

Il “caso”, la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del welfare state in Italia

Massimiliano MINELLI

Università di Perugia

Veronica REDINI

Università di Firenze

The “case”, the life and its conditions. A political anthropology of welfare state in Italy

ABSTRACT: In this article, forms of social assistance aimed at elders with disabilities are addressed through a definition of the welfare state today in Italy from an ethnographic perspective. The field of the healthcare, which tends to be standardized according to contemporary biomedical, bureaucratic and economic-administrative parameters, is observed by focusing on agency developed in the interaction between social workers, care givers and the users between home, the Health Care System and cooperatives of social services. In this way, the article analyses everyday experiences in the intimate sphere of the home of the patient and the chains of interaction that unfold in the public sphere. Based on this analysis, we propose to rethink the vulnerability experienced by all involved subjects in relation to the recognition of rights and political participation. The case study allows us to make an anthropological interrogation of the social question concerning recent transformations of the labour market. Social work involved in the definition of a case is a crucial moment in the struggle for recognition. In such circumstances people expose and share the events related to the own proper body and social suffering, in order to legitimate requests in which it is questioned the right to exist, where the life itself is at stake.

KEYWORDS: HEALTH CARE POLICIES, END OF LIFE, AGENCY, MEDICAL ANTHROPOLOGY, ITALIAN WELFARE STATE.

This work is licensed under the Creative Commons © Massimiliano Minelli, Veronica Redini

Il “caso”, la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del welfare state in Italia

2015 | ANUAC. VOL. 4, N° 1, GIUGNO 2015: 145-169.

ISSN: 2239-625X - DOI: 10.7340/anuac2239-625X-1877



Introduzione

Nel corso di una recente ricerca etnografica¹ sulle forme di assistenza – domestica, domiciliare, tutelare – erogate dai servizi di *welfare* a famiglie in cui vivono persone molto anziane e con un basso livello di autonomia (Minelli, Redini, 2012), più volte ci siamo trovati coinvolti in interazioni nelle quali diversi interlocutori erano impegnati a *discutere casi*, mettendo in gioco differenti saperi e pratiche disciplinari. Nel lavoro dei servizi territoriali, infatti, i casi prodotti e gestiti dagli operatori si basano su insiemi d'informazioni che emergono dalla prossimità con concrete storie di cura e richiedono il confronto tra differenti competenze. Certamente lo scambio di conoscenze e di valutazioni, necessario alla riuscita dei progetti di assistenza, meriterebbe un'adeguata attenzione non solo nella pratica dei servizi, ma anche nell'analisi politica e nel confronto pubblico. Un contributo a tale scambio, dal nostro punto di vista, potrebbe derivare dall'incrocio delle analisi di "caso" proprie del lavoro sociale con le strategie di ricerca orientate alla "estensione del caso" in analisi processuali (Burawoy, 1991; Frankenberg, 2005), in modo da interrogarsi su come un'operazione concreta e locale possa alimentare un sapere critico, trans-contestuale e storico. A tale scopo, in quest'articolo presentiamo un'analisi approfondita di un caso così come si è andato profilando nella rete di rapporti sul terreno in un'area decisiva del sociale: quella che intreccia la disabilità anziana, la precarietà economica e le trasformazioni della famiglia. Come vedremo, la nostra lettura si inserisce in un articolato campo di relazioni variamente declinate in situazioni specifiche da persone di-

1. Nel quadro della convenzione *Capitale sociale, salute e diritti in Umbria* tra Università degli studi di Perugia e Regione Umbria, dal settembre 2011 al luglio 2013 abbiamo realizzato un'indagine su attori sociali, dispositivi e pratiche nella "rete dei servizi": del settore pubblico (Asl, Distretti sanitari, Uffici di cittadinanza), del volontariato, delle associazioni e del lavoro domestico di cura. Dal luglio 2013 al marzo 2014 l'etnografia si è concentrata sulle pratiche domestiche e le interazioni tra una famiglia che richiede assistenza, il Distretto e i vari agenti del campo socio-sanitario. Quest'ultima fase di lavoro, svolta in accordo con i servizi e attraverso un consenso informato a garanzia di tutela degli interessati, è stata realizzata da Veronica Redini. Alla Direzione Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria, al Direttore e agli operatori impegnati nell'assistenza domiciliare nel Distretto interessato va la nostra gratitudine per aver reso possibile l'accesso a un terreno di ricerca particolarmente sensibile. Per esigenze di riservatezza a tutti gli interlocutori che hanno preso parte alle vicende qui ricostruite abbiamo attribuito degli pseudonimi. Questo testo è stato ideato ed elaborato insieme dai due autori, tuttavia nello specifico la stesura dell'introduzione, del quarto e del quinto paragrafo è di Massimiliano Minelli, quella del secondo, terzo e delle conclusioni è di Veronica Redini. Per la stesura conclusiva di questo testo ringraziamo tre referee anonimi di *Anuac* per i preziosi consigli e le utili indicazioni.

verse: infermieri e assistenti sociali alle prese con i ripetuti tagli alla spesa sanitaria, anziani non autosufficienti e con disagio economico, figli disoccupati impegnati nell'assistenza domestica, giovani operatori sociali con contratti precari e bassi salari. Seguire da vicino le storie di famiglie e operatori impegnati in un comune percorso di cura significa quindi intraprendere diversi, ma interconnessi, itinerari sullo sfondo della crisi del *welfare* oggi in Italia.

In questo testo, il *sociale* è visto come un campo che prende forma agendo sulle forme molteplici e disperse della famiglia, ritagliandosi spazi di manovra tra pubblico e privato, tra Stato e mercato. È questa parte mutevole e ibrida che una ricostruzione genealogica² e un'analisi etnografica possono mettere in luce e cogliere nei suoi specifici processi di riproduzione. Il confine tra queste aree è spesso rafforzato dai discorsi e dalle strategie retoriche pubbliche, ma le azioni concrete tendono a dissolvere queste demarcazioni e a proliferare in zone intermedie. Infatti, il *sociale* riceve forti deleghe di controllo anche se non coincide con il settore giudiziario; non è un ambito strettamente economico, anche se produce un'area d'integrazione sociale attraverso scambi monetari e impiego della forza lavoro; non può neanche essere precisamente situato nella differenza tra Stato e mercato, società politica e società civile, perché produce “un intreccio originale fra gli interventi dello Stato ed il suo ritirarsi, tra i suoi compiti e i suoi disimpegni” (Deleuze, 1999: 94). In questa proliferazione e occupazione di spazi di manovra il *sociale* può essere cartografato solo seguendo le linee lungo le quali si organizzano e si scontrano “i desideri e i poteri, le nuove esigenze di controllo, ma anche le nuove capacità di resistenza e liberazione” (*ibidem*: 100). In tal senso, sul versante etnografico, il costituirsi del *sociale* e i suoi funzionamenti può essere studiato con un'antropologia politica delle *policies* (Shore, Wright, 1997) che articolano sul piano locale le azioni dello Stato attraverso il sistema di salute e previdenza, rimodulando la questione della legittimità dei diritti (Fassin, 2014) in una realtà investita dai tagli alla spesa pubblica e dall'emergere di un regime moralizzato delle relazioni di cura (Muehelebach, 2012). È alla luce di questi processi in atto che l'analisi approfondita di un caso permette di interrogare la *questione sociale* e di contribuire a un'antropologia politica del *welfare*.

2. Sul piano genealogico, vari studi hanno mostrato come il sociale corrisponda con un processo di formazione di zone di sovranità e di pratiche disciplinari incentrate sulla famiglia nel rapporto controverso tra diritto al lavoro e protezione sociale. È ciò che hanno efficacemente colto gli studi di Foucault sulla governamentalità negli stati liberali (2005: 176-215), di Castel sulla *metamorfosi della questione sociale* (1995), di Ewald sul rischio e le assicurazioni (1986), di Donzelot sulla produzione del sociale attraverso la *polizia della famiglia* (1977).

In via dei matti

Lo studio di caso che costituisce lo spunto di questa riflessione è relativo al progetto di *presa in carico*³ di Angela in seguito a un ricovero ospedaliero per la rottura di un femore. La donna, affetta dal morbo di Parkinson, fino al momento dell'incidente viveva con la figlia quarantacinquenne Gaia che per assisterla aveva lasciato il lavoro e la propria casa. La sopraggiunta immobilità della madre e le precarie condizioni economiche avevano portato quest'ultima a temere di non poter più gestire la situazione e, al momento delle dimissioni, a chiedere aiuto alle assistenti sociali. Ha preso forma così un intervento di *Assistenza tutelare*⁴ attraverso le prestazioni di un'infermiera che si occupa del cambio del catetere e quelle di un'operatrice sociale che un'ora per sei giorni alla settimana presiede alla sua igiene personale.

Siamo in uno dei comuni più grandi di un Distretto sanitario dell'Umbria che serve una popolazione distribuita in un'area geografica molto ampia. Le due donne vivono nella prima campagna fuori dal centro abitato, in affitto, in un appartamento privo di impianto di riscaldamento e con qualche macchia di umidità alle pareti. La casa è piuttosto modesta, ma è resa confortevole dal calore che si sprigiona da una stufa-cucina a legna, dalla cura con cui sono disposti ovunque soprammobili e fotografie e dal via vai delle persone che interagiscono con Angela che qui trascorre tutta la propria giornata. Questa donna, vedova da molti anni, nell'arco della propria vita di moglie casalinga e madre ha sempre vissuto nella medesima abitazione dove oggi riceve assistenza. Ora, a ottant'anni, non può più muoversi né parlare eppure riesce a mettere in crisi l'idea che la disabilità anziana coincida con una scarsa o nulla possibilità di recupero della relazionalità. Nel corso della malattia essa ha infatti "appreso" un modo nuovo di comunicare attraverso i suoni diversamente modulati che riesce ad emettere e un sapiente uso dello sguardo. Dialoga così con la figlia che, di rimando, la incoraggia e interPELLa continuamente. Gaia è consapevole infatti che anche attraverso il silenzio si produce la scomparsa sociale di quanti sono affetti da una patologia degenerativa. Ha visto diradersi nel tempo le visite di parenti e amici che, pur recandosi a casa per avere notizie della madre, si mostravano poi

impressionati dal vedere la mamma in queste condizioni. Dicevano "oddio, com'è ri-

3. In ambito socio-sanitario questo concetto corrisponde alla formulazione di un progetto individuale finalizzato alla prosecuzione delle cure, al supporto alla famiglia e al recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione della persona non autosufficiente.

4. Nel quadro della più ampia Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), l'Assistenza tutelare prevede un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, psicosociale), di durata e intensità assistenziale variabili, per mantenere o potenziare l'autonomia della persona anziana non autosufficiente nella propria dimora (Regione Umbria - Assessorato Welfare e Istruzione, 2010).

dotta!", non la volevano vedere e chiedevano che la spostassi in camera. Io, dopo la prima volta, non ho voluto più e loro non sono più venuti (Diario di campo, 3 ottobre 2013).

Attraverso la rievocazione di questo episodio si è messi di fronte a ciò che è in gioco nella situazione di assistenza. La centralità di Angela e il carattere intersoggettivo della relazione di cura sono aspetti con cui fin da subito fare etnograficamente i conti assecondando il rifiuto di Gaia a sottoporsi a un'intervista o a redigere un diario e la sua richiesta a dialogare solo "a condizione di chiacchierare e pranzare insieme". Dopo essersi assicurata che in alcun modo le condizioni di Angela suscitassero fastidio, sulla condivisione del piacere del cibo e sulla partecipazione alla convivialità, troveranno modo di esplicitarsi alcune imprescindibili componenti della prestazione di aiuto:

guarda, io lo vedo che la mamma non sta bene, ma finché si potrà e io vedrò che funziona, in questa casa non esisterà mai il semolino. Non è mai esistito. Quello che mangio io, mangia lei. Qui tutti si mangia uguale e tutti insieme (Diario di campo, 22 luglio 2013).

Sul generale apprezzamento per le sue capacità culinarie e sul piacere di ricevere ospiti Gaia ha infatti costruito la sua socialità e quella della madre che proprio a tavola "può, a modo suo, dire la sua". È quindi nello spazio che si disegna intorno alla spesa quotidiana al supermercato e alla preparazione del pasto che si sviluppa una catena di azioni che strutturano tanto il ruolo di Gaia, quanto l'assistenza di Angela. Per i vicini di casa, che sono soprattutto anziani e migranti, Gaia ogni giorno fa la spesa in un grande centro commerciale della zona, ritirando la mattina presto le varie liste e il denaro, per poi più tardi consegnare quanto acquistato. La possibilità di spostarsi in automobile e di sostanziare in maniera gratuita un'ampia rete di rapporti sono conquiste importanti per Gaia la cui esistenza è stata vincolata dalle scarse risorse economiche e, in passato, dal severo controllo sulle sue relazioni sociali. Esse sono la risposta all'evento che ritiene un punto di svolta nella propria vita: l'aver dovuto rinunciare all'ambizione di diventare parrucchiera una volta finita la scuola dell'obbligo. "Sei matta? Non si poteva! Andare a Perugia? Sola? Mai!" dice ricordando la reazione del padre al fatto di seguire un corso in città. Si impiegherà quindi come operaia in una fabbrica della zona dove incontrerà un giovane manovale con cui si sposerà e andrà a vivere. Guardiamo insieme le fotografie di questa fase felice e "troppo breve" della sua vita: quelle del matrimonio, della nuova casa, dei genitori con cui il rapporto si ridefinirà in maniera più paritaria, del padre ciabattino morto di cirrosi epatica. Nell'arco di poco tempo a questo evento doloroso succederà la separazione dal marito, il fallimento dell'azienda, il licenziamento e la ricerca di un nuovo impiego. Per dieci anni presterà assistenza agli anziani del circondario, riuscendo a far fronte a sé e sottolineando con orgoglio di aver potuto così rifiutare le

avances di un uomo del paese “che certo, aveva una casa di proprietà” ma non le piaceva. La malattia di Angela e l’assenza di una forte rete familiare la costringeranno però ad abbandonare il lavoro, la propria casa e a tornare a vivere con la madre dedicandosi alla sua assistenza. Gran parte del suo impegno sarà inoltre dedicato ad arricchire e implementare quelle relazioni di prossimità che si riveleranno una risorsa fondamentale nel lavoro di cura.

Con quanti interagisce quotidianamente, Gaia intesse infatti un continuo scambio materiale e immateriale: una busta di latte in polvere per gli agnelli di un vicino che le dà un passaggio in auto, un filone di pane fresco per l’amica marocchina che ha fatto compagnia ad Angela, il pacchetto di caffè portato da una parente a cui Gaia fa una iniezione. In questa rete un ruolo fondamentale è senz’altro svolto da Franca, una vicina che in passato veniva aiutata da Angela nella gestione domestica:

i rapporti fra le famiglie nostre sono stati sempre stretti, sempre. Quando lavoravo in fabbrica io uscivo la mattina e tornavo la sera e a casa mia faceva tutto lei. Io cocca mia, c(i) avevo da lavorare, per cui era lei che sapeva dove stavano le mutande dei miei figli (Diario di campo, 14 novembre 2013).

Ogni pomeriggio Franca, che si muove un po’ incerta col bastone, si siede in poltrona accanto alla sedia a rotelle e commenta con Angela le notizie trasmesse dai vari contenitori pomeridiani. In questo modo Gaia può assentarsi per andare a stirare e fare le pulizie in casa d’altri integrando così, in maniera irregolare, la pensione e l’indennità di accompagnamento della madre⁵. Questa solidarietà diffusa viene riconosciuta e valorizzata, perché come spiega Gaia, “in casa dei poveri c’è tutto”, ossia che ci sono le risorse per ottenere anche ciò che non si ha, a patto di attribuire un valore a qualsiasi cosa. In occasione del Natale, per esempio, nessuno tra quanti le mostrano disponibilità viene dimenticato: la vicina marocchina, le persone presso cui lavora, le anziane parenti dalle quali ogni settimana viene invitata a prendere un caffè. Tutti i nodi della rete vengono insomma alimentati attraverso un investimento economico dilazionato nell’arco dell’anno. Per il ruolo svolto, quello a Franca è forse il dono più consistente che si rinnova sempre uguale: due grandi fustini di detersivo per i panni, dieci confezioni di detersivo per i piatti, cinque litri di ammorbidente, 150 metri di pellicola da cucina, un maglione e ben 24 bottiglie di olio di oliva. Del resto, anche per Franca queste relazioni sono significative e questo regalo rappresenta un contributo importante. Anch’essa vedova, ex operaia manifatturiera prima in Svizzera poi in un’azienda della zona e infine a domicilio, vive nella casa costruita

5. L’indennità di accompagnamento è un contributo economico concesso a chi non può deambulare senza l’aiuto di un accompagnatore o svolgere le attività della vita quotidiana senza l’assistenza di un’altra persona (Legge 508 del 1988). L’importo dell’indennità di accompagnamento è di 508,55 euro al mese per 12 mensilità.

con i risparmi della migrazione in cui al piano terra era stato allestito il laboratorio di confezioni. Negli ultimi anni sono tornati a vivere con lei i due figli ultraquarantenni disoccupati o saltuariamente impiegati con i relativi figli e compagne, otto persone che non senza tensioni convivono grazie alla sicura, ma limitata, risorsa economica della pensione di Franca.

In questa ampia rete di interazioni Angela è al centro, costantemente sollecitata e coinvolta nell'atmosfera vitale di una casa che Gaia dice, ridendo, trovarsi “in via dei matti... dove abitano i matti”. Nonostante le gravi condizioni di salute essa non è mai assente e il suo destino non appare segnato. I gesti maldestri così come gli sguardi e i suoni inarticolati sono parte di un intenso dialogo tra le donne di questa casa che ha coinvolto anche Viola, l'operatrice sociale che si occupa dell'igiene di Angela. Questa giovane è subentrata di recente nel progetto assistenziale con l'avvicendamento delle cooperative che svolgono funzioni socio-sanitarie sul territorio. Fino a poco tempo prima era impiegata nel reparto macelleria di un supermercato ed è arrivata quindi a casa di Angela e Gaia senza molta esperienza, priva di una qualifica professionale. Come per altri operatori incontrati durante la ricerca, ai fini dell'assunzione, per Viola è risultata più efficace una “raccomandazione” e l'ampia disponibilità alle mansioni più diverse, piuttosto che una competenza pregressa sostenuta da un *curriculum vitae*. Questo comporta che la giovane possa occuparsi dell'igiene di Angela, ma non utilizzare il sollevatore per lo spostamento dal letto alla sedia a rotelle se non aiutata da Gaia. Per questo inizialmente ha affrontato le proprie mansioni in maniera silenziosa, distaccata, timorosa al punto di farsi accompagnare in un'occasione da un'altra operatrice. Quest'ultima, di fronte al compito di dover sollevare Angela dal letto, nonostante l'ausilio del sollevatore, si trovò a dire “ma qui non ce la possiamo fare! Qui ci vogliono almeno tre persone!”.

Per come oggi è disegnata l'assistenza domiciliare un'espressione di questo tipo può avere un effetto dirompente. La complessità burocratico-amministrativa per l'attivazione di un progetto di assistenza rappresenta infatti una strettoia dalla quale gli utenti una volta usciti sperano di non dover più passare. Inoltre, per comprenderne l'effetto nel contesto di questa casa, è necessario tener conto del fatto che Gaia ha un accesso limitato alle informazioni, anche a quelle che riguardano la sua stessa condizione di assistita ed è quindi sempre preoccupata che eventi di cui non riesce a valutare la portata possano intervenire a modificare un equilibrio faticosamente conquistato. Nonostante ciò, consapevole della complessità del lavoro quotidiano che rende possibile l'assistenza di Angela, conterrà l'esplosione delle paure mettendo in scena nel dialogo con Viola la propria visione della relazione di cura e la capacità di presiedere ad essa. Il giorno dopo questo episodio Viola troverà infatti Angela già lavata, vestita e posizionata sulla sedia a rotelle. Si risolverà così a un livello strettamente performativo non solo il riconoscimento degli specifici ambiti di autonomia e

di capacità di agire dei soggetti coinvolti nella cura, ma anche la conflittualità originata dal “sottrarsi” di Viola a un vincolo relazionale che in ambito domestico appare ineludibile.

Produrre casi

Seguendo la mutevole posizione che Gaia assume quando agisce e quando è soggetta all'azione di altri può emergere il potenziale di “intenzionalità, causazione e trasformazione” (Gell, 1998: 6) implicato nelle catene di azioni che dalla casa si sviluppano verso l'esterno. Se guardata alla luce dell'agentività di tutti i soggetti coinvolti, la situazione di assistenza di una persona costretta all'immobilità appare cioè estremamente vitale e la stessa “vulnerabilità” di Gaia, Angela, Viola e Franca si rivela sfaccettata, prodotta in modi e tempi diversi (Frankenberg, Robinson, Delahooke, 2000). Essa si definisce cioè in uno specifico contesto e si riproduce attraverso rapporti di potere e di autorità, senza per questo escludere una capacità di azione che le strategie di presa in carico rischiano tuttavia di non riconoscere e rimuovere (Minelli, Redini, 2012). Per questo è indispensabile entrare nel vivo delle dinamiche quotidiane quando si affrontano le procedure di intervento sulla disabilità, problematizzando il modo in cui oggi i progetti di assistenza sono pensati frammentando gli spazi d'azione e distinguendo ruoli e compiti. L'elaborazione di un progetto assistenziale⁶ si definisce infatti a cavallo delle competenze dei Comuni, delle Aziende sanitarie e di quelle ospedaliere, delle cooperative sociali, del Terzo settore e delle famiglie. È nella fitta trama di passaggi tra questi livelli che prende forma la *domiciliarità* come campo in cui si mobilita, con diversi gradi di riconoscimento pubblico, una pluralità di soggetti⁷.

Attraverso la relazione etnografica con Sara e Alessia, le assistenti sociali che si sono occupate di Angela e Gaia, è stato possibile seguire dall'interno dei servizi le logiche che presiedono la programmazione degli interventi domiciliari. Perché venga attivata una procedura è innanzitutto necessario che alla persona sia stata ricono-

6. La presa in carico della persona non autosufficiente procede attraverso un programma assistenziale personalizzato (Pap) in cui vengono individuati gli obiettivi per il mantenimento e il miglioramento delle condizioni di salute, le prestazioni con i relativi tempi e modalità di erogazione, nonché i criteri di verifica in itinere dei risultati. Tale intervento prevede un responsabile dell'area sanitaria (infermiere) o dell'area sociale (assistente sociale) in base alla prevalenza delle prestazioni necessarie (Regione Umbria, 2008).

7. Si tratta del sistema di tutele conosciuto come *welfare mix* in cui l'intervento di una pluralità di capitali e soggetti è reso necessario anche dalla mancanza strutturale di finanziamenti alle politiche pubbliche. Nel caso italiano esso contempla le competenze dello *Stato* che opera trasferimenti monetari sotto forma di pensioni o assegni di accompagnamento, il *mercato* nazionale e internazionale della forza lavoro e le *famiglie* con le risorse materiali e immateriali di cui dispongono.

sciuta una invalidità civile con indennità di accompagnamento o una grave disabilità secondo la legge 104 del 1992 e una condizione di disagio economico attestata dall’Isee (Indicatore della situazione economica equivalente). A partire da questo, una commissione multidisciplinare⁸ interviene per valutare l’entità del bisogno e quindi la prestazione da erogare. La valutazione medica procede attraverso una misurazione della capacità cognitiva, della demenza e del grado di autonomia nelle attività quotidiane, mentre quella sociale, attraverso analoghe scale percentuali, valuta l’adeguatezza della rete assistenziale, di quella economica e della condizione abitativa. Fin da queste fasi preliminari l’alto livello di burocratizzazione fa sì che l’esperienza di chi richiede assistenza si traduca in dati (reddito, certificazione di invalidità, percentuale del bisogno) e che, nelle testimonianze degli operatori, il termine *calcolo* venga utilizzato come sinonimo di *valutazione*. Sempre più spesso infatti anche l’intervento sociale si traduce in un lavoro da fare con i numeri, attribuendo punteggi e stilando graduatorie. In questo modo si producono i “casi”, attraverso la frammentazione, la separazione e l’ordinamento dell’esperienza della sofferenza secondo voci e indici. Le richieste di aiuto vengono infatti organizzate secondo una gerarchia di gravità e un ordine di priorità, segnando una netta linea di demarcazione fra chi è dentro e chi è fuori dal diritto alla prestazione. Questa logica, in nome di una “oggettività” che dovrebbe corrispondere all’“equità, procede attraverso due disgiunzioni: la prima slegando il bisogno misurato nella valutazione dall’esperienza del richiedente in carne ed ossa; la seconda separando il dato prodotto attraverso la procedura, dalla situazione in cui verrà poi utilizzato. A questo meccanismo rispondono le liste d’attesa dalle quali si può essere esclusi per uno scarto anche minimo tra il proprio reddito e i parametri stabiliti. Parametri che essendo piuttosto bassi spiegano il numero molto limitato di prestazioni:

[Quelle in carico] sono persone in carrozzina, allettate, con le peg [*Gastrostomia endoscopica percutanea*, una cannula per l’alimentazione assistita], sono 10 casi. Sono pochi! Molti non rientrano per l’Isee [...] e tuttavia da un po’ di tempo abbiamo visto che non ce la facciamo a fare fronte ai bisogni e quindi l’unica modalità, che è anche la più giusta nei confronti dei cittadini, è quella di attivare le liste d’attesa.

Che carico di ore di assistenza date a persone in questa situazione?

È evidente che noi diamo solo un minimo sollievo alle famiglie perché con 4 o 6 ore di tutelare a settimana... dai pochissimo, non è un aiuto è solo... una boccata di ossigeno (Assistente sociale, 19 giugno 2013).

8. L’Unità di valutazione geriatrica (UVG) è costituita da un medico geriatra, dal medico di medicina generale, dal responsabile del Centro di salute, dal responsabile infermieristico dell’ADI, dall’assistente sociale della Asl, dall’assistente sociale del Comune a cui possono aggiungersi altre figure a seconda delle specifiche condizioni clinico-assistenziali. Queste diverse figure devono valutare in un’ottica multidimensionale i bisogni assistenziali dell’anziano non autosufficiente integrando a livello di valutazione, progettazione, cura e assistenza i servizi sanitari e quelli sociali territoriali.

Se letta alla luce delle modalità di definizione dei progetti, la frustrazione dovuta al fatto che il proprio intervento rappresenta solo una “boccata di ossigeno per le famiglie” dà una visione perspicua del declino del “sociale”. Si evidenzia così un processo che limita la complessità dei rapporti relativi alla malattia a un discorso *sulla* malattia e che riduce l'intervento sociale a un “aiuto orientato a migliorare le condizioni di vita senza poterle trasformare” (Castel, 2003: 72). L'esigua portata di ore e prestazioni che i servizi sono in grado di erogare è la premessa che consente di esplicitare sia le negoziazioni *indicibili* nel regime discorsivo ufficiale “per tamponare e comunque far fronte alle situazioni” (Infermiera, 7 ottobre 2013) sia il “costante stato di emergenza” in cui i diversi interlocutori dicono di trovarsi a operare. Può accadere infatti che, anche in un sistema altamente burocratizzato come quello appena descritto, l'attribuzione della responsabilità del caso esuli da valutazioni tecniche e venga attribuita, in accordo tra i vari operatori, all'ambito sociale o a quello sanitario. Nell'ampia geografia del Distretto in cui si è svolta la ricerca gran parte dell'orario di lavoro degli operatori è infatti occupato dagli spostamenti da un comune all'altro:

noi siamo in tutti i territori ma non stiamo da nessuna parte. Il problema è questo. Io mi occupo degli anziani di tutto il territorio, quindi oggi sono qui, ma qui ci sarò tra un mese. Quindi il territorio non lo posso conoscere come chi lavora solo qui e che intreccia relazioni con la rete di persone [...]. Per alcuni casi abbiamo quindi stabilito che la referente fosse la collega del Comune perché noi [della Asl] siamo su tutto il territorio, ma poi non siamo fisicamente presenti (Assistente sociale, 19 giugno 2013).

Questa situazione è ulteriormente aggravata dalla prassi burocratica per cui il tempo da dedicare al servizio domiciliare include quello per informatizzare dati e prestazioni affinché il lavoro effettivamente svolto possa essere riconosciuto anche a livello di finanziamenti:

quando uno rientra [dal servizio a domicilio] deve scrivere e registrare e in base ai numeri poi vengono date anche le risorse. [I dirigenti] ci dicono per esempio che nei vari Centri di salute al sud [del Distretto] non ci sono pazienti. Ma lì ci sono tre punti di erogazione per cui i pazienti non è che non ci sono, ci sono eccome! Ma ti devi muovere da un posto all'altro e il tempo di registrazione è poco. Perché poi se abbiamo bisogno di [un altro servizio] non te lo danno o te lo levano perché [sembra che] non ci sono pazienti. E invece ci sono ma non riesci a mettere dentro i dati perché sei fuori al lavoro! (Infermiera, 7 ottobre 2013).

In questo scenario si giustifica una strategia di governo della sofferenza centrata sul singolo “caso” e sull'*individualizzazione* degli interventi (Castel, 2003). È a partire dalla fine degli anni Settanta che nell'ambito del *welfare* europeo così come nell'organizzazione del lavoro (Castel, 2009), al venir meno di un sistema di regolazione collettivo è corrisposta la centralità del singolo utente. Su di esso in anni re-

centi è sembrata ricadere non solo la responsabilità della propria condizione, ma anche quella dell'elaborazione di una soluzione (Fassin, 2006). Abbiamo altrove sottolineato come a livello italiano tale centralità si sia disegnata sullo sfondo dell'applicazione della legge d'istituzione del Sistema sanitario nazionale (legge 833 del 23 dicembre 1978), del passaggio nel 1992 dalle USSL (Unità socio-sanitarie locali) alle Asl (Aziende sanitarie locali) e degli assetti organizzativi emersi con i Piani di zona e l'applicazione della legge quadro di riforma degli interventi sociali (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali* 328 del 2000) (Minelli, Redini, 2012). In Umbria queste diverse fasi si sono combinate in modo specifico con lo sviluppo della cooperazione nella forma di privato sociale, la ridefinizione dei rapporti tra corpi intermedi (partiti politici e sindacati) e negli ultimi anni con l'iperattivazione della rete del volontariato (laico e cattolico). Questi fenomeni hanno accompagnato la compressione dei costi e lo spostamento graduale della spesa sanitaria dal settore pubblico a quello privato con l'aumento di quella sostenuta direttamente dai cittadini. L'*esposizione* del soggetto, nel quadro di trasformazioni socio-demografiche che sono state molto rilevanti anche in Umbria⁹, è quindi inscritta nelle procedure che richiedono all'utente di presentarsi, raccontarsi e giustificarsi a fronte di una possibilità di accesso che si è drasticamente ridotta. Si tratta di quella “nuova forma di amministrazione del sociale” che fa leva sulla “messa a nudo dell'infelicità” (*ibidem*: 103) e talvolta, nel più classico registro biomedico, sul richiamo alla patologia. Nella presentazione che Alessia e Sara forniranno della vicenda di Angela e Gaia, la patologia medica evocata per descrivere la madre si riflette infatti nella patologizzazione della condizione della figlia:

questa signora ha un deterioramento grave dal punto di vista cognitivo, un Parkinson avanzato, una poliartrite grave. Alla dimissione [dall'ospedale] la figlia era preoccupata e si era rivolta ai servizi per un aiuto “non so che fare, sono sola, ho la mamma in queste condizioni”. [...] Poi la situazione si è stabilizzata e si è lavorato molto per la decisione del ritorno a domicilio con una tutelarè [...]

La figlia aveva una occupazione prima?

No

E viene aiutata, per esempio da una badante?

9. Analogamente a quanto avvenuto a livello nazionale, anche in Umbria si è verificata una progressiva espansione della curva di sopravvivenza che ha spostato sempre più in avanti l'età estrema della vita. Secondo i dati forniti dall'Istat in Umbria la speranza di vita alla nascita cioè il numero medio di anni che restano da vivere a un neonato è di 79,0 per gli uomini e di 84,2 per le donne. L'Umbria risulta la quarta regione italiana (dopo Liguria, Friuli Venezia Giulia e Toscana) per indice di vecchiaia (180) vale a dire per il numero di anziani (persone con più di 65 anni) ogni 100 giovani (0-14 anni). L'invecchiamento crescente della popolazione ha influito inoltre sui profondi mutamenti nella composizione dei nuclei familiari (prossimità di residenza dei parenti piuttosto che co-residenzialità, riduzione del numero dei componenti del nucleo familiare, famiglie mono-genitoriali).

No, no! La madre prende 500 euro mensili [...] la figlia ipotizzava la ricerca di un lavoro e poi decise che occuparsene era il suo lavoro [...]. [Ora] fa questa vita da diversi anni e non ha relazioni, vive questa situazione a tempo pieno [...] anche se devo dire che questa ragazza mostra qualche... difficoltà. Nessuno ha fatto una diagnosi però io credo che abbia un leggero ritardo o comunque un fatto culturale, diciamo che è una persona molto, molto semplice [...] che vive molto chiusa nella sua situazione (Assistente sociale, 19 giugno 2013).

Nella logica burocratico-amministrativa dei servizi non sorprende che Gaia, che ha avuto la capacità di attivarsi nella richiesta di aiuto, sia vista dalle assistenti sociali come una persona con non precisate difficoltà cognitive e comportamentali. Quando esse si chiedono se sia un “ritardo mentale” o un “fatto culturale”, in modi diversi evocano due possibilità di rimodulare le responsabilità sulla vita della famiglia: una disabilità cognitiva oppure un basso capitale culturale-scolastico. Tale ripartizione dipende da come è inquadrata la richiesta perché ciò che in un servizio è leggibile come bisogno, in un altro può essere considerato una mancanza di requisiti per l’attivazione dell’intervento, a seconda di parametri che sembrano incarnare la dimensione biologica e la differenza di classe. Su questa sfumatura di significato si modella la domanda dell’utente in un circuito di *blaming the victim*, ben conosciuto dalle famiglie in maggiore difficoltà, costantemente inquadrate tra “sofferenza e devianza [...], ascolto e sanzione” (Fassin, 2006: 94). Si spiega così l’incongruenza tra la biografia di Gaia che può emergere dall’etnografia e quella che essa fornisce ai servizi per poterne essere riconosciuta. È rispetto al margine di azione all’interno delle dimore, continuamente contestato e negoziato dai servizi sociali, sanitari e dalle famiglie, che Gaia di volta in volta si piega o resiste all’esposizione pubblica della propria condizione economica e implicitamente della responsabilità di essa. In un’occasione, per esempio, saputo che la Caritas distribuiva pacchi alimentari a chi ne aveva bisogno, si era recata in Comune e aveva ricevuto l’autorizzazione a poterne ritirare uno. Ritornata il mese successivo, di fronte alla richiesta di dover attestare l’entità del proprio reddito, se ne era invece andata rinunciando al pacco. Racconterà l’episodio con mortificazione mostrando al tempo stesso una grande determinazione:

Ma secondo te, quanto c(i) ho in banca io? Con la pensione della mamma di 500 euro, l’affitto di 120 e 20 euro a settimana che prendo per andare a pulire e stirare? Ma te pare possibile? Ma allora faccio da me! (Diario di campo, 17 ottobre 2013).

Diversamente da quanto mostrato in occasione della domanda di assistenza per Angela, in questo caso Gaia rifiuta la logica del *monitoraggio* come lasciapassare per ottenere una prestazione d’aiuto preferendo fare da sola. È quindi nel declino dei programmi di protezione sociale sempre più limitati e discrezionali (Barberis, 2010) che diventa possibile per un’assistente sociale stilare una “gerarchia della sofferenza” (Farmer, 2006: 265):

Il Servizio sociale [del Comune] autorizza la persona a recarsi alla Caritas [per il pacco alimentare], sulla base di una valutazione socio-economica. [...] La nostra scelta è stata quella di interrompere alcune erogazioni [...]. Qui il lavoro nero è molto diffuso e anche cercato perché protegge una condizione di bisogno che non deve essere scalfita e questo assistenzialismo è arrivato al punto che, sulla base del fatto che è un diritto, tutti vengono a chiederlo. Certo, il via libera a venire qua te lo dà l'essere straniero, capito? Allora, io sono molto critica, ma noi abbiamo una classe media che ci viene a chiedere il pacco perché ha perso il lavoro per cui io utilizzo il vecchio detto che “un po' per uno non fa male a nessuno” (Assistente sociale, 4 ottobre 2013).

In questa testimonianza in cui la condizione di precarietà di un lavoratore irregolare costretto a richiedere un pacco alimentare appare come un privilegio, emerge paradigmaticamente come i “danni collaterali” della povertà possano essere estranei e “pericolosi” per il sistema nel suo complesso.

Il lavoro di cura e il suo valore

Come si è visto l'ingresso in casa di Viola, la nuova operatrice, è stato un altro elemento d'instabilità nei delicati equilibri familiari di Gaia e Angela. Questo soprattutto perché la vita di Gaia è sensibilmente legata al suo desiderio di affermare l'immagine di figlia che ha deciso di prendersi cura della madre. In proposito Gaia ricorda di aver provato all'inizio un sentimento di mortificazione di fronte alle parole di un'assistente sociale che la invitava a riflettere sulla possibilità di ricoverare la madre in una residenza protetta, affinché lei potesse “farsi la propria vita, non stare isolata tra quattro mura”. È stato quello un momento difficile in cui Gaia è rimasta senza parole. Soltanto ora riesce a parlarne tra dubbi e domande sul futuro:

ma come? Io dovrei ricoverare mia mamma e io andare assistere qualcun altro? A parte che non me la sento e che vedo che la mamma sta molto meglio a casa e poi se mia mamma non c'è mi toglierebbero l'accompagnamento e per me questo è il mio lavoro e il mio stipendio! (Diario di campo, 4 settembre 2013).

Gaia fa certamente affidamento su un'immagine di sé che riesce a scambiare nella rete di vicinato e nello spazio pubblico, fondata sul ruolo socialmente apprezzato di una figlia che sente il “dovere” di occuparsi della madre e sul riconoscimento della qualifica di *caregiver* – soggetto riconoscibile e potenzialmente valorizzabile nel mercato dell'assistenza, capace di vivere del proprio lavoro. A queste due componenti, non sempre facilmente esplicitabili e spesso in conflitto tra loro, si è fatto più volte riferimento nella storia del progetto. In alcune occasioni infatti si è manifestata una incongruenza fra la ricostruzione del caso fornita dai servizi – secondo i quali la valutazione dell'unità geriatrica al momento della dimissione sarebbe stata indirizzata, su richiesta della stessa Gaia, all'inserimento di Angela in una residenza protetta – e la necessità di Gaia di affermare di non aver mai pensato a un allontanamento

della madre. Rimane da spiegare perché a un certo punto i servizi, dopo aver accompagnato Gaia, stemperando le sue paure e creando le condizioni per l'emersione delle sue capacità, abbiano invitato a "spendere" quelle stesse capacità fuori casa e a impiegare il tempo "liberato dalla assistenza domestica" in attività lavorative esterne. Gaia ha considerato la proposta irricevibile. Oltre a non riconoscersi nell'immagine – poco attendibile – di persona "relegata" tra le quattro mura domestiche, ha infatti sofferto del mancato riconoscimento delle sue capacità di fare fronte a situazioni complesse e, soprattutto, di sostenere la vita di Angela. Questo è peraltro l'aspetto più importante nella casa in cui vive, dove Angela è considerata non come una "persona assente" a causa delle sue condizioni fisiche, ma come un'attiva interlocutrice di sguardi e di sorrisi, i suoi principali modi di comunicare.

D'altra parte Viola con le sue difficoltà e i dubbi sul destino di una lavoratrice precaria vede il proprio futuro come inevitabilmente legato alle recenti lotte economiche nel campo del sociale. L'esternalizzazione di vari servizi alla cooperativa proveniente da fuori regione ha avuto effetti sulle condizioni salariali e di lavoro degli operatori sociali. Roberta, collega di Viola, ripercorre le fasi di questo recente cambiamento insieme alle premesse che lo hanno reso possibile:

si fanno gli appalti al ribasso e di conseguenza hanno cominciato ad arrivare cooperative da fuori regione attraverso i cacciatori di bandi che stanno lì su internet a vedere, a cercare e a scrivere progetti allucinanti che poi tradotti nella pratica sono proprio una schifezza, perché un conto è quello che scrivi e un conto poi è quello che fai con le risorse che ti trovi, che sono veramente poche. Di conseguenza questa cooperativa nuova, che ha fatto un progetto migliore e un'offerta al ribasso migliore, ha vinto la gara ed è subentrata a quella che c'era prima. Nel momento in cui succedono queste cose può avvenire un passaggio diretto, se viene applicato un articolo del contratto nazionale che è il numero 37 e lì salvaguardi bene o male la tua retribuzione. Se non avviene il passaggio diretto, perché questo articolo non ci sono i presupposti per essere applicato, tu vieni licenziata dalla tua vecchia cooperativa e quella che ti assume, ti assume come se fosse il tuo primo posto di lavoro. Quindi tu perdi scatti di anzianità, anzianità di servizio, tutele, luogo di lavoro, cioè è come se non avessi mai lavorato perché ha chiuso il servizio, ha chiuso il servizio e ti devi andare a cercare un altro lavoro e non è detto neanche che ti prendano eh! Perché c'è anche questo! Magari non gli servi, sei un esubero (Operatrice di una cooperativa, 4 dicembre 2013).

In questa situazione, i meccanismi di esternalizzazione di alcune funzioni agiscono nel rapporto tra servizi e cooperative, con drammatiche conseguenze per i lavoratori da un lato e per i pazienti e le loro famiglie dall'altro. Infatti l'alto livello di *turnover* nella cooperazione sociale si ripercuote sul contesto dell'assistenza che appare sempre più caratterizzato da conflittualità. La competizione tra le cooperative ha inoltre portato a uno sdoppiamento dell'assistenza nei due settori, "il sociale" e "il sanitario", con una ricaduta sulla vita degli operatori che guadagnano sempre di meno e rischiano sempre più il posto di lavoro.

La cooperativa dove stavo prima gestiva sia la parte sociale che sanitaria dei servizi educativi. [...] Quando per la Asl è scaduto il contratto [d'appalto], c'è stata la necessità di rifare la gara e per i servizi sanitari ha vinto un'altra cooperativa [...] e gli operatori si sono trovati a cavallo tra le due cooperative. Perché, prima, la mattina andavano a scuola a fare 4 ore di sostegno scolastico e il pomeriggio andavano a fare l'aiuto compiti, sempre con lo stesso servizio che però la mattina era sociale e il pomeriggio era sanitario. Nel momento in cui l'appalto prevedeva il pezzo del sanitario passato alla nuova cooperativa gli operatori dovevano decidere se fare 4 ore la mattina o 3 il pomeriggio, quindi contratti part-time da 12-15, 20 ore che sono impossibili per un aiuto compiti... se devi fare un'ora e mezza è già abbastanza, è tantissimo per un bambino autistico stare concentrato un'ora e mezzo! Quindi tu dici, ok, vado a fare un'ora e mezza da tizio, prendo mezz'ora di spostamento con la macchina, vado a fare un'altra ora e mezza con un altro bambino, ma si fanno le 19 e non puoi andare a fare l'aiuto compiti alle 20: un bambino crolla! Quindi massimo puoi lavorare 3 ore al giorno, per 5 giorni, 15 ore la settimana che sono 500 euro al mese. Lordi. 20 ore la settimana sono 700 euro al mese lordi (Operatrice di una cooperativa, 4 dicembre 2013).

L'arena politica in cui la capacità e il diritto di prendersi cura di altri sono espressi e contestati da diversi attori dell'assistenza può essere compresa solo ripercorrendo i recenti cambiamenti della *questione sociale* (Castel, 1995). In un quadro sostanzialmente stabile, dopo trent'anni di scambi e gestione coordinata dei servizi, l'ultima gara di appalto vinta dalla cooperativa proveniente da fuori-regione con un'offerta al ribasso ha messo in luce i delicati assetti del *welfare* regionale. Questo evento, da alcuni giudicato come un incidente, da altri come un tradimento, dai restanti come un regolamento di conti nelle politiche locali, è rappresentativo della nuova fase di ristrutturazione, dei tagli alla spesa e della razionalizzazione dei servizi. La destabilizzazione delle cooperative e del sistema di *welfare* nel suo complesso che ha cominciato a configurarsi a partire dal biennio 2010-2012, mostra che siamo ora di fronte al compiuto mutamento dei rapporti tra attori pubblici e privati e alla ridefinizione del modello delle concessioni e delle co-proiezioni locali dei servizi. La cultura politica degli appalti progressivamente sostituita da quella di tipo tecnico ha portato infatti, soprattutto le cooperative più piccole, a riorganizzare i servizi secondo logiche di efficienza non sempre compatibili con la dimensione organizzativa, a realizzare fusioni fra le realtà singolarmente meno competitive¹⁰, e per certi versi ad allontanarsi da una logica cooperativa a favore di una di tipo aziendale¹¹. In questo scenario, che può essere analizzato criticamente solo se osservato come una econo-

10. Questo processo si afferma dopo gli anni Duemila, nel quadro delle mutate relazioni con la Pubblica amministrazione, al fine di ottimizzare le risorse a disposizione delle singole cooperative. In un certo senso questo cambiamento ha potuto contare sulla tendenza delle cooperative umbre a costituire, soprattutto in alcune aree, una sorta di “indotto sociale” sul territorio, attivando collaborazioni multiple tra cooperative di diversa dimensione e coinvolgendo il mondo dell'associazionismo (Bernardoni, Fazzi, Picciotti, 2011).

mia di scala, le cooperative sociali sono divenute operatori economici intermedi che vendono servizi socio-assistenziali alla amministrazione pubblica, tramite appalti, e a clienti privati, con un costo orario per singola prestazione, in una competizione che tende a comprimere il valore della cura e della assistenza. In tale mercato, assistenza e cura sono forme di lavoro vivo il cui valore si stabilisce nella zona grigia fra abbassamento dei costi per progetto finanziato dal settore pubblico – è quanto appare necessario per essere competitivi nelle gare di appalto – e riduzione del costo orario per prestazione dovuta alla concorrenza del mercato nero e informale dell’assistenza domestica (sfruttamento del lavoro delle “badanti”). Poiché i costi delle cooperative rimangono comunque più alti di quanto può essere comprato nel mercato informale dalle famiglie e la concorrenza tra i fornitori di assistenza su grande scala porta a un abbassamento del costo del lavoro degli operatori sociali, l’effetto complessivo è una svalorizzazione del lavoro di cura nella sfera pubblica, così come negli ambiti domestici.

In definitiva, la svalorizzazione del lavoro di cura ha un impatto diretto sugli operatori sociali che vivono una crescente precarietà e incertezza ed ha effetti sistemici sulle possibilità di riconoscimento della soggettività e delle capacità delle persone impegnate nelle famiglie a costruire percorsi d’assistenza umani e sostenibili. Anche le assistenti sociali, d’altro canto, hanno difficoltà a riconoscere il senso del proprio lavoro in molte azioni compiute ogni giorno nei servizi. A vari livelli si confrontano con un’incertezza quotidiana che traspare negli incontri e i dialoghi con noi ricercatori. In queste occasioni, un tono emotivo e morale nella presa in carico caratterizza sia una non ben definita spinta “filantropica”, tutta centrata sulla vita in pericolo, sia la “tecnica” gestione di indici e scale numeriche spesso percepita come un limite alla propria capacità operativa. Difatti, se da un lato esse possono agire efficacemente solo andando un poco oltre le regole, dall’altro lato sono le quotidiane azioni di distinzione e classificazione che le stesse operatrici realizzano attraverso scale di valutazione medica e sociale a costituire il *caso* e il *campo di relazioni* in cui questo può essere affrontato.

11. Negli anni Novanta con la riorganizzazione dei servizi sociali, in linea di continuità con i piani sanitari integrati, l’applicazione della Legge 328 e la aziendalizzazione della economia sanitaria, in diverse realtà regionali si è verificato un processo di fusione dei soggetti in grado di competere nei mercati del sociale. Si sono così costituiti consorzi con alta concentrazione di capitale e lavoro che potessero reggere l’impatto del mercato nazionale in cui si muovono attori economici forti. A questo si aggiunge che il mercato dei servizi esternalizzati è in Umbria particolarmente “attraente” per le cooperative sociali e per i *provider* privati che operano a livello interregionale e internazionale a fronte di un tariffario regionale unico che “si basa su un calcolo che riconosce alla cooperazione sociale il costo della tecnostuttura oltre a quello della prestazione di manodopera in senso stretto” (Bernardoni, Fazzi, Picciotti, 2011: 98).

La vita stessa

Se osservata attraverso le iscrizioni lasciate nella documentazione dei servizi, la storia di Gaia e di sua madre appare come un itinerario singolare, eppure per certi versi esemplare, nella mappa variegata delle vulnerabilità nell'Italia degli ultimi due decenni (Ranci, 2002). Le esperienze sociali e biografiche che fanno precipitare molti nella povertà vanno a configurarsi in un insieme di dati e indicatori di peculiari situazioni di bisogno. Nel caso delle due donne si sommano diverse condizioni: una famiglia di due persone con un solo reddito da *welfare*, in cui il componente attivo è disoccupato; una rete familiare giudicata dal servizio stretta o assente; un livello di studio medio-basso; l'abitazione senza dotazioni essenziali; e ovviamente la presenza di un malato cronico in casa. Eppure, la ricostruzione del caso svela aspetti sorprendenti della “gestione dal basso” del sociale. Quando chiediamo se la situazione in cui si trova la famiglia di Gaia – vale a dire un nucleo di convivenza con un solo reddito da *welfare* con l'unico membro attivo disoccupato – sia stata considerata come una difficoltà di cui farsi carico, le assistenti sociali rispondono di no.

Alessia: Non l'abbiamo prevista perché quella rientra nel discorso più economico. La disoccupazione a volte, come dire, facilita l'assistenza. Noi adesso abbiamo diverse situazioni di figli disoccupati che si occupano dei genitori. È così eh!

E quindi risparmiano sulle spese delle badanti?

Sara: Sì, dicono “io non lavoro e quindi...” e nel caso che abbiamo pensato per voi, la figlia dice “io il lavoro non lo cerco perché io il lavoro ce l'ho a casa” (Assistenti sociali, 19 giugno 2013).

“La disoccupazione a volte facilita”: questa espressione mostra che, quando il lavoro di cura è inquadrato in uno spazio marginale, la mancanza di un impiego fuori casa può essere vista come una facilitazione nell'assistenza alla madre sostanzialmente scaricata nell'ambito domestico, piuttosto che come un'ulteriore richiesta d'intervento su una condizione di vulnerabilità della figlia. Scelte così drastiche sono giustificate dagli operatori riferendosi ai tempi stretti in cui trovare soluzioni a fronte di una lunga lista di richieste. È infatti l'elevato numero di domande d'accesso a residenze protette dopo una dimissione ospedaliera, a obbligare a ridefinire i criteri di selezione e l'ordine delle procedure. La gravità e lo stato di necessità spingono le assistenti sociali a intervenire rapidamente e a chiedere aggiustamenti informali agli altri interlocutori istituzionali o della rete sociale.

In una giornata trascorsa al Punto Unico di Accesso, il servizio dove si organizzano gli interventi tra ospedale e territorio, Sara – l'assistente sociale che segue il caso di Angela e Gaia – è impegnata a seguire la dimissione protetta di un'anziana non-autosufficiente. La donna, malata di Alzheimer, è stata ricoverata per la rottura del femore e per lei, una volta dimessa, è stato programmato un ricovero nell'ospedale di comunità. La decisione ha però incontrato il rifiuto dell'anziano marito, che prefe-

rirebbe riportare la moglie a casa. Già al momento dell'ultimo infortunio l'uomo si è occupato personalmente della moglie fornendole assistenza. Nonostante la sua dedizione, tuttavia, a causa dell'età e delle sue stesse condizioni fisiche, l'assistenza domestica è stata valutata "carente" dalla Asl, che ha avviato le procedure per una tutela di sei ore a settimana. Dopo poco tempo, l'uomo si è opposto all'intervento dei servizi, percepito come una "ingerenza" nella propria casa e nel rapporto di cura con la moglie. Il suo rifiuto di aprire la porta alla visita quotidiana dell'operatore ha avuto come reazione la nomina di un amministratore di sostegno¹² al quale ora Sara telefona per superare le sopraggiunte nuove resistenze dell'uomo al ricovero della moglie in ospedale. Per spiegare la sua concitazione, Sara dice che i medici premono, perché la donna venga dimessa, ma dai servizi sociali non è ancora arrivata l'autorizzazione per il ritorno a casa della paziente. La vicenda dei due anziani e della rete che dalla loro casa si apre verso l'esterno si svolge attraverso altre telefonate tra l'assistente sociale, l'amministratore di sostegno, il marito della paziente e il medico curante (l'unico ad aver mantenuto un rapporto con la coppia). Le telefonate hanno l'obiettivo di evitare lo "strappo" con le istituzioni e l'isolamento della famiglia. Nei colloqui che si susseguono, Sara richiama i dettagli di cui tenere conto e i criteri di valutazione delle persone coinvolte, cercando di negoziare le scelte entro spazi compatibili con i parametri dei protocolli. Il telefono squilla in continuazione e a un certo punto Sara deve giustificare le continue interruzioni alla nostra conversazione. Ora la situazione è giunta a un limite perché la donna deve essere dimessa e i medici insistono per avere una soluzione "sicura". Sara decide di uscire. Dopo una mezz'ora rientra. È provata, rossa in viso e con un fazzoletto in mano. Ha pianto. Riferendosi all'uomo anziano che si chiude in casa per opporsi al ricovero dice: "lo capisco, lo capisco davvero, ma noi per questo abbiamo dovuto nominare un amministratore di sostegno...". Alla fine, con la mediazione del medico di famiglia, Sara riesce a ottenere dall'uomo la disponibilità ad accogliere quotidianamente l'infermiere per l'assistenza: il risultato sarà il rientro della donna nella propria abitazione piuttosto che un ricovero nell'ospedale di comunità.

In questa realtà microstorica "al tempo della crisi", l'osservazione ravvicinata fa emergere i processi che alimentano la dipendenza degli attori da un sistema di *welfare* in cui devono faticosamente interagire, sottoposti a spinte contraddittorie e conflittuali. I protagonisti si trovano a lottare per i livelli minimi di riconoscimento reciproco: gli operatori delle cooperative che hanno bisogno di un numero congruo di ore di assistenza domiciliare, gli assistenti sociali che necessitano di parametri oggettivi e ricorrono alla certificazione economica dell'Isee, gli utenti che richiedo-

12. L'amministratore di sostegno, nominato dal giudice tutelare, è una figura di tutela chiamata ad affiancare persone che per una disabilità fisica o psichica si trovano nell'impossibilità parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi.

no più prestazioni a fronte di aree di disagio schiacciate nel privato per le quali è difficile immaginare altre risposte. Quando come si è visto le negoziazioni portano a rimettere in discussione la rigidità dei parametri, gli attori sociali rischiano di far saltare le premesse del rapporto cooperativo necessario a dare assistenza. Segue una fase di definizione e stabilizzazione del caso, quando le informazioni ottenute attraverso osservazioni dirette, visite periodiche in casa e colloqui in ufficio, alla fine vengono inserite in tabelle che stabiliscono un riconosciuto “livello di bisogno” e definitivamente aprono o chiudono l’accesso. Perciò il linguaggio burocratico, spesso descritto dagli operatori come la gabbia in cui rischiano di rimanere imprigionati, è anche l’infrastruttura della loro autorevolezza e del loro potere di intervenire. Esso è infatti il principale mezzo che permette loro di modellare, come mediatori (Latour, 2005), la realtà in cui agiscono. Sono le iscrizioni prodotte da dispositivi di registrazione a favorire lo spostamento d’informazioni da una istituzione all’altra come se fossero ormai indici stabilizzati di realtà individuate, nello stesso momento in cui operano anche una trasformazione e una traduzione dei materiali dall’iniziale momento della richiesta al conclusivo ed effettivo intervento. Come mostra Bruno Latour, in simili casi “gli attori, non appena sono considerati come mediatori piuttosto che come intermediari, rendono visibile al lettore il movimento del sociale” (Latour, 2005: 128). Così possiamo concordare con le assistenti sociali quando parlano di sé come “mediatrici”, a condizione però di andare oltre le apparenze e di seguire ciò che è da loro considerato come il pesante carico della burocrazia – le scale, i calcoli, le liste – aggiunto a ciò che chiamano “vero lavoro” – incontrare e ascoltare le persone per aiutarle ad affrontare i drammatici problemi dell’assistenza. La ricostruzione di processi così complessi permette di svelare contraddizioni profonde di cui le persone che s’incontrano nei servizi hanno difficoltà a parlare. Il problema, noto a utenti e operatori, è che l’accesso al diritto all’assistenza è ormai drammaticamente stretto. Nel frattempo, sulla soglia si affollano richieste d’aiuto piuttosto che affermazioni di diritti, esponendo la vita e le sue contrarietà come condizioni di *bio-legittimità*. La definizione del caso appare così come una di quelle circostanze emblematiche della lotta per il riconoscimento in cui le persone espongono e narrano gli accadimenti relativi al proprio corpo e alla sofferenza, per legittimare richieste in cui in questione è il diritto ad esistere, in cui la posta in gioco è la vita stessa (Fassin, 2014: 66). Il processo, nel suo complesso, lascia vedere *in vivo* due caratteristiche della vita delle istituzioni efficacemente descritte da Mary Douglas: in primo luogo, che nelle situazioni di crisi gli individui non prendono decisioni da soli e i collettivi adottano stili di pensiero capaci di fissare i limiti entro cui una domanda appare ragionevole; in secondo luogo, che i processi di produzione e riproduzione istituzionale richiedono un principio stabilizzante dato dalla “naturalizzazione delle classificazioni sociali” (Douglas, 1990: 85). Nel reticolo di significati e rapporti di forza qui

esaminato, la perdita di autonomia e di *agency* di un corpo disabile e anziano è il fulcro del processo di naturalizzazione e stabilizzazione del sistema.

Chi non è nella condizione di poter assistere a casa la persona alla fine di un lungo percorso e di molti tentativi di presa in carico chiede l'inserimento in una Residenza protetta (RP). È questa l'ultima possibilità di ricovero soprattutto per chi è dimesso dalle Residenze sanitarie assistenziali (RSA), strutture che prevedono degenze programmate per periodi limitati a causa di un elevato bisogno sanitario cui sarebbe impossibile dare risposta a casa. Il problema è che la residenza protetta è una struttura per non autosufficienti, che l'assistente sociale chiama informalmente "struttura definitiva", alludendo al fatto che non prevede dimissione. In senso esplicito ciò significa che l'unico modo di uscire dalla Residenza Protetta è morire. La lista di attesa in questo caso ha un carattere doloroso e inevitabile.

Alessia: Aspettano.

Sara: Questo è. Poi se c'è una gravità, la persona entra la prima in lista d'attesa e nel giro di poco tempo si dà una risposta, ma dipende dalla valutazione.

Alessia: Dalla situazione, perché poi dalla lista di attesa si scorre quando le persone non ci sono più quindi...

Sara: In base ai decessi.

Alessia: Non è come nella RSA che si entra quando un altro viene dimesso, nella RP... c'è il decesso (Assistenti sociali, 19 giugno 2013).

Tutto è come se l'urgenza e l'ansia d'intervenire avessero a che fare con un epilogo al quale si cerca di non pensare. A colpire è uno stato di sospensione che occulta la morte e l'abbandono sociale dei più vulnerabili, in uno scenario caratterizzato dall'iperattività di alcuni e dall'immobilità di altri. È in questo senso che la presa in carico di Angela permette d'interrogare storicamente un campo di pratiche ove è in gioco lo stesso concetto biologico di vita e della forma di vita, la vita che nella sua forma mostra la possibilità di vita o potenza (Agamben, 1996). Nelle azioni combinate di differenti istituzioni sociali e sanitarie vediamo così delinearci *policies* e attività amministrative che agiscono positivamente e senza sosta sulla vita e il suo svolgimento, finalizzate a far vivere e a respingere la morte (Foucault, 1978: 122; Fassin, 2014: 33-34).

Quando dopo molti passaggi di consegne un caso si stabilizza e raggiunge un equilibrio, il risultato finale è ottenuto solo attraverso una peculiare sintesi fra la scomposizione del problema in misurazioni minuziose che dispongono su diversi piani funzionali le anomalie di un corpo patologico, il calcolo dei potenziali economici delle famiglie e le tattiche di aggiustamento fra molteplici attori, in attesa dell'ormai imminente fine della vita. Qui vanno interrogate le combinazioni tra disuguaglianze sociali e procedure capillarmente diffuse per osservare e manipolare la vita su scala molecolare. Questa possibilità, al centro di molte interazioni biomed-

che attorno alla fine della vita, attraversa anche esperienze quotidiane di persone che, accompagnando verso la morte, fanno esperienza del ripiegamento della vita biologica, nelle sue dimensioni molecolari, sulle forme di vita (Rose, 2008: 134). La situazione è paradossale poiché la necessità di valutare la richiesta di assistenza a fronte d'imminenti dimissioni ospedaliere alimenta una “urgenza classificatoria” che porta a irrigidire le griglie di selezione, proprio quando sembra richiedere negoziazioni “private” per aggirare ostacoli burocratici.

Conclusioni

La cartografia delle relazioni e delle linee di fuga che attraversano il corpo del paziente e i contesti di cura mostrano una peculiare dimensione politica che investe a vari livelli la salute pubblica e la ridefinizione del *welfare* oggi in Italia. Gli attori a vario titolo coinvolti nella storia di assistenza presa in esame chiamano in causa infatti molteplici relazioni di dipendenza in un ampio campo di rapporti di forza dove sono in gioco la presenza corporea, la capacità di agire e la vulnerabilità di tutti i soggetti attivi nello scambio sociale (Das, 1999). Per questo motivo le vicende di una donna disoccupata che assiste la madre disabile, dell'operatrice di una cooperativa, di alcune assistenti sociali e infermiere si dispiegano oltre la distinzione tra pubblico e privato, in uno spazio ibrido tra giurisdizione politica e regolamentazione strettamente economica (Deleuze, 1999). Qui sono implicate la vita nella sua forma più intima e le relazioni egemoniche che attraversano i processi di costruzione della soggettività (Pizza, 2003: 37). La conflittualità delle relazioni e delle reciproche aspettative tra gli interlocutori che si è tentato di restituire permette in questo senso di guardare agli spazi operativi della cura come a zone di sovranità (Foucault, 2004) i cui confini sono contestati e continuamente negoziati dai pazienti, dalle famiglie e dai servizi man mano che si definisce tanto l'intervento sociale quanto quello biomedico all'interno delle dimore. Abbiamo osservato una situazione di cooperazione e conflitto in cui i diversi soggetti si confrontano da un lato, con il problema del riconoscimento del lavoro di cura in un regime formalizzato e dall'altro, con uno spazio morale della relazione (Muhelebach, 2012) che sembra quasi coprire i vuoti lasciati dall'arretramento delle tutele verso le persone più vulnerabili. Il lavoro etnografico mostra in questo senso uno spazio morale non uniforme, insieme a una molteplicità dei posizionamenti e degli investimenti affettivi (Favret-Saada, 1990; 2012).

Tale dinamica assume contorni più definiti, a nostro avviso, quando si analizzano criticamente i modi in cui sono coordinati e gestiti gli interventi attraverso strategie burocratiche centrate sul singolo utente, sul *caso* e sul *progetto*. Il progetto, in particolare, riveste un ruolo fondamentale nelle attuali politiche di protezione sociale (Castel, 2003) improntate a logiche di rendicontazione, valutazione e *reporting* estranee alla partecipazione e allo sviluppo di capacità che siano non solo individua-

li, ma socialmente distribuite (Appadurai, 2014). Per questo motivo è indispensabile entrare criticamente nel vivo delle dinamiche quotidiane: tanto per evidenziare il farsi dei processi di reificazione e naturalizzazione quanto per cogliere, nelle interazioni reali del mondo reale, la capacità di agire e i rapporti di forza che spesso vengono occultati o rimossi nelle procedure. Come si è visto infatti la vitalità espressa nella rete di cura stenta ad essere riconosciuta in una matrice istituzionale, negata e rimossa attraverso la standardizzazione operata dalla macchina amministrativa. Alla luce di quanto mostrato si potrebbe anzi dire che, per come sono pensate le strategie di intervento, se il potenziale implicito in ogni forma di vita venisse riconosciuto molte situazioni forse non verrebbero prese in carico. A fronte delle richieste di chi deve definire il caso, gli utenti vivono infatti una situazione contraddittoria: esporre il minimo per non essere vulnerabili e esporre il massimo per poter essere riconosciuti come portatori di una bio-legittimità (Fassin, 2014).

A fronte di ciò appare sempre meno riconoscibile la discontinuità fra il monitoraggio della vita sino alle sue ultime fasi – la vitalità dal punto di vista biomolecolare – e la forma di vita che nella sua pienezza è inscindibile dall'agentività e dall'esercizio attivo di diritti sociali e politici. Per questo è necessario leggere in un quadro d'insieme l'assistenza in prossimità della fine della vita e le lotte per i diritti delle persone con disabilità. La condizione di anziani con un elevato bisogno di assistenza infermieristica rende infatti labile e per certi versi indistinta la soglia che separa la cura che ha lo scopo di restituire alla vita e le zone di abbandono sociale. Queste ultime, per come sono state definite da João Biehl (2005) nella sua ricerca in Brasile, sono chiaramente riconoscibili in quegli istituti in cui persone isolate attendono la propria fine vivendo in condizioni nelle quali le caratteristiche della vita come forma sociale sono sostanzialmente assenti, anche se affermate in una retorica umanitaria. Anche nella rete biomedica e sociale in un sistema sanitario universalistico, possono generarsi aree di abbandono sociale attraverso le molteplici interazioni tra persone che agiscono attorno a un corpo immobile che molti sanno essere destinato alla morte sociale prima e clinica poi. È compito dell'analisi critica e del confronto pubblico chiedere per chi e in quali situazioni si imponga questa conoscenza della fine ineluttabile della vita e del progressivo abbandono. Un contributo a tale compito proviene, a nostro parere, dalla ricerca intensiva nei contesti di cura e di assistenza in stretto rapporto con la vita quotidiana delle persone coinvolte in un itinerario che prevede una silenziosa condivisione dell'irreparabile.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Agamben, Giorgio, 1996, *Mezzi senza fine. Note sulla politica*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Appadurai, Arjun, 2014, *Il futuro come fatto culturale. Saggi sulla condizione globale*, Milano, Raffaello Cortina.
- Barberis, Eduardo, 2010, Rapporti territoriali e coordinamento. Una contestualizzazione della governance sociale in Italia, *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1: 79-101.
- Bernardoni, Andrea, Fazzi, Luca, Picciotti, Antonio, 2011, *Welfare, innovazione e sviluppo locale. La cooperazione sociale in Umbria*, Il Mulino, Bologna.
- Biehl, João, 2005, *Vita. Life in a Zone of Social Abandonment*, Berkeley - Los Angeles - London, University of California Press.
- Burawoy, Michael, 1991, *The extended case method* in Burawoy, Michael, ed, *Ethnography Unbound: Power and Resistance in the Modern Metropolis*, Berkeley - Los Angeles - London, University of California Press: 271-287.
- Castel, Robert, 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.
- Castel, Robert, 2003, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Paris, Éditions du Seuil.
- Castel, Robert, 2009, *La montée des incertitudes. Travail, protections, status de l'individu*, Paris, Éditions du Seuil.
- Das, Veena, 2007, *Life and Words. Violence and the Descent into the Ordinary*, Berkeley - Los Angeles - London, University of California Press.
- Deleuze, Gilles, 1999, *Divenire molteplice, Nietzsche, Foucault ed altri intercessori*, Ombre Corte, Verona.
- Donzelot, Jacques, 1977, *La Police des Familles*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Douglas, Mary, 1990, *Come pensano le istituzioni*, Bologna, Il Mulino.
- Ewald, François, 1986, *L'État providence*, Paris, Grasset.
- Farmer, Paul, 2006, *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, in Quaranta, Ivo, a cura di, *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina: 265-302.
- Fassin, Didier, 2006, Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica, *Annuario di Antropologia*, 6, 8: 93-111.
- Fassin, Didier, 2014, *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, Verona, Ombre Corte.
- Favret-Saada, Jeanne, 1990, About Participation, *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14, 2: 189-199.

- Favret-Saada, Jeanne, 2012, Being Affected, *HAU. Journal of Ethnographic Theory*, 2, 1: 435–445.
- Foucault, Michel, 1978, *La volontà di sapere*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault, Michel, 2004, *Il potere psichiatrico. Corso al Collège de France (1973-1974)*, Milano, Feltrinelli.
- Foucault, Michel, 2005, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Milano, Feltrinelli.
- Frankenberg, Ronald, Robinson, Ian, Delahooke, Amber, 2000, Countering essentialism in behavioural social science: the example of “the vulnerable child” ethnographically examined, *Sociological Review*, 48, 4: 586-611.
- Frankenberg, Ronald, 2005, A Bridge over Troubled Waters, or What a Difference a Day Makes: From the Drama of Production to the Production of Drama, *Social Analysis: The International Journal of Social and Cultural Practice*, 49, 3: 166-184.
- Gell, Alfred, 1998, *Art and Agency. An Anthropological Theory*, Oxford, Clarendon Press.
- Latour, Bruno, 2005, *Reassembling the social. An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford, Oxford University Press.
- Muhelebach, Andrea, 2012, *The Moral Neoliberal. Welfare and Citizenship in Italy*, Chicago, The University of Chicago Press.
- Minelli, Massimiliano, Redini, Veronica, 2012, Vulnerabilità e agentività nella sfera più intima. Una ricerca su operatori socio-sanitari, familiari e badanti nell’assistenza domiciliare alla persona disabile anziana, *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 29-30: 267-314.
- Pizza, Giovanni, 2003, Antonio Gramsci e l’antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona, *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 15-16: 33-51.
- Ranci, Costanzo, 2002, *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Regione Umbria, Assessorato Welfare e Istruzione, a cura di, 2010, *Secondo piano sociale regionale 2010-2012*, Perugia, Regione Umbria.
- Regione Umbria, Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali, a cura di, 2008, *Piano regionale integrato per la non autosufficienza (Prina)*, Perugia, Regione Umbria.
- Rose, Nikolas, 2008, *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Torino, Einaudi.
- Shore, Cris, Wright, Susan, eds, 1997, *Anthropology of Policy. Perspectives on Governance and Power*, London, Routledge.

Massimiliano MINELLI, PhD, is Researcher and Lecturer at the University of Perugia, where he teaches Methodologies of Ethnographic Research and Medical Anthropology and Ethnopsychiatry. His main research interests are focused on the relationship between cultural dynamics, forms of mental disorder and public strategies for community mental health. He also deals with social networks, community resources and social capital in public health. On these issues he has conducted ethnographic research for several years in Italy and in Brazil. Among his publications: *Santi, demoni, giocatori. Una etnografia delle pratiche di salute mentale* (Argo, 2011); *Memorie e possessione. Saggi etnografici* (Morlacchi, 2007); *Capitale sociale e salute* (D. Cozzi, a cura di, *Le parole della antropologia medica*, Morlacchi, 2012).

Veronica REDINI, PhD, she was Post-doc and Research Fellow at the University of Perugia. She teaches Anthropology of Health Care at the University of Florence and Anthropology of Migrations at the University of Modena. Her work focused on working and wage conditions in the Italian garment industries delocalized in Eastern Europe (Romania and Moldova) and in Italy. She has done fieldwork researches in Moldova (region of Chişinău) where she has become interested also migration from Eastern Europe. Since 2010 she works about health policies in Umbria (Italy). Among her publications: *Frontiere del "made in Italy". Delocalizzazione produttiva e identità delle merci* (Ombre Corte, 2008), *Vulnerabilità e agentività nella sfera più intima* (with Massimiliano Minelli, *AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica*, 29-30, 2012).

Massimiliano MINELLI

Università di Perugia
massimiliano.minelli@unipg.it

Veronica REDINI

Università di Firenze
veronica.redini@gmail.com

This work is licensed under the Creative Commons © Massimiliano Minelli, Veronica Redini

Il "caso", la vita e le sue condizioni. Per una antropologia politica del welfare state in Italia

2015 | ANUAC. VOL. 4, N° 1, GIUGNO 2015: 145-169.

ISSN: 2239-625X - DOI: 10.7340/anuac2239-625X-1877

