

L'etica della cura al tempo del Covid

Una riflessione sul welfare e sulle disuguaglianze di genere

Fiorella Giacalone

Abstract. This essay reflects on how social services have responded to the crisis caused by the Covid19 pandemic. Through direct research on social workers, new methods of care and relationships were investigated (smart-working, skipe, video calls). The pandemic can be an opportunity to rethink the relationships between families and welfare, paying attention to commons such as health and healthcare. In the interviews with social workers, the value of emotions emerges, in order to learn from emotions new meanings for care relationships. The essay proposes a critical reflection of the ethics of care, which must become political theory. According to a gender approach (Nussbaum, Tronto, Moller Okin), the relationship between need and autonomy, between private and public, must be reformulated so that caring for the other is at the center of democratic citizenship.

Keywords. Social work, smartworking, ethics of care, community welfare.

1. I servizi sociali in tempi di pandemia

La Pandemia da Covid19 ha colto impreparato non solo il mondo della sanità, ma anche il sistema di welfare, che ha dovuto affrontare uno «scenario complesso e inedito», nuovo e imprevedibile perché «ogni assistente sociale si trova in un doppio ruolo: potenziale vittima e soccorritore allo stesso tempo»¹. Non si hanno confronti con altre gravi emergenze, come, ad esempio, il terremoto, che pure è un evento disastroso che coinvolge le

¹ Circolare del Consiglio Nazionale degli assistenti sociali (CNOAS), n.1454, 3 aprile 2020.

comunità². Nel caso del Covid19 il tempo emergenziale si sta prolungando in maniera indefinita: ognuno può essere attore di contagio e le relazioni interpersonali sono sottoposte a regole sanitarie. Le pandemie sono eventi che abbiamo sempre considerato un problema dei Paesi del sud del mondo, da cui l'Occidente sembrava essere esente, come un mondo privilegiato. Nel momento in cui ci si è resi conto della vastità del problema e dell'inesperienza in materia, gli enti territoriali e il terzo settore sono stati sottoposti ad una ridefinizione improrogabile dei servizi. Assistiamo da mesi all'elenco giornaliero dei contagiati, dei morti, dei guariti, dei tamponi: sono diventati i nostri quotidiani bollettini di guerra della protezione civile, una voce che si ripete "come una liturgia, come un rosario recitato nell'ora del vespro" [*Le storie nei giorni del Covid 2020*, 49].

L'ampia produzione di atti amministrativi, a livello nazionale e regionale³ chiarisce la novità e la difficoltà della gestione dei servizi pubblici e convenzionati in merito alla diffusione di un virus devastante e rispetto al quale solo ora si attiva una vaccinazione di massa come azione risolutiva.

Le linee d'indirizzo del governo e delle regioni sono state improntate a mantenere in funzione i servizi essenziali (centri residenziali, dimore dei senza tetto, sostegno alla povertà); la Regione dell'Umbria ha sospeso le attività di tanti servizi (centri semiresidenziali, consultori, interventi psicologici, sociali ed educativi, corsi di preparazione al parto) e a ripensare le modalità di tanti servizi divenuti indispensabili (attività di mediazione familiare, sostegno alla disabilità e alla non autosufficienza, servizi domiciliari essenziali). Per sostenere un welfare impegnativo sul piano della presenza e del finanziamento, le associazioni di volontariato sono diventate indispensabili per somministrare generi alimentari o per la distribuzione di farmaci agli anziani e ai disabili. È diventato essenziale un collegamento tra Comuni, servizi sociali e di volontariato per dare sostegni integrati ai soggetti più deboli e alle famiglie [Raineri 2004; Olivetti Manoukian 2009]. Nella Circolare n.1/2020 del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 27 marzo 2020 viene confermato il ruolo centrale dei servizi in base al legame tra cittadini, enti territoriali e stato:

² In particolare, in Umbria, dopo il sisma in Valnerina nel 2016, è nato l'Asproc (assistenti sociali per la protezione civile) che si è attivato per un'emergenza che ha consentito un sostegno ai terremotati, che già era attivo in altre regioni.

³ Decreto Legge del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, *Sistema dei Servizi Sociali. Emergenza Coronavirus*, 27-3-2020; Decreti Legge n.18 e n.19 del 17-3-2020 e dl 25-3-2020; Regione Umbria, *Piano gestione attività territoriali. Emergenza Coronavirus*, delibera n.207 del 25-3-2020, tanto per ricordare i più importanti nel settore sociosanitario. Negli ultimi mesi è iniziata una campagna vaccinale su tutto il territorio nazionale, iniziando dalle fasce più anziane e più fragili della popolazione, per poi passare a specifiche categorie professionali, nelle quali sono compresi gli operatori sanitari e socio-sanitari, come le assistenti sociali.

Il Sistema dei Servizi Sociali continui a garantire, ed anzi rafforzi, i servizi che possono contribuire alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza; un ruolo che il Sistema dei Servizi Sociali deve svolgere nei confronti di ogni membro della collettività, con particolari attenzioni verso coloro che si trovano, o si vengono a trovare a causa dell'emergenza, in condizione di fragilità, anche in relazione alla necessità di garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 22 della legge n. 328/2000⁴.

Se da un lato gli/le operatori/trici del sociale hanno mostrato la loro professionalità, di sono trovate di fronte all'obiettivo difficoltà di rispondere a tutte le esigenze, anche per la paura del contagio. Spesso queste professioniste sono donne, e devono occuparsi sia del proprio contesto familiare, oltre alle fragilità delle famiglie oggetto di tutela. Devono gestire sia la propria famiglia sia quelle degli utenti, avendo presente ogni giorno quanto la pandemia agisca sul disagio economico e sociale, in relazione ad un welfare pubblico, che sembra sempre insufficiente rispetto alle richieste.

Un welfare, che negli ultimi decenni è stato fortemente ridimensionato, sia nel numero degli operatori che nella disponibilità finanziaria, con l'idea che sia un "costo" e che sia meglio scaricare sulle famiglie il peso di familiari fragili. La crisi del welfare è iniziata negli anni ottanta ed è legata, in primo luogo, all'affermazione di politiche neoliberiste, che hanno messo in discussione i sistemi di protezione sociale, considerati produttori di assistenzialismo e di forme di responsabilizzazione dei cittadini; per questo è stata promossa l'importanza dell'*empowerment* degli utenti verso politiche del lavoro. La crisi economica degli anni 2007-2008 ha visto declinare il welfare perché interpretato come costo nei bilanci pubblici e le politiche di *austerità* hanno tagliato progressivamente sanità e assistenza sociale, politiche per la casa [Carlone 2015, 194]. Molti antropologi negli ultimi decenni hanno messo in luce l'emergenza di bisogni sociali a livello globale, per una ineguale distribuzione, sia della ricchezza, sia di una sanità pubblica, parlando di nuove *sofferenze sociali* [Kleinman, 2006] come conseguenza di scelte economiche-politiche. Questi processi hanno portato a forme ed ambiti di privatizzazione del welfare, con un ampliamento del ruolo del Terzo Settore e delle associazioni di volontariato, allo scopo di diminuire i costi e integrare il welfare pubblico. Sono perciò nati reti di soggetti attivi nei territori, come i gruppi di mutuo-aiuto, le associazioni familiari, per un *welfare di prossimità*, che punta sull'importanza della reciprocità e sul valore del dono, come mezzo di superamento delle disuguaglianze sociali [Caillé 2008; Grasselli-Montesi 2008]⁵.

⁴ Ministero del Lavoro e delle Politiche Pubbliche, Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, Circolare 1/2020, p.2.

⁵ Si tratta di questioni su cui esiste un'ampia bibliografia a riguardo, che sottolinea l'affermarsi di un *welfare mix* tra pubblico e privato che, pur se centrale oggi nelle politiche sociali, rischia di depotenziare il settore pubblico, come è emerso nel corso della pandemia. In riferimento al

È questo il welfare che ha dovuto gestire la pandemia, con le sue indispensabili connessioni tra pubblico e privato. In primo luogo è stato importante, per offrire sicurezza agli utenti, garantirla, in primo luogo, agli stessi operatori socio-sanitari. L'ordine nazionale degli assistenti sociali ha seguito le normative cercando di proporre temi e soluzioni. Il presidente dell'Ordine Nazionale degli Assistenti sociali, Gianmario Gazzi, nella "2° Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita, 17 settembre 2020" (*World Patient Safety Day*) ha ribadito l'importanza delle cure, sia alle persone più fragili, ma anche agli stessi operatori del sociale [cnoas.org]. Sempre Gazzi sottolinea come, la pandemia ha dimostrato l'importanza dei servizi sociali per la salute dei cittadini, perché la medicina da sola non è sufficiente a prendersi cura delle fragilità.⁶

Nelle fasi dell'emergenza, i servizi sociali hanno dovuto sospendere molte attività importanti, come le visite domiciliari, la relazione diretta con gli utenti. Al disagio del confinamento, si è aggiunto quello di dover gestire situazioni familiari complesse: in particolare alle assistenti sociali (prevalentemente donne) è stata e è ancora rivolta una pressante richiesta di aiuto, sia materiale che psicologico.

La pandemia ha messo in crisi il processo di produzione di significati attraverso cui abitiamo e conosciamo la realtà. Ha dissolto il modo abituale e naturale di comunicare con gli altri attraverso il corpo. Si è sopportato, poi accettato e condiviso, la mascherina come simbolo di responsabilità collettiva, di espressione della salute come bene comune, diventando un'appendice inseparabile della nostra quotidianità e della paura del contagio. Il virus ha costretto a ripensare le relazioni, gli stili di vita, i ritmi lavorativi, i luoghi di cura. Non c'è più una chiara distinzione tra luogo e funzione, dovendo concentrare nello spazio domestico funzioni diversificate. Nel luogo/casa si sono concentrati i lavori domestici, la cura di bambini e anziani, lo *smartworking*, il tempo libero. Le famiglie si sono trovate a gestire il lavoro, la Dad dei figli, a occuparsi anche dei familiari più fragili.

Sono le donne che hanno visto aumentare il peso del binomio lavoro/cura (carico di lavoro domestico, attenzione alle fragilità, supporto scolastico), marcando le disparità di genere all'interno della coppia, con ripercussioni sulla vita professionale e creando una forte diminuzione dell'occupazione femminile. La casa non può più essere pensata solo come ambito del privato,

concetto di dono, mi riferisco in particolar modo, agli sviluppi del MAUSS (Movimento anti utilitarista nelle scienze sociali) e alla rivista con lo stesso acronimo, movimento che si ispira al saggio di M.Mauss, *Essai sur le don*, "Année sociologique", 1923-24 e nel quale troviamo economisti, filosofi e scienziati sociali francesi e italiani. In particolare si veda: Caillé 2000; Caillé 2008. Sull'associazionismo familiare in Umbria si rimanda a Grasselli-Montesi, 2013). Per una storia del welfare italiano si veda Carlone 2015; Folgheraiter 2012.

⁶ Primo dei webinar promossi dal progetto Penisola Sociale, Cittaitalia, Anci, Fondazione Ifel e il Dipartimento di Scienza della Formazione dell'Università Roma Tre, 18 settembre 2020.

poiché la stessa commistione tra abitazione e luogo di lavoro ha messo in atto una “crescente e urgente politicizzazione dello spazio domestico”, rendendo le forme del lavoro riproduttivo “più visibili e percepibili nella sfera pubblica” [Zanfi 2020, 15]. La pandemia ha reso più evidenti e necessarie le professioni sanitarie, le attività di cura per le persone, le professioni legate al welfare.

Nella primavera dell'anno passato sono state prodotte ricerche sulla condizione femminile e familiare ai tempi di pandemia: Casarico e Lattanzio [2020a] hanno evidenziato come la pandemia abbia pesato in particolare sulle donne e sui giovani. Le loro analisi hanno sottolineato che a maggio del 2020, dopo il confinamento, sono tornati al lavoro soprattutto gli uomini (72%), dato che ha finito «per caricare di ulteriori compiti di cura le donne all'interno della famiglia, rischiando di ridurre ancora di più la loro offerta di lavoro, già minata dalla chiusura delle scuole e dalla assenza di alternative credibili alla gestione diretta dei carichi familiari» [Casarico-Lattanzio 2020b, 1]. Hanno evidenziato come le donne che lavorano in settori considerati essenziali sono in numero uguale agli uomini (sanità e lavoro domestico). Questo ha reso complessa la gestione di incastri tra lavoro e carichi familiari, con la difficoltà di affidare congiunti fragili a persone esterne per paura del contagio. I dati Istat attestano inoltre che negli ultimi mesi del 2020, su 101.000 occupati in meno, 99.000 sono donne; per quello che riguarda l'intero anno, su 444.000 persone che hanno perso il lavoro, 312.000 sono donne. Il tasso di occupazione femminile in Italia è sceso al 48,5%, mentre la media europea è del 62%⁷.

2. La ricerca con le Assistenti sociali

Appare chiaro quanto sia complesso il quadro del welfare in relazione alla pandemia: per operare una riflessione meno episodica sulle difficoltà degli operatori del lavoro sociale nel gestire la relazione con le famiglie, si è scelto di mettere in atto una indagine sulle attività delle assistenti sociali, in quanto soggetti che vivono le questioni di genere, contemporaneamente, come professioniste e in relazione all'ambito familiare. Per fare ciò è stata promossa una ricerca in collaborazione tra il Corso di Servizio Sociale e l'Ordine Regionale degli assistenti sociali dell'Umbria⁸. La ricerca ha avuto

⁷ Una voce autorevole che ha divulgato questi dati allarmanti e che sta operando affinché nel Recovery Plan ci sia azioni per ampliare il lavoro femminile e togliere alle donne il peso della cura familiare, è Linda Laura Sabbadini, direttrice centrale dell'Istat e tra le fondatrici di “Donne per la salvezza. Half of It” e presidente del “W20” (Woman 20, Gruppo internazionale di lavoro sull'empowerment femminile che accompagna il G20). Si veda: <http://dati.istat.it/>, in particolare Prospetto 2: Tassi di occupazione, disoccupazione e inattività per genere, dicembre 2020.

⁸ La ricerca è stata promossa dalla scrivente e dalla collega di Psicologia sociale, Maria Giuseppina Pacilli, coordinatrice del Corso di laurea in Servizio sociale, Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Perugia. Poiché non era possibile svolgere il tirocinio presso gli Enti

come obiettivo quello di raccogliere le esperienze e le difficoltà lavorative, attraverso un colloquio semi-strutturato, alle assistenti sociali che operano negli enti territoriali, sia sociali che sociosanitari. I colloqui hanno avuto l'obiettivo di approfondire le modalità lavorative, i cambiamenti e le difficoltà incontrate, tenendo conto del senso di responsabilità degli operatori che credono in un'etica della cura. Le interviste sono state fatte sulle piattaforme digitali, confermando anche un nuovo modo di fare ricerca per la produzione di documentazione al tempo della pandemia.

Sono state intervistate operatrici di età compresa dal 28 ai 60 anni, che lavorano in: Uffici comunali, Centri anziani, Cooperative sociali, Asl, Area salute mentale, Centri per minori, per un totale di 75 interviste, effettuate tra maggio e dicembre 2020, registrate e poi sbobinate. I colloqui hanno riguardato cinque macroaree: 1: informazioni sull'attività professionale svolta, 2: relazione con l'utente durante l'emergenza (cambiamento del *setting*, esperienze durante il confinamento), 3: il vissuto delle professioniste durante il *lockdown* e gli aspetti emotivi, 4: la riorganizzazione del lavoro nella fase di riapertura, 5: le riflessioni sui cambiamenti del lavoro sociale, sulle competenze e capacità acquisite. L'obiettivo è di riflettere sulle modalità con cui le professioniste dell'aiuto hanno riorganizzato il lavoro sociale (risorse, potenzialità e aspetti emotivi anche nel distanziamento fisico) per valutare i limiti dello *smartworking*, ma anche per evidenziare nuove modalità del prendersi cura, valorizzando esperienze di *welfare* e soluzioni alternative. Una ricerca sulle pratiche attuate nei servizi diventa essenziale al fine di individuare elementi innovativi, sia sul piano dei modelli organizzativi, sia sulle pratiche relative alla cura.

Le professioniste contattate hanno evidenziato l'emergenza di nuovi bisogni, connessi alla difficile situazione economica. Persone che prima non avevano avuto necessità di aiuto economico-alimentare, sono comparse come nuovi utenti caduti in una fascia di povertà relativa. Settori turistici (alberghi, ristoranti, negozi) sono stati fortemente penalizzati e non si sa quando riapriranno. Città come Assisi, ma anche Perugia, hanno risentito di queste chiusure e sono zone in cui è aumentata in poco tempo la richiesta di sussidi economici («Stasera vado a svaligiare l'A&O perché non ho niente da dare da mangiare ai miei figli», int. n.3); è aumentata la richiesta di sostegno per le persone disabili da parte delle donne. La richiesta di assistenza deve essere fatta via mail, per aspettare l'avvio di una pratica burocratica per il reddito

territoriali, è stato proposto agli studenti del terzo anno di Servizio Sociale (con la supervisione delle docenti e della coordinatrice dei tirocini) la possibilità di effettuare dei colloqui con le assistenti sociali. Hanno collaborato al progetto alcune studentesse della Magistrale in Politiche sociali. Gli studenti sono stati preparati attraverso alcune lezioni di metodologia sulla conduzione dei colloqui e un laboratorio di scrittura sul lavoro sociale.

di cittadinanza o i buoni spesa⁹. Vi sono persone però che non dispongono di computer né di stampante, che non sanno nemmeno cosa sia una e-mail, a cui si è dovuto rispondere in breve tempo. Le assistenti sociali, perciò, aiutano a compilare anche i moduli cartacei e continuare ad essere un punto di informazione per tutti: «la presentazione delle richieste del cittadino doveva essere fatta esclusivamente via email, però molte persone non hanno l'email e per spiegare come fare con molti siamo andati a casa, altri li abbiamo aiutati» [int. n.15, 46 anni, 14-09-2020]; «abbiamo aiutato le persone a compilare la domanda per i buoni spesa perché chi non era in grado di farlo in autonomia avevano dato insomma, questa disponibilità con i servizi sociali c'era del personale apposito» [int.n.16, 28 anni, 29-8-2020].

Si è creato di fatto un cortocircuito tra urgenze immediate e tempi della burocrazia, aggravato dalle difficoltà di comunicazione tra utente e personale amministrativo. Per persone abituate a rivolgersi direttamente alle operatrici, con Comuni (specie quelli più piccoli) e Usl con accesso aperto, questo cambiamento ha comportato sia tempi di domanda che di risposta più lunghi.

Catapultate nell'emergenza sociale totale, le assistenti sociali hanno dovuto reinventarsi una professione e lavorare su più piani (in presenza e da remoto) per fronteggiare situazioni complesse, sentendo comunque di non riuscire a fare abbastanza o quanto vorrebbero. La prima azione è stata quella di attivare una rete di relazioni sul territorio con associazioni di volontariato, come la Croce Rossa e la Caritas, che si sono subito rese operative con pacchi alimentari o consegna di medicinali, per le famiglie entrate in indigenza. La relazione con la Protezione Civile è servita a richiedere i sussidi necessari per la salute (mascherine, disinfettanti, visiere in plexiglass) per tutelare sé stesse e gli utenti. La diversa percezione del tempo tra bisogno immediato e tempi della normativa è stata in parte aggirata attraverso l'aiuto, pragmatico e organizzato, da parte di quelle associazioni che sono abituate a fronteggiare le situazioni d'emergenza

3. Un nuovo setting: potenzialità e criticità

È noto che la Pubblica Amministrazione non sempre è dotata di strumenti informativi adeguati (mancanza di notebook e videocamere, connessioni veloci), ma nella difficoltà le operatrici sono diventate esperte informatiche. Skype e videoconferenze, piattaforme virtuali quali Zoom, Teams, Google meet, WhatsApp, sono diventati gli strumenti di lavoro quotidiani e indispensabili.

⁹ Purtroppo, l'Umbria ha vissuto una situazione di grande emergenza, peggiore di quella della primavera del 2020, dato che è una delle regioni con una saturazione dei posti in ospedali per i pazienti Covid. Le scuole sono state chiuse, come molti servizi, nel febbraio-marzo 2021.

È stata una situazione difficile, perché i computer non ci sono, ne avevamo due, adesso sono tutti e due fuori uso un'altra volta, perché sono stati acquistati solamente per le persone che erano in *smartworking* quindi, chi è rimasto in Comune doveva fare le videoconferenze, non aveva il computer per fare questo lavoro, come non ce l'abbiamo adesso quindi, a parte tutte queste difficoltà proprio oggettive che c'hanno anche, molto limitato, ci siamo messi a rischio e siamo andati a domicilio, perché era quasi impossibile fare questo lavoro. Però io faccio tesoro di tutto quello che abbiamo passato, è che siamo ancora passando, perché anche adesso la situazione non è semplicissima, perché la gente è ancora tanto disperata e andiamo avanti[Int.n.15, 46 anni, 14-09-2020].

Una cosa che ti logora che è che quando fai questo lavoro, stai sempre in bilico tra quello che sarebbe utile fare per la persona, quello che dovresti fare, quello che puoi fare dal tuo mandato istituzionale [...], quello che la tua etica professionale ti spinge a fare e la tua attività. Quello che poi si concretizza nel tuo lavoro è un mix tra queste 3 cose e farle coincidere non è possibile, non coincidono mai perché, magari quello che puoi fare non è quello che servirebbe di fare o quello che secondo la tua professionalità andrebbe fatto, proprio in maniera semplice non hai i soldi per attivare quel servizio, l'ente non ti dà l'autorizzazione a fare quella cosa. Far coesistere, trovare un equilibrio, una linea sottile che possa in qualche modo mettere in contatto questi tre punti è una cosa che ho capito, che ho imparato a fare con fatica con moltissima fatica [Int. n.16, 28 anni, 20-08-2020].

Lo strumento principale si è rilevato il telefono. Le operatrici raccontano di avere ricevuto durante la *lockdown* anche 200 telefonate al giorno, e perciò a molti utenti non hanno avuto il tempo di rispondere. Il senso di inadeguatezza a fronteggiare tante situazioni è stata emozione quotidiana. Telefonate di gente nel panico, minacce se il servizio non era operativo, anziani senza punti di riferimento, donne con difficoltà a gestire lavoro, minorenni da soli con i genitori in ospedale, anziani e figli a cui far fare i compiti [«Il setting è il telefono», int. n.9]. Parlare al telefono con utenti di cui non si conosce la storia e comprenderne l'emergenza, è stato particolarmente stressante, non avendo la possibilità di vedere fisicamente le persone, non potendo perciò rilevare i linguaggi non verbali, le espressioni del volto. Ci sono assistenti sociali che hanno lavorato sull'importanza della comunicazione, per imparare un nuovo modo di lavorare e di relazionarsi. Quello che si insegna come “ascolto attivo” è diventato centrale in un cambiamento del setting così drastico e al tempo stesso prolungato nel tempo; se il telefono diventa mezzo di conoscenza e di comunicazione, deve anche essere utilizzato come uno strumento capace di riuscire a costruire o a mantenere un rapporto di fiducia.

Nella telefonata tu hai soltanto la voce, quindi ho capito veramente perché è così importante per il nostro lavoro sapere ascoltare. Ad esempio anche le semplici pause telefoniche, quei silenzi, ho capito che possono significare veramente tanto, poiché dall'altra parte c'è una persona che sta cercando di elaborare quello che sta vivendo, quello che gli sta succedendo, per riuscire a trasmetterlo a parole, tutto questo lavoro emotivo della persona risulta molto più complicato da cogliere telefonicamente, rispetto che in colloquio. Era importante ascoltare bene le parole che mi venivano dette, le pause di silenzio, il tono della voce [int. n.9, 30 anni, 17-09-2020].

Migliore è stata la relazione su Skype, che ha consentito di vedere gli utenti, e capire, dall'espressione dei volti, il livello di ansia da gestire. In più il video offre uno sguardo all'interno della casa, per rendersi conto dello stato dell'abitazione ed entrare nell'intimità del privato. Lì dove non arriva la presenza diretta, gli strumenti digitali possano essere utili come nuova forma di prossimità nell'esplorare il contesto abitativo e i linguaggi non verbali. Lo schermo annulla la distanza, diventa un modo innovativo nello spazio relazionale; è una sorta di visita domiciliare non strutturata [Tabacchi 2020, Cecchetti-Cenci 2021]. L'etica dello sguardo si assume la responsabilità del vedere e del co-rispondere al veduto e ci fa assumere una responsabilità nel modo di guardare: solo così è possibile dar vita ad una esperienza di conoscenza reciproca [Tori 2007, 15].

Il *setting* delle assistenti sociali è dunque cambiato, anche dopo il confinamento: la necessità di mantenere una relazione diretta e costante con le persone più fragili è stata sostituita dalle nuove piattaforme digitali. La possibilità o meno di utilizzare strumentazioni elettroniche ha messo in evidenza la presenza di soggetti indigenti, quelli che non dispongono di tali attrezzature, né sono in grado di utilizzarle. Paradossalmente, la strumentazione digitale può essere fruita da chi ha un alto livello di scolarizzazione, da chi ha un reddito che ne consenta l'acquisto, dall'età stessa dell'utente. Perciò l'uso del lavoro da remoto ha acuito le differenze di status, rendendo più forti le disparità economiche, il livello delle abilità cognitive, la capacità relazionali: anziani non autosufficienti, persone con disabilità cognitive, migranti senza reddito, sono stati di fatto esclusi dalle nuove tecnologie.

I minori con disabilità sono stati seguiti dalle assistenti sociali di neuropsichiatria attraverso un monitoraggio costante attraverso l'uso degli strumenti informatici. Le professioniste intervistate hanno segnalato la difficoltà di relazionarsi con i genitori di questi ragazzi, non direttamente, (specifica del servizio in presenza) ma con i minori presenti alla telefonata: «sentire un genitore al telefono piuttosto che in videochiamata è riduttivo, fa fatica ad esprimere i propri dubbi e le preoccupazioni, le proprie difficoltà perché in casa ha il bambino che richiede le sue attenzioni, quindi non riesce ad aprirsi totalmente» [int. n.9, 46 anni, 17-09-2020]. Questo ha impedito a molti genitori di essere espliciti nelle problematiche emerse, per cui quando i servizi hanno riaperto, si è resa evidente la problematicità di giovani esclusi per mesi dalla dimensione scolastica e relazionale con coetanei.

L'interruzione della scuola e dei rapporti sociali ha inciso notevolmente, la mancanza quindi di momenti di socializzazione al di fuori di quelli all'interno della famiglia. Ad esempio, il fatto che molti dei nostri utenti, appunto bambini con disabilità, con disturbo dello spettro fisico, ma anche con problemi cognitivi importanti, hanno avuto la perdita della routine quotidiana, che in realtà è molto importante per i bambini che hanno un ritardo dello sviluppo,

e anche dei miglioramenti, poiché sono state interrotte le terapie in presenza durante il primo *lockdown* [int. n.9, 33 anni, 20-12-2020].

Un'assistente sociale che lavora presso un Centro Anziani psichiatrici ha dichiarato come sia stato complesso nel suo lavoro quotidiano non poter più fare lavori di gruppo, far comprendere agli utenti il perché del distanziamento fisico, come anche convincere i parenti degli assistiti a non venire in istituto, e riuscire a mantenere delle regole. Convincere sé stessi e gli utenti che un altro mondo è arrivato, ha richiesto tempo, disagi, capacità di convincimento, consapevolezza della facilità del contagio. Nella difficoltà di gestire questa nuova modalità di relazione, l'assistente sociale ha utilizzato altre metodologie; cartelloni, disegni, stimolazioni visive, per sostituire gli abbracci richiesti ma vietati. Stimolare persone con decadenza cognitiva ha messo in atto l'inventiva della stessa operatrice, che così ha tranquillizzato gli anziani facendoli sentire protetti e accuditi.

Ho trovato punti di criticità, ma anche punti di forza, nel sapersi organizzare in una situazione particolare, quindi trovare degli strumenti per mantenere, stimolare comunque delle persone che hanno dei problemi cognitivi, di decadenza cognitiva, però siamo riusciti a mantenere alto questo livello, però in maniera molto lenta [...] La cosa più critica era non spaventarli, perché comunque sono persone che guardano il telegiornale, poi non avendo più le visite dai loro parenti, quindi è stato proprio un tranquillizzarli ogni giorno, dire che comunque non c'era problema che il Covid era un'influenza molto brutta, ma che comunque loro lì erano protetti, più di tutti gli altri che stavano fuori [int. n.3, 42 anni, 16-09-2020].

4. Ambito emotivo

Tutto questo ha comportato un maggiore carico di lavoro (appuntamenti, telefonate, riunioni online, ecc.) ed ha aumentato lo stress psico-fisico: «abbiamo cercato di creare meno disagio, mettendo in gioco noi stesse» [int. n.15]. L'ambito emotivo è diventato rilevante quando sono emerse situazioni, come la violenza di genere, aumentata durante il periodo del confinamento, emergenza a cui si è dovuto rispondere [int. n.14, 27 anni, 16-09-2020] o di fronte ad adolescenti fragili: «Ho sentito ancora di più un senso di impotenza, per questo lo collego ad una sorta di sentimenti negativi, già nel mio tipo di lavoro mi sento impotente di fronte alle situazioni che vado ad affrontare, ma nel periodo dell'emergenza ancora di più» [int. 6, anni 30, 17-09-2020].

Per riuscire a reggere un'emergenza che dura ormai da mesi, le operatrici raccontano che è stato centrale la relazione tra loro, il sostegno reciproco che si sono date, sia sul piano pratico, che su quello emotivo. Il senso del gruppo di lavoro come comunità di sostegno è uno degli aspetti che molte intervistate ci hanno restituito. La paura di contagiare sé stesse, gli utenti, i propri familiari, non è stato semplice e non lo è ancora: gestire il panico degli

utenti, la superficialità di alcuni parenti (come portarsi l'anziano in carrozzella al bar), dover dar senso ad una burocrazia spesso tardiva e inutile, aumenta la difficoltà dei fronti su cui intervenire.

Avevo la sicurezza che la mia famiglia era a casa, però era spiacevole poi tornare a casa e non sapere con chi ero venuta a contatto, perché in quel periodo a lavoro venivano pochissime persone, ma noi uscivamo per venire a lavoro e in strada non incontravi nessuno quindi, ti sentivi anche solo in quel momento, nel senso dicevi "vado a prestare un servizio però in questo momento tutti stanno in protezione e noi no" ecco quindi, la piacevolezza era per i miei familiari che stavano a casa erano protetti, però la spiacevolezza era che poi dopo io tornavo e non sono sapevo poi, le persone che lavoravano qui con me con chi erano entrate in contatto e come poteva essere la loro situazione [int. n.15, 46 anni, 14-09-2020].

La stessa gestione in presenza oggi è improntata ad una ritualità a cui tutti ci siamo abituati: mascherina, disinfezione delle mani, controllo della temperatura, visiere in plexiglass scandiscono le nostre giornate di utenti di servizi pubblici: sono luoghi diventati una sorta di infermerie. In questa situazione, che non si può più definire emergenza, ma una nuova modalità di gestire il lavoro sociale, le assistenti sociali sottolineano, come punto di forza, aver ricevuto la gratitudine degli utenti, che si sono sentiti ascoltati, che hanno ricevuto una risposta ai loro bisogni; vi è stato un *feedback* positivo. Per alcune di loro, per reggere emotivamente lo stress, la gratitudine delle persone era «l'unica motivazione per cui la mattina dopo andavamo al lavoro ed eri pronta a ricevere altre 100 telefonate» [int. n.16, 28 anni, 20-08-2020].

Emerge l'importanza del provare emozioni e di dar loro un valore, di non sottrarsi alla dimensione della propria soggettività nella relazione [Di Santo-Piva 2009, 32-33]. Le operatrici del sociale possono sentirsi sopraffatte dalle responsabilità, nella difficoltà di tracciare dei confini tra sé e l'altro; per questo è importante aver cura della propria vita emotiva. Come ricorda Iori, bisogna imparare dalle sfumature delle emozioni, perché non sono un ostacolo alla razionalità, ma l'origine da cui si sviluppa il pensiero [Iori 2007; Nussbaum 2004].

La riflessione sul sentire costruisce conoscenza e dà senso anche all'irrompere caotico dell'imprevedibile, al tumulto emotivo che nasce davanti al dolore, proprio o altrui, che non cessa tuttavia di interpellare il mio. Questo lasciarsi interpellare porta un fecondo disordine nell'ordinata consuetudine delle abitudini, incrina le schematiche certezze, scosta il velo dell'ordinario, conosciuto e certo («certificato», appunto) per affacciarsi su un sapere dove tutto si rivela come visto per la prima volta. E diventa così strumento per ritrovare, chiarificare, alimentare il significato dei gesti e delle pratiche agite [...] La cura della vita emotiva ha bisogno di lasciare decantare le tensioni e recuperare le risorse dal dispendio provocato dall'agire secondo modalità standardizzate negli schemi e nelle regole precostituiti. E diventa occasione per sottrarre i sentimenti all'implicito, per far emergere ciò che sfugge alle logiche cataloganti e quantificanti, alle pratiche codificate dalla routine [Iori 2007, 13].

Nel percorso che dalle emozioni porta a nuove consapevolezze, le intervistate affermano di aver imparato a “saper ascoltare”, cioè di saper rimodulare le proprie capacità comunicative, trasmettere fiducia, positività. L'emergenza ha reso possibile una maggiore conoscenza di sé, una capacità di mantenere la calma nelle difficoltà, un atteggiamento non giudicante di fronte alle persone. È stato rimodulato perciò anche il concetto di “accoglienza”, che ha acquistato un valore più ampio, fatto di ascolto, di gestione delle emozioni, di apprendimento e lucidità di fronte alle situazioni più complesse. L'aver cura dell'altro oggi è diventata una prassi quotidiana, dato che la mascherina è un modo di proteggersi reciprocamente. Per gli assistenti sociali significa declinare questa frase nel maggior rispetto dell'altro, nelle forme in cui si rende attiva la conoscenza e l'ascolto.

Sicuramente abbiamo affrontato e acquisito una consapevolezza di rispetto dell'altro ma proprio nel rapportarsi, nell'aver cura dell'altro; noi magari usiamo spesso questa frase “avere cura di” la usiamo sempre molto nel nostro lavoro, ma in questa guerra, una guerra dove non si vede il nemico, nelle guerre si tirano delle bombe, e allora scappi, in questa guerra il rispetto dell'altro è stato molto accentuato. Io mi metto la mascherina perché non voglio infettarti tu la metti per rispetto mio. C'è proprio la civiltà; l'educazione civica finalmente l'hanno portata nelle scuole come materia, e anche noi l'avevamo un po' lasciata andare [int. n.3, 42 anni, 16-09-2020].

Queste professioniste del sociale hanno compreso quanto sia importante fare rete, non solo all'interno del gruppo come sostegno reciproco, ma anche con gli operatori di altre strutture pubbliche, rete con associazioni di volontariato e terzo settore. Il welfare di comunità ha trovato, proprio in questa pandemia, la sua migliore espressione, perché lo stress non diventi *burnout*. Del resto il welfare comunitario si declina come una rete attiva e connessa sul territorio, che a sua volta diventa welfare rigenerativo, che crea benessere e altre reti sociali. Per questo ritengono che sia importante, nella loro formazione, poter fare dei corsi (FAD) sull'emergenza, sulla gestione dell'emotività, in parte già svolti per il terremoto in Valnerina, quando è nato l'ASPROC. È un modo di approcciare vari tipi di emergenze, di fronte alle quali bisogna attivarsi per far sì che il *bisogno* si trasformi in *proposta*, in modo che non ci si trovi disarmati di fronte a nuovi rischi. Se il lavoro sociale viene insegnato come programmazione, prevedibilità, oggi deve essere rimodulato alla luce dell'emergenza, per imparare nuovi modelli organizzativi, per inventare strumenti di fronte a condizioni non prevedibili.

La formazione sui rischi e emergenze sembra diventato ormai importante per ogni professione socio-sanitaria, perché ciò che è difficile apprendere non è il prevedibile e il quotidiano, ma lo straordinario e l'imprevedibile, che mette a rischio ogni nostra conoscenza appresa. Oggi viene avanti un'antropologia dei disastri che indaga quanto siano invasivi e complessi quei fenomeni fisici, naturali e tecnici che provocano disastri. L'approccio degli antropologi è

quello di leggere i disastri in un'ottica storico-sociale e non solo sul piano fisico o sanitario, per coglierne le forme di disuguaglianza e di vulnerabilità che produce. Un disastro non è solo infatti un evento che accade, ma implica comportamenti istituzionali e sociali. La vulnerabilità sociale è uno degli effetti più forti, che provoca il crollo del quotidiano, frantuma l'ordine sociale e ci ricorda la fragilità dei costrutti culturali [Ligi 2009, 5-6]. In quanto cittadino e spesso testimone di quanto accade, l'antropologo diventa parte attiva di conoscenze e di impegno diretto nelle politiche pubbliche¹⁰. Anche la pandemia, in quanto disastro sanitario e sociale, impone agli antropologi una riflessione sulle nuove forme di socialità e di progettualità di un nuovo welfare. Va anche operata, in base a quanto appare evidente, una prospettiva intersezionale tra i diversi assi lungo i quali le disuguaglianze agiscono e gerarchizzano i soggetti. Ci sarà un prima e un dopo il Covid, come avviene per tutti i grandi disastri planetari: dovremo coniugare nuovi modelli di socialità, se siamo capaci d'imparare da ciò che abbiamo vissuto e sperimentato.

5. L'etica della cura in un'ottica di genere

Diventa necessario cambiare ottica, ripensare la medicina di base e veder i territori come luoghi dell'azione sociale, lavorando e operando sulle connessioni che collegano le famiglie con il welfare territoriale, con una specifica attenzione alle questioni di genere. Dobbiamo riconsiderare il welfare come parte di un ecosistema territoriale che connette famiglie, salute, lavoro, diritti.

La salute va letta come un ecosistema che studia i virus in relazione all'uomo, è un sistema di "salute circolare" come la definisce Ilaria Capua, nella quale sono in connessione non solo le dinamiche sanitarie, ma anche quelle politiche, economiche e ambientali [Raffaetà 2020; cfr. Aime, Favole, Remotti, 2020].

Abbiamo di fronte la necessità e l'opportunità di riconfigurare i processi di relazione attraverso ciò che abbiamo appreso dal virus. Dobbiamo curare le relazioni come fossero un organismo vivente, e possiamo farlo se portiamo un'innovazione che parta dalle persone: le istituzioni da sole non erogano soluzioni, sono gusci vuoti senza il capitale umano.

Riscopriamo l'importanza di un welfare che tenga conto delle competenze maturate, di nuove professionalità, di maggiori risorse finanziarie e

¹⁰ A tal riguardo ricordo le riflessioni maturate su terremoti ed eventi naturali, che hanno visto gli antropologi testimoni degli eventi e farsi attori di impegno attivo in relazione alle politiche pubbliche. Si veda: Oliver-Smith, Hoffman 1999; Ligi 2009, Marcus 2010, Benadusi 2015, Ciccozzi 2013, Colajanni 2014.

professionali¹¹. Si potrebbe promuovere un vero rinnovamento del servizio sociale, come emerge in un recente numero di “Animazione Sociale”, nel quale viene proposta un’interessante riflessione per “una costituente del lavoro sociale ed educativo” [Camarlinghi, D’Angella, Floris 2020]. Dai racconti di tanti operatori del sociale¹², è emersa la consapevolezza di quanto le nostre vite siano interconnesse, sia tra esseri umani, che tra persone e animali, in una relazione sempre più diretta. La pandemia ha messo in evidenza i limiti della normalità del lavoro sociale, appesantito da una eccessiva burocrazia, che impedisce un aiuto immediato, rendendo più visibile povertà e disuguaglianze. Si è “svelata la rottura degli automatismi quotidiani” e le problematicità di un servizio pubblico non sempre rispondente alle necessità del cittadino.

Vanno ripensati nuovi modelli organizzativi e strategie operative, strumenti professionali che non siano solo routine quotidiana, ma che mettano al centro la proposta di un “pronto intervento sociale”, che riesca a connettere, contemporaneamente, strategie di “emergenza personale e emergenza di massa”(sperimentata durante i terremoti dell’Aquila e di Norcia) [Mirri 2020; Di Rosa 2012].

Perché ciò sia possibile, bisogna ritornare ai territori, intesi come capitale sociale umano e professionale, un territorio visto come risorsa e non solo spesa, in cui il sociale sia il “collante della comunità”, una comunità di cura [Bonomi 2012]. Bisogna pensare a rilanciare una co-progettazione [Olivetti Monounkian 2005] per produrre un welfare attivo e sinergico, tra pubblico e privato sociale (dove il pubblico ritrovi la sua centralità) e lavorare per connessioni, tra servizi formali e informali, singoli cittadini e associazioni. La sanità di territorio, infatti, non è solo medicina, ma riguarda la salute e il benessere dei cittadini, sul piano sociale, economico, culturale¹³.

¹¹ Anche l’Ordine nazionale degli Assistenti sociali si muove in questa direzione, e nella proposta “Nessuno resti indietro” (3 aprile 2020), ribadiscono alcuni obiettivi prioritari: i servizi sociali comunali devono essere punto di riferimento per gli interventi, per evitare confusione e frazionamento dei percorsi; l’integrazione ospedale-territorio va rinforzata, come la cura e assistenza, intercettando situazioni prima che diventino emergenze; il terzo settore va sostenuto come strumento centrale del welfare.

¹² Il Consiglio Nazionale degli Assistenti Sociali ha promosso una pubblicazione nella quale sono state riunite lettere ed esperienze maturate durante il lockdown (*Le storie nei giorni del Covid*, Roma, 2020).

¹³ Pasquinelli ricorda anche che nel programma dei *Recovery Plan* si prevede la realizzazione di 2564 “Case della Comunità”, quale punto di riferimento di prossimità e punto di accoglienza e orientamento nei servizi, assistenza primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini [Pasquinelli 2021, 8]. Sono sorti anche “Ambulatori di comunità”, come quello aperto dal parroco di Magenta e presidente di Non di Solo Pane, che “nasce con il desiderio di accogliere chi è in difficoltà, accompagnarlo in un percorso di cura della salute, educare alla prevenzione. In una parola: prenderci cura dell’altro. Nella dimensione del corpo, ma non solo”. Progetti che nascono, sia in un’ottica laica che religiosa, che rimettono al centro la persona e i suoi diritti di salute.

Forse occorre una riflessione più matura del lavoro di cura, non più inteso come dimensione di un femminile-materno che si fa carico dei più deboli, ma come un nuovo modo di pensare le democrazie nelle quali si è giunti alla consapevolezza della dipendenza reciproca, poiché la salute come bene comune richiede la coscienza dell'interconnessione tra diritti e persone. Già Gilligan aveva parlato di un concetto di cura responsabile come prospettiva di giustizia, contro la fallacità dell'interesse individuale. Nella sua "etica realistica" l'autrice tiene conto di una declinazione intersoggettiva (e non individuale) dell'autonomia, ponendo il valore dell'interdipendenza come fondamento della convivenza, tra soggetti liberi ma responsabili [Gilligan 1987].

Nel contrapporre un'idea liberistica e individualistica della libertà, a favore di quella della interdipendenza come fattore di libertà, bisogna attingere alle categorie della dipendenza e della disabilità, spesso declinate dalle teorie del genere. Se lo spazio privato, come si rende evidente, diventa spazio politico, va ripensata una riflessione che includa la categoria della dipendenza.

La condizione di malattia, di povertà, di disabilità, può cogliere ogni individuo nel corso della sua vita, il che costringe a leggere la vita umana sempre legata alla condizione della vulnerabilità e dunque a rimettere in discussione il concetto di autonomia, come la relazione tra bisogno e cura: tale concezione dovrebbe improntare le politiche pubbliche [Nussbaum 2007]. Nussbaum sottolinea più volte la questione delle "capacità combinate", come possibilità acquisita in società giuste, che sorreggono l'individuo nei suoi percorsi di *empowerment*; una concezione della capacità come declinazione dei diritti umani. Non è casuale che sia il pensiero teorico femminista quello che riflette su queste tematiche, dato che sono generalmente le donne a cui viene chiesto di "prenderci cura", anche nelle professioni d'aiuto.

Ogni società reale è una società in cui si dispensano cure e si ricevono cure; per questo essa deve scoprire le modalità con cui dare risposta a quelle condizioni umane di bisogno e di dipendenza in forme che siano compatibili con il rispetto di sé da parte di chi ne è beneficiario e con l'assenza di sfruttamento per chi le dispensa. Per il femminismo questo è un problema cruciale poiché, in ogni parte del mondo, di solito senza remunerazione e spesso senza che venga riconosciuto che si tratta di lavoro vero e proprio. Per questa ragione esse sono gravemente ostacolate in altre funzioni della vita [Nussbaum 2002, 109-110].

Joan Tronto spinge ancora più in là questa riflessione, con una ridefinizione critica del concetto di cura. La Tronto ricorda come nelle nostre società il lavoro di cura venga svalutato e, contemporaneamente, vengono svalutate le professioni di cura e le persone che se ne occupano. Per questo è necessario reinterpretare la cura come idea politica, riportandola nella sfera pubblica: infatti parla di *Caring Democracy*, nell'accezione di una democrazia "amorevole", che si prende cura dei cittadini. Sottolinea cinque fasi della cura: *caring about*, il riconoscimento del bisogno, *taking care of*, l'assunzione

di responsabilità rispetto al bisogno, *care-giving*, il prendersi cura con atti concreti, *care-receiving*, fase della verifica per capire se il bisogno sia stato soddisfatto nel modo migliore, *caring with*, che serve a verificare se i bisogni soddisfatti sono in armonia con la giustizia sociale e la democrazia [Tronto 2006, 118]. Bisogna perciò riformulare la relazione tra bisogni e autonomia, ridefinire il confine tra bisogni e interessi, tra sfera pubblica e privata, facendo della cura una questione centrale della cittadinanza democratica. Una ridefinizione della cura diventa perciò una riflessione sulla giustizia e sui diritti [Lauretoni 2014, 55-56; cfr. Tronto 2006].

Ciò di cui abbiamo bisogno è un mutamento di indirizzo, che, emancipando la cura dal confinamento nello spazio privato, la ponga in relazione con la riflessione sulla giustizia. Non si tratta di un passaggio indolore [...] perché occorre far guadagnare una valenza politica a elementi considerati a lungo impolitici [...] Così intesa, la marginalità smette di essere unicamente la dimensione del negativo e si trasforma in potenziale luogo di resistenza e di radicale possibilità [Da questa prospettiva si può] progettare, inventare e immaginare mondi alternativi, praticando una resistenza che sola può renderci libere e liberi [Lauretoni 2014, 56, 26].

Una società impegnata nell'assicurare standard di giustizia per tutti non può evitare di prendere in considerazione le forme di disuguaglianza, le ineguali forme di opportunità, le forme di violenza, le negazioni di tutela per i più deboli [Moller Okin 1989; cfr. Oliver, 1996]¹⁴.

Questo cambiamento di prospettiva, a cui concorrono più autrici [Nussbaum 2002, Tronto 2006, Moller Okin 1989] contribuisce a ridefinire una teoria della giustizia sociale che comprenda il superamento delle disuguaglianze, sia sul piano delle differenze gerarchiche basate sul genere, sia di quelle di colore o religiose, sia delle diverse forme di disabilità, per una etica della cura che abbia una valenza politica. Prendersi cura dell'altro è una forma di relazione sociale, potente e delicata, che si fonda sul riconoscimento della vulnerabilità e della dipendenza come intrinseche all'esistenza umana, fatta di fragilità e sofferenza. La relazione di cura si instaura tra soggetti che non hanno la stessa autonomia né lo stesso potere: condizione esistenziale differente, tra chi è in condizione di dipendenza e chi dispensa le cure. La relazione di cura ha bisogno di aspetti, come la comunicazione, l'ascolto attivo, empatia e contatto fisico, di politiche sociali attive [Casella Paltrinieri 2011; Cozzi 2012; Tarabusi 2010, Onnis 2013].

¹⁴ I *Disability Studies* affermano che la disabilità è una forma di oppressione sociale, nella quale sono collocate le minoranze con forme di disagio. Gli autori come Oliver sottolineano la distinzione tra condizione biologica (*impairment*) e la disabilità intesa come condizione sociale (*disability*) [Oliver 1996]. Per questo alcuni autori pongono al centro la rimozione delle cause dell'esclusione sociale come obiettivo politico. Purtroppo, si crea uno iato tra un sistema normativo che garantisce dei diritti, e le reali pratiche d'inclusione sociale. Dunque, è difficile ancora garantire una qualità del diritto [Onnis, 2013, 123].

Per questo il prendersi cura deve uscire da una dimensione pre-politica, come un argomento che riguardi solo alcune categorie di persone e di professioni. Il riconoscimento della dipendenza non lede la nostra autonomia, ma ci rende consapevoli dell'interconnessione umana e del valore della cura come dimensione politica e non solo privata. Se la salute è un bene comune, anche le soluzioni non possono essere individuali e soggettive, ma comunitarie e definite da un concetto di reciprocità. Per questo è necessario che la sanità pubblica torni a porsi come prioritaria, potenziando la soggettività sociale e la partecipazione, togliendola da una gestione aziendalistica. Seppilli ricorda che la salute come bene comune va “costruita insieme” [2010, 379].

Si tratta di un compito complesso che comporta la progettazione di un nuovo, più avanzato ed efficace modello di sistema sanitario – centrato sulla prevenzione e sul territorio – e la costruzione delle relative strutture organizzative e politiche, nuovi equilibri tra le sue diverse componenti e tra il momento delle valutazioni tecniche e quello delle decisioni operative, la sua radicazione nel tessuto delle comunità locali e dei relativi strumenti di informazione e controllo democratico, la individuazione delle necessarie risorse umane e finanziarie e della loro più efficace allocazione. Nonché la messa a punto di adeguati modelli giuridici e di coerenti procedure politico-gestionali. E, certo, progressive e attente sperimentazioni [Seppilli 2010, 380].

Perché un bene comune non sia lasciato al libero consumo di una comunità, è necessario che la società si dia delle regole sul suo uso, che ci siano delle norme che ne prevedano l'utilizzo e infine che ci siano forme di sanzioni, «da parte di un'autorità, al fine di evitare o di riparare la violazione delle regole» [Seppilli 2012, 118]. Così le restrizioni personali a cui siamo sottoposti sono “stati di eccezione” [Agamben, 2003], che non devono essere viste come privazioni delle libertà, ma come stimolo a nuove forme di cittadinanza attiva e di responsabilità collettiva.

Il welfare di comunità può ritrovare nuova linfa in una co-progettazione che coinvolga i diversi attori sul territorio, superando le pratiche che hanno mostrato criticità, perché diventino «forza generativa del welfare, fattore protettore delle vite» [Camarlinghi, D'Agella, Floris 2020, 8]. La pandemia può essere vista come l'occasione per modificare stili di vita, ridefinire libertà e dipendenza, bisogni e autonomie. Non sembra un compito facile, ma è una sfida a cui siamo tutti chiamati a contribuire.

Il mondo sta male e per questo motivo, una parte di noi non guarirà mai [...] perché sentiremo sempre, nelle parole di chi ha vissuto questi mesi, il dolore di chi è morto, disperatamente e in solitudine [...] Credo che ognuno di noi debba provare ad amare questo mondo prendendosene cura, rispettando gli altri e il futuro della nostra terra. Per fare in modo che tutto l'impegno di coloro che hanno lottato per salvare le nostre vite, non venga sprecato [CNOAS- FNAS, *Le storie...nei giorni del Covid 2020*, 80].

6. Riferimenti bibliografici

- Agamben G. 2003, *Stato di eccezione*, Milano: Bollati Boringhieri.
- Aime M., Favole A., Remotti F., 2020, *Il mondo che avrete. Virus, antropocene, rivoluzione*, Torino: Utet.
- Alon T. M., Doepke M., Olmstead-Rumsey J., Tertilt M. 2020, *The impact of Covid-19 on gender equality*, in «NBER Working Papers Series», No. w26947.
- Benadusi M. 2015 (a cura di), *Antropologia dei disastri*, «Antropologia pubblica», 1 (1/2).
- Bonomi A. 2012, *Il difficile sincretismo tra comunità di cura e comunità operosa*, Bentivoglio: Asmepea.
- Caillé A., 2008, *Note sul paradigma del dono*, in Grasselli P. Montesi C. (eds.), *L'interpretazione dello spirito del dono*, Milano: Franco Angeli, 21-39.
- Camarlinghi R.- D'Angella F.- Floris F. 2000, *Per una costituente del lavoro sociale ed educativo. Ritornare nei territori*, «Animazione sociale», (338): 2-13.
- Capua I. 2019, *Salute circolare. Una rivoluzione necessaria*, Milano: Egea.
- Carlone U. 2015, *Per il welfare. Materiali e contributi sulle politiche sociali*, Perugia: Morlacchi.
- Casarico A.-Lattanzio S. 2020a, *La demografia del lockdown*, «Lavoce.info», 7-4-2020.
- 2020b, *Nella "fase 2" a casa giovani e donne*, «Lavoce.info», 28-4-2020.
- Casella Paltrinieri A. 2011, *Prendersi cura. Antropologia culturale per le professioni sanitarie*, Firenze: Edit.
- Cecchetti P.-Cenci P. 2021, *La relazione di aiuto e il lavoro sociale al tempo della pandemia Covid 19*, in Randazzo F. (ed.), *Andrà tutto bene?*, vol. III, Tricase: Libellula.
- Ciccozzi A. 2013, *Parole di scienza. Il terremoto dell'Aquila e la Commissione Grandi Rischi: un'analisi antropologica*, Roma: Derive Approdi.
- CNOAS-FNAS, 2020, *Le storie...nei giorni del Covid 19. Marzo-giugno 2020: voci di assistenti sociali*, www.cnoas.org.
- Colajanni A. 2014, *Ricerca "pura" e ricerca "applicata". Antropologia teorica e antropologia applicativa a un decennio dall'inizio del terzo millennio*, «DADA. Rivista di Antropologia post-gobale», speciale (2): 25-40.
- Cozzi D. 2012 (ed.), *Le parole dell'antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia: Morlacchi.

Di Rosa R.T. (ed) 2012, *Il servizio sociale nell'emergenza. Esperienza e prospettiva dall'Abruzzo all'Emilia*, Roma: Aracne.

Di Santo P.- Piva P. 2009, *Verso una sanità aperta al sociale?*, «Animazione sociale», XXXIX, (2): 26-40.

Douglas M. 1985, *Risk acceptability according to the social Sciences*, London: Routledge.

Giacalone F. 2019 (ed.), *Il territorio oltre i luoghi di cura. Innovazione sociale e continuità nei servizi rivolti alla salute mentale*, Perugia: Morlacchi.

---2020, *La pandemia del Covid 19 tra scienza e religione: un approccio antropologico*, in Randazzo F.- Medici L. (eds.), *Andrà tutto bene?*, Tricase: Libellula, 97-116.

Giordano P. 2020, *Nel contagio*, Torino: Einaudi.

Gilligan C. 1982, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge: Harvard University Press, (tr. it.,1987).

Iori V. 2007, *Le emozioni non sono un'interferenza. Come difendersi da un'intelligenza del cuore nel lavoro di cura*, «Animazione sociale», anno XXXVII, (215): 10-18.

Ligi G. 2009, *Antropologia dei disastri*, Bari: Laterza.

Loretoni A. 2014, *Ampliare lo sguardo. Genere e teoria politica*, Roma: Donzelli.

Marcus, G.E. 2010, *Experts, Reporters, Witnesses: The Making of Anthropologists in States of Emergency*, in Pandolfi M.-Fassin D. (eds), *Contemporary States of Emergency: The Politics of Military and Humanitarian Interventions*, New York: Zone Books: 357-378.

Moller Okin S. 1989, *Justice, Gender, and the Family*, New York: Basic Book (tr.it. *Le donne e la giustizia*, 1999).

Mirri A. 2020, *Emergenza coronavirus e lavoro di servizio sociale d'urgenza*, welforum, 22maggio.

Monds-Watson A.2011, *Defining key concepts: aggression, ambivalence and resistance*, in Taylor B (ed.), *Working with Aggression and Resistance in Social Work*, Exter: Learning Matters, 1-13.

Nussbaum M. 2002, *Giustizia sociale e dignità umana*, Bologna: Il Mulino (tit. or. *Disabled Lives: Who Cares?*, «The New York Review of Books», 48, (1), 2001.

---2006, *Frontiers of Justice, Disability, Nationality, Species Membership*, Cambridge: Harvard University Press.

Oliver M. 1996, *Understanding Disability: from Theory to Practice*, Basingstoke: Palgrave.

Oliver-Smith A., Hoffman S.M. (eds) 1999, *The Angry Earth: Disaster in Anthropological Perspective*, New York: Routledge.

Olivetti Manoukian F. 2005, *Reimmaginare il lavoro sociale: appigli per una nuova progettualità*, supplemento a «Animazione Sociale», (1), Torino: Gruppo Abele.

Onnis S. 2013, *Il dis-positivo. Dal diritto vigente alla nuda vita delle persone con disabilità intellettiva*, «Italian Journal of Disability Studies», I, (1): 109-132.

Pasquinelli S. 2021, *Ma la salute di territorio è anche "sociale"*, welforum, 18 gennaio.

Raffaetà R. 2020, *Una prospettiva antropologica sui virus*, Aspenia Online. <https://aspeniaonline.it/unaprospettiva-antropologica-sui-virus>

Raineri M.L. 2004, *Il metodo di rete in pratica: studi di caso nel servizio sociale*, Trento: Erikson.

Seppilli T. 2010, *Salute e sanità come beni comuni. Per un nuovo sistema sanitario*, «Educazione Sanitaria e Promozione Sociale», 33, (44): 369-381.

---2012, *Sulla questione dei beni comuni: un contributo antropologico per la costruzione di una strategia politica*, in Marella M.R. (ed.), *Oltre il pubblico e il privato. Per un diritto dei beni comuni*, Roma: Ombre Corte, 110-125.

Tarabusi F. 2010, *Dentro le politiche. Servizi, progetti, operatori: sguardi antropologici*, Firenze: Guaraldi Universitaria.

Tronto J.C. 1993, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York: Routledge, (tr. it., *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura*, 2006).

---2013, *Caring Democracy, Markets, Equality and Justice*, New York: New York University Press.

Zanfi C. 2020, *Cambiamo casa per coniugare femminismo ed ecologia*, «Domani», 25 settembre.