lentezza, invece, delle trasformazioni delle istituzioni...la velocità di trasformazione non è stata pari.

Secondo me le bollette sono aumentate tantissimo, ma le pensioni dei nostri anziani sono rimaste più o meno invariate.

L'ho visto nel corso di 10 anni l'impovertimento di questi anziani, fanno fatica e magari ci tengono a pagarsi l'affitto e le bollette...ma poi fanno fatica a farsi la spesa, a mangiare adeguatamente. Si tende a supportarli nel pagamento delle spese, proprio per evitare che poi ci siano conseguenze sanitarie dovute ad una cattiva alimentazione.

C'è stato sicuramente un indubbio allungamento della vita, ma non c'è stato un contestuale adattamento dei servizi sia socio che sanitari, dal mio punto di vista, di un adeguamento a quelle che erano le aspettative e le possibilità di un certo tipo di cura legata al benessere della persona.

Ci sono tantissime domande di impegnative di cura domiciliare che è il contributo riconosciuto dalla Regione per l'assistenza a domicilio, quei contributi che incentivano a rimanere presso il proprio domicilio, forniscono delle risorse economiche aggiuntive, che permettono di stare a casa.

Sicuramente gli anziani con pensioni basse che vengono a chiedermi supporti economici sono aumentati, per effetto della fatica che fanno a loro volta i figli nel poter aiutare i genitori.

Privatizzazione del disagio sociale...nel senso che mi sembra, quel che vedo io, che le persone facciano difficoltà, che le persone vivano un nuovo volto privato, quelle che sono le loro difficoltà, proprio perché il sistema delle reti sociali e di solidarietà è cambiato.

Cosa stiamo facendo adesso, nel 2021, dal 2000, dalla 328...cosa è successo? Niente...il territorio ha bisogno di confini anche normativi per regolarsi, altrimenti vediamo come il disagio sociale non trovando risposta nel pubblico si sta privatizzando.

Sicuramente la tipologia di utenza della casa di riposo è cambiata radicalmente, non veniamo più chiamati per accogliere persone che hanno qualche problema, perché adesso sopperisce molto la famiglia...quindi veniamo chiamati quando le situazioni sanitarie sono piuttosto importanti o comunque la non autosufficienza molto importante.

La seconda macrocategoria comprende i concetti di servizio di assistenza domiciliare, centro diurno, assistenti private di cura (badanti), casa di riposo come ultima ratio e richiesta di servizi specialistici da parte delle famiglie. Il servizio di assistenza domiciliare (SAD) è un servizio disposto dai servizi sociali dell'ente comunale, a integrazione dell'attività di cura della persona anziana autosufficiente o non, non mira a coprire l'orario giornaliero, ma solo alcuni momenti; molto spesso viene attivata per fornire un sostegno al caregiver familiare o esterno. Nato come servizio che mira a svolgere anche interventi promozionali, di fatto oggi si riduce ad attività di cura della persona e soddisfazione dei bisogni primari, intesa come igiene del corpo, ripristino alberghiero o consegna pasti; il servizio tende sempre più, proprio per quanto detto sopra, a fornire risposte residuali in ordine al reale bisogno della persona. Il Centro Diurno costituisce un'importante misura di sostegno alla cura della persona anziana, può rientrare tra le misure che l'assistente sociale dell'ente locale dovrebbe promuovere quale forma di supporto al familiare che ha in capo la cura dell'anziano. Esso svolge un'importante azione di sollievo al carico assistenziale familiare e fornisce un luogo protetto, in cui socializzare e svolgere attività stimolanti. Purtroppo, non è un servizio che viene valorizzato a sufficienza.

Nei comuni il servizio SAD è estremamente limitato, perché comunque non ci sono le risorse adeguate per rispondere ai bisogni delle persone anziane.

L'assistenza domiciliare è cambiata, mentre prima si riuscivano a fare dei progetti di supporto, non solo di assistenza...per bisogni molto specialistici, diventa quasi sempre assistenza alla persona e cura alla persona in termini di supporto all'igiene, bagno, non c'è più tempo, almeno per quanto mi riguarda, di fare dei progetti di sostegno all'autonomia intesa come promozione della persona, socializzazione.

Quando invece di investire sui servizi si è iniziato a investire sui sostegni in senso monetario, dando a volte sostegni a pioggia, si è contribuito a rendere tutto il sistema dei servizi più fragile, e parlo anche a livello di territorio, perché se il domiciliare non riesce ad adattarsi, sarà sempre una risposta marginale ai bisogni.

Io sul centro diurno dico che sicuramente si inserisce sempre come possibilità dell'anziano di fare qualche giorno, cioè del tipo, due giorni alla settimana, che magari si inseriscono con altri servizi domiciliari.

Perché comunque è un luogo (si riferisce al Centro Diurno) che consente un po' di socializzazione e consente uno spazio diverso, dove si fanno attività di stimolo e relazionali.

Secondo me è un servizio poco valutato (si riferisce al Centro Diurno).

Il Centro Diurno delle case di riposo per me è stato qualcosa che ha aiutato tantissimo le famiglie e anche tantissimo gli anziani per la socializzazione, ma anche sgravando un po' i familiari dall'assistenza all'anziano.

Un ruolo importante nell'ambito della cura e dell'assistenza alla persona anziana è rivestito dal mercato privato di cura, ossia dalle assistenti familiari di cura, comunemente denominate badanti. Il ricorso ad un/una caregiver privato molto spesso risponde alla necessità di fornire assistenza continuativa al familiare, che può essere convivente o meno, al fine di garantirne il mantenimento presso il proprio domicilio. Le assistenti di cura possono avere una formazione specialistica, ma molto più spesso non hanno competenze specifiche, inizialmente venivano impiegate senza che vi fosse un regolare contratto di lavoro in essere, oggi grazie all'affermazione di molte agenzie specializzate, la loro posizione lavorativa si è rafforzata. Per la famiglia assumere una persona esterna a cui affidare la cura del proprio familiare può rappresentare un momento difficile, a causa del senso di colpa o della mancanza di fiducia verso la persona, molto frequente è il ricambio tra loro; ma allo stesso tempo non sono infrequenti i casi di delega totale. Molto spesso ricorrere ad un'assistente di cura privata può rispondere anche ad un'esigenza economica, perché la casa di riposo se rapportata al costo della badante è insostenibile; inoltre, può essere impiegata per alternare il familiare che ha in capo la cura dell'anziano.

A metà degli anni '90 circa c'è stato il boom del fenomeno, secondo me l'arrivo delle badanti ci ha, passatemi il termine, tolto un po' tutta quella fascia di anziani, dei non autosufficienti, ancora gestibili a domicilio, vedi una demenza iniziale, la persona con la mente lucida, ma con problemi di mobilità. Quindi quelle tipologie che potevano essere gestite con un supporto da parte dell'Asl, del comune...in quel momento là, noi abbiamo cominciato a virare verso tutte quelle persone con un'autosufficienza residuale, poco gestibile a domicilio.

Prima del 2000 avevamo delle politiche che investivano sui servizi, poi hanno cominciato ad investire sui soldi, quindi non sono più arrivati fondi ai comuni per gestire i servizi, ma sono arrivati soldi da dare ai cittadini...quindi questo ha cominciato a muovere le famiglie in termini di assunzione delle badanti, personale esterno.

Molte volte per i familiari, una volta che è inserita la badante si allenta il senso del dover esserci, quindi c'è quasi una delega.

Questi figli arrivano provati dal fatto, stanchi dal fatto di averne provate tante.

Rispetto alle badanti, perché questa è una criticità...c'è un turn over, ci sono delle difficoltà, ci sono anche delle aspettative.

Sul fenomeno delle badanti, ho visto all'inizio che ci sono stati dei corsi organizzati dalla Regione un po' per strutturarle, formarle e poi pian piano questi corsi sono stati delegati alle varie agenzie di collocamento, che sono queste agenzie che offrono appunto questo servizio...che si sono moltiplicate, triplicate, quadruplicate, ce ne sono tantissime e infatti, spesso i familiari si rivolgono a me, per esempio assistente sociale, per cercare un orientamento.

C'è questa maggiore attenzione da parte delle agenzie...ma anche i familiari stessi, che noi servizi cerchiamo di rendere consapevoli circa il fatto che il lavoro della badante va comunque seguito.

Ricorrere all'istituzionalizzazione di un familiare rappresenta nella maggior parte dei casi l'ultima spiaggia, quando a seguito di una serie di strategie volte a mantenere a domicilio la persona anziana, la situazione si rivela insostenibile e ingestibile sul medio e lungo periodo. Oltre alla difficile gestione presso il proprio domicilio della persona anziana, un ulteriore fattore, soprattutto negli ultimi dieci anni, che spinge le famiglie a ricorrere alla casa di riposo è legato al costo dell'assistenza a domicilio, che se in alcuni si può rivelarsi maggiormente conveniente, in altri può essere molto costosa e superare il costo della retta. Inoltre, le persone in età anziana hanno sempre più bisogno prettamente sanitari, che comportano una certa specializzazione da parte di chi presta cura; allo stesso tempo, però, è da ricordare che le stesse residenze sanitarie assistenziali in cui molto spesso vengono collocati anziani con non autosufficienze gravi, non sono strutturate esattamente per rispondere a bisogni di quella tipologia.

Tante volte le famiglie arrivano alla casa di riposo perché non riescono a gestire a domicilio questo tipo di anziano(si riferisce all'anziano non autosufficiente con bisogni particolarmente complessi).

La famiglia chiede il ricovero in struttura quando è in grosse difficoltà proprio a gestire a domicilio l'anziano, perché ha necessità assistenziali molto particolari.

Tante volte arrivano alla richiesta della casa di riposo, perché arrivano ormai stremati da anni in cui hanno provveduto loro stessi o poi con le badanti (alla cura) ...poi non ce la fanno più, pertanto devono cercare qualcosa all'esterno.

Un aumento della richiesta di casa di riposo secondo me è dovuta tra gli altri fattori, anzitutto, ad una questione di costi, cioè il costo della casa di riposo è sicuramente inferiore al costo dell'assistenza a domicilio, perché il costo dell'assistenza a domicilio comprende il costo sì della badante, ma ci sono anche le utenze e i costi di vita.

E visto che i familiari stanno proprio diventando gli esperti del cambiare, cioè anche con competenze, alcune volte un po' infermieristiche, non solo assistenziali. Molte volte la richiesta della casa di riposo è proprio legata al fatto di non farcela più a gestire...perché devo chiamare il medico, perché devo fare la glicemia, perché devo verificare tutta una serie di cose che sono in difficoltà a fare.

Dopo aver sperimentato tante cose, magari per un periodo hanno anche funzionato, rete familiare presente, badante, servizio di assistenza domiciliare, impegnativa di cura, quindi una serie di risorse...quindi, potenzialmente persone che potevano stare a casa propria con parziali autonomie...allora estrema ratio, quando poi arriva il momento della casa di riposo sono tutte persone gravissime.

Io ho una convinzione che porto avanti da tempo, che è quella che le case di riposo così come sono organizzate, con la residenzialità, non abbiano futuro...hanno un futuro per quanto riguarda sicuramente le persone con non autosufficienza molto grave, ma non hanno gli strumenti che poi hanno gli ospedali e sono chiamate a fare gli ospedali più che le case di riposo.

La casa di riposo è diventata, diciamo, la succursale del reparto di geriatria.

Infine, per chiudere anche con questa seconda macrocategoria, è importante evidenziare l'affermazione progressiva di un ritorno da parte delle famiglie nel richiedere servizi maggiormente specialistici; infatti, se nella fase emergenziale, ovvero quando una famiglia si ritrova con un familiare anziano bisognoso di assistenza continuativa o non, può soprassedere sulla qualità e la competenza di chi presta le cure, perché si trova in una situazione in cui necessita di tamponare un bisogno, superato il momento critico, a seguito di una serie di valutazioni e di tempo per organizzarsi, si verifica la spinta a richiedere servizi competenti. C'è una maggiore richiesta di servizio di assistenza domiciliare, ma anche di casa di riposo.

Ultimamente si è ritornati a richiedere i servizi domiciliari e la casa di riposo, perché? Il problema non è sull'assistenza familiare privata o pubblica, il problema è che l'assistenza familiare quando non è data da un figlio o da un familiare, deve essere fatta da persone preparate...il problema è che sia una persona formata e preparata.

All'inizio si prende ciò che c'è...poi un po' alla volta, quando non si è più nella fase emergenziale e si cerca di arrivare più a delle considerazioni oggettive, si vede come l'assistenza a casa fornita dalla badante, sia spesso di una persona che si prende cura, ma non ha tutte le conoscenze specifiche dal punto di vista medico o assistenziale di cui una persona di una certa età possa avere bisogno.

La terza e ultima macrocategoria comprende i concetti di razionalizzazione del sociale, burocratizzazione, risorse limitate, difficoltà di risposta istituzionale, limiti dell'autonomia professionale, limiti dell'azione promozionale, limiti dell'azione di empowerment, difficoltà di integrazione tra professioni/servizi e obsolescenza dello strumento valutativo (SVAMA). Gli ultimi vent'anni hanno visto un progressivo tentativo di razionalizzare il lavoro sociale, attraverso un irrigidimento delle pratiche burocratiche e dei vincoli di bilancio, tutto ciò andando a scapito della relazione diretta con la persona anziana o con i suoi familiari. Si può parlare di gestione manageriale nell'ambito dei servizi alla persona, proprio per indicare la tendenza ad applicare i principi di gestione aziendale alla cura e all'assistenza della persona. Agli assistenti sociali viene richiesto di svolgere una quantità enorme di pratiche burocratiche, che appesantiscono molto i tempi di lavoro e ne occupano la maggior parte, riducendo il tempo a disposizione per muoversi sul territorio o da dedicare alla relazione interpersonale di aiuto. Il lavoro sociale viene a collocarsi all'interno di una cornice di contenimento dei costi, in cui diventa difficile rispondere alle logiche di budget e allo stesso tempo fornire risposte adeguate ai bisogni della persona. Ridurre i costi per un servizio significa tagliare sull'intensità degli interventi a livello domiciliare, significa dover gestire un numero elevato di domande di assegno di cura a fronte di un numero esiguo erogabile dalla regione e significa ridurre il personale. Il fatto che i servizi abbiamo forti vincoli di spesa, significa, molte volte, non poter fornire risposte efficaci al bisogno di cura dell'anziano e di sostegno alla sua famiglia, la quale deve ripiegare su una serie di soluzioni alternative.

Credo che ci siano state una serie di burocratizzazioni...iniziamo dalla privacy...quintalate di documenti da firmare e nessuno sa sostanzialmente il perché.

Io ho avuto delle colleghe assistenti sociali dell'Ulss che non mi davano le informazioni sul caso perché c'era la privacy...è arrivata molta più formalità nel nostro lavoro, che ci sta...però ci deve stare anche un po' il buon senso...se il cittadino è sempre quello te lo devi gestire nella sua complessità.

L'approccio burocratico è di una pesantezza mostruosa, ma perché io l'ho visto, quando si faceva 20 anni fa era un po' più semplice...è vero anche che i posti messi a disposizione a livello regionale non bastano, ma proprio perché c'è sempre più richiesta...ma il problema è anche l'accesso, è un po' più farraginoso.

Questa sorta di irrigidimento, tutti i passaggi, la burocratizzazione, in un momento in cui ci verrebbe richiesta una grande contaminazione...mi viene chiesto di contaminarmi con le altre professionalità e si irrigidiscono gli schemi entro cui devo stare.

Le risposte che anche noi, mi sento di dire, avevamo, erano delle risposte non personalizzate ma abbastanza standardizzate, si doveva andare a scegliere e a riuscire a dare una risposta alla persona, al suo bisogno e ad un bisogno di un contesto familiare, cioè un sistema che sostiene o non sostiene la persona.

Io nel mio operato di professionista della cura, della persona con fragilità, mi sento di dire che troppo spesso mi sentivo burocrate piuttosto che una persona che aveva una certa creatività territoriale...i casi sono talmente tanti e tu devi essere bravo, veloce a far fronte a tutte le richieste che vengono fatte. Allora l'impegnativa di cura domiciliare, piuttosto che l'ingresso in centro diurno, piuttosto che la domanda di casa di riposo, piuttosto che l'attivazione dell'assistenza domiciliare...per cui non hai nemmeno il tempo, secondo me, di uscire e vivere e conoscere la comunità nella quale è inserita la persona, per attivare delle risorse informali.

Non c'è bisogno solo di standard, burocrazia, cioè ci devono essere dei vincoli per l'accesso, ma i vincoli devono essere un po' flessibili, sennò il nostro lavoro diventa inserimento dati, diventa una mano lunga dell'Istat.

La diminuzione delle risorse disponibili...mancanza di risorse nel territorio, mancanza di risorse proprio di impegnative di residenzialità, per l'ingresso in casa di riposo, che proprio ha portato ad un sovraccarico anche economico per la famiglia, nel momento in cui si decideva che l'ingresso era l'unica strada percorribile per l'anziano.

C'è stato un momento della storia del welfare state ed è coinciso con la riforma sanitaria che ha istituito i distretti e ha spostato il lavoro di cura prettamente sul territorio; gli anziani ce li siamo trovati ad essere gestiti col lavoro distrettuale. Quello che non ha funzionato è che il lavoro sul territorio non ha portato le risorse necessarie, anche in termini di personale.

La questione dell'eccessiva burocratizzazione io l'ho percepita da un aumento esponenziale dei bisogni e delle domande a cui non ha corrisposto un aumento del personale. Il che significa dover dare risposte in determinati tempi e da qualche parte devi tagliare...e quindi dove tagli? Nelle relazioni e nello stare nel territorio.

Diciamo che è anche aumentato a livello di comune tutto l'aspetto burocratico, perché tutta la modulistica della privacy...le lettere che bisogna mandare alle persone quando presentano una domanda, l'avvio di procedimento...cioè io comincio nell'88 dove lavoravi con la persona e stop.

Nel fare questo ti servono tutta una serie di strumenti proprio amministrativi e vieni inserito in questo sistema...mi serve l'Isce, mi devi firmare il progetto, ti devo mandare la comunicazione che hai fatto domanda, la risposta alla domanda che tu hai fatto, foglio della privacy. Siamo incastrate in tutta questa serie di cose e perlomeno per me portano via tanto tempo...poi devi guardare il bilancio, quanti soldi ti vengono dati, ti sono sufficienti?

Insomma il nostro ruolo è cambiato, cioè io me lo sento diverso da quando sono partita, quando lavoravi nel territorio ed eri con la gente. Adesso sono molto su in ufficio, perché comunque sono responsabile dell'ambito amministrativo...adesso sono più in ufficio rispetto a una volta, sicuramente lavoro molto meno col territorio, intendo con le associazioni, con la gente...con quello che c'è, quello che ci potrebbe essere.

Anch'io sono più in ufficio che fuori dall'ufficio e non era così. Da dieci, dodici anni, prima il mio tempo era più dedicato alle famiglie e agli ospiti, adesso sono stata incasellata in una serie di procedure a cui devo dare risposta.

Quali sono le assistenti sociali che vanno a fare la visita domiciliare? Quando io sono uscita dalla scuola(più di vent'anni fa), la visita domiciliare era uno degli strumenti fondamentali di servizio sociale...adesso fanno le visite domiciliari per telefono, se ti va bene, sennò vanno all'anagrafe e consultano la scheda anagrafica.

Per cui per poter comunque dare una serie di risposte, avendo meno risorse, hanno caricato la professione in una maniera...con compiti diversi da quelli che aveva, che non sempre secondo me, rispecchiano quella che è la nostra professionalità.

Facciamo di tutto, nei comuni c'è forte scarsità di personale, resta poco tempo per pensare, che è una funzione importante dell'assistente sociale. .

A un certo punto, nel 2008/2010, è cambiato il dirigente. Il dirigente, un ragazzo bocconiano, giovane economista...già da questo capite che la persona che era stata scelta, era una persona che non doveva andare a vedere i bisogni della persona, ma doveva far quadrare i conti. Quindi come vai a contabilizzare il lavoro sociale? Allora è stato introdotto il catalogo prodotti...quindi giornalmente tu dovevi andare a contabilizzare il numero di telefonate che facevi, il numero di colloqui, quante pratiche venivano erogate, che tipo di pratiche. Sì insomma, una cosa che effettivamente evoca come non ci fosse tanto l'attenzione alla relazione, alla persona...Quante parole ho speso con la persona? Quante ne ho spese incentivanti? Quante ne ho spese demoralizzanti?

Io ricordo i primi anni, riuscivo a passare all'interno dei nuclei molte ore, riuscivo ad avere un certo rapporto con gli ospiti, con i familiari, adesso decisamente molto meno.

L'eccessiva burocratizzazione rallenta la risposta a bisogni, anche molto più complessi.

La burocratizzazione snatura l'intervento sulla persona, quindi dobbiamo rimettere al centro la persona.

Il contesto in cui si trovano ad operare i professionisti del sociale è di ristrettezza di risorse, ciò condiziona pesantemente la capacità di risposta ad una particolare domanda sociale; il bisogno delle persone anziane non autosufficienti è un bisogno complesso, costituito da una serie di dimensioni che sfumano l'una nell'altra e che per questo richiederebbe che i servizi istituzionali fossero in grado di integrarsi, per dare un'adeguata risposta. Riuscire ad assicurare la continuità delle cure alla persona anziana non autosufficiente è una questione molto problematica, soprattutto se implica la capacità dei diversi servizi di incastrarsi e integrarsi tra loro. Sembra quindi che di fronte ad una maggiore complessità del bisogno, il sistema istituzionale non sia in grado di fornire una risposta adeguata e nemmeno di adattarsi ai cambiamenti in atto. Un esempio critico di ciò è costituito dal servizio ospedaliero, infatti, l'aumento dell'età media comporta la maggiore possibilità di

sviluppare problemi di salute importanti, tanto che la quota di domanda sanitaria delle persone anziane costituisce una delle principali voci di spesa del sistema sanitario nazionale. Tra i vari soggetti istituzionali chiamati ad assicurare protezione e tutela della salute, vi è l'ospedale, che fa parte di quei servizi che dovrebbero andare ad integrarsi con altri di carattere territoriale, al fine di assicurare un'efficace presa in carico e garantire la continuità delle cure. Purtroppo molto spesso, l'ospedale agisce come realtà a sé stante, senza attivare azioni congiunte con i servizi territoriali, soprattutto nell'ottica delle dimissioni di una persona anziana, che una volta dimessa necessiterà di un'assistenza continuativa. Ciò che molto sovente, inoltre, viene a mancare è un adeguato stile comunicativo con i familiari, i quali vengono messi di fronte al fatto compiuto, cioè la dimissione imminente, in un tempo brevissimo, tale da rendere critica e difficile l'organizzazione delle cure all'esterno. Ci sono realtà ospedaliere sensibili al tema, che a volte cercano di allungare il tempo di degenza per consentire alle famiglie o all'assistente sociale di trovare una collocazione per la persona, ma non è un obbligo e a discrezione del medico. Anche le stesse strutture intermedie nate per fornire un accompagnamento e uno spazio temporaneo di accoglienza per permettere alle famiglie e agli stessi servizi sociali di organizzare una soluzione più definitiva, dimostrano tutti i loro limiti, principalmente riconducibili al numero limitato delle strutture e dei posti a disposizione.

Sono cambiati i bisogni e contemporaneamente è cambiato il sistema. Però sono due cose che dovrebbero andare insieme, in realtà insieme non vanno.

Gli enti pubblici hanno la capacità di adattarsi al cambiamento che è pari alla velocità di un bradipo, cioè noi siamo molto indietro coi nostri servizi rispetto alle esigenze dei nuovi anziani.

La realtà sociale ha avuto un'accelerata su una trasformazione importante, i servizi dall'altra parte non sono riusciti ad andare alla stessa velocità.

Un po' la mancanza o la scarsità dei servizi intermedi tra la famiglia e la struttura...negli ultimi anni c'è stata proprio una difficoltà nel dare risposte di tipo istituzionale, e questo si è ripercosso sulle famiglie che non avevano risorse.

A partire dalla metà degli anni duemila il fenomeno che noi chiamiamo delle condizioni di cronicità diventa sempre più evidente...non siamo servizi di pronto intervento, ma veniamo molte veniamo considerati tali...quando arrivano all'emergenza (le famiglie) vorrebbero tutto e subito e i servizi al momento non sono strutturati per questo.

Voglio dire, non che i medici abbiano la verità in mano, però l'esperienza e la conoscenza li dovranno mettere sull'avviso che questa persona potrebbe o migliorare o peggiorare...comunque, comincia a parlare con i familiari per capire cosa hanno intenzione di fare, dagli tempo di metabolizzare, eventualmente anche di organizzarsi...ma non puoi dire alla mattina per la sera "lo mando a casa". Che dopo si lamentano (si riferisce ai dottori) perché poi c'è gente che si rifiuta di farli dimettere, li lascia là e stazionano in ospedale.

Molte volte le famiglie quando vengono da me, una cosa che chiedo è: avete parlato col medico, avete capito non so...l'evoluzione della malattia...c'è possibilità di ripresa...loro non sanno mai queste cose.

Le famiglie non sono in grado di dirtelo e non hanno avuto nessuna indicazione da parte del reparto di come muoversi a casa.

Le comunicazioni sono estremamente scarse soprattutto con l'ospedale, cioè dove si è parlato per tanto tempo di dimissioni protette e alla fine comunque ti chiamano il giorno prima "guarda che domani te lo mando a casa", cioè non è proprio così che funziona.

Sono assolutamente del parere che sarebbe buona prassi se potesse arrivare un consiglio da noi (si riferisce agli assistenti sociali) ...inserire in queste équipe ospedaliere anche un assistente sociale.

Se posso dire, una pecca che io abbia trovato è la mancanza di una certa rete, cioè io stavo pensando che in quasi quindici anni non ho mai fatto un incontro con il medico geriatra ed è vero che dal pomeriggio alla mattina comunicano ai familiari la dimissione, perché i posti in ospedale sono sempre meno.

L'ospedale cura la fase acuta, ma la cronicità...non la sente più come sua competenza e va curata in altri ambiti...in casa di riposo se c'è posto, se c'è possibilità, altrimenti te lo devi curare a casa, ti devi organizzare, ti devi arrangiare. Facendo riferimento anche ai servizi territoriali sì, ma anche questi dall'oggi al domani non riescono.

E' vero che adesso l'ospedale segue l'aspetto acuto della cura e poi te lo manda a casa. Io più che con le geriatrie trovo il problema con gli altri reparti, cioè questi chiamano, è dimesso...io alcune volte ho anche risposto al medico, perché all'ennesima telefonata nella quale ti dico: non ha nessuno, ho fatto domanda di casa di riposo, stiamo aspettando l'inserimento in qualche struttura...io dico al medico: guardi, se lei lo vuole dimettere faccia pure quello che crede, dopo si assumerà le sue responsabilità...non ho altre risorse nel territorio da mettere in atto.

Una volta, è vero, gli ospedali erano molto più attenti ai problemi delle persone in difficoltà, nel senso che le tenevano lì anche la settimana in più, comunque davano l'opportunità diciamo alle famiglie e anche ai servizi di organizzarsi.

Purtroppo c'è da dire che quella che era l'ex struttura intermedia, attuale ospedale di comunità, non dà una grossa mano...nel senso che nelle dimissioni "selvagge" che provengono dall'ospedale per queste situazioni molto gravi, non abbiamo sul territorio un'alternativa che permetta ai familiari di organizzarsi in un progetto.

Scarse risorse di accoglienza temporanea che ti permettono di capire nel frattempo cosa fare, cioè complica la situazione...in situazioni così gravi che magari a casa non possono tornare, per cui anch'io ho spesso delle richieste di assistenti sociali dell'ospedale che mi chiamano e mi dicono: il paziente è dimissibile tra uno, due giorni, dopodomani e quindi tu devi organizzare con i familiari, ma molto spesso il servizio di assistenza domiciliare non basta.

In un contesto complesso come quello del lavoro sociale professionale con le persone in età anziana che presentano condizioni di non autosufficienza, cronicità e patologie dementigene, la professione è chiamata a svolgere un ruolo importante, proprio per le peculiarità che caratterizzano il suo mandato professionale, in particolare la promozione del benessere della persona, che può configurarsi anche in azioni di carattere preventivo-promozionale e di empowerment. La stessa autonomia professionale di cui gode l'assistente sociale dovrebbe consentirgli di attuare gli interventi che meglio reputa adeguati a fornire una risposta appropriata alla situazione di bisogno, proprio in conseguenza delle sue capacità tecniche di leggere la complessità del bisogno. Purtroppo, a causa di una serie di irrigidimenti nelle strutture organizzative e l'affermazione di una progressiva burocratizzazione delle pratiche, rende difficile per il professionista realizzare quelli che sono i

principi guida della professione; soprattutto, all'interno di dinamiche di controllo della spesa sociale, che riducono sempre più la possibilità di investire su servizi aderenti alle reali necessità della persona. Quando si parla di azione promozionale si intende sia il lavoro sui singoli che sulla comunità, proprio perché in un momento di carenza di risorse economiche, ma anche relazionali, risulta fondamentale riuscire ad individuare e ad attivare le risorse informali presenti nel territorio; purtroppo una caratteristica che accompagna sempre più il lavoro sociale con le persone anziane non autosufficienti è l'emergenza. Lavorare sull'emergenza significa non avere spazio per altro, perché la situazione arriva ai servizi quando è fortemente compromessa e richiede un intervento immediato volto a rattoppare il momento di criticità, si lavora sulla situazione di disagio manifesta, non sui fattori di rischio. Infine, per quanto riguarda l'azione di empowerment, il lavoro sociale si trova a dover ridefinire il suo soggetto di azione, nel senso che, se le persone che necessitano di cura e assistenza si trovano in una condizione di profondo decadimento cognitivo e/o fisico, potrebbe non essere possibile esercitare l'azione di empowerment direttamente su di loro, ma spostare il fuoco sul contesto familiare della persona.

Negli ultimi anni proprio per la complessità del bisogno, il servizio sociale ha centrato la sua attenzione sulla funzione di tutela e cura, più che su quella della prevenzione e della promozione. Tante volte sento le colleghe lamentarsi del fatto che non siamo dei pronto soccorso, ma in realtà lavoriamo molto sull'emergenza, quindi cosa fa l'emergenza? Ti fa lavorare sugli aspetti che sono già a valle, non a monte...il tempo che tu dedichi a questo è talmente tanto che ne togli alla promozione.

Come lavorare in un'ottica promozionale? ...pensando al lavoro che faccio quotidianamente spesso ci si trova ad agire più in un'ottica assistenziale e di mantenimento, piuttosto che in un'ottica veramente generativa e anche di creazione di risorse o di attivazione delle risorse nelle persone, tanto che anche noi ci sentiamo depauperate, perché questo aspetto viene a mancare (si riferisce all'azione promozionale).

Il capire quanto di lavoro sociale c'è in alcuni colloqui, nel senso che spesso noi ci troviamo con persone che accedono ai servizi con degli aspetti di deterioramento cognitivo, con degli aspetti di elaborazione che sono molto limitati...il lavoro di cambiamento e di empowerment va fatto sul contesto, che non rispetto alla relazione diretta.

La mission del nostro servizio dovrebbe essere quella della cura-riabilitazione...che non riusciamo a fare.

La dimensione promozionale del servizio sociale è cambiata, perché io sono entrata nei servizi quando c'era molto il lavoro di rete e di continuità con il territorio.

Da un punto di vista di autonomia professionale ho perso tantissimo, nel senso che paradossalmente quando non si ragionava sugli ingressi in struttura attraverso la graduatoria unica sicuramente potevo fare una valutazione di servizio sociale un po' più approfondita rispetto a quella che sto facendo in questo momento. In questo momento non faccio una valutazione di servizio sociale, faccio ingressi da graduatoria rispetto ai quali sono vincolata. Quindi posso fare una valutazione di servizio sociale che non abbia delle ripercussioni sull'ingresso, ma come parte di un ingresso già deciso a priori.

Il criterio della territorialità (si riferisce al periodo precedente l'introduzione della graduatoria unica) per cui all'interno della struttura entravano in via prioritaria le persone che abitavano in quel territorio o nei territori limitrofi, che secondo me a livello di servizio sociale aveva un

significato fortissimo e aveva un certo senso di continuità con i servizi territoriali. In questo momento il criterio della territorialità non esiste, per cui io colloco all'interno della struttura persone che vengono da 60/70 chilometri di distanza, che appena possibile si spostano per avvicinarsi a casa e rispetto alle quali non posso dare continuità alla presa in carico.

Si fa fatica a fare degli ingressi ragionati sulle caratteristiche della persona, sui contesti di provenienza e sulla collocazione nel centro servizi più adeguato.

Credo che sia un regresso secondo me il fatto di non poter fare una valutazione tecnica e quando dico tecnica, intendo di mettere insieme tutti i pezzi e cercare di individuare il percorso più adeguato alle condizioni della persona...ecco una cosa che non riesco più a fare, se non negli inserimenti privati, che sono sempre più residuali.

Io ho visto una trasformazione, devo dire non in positivo...tra il 2000 e il 2007 avevamo dei programmi legati molto più sul lavoro di comunità e alla promozione...sugli anziani si lavorava sulla socializzazione con realtà del territorio. Cosa è cambiato nel corso degli anni? L'aumento per quanto mi riguarda dei bisogni di questa fascia di età, con una difficoltà della famiglia a farne fronte; in parallelo però, non c'è stato un aumento delle risorse, anzi una loro diminuzione, che limita l'azione promozionale, spingendo verso l'emergenza o l'urgenza come priorità.

Secondo me in tutto questo ci hanno tolto il tempo del pensare, nel senso che viene richiesto tanto di agire, ma il tempo del pensare, del riflettere, del sedimentare e quindi, poi dell'agire, non ce l'abbiamo più.

L'ultimo punto di questa macrocategoria riguarda uno dei nodi critici che da sempre caratterizza il settore dei servizi alla persona, cioè l'integrazione tra professionalità differenti; l'approccio alla persona intesa nella sua globalità e multidimensionalità ha portato alla necessità di strutturare un sistema in cui i diversi servizi presenti sul territorio possano incrociarsi, per garantire una presa in carico della persona in senso olistico. Il bisogno della persona anziana parzialmente o non autosufficiente, non è mai prettamente sanitario o prettamente sociale, ma molto più spesso è dato da una commistione dei due ambiti; purtroppo, negli ultimi dieci anni si è affermato un certo processo di sanitarizzazione dell'età anziana, che porta a dare predominanza soprattutto all'aspetto sanitario, a scapito di quello sociale. Lo stesso strumento di valutazione multidimensionale, che a livello di Regione Veneto assume la denominazione di SVAMA (Scheda valutativa multidimensionale), che dovrebbe favorire questa integrazione fra i diversi ambiti, di fatto vede al centro la condizione sanitaria della persona anziana da valutare, mentre la valutazione sociale ad opera dell'assistente sociale svolge una funzione ancillare rispetto alla prima.

L'introduzione del lavoro di équipe se da un lato ha portato a una maggiore condivisione della presa in carico, dall'altro sembra presentare una criticità in ordine alla difficoltà nell'utilizzo di un linguaggio condiviso, che consenta di affrontare una valutazione e una presa in carico veramente efficace.

Ma veramente non vi racconto la fatica che facciamo noi colleghe dell'Ulss ad avviare dei progetti con le colleghe del Comune...avviare progetti anche banali di assistenza domiciliare, che non sono mai attivabili perché non ci sono le risorse, perché bisogna trovarsi in UVG, perché quando ci si trova in UVG le colleghe a loro volta non possono prendere delle decisioni da sole e si devono rapportare ad una serie infinita di gerarchie.

Siamo sempre state (si riferisce all'assistente sociale) un po' le ancelle del sanitario all'interno dei centri servizi.

La scheda SVAMA è obsoleta, non serve più a niente. Lo spazio che è dato al sociale non ha nessuna influenza, se non minima sul punteggio finale.

Per quanto riguarda gli anziani secondo me abbiamo un'impostazione da rivedere soprattutto a livello di distretto...di valutazione distrettuale...le valutazioni sono principalmente di tipo sanitario. L'aspetto sociale viene sempre come secondario.

Allora noi continuiamo a utilizzare uno strumento (si riferisce alla SVAMA) che a mio avviso è diventato ormai obsoleto. Continuiamo a usare uno strumento che oggi compie 22 anni. La società è cambiata, la società si è evoluta e continuiamo a misurarla con un metro sbagliato.

Ad esempio una volta la persona faceva domanda di casa di riposo in proprio, a me in comune arrivavano le situazioni con difficoltà economica o sociale...adesso ti arrivano tutte le domande di casa di riposo, che abbiano o non abbiano bisogno dei servizi del comune.

È come se i diversi linguaggi nel tempo si fossero divaricati...bisognerebbe fare un lavoro volto a trovare dei linguaggi un po' più condivisi.

Credo ci siano grossi problemi comunicativi...tra organizzazioni, sistemi, professionalità...è come se ci mancasse una condivisione del significato del linguaggio della presa in carico.

Riflessioni conclusive

L'interesse e la volontà di indagare questa specifica area di intervento sociale nascono per due ordini di ragione: la prima ha a che fare con una recente esperienza lavorativa all'interno di una Rsa in provincia di Padova, in qualità di operatore sociosanitario, durante la prima ondata pandemica, che ha fatto nascere in me un certo interesse riguardo ad alcuni aspetti propri della professione rispetto al lavoro istituzionale di cura rivolto alle persone in età anziana. La seconda, invece, si colloca nel momento di scegliere la tipologia di tirocinio da svolgere e in quale ambito; in un momento di particolare difficoltà personale, ricevevo, come i miei colleghi di corso, un'e-mail in cui veniva presentata la possibilità di effettuare un tirocinio di ricerca nell'ambito di un progetto PRIN, avente ad oggetto le trasformazioni del lavoro di cura, formale e informale, verso le persone anziane. La mia esperienza personale nell'ambito di ricerca era nulla, ma l'argomento ha avuto un effetto calamitante, spingendomi a contattare la docente che sarebbe poi diventata la mia tutor di tirocinio; inizialmente la modalità di svolgimento prevedeva unicamente la modalità da remoto, ma strada facendo l'attività ha richiesto una discesa in campo diretta.

In particolare, il progetto PRIN si proponeva di analizzare le trasformazioni del lavoro di cura, formale e informale, rivolto alle persone anziane, in un'ottica multifocale attraverso diversi ambiti: artistico, storico, medico, cinematografico e sociale; proprio quest'ultimo è stato quello in cui si è inserito il lavoro di ricerca empirica all'interno dell'Archivio di Padova e la ricerca di tipo qualitativo, focus group, con i due gruppi di assistenti sociali coinvolti.

Dover svolgere un'attività di ricerca in epoca pandemica, con tutte le restrizioni del caso, si è rivelata cosa non semplice, dato che molti istituti ed enti lavoravano con personale ridotto o in modalità di smart working.

Il primo passo mosso è stato quello di stabilire quale percorso affrontare per ricostruire come si sia modificato il lavoro di cura formale e informale verso le persone anziane, con uno sguardo particolare al lavoro istituzionale; quindi oltre ad adottare un approccio di tipo bibliografico, avvalendosi della letteratura scientifica disponibile sull'argomento, si è deciso di individuare delle fonti di archivio, in cui attraverso la consultazione dei fascicoli personali, fosse possibile ricostruire il cambiamento di paradigma della cura.

Si è attuato allora un processo di mappatura del territorio della provincia di Padova e Venezia, che ha portato ad individuare nell'Archivio di Padova una possibile fonte diretta del lavoro sociale prima del lavoro sociale, ovvero prima della nascita dei moderni servizi sociali. Sono stati effettuati dieci accessi all'archivio, che hanno permesso di raccogliere il materiale sopra presentato.

Parallelamente, si è voluto lavorare anche su un versante temporale più recente, ovvero le trasformazioni del lavoro di cura istituzionale verso le persone anziane a partire dagli ultimi vent'anni; per fare ciò, utilizzando il precedente lavoro di mappatura del territorio, sono state individuate una serie di professioniste che data la loro esperienza comprovata nell'ambito oggetto di ricerca, potevano costituire delle risorse fondamentali per lo svolgimento delle attività di focus group.

Lo stesso momento di reclutamento delle assistenti sociali da inserire nel progetto di ricerca ha fornito delle prime informazioni sull'attuale andamento della professione, nel senso che molte hanno declinato l'offerta di partecipare per motivi imputabili a ragioni di tempo non disponibile e di esoso carico burocratico, oltre al fatto che molte organizzazioni consentono di svolgere formazione continua solo in orario extra lavorativo.

Quindi, a partire da questo duplice lavoro di indagine si è andati ad indagare approfonditamente quali sfide, quali tendenze e quali trasformazioni abbia incontrato la professione nello svolgimento

del suo operato; il risultato è stato davvero interessante, complesso e foriero di spunti di riflessione. Il servizio sociale per sua natura si trova in costante tensione tra una dimensione micro, fatta di relazioni interpersonali con le persone e macro, fatta di relazioni con il mondo delle istituzioni, degli enti locali e territoriali (Dominelli, 2015); trovare il giusto equilibrio tra le due non è affatto semplice, soprattutto in una realtà sociale sempre più multiforme e in continuo cambiamento. Analizzare la dimensione delle politiche pubbliche è stato necessario, perché il servizio sociale, comunque, trova applicazione all'interno di precise cornici normative e da esse non può essere disgiunto; quindi, capire il contesto "politico" della questione della cura verso le persone anziane non autosufficienti è stata la base per poter poi analizzare lo sviluppo parallelo del servizio sociale e le difficoltà che esso continua ad incontrare anche ai giorni nostri.

Da un punto di vista istituzionale, si è visto come la questione della cura, sia stata oggetto di una delega silenziosa da parte dello Stato verso la famiglia e in seguito al terzo settore; partendo da un'impostazione di stampo familistico, lo Stato di fatto ha qualificato la famiglia come agenzia primaria addetta alla cura delle coorti più anziane, limitando il suo intervento a una serie di prestazioni di carattere monetario e a uno scarso investimento in termini di servizi pubblici (Gori, et al., 2014). Proprio per questo l'Italia si caratterizza per un basso grado di defamilizzazione, nonostante negli ultimi trent'anni le famiglie abbiano iniziato a rivendicare un maggiore intervento dello Stato a loro sostegno, attraverso un ampliamento della rete dei servizi (Pavolini, 2004; Ascoli, 2011).

Lo Stato si è dimostrato rigido rispetto ai cambiamenti che hanno attraversato la società italiana, basti pensare ai cambiamenti nella struttura familiare e all'inserimento delle donne nel mercato del lavoro; investire in trasferimenti monetari alla famiglia, piuttosto che in servizi, significa riconsegnare la responsabilità della cura nelle sue mani, rendendo la cura non una scelta, ma un obbligo (Pugliese, 2011; Gori, et al., 2014). Significa inoltre ostacolare la possibilità per la componente femminile di rimanere all'interno del mercato del lavoro con continuità e stabilità (Ibidem; Saraceno, 2021).

Per molto tempo la questione della cura verso gli anziani non autosufficienti è rimasta esclusa sia dall'agenda politica che da quella istituzionale, se non per sporadici interventi di carattere emergenziale; basti vedere come la legge che ha regolato l'assistenza pubblica fino a tempi recenti sia stata una legge di fine Ottocento, nonostante dal basso provenissero richieste per una sua riforma sistematica (Giorgi, Pavan, 2021). Quando poi si è arrivati alla legge di riforma dell'assistenza con la legge 328/2000, finalmente si è aperto uno spiraglio per un cambiamento effettivo, per una guida a carattere nazionale di tutti i servizi territoriali, volta a superare quella differenziazione territoriale, che da decenni caratterizzava l'Italia (erede di un sistema di welfare che sin dai suoi esordi si è contraddistinto per una forte frammentazione).

Per il servizio sociale la possibilità di vedere riconosciuto il proprio ruolo in maniera definitiva, di venire in qualche modo consacrato, ha rappresentato una svolta epocale; si ribadiva l'importanza dell'integrazione tra servizi, della territorialità come principio guida, del coinvolgimento attivo delle persone nei loro progetti di vita e veniva chiamato direttamente in causa lo Stato per definire i Leps, cioè quelle prestazioni assistenziali che ogni Regione dovrebbe garantire a tutti i cittadini. La mancanza dei successivi decreti attuativi uniti alla legge di riforma del Titolo V della Costituzione di fatto ha contribuito a rendere gran parte di quella riforma, lettera morta; la cosa più importante e che nei successivi vent'anni ha influito pesantemente sul lavoro sociale professionale è stata proprio la mancata definizione dei Leps. Se con l'istituzione delle Regioni e il completamento del processo di decentramento amministrativo, sembrava che finalmente per l'assistenza pubblica potesse aprirsi una nuova stagione di rottura rispetto al precedente periodo storico, culminando poi con la legge di riforma, di fatto, invece, sotto certi aspetti si è assistito ad un'inversione di rotta

(Gori, et al., 2014; Ascoli, 2011).

Alla mancata realizzazione effettiva della legge 328/2000 nell'ambito dei servizi sociali si è assistito al contemporaneo affermarsi del principio di aziendalizzazione dei servizi, in cui ottica neoliberista e managerialista si sono incontrate e alimentate a vicenda, creando nuove sfide rispetto ai principi operativi e ai valori del servizio sociale.

In una situazione come questa, in cui sembra che l'assistente sociale sia ridotto a mero erogatore di prestazioni e servizi preordinati e standardizzati, in cui il suo campo di azione appare limitato da una serie di vincoli normativi e burocratici, in cui non sembra più esserci spazio per la relazione interpersonale di aiuto, in cui sembra non esserci più il tempo per vivere e conoscere il territorio, in cui sembra non esserci più spazio per pensare, riflettere e progettare e in cui sembra non esserci spazio per la funzione promozionale del servizio sociale...quali prospettive per il servizio sociale professionale impegnato nella cura delle persone anziane?

Da un punto di vista macro, cioè del sistema istituzionale, lo Stato dovrebbe assumersi la responsabilità di normare per definire in maniera completa il quadro di riferimento per il welfare locale, al fine di dotarlo di quella unitarietà che ad oggi manca; ciò ad esempio, prevedendo delle linee di finanziamento dello Stato(fisse e garantite, non soggette a rivalutazioni sulla base della disponibilità del Fondo per le politiche sociali, che a sua volta vede continui aggiustamenti e riduzioni dell'ammontare) che vadano ad integrare quelle degli enti locali nella predisposizione di interventi sul territorio; prevedendo un investimento di tipo generativo di servizi alla persona e alle famiglie, che si affianchi ai tradizionali trasferimenti monetari; attraverso la definizione da parte dello Stato di tutti i Leps, previsti dalla legge di riforma dell'assistenza o almeno in alcuni ambiti riconosciuti come prioritari, al fine di garantire omogeneità ed esigibilità di prestazioni che vadano a configurarsi come diritti e attraverso l'assunzione da parte dello Stato di un ruolo di monitoraggio, verifica e accompagnamento rispetto al sistema dei servizi e delle prestazioni rivolti alle persone anziane non autosufficienti(Gori, et al., 2014).

In una prospettiva meso, cioè di relazioni con i principali stakeholder, il servizio sociale dovrebbe puntare a un recupero della sua funzione politica, che si realizza nel perseguimento della giustizia e dell'uguaglianza sociale, sollecitando una maggiore attenzione verso quelle situazioni di disagio e deprivazioni che non sono sufficientemente tutelate(Pugno, 2016); si tratta, quindi, di mettere in atto la sua capacità di advocacy, cioè di farsi portavoce delle istanze delle singole persone, dei gruppi e delle comunità, mettendo al loro servizio la competenza professionale nell'effettuare un'analisi del bisogno che sia rispettosa della sua multidimensionalità e la propria assertività nel proporre soluzioni che siano condivise con le persone che vivono quella data situazione(Dal Pra Ponticelli, 2010). Ciò significa favorire lo sviluppo della capacità di ascolto delle istituzioni rispetto alle problematiche vissute dalle persone, mediante la creazione di occasioni di incontro di scambio aperto e la partecipazione della società civile nelle decisioni che la riguardano, attraverso una negoziazione diretta o il coinvolgimento nella creazione di progetti (Ibidem).

A livello micro, si rivela, quindi, fondamentale un recupero dell'azione di empowerment verso le persone coinvolte, nel caso della persona anziana se non è fisicamente o cognitivamente in grado di stare nella relazione di aiuto, si dovrebbe investire sulla famiglia, al fine di contribuire a costruire o riaffermare il proprio senso di autoefficacia (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Proprio con la famiglia della persona anziana non autosufficiente il servizio sociale può ritrovare la sua dimensione promozionale, attraverso azioni di sostegno e accompagnamento che possano permettere ai familiari di non cadere nel limbo dell'isolamento e di poter loro permettere di condividere quello che molto spesso diventa un vero e proprio fardello (Pantalone, 2021).

A questo proposito, esso potrebbe favorire la creazione, dove non siano già presenti, di gruppi di auto mutuo aiuto per i familiari di anziani non autosufficienti, i quali non sono sostituiti di servizi

assenti, ma un aiuto e un sostegno emotivo in cui attraverso l'esperienza comune i familiari possano sostenersi a vicenda da un punto di vista psicologico; non richiedono costi elevati per l'ente a fronte di ottimi risultati la cui efficacia è dimostrata (Pregno, 2016). In quest'ambito operativo l'assistente sociale potrebbe assumere il ruolo di conduttore, che ben si combina con il suo carattere non direttivo, il quale all'interno del gruppo si limita a mediare e a rimandare alle competenze, conoscenze e fragilità dei diversi componenti (Ibidem).

Più nello specifico, l'assistente sociale può attuare un intervento di aiuto sul familiare caregiver attraverso una serie di azioni di supporto quali: la riduzione della fatica, al fine di recuperare le energie e dedicare del tempo alla cura di sé(ad esempio fornendo servizi di sollievo o informando circa l'utilizzo di dispositivi tecnologici); aumentare la capacità di coping del caregiver mediante attività volte a sviluppare le competenze e le conoscenze relative alle specificità che le patologie croniche e l'invecchiamento possono portare con sé (ad esempio mediante l'organizzazione di gruppi di auto mutuo aiuto o l'alfabetizzazione sanitaria); incrementare il benessere psicologico attraverso un aiuto psicologico individuale o di gruppo e infine, dare attuazione ad interventi tempestivi e flessibili(si tratta di fornire una risposta al momento opportuno per evitare che il sistema di cura imploda, trovando delle soluzioni tampone atte a ristabilire un equilibrio) (Ibid).

Quanto appena descritto potrebbe essere realizzato a partire da una valutazione del e con il caregiver, volta ad individuare i possibili caregiver presenti o attivabili nella rete familiare, a conciliare i bisogni della persona assistita e del caregiver e infine, a rivalutare periodicamente la situazione sia per gli effetti che può avere sull'assistito che sul caregiver (Ibid).

Si è fatto riferimento al fatto di fornire informazioni adeguate ad affrontare la condizione di disagio legata alle problematiche della vecchiaia, proprio perché molto spesso i caregiver non possiedono conoscenze mediche e scientifiche, pertanto mancano degli strumenti basilari per sentirsi in grado di gestire determinate problematiche; inoltre, la mancanza di conoscenza in ambito sanitario fa sì che il caregiver possa sentirsi escluso rispetto al piano terapeutico della persona assistita.

L'alfabetizzazione sanitaria si rivela quindi di grande importanza per fornire alla persona assistita e al familiare caregiver le conoscenze e competenze di base per affrontare quotidianamente le patologie connesse alla vecchiaia e alla condizione di non autosufficienza, senza sentirsi sopraffatti; l'assistente sociale può essere la figura adeguata ad accompagnare le persone lungo questo cammino di maggiore consapevolezza, data la natura stessa del suo mandato professionale, che mira a far sì che le persone siano in grado di autodeterminarsi compiendo scelte consapevoli sulla base di una corretta informazione e pari accesso alle risorse(Codice Deontologico).

Al fine di ottenere una circolazione funzionale delle informazioni, è importante ridurre al minimo l'utilizzo di un gergo tecnico e specialistico, fornire poche informazioni alla volta e scomporre, concentrarsi su tre punti chiave o attività e verificarne la reale comprensione da parte delle persone destinatarie dell'intervento (Hersh, 2015 in Pantalone, 2021).

Per quanto riguarda la relazione con le famiglie di persone anziane non autosufficienti, la figura professionale dell'assistente sociale può costituire un valido ponte di messa in comunicazione tra le esigenze delle famiglie e quelle del caregiver esterno, cioè dell'assistente di cura, attraverso la promozione di momenti di confronto e formazione(definiti all'interno di un progetto), organizzando una serie di servizi di supporto che permettano ad entrambi di partecipare(Pregno, 2016).

Se nel rapporto diretto con le famiglie che gestiscono personalmente la cura e l'assistenza del familiare anziano non autosufficiente presso il proprio domicilio l'assistente sociale può avere maggiore spazio per un recupero dell'azione di promozione, non significa, invece, che l'assistente sociale inserito in un centro servizi sia senza prospettive al riguardo, anzi, solo che la situazione è articolata diversamente. Se all'interno dell'ente locale la problematica principale è costituita sia

vincoli di bilancio e dal carico di lavoro amministrativo-burocratico, all'interno delle strutture residenziali, oltre ad una crescente burocratizzazione del suo lavoro, ci si deve scontrare con una maggiore sanitarizzazione dei bisogni della persona anziana ospite (Campanini, 2020).

Ciò significa che inevitabilmente i bisogni sanitari fanno da padrone a dispetto di quelli sociali, tanto che generalmente il compito dell'assistente sociale è quello di dare informazioni sulle modalità di accesso, concordare i tempi e le modalità di entrata nella struttura, contattare le persone inserite all'interno della graduatoria circa la disponibilità di un posto, raccogliere informazioni in linea generale sulla persona da accogliere e la sua famiglia se ne ha una (Ibidem).

Insomma, il suo operato sembra seguire una strada preordinata, che di fatto non influisce sul percorso della persona all'interno della struttura; proprio in ragione di ciò, potrebbe ritagliarsi uno spazio di maggiore autonomia attraverso una gestione personalizzata dell'ingresso in struttura (Ibid).

Il momento dell'entrata in struttura rappresenta un momento difficile tanto per il familiare che può sentire di aver fallito, quanto per la persona anziana che sperimenta una sorta di abbandono e di sradicamento dal suo abituale contesto di vita; in questa prospettiva l'assistente sociale può assumere la funzione di mediatore facendo in modo che al momento dell'ingresso siano presenti tanto i familiari che gli operatori che nel concreto dovranno farsi carico della sua assistenza, per contribuire a creare un ponte tra la vita precedente e quella che deve iniziare nella nuova struttura (Ibid).

Anche la stesura del piano individualizzato di assistenza rappresenta un momento in cui l'assistente sociale può inserirsi come professionista dell'integrazione, collaborando con gli altri professionisti mediante la sua competenza tecnica di lettura del bisogno al fine di giungere ad un piano di intervento che sia davvero rispondente rispetto alle reali esigenze della persona (Pregno, 2016; Campanini, 2020).

Il rapporto con i familiari non dovrebbe esaurirsi con l'entrata in struttura dell'anziano, ma dovrebbe essere alimentato dall'assistente sociale dal momento che, comunque, può continuare a rappresentare una risorsa importante per favorire l'inserimento e la permanenza in struttura del familiare anziano; un familiare collaborativo è la chiave di volta nell'attuazione degli interventi rivolti alla persona anziana, mentre un familiare oppositivo incide negativamente sullo spazio di azione dei diversi operatori (Campanini, 2020).

Infine, un ulteriore spazio di recupero dell'attività promozionale del servizio sociale all'interno della struttura residenziale è dato dalla capacità di intessere relazioni con il territorio, in particolare con le associazioni, i gruppi e i servizi sociali e sanitari, al fine di conoscere in modo approfondito le problematiche degli anziani e realizzare iniziative di informazione e contrasto alle possibili situazioni di disagio (Ibidem).

Una piccola parentesi deve essere dedicata alla questione dell'integrazione sociosanitaria, con particolare riferimento all'ambito degli strumenti di valutazione multidimensionale; quando sono nate, le unità valutative territoriali si ponevano l'obiettivo di fornire un'indicazione alla domanda sociale degli anziani non autosufficienti, circa i servizi disponibili in relazione alla loro condizione, prevedendo l'attivazione e l'intersezione di servizi diversi volti ad attuare un lavoro di rete e a fornire un punto di riferimento alla famiglia della persona assistita (Iurlaro, 2021).

Nella realtà, tale integrazione tra i diversi servizi è avvenuta a singhiozzo e non in maniera uniforme sul territorio italiano. Alla base dell'operato delle unità valutative vi sono delle schede di valutazione che comprendono una parte sanitaria e una sociale, ad ogni voce viene assegnato un punteggio, la somma di tutti i punteggi determina la condizione dell'anziano in termini di autonomia, il livello di intensità assistenziale e la sua possibile priorità (Pregno, 2016).

A livello nazionale non esiste un'unica scheda di valutazione, in Veneto attualmente è in uso la

scheda SVAMA, resa obbligatoria con DGR 561/98, poi modificato con versione definitiva DGR 3979/99, divenendo di fatto operativa dal 2000; essa valuta il livello di autonomia della persona anziana mediante l'analisi di cinque dimensioni: situazione clinica, situazione cognitiva, situazione funzionale, mobilità e condizione sociale (Gregori, Viganò, 2008). La parte sanitaria e quella sociale vengono compilate separatamente dai professionisti coinvolti, la parte sociale, compilata dall'assistente sociale, riguarda le informazioni sull'attivazione della domanda, sulle persone coinvolte o attivabili, sulla situazione abitativa, socio-ambientale ed economica (Ibidem).

Ciò che viene contestato a tale strumento, oltre al fatto di non dare un'adeguata importanza alla dimensione sociale della persona, non è tanto il fatto che tenta di fornire delle risposte a partire da uno schema di lettura della realtà standardizzato, ma il fatto che è necessario mantenere un equilibrio tra standardizzazione e personalizzazione, ovviamente non possono essere introdotte nuove modalità di accesso ai servizi tutti i giorni, ma sarebbe necessario adattare gli interventi sulla base delle caratteristiche della persona destinataria dell'intervento (Pregno, 2016; Neve, 2008). Oltre a ciò, perché esso possa essere davvero un utile strumento di integrazione e di valutazione della condizione della persona anziana, sarebbe utile sottoporla ad una revisione e a un aggiornamento, che tengano conto dei cambiamenti che hanno attraversato la società in questi ventidue anni, in termini di salute, di benessere e di relazioni, combinando tali trasformazioni all'offerta di servizi disponibili nell'attuale welfare sociale; ciò che di fatto si chiede, è una rivalutazione dell'importanza della dimensione sociale all'interno delle unità valutative geriatriche territoriali, in cui l'assistente sociale svolge spesso una funzione quasi marginale rispetto al piano individualizzato di assistenza (Gregori, Viganò, 2008; Pantalone, 2021; Campanini, 2020; Dal Pra Ponticelli, 2010).

Infine, per concludere questa disamina, è fondamentale sottolineare la necessità per il servizio sociale, sia all'interno dell'ente locale sia all'interno dei centri servizi, di recuperare il suo spazio di riflessività e di progettualità; ciò soprattutto alla luce dei cambiamenti in termini di burocratizzazione del lavoro sociale e di limiti all'azione promozionale, che di fatto limita fortemente il tempo per pensare (Dal Pra Ponticelli, 2010; Pregno, 2016).

Dominelli (2015) afferma che: "Il lavoro sociale sta lottando per la sua sopravvivenza come ambito professionale significativo, capace di apportare un significativo contributo al miglioramento del benessere delle persone"; questa è una sfida che esso incontra ogni giorno e che fatica sempre più a fronteggiare. In un contesto in cui l'assistente sociale si trova a dover bilanciare la domanda sociale reale, la necessità di far quadrare i conti, a dover compilare montagne di pratiche burocratiche e a far funzionare i servizi come un'azienda, non è facile mantenere il focus sul proprio mandato professionale e istituzionale, dando significatività al proprio operato; come esercitare la professione, dandole così significato, fornendo risposte adeguate in mancanza di una chiara affermazione dei diritti esigibili che dovevano essere fissati con i Leps? Questa è una domanda la cui risposta non è ancora stata scritta.

Bibliografia

- Albanesi, C. (2004). *I focus group*. Carocci.
- Ascoli, U. (Ed.). (2011). *Il welfare in Italia*. Il mulino.
- Campanini, A. (Ed.). (2020). *Gli ambiti di intervento del servizio sociale. Nuova ediz.* Carocci.
- Ciucci, R. (2017). *Il servizio come professione. Assistenti sociali e cittadini nella crisi del Welfare*. Pisa University Press.
- Comune di Padova, Settore organi istituzionali e affari generali- Archivio generale. (2000). *Inventario dei fondi archivistici "Congregazione di Carità di Padova(1868-1937), Ente Comunale di Assistenza di Padova(1937-1976), Ente Comunale Fascista di Assistenza(1942-1945), Dormitori pubblici(1911-1938)*.
- Connell, R. W. (2011). *Questioni di genere*. Il Mulino.
- Dal Pra Ponticelli, M. (2010). *Nuove prospettive per il servizio sociale*. Carocci Faber.
- Da Roit, B. (2001). *Politiche pubbliche per l'assistenza. Attori, orientamenti e risorse: i mutamenti in Lombardia*. Franco Angeli.
- De Ambrogio, U., Merlini, F., & Bertotti, T. (2007). *L'assistente sociale e la valutazione. Esperienze e strumenti*. Carocci.
- Dominelli, L. (2015). *Servizio sociale. La professione del cambiamento* (M. L. Raineri, Ed.). Erickson.
- Donà, A. (2007). *Genere e politiche pubbliche: introduzione alle pari opportunità*. Bruno Mondadori.
- Fargion, S. (2009). *Il servizio sociale: storia, temi e dibattiti*. Laterza.
- Ferrario, P. (2014). *Politiche sociali e servizi: metodi di analisi e regole istituzionali*. Carocci.
- Ferrera, M. (Ed.). (2019). *Le politiche sociali*. Il Mulino.
- Gentile, E. (2005). *Fascismo: storia e interpretazione*. Laterza.
- Giumelli, G. (1994). *Anziani e assistenza: dalla carità verso la sicurezza sociale*. F. Angeli.
- Goffman, E. (2010). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza* (F. Basaglia, Trans.). Einaudi.

- Gori, C., Ghetti, V., Rusmini, G., & Tidoli, R. (2014). *Il welfare sociale in Italia: realtà e prospettive*. Carocci editore.
- Gregori, E., & Viganò, G. (Eds.). (2008). *Strumenti di valutazione multidimensionale dell'anziano fragile. Analisi empiriche sul sistema S.Va.M.A. della regione Veneto*. Franco Angeli.
- Iurlaro, F. (Ed.). (2021). *Sarà un paese per vecchi. Idee per valorizzare l'età anziana, innovare le politiche di cura, costruire il futuro dei servizi*. ED Editrice Dapero.
- Kazepov, Y., & Barberis, E. (Eds.). (2013). *Il welfare frammentato: le articolazioni regionali delle politiche sociali italiane*. Carocci.
- Neve, E. (2008). *Il servizio sociale. Fondamenti e cultura di una professione*. Carocci.
- Pantalone, M. (2021). *Una società che invecchia. Nuove sfide per il servizio sociale*. Carocci.
- Pavan, I., & Giorgi, C. (2021). *Storia dello Stato sociale in Italia*. Società editrice Il mulino.
- Pavolini, E. (2004). *Regioni e politiche sociali per gli anziani: le sfide della non autosufficienza*. Carocci.
- Persiani, M., & D'Onghia, M. (2020). *Diritto della sicurezza sociale*. G. Giappichelli Editore.
- Pregno, C. (2016). *Servizio sociale e anziani*. Carocci.
- Pugliese, E. (2011). *La terza età: anziani e società in Italia*. Il mulino.
- Ruspini, E. (2009). *Le identità di genere*. Carocci.
- Sachs, J. D. (2010). *Il bene comune. Economia per un pianeta affollato*. Mondadori.
- Saraceno, C. (2021). *Il welfare. Tra vecchie e nuove disuguaglianze. Nuova ediz.* Il Mulino.

Riferimenti normativi

Nazionali:

Legge 3 agosto 1862 n.753, in materia di *Istituzione delle congregazioni di carità*, Gazzetta Ufficiale n.201 del 25 agosto 1862

Legge 17 luglio 1890 n.6972, in materia di *Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*, Gazzetta Ufficiale n.171 del 22 luglio 1890

Legge 3 giugno 1937 n.847, in materia di *Istituzione in ogni Comune del Regno dell'Ente comunale di assistenza*, Gazzetta Ufficiale n.141 del 19 giugno 1937

Costituzione italiana, Gazzetta ufficiale n.298 del 27 dicembre 1947

Legge 13 marzo 1958 n.296, in materia di *Istituzione del Ministero della sanità*, Gazzetta Ufficiale n.90 del 14 aprile 1958

Legge 30 aprile 1969 n.153, in materia di *Revisione degli ordinamenti pensionistici e norme in materia di sicurezza sociale*, Gazzetta Ufficiale n.111 del 30 aprile 1969

Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969 n.130, in materia di *Stato giuridico dei dipendenti degli enti ospedalieri*, Gazzetta Ufficiale n.104 del 23 aprile 1969

Legge 16 maggio 1970 n. 281, in materia di *Provvedimenti finanziari per l'attuazione delle Regioni a statuto ordinario*, Gazzetta Ufficiale n.127 del 22 maggio 1970

Decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1972 n.9, in materia di *Trasferimento alle Regioni a statuto ordinario delle funzioni amministrative statali in materia di beneficenza pubblica e del relativo personale*, Gazzetta Ufficiale n.30 del 2 febbraio 1972

Legge 22 luglio 1975 n.382, in materia di *Norme sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione*, Gazzetta Ufficiale n.220 del 20 agosto 1975

Decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977 n.616, in materia di *Attuazione della delega di cui all'art.1 della legge 22 luglio 1975, n.382*, Gazzetta Ufficiale n.234 del 29 agosto 1977

Legge 23 dicembre 1978 n.833, in materia di *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, Gazzetta Ufficiale n.360 del 28 dicembre 1978

Legge 11 febbraio 1980 n.18, in materia di *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*, Gazzetta Ufficiale n.44 del 14 febbraio 1980

Decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982 n.162, in materia di *Riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento*, Gazzetta Ufficiale n.105 del 17 aprile 1982

Decreto del Presidente della Repubblica 15 gennaio 1987 n.14, in materia di *Valore abilitante del diploma di assistente sociale in attuazione dell'art.9 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982 n.162*

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989, in materia di *Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e provincie autonome concernente la*

realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali, Gazzetta Ufficiale n.2 del 3 gennaio 1990

Legge 8 giugno 1990 n.142, in materia di *Ordinamento delle autonomie locali*, Gazzetta Ufficiale n.135 del 12 giugno 1990

Legge 11 agosto 1991 n.266, in materia di *Legge-quadro sul volontariato*, Gazzetta Ufficiale n.196 del 22 agosto 1991

Legge 8 novembre 1991 n. 381, in materia di *Disciplina delle cooperative sociali*, Gazzetta Ufficiale n.283 del 3 dicembre 1991

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n.502, in materia *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n.421*, Gazzetta Ufficiale n.305 del 30 dicembre 1992

Legge 23 marzo 1993 n.84, in materia di *Ordinamento della professione di assistente sociale e istituzione dell'albo professionale*, Gazzetta Ufficiale n.76 del 1 aprile 1993

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, in materia di *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*, Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997

Legge 15 marzo 1997 n.59, in materia di *Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della pubblica amministrazione e per la semplificazione amministrativa*, Gazzetta Ufficiale n. 63 del 17 marzo 1997

Legge 27 dicembre 1997 n.449, in materia di *Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica*, Gazzetta Ufficiale n.22 del 28 gennaio 1998

Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n.112, in materia di *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n.59*, Gazzetta Ufficiale n.116 del 21 maggio 1998

Decreto Legislativo 31 marzo 1998 n.9, in materia di *Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'articolo 59, comma 1, della legge 27 dicembre 1997, n.449*, Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 1998

Legge 8 novembre 2000 n.328, in materia di *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, Gazzetta Ufficiale n.265 del 13 novembre 2000

Legge Costituzionale 18 ottobre 2001 n.3, in materia di *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione*, Gazzetta Ufficiale n.248 del 24 ottobre 2001

Regionali:

Legge Regionale 8 giugno 1978 n. 26, in materia di *Norme per lo scioglimento e il trasferimento delle funzioni degli Enti comunali di assistenza (E.C.A.)*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta Regionale 29 dicembre 1998 n. 5273, in materia di *Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di A.D.I.*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta Regionale 31 dicembre 2001 n. 3960, in materia di *Interventi sperimentali per il sollievo a favore delle famiglie che assistono persone con disabilità o anziani non autosufficienti*, Regione del Veneto

Legge Regionale 16 agosto 2002 n.22, in materia di *Autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali*, Regione del Veneto

Legge Regionale 30 gennaio 2004 n.1, art. 34, in materia di *Indirizzi per l'assistenza delle persone non autosufficienti*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta Regionale 20 dicembre 2005 n. 3982, in materia di *Interventi per il "sollievo" a favore delle famiglie che assistono in casa persone in condizione di non autosufficienza"*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta Regionale 17 gennaio 2006 n. 39, in materia di *Il sistema della domiciliarità. Disposizioni applicative*, Regione del Veneto

Deliberazioni della Giunta Regionale 20 febbraio 2007 n. 394, in materia di *Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta del 27 febbraio 2007 n. 456, in materia di *Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta 27 febbraio 2007 n. 457, in materia di *Disposizioni alle Aziende ULSS per l'assistenza di persone non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali e per la predisposizione del Piano Locale della Non – Autosufficienza*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2007 n. 4588, in materia di *Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (UVMD) di cui alla DGR 3242/2001 – Approvazione Linee di indirizzo alle Aziende ULSS*, Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2007 n. 4589, in materia di *Indirizzi per la determinazione dei livelli di assistenza alle persone con disabilità accolte nei servizi residenziali. Attuazione dell'Art. 59 della L.R. 2 /2007*, Regione del Veneto

Sitografia

Archive:Struttura e invecchiamento della popolazione - Statistics Explained. (2020). European Commission. Retrieved February 20, 2022, from [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struttura e invecchiamento della popolazione](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Archive:Struttura_e_invecchiamento_della_popolazione)

Aspetti di vita degli over 75. (2020, April 27). Istat. Retrieved February 20, 2022, from https://www.istat.it/it/files/2020/04/statisticatoday_ANZIANI.pdf

CODICE DEONTOLOGICO. (2020). CNOAS. Retrieved February 20, 2022, from <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>

Consalvo, M. (2021, August 23). *La valutazione funzionale della demenza: scale di autonomia di vita quotidiana (scala ADL - IADL - AADL).* Neuropsicologiaweb.it. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.neuropsicologiaweb.it/index.php/neuropsicologia/valutazione/85-valutazione-funzionale-della-demenza-scale-di-autonomia-di-vita-quotidiana-scala-adl-iadl-aadl?showall=1>

Impegnativa di cura domiciliare - Regione del Veneto. (2015, March 31). Regione Veneto. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.regione.veneto.it/web/sanita/impegnativa-di-cura-domiciliare>

Organizzazione Mondiale Sanità. (2017, October 6). Ministero della Salute. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/dettaglioContenutiRapportiInternazionali.jsp?area=rapporti&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale>

n.d. Population of WORLD 2019 - PopulationPyramid.net. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.populationpyramid.net/>

Racioppi, F. (2011, May 19). *Generazione "p", come panino*. in *Genere*. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.ingenere.it/articoli/generazione-p-come-panino>

REPORT PREVISIONI DEMOGRAFICHE. (2021, November 26). Istat. Retrieved February 20, 2022, from <https://www.istat.it/it/files/2021/11/REPORT-PREVISIONI-DEMOGRAFICHE.pdf>

