

WOL

welfare on line

Webzine dell'Associazione Nuovo Welfare
Anno VII, Numero Speciale, febbraio-marzo 2011

www.nuovowelfare.it
info@nuovowelfare.it



Questo numero speciale di WOL è dedicato alla presentazione degli ultimi e più significativi lavori realizzati dall'Associazione Nuovo Welfare e/o dai suoi collaboratori. Per maggiori informazioni e per scaricare tali ricerche è possibile consultare il sito internet dell'Associazione oppure scrivere a info@nuovowelfare.it

In questo numero:

"L'Italia della convivenza" – pag. 2

"Il Bollino sociosanitario delle Regioni" – pag. 5

"Il percorso lavorativo delle donne con disabilità nella Regione Lazio" – pag. 12

Le nostre rubriche:

"LibrInMente" a cura di *Silvia Spatari* – pag. 12

"Cineforum" a cura di *Matteo Domenico Recine* – pag. 15

L'Italia della convivenza

Molto spesso i migranti prima di essere discriminati nei fatti lo sono nel linguaggio che si usa per descriverli ed etichettarli: *immigrati, extracomunitari, disperati, clandestini, irregolari, badanti*. Si parla di *devianza degli immigrati*, di *questioni di ordine pubblico*, di *emergenza stranieri*, dell'*esasperazione degli onesti cittadini italiani*, del *carico di disperati*, dell'*invasione dei profughi*. Parole ed espressioni, queste, che veicolano la rappresentazione dei migranti come un problema, da risolvere con soluzioni di controllo, repressione, espulsione.

Eppure, lo spostamento di persone da una parte all'altra del mondo non è una novità dal punto di vista geopolitico, poiché la spinta alla mobilità è una caratteristica dell'uomo precedente anche alla scoperta del "Nuovo Mondo", che ha visto la nascita delle prime grandi migrazioni transoceaniche costituite da circa 2 o 3 milioni di europei e da circa 7,5 milioni di africani deportati come schiavi. Ma la mobilità non è soltanto una caratteristica dell'essere umano, è anche un diritto, riconosciuto dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo del 1948, allorché all'articolo 13 afferma che ogni uomo ha diritto di lasciare il proprio Paese.

Non si nega che le migrazioni possano creare conflitto, *"ma il conflitto, se non degenera in violenza, è sempre un'opportunità"* (Bobbio A., Famiglia Cristiana, 11 maggio 2003).

La nostra società e la cultura dominante, spesso, tendono a creare barriere contro l'altro, che viene percepito come "diverso", e quindi come una minaccia. Barriere che vengono alimentate dal linguaggio, come veicolo di concetti e immagini che contribuiscono a definire approcci e visioni.

Il termine *immigrato*, per esempio, di per sé non possiede una valenza negativa o positiva, tuttavia troppo spesso è associato a chi è *fuori* dal proprio gruppo (*outsider*) e vuole (con la forza, l'inganno, il vittimismo) *entrare*: colui che vuole accedere alla *nostra* terra, minaccia la *nostra* società, i *nostri* valori, il *nostro* benessere, le *nostre* città, le *nostre* case, i *nostri* figli e le *nostre* figlie. Prendendo in prestito le parole di Kafka, la persona migrante *"non è del Castello, lei non è del paese, lei non è nulla. Eppure anche lei è qualcosa, sventuratamente, è un forestiero, uno che è sempre di troppo, è sempre fra i piedi, uno che vi procura un mucchio di grattacapi, che vi costringe a sloggiare le fantesche, che non si sa quali intenzioni abbia"*.

Nasce così e si rinforza la sindrome dell'assedio, sottolineata dall'uso di parole come sbarchi, emergenza, invasione, esodo, disperati. Noi siamo la società ospitante, e quindi loro gli ospiti, che prima o poi se ne andranno; noi siamo gli albergatori e loro i nostri visitatori.

Inoltre, il termine immigrato non tiene conto della dimensione d'insieme del fenomeno migratorio, non considera i Paesi di partenza, di transito e di arrivo, non riconosce ai migranti il loro ruolo transnazionale nell'organizzazione dei legami geopolitici tra i Paesi coinvolti nei flussi migratori. Siamo tutti migranti tra migranti: in qualsiasi momento possiamo essere noi stessi emigrati, oriundi, stranieri, regolari, irregolari, clandestini, nativi. Il mondo è tutto in movimento, in cammino, disperso e riunito. Prevale invece un'*ideologia dell'invasione*, che ingrandendo i numeri crea allarme sociale o minimizzandoli non accoglie il senso di insicurezza delle persone, che non conoscendo l'altro attivano, naturalmente, processi di categorizzazione e stereotipizzazione spesso negativi.

Clandestino significa criminale, non in regola; un individuo invisibile per le leggi, ma *reale* nel territorio, che può, anzi deve, essere espulso, cacciato, escluso; una "non persona" sospesa, in attesa di un decreto flussi, di una regolarizzazione da parte del datore di lavoro. Il migrante diviene così un *problema*, e nello specifico un problema di sicurezza, legato a tutte le dimensioni



del vivere quotidiano. Il senso comune "vede lo spaccio al dettaglio, ma non le organizzazioni che lo alimentano; protesta contro i viados o le prostitute straniere, ma non vede i clienti, gli affittacamere o gli albergatori compiacenti; si accanisce contro ambulanti e lavavetri, ma, salvo eccezioni, non è capace di vedere il lavoro nero degli stranieri, oppure, se lo vede, non vede quello degli italiani" (Dal Lago A., 1999, Non persone. L'esclusione dei migranti in una società globale).

Il significato della ricerca realizzata dall'Associazione Nuovo Welfare, che qui presentiamo, è stato quello di adottare la "metodologia del dubbio" (Tentori T., 1989, Il rischio della certezza) e di mostrare, attraverso lo strumento narrativo, che è possibile guardare in un altro modo al fenomeno migratorio, portando all'attenzione buone prassi, quotidiane, comuni, spesso sconosciute, di inclusione e di crescita della collettività.

L'**obiettivo** del lavoro, commissionato dal Forum Immigrazione del Partito Democratico, è stato il racconto di una "Italia della convivenza", attraverso l'individuazione di buone prassi, esistenti sul territorio nazionale, di inclusione sociale delle persone straniere migrate nel nostro Paese. L'indagine ha avuto, quindi, come **oggetto** politiche, piani, servizi, interventi, progetti di inclusione sociale delle persone straniere, realizzati nel nostro Paese da soggetti pubblici, privati e/o del terzo settore, che si potessero configurare come buone prassi sulla base di una serie di indicatori di valutazione elaborati dal gruppo di ricerca.

Nell'elaborazione linguistico-concettuale, l'inclusione rappresenta, oggi, la fase più evoluta del modo di *stare dentro* di un cittadino nella vita di una comunità, sia essa di origine o di arrivo. Nonostante nel linguaggio comune spesso vengano utilizzati in maniera interscambiabile i termini di inserimento, integrazione e inclusione, al contrario essi identificano realtà ben diverse tra loro. Se nel passato ha prevalso il concetto, essenzialmente unilaterale, di inserimento come adattamento del migrante alla società di arrivo, oggi prevale un concetto bilaterale di inclusione, che si fonda sull'interazione tra migranti e autoctoni, attraverso lo scambio socio-culturale, e sulla partecipazione del cittadino straniero alla vita della comunità.

La modalità di stare dentro la società si può, quindi, identificare come un *continuum* ai cui estremi troviamo, da una parte, la segregazione (esclusione) e, dall'altra, la piena e attiva partecipazione (inclusione). Da questo punto di vista, l'inclusione è un risultato, ma è anche un processo, che si realizza nel tempo ed è multidimensionale, ossia riguarda tutte le dimensioni della vita di una persona (politica, economica, sociale, culturale, civile). Ciascuna di queste dimensioni rappresenta un grado diverso di inclusione. Si può raggiungere un'elevata inclusione nel tessuto economico-produttivo e una scarsa o assente inclusione sociale o politica. Solo quando ogni singola dimensione risulta ben rappresentata nella vita delle persone si può parlare di *reale inclusione* e piena partecipazione alla vita della comunità, altrimenti si fa riferimento a "gradi di inclusione".

Spesso le riflessioni sulle migrazioni si focalizzano sulle situazioni di emergenza o marginalità, trascurando la sempre più diffusa *vita ordinaria* di chi sperimenta quotidianamente l'integrazione, nella scuola, nel lavoro, nelle relazioni sociali, e necessita del sostegno di politiche, sistemi e servizi, ma anche di approcci culturali e comunicativi, che siano in grado di garantire il passaggio all'inclusione.

Lo studio ha raccolto **42 buone prassi** tra quelle esistenti sul territorio nazionale aventi come filo conduttore l'obiettivo dell'inclusione dei migranti stranieri nella nostra società. Non sono state trascurate nell'indagine situazioni di conflittualità e/o di estrema marginalità. Ma l'intento è stato quello di individuare politiche, piani, servizi, interventi, progetti, sia pubblici che privati *profit* o *non profit*, in grado di rispondere alla conflittualità producendo una crescita e un arricchimento della comunità locale in un'ottica multiculturale e di sviluppo, o di intervenire nei confronti dello sfruttamento, sessuale e/o lavorativo, dei migranti a opera della criminalità organizzata per restituire dignità e rispetto dei diritti umani alle vittime e favorire percorsi che non si arrestassero alla protezione ma tendessero all'inclusione.

L'espressione *multiculturalismo* non è stata utilizzata per indicare la semplice coesistenza di culture diverse, giustapposte ma non dialoganti. Al contrario è stata intesa come il risultato della costruzione di una società plurale, fondata sul rispetto delle differenze, ma soprattutto sulla condivisione delle regole attraverso la partecipazione attiva di tutte le sue componenti.

Le pratiche complessivamente raccolte sono così distribuite territorialmente: 15 al Nord, 10 al

Centro, 14 al Sud e 3 trasversali che riguardano tutta l'Italia.

L'**approccio** adottato nello studio non considera il migrante come un *oggetto esterno* da inserire, né come un individuo marginale da sostenere, ma al contrario come un *soggetto attivo*, una persona capace di costruire reciprocità, relazioni paritarie e sviluppo per la comunità, se messo nelle condizioni di attivare le sue risorse e potenzialità interagendo con un contesto inclusivo.

Nell'individuazione delle buone prassi sono state, quindi, selezionate quelle politiche, piani, servizi, interventi, progetti che mettessero i migranti nella condizione di *poter fare*, costruendo in prima persona non solo il proprio progetto di vita, ma partecipando anche allo sviluppo della comunità locale. Contributo, quest'ultimo, che non si misura solamente come apporto al Prodotto Interno Lordo, ma soprattutto in termini di miglioramento della qualità della vita e del benessere di una collettività, nel rispetto delle differenze e dei diritti umani di ognuno.

A tale scopo, le pratiche raccolte in questo studio si collocano al di fuori di una logica meramente assistenzialistica, ma operano per favorire l'*empowerment*¹ dei migranti, ossia la consapevolezza e la forza per costruire e sviluppare in maniera autonoma il proprio cammino e per assumere e agire un ruolo attivo nel contesto territoriale. Tuttavia, così come esiste un *empowerment individuale*, della persona, esiste anche un *empowerment collettivo*, della comunità. Dunque, da un lato, sono state selezionate pratiche in grado di favorire l'*empowerment* del singolo migrante affinché possa costruire il proprio futuro. E dall'altro sono state individuate quelle pratiche capaci di far crescere il contesto intorno alle persone, diffondendo la cultura delle differenze, migliorando il sistema dei servizi, garantendo il rispetto e l'esercizio dei diritti, al fine di produrre inclusione e benefici reciproci, sia per il singolo, autoctono o migrante, sia per la collettività.

Il primo percorso di *empowerment* è psicologico; il secondo è politico. Il primo è personale, e ha a che fare con la capacità di prendere in mano la propria vita, di scegliere, di esprimersi, di essere sé stessi. Il secondo è sociale, e riguarda gli strumenti forniti dal mondo esterno, che non sono solo mezzi tecnici, ma soprattutto scelte politiche per la costruzione di una società capace di pensare all'altro e di includere tutti, nonostante le differenze, anzi considerandole una ricchezza.

Il **metodo** adottato nell'indagine è di tipo qualitativo e consiste nello studio di casi. Il *case study* è stato utilizzato in questa ricerca per favorire l'esplorazione di casi particolarmente significativi, ma poco conosciuti e indagati; per rendere familiare ciò che non lo era e più comprensibile ciò che si conosce, individuando elementi comuni di descrizione e di confronto; per costruire un linguaggio comune; per diffondere i risultati e gli impatti di politiche, piani, servizi, interventi, progetti realizzati nel nostro Paese; per individuarne le ragioni del successo e gli elementi di criticità; per rappresentare la realtà sotto forma di narrazione.

L'analisi ha perseguito una duplice **finalità**: esaminare nel dettaglio soluzioni e potenzialità delle esperienze territoriali di inclusione dei migranti a partire da alcuni casi di successo e favorire la circolazione di idee, approcci, strumenti capaci di sostenere lo sviluppo di iniziative innovative in tutto il territorio italiano.

Per la selezione dei casi di studio, e quindi delle buone pratiche da analizzare e raccontare, è stata definita preliminarmente una **griglia di indicatori** che potesse guidare nel processo di selezione, raccolta e narrazione delle buone prassi esistenti sul territorio nazionale.

L'unità di analisi della ricerca è rappresentata dal caso, ossia dalla buona pratica, valutata tale sulla base dei criteri individuati. Ogni pratica prevede una o più azioni integrate tra loro e tende all'inclusione dei migranti nella comunità.

Nel corso dell'indagine, l'attenzione è stata concentrata sulle esperienze più innovative, dal punto di vista dell'approccio adottato, della metodologia e/o degli strumenti utilizzati, delle finalità perseguite, dell'organizzazione e/o delle tecnologie implementate.

Una delle prime riflessioni, nello studio dei casi, ha riguardo il "perché" della pratica, ossia le motivazioni che hanno spinto alla sua realizzazione, compresa la capacità di incidere su situazioni pregresse di conflittualità sociale, discriminazione, violenza ed esclusione. Si è, dunque, analizzata l'appropriatezza della pratica studiata rispetto al contesto di riferimento e sono stati evidenziati i benefici ottenuti dai singoli e dalla collettività. Uno dei criteri di valutazione adottato è stato, infatti, quello della reciprocità; e in questa direzione sono state escluse quelle azioni rivolte uni-

¹ Il concetto di *empowerment* sta a indicare un processo che, dal punto di vista di chi lo esperisce, significa "acquisire potere" nel senso di "sentirsi in grado di fare".

camente ai migranti che non portassero all'inclusione sociale e quindi a benefici per l'intera comunità.

Ulteriori elementi di valutazione delle pratiche sono stati quello della partecipazione attiva del singolo migrante e quello del coinvolgimento della comunità locale. Non sono state, quindi, selezionate pratiche di tipo puramente assistenzialistico, che pure in alcuni casi si rivelano indispensabili nelle politiche di prima accoglienza, a vantaggio di esperienze che fossero in grado di incoraggiare processi di *empowerment* del singolo e della collettività. Inoltre, se è vero che sono state prese in considerazione, senza alcuna distinzione, le esperienze ideate e realizzate sia da enti pubblici che da soggetti privati, *profit* o *non profit*, è anche vero che sono state privilegiate quelle pratiche capaci di fare rete, di favorire l'integrazione tra le istituzioni e i soggetti attivi nella società civile e di promuovere la partecipazione dei singoli membri della comunità locale.

L'inclusione, che non è né inserimento né integrazione, ha rappresentato il criterio principe di valutazione delle pratiche, che sono entrate nell'analisi solo nella misura in cui le loro azioni tendessero appunto all'inclusione e fosse possibile riconoscerne il conseguimento.

Sono poi stati utilizzati i criteri di sostenibilità e continuità delle pratiche: sono state considerate solamente le esperienze ancora attive nel 2010 e avviate da almeno un anno.

Infine, si è prestata attenzione alla replicabilità delle diverse prassi locali in altri contesti territoriali, al fine di delineare possibili indirizzi futuri.

 **Associazione Nuovo Welfare***

* L'indagine è stata diretta da Daniela Bucci e realizzata da Vanessa Compagno, con la collaborazione di Marica Regnicoli e Silvia Spatari.

Le buone prassi raccolte possono essere consultate e scaricare sul sito dell'Associazione Nuovo Welfare, chi volesse invece acquistare il libro "L'Italia della convivenza", con la possibilità di stampare copie personalizzate, può contattare: Artea Studio (info@arteastudio.it - 06.83961104 www.arteastudio.it)

Il Bollino sociosanitario delle Regioni

Il Bollino sociosanitario delle Regioni italiane rappresenta una variante del Bollino Blu del Welfare (ideato nel 2006 dall'Associazione Nuovo Welfare e i cui risultati sono consultabili nel sito dell'Associazione). Esso è stato realizzato per conto dell'Assilt - *Associazione per l'assistenza sanitaria integrativa ai lavoratori delle aziende del Gruppo Telecom Italia*. E consiste in un'analisi tesa a rappresentare, per quanto possibile sulla base dei dati ufficiali esistenti, la struttura dell'offerta sociosanitaria del nostro Paese.

Prima di passare all'analisi dei risultati è opportuno segnalare alcune avvertenze di lettura.

La prima è che la ricerca, pur avendo come un'unità di analisi il territorio regionale, non analizza unicamente materie di competenza esclusiva dell'ente Regione, ma prende in considerazione anche indicatori riferibili all'azione di altri livelli istituzionali (enti locali).

La seconda è che i risultati dell'indagine sono presentati sotto forma di classifica, ottenuta dalla comparazione di indicatori territoriali. Per ogni singola area in esame è stata individuata la Regione *best performer* (a cui è stato attribuito un valore pari a 100) in grado di esprimere un primato nella capacità di offerta, ed è stata misurata la distanza delle altre Regioni rispetto alla miglior pratica esistente.

La terza avvertenza è che quella rappresentata non vuole essere una classifica dei buoni e dei cattivi, quanto piuttosto un "inventario" dell'offerta: dei servizi, degli strumenti e delle strutture che ogni singola Regione è in grado, attualmente, di fornire nel campo delle politiche sociali e della salute. Al contempo essa si configurandosi quindi come una mappa delle esigenze e degli interventi auspicabili per accorciare le distanze territoriali e dotare il Paese delle infrastrutture

sociali e sanitarie necessarie a garantire adeguati standard di qualità in materia di welfare.

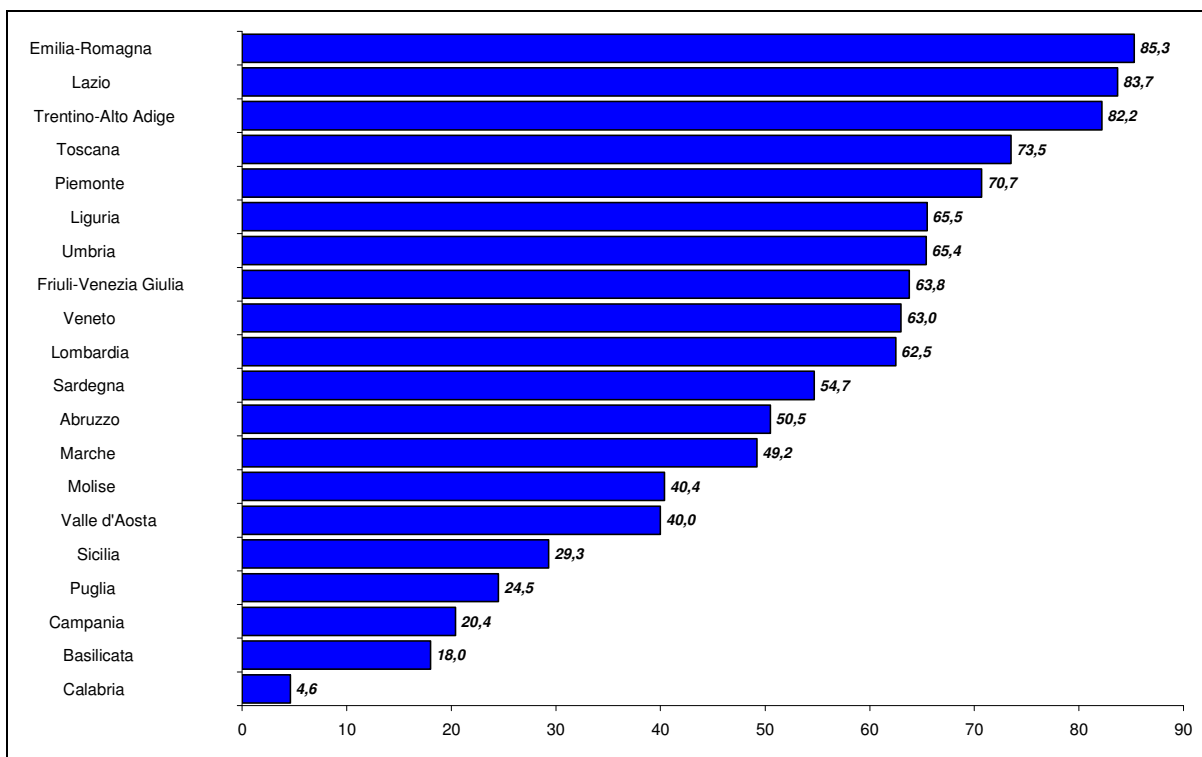
Per aumentare il benessere sociale, soddisfare i bisogni della comunità e proteggere gli individui dall'insorgere dei rischi non basta, infatti, fornire solamente incrementi di reddito marginali, trascurando o riducendo i servizi, ma occorre evitare il *trade-off* tra gli uni e gli altri, favorendo, al contrario, politiche di integrazione tra i trasferimenti monetari e i trasferimenti in natura.

In questa direzione, il Bollino sociosanitario rappresenta uno strumento per misurare l'offerta regionale che non tiene conto, nella sua elaborazione, degli interventi monetari, né utilizza indicatori di spesa, ma compie lo sforzo di valutare le strutture e i servizi sociali e sanitari in base al loro impatto sulla comunità. Ciò, necessariamente, sconta la disponibilità, attualmente ridotta, di statistiche e studi in grado di cogliere il tema della qualità della vita e di analizzare l'offerta non in base ai costi sostenuti, ma al benessere dei cittadini.

Il tentativo che è stato operato con il Bollino sociosanitario è stato, pertanto, quello di utilizzare i dati attualmente disponibili, cercando di *stressarli* quanto più possibile, al fine di concentrare l'attenzione su aspetti che potessero, in qualche modo, misurare la ricaduta degli interventi sui cittadini. Aspetti legati alla quantità dei servizi e delle strutture, alla copertura territoriale che essi garantiscono, alla loro capacità di prendere in carico i bisogni della popolazione; ben sapendo che tutto questo non è di per sé sufficiente a colmare il gap informativo in tema di valutazione delle politiche pubbliche. In altre parole, c'è bisogno di capire se ciò che si fa è efficace e in che misura. Ma per farlo è indispensabile investire in un sistema di valutazione che si concentri sugli aspetti legati alla qualità dei servizi e degli interventi offerti, all'appropriatezza delle scelte, all'efficacia delle politiche adottate e al loro impatto sulla qualità della vita dei destinatari, e più in generale sul benessere della comunità locale.

L'Emilia Romagna si aggiudica il Bollino socio-sanitario, con 85,3 punti (cfr. figura 1). Al secondo posto si attesta il Lazio, con 83,7 punti, seguono il Trentino Alto Adige con 82,2 punti e la Toscana con 73,5 punti. La parte centrale della classifica è occupata da: Umbria (65,4), Friuli Venezia Giulia (63,8), Veneto (63,0) e Lombardia (62,5). Le ultime posizioni sono invece appannaggio di Puglia (24,5), Campania (20,4), Basilicata (18,0) e Calabria, che chiude la graduatoria con appena 4,6 punti, evidenziando un forte ritardo delle Regioni meridionali.

Figura 1: Bollino socio-sanitario



Incrociando la lettura della classifica finale sociosanitaria con quelle dei singoli settori analizzati

(il sociale e la sanità) è possibile delineare un modello di riferimento regionale. Dal confronto dei risultati ottenuti in ogni singola area, da cui deriva la posizione assunta nella classifica finale, possiamo infatti affermare che, se una Regione presenta valori simili sia nel campo sociale che in quello sanitario, incarna un modello orientato all'integrazione sociosanitaria. Se vede prevalere l'area della sanità su quella delle politiche sociali, è orientata a un modello prevalentemente medico. Mentre, se è il settore sociale a prevalere su quello della salute, possiamo parlare di un modello prevalentemente orientato all'inclusione.

Osservando comparativamente i dati risultanti dall'indagine (figura 1 e figure 2 e 3), sia in merito alle posizioni in classifica che al punteggio ottenuto in ogni singola area, possiamo tentare di modellizzare il comportamento delle Regioni. Soffermandoci sulle prime tre classificate nel Bolli-no sociosanitario: Emilia Romagna, Lazio e Trentino Alto Adige, possiamo notare andamenti opposti tra loro. Mentre l'Emilia Romagna appare orientata a un modello integrato: è, infatti, seconda in sanità e terza in assistenza sociale con una differenza di punteggio minima (rispettivamente 62,3 e 59,1 punti), il Lazio e il Trentino Alto Adige vedono prevalere un settore sull'altro. In particolare, il Lazio appare orientato a un modello prevalentemente medico (è primo in sanità con ben 70,8 punti e solo ottavo nelle politiche sociali con 47,7 punti), mentre il Trentino Alto Adige, al contrario, sembra adottare un modello prevalentemente inclusivo (è primo nel sociale con 63,6 punti e quarto in sanità con 55,9 punti).

Un modello esemplare di integrazione sociosanitaria è la Toscana, rispettivamente quarta e quinta in salute e sociale con un punteggio molto simile in entrambe (55,9 e 55,1 punti). Ma possiamo citare anche l'Umbria: settima sia nelle politiche sociali che in sanità, rispettivamente con 50,8 e 52,8 punti.

Adottano un modello prevalentemente medico, accanto al Lazio, anche la Liguria (terza in sanità con 58,4 punti e solo undicesima nelle politiche sociali con 44,3 punti), la Lombardia (sesta per la salute con 55,4 punti e decima in assistenza sociale con 44,9 punti) e anche il Molise (settimo in sanità con 52,8 punti e penultimo nel sociale con 26,4 punti).

Infine, con un modello orientato prevalentemente all'inclusione sociale, troviamo il Piemonte, secondo nelle politiche assistenziali con 61,2 punti e solo dodicesimo in quelle sanitarie con 48,3 punti, e il Veneto, quarto nel sociale con 58,7 punti e ben quattordicesimo in sanità con 44,0 punti.

Sociale

L'analisi dell'offerta sociale prende in considerazione gli interventi e i servizi che rientrano nell'ambito delle politiche sociali e che trovano disciplina nella legge quadro 328/2000, la legge di riforma dell'assistenza, in cui vengono identificate le aree del bisogno sociale e gli interventi necessari a soddisfare i bisogni individuati.

Per questo, gli indicatori utilizzati nella costruzione dell'indice sociale tengono conto delle aree di intervento individuate dalla legge: Responsabilità familiari e diritti dei minori, Anziani, Disabilità, Azioni di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, Dipendenze.

E considerano le seguenti tipologie di servizi e prestazioni: Assistenza domiciliare socio-assistenziale, Assistenza Domiciliare Integrata, Strutture residenziali, Asili nido, Servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia, Scuole dell'infanzia, Interventi di contrasto alla dipendenza.

Nella tabella 1 sono riportati tutti gli indicatori utilizzati nel settore in esame, che identificano per ciascuna area di intervento i livelli di copertura territoriale dei servizi e delle strutture, nonché la capacità di presa in carico degli utenti.

Per ottenere una rappresentazione in grado di cogliere in modo dettagliato le diverse politiche sociali presenti nelle Regioni italiane, sono stati utilizzati, in prevalenza, i dati prodotti dall'Istat nell'*Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei Comuni*. Tale indagine rileva, infatti, informazioni sulle prestazioni erogate a livello comunale, facendo emergere modelli di organizzazione e intervento che possono variare non soltanto tra le singole Regioni, ma anche all'interno delle stesse Regioni, tra ambiti territoriali diversi e tra singoli Comuni.

Prima di passare all'analisi dei risultati emersi, è opportuno specificare che gli indicatori *Scuole dell'infanzia: Bambini/Sezioni* e *Dipendenza: Utenti/Operatori* sono stati considerati nel loro complemento, ossia hanno ricevuto un punteggio minore quelle Regioni in cui, per esempio, le sezioni delle scuole per l'infanzia sono risultate particolarmente affollate.

Tabella 1: Indicatori del settore sociale

SOCIALE		
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Domiciliarità: Copertura Famiglia e Minori	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area famiglia e minori per 100 persone a)
	Domiciliarità: Presa in carico Famiglia e Minori	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area famiglia e minori per 100 persone a)
	Domiciliarità: Copertura Disabili	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area disabili per 100 persone b)
	Domiciliarità: Presa in carico Disabili	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area disabili per 100 persone b)
	Domiciliarità: Copertura Anziani	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area anziani per 100 persone c)
	Domiciliarità: Presa in carico Anziani	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area anziani per 100 persone c)
	Domiciliarità: Copertura Disagio	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area povertà e disagio adulti per 100 persone d)
	Domiciliarità: Presa in carico Disagio	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area povertà e disagio adulti per 100 persone d)
Assistenza Domiciliare Integrata	ADI: Copertura Disabili	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area disabili per 100 persone b)
	ADI: Presa in carico Disabili	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area disabili per 100 persone b)
	ADI: Copertura Anziani	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area anziani per 100 persone c)
	ADI: Presa in carico Anziani	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area anziani per 100 persone c)
Strutture residenziali	Residenzialità: Copertura Famiglia e Minori	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area famiglia e minori per 100 persone a)
	Residenzialità: Presa in carico Famiglia e Minori	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area famiglia e minori per 100 persone a)
	Residenzialità: Copertura Disabili	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area disabili per 100 persone b)
	Residenzialità: Presa in carico Disabili	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area disabili per 100 persone b)
	Residenzialità: Copertura Anziani	Indice di copertura territoriale del servizio* nell'area anziani per 100 persone c)
	Residenzialità: Presa in carico Anziani	Indice di presa in carico degli utenti** nell'area anziani per 100 persone c)
	Residenzialità: Posti letto	Posti letto nei Presidi residenziali socio-assistenziali per 10.000 abitanti
Asili nido	Asili nido: Copertura	Indice di copertura territoriale del servizio* per 100 persone e)
	Asili nido: Presa in carico	Indice di presa in carico degli utenti** per 100 persone e)
Servizi integrativi e innovativi per la prima infanzia	Prima infanzia: Copertura	Indice di copertura territoriale del servizio* per 100 persone e)
	Prima infanzia: Presa in carico	Indice di presa in carico degli utenti** per 100 persone e)
Scuole dell'infanzia	Scuole dell'infanzia: Bambini/Sezioni	Bambini su sezioni scuole infanzia (invertito)
Dipendenza	Dipendenza: Strutture	Numero di strutture socio riabilitative pubbliche per tossicodipendenza per 100 persone f)
	Dipendenza: Utenti/Operatori	Tossicodipendenti in trattamento presso Ser.T su operatori (invertito)

* Popolazione di riferimento che risiede in un Comune in cui è presente il servizio considerato rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.
** Utenti rispetto al totale della popolazione di riferimento della Regione.
a) Popolazione di riferimento: numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.
b) Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.
c) Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 65 anni.
d) Popolazione di riferimento: persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni.
e) Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 0 e 2 anni.
f) Popolazione di riferimento: popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni.

La classifica ottenuta dall'elaborazione degli indicatori selezionati vede al primo posto il Trentino Alto Adige con 63,6 punti (cfr. figura 2). Segue, al secondo posto, il Piemonte con 61,2 punti. Terza l'Emilia Romagna con 59,1 punti. Nella fascia medio-alta troviamo: il Veneto (58,7), la Toscana (55,1) e il Friuli Venezia Giulia (52,0). Chiudono la classifica la Campania con 28,1 punti, il Molise con 26,4 punti e, in ultimo, la Calabria con 14,8 punti.

La graduatoria descritta nasce dalla sintesi di tutti gli indicatori considerati nel settore sociale, secondo il valore assunto da ciascuno all'interno di ogni singola Regione.

Il primato del Trentino Alto Adige è generato da risultati *best performer* ottenuti in molte aree di intervento del settore sociale. In particolare, esso registra il valore massimo (pari a 100) in otto indicatori² tra quelli selezionati, e ne vede altri sei³ con un punteggio superiore agli 80 punti. Tali risultati sono da ricondurre prevalentemente agli ambiti dell'Assistenza domiciliare socio-assistenziale e della Residenzialità, e riguardano in primo luogo la copertura territoriale, ossia la disponibilità di servizi e strutture a livello locale in funzione della distribuzione della popolazione potenzialmente destinataria degli interventi. Nonostante la posizione di eccellenza, è possibile

² Domiciliarità: Copertura Disabili, Domiciliarità: Copertura Anziani, Domiciliarità: Copertura Disagio, Domiciliarità: Presa in carico Disagio, Residenzialità: Copertura Famiglia e Minori, Residenzialità: Copertura Disabili, Residenzialità: Presa in carico Disabili, Residenzialità: Posti letto.

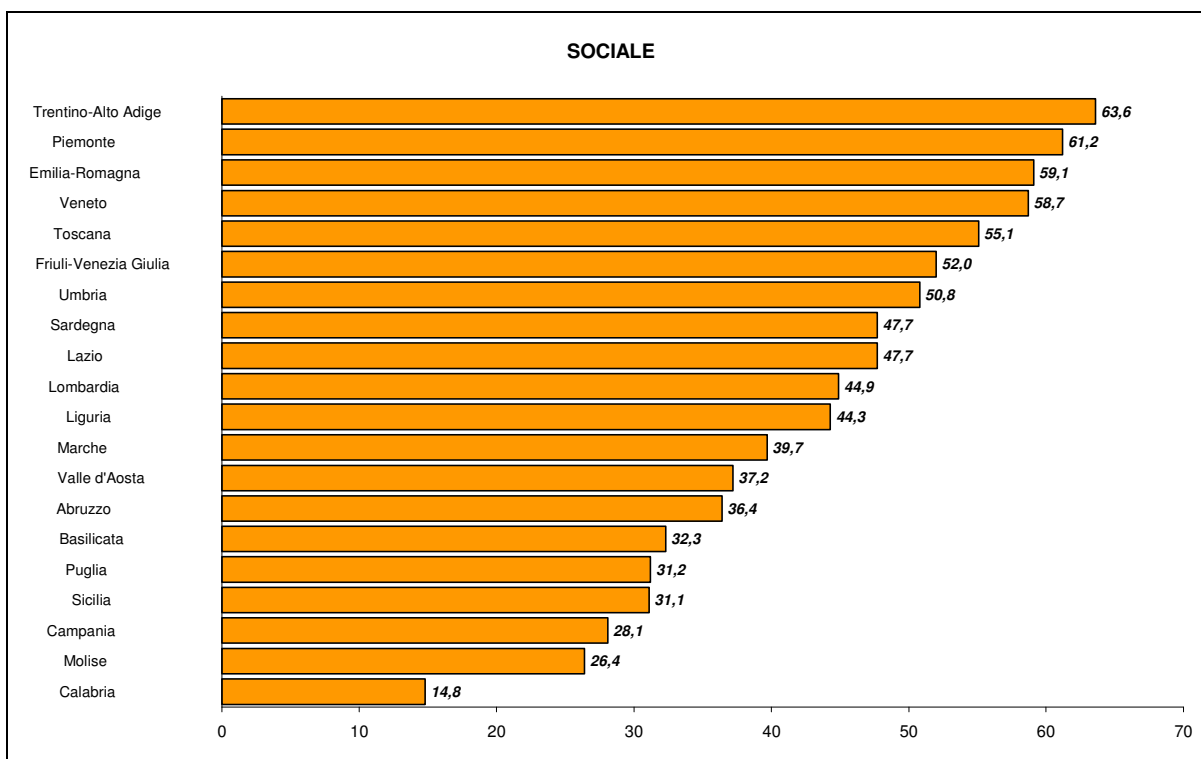
³ Domiciliarità: Presa in carico Anziani, ADI: Copertura Anziani, Residenzialità: Presa in carico Anziani, Prima infanzia: Copertura, Prima infanzia: Presa in carico, Dipendenza: Utenti/Operatori.

tuttavia riscontrare anche risultati *poor performer* (indicatori con 0 punti), che riguardano esclusivamente alcuni interventi rivolti alla Disabilità⁴, a cui si possono aggiungere anche altri tre indicatori con valori inferiori ai 5 punti⁵. Incrociando i risultati *best performer* con quelli *poor performer* è possibile evidenziare due aspetti peculiari che contraddistinguono il Trentino Alto Adige: il primo concerne l'esistenza di una discrasia, in alcune aree di intervento, tra la copertura territoriale e l'effettiva presa in carico degli utenti (aspetto che meriterebbe senza dubbio un approfondimento, impossibile in questa sede); mentre il secondo riguarda un ritardo, registrato rispetto alle altre Regioni, nel campo dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

La posizione della Lombardia, centrale in classifica, può essere dedotta dalla distanza che tale Regione registra nel confronto con i risultati ottenuti dal Trentino Alto Adige. Tra gli indicatori considerati, infatti, nessuno raggiunge i 100 punti oscillando tra lo 0,2 e gli 88,7 punti.

L'ultima posizione nella graduatoria di settore è occupata dalla Calabria i cui valori risultano in maggioranza *poor performer*. Gli unici due indicatori che fanno registrare esiti di maggiore rilievo sono quelli relativi alla Scuola dell'infanzia (*Bambini/Sezioni* pari a 74,8 punti) e al rapporto tra tossicodipendenti e operatori nei Ser.T (80,8 punti).

Figura 2: Classifica sociale



Sanità

L'analisi dell'offerta sanitaria prende in considerazione in gran parte i servizi in carico al Servizio Sanitario Nazionale, inteso nella sua accezione più ampia, come sistema in grado di promuovere, mantenere e recuperare la salute di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

Nella tabella 2 sono riportati tutti gli indicatori utilizzati per descrivere il settore in esame. I dati disponibili provengono da flussi di origine amministrativa, elaborati successivamente dall'Istat secondo standard internazionali.

⁴ Domiciliarità: Presa in carico Disabili, ADI: Copertura Disabili, ADI: Presa in carico Disabili.

⁵ Domiciliarità: Presa in carico Famiglia e Minori, ADI: Presa in carico Anziani, Dipendenza: Strutture.

Tabella 2: Indicatori del settore sanità

SANITÀ	
Istituti di cura	Istituti di cura per 100.000 abitanti
Posti letto ordinari	Posti letto ordinari per 1000 abitanti
Posti letto in day hospital	Posti letto in regime di day hospital per 1.000 abitanti
Posti letto residenziali	Posti letto nei Presidi di assistenza residenziali per 10.000 abitanti
Utilizzo Posti letto	Tasso di utilizzo dei posti letto*
Medici	Medici per 1.000 abitanti
Personale ausiliario	Personale sanitario ausiliario per 1.000 abitanti
Assistiti/Medici	Assistiti per medico (invertito)
Presa in carico ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione**
Stanzialità	Migrazione ospedaliera (Indice di stanzialità)***
Pronto soccorso	Tasso di ricorso al pronto soccorso (invertito)
Difficoltà a raggiungere servizi	Famiglie che dichiarano difficoltà a raggiungere il pronto soccorso su 100 famiglie della stessa zona (invertito)
Consultori	Consultori materno-infantili per 100.000 donne in età 15-49 anni
File d'attesa	Personale che si sono recate alla Asl e hanno riscontrato una durata della fila superiore ai 20' su 100 utenti di 18 anni e più della stessa zona (invertito)
* Rapporto tra giornate di degenza effettive e giornate di degenza potenziali per cento. Le giornate di degenza potenziali sono calcolate moltiplicando il numero di posti letto per i giorni dell'anno in cui il reparto è stato attivo (365 o 366 se tutto l'anno).	
** Rapporto tra degenze e popolazione media residente per mille.	
*** Percentuale di popolazione che usufruisce dei servizi erogati nella Regione di residenza.	

Alcuni degli indicatori considerati in questa sezione rispondono a criteri fissati a livello nazionale. Alcuni esempi possono, quindi, aiutare a chiarire i vari aspetti. Nel caso dell'indicatore *Assistiti/Medici*⁶, sebbene il contratto di medicina generale preveda che si possano assistere fino a un massimo di 1.500 pazienti, il dato di ogni singola Regione risulta al di sotto di tale soglia: infatti la variabilità regionale passa da 1.008 pazienti nel Lazio a 1.331 nel Trentino Alto Adige. Altri esempi sono l'indicatore *Posti letto ordinari* e quello *Presa in carico ospedaliera*: l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha fissato uno standard di posti letto pari a 4,5 per mille abitanti (comprensivo dei posti letto per riabilitazione e lungodegenza) e un tasso di ospedalizzazione di riferimento pari a 180 ricoveri per mille abitanti (di cui il 20,0 per cento in regime di day hospital). Per quanto riguarda in particolare i posti letto ordinari, bisogna inoltre aggiungere che da anni si assiste a una loro costante riduzione, coerentemente con quanto auspicato dalla programmazione sanitaria nazionale; mentre al contrario la quota di posti letto in day hospital fa registrare significativi aumenti.

Come evidenziato, dunque, per alcuni indicatori utilizzati in questo lavoro esistono standard normativi di riferimento. Ciò, tuttavia, non impedisce che l'analisi condotta nel settore sanitario evidenzi alcune realtà regionali in cui si registrano performance migliori.

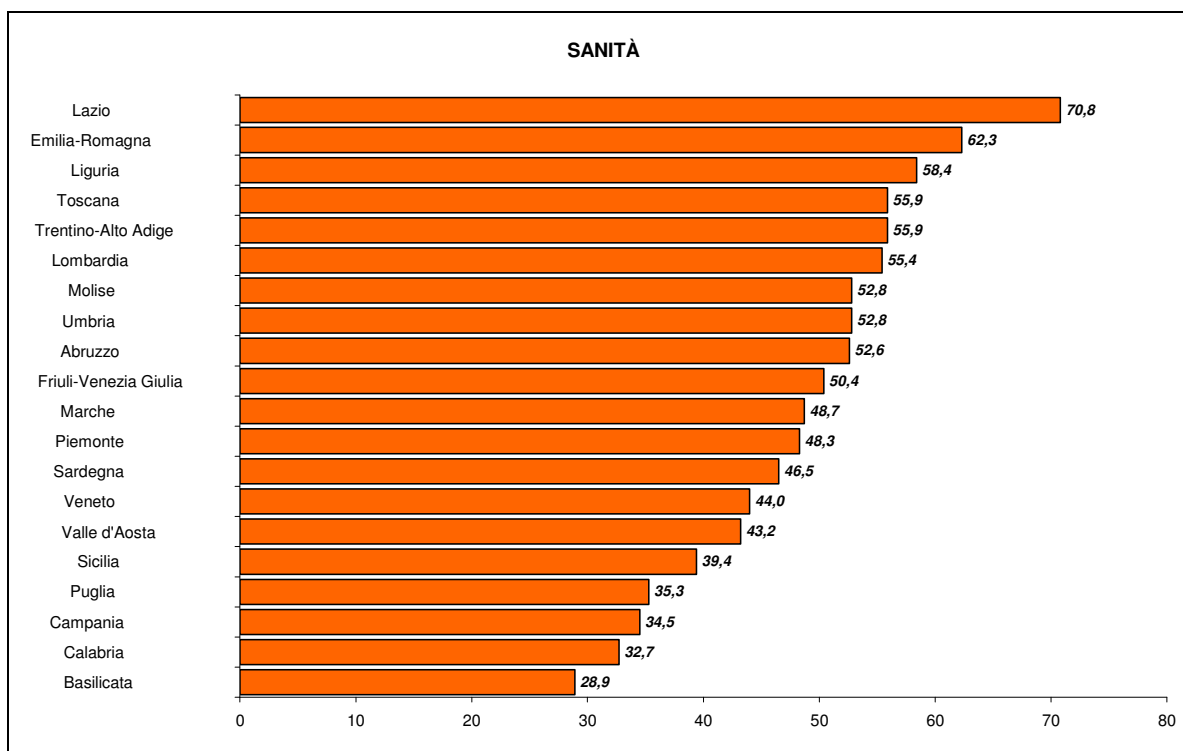
Prima di passare all'analisi dei dati, è utile precisare che nel caso dell'indicatore *Pronto soccorso* è stato considerato il suo complemento, ossia hanno ricevuto un punteggio minore quelle Regioni i cui abitanti ricorrono maggiormente al pronto soccorso. Tale scelta scaturisce dalla considerazione per cui, ipotizzando che la necessità di cure di primo intervento sia normalmente distribuita sul territorio nazionale, un maggior uso del pronto soccorso indicherebbe sacche di inefficienza nella normale erogazione delle prestazioni ospedaliere, evitate dai cittadini a vantaggio di forme di prima assistenza. Ugualmente, sono stati invertiti anche gli indicatori *Assistiti/Medici*, *Difficoltà a raggiungere servizi* e *File d'attesa*, per cui vengono considerate basse in classifica quelle Regioni che hanno un numero più alto di pazienti per medico e in cui le famiglie hanno maggiori difficoltà a raggiungere il pronto soccorso o restano in fila alla Asl per più di 20 minuti.

Nella classifica che scaturisce dall'elaborazione degli indicatori sanitari, con 70,8 punti, il Lazio ottiene la prima posizione (figura 3), seguito dall'Emilia Romagna con 62,3 punti e dalla Liguria con 58,4 punti. Il primato del Lazio è garantito da una buona prestazione in termini di offerta di strutture, posti letto e personale (come emerge dalla tabella 4), che in parte può essere spiegata grazie alla cospicua presenza sul territorio, e in particolare nella città di Roma, di cliniche univer-

⁶ L'indicatore in questione è stato invertito.

sitarie e strutture convenzionate. Quarte in classifica, a pari merito, troviamo la Toscana e il Trentino Alto Adige, con 55,9 punti. Segue la Lombardia, con 55,4 punti. E poi di nuovo un ex aequo, di Molise e Umbria, con 52,8 punti.

Figura 3: Classifica sanità



Chiudono la classifica le Regioni meridionali, con la Basilicata a fare da fanalino di coda (28,9).

La prima posizione del Lazio è originata da ottimi risultati in termini di disponibilità di strutture, posti letto e personale sul territorio. Soffermandoci sulle singole prestazioni, possiamo osservare che la Regione è *best performer* per quattro indicatori⁷ (con 100 punti), e in altri quattro⁸ fa registrare valori superiori agli 85 punti. Nonostante gli aspetti di eccellenza, è possibile tuttavia riscontrare anche ambiti in cui si registrano risultati negativi. Il Lazio si rileva, infatti, *poor performer* nel caso delle *File d'attesa* (in cui ottiene l'ultima posizione), ma appare in sofferenza anche riguardo i *Consultori* (10,9) e l'assistenza residenziale post-ospedaliera (14,0).

La posizione di metà classifica è occupata dall'Abruzzo, per cui si registrano ottimi risultati per quanto riguarda la *Presa in carico ospedaliera* (100 punti) e l'*Utilizzo Posti letto* (97,1 punti). Mentre presenta risultati *poor performer* per quanto concerne il *Pronto soccorso* (0 punti).

Al contrario, la Basilicata, pur ricoprendo l'ultima posizione nella classifica sanitaria, fa registrare il miglior risultato tra le Regioni proprio per il ricorso al pronto soccorso (100 punti), mentre presenta risultati *poor performer* (0 punti) per il tasso di utilizzo dei posti letto, il personale medico, la presa in carico ospedaliera e l'indice di stanzialità. Tutti risultati che mettono in luce come la Basilicata si possa configurare quale Regione di emigrazione sanitaria.

 **Associazione Nuovo Welfare***

⁷ Posti letto in day hospital, Medici, Personale ausiliario, Assistiti/Medici.

⁸ Istituti di cura, Posti letto ordinari, Utilizzo Posti letto, Stanzialità.

* La ricerca è stata realizzata da Daniela Bucci e Roberto Fantozzi.



LiBrInMenTe

Il banchiere dei poveri
di
Silvia Spatari

Di recente il Governo del Bangladesh ha estromesso Muhammad Yunus dalla Grameen Bank, la prima banca di microcredito al mondo, da lui fondata nel 1976.

Nel 1975 il Bangladesh fu colpito da una terribile carestia e Yunus decise che era arrivato il momento di "osservare le cose da vicino e vederle nitidamente". Così il brillante accademico si ritrovò a piantare riso immerso nel fango fino alle ginocchia e a battere i villaggi intorno al campus universitario per parlamentare con i contadini, e capire cosa fosse davvero la povertà. Scoprì che mentre nelle aule universitarie e nelle sedi degli organismi internazionali si pontificava sui miliardi, per le persone vere "la vita e la morte si giocavano sui centesimi".

Per questo Yunus inventò un modo tutto nuovo di fare credito, che guardava alla magnitudine del minuscolo nella vita quotidiana dei diseredati, e sfidava il cuore stesso delle grandi istituzioni finanziarie, i loro miti sulla povertà e la loro regola aurea della garanzia. Dimostrò al mondo che le donne sono un detonatore economico, e che rifiutare il credito ai poveri non è solo un'ingiustizia morale, ma soprattutto un sintomo di incompetenza finanziaria.

Il banchiere dei poveri ripercorre la straordinaria storia del professore premio Nobel per la pace e della Grameen, nata per "costruire un mondo senza povertà", dove i diritti umani non vengano alienati dalle logiche distorte del profitto; una banca che dopo trent'anni, con i suoi milioni di associati in tutto il mondo, continua a chiamarci con la forza dell'equità e il nitore del sogno.

Muhammad Yunus
2003, Feltrinelli
€ 8,00

Il percorso lavorativo delle donne con disabilità nella Regione Lazio

Essere donna con disabilità vuol dire innanzitutto vivere una doppia discriminazione: in quanto donna e in quanto persona con disabilità. Come donna si condivide con le altre donne la mancanza di pari opportunità che contraddistingue le nostre società; come persona con disabilità si condivide con le altre persone con disabilità l'esclusione sociale e la difficoltà di partecipazione.

Tuttavia, essere donne con disabilità non produce solo una somma di discriminazioni, quanto piuttosto una loro moltiplicazione. Le donne con disabilità, infatti, non godono di pari opportunità né rispetto alle altre donne, né rispetto agli uomini con disabilità. Nel primo caso, in ogni legge emanata per favorire le donne e in ogni servizio realizzato per migliorarne la qualità della vita, non c'è quasi mai un riferimento particolare alle donne con disabilità. Nel secondo caso, la società e gli stessi uomini con disabilità le ostacolano nel ricoprire posti e ruoli di responsabilità.

Come sottolinea Rita Barbuto, direttore di DPI Italia, da una parte, nell'ambito del movimento delle persone con disabilità, la dimensione di genere è considerata irrilevante e la disabilità viene intesa come un concetto unitario che eclissa tutte le altre dimensioni; dall'altra parte il pensiero femminista continua a ignorare ed escludere le donne con disabilità. Ciò significa che, per un verso, anche nell'ambito delle associazioni che hanno l'obiettivo di tutelare i diritti delle persone con disabilità si tende a riproporre gli stessi "ruoli di genere" che contraddistinguono tutte le altre

organizzazioni. Per un altro verso, *le donne si sono unite agli uomini, senza o con disabilità, relegando le donne disabili ad un livello inferiore della loro riflessione intellettuale e politica*⁹.

Essere disabili non vuol dire, quindi, essere sessualmente neutri: il genere determina il modo in cui si vive come disabili e come persone.



Finora, nell'approccio utilizzato, ha prevalso la tendenza a trascurare il genere nell'esaminare le vite delle persone con disabilità. E il fatto di non riconoscere e denunciare la discriminazione multipla ha comportato un mancato impegno nel progettare politiche, interventi e servizi in grado di soddisfare i bisogni specifici delle donne con disabilità.

Oggi, grazie agli sforzi compiuti dalle stesse donne con disabilità impegnate nel mondo associativo e al fatto che la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità solleciti ad adottare una prospettiva di genere in tutti gli sforzi tesi a promuovere il pieno godimento dei diritti umani e delle libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, aumenta la probabilità che i governi prendano misure in grado di combattere le discriminazioni multiple e di favorire il rispetto dei diritti umani di tutte le persone con disabilità.

Ma qual è il livello di discriminazione e di mancanza di pari opportunità che vivono le donne con disabilità?

Molto spesso, le discriminazioni multiple sono difficili da far emergere, perché le stesse donne con disabilità che le subiscono faticano a esprimerle e denunciarle, e talvolta non hanno raggiunto un grado di

consapevolezza tale da poterle percepire ed esplicitare.

Individuare ostacoli e/o facilitazioni alla partecipazione alla società delle donne con disabilità è lo scopo centrale della ricerca promossa dal Consorzio Integra, che si concentra sul percorso lavorativo di cinquanta donne residenti nella Regione Lazio.

Attraverso l'indagine, si è voluto approfondire come il contesto sociale abbia influito sulla vita di queste donne, facilitando e/o ostacolando la strada verso l'autonomia. Si è cercato di capire quali strategie positive siano state messe in atto per entrare nel mondo del lavoro e superare gli ostacoli psicologici, culturali e materiali. Si è tentato di diffondere la consapevolezza delle differenze di genere spesso trascurate quando si affronta il tema della disabilità. Si è voluta approfondire la conoscenza di una tematica ancora poco trattata allo scopo di stimolare il dibattito politico e sollecitare la programmazione pubblica. Allo stesso tempo, gli elementi di riflessione e di rielaborazione delle esperienze compiute possono giocare un ruolo determinante nel dare avvio al processo di empowerment di altre donne con disabilità.

La ricerca, finanziata dalla Regione Lazio, si è posta l'obiettivo di indagare il percorso lavorativo delle donne con disabilità in ambito regionale, utilizzando lo strumento delle interviste narrative. Ascoltando i racconti delle donne intervistate, raccogliendo le loro esperienze di vita e di lavoro, sentendole parlare delle loro difficoltà, paure, soddisfazioni e aspettative, ricostruendo alcuni pezzi delle loro storie e del modo in cui hanno convissuto con i problemi e raggiunto i propri obiettivi, si è tentato di mettere in luce le situazioni di svantaggio e gli episodi di discriminazione, di ricostruire il ruolo del contesto sociale e politico, di riconoscere e rendere visibili i percorsi di empowerment.

Nelle narrazioni raccolte, le donne con disabilità intervistate non solo raccontano il proprio percorso di vita e di lavoro, descrivendo le esperienze più significative e mettendo in luce gli episodi di discriminazione, ma suggeriscono anche quali potrebbero essere le strategie da attivare per

⁹ Il testo integrale, del 2006, in cui sono contenute le riflessioni di Rita Barbuto può essere letto alla pagina web: <http://www.superando.it/content/view/1218/120/>.

migliorare la qualità della vita delle persone, attraverso politiche che favoriscano processi di empowerment e mainstreaming.

Uno degli aspetti su cui le donne intervistate insistono maggiormente è quello della **formazione-informazione**. Da una parte, si riconosce che la condizione di discriminazione cui sono da sempre soggette le persone con disabilità ha determinato una progressiva riduzione delle conoscenze e competenze nel campo della disabilità stessa, tanto che la società fa difficoltà a incontrare i diritti e i bisogni di questi cittadini. Dall'altra parte si lamenta una scarsa circolazione delle informazioni sulla disabilità e verso la disabilità, che non fa altro che acuire la mancanza di pari opportunità. Le donne chiedono innanzitutto di poter interagire con operatori che siano più formati e qualificati sulla disabilità, e quindi suggeriscono di intervenire sul sistema di formazione e selezione delle figure professionali che ruotano intorno alle persone disabili, nonché di realizzare costanti attività di monitoraggio degli interventi realizzati e di valutazione dei risultati ottenuti. Altrettanto importante viene poi considerata la fase di progettazione dei servizi, che dovrebbe essere tale da garantire il coinvolgimento del destinatario e la personalizzazione degli interventi. Strettamente correlato al tema della formazione è quello dell'informazione, che viene letto in una duplice ottica: quella di garantire un regolare aggiornamento degli operatori sui temi della disabilità e quella di fornire informazioni alle persone con disabilità in merito ai loro diritti e alle opportunità.

Un'altra strada da percorrere, fondamentale secondo le donne intervistate, è quella di agire sull'immaginario collettivo, diffondendo un **nuovo approccio culturale** alla lettura della disabilità, vista non più come una tragedia personale sulla quale intervenire sulla base del modello medico, che punta ad "aggiustare" l'individuo sanitarizzandone i bisogni, ma come il risultato dell'interazione tra le caratteristiche delle persone con menomazioni e un'organizzazione sociale che restringe le loro possibilità di partecipazione. Tale approccio pone la disabilità fuori della persona, per restituirla alla società nel suo complesso. E si viene, quindi, a scontrare con la mentalità prevalente, che considera invece la disabilità un problema individuale. Per incidere sul cambiamento culturale, uno strumento importante è senza dubbio quello della comunicazione, ma altrettanto importante è anche la possibilità di creare quante più occasioni possibili di inclusione della persona con disabilità nella vita sociale, combattendo la solitudine e l'isolamento, così come far maturare le nuove generazioni costruendo una scuola che sappia confrontarsi con le differenze, anche attraverso la presenza di insegnanti disabili. La possibilità di incidere sul cambiamento culturale e di favorire l'adozione di un nuovo approccio alla disabilità è giudicato essenziale non soltanto per diffondere nel Paese un rinnovato senso civico e un maggiore rispetto per i diritti delle persone con disabilità, ma anche per introdurre un nuovo modello da porre al centro del sistema dei servizi esistente. Da questo punto di vista, le donne intervistate, criticano il modello assistenzialistico che sta alla base del nostro sistema di welfare e rivendicano l'adozione di un approccio che favorisca i processi di abilitazione ed empowerment della persona, e crei un sistema di servizi in grado di favorire l'autonomia e l'inclusione sociale.

Una riflessione specifica merita la **questione di genere**, in quanto le donne con disabilità da soggetto debole del mercato del lavoro diventano soggetti debolissimi in virtù dell'accumulazione delle discriminazioni multiple cui sono sottoposte. Se è vero che la situazione di svantaggio all'interno della quale si trovano le persone con disabilità è causata dai limiti procurati non solo dalla menomazione, ma anche dal contesto sociale e culturale che restringe la rosa delle esperienze possibili, ciò è amplificato ulteriormente per la donna disabile per la quale le discriminazioni (legate al genere e alla disabilità) si sovrappongono. La critica che viene mossa alle politiche di genere e alle politiche sulla disabilità è quella di aver marciato su binari paralleli, non considerando la situazione delle donne con disabilità, che non godono di condizioni di pari opportunità né rispetto alle altre donne, né rispetto agli uomini con disabilità. Allo stesso modo, nell'ambito della società civile, le organizzazioni di e per le persone con disabilità, oltre a rivendicare con un'unica voce il rispetto dei diritti umani, non devono dimenticare di valorizzare le



differenze di genere e riconoscerle in un'ottica non-discriminatoria. Ma è altrettanto importante non riprodurre all'interno di queste organizzazioni i medesimi ruoli di genere che caratterizzano il più ampio contesto sociale, accrescendo anche le opportunità di rappresentanza femminile. Un passo decisivo è stato fatto con l'approvazione della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, cui si è giunti anche grazie all'impegno del movimento mondiale delle persone con disabilità e che vincola gli Stati che la ratificano al rispetto dei diritti umani e alla costruzione di politiche che tengano conto della dimensione di genere. Ma un passo parimenti importante nel processo di cambiamento culturale e nel percorso di empowerment delle persone è senz'altro la diffusione di modelli positivi che nascono dalle stesse donne con disabilità. Modelli rispetto ai quali potersi identificare. Modelli che siano in grado di trasformare l'immaginario collettivo.

Ringraziamo tutte le donne che hanno accettato di raccontare la propria esperienza e di condividere con noi le proprie emozioni. Senza di loro questa pubblicazione non sarebbe stata possibile ed è a tutte loro che va il nostro ringraziamento.

 **Associazione Nuovo Welfare***

* Per la realizzazione dell'indagine è stato costituito un team di ricerca diretto da Daniela Bucci e composto da Zaira Bassetti, Eleonora Caneti, Danila Faiola, Genoveffa Guizzon, Tina Iannucci, Mario Lucidi, Marica Regnicoli, Piero Taccioni.

La pubblicazione è stata realizzata a cura di Daniela Bucci, Zaira Bassetti, Marica Regnicoli.

Cineforum

a cura di

Matteo Domenico Recine

L'esplosivo piano di Bazil

Il film ha una trama lineare e con pochi rimandi. Inizia quando il protagonista è ancora bambino: il padre, militare di professione, muore a causa di una mina che sta cercando di disinnescare. Cresciuto, viene a sua volta ferito da una pallottola vagante durante uno scontro a fuoco. Operato, rimane menomato e in costante pericolo, perché i medici non sono riusciti a togliere il bossolo dal cranio. Dopo aver perso anche il lavoro, si ritrova a vivere di espedienti e si unisce a un gruppo di vagabondi piuttosto peculiari che lo aiuteranno quando riesce a individuare i due fabbricanti di armi che hanno costruito la mina che ha ucciso suo padre e il proiettile che gli ha rovinato la vita. Il protagonista riesce a elaborare un ingegnoso piano per vendicarsi senza spargimenti di sangue.

Film grottesco e dai toni di commedia fiabesca nonostante i temi affrontati, il lavoro di Jeunet si riallaccia sia visivamente che nei contenuti alle opere precedenti rispetto a *Il favoloso mondo di Amélie*. La levità con cui sono affrontate le tematiche consente di sfruttare gli elementi già presenti negli altri film e di far galleggiare il protagonista in un mondo surreale, in cui, nonostante i fatti ci dicano il contrario, non può accadere nulla di negativo. Di questa impostazione risentono i personaggi che non sono approfonditi adeguatamente, e risultano alquanto manierati (come la recitazione stessa), maschere funzionali alla storia. La fotografia è invece molto suggestiva (i colori sono affini a quelli elaborati tramite il cross processing in fotografia, e restituiscono una Parigi lontana, quasi metafisica). In generale, non un film memorabile, ma un modo leggero di trasmettere un messaggio tanto attuale quanto – sembra – inattuabile.

Un film di Jean-Pierre Jeunet del 2009, con Dany Boon, André Dussollier, Nicolas Marié. Prodotto in Francia. Durata: 105 minuti. Distribuito in Italia da Eale Pictures.

Hanno collaborato a questo numero

Zaira Bassetti, Daniela Bucci,
Vanessa Compagno,
Roberto Fantozzi,
Marica Regnicoli,
Matteo Domenico Recine,
Silvia Spatari

Redattore

Zaira Bassetti

Impaginazione

Zaira Bassetti, Marco Biondi

Redazione

Piazza del Gesù, 47 - Roma

Potete inviarci le vostre osservazioni,
le critiche e i suggerimenti, ma anche gli indirizzi e i recapiti
ai quali volete ricevere la nostra *webzine* alla nostra e-mail: info@nuovowelfare.it