

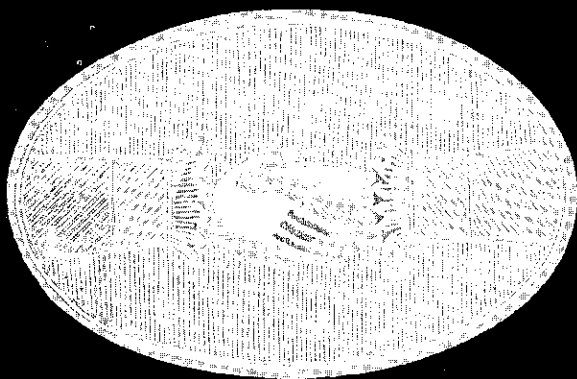
FAMIGLIA E CURE DI COMUNITÀ

IL DIFFICILE INTRECCIO FRA PUBBLICO, VOLONTARIATO E RETI INFORMALI NELL'ITALIA DI OGGI

a cura di

**Ivo Colozzi
Pierpaolo Donati**

Prefazione di Achille Ardigò



**SOCIOLOGIA E POLITICA SOCIALE
COLLANA DIRETTA DA P. DONATI
FRANCOANGELI**

COPIA UNICA



Sociologia e politica sociale, collana diretta da Pierpaolo Donati

La collana si propone di approfondire e sviluppare tematiche, sia generali che specifiche, concernenti la sociologia come «scienza della società», nei suoi vari aspetti e dimensioni, in particolare per quanto riguarda le sue applicazioni al vasto campo delle politiche sociali. La politica sociale è qui intesa come «momento riflessivo» della sociologia in quanto sapere teorico-pratico.

Sia nelle società cosiddette avanzate o complesse, sia nelle società cosiddette in via di sviluppo o «diverse», gli orientamenti a costruire una «società del benessere a dimensione umana» comportano connessioni sempre più significative fra sociologia e politica sociale, e indicano una tendenza storica che è al centro degli interessi scientifici della collana. Le analisi, sia teoriche sia empiriche, così come i processi di formazione e apprendimento, dipendono ogni giorno di più da relazioni strette fra momento interpretativo della realtà sociale e azione-intervento sociale. Per questo, la collana dà particolare rilievo ad un modo di intendere e praticare la sociologia come sistema di osservazione-diagnosi-guida relazionale dei processi sociali.

La collana si concentrerà soprattutto sui processi di mutamento e di innovazione sociale. Nel porre particolare attenzione alle fenomenologie sociali emergenti, essa intende non solo fornire interpretazioni e spiegazioni dei fatti sociali, in una prospettiva che non dimentica la dimensione storica dei problemi, ma anche riflessioni su esperienze e orientamenti di carattere operativo, nella consapevolezza che la sociologia, nonostante tutte le crisi periodiche, viene assumendo una valenza sempre maggiore come sapere fondamentale per orientarsi nel mondo contemporaneo. Per rispondere alle esigenze conoscitive, operative e formative, la collana si articola in tre sezioni: 1. Opere generali, 2. Ricerche, 3. Manuali e testi didattici.

**FAMIGLIA
E CURE DI COMUNITÀ
IL DIFFICILE INTRECCIO
FRA PUBBLICO, VOLONTARIATO
E RETI INFORMALI
NELL'ITALIA DI OGGI**

a cura di

**Ivo Colozzi
Pierpaolo Donati**

Prefazione di Achille Ardigò

cerca «Famiglia, reti informali, volontariato e servizi», è stata svolta
ambito della convenzione fra il Centro nazionale del volontariato di Lucca
Consiglio nazionale delle ricerche.

tributi scritti sono dei componenti l'equipe di ricerca: A. Ardigò, diretto-
erale; P. Donati, direttore scientifico; I. Colozzi, coordinatore; D. Bra-
i, P. Di Nicola, C. Lanzetti, G. Rossi, responsabili di area e/o di settore.

le Ardigò, direttore della Scuola di specializzazione in sociologia sanitaria
Cersdi (Centro di ricerca e documentazione su sociologia e informatica),
ersità di Bologna.

atella Bramanti, Centro studi famiglia, Università Cattolica di Milano.
Colozzi, professore associato di sociologia dell'organizzazione, Università
ologna.

o Di Nicola, professore associato di sociologia della famiglia, Università
Molise.

paolo Donati, professore ordinario di sociologia e direttore del Ceposs
tro studi di politica sociale e sanitaria), Università di Bologna.

nente Lanzetti, professore associato di metodologia della ricerca sociale,
ersità Cattolica di Milano.

anna Rossi, professore associato di sociologia dell'educazione, Università
olica di Brescia.

Indice

Prefazione, di Achille Ardigò	pag.	9
--------------------------------------	------	---

Introduzione. Una ricerca sulle «strategie di rete» nei servizi per la famiglia: aspetti culturali, sociali e or- ganizzativi, di Pierpaolo Donati	»	15
1. Gli obiettivi della ricerca	»	15
2. I risultati	»	17
3. Le implicazioni operative	»	21
4. Quale «sistema a rete»? Quale «cura di comunità»? Quali «interventi di rete»?	»	24

1. Struttura e dati di base della ricerca, di Clemente Lanzetti	»	36
1. L'impianto generale	»	36
2. Le caratteristiche socio-strutturali dei soggetti assistiti e delle loro famiglie	»	37
2.1. Le famiglie con anziani	»	37
2.2. Le famiglie con invalidi	»	39
2.3. Le famiglie monogenitoriali con minori	»	40
3. Gli indici	»	41
3.1. Le scale riferite ai bisogni	»	42
3.1.1. L'indice di status	»	42
3.1.2. Gli indici di autonomia	»	44
3.2. Le scale riferite alle risorse	»	49
3.2.1. Gli indici di interscambio e di chiusura	»	49

famiglie, reti informali, volontariato e servizi socio-anitari a Milano, Bologna e Lucca, di Ivo Colozzi	pag.	64
quadro concettuale delle ipotesi	»	64
1. L'eclissi della comunità	»	64
2. La persistenza della comunità	»	66
3. La comunità senza prossimità	»	66
risultati dell'indagine	»	69
1. A Milano	»	69
2. A Bologna	»	88
3. A Lucca	»	105
risultati della cluster analysis	»	123
Conclusioni	»	126
pendice	»	128

Le reti della socievolezza del care-giver, di Paola Di Nicola	»	139
Introduzione: l'effetto cuscinetto delle reti	»	139
Famiglie con anziani	»	142
2.1. I modelli della socievolezza del care-giver	»	142
2.2. L'effetto cuscinetto delle reti	»	148
Famiglie con invalidi	»	150
3.1. I modelli della socievolezza del care-giver	»	150
3.2. L'effetto cuscinetto delle reti	»	155
Famiglie monogenitoriali	»	158
4.1. Il profilo della famiglia con un solo genitore	»	158
4.2. I modelli della socievolezza del genitore	»	159
Conclusioni	»	164
pendice	»	167

La funzione del care-giver: tra supporto e mediazione, di Donatella Bramanti	»	183
Premessa	»	183
Il care-giver nel gioco delle dinamiche familiari: alcune ipotesi di ricerca	»	185
Il «caregiving» come emerge dai dati	»	187
3.1. L'identikit del care-giver	»	188
3.2. L'evento critico: dalla presa di decisione alla per-		

4. La funzione di mediazione è possibile?	pag.	205
4.1. Le famiglie con anziani	»	206
4.2. Le famiglie con invalidi	»	209
4.3. Le famiglie monogenitoriali con minori	»	211
4.4. In sintesi	»	211
Appendice	»	214

5. Famiglie, servizi pubblici, privati e di volontariato: utilizzo e orientamenti di politica sociale, di Giovanna Rossi	»	224
1. Premessa	»	224
2. Le ipotesi	»	224
3. L'analisi dei dati	»	226
4. La cluster analysis dell'intero campione	»	233
4.1. Un ritratto delle famiglie in difficoltà	»	233
4.2. Diverse famiglie, diversi problemi: la scelta dei servizi	»	239
4.3. L'orientamento al volontariato: condizioni e motivi di una scelta	»	245
4.4. In sintesi	»	247
5. Famiglie, problemi e risorse	»	250
5.1. Le famiglie con anziani (550 casi)	»	250
5.2. Le famiglie con minori (450 casi)	»	255
5.3. Le famiglie con invalidi (450 casi)	»	261
6. Conclusioni	»	269
Appendice	»	274

6. Conclusioni, di Ivo Colozzi	»	310
7. Metodologia della ricerca, di Clemente Lanzetti	»	315
1. Disegno di campionamento	»	315
2. Elaborazione dei dati	»	319

Prefazione

di Achille Ardigò

1. Mi auguro che la presente ricerca possa essere utile ai *policy makers* ed agli operatori professionali, nel tempo attuale di vacche magre e magrissime, in cui si avvia il difficile processo di transizione, dallo Stato sociale; uno Stato sociale già ritenuto capace di fornire autosufficienti garanzie pubbliche a tutti ed ora sottoposto a continue contrazioni, verso *mix* di *welfare* pubblico, di privato commerciale e di privato sociale, variamente combinati.

Da questo libro, pur attraverso i molti volti variegati e diseguali delle famiglie, delle reti parentali e di mondo vitale, appare rilevante il contributo del reticolo familiare, parentale, ed anche amicale, alle coperture di bisogni più pressanti di vecchi, di invalidi, di minori in famiglie di un solo coniuge (per lo più donna).

Impegnati in un processo di transizione tra disfare, fare, tagliare, è opportuno che i programmatori-adattatori di *welfare* vogliano riscoprire, riconoscere e rafforzare – non solo per ragioni di economia nella spesa pubblica – il ruolo delle famiglie come attori sociali di *welfare* ma entro più comunicativi intrecci a rete tra servizi pubblici e privati e solidarietà.

Non vorrei, e il rischio lo avverte bene P. Donati nel suo saggio, che il libro nell'insieme venga letto come un'ennesima affermazione della funzione assistenziale della famiglia. Molte di queste famiglie, esplicitamente scelte in ragione di un particolare peso sociale, di familiari conviventi molto vecchi o adulti inabili o minori con un solo genitore, rilevano tutta la sofferenza e persino l'angoscia del loro

comunicative ai possibili utenti da parte dei responsabili dei servizi sociali e sanitari pubblici.

Insomma, se è vero – come è detto e documentato in varie parti del libro – che le famiglie in genere non si ritirano ma fanno fronte alle se caricate di un peso assistenziale superiore alla norma, vale a dire che le famiglie con problemi non si possono lasciare soltanto alle strutture organizzative e di reti di servizi sociali inadeguate, ma che al crescere della dimensione e complessità della realtà urbana. V'è anche da aggiungere che non è indifferente se i componenti delle famiglie (con problemi speciali di assistenza di propri familiari in età avanzata) siano vecchi, con poca istruzione, con poco reddito e con pochi legami non familiari esterni, o invece di più generazioni, alcuni con poca istruzione e reddito e legami esterni adeguati.

In non poche delle conclusioni dei rapporti in cui il libro è articolato si traspaiono, insomma, le esigenze di cambiare almeno in meglio la loro organizzazione di vita e non solo di servizi, e di prevedere anche programmi di formazione per chi si accinga a compiere una rilevante attività assistenziale, si spera non da solo, verso un modello familiare convivente.

Anche per ciò, vorrei sollecitare altri *policy makers* a finanziare ricerche come queste su come sono, e che si può fare per rinvigorire le reti sociali attorno alle famiglie con problemi.

Per i sociologi e gli altri studiosi che leggeranno il libro, il mio auspicio è che esso possa sollecitare altri di loro ad entrare con noi in quello spazio abbastanza innovativo del contesto internazionale degli studi su temi sociali che è costituito dallo studio delle correlazioni tra ricchezza e povertà di reti sociali (di conoscenze e di interazioni abituali, familiari, amicali, locali, associative) e percorsi di eventi in cui le persone incontrano la malattia, la sofferenza e la vulnerabilità.

In linea con questo secondo auspicio, vorrei precisare subito in che consiste lo spazio di innovazione aperto dalla presente ricerca, e lo spazio di innovazione che naturalmente dovrà essere sottoposto alla corroborazione o meno di altri studiosi, in spirito di verità.

Cominciamo col dire, per chi non è specialista di studi sulle reti sociali, che l'attenzione al tema è andata crescendo in campo internazionale, e che la ricerca delle relazioni sociali di pari passo con il ma-

Alla cosiddetta crisi del *welfare state*, esplicitata nell'Occidente sviluppato, specie in Europa occidentale, dalla metà degli anni '70, hanno fatto riscontro, tra gli altri, due fenomeni sociali. Essi sono:

- a) la riscoperta e la valorizzazione, in chiave non di mera beneficenza privata, dell'azione volontaria, dell'associazionismo di volontariato e di mutuo aiuto, anche come modo per far emergere una nuova concezione della società civile¹;
- b) la riscoperta – dalla stessa matrice sociologica dell'opera di E. Durkheim della fine dell'Ottocento – che la solitudine delle persone il loro non inserimento in legami sociali praticati, le chiazze di «anomalia» tra la gente, hanno poi impatti negativi rilevanti sullo stato di salute, di normalità e anormalità della gente.

3. Alcune informazioni saranno utili su questo secondo fenomeno sociale. In un saggio di qualche anno fa, dedicato al tema di questo stesso libro, S.L. Syme osservava che «raramente un concetto è stato esposto ad una tale esplosione di ricerche nonché all'aumento dei programmi di trattamento e di intervento», come il concetto di «rete sociale» ma anche quello di «sostegno sociale» (*social networks and social support*)². S.L. Syme è risalito alle ricerche empiriche che hanno suscitato tale esplosione di attenzione al nesso tra morbosità, mortalità e rete sociale. L'inizio si collocerebbe nel 1976, con la pubblicazione della ricerca di M. Marmot e di L.F. Berkman i quali, nell'osservazione di un largo gruppo di giapponesi immigrati negli Stati Uniti, scoprirono percentuali molto basse di coronaropatie solo tra quegli immigrati che avevano mantenuto stili di vita tradizionali, associati a più forti legami sociali primari. In seguito si è avuta la ricerca, tanto famosa fra gli specialisti quanto rudimentale nella metodologia impiegata, edita nel 1979 da L.F. Berkman e da S.L. Syme, sulla contea di Alameda in California³. Utilizzando i dati di un'in-

1. In merito, cfr. tra altri contributi, A. Ardigò, *Volontariato e Welfare State in Europa: il difficile cammino verso e oltre lo Stato del benessere*, in I. Colozzi, (a cura di), *Terzo settore e nuove politiche sociali in Italia e in Europa*, «La ricerca sociale», Angeli, n. 49, 1994, pp. 23-36; A. Ardigò, *È possibile andare oltre il welfare state senza rinunciare ai diritti sociali di cittadinanza?*, in P. Donati e I. Colozzi (a cura di), *La cultura della cittadinanza oltre lo Stato assistenziale*, Edizioni Lavoro, Roma, 1994, pp. 51-68; P. Donati, *La cittadinanza societaria*, Laterza, Roma-Bari, 1993.

2. S.L. Syme, *Social networks in relation to morbidity and mortality*, in S.O. Isacson, L. Janzon eds., *Social support-health and disease*, Sixt internationale Ber-

ine campionaria su 6.928 residenti in quella contea Berkman e ne verificarono statisticamente che più legami sociali una persona aveva (coniuge, amici, frequenza ad una chiesa, adesione ad organizzazioni, club) tanto maggiore la speranza media di vita. Molte ricerche empiriche affini sono seguite in Occidente i cui esiti ne sintetizza in questi termini: «Correlazioni significative sono osservate in numerosi studi malgrado il fatto che molte di tali ricerche siano state condotte in modo rudimentale e usando metodi che spesso non comparabili»⁴.

Altre successive ricerche, specie di sociologia sanitaria, hanno accertato che vi è una connessione tra il non poter contare sul sostegno di una rete di legami sociali e il fare più frequente ricorso alle strutture di pronto soccorso e ospedaliere, pur senza malattie acute prodotte⁵.

La presente ricerca cerca di connettere insieme i due fenomeni di cui al § 2, e cioè l'espansione delle organizzazioni di volontariato e l'interesse per le reti sociali, pure in quanto le organizzazioni di volontariato possono essere incluse tra i processi di rete sociale.

Al cuore dei risultati della ricerca, condotta attraverso una seconda e laboriosissima indagine campionaria in tre città italiane (Milano, Bologna e Lucca) su un campione stratificato complessivo di 1.450 famiglie (famiglie con problemi) (meritoria fatica in specie di Lanzetta) pulsa soprattutto attorno al secondo fenomeno sociale: l'unione delle reti e dei supporti sociali informali, familiari e locali, in caso di speciali situazioni di disagio richiedenti assistenze appropriate.

Rispetto ai maggiori sviluppi recenti di tale filone di indagine sociologica (e anche esplicitamente socio-sanitaria), il cammino di ricerca di cui il libro è espressivo presenta due peculiarità:

In genere, le reti sociali e le loro funzioni di supporto sociale, vengono esplorate e descritte come cerchi più o meno concentrici attorno alla *singola persona*. In questa ricerca, invece, anche se la differenza forse non è proprio esplicitata, prevale la descrizione delle reti sociali come cerchi concentrici attorno alla

famiglia, *alla singola famiglia*. Per la verità, vi è qualche conclusione parziale della ricerca che spingerebbe a mettere in discussione l'assunto della rete attorno alla famiglia. Specie in famiglie con vecchi e con adulti invalidi, non c'è molta funzionalità interna alla famiglia negli speciali ruoli assistenziali e il coinvolgimento attivo per tali cure resta quasi sempre a carico di una sola figura, per lo più femminile, anche se tutti i familiari si dichiarano coinvolti nel supporto.

Ma qui emerge l'opportunità di fare ricorso alla presenza della famiglia come unità di supporto anche morale-comunicativo (anche se con rischi di chiusure), come spazio di relazione interpersonale prima che di mutuo aiuto.

5.2. Nell'evoluzione più recente degli studi, si è cercato di superare il primo approccio statico, per così dire strutturale, circa la ricognizione delle reti sociali, per vederne le reazioni in movimento, di fronte all'insorgere di situazioni di disagio, di tensione, di dolore. È la nota innovazione dell'inserire il tema della rete sociale entro condizioni di tensione e di dolore (*stress-distress*) in particolare se indotte da fattori sociali. In tale più specifico modello, il cosiddetto *stress/distress model* della sociologia sanitaria, non è tanto la rete come struttura abituale di legami intersoggettivi che conta ma il peso e il reagire o meno della medesima quando insorgono specifiche situazioni di tensione e di sofferenza⁶. In questa ricerca vi sono accenni allo *stress/distress model*; si vedano i saggi di P. De Nicola e di D. Bramanti.

6. Nella presente ricerca, tuttavia, se l'approccio è simile a quello sopra citato in quanto connette rete sociale e insorgenti problemi di assistenza, l'aspetto relazionale prevalente riguarda non specifiche insorgenze di tensione e di malattia, ma situazioni – tipo di famiglie – problema. Precisamente, sono state selezionati, nell'insieme di tre città (Milano, Bologna e Lucca) 1.450 famiglie stratificate su tre campioni:

- 550 famiglie con in casa un anziano di più di 80 anni,
- 450 famiglie con in casa un anziano invalido adulto (dai 18 ai 54 anni),
- 450 famiglie con uno o più figli minori ma con un solo coniuge (per lo più donne).

Dalla molteplicità delle risultanze per ciascuno dei sottogruppi, emerge più come tema problematico che come descrizione di processi già consolidati, che la rete familiare-parentale *fa oggettivamente appello ad una rete più ampia* di quella dello spontaneo *social work* primario e quasi primario, perché pone richieste di servizi pubblici e, in piccola parte di servizi commerciali ma anche di interture di reti associative ed amicali, incluse quelle di volontariato. Tutto col supporto delle reti e delle opportunità telefoniche e, si sa in futuro, di altri mezzi multimediali interattivi, specie là dove tessuti urbani e le condizioni di vita si fanno più complesse, i rapporti di vicinato si indeboliscono, per accresciuta mobilità, e per le difficoltà della mobilità sul territorio specie da parte di anziani.

Abbiamo partiti con il voler riconoscere anche noi la rivelanza delle reti sociali primarie, specie in caso di malattia e di necessità speciali, e concludiamo – come bene conclude I. Colozzi – nel cercare di aprire un più ampio reticolo di reti sociali. Perché, come scrive appunto I. Colozzi, «la grande maggioranza delle famiglie continua a vedere nell'ente pubblico il referente principale delle risposte ai propri bisogni». Ed, al contempo, crescono le famiglie con problemi sostanziali al proprio interno le quali chiedono una maggiore partecipazione alla programmazione e alla gestione dei servizi pubblici esistenti.

Ma spero che l'on. Maria Eletta Marini, cui si deve la forte e insieme coraggiosa azione promozionale per l'effettuazione della ricerca ementa qui esposta nei suoi risultati, possa essere soddisfatta della fiducia che ha dimostrato all'*équipe* di noi sociologi.

Il debito di gratitudine che il mondo del volontariato e dell'azione sociale le deve da tempo, per la pluridecennale azione di valorizzazione e di supporto della dignità del «privato sociale» in Italia, è doveroso aggiungere il riconoscimento di molti di noi scienziati sociali per aver essa creduto, e per credere, al ruolo della ricerca scientifica empirica, nella penetrazione concreta di ciò che si muove e di ciò che si trasforma entro la società civile.

Introduzione.

Una ricerca sulle «strategie di rete» nei servizi per la famiglia: aspetti culturali, sociali e organizzativi

di Pierpaolo Donati

1. Gli obiettivi della ricerca

1. In questa introduzione, il mio compito è soprattutto quello di offrire al lettore la «chiave di lettura» con cui entrare nello spirito della ricerca, mediante l'esplicitazione delle sue ipotesi e assunzioni di sfondo, così da coglierne la originalità e le novità dei risultati, sia sul piano conoscitivo sia su quello delle implicazioni operative.

Nella maggior parte delle ricerche sociologiche che hanno a che fare con le connessioni tra famiglia, emarginazione sociale e servizi di *welfare*, l'obiettivo è in genere quello di vedere in che condizioni la famiglia si trovi, quali ne siano i bisogni in rapporto alla sua composizione, status sociale e altre caratteristiche rilevanti, e quali siano le risposte che vengono date (o non date) a tali bisogni, e in qual modo, tenuto conto della struttura familiare. Tutto questo è contenuto in questa ricerca. Ma essa si è posta un obiettivo più ambizioso, di respiro teorico e pratico più ampio e nuovo.

Essa intende studiare come *l'intreccio* fra l'interno e l'esterno della famiglia, fra il mondo vitale della famiglia immerso in reti primarie più ristrette o più ampie e le istituzioni di aiuto (rappresentate dai servizi pubblici, di privato mercantile e di privato sociale), definisca i bisogni delle famiglie e cerchi di andare loro incontro.

Questa ricerca non si limita ad andare a vedere se, nei casi di maggiori difficoltà dovute alla presenza di un grande anziano, di un handicappato adulto o di un solo genitore, la famiglia «ci sia» e

ipotizza che la famiglia sia un sistema relazionale il quale definisce i suoi bisogni «in relazione» al contesto e ai suoi soggetti. E si assume che il sistema delle cure sia più o di meno capace di far fronte ai carichi familiari nella misura in cui tiene conto di questa relazionalità e si struttura esso stesso «relazionalmente» nei suoi limiti.

Sullo sfondo di questa complessa ipotesi, in base alla quale – teoricamente – ci si attende una corrispondenza qualitativa tra organizzazione familiare e organizzazione dei servizi, il ricercatore può comprendere e misurare il senso e la funzionalità delle azioni effettivamente messe in atto per rispondere alle esigenze di una vita quotidiana molto pesante, vissuta nel tentativo di evitare l'emarginazione dei soggetti più deboli.

Tutto ciò rimanda alla presupposizione che un sistema di risposta (o di intervento) nei confronti dei bisogni familiari sia tanto più ottimale quanto più esso assume la configurazione di un «sistema complesso», in cui bisogni e risposte siano co-relate attraverso una pluralità di attori, formali e informali, di *care*.

Evidentemente, sul piano empirico, ci si aspetta che tale sistema a rete non sia mai pienamente soddisfacente, né tantomeno già dato, o perfettamente definito. Ci si attende invece che queste reti siano nella maggior parte dei casi più disorganizzate che ben organizzate; che esse siano più compromissorie e negoziali anziché consensuali e preordinate; che siano più sovrafunzionali che funzionalmente ben specificate, e che esse siano più aperte alle risorse e ai soggetti eroganti, altamente combinatorie e flessibili piuttosto che unilaterali e normativizzate. La rete può essere più o meno cosciente, più o meno efficiente, più o meno efficace, più o meno ottimale a seconda di una serie di variabili intervenienti di cui la ricerca deve dar conto.

Il senso e l'utilità di questo quadro di ipotesi è semplice: ci si aspetta che, quanto più il sistema a rete esiste ed è capace di autoorganizzazione, tanto più anche i bisogni possono essere affrontati in modo più soddisfacente, e poi si va a vedere se questo è vero oppure no, e perché sì o perché no, e con quali conseguenze. Dalle discrepanze tra realtà attesa e realtà di fatto ci si attendono conoscenze istruttive. Nel caso l'ipotesi sia verificata, se ne possono trarre indicazioni utili sul piano operativo. In caso contrario, si debbono riformulare le ipotesi e le indicazioni pratiche conseguenti.

di cure orientate alla persona. Molte ricerche indagano i «modelli» familiari come fossero «cose»: questa ricerca ha voluto studiare le strutture e i comportamenti delle famiglie non come modelli già-dati o già-strutturati, ma come sistemi relazionali variabili nel tempo che si modificano in relazione alle esigenze di cura delle persone più deboli (bambini 0-12 anni che vivono con un solo genitore – anche se «altri» possono far parte della famiglia –; famiglie con un anziano di 80 o più anni in casa; famiglie con un handicappato adulto in età 18-53 anni).

E ciò soprattutto a fini di intervento e di politica sociale: se, infatti, è vero che le famiglie sono reti relazionali complesse, i loro bisogni vanno definiti come problemi di relazionamento, e così pure le soluzioni a tali bisogni. Il relazionamento è particolarmente interessante se visto dal punto di vista di chi si prende maggiormente cura della persona debole (detto *care-giver*), che, come si vedrà, il più delle volte è la donna (moglie, madre, figlia), in quanto il *care-giver* è un po' «la stella» al centro della rete di sostegno, e dunque è la persona più coinvolta in essa. È lei che deve sostenere la funzionalità dell'intera rete. Si tratta, fra l'altro, di vedere come questo sistema complesso di relazionamenti si organizzi a seconda della classe (o status) sociale della famiglia e del contesto territoriale.

È opportuno segnalare che, in questa linea, viene adottata una concezione *dinamica*, ma non *relativistica* della famiglia. La famiglia cambia nel tempo e nello spazio, ma non è qualcosa che possa essere pensata così come vogliamo. Essa ha le sue regole. Può ampliarsi (per esempio con l'ingresso di un membro) o restringersi (per esempio con l'uscita di un membro), e certamente muta i propri bisogni a seconda del ciclo di vita e delle sue transizioni¹. Ma ciò che la costituisce come famiglia, cioè la sua intima relazionalità come reciprocità piena – insieme di mondo vitale e sistemica – fra i sessi e fra le generazioni, non viene messa in causa, ma semmai viene rafforzata e comunque confermata da questa ricerca.

2. I risultati

1. Non intendo neppure lontanamente riassumere i risultati, quanto mai ricchi e metodologicamente raffinati, che l'équipe di ricerca

ordinata da Ivo Colozzi, e composta da Paola Di Nicola, Giovanni Rossi, Clemente Lanzetti, Donatella Bramanti, ha ottenuto, elaborato, e interpretato. Mi limito qui a segnalare alcune linee portanti delle conclusioni cui i loro contributi pervengono.

Innanzitutto la ricerca ha verificato che la famiglia «esiste», nel senso che essa non «fugge» di fronte ad eventi difficili come la presenza di un handicappato adulto, la perdita di un genitore (a seguito di separazione, divorzio o morte), l'ingresso nella vecchiaia più avanzata. Anzi, eventi come questi danno impulso, il più delle volte, alla mobilitazione di forze solidaristiche latenti che tuttavia riescono a organizzarsi solo se ci sono risorse di rete, altrimenti vanno disperse.

I risultati di questa indagine ci mettono di fronte ad una realtà molto lontana dalle descrizioni asettiche, puramente statistiche, — specie demografiche —, che ci descrivono una famiglia sempre più emarginata e isolata, come se la solidarietà venisse diffusamente negata. Se è pur vero che aumentano i *singles* e le coppie senza figli, e se è pur vero che molte ricerche descrivono famiglie sempre più «frantumate» a seguito di divisione e conflitto lacerante, non è per questo lecito dedurre che la famiglia sia sempre più ridotta al lumicino, o che essa abbandoni e isoli i suoi membri deboli². In questa indagine, al contrario, si sperimenta la famiglia come mediazione sociale³, e la forza persistente di questa mediazione, che è tanto più forte quando c'è una persona debole a rischio di emarginazione sociale totale.

Le ragioni per cui la famiglia riesce ad attivare le sue forze solidaristiche sono tante e diverse a seconda dei casi. Non entro qui su questi aspetti. E non entro neppure sul tema di quanto tale solidarietà sia positiva o negativa agli effetti relazionali, ossia per gli effetti che ha sulla dinamica delle relazioni e sulle singole persone della famiglia. Si tratta indubbiamente di un tema di notevole interesse, sul quale i contributi qui presentati gettano una luce impressionante e su cui occorrerà ancora ritornare, in prossime ricerche, se è vero vogliamo comprendere la qualità della vita familiare, i suoi

Di fatto, in un recente Rapporto sulla solitudine e l'isolamento delle persone in Europa troviamo la conferma che l'Italia si trova agli ultimi posti per numero di individui isolati e abbandonati, perché nella società italiana persiste una forte propensione delle famiglie ad essere solidali con i propri membri deboli: cfr. J.C. Mann. *Célibat ménages d'une personne, isolement, solitude. Un état des lieux*.

bisogni, le sue modificazioni nel tempo, le ricadute di una solidarietà necessaria, scelta o forzata che sia. In ogni caso, dobbiamo constatare che la famiglia non scappa dalle proprie responsabilità. Quando lo fa è perché, il più delle volte, non ha alternative.

E allora ci si chiede: ma come può la famiglia far fronte a condizioni di vita che diventano ingestibili o insopportabili quando c'è un solo genitore che peraltro deve lavorare, o un anziano che deve sostenere un genitore più anziano di lui/lei, quando c'è un figlio adulto totalmente invalido?

2. La risposta è qui che la famiglia non potrebbe farlo se non avesse una rete «intorno» e innanzitutto una rete primaria costituita da parenti, vicini, amici, e volontari 'spontanei' (a titolo personale). Disporre o meno di una tale «rete informale» è cruciale per la capacità di sostenere le solidarietà familiari e opporsi ai processi di emarginazione dei membri deboli.

La ricerca ha verificato che la gran parte delle famiglie hanno una importante rete informale, in una percentuale che va dai 2/3 del totale delle famiglie in su, a seconda del contesto territoriale (maggiore a Lucca e decrescente a Bologna e Milano), mentre nel restante 1/3 delle famiglie la rete può essere più o meno significativa, ma non è mai totalmente assente. In tutti i casi la rete informale modifica il senso pratico della vita familiare, i suoi bisogni, i suoi tentativi di risposta ai bisogni. Essa risulta comunque e dovunque essenziale per poter far fronte alle necessità anche più piccole della vita quotidiana. Senza di essa le famiglie non potrebbero trovare quel minimo di risorse per rendere vivibili le situazioni più cariche di stress e di difficoltà. Naturalmente, questa rete varia nel tempo e nello spazio a seconda di tanti fattori intervenienti che i singoli contributi della ricerca illustrano egregiamente.

Giuridicamente la famiglia è sempre la stessa. Ma, agli effetti del modo concreto in cui la famiglia è percepita e vissuta, la rete — seppure non formalizzata da alcun «stato anagrafico di famiglia» — risulta discriminante. Essa determina gran parte delle effettive scelte e opportunità di vita. In che misura il sistema dei servizi ne tiene conto? Questo è un fondamentale aspetto della ricerca su cui occorre attirare l'attenzione.

servizi si impegnano altrove, là dove la rete manca. Per conseguenza non si attiva nessuna collaborazione e i due mondi (famiglie e servizi pubblici) restano separati. Con gravi disfunzioni, costi più elevati, e la mancata sinergia di motivazioni e competenze fra i settori privato e pubblico.

Il terzo settore (soprattutto il volontariato) più organizzato appare allo stesso invischiato in questa logica: risulta assente quando la famiglia cerca di risolvere da sola i problemi, anche se con grandi sacrifici e tensioni, mentre è presente quando dovrebbe intervenire il servizio pubblico, di cui spesso risulta supplente.

Diverso è il volontariato più spontaneo, che appare ovviamente ai più flessibile e capace di relazionalità nei confronti dei bisogni della famiglia, anche se è indubbio che occorre promuovere una cultura dell'azione volontaria del singolo dotandola di migliori strumenti, abilità e riflessività ⁴.

Quasi assente è la propensione a ricorrere a servizi di mercato (sia a pagamento), di cui si vorrebbe fare a meno, anche se di fatto – specie per gli anziani – essi sono largamente utilizzati (soprattutto al Nord). Praticamente assente è la valorizzazione delle possibili sinergie fra il settore privato di mercato e quello di privato sociale, per via di una forte mediazione esercitata dallo Stato sul primo sociale.

Quali sono le cause di questo stato di cose? La ricerca offre più di una indicazione significativa. La mancanza di collaborazione fra reti formali (professionali) e informali (dalla parentela ai gruppi amicali e al volontariato più spontaneo) può essere ricondotta sia alle famiglie, che talvolta tendono a chiudersi in se stesse, ricorrendo ai servizi pubblici solo quando la rete informale è assente o molto caren-

4. Bene ha fatto L. Cei a sottolineare che la legge-quadro sul volontariato 11 del 1991, n. 266, deve essere interpretata come non escludente, ma anzi come favorevole al riconoscimento, del volontariato non strettamente organizzato: cfr. L. Cei, *Finalità e oggetto della legge*, in L. Bruscutti (a cura di), *La legge sul volontariato. Analisi e commento giuridico*, Cedam, Padova, 1994, pp. 1-10. La presente ricerca contribuisce a chiarire il fatto che tale legge è del tutto insufficiente a promuovere un aiuto informale 'adeguatamente relazionale' nei confronti delle fami-

te, sia, viceversa, al modo di operare dei servizi istituzionali che «non vedono» le reti sociali.

La ricerca ha verificato che entrambe queste cause giocano un certo ruolo (in misura diversa a seconda delle situazioni). Al tempo stesso essa mostra che queste due cause sono correlate fra loro. In altre parole, i comportamenti delle famiglie sono speculari a (e vengono rafforzati da) analoghi comportamenti da parte degli operatori pubblici.

Poiché spetta ai servizi pubblici formali il compito professionale di attivare relazioni più comunicative e collaborative con le famiglie, è soprattutto su questi ultimi che incombe la responsabilità – non indifferente – di prendere coscienza di questo stato di cose e di modificarlo. Si impone un nuovo stile di formazione degli operatori e un nuovo disegno del sistema dei servizi per il benessere. Quale?

Con una risposta sintetica potremmo dire: mettendo la famiglia «al centro» della comunità locale e organizzando i servizi come rete formale-informale di sostegno alle sue funzioni. Si tratta di vedere come fare questo.

3. Le implicazioni operative

1. Oggi, coloro i quali riconoscono che occorre rafforzare la famiglia se vogliamo avere un mondo più umano e anche far fronte ai drammatici problemi del *welfare state* non sono più pochi, come lo erano invece qualche tempo fa, negli anni '70 ⁵. A cavallo fra gli anni '80 e '90 la famiglia è stata rivalutata ⁶. Ma occorre intendersi sul senso di questa rivalutazione.

5. Un recente documento ufficiale, sottoscritto all'inizio di febbraio 1994 come dichiarazione di intenti fra il Ministro per gli affari sociali e i sindacati confederali dei pensionati, richiama il legislatore alla «centralità della famiglia» in vista di una futura legge-quadro sull'assistenza e i servizi sociali («la centralità della famiglia – si legge nel testo –, come quadro di riferimento costante per migliorare la condizione di disagio delle persone più esposte ai rischi della povertà, deve essere mantenuta in ogni programma di sostegno e di tutela dei diritti sostanziali, con l'intento di superare i limiti dell'assistenzialismo»). Non si dice però né come né quando ciò possa essere realizzato. C'è il rischio, forte, che tutto resti lettera morta, o che, nonostante le dichiarazioni formali, la famiglia sia oggetto di una nuova retorica. Le concrete misure che potrebbero evitare l'assistenzialismo, di cui si parla nel documento citato, richiederebbero un riconoscimento della *soggettività della famiglia*, sociale e anche giuridica, cosa che il sistema politico-amministrativo italiano sem-

Anche l'Onu, indicando l'Anno Internazionale della Famiglia per 1994, ha messo all'attenzione del mondo intero la prospettiva secondo la quale molti problemi sociali nascono dal fatto che la famiglia non è messa in grado di assolvere i suoi compiti.

Ma come fare per rispondere a questa indicazione?

Due problemi sono rilevanti e stanno alla base della presente ricerca.

Anche quando si prenda atto della «centralità» della famiglia, a quale «forma di famiglia» si deve fare riferimento? Le risposte sono spesso incerte e ambigue, perché non si riescono a identificare i caratteri e a tracciare i confini della famiglia. Questa indagine non dà una risposta sulla carta. Essa indica che la famiglia deve essere osservata e promossa come «rete solidaristica di sostegno» a fronte del suo carattere «generativo», cioè come relazione di reciprocità fra i sessi e fra le generazioni, seppure in costante connessione con l'esterno. Non è un caso che, proprio quando molti sollevano il problema della «forma familiare» (che dire delle famiglie di fatto? e di tutte le altre forme di ménage?) proprio dalla presente ricerca emerge una realtà sconcertante: lo Stato sociale italiano penalizza l'aggregazione familiare, e la penalizza quanto più è solidaristica. Sotto questo aspetto, le famiglie di cui qui si parla risultano meritorie non solo perché si fanno carico dei propri membri deboli, ma soprattutto perché lo fanno dovendo superare tutte le barriere e penalizzazioni che contro a questa solidarietà pone la collettività politicamente organizzata (sic!). A fini di politica sociale, importa meno discutere la forma della famiglia che prendere atto di una persistente discriminazione delle famiglie solidali rispetto a quelle che non lo sono.

Anche quando ci si trovi d'accordo sulla necessità di prendere atto che i sistemi di *welfare state* totale o quasi-totale sono falliti, chi ne prenderà il posto e chi se ne assumerà i compiti? Solo la famiglia? Evidentemente no, la cosa sarebbe impossibile. La risposta è oggi incerta: molti pensano che le funzioni di gestione un tempo assolte dallo Stato debbano esser prese dal mercato, altri pensano che possa e debba assumerle il privato sociale (in primo luogo: volontariato, associazionismo sociale, cooperazione di solidarietà sociale). Anche su questo punto la ricerca risulta illuminante. Essa chiarisce che non è tanto un singolo attore che conta, quanto le loro relazioni. È evidente che deve esservi una

imparato a giocare cooperativamente fra loro. Cominciano solo ora a guardarsi (se va bene a riconoscersi) reciprocamente, ma questi riconoscimenti sembra talvolta che generino più invidie, gelosie e conflitti che forme cooperative e sinergiche di azione. Che cosa potrebbe portarli a maturare regole di un gioco migliore? La risposta è qui: un sistema a rete.

Vediamo che cosa tutto questo possa significare.

2. Gli interventi di politica sociale per la famiglia andranno completamente ripensati alla luce del fatto che essi sono attualmente troppo rigidi: essi presuppongono un modello di famiglia standardizzato e fisso nel tempo che è del tutto irrealistico, soprattutto nel caso delle situazioni di maggior debolezza sociale. In altri termini le politiche sociali vanno rese più flessibili rispetto alle esigenze delle famiglie come sistemi relazionali che si modificano nello spazio e nel tempo in funzione sia del tipo di persona debole da assistere sia in funzione del ciclo di vita della famiglia stessa.

In una prospettiva di ampio respiro, si tratta di costruire un sistema di protezione sociale basato su «sistemi a rete» che tengano conto delle modulazioni spazio-temporali dei bisogni familiari, attraverso nuove combinazioni di interventi formali e informali, pubblici e privati.

La parola-chiave è qui «cura di comunità» (*community care*), ossia una presa in carico della comunità da parte della comunità stessa, che consideri la famiglia come soggetto e non solo come destinatario passivo dei servizi, in particolare socio-sanitari. Se la famiglia è inserita in un sistema relazionale, è su questo sistema che va fatta la diagnosi dei problemi e va rivolta la terapia sociale. Se la cura è un sistema a rete, occorre che gli interventi per il benessere diventino «interventi di rete». Su questo tema è opportuno soffermarsi, perché non esiste ancora sufficiente chiarezza a suo riguardo, nonostante la crescente letteratura in merito ⁷.

7. Per un excursus su tale nuova linea di politica socio-sanitaria: P. Di Nicola, *Politica sociale e community care*, in P. Donati (a cura di), *Fondamenti di politica sociale*, Nis, Roma, 1993, vol. 2. Per alcuni riferimenti fondamentali: cfr. F. Folgheraiter, P. Donati (a cura di), *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento, 1991; L. Sanicola (a cura di), *Comunità e servizi alla persona*, Cedam, Padova, 1990; L. Sanicola (a cura di), *L'intervento di rete*, Liguori, Napoli, 1993; L. Leone, *Reti, reticoli e politiche pubbliche*, Liguori, Napoli, 1993.

Quale «sistema a rete»? Quale «cura di comunità»? Quali «interventi di rete»?

Cerco qui di delineare in breve quali nuove iniziative possono essere intraprese, il loro *framework* generale, le premesse da cui nascono, le condizioni che richiedono per essere o divenire efficaci e utili, le difficoltà che debbono essere superate, così come la creatività che deve essere attivata, insomma gli scenari possibili, probabilmente inevitabili che la società del 2000 dovrà affrontare per migliorare sotto ogni profilo, sociale, sanitario ed esistenziale, la condizione della persona socialmente debole e della sua famiglia, il suo trattamento e il suo recupero in un *setting* «comunitario».

Prima di entrare in *medias res*, vorrei ricordare che questo nuovo modo di guardare ai problemi della salute ha già una sua storia, che parte dalla dichiarazione dell'Oms ad Alma Ata (1978) e giunge a varie risoluzioni del Parlamento europeo (tra cui quella intitolata «azione comunitaria per il miglioramento delle condizioni degli anziani» del 1988). Il contenuto di questa linea sta nel ritenere auspicabile che ai membri deboli della società, dai bambini agli anziani, non solo consentire, ma proprio affrontare i loro problemi socio-sanitari nel loro ambiente di vita, facendo in modo che il sistema delle cure si configuri come ampia rete di sostegno; che i familiari che si assumono la cura di un bambino, di un portatore di handicap, di un malato, di un anziano, debbano poter contare su un insieme di aiuti formali e informali aventi la caratteristica di una comunità di appoggio, facendo altresì in modo che tale compito non ricada esclusivamente sulle donne.

Con queste direttive ben in mente, cerchiamo ora di capire perché come la politica della *community care* diventa non solo inevitabile, ma anche desiderabile, e sperabilmente più umana per tutti i soggetti coinvolti. Non solo per i malati in senso stretto, ma anche per tutte le persone socialmente deboli, e per gli stessi *care-givers*, cioè coloro che si prendono a cuore i loro problemi.

La condizione delle persone socialmente deboli tende a mutare profondamente, se lasciata a se stessa, soprattutto quanto al tessuto delle relazioni sociali che queste persone hanno con il loro mondo quotidiano. Sono state rilevate alcune linee di tendenza forti: da un

sta tendenza diventa oggi pressoché drammatica. Ma lo stesso accade, ovviamente in forme assai differenti, per i genitori «soli» (in genere: madri). A livello dell'intera popolazione, si nota una tendenza di lungo periodo per cui sempre meno l'anziano vive in una famiglia che non sia composta dalla coppia anziana o dall'anziano solo. E parimenti, la crescente conflittualità o incomprensione fra i sessi provoca la diffusione di una forma familiare con un solo genitore, che mette un numero crescente di bambini «divisi» a rischio di isolamento (nella famiglia) o di istituzionalizzazione (quando ne stanno fuori). L'isolamento, sia sociale sia esistenziale, come sappiamo, è fortemente correlato all'emergere delle malattie croniche⁸ e ad un peggioramento complessivo dello stato psico-fisico-sociale di salute della persona⁹.

La tendenza all'isolamento delle persone deboli è solo in parte il risultato delle modificazioni delle strutture familiari. A tali aspetti, o concomitanti con essi, bisogna aggiungere: da un lato, la diffusione di atteggiamenti culturali che enfatizzano l'individualizzazione degli stili di vita, e, dall'altro, la presenza di risposte rigide da parte dei servizi sociali, sanitari, educativi e anche di tempo libero, che trovano più comodo o più economico gestire la persona problematica (anziano, handicappato, bambino carente di cure) individualmente, senza tener conto e quindi senza coinvolgere la famiglia (che viene chiamata in causa allorché il sistema formale dei servizi non riesce a fare tutto quello che si dovrebbe e occorre quindi «ricorrere» alla famiglia).

3. Di contro a queste tendenze macrostrutturali verso un crescente isolamento sociale (tanto che alcuni cominciano ad invocare «politiche del legame sociale»), durante i due-tre lustri più recenti, le ricerche sociologiche hanno messo in evidenza che la salute psico-fisico-sociale è positivamente correlata alla densità, alla significatività e alla funzionalità delle reti informali in cui le persone vivono. L'isolamento è sovente relativo, nel senso che sussistono, e talora anzi aumentano, le reti informali che, se non in atto, almeno potenzialmente posso-

8. Cfr. P. Donati, *Società e malattia: la cronicità come relazione sociale*, in Id. *Teoria relazionale della società*, Angeli, Milano, 1991.

9. Cfr. l'ampia rassegna di ricerche empiriche, e le prospettive operative, avan-

o essere coinvolte (non tanto e non solo la parentela, ma anche i gruppi amicali, di vicinato, di volontariato, di *self-help* e mutuo aiuto). Queste reti sono solo in parte un retaggio tradizionale (presenti come tali soprattutto nelle aree rurali più periferiche), mentre in buona misura – e una misura sempre più «significativa» (per qualità, più che per quantità) – sono emergenze sociali, cioè relazioni sociali create dai più recenti processi di modernizzazione in contesti urbanizzati. In entrambi i casi, vecchie o nuove che siano, queste reti informali non sono riconosciute dal punto di vista sociale, economico, politico. Per esse non c'è ancora una rappresentazione sociale adeguata, che le valorizzi e le inserisca sia in un mondo vitale significativo e funzionale, sia in un servizio socio-sanitario formale ben organizzato.

Di fronte a questo stato di cose, si è diffusa l'idea, e anche una certa pratica, di cura a domicilio (*home care*). La troviamo in una serie di progetti nazionali e regionali di intervento socio-sanitario. Ma qui occorre spiegarsi.

Il concetto copre un ampio spettro di interventi non ancora ben identificati nelle loro potenzialità e requisiti specifici. Si va dall'assistenza domiciliare, alla spedalizzazione a domicilio, ad altre forme di assistenza nella abitazione dell'anziano, del portatore di handicap, del malato, del bambino «carente» di assistenza. Talora la cura domiciliare è accompagnata da «visite» di *informal helpers* e, nei contesti più modernizzati, da supporti di telefonia sociale. La pratica, però, è ancora largamente sotto le aspettative.

Si tratta di interventi indubbiamente utili per una migliore assistenza. Tuttavia, la *home care*, concepita solo in modo funzionale, facilmente finisce per identificarsi solo con «più assistenza» tecnica, che non risolve la solitudine esistenziale e propriamente sociale, cioè relazionale, della persona debole¹⁰. Si devono attivare reti sociali di contatto, sostegno psicologico, scambi di vita quotidiana, per consentire alla persona debole, a seconda del suo grado di autosufficienza, il massimo di autonomia vitale. In altri termini, la vita di chi – almeno potenzialmente – a rischio di emarginazione va il più possibile «normalizzata»¹¹, nel senso che le si devono dare le oppor-

tunità di vita normale relativamente alla qualità della sua condizione. Il che può essere fatto solo se l'insieme dei servizi formali e informali viene concepito come *community care* e se quest'ultima viene pensata e praticata come linea o criterio direttivo di politica sociale (nel senso di *policy*)¹², cioè non come un risultato spontaneo, ma come oggetto di precise politiche sociali, sanitarie, formative e di sostegno.

Vale quindi la pena di specificare queste politiche, al di là della loro riduzione alle forme di assistenza tecnica di tipo domiciliare.

5. Le principali finalità della *community care* sono:

- mettere la persona debole in grado di vivere una vita il più possibile normale nel suo ambiente di vita, generalmente di tipo familiare, nella comunità locale;
- fornire il giusto ammontare di servizi e sostegni per aiutare la persona debole a raggiungere e mantenere il massimo possibile di autonomia; si tratta di attivare interventi che operino in modo tale da sostenere tutte le abilità della persona dipendente e il suo pieno potenziale di vita;
- dare alle persone una maggiore voce circa il modo in cui vivono la loro condizione svantaggiata, che è tale in grado maggiore o minore, temporaneamente o per il lungo periodo, e circa i servizi di cui abbisognano per essere aiutati a vivere il più pienamente possibile la loro vita.

6. Le principali dimensioni o componenti della organizzazione dei servizi di *community care* richiedono che essa:

- risponda in maniera flessibile e sensibile ai bisogni delle persone, delle loro famiglie e di chi si prende cura di essi;
- permetta uno spettro di opzioni per gli utenti;
- non intervenga più di quanto sia necessario per alimentare l'indipendenza dell'utente e della sua famiglia nel contesto dei gruppi sociali di appartenenza;
- concentri le proprie risorse su coloro che hanno maggiori bisogni;
- pratichi un attivo aiuto delle persone che curano altre persone, gli *informal carers* di anziani, handicappati e bambini dipendenti, con misure e programmi *ad hoc*.

10. Dovremmo in realtà sempre dire, piuttosto, della «relazione debole». Se, infatti, dal punto di vista psico-fisico, deboli sono le singole persone, dal punto di vista sociologico è vero che la debolezza sta soprattutto nelle relazioni.

11. Cfr. N. Malin, *Reassessing Community Care*, Croom Helm, London, 1987.

7. Gli *obiettivi-chiave* della *community care* possono essere così delineati:

- promuovere lo sviluppo di servizi domiciliari e di servizi diurni e di appoggio (come quelli di sosta o respiro, detti di *respite*) che consentano alle persone di vivere nelle loro famiglie tutte le volte che ciò sia fattibile e sensato; bisogna rendersi conto che il modo di operare dei servizi e dei sistemi di finanziamento degli interventi ha sinora operato contro questa linea;
- assicurare che chi ha il compito di fornire servizi socio-sanitari dia la priorità ad un effettivo sostegno del personale di cura;
- elevare la qualità degli interventi mediante un'appropriata valutazione (*assessment*) dei bisogni e una migliore competenza per la «gestione del caso» (*case management*) (i pacchetti di cura devono essere scelti in rapporto alle specifiche situazioni e in accordo il più possibile con le preferenze delle persone target);
- promuovere lo sviluppo di un settore di privato sociale di buona qualità e professionalità accanto a servizi pubblici che controllano la propria qualità; gli enti pubblici dovrebbero agire come sostenitori di agenzie autonome di privato sociale, la cui funzione è anche quella di accrescere il raggio delle possibilità e delle scelte degli utenti;
- chiarire meglio le responsabilità delle agenzie formali e di privato sociale in modo da rendere più facile e trasparente la loro rendicontabilità;
- introdurre una nuova struttura di finanziamento per le cure sociali che assicuri un miglior valore delle prestazioni date in cambio di danaro fiscale (si tratta di incentivare le forme di assistenza domiciliare e di *networking*).

8. Le *responsabilità-chiave* dei servizi sociali e sanitari nei prossimi anni saranno:

- realizzare una *appropriata valutazione dei bisogni personali* di servizi sociali (inclusi le cure infermieristiche domiciliari e residenziali) in collaborazione con medici, infermieri e altri operatori sociali, prima di decidere quali servizi dovrebbero essere dati alla persona;
- *disegnare dei pacchetti di servizi accertando contemporaneamente le esigenze sia delle persone in stato di bisogno sia di coloro*

erogatori diretti, ma sviluppando il ruolo di compratori, coordinatori e controllori di agenzie di vario tipo, in modo da diventare autorità che mettono in grado i gruppi primari e secondari di essere il più possibile autonomi;

- stabilire delle procedure per ricevere osservazioni, indicazioni e reclami da parte degli utenti dei servizi;
- fare il monitoraggio della qualità e dell'efficacia rapportata ai costi dei servizi, con l'appropriato parere del personale sanitario, sociale e di altro tipo;
- stabilire anche forme di contribuzione economica degli utenti per coprire i costi totali dei servizi domiciliari e residenziali in accordo con fasce di reddito familiare.

Le parole-chiave del prossimo decennio saranno, con tutta probabilità: *salvaguardare ed elevare la qualità dei servizi*; «*normalizzare*» le cure, nel senso di dare a tutti le opportunità per una vita «normale» in relazione alle proprie condizioni (in particolare *familiarizzando le cure*); *investire in un appropriato addestramento del personale*; *valutare i bisogni in relazione al singolo 'caso'* (diffusione della figura del *case coordinator*); *promuovere la capacità degli operatori di formare dei pacchetti di servizi personalizzati da gestire responsabilmente in relazione al singolo 'caso' (case manager)*; *organizzare servizi centrati-sul-cliente e anche iniziati-dal-cliente*.

Si suppone, con ciò, che diventerà rilevante soprattutto la qualità della formazione e delle abilità pratiche degli operatori formali e informali (*nuova leadership nei servizi*; *nuova professionalità degli operatori socio-sociali* come valutatori del caso, manager del caso, coordinatori di agenzie differenziate per la effettiva erogazione del pacchetto di cura ad elevata qualità). E tutto ciò in funzione di una direzione-guida: accrescere l'autonomia e le possibilità di scelta da parte delle persone bisognose di aiuto e cure.

9. Ne discendono una serie di *implicazioni operative* per i servizi socio-sanitari. Innanzitutto il necessario coordinamento fra aspetti sociali e sanitari, che in Italia ha segnato il passo negli ultimi anni. E poi una presenza significativa e non residuale dell'informale, opportunamente sostenuto dall'ente pubblico, in generale l'ente locale, che deve adottare un atteggiamento e una pratica non strumentale verso di esso. Si pensi a nuove forme di intervento come il cosiddetto «ospedale a domicilio», la creazione di una rete ad hoc mediant...

Che cosa ne può discendere per i piani sociali e sanitari, ma anche formativi e speciali, a livello regionale e locale (Usl, Comune, ecc.)? Come debbono essere ristrutturati gli interventi formali? Quali competenze debbono essere richieste al personale professionale e informale? Come promuovere, e non solo riconoscere, l'idea e la pratica della *community care* in quanto politica del ben-essere globalmente inteso?

La proposta, emergente un po' ovunque in Europa, è che *si deve ripensare completamente la politica socio-sanitaria come politica della comunità locale per e da parte della comunità stessa osservata nell'ottica delle reti familiari* ¹³.

Ciò comporta un profondo ri-orientamento delle politiche dei servizi, non solo sociali e sanitari, centrali e locali, e dei relativi «piani». La programmazione deve cambiare filosofia, nel senso che lo Stato (i ministeri), le regioni, gli enti locali, le Usl e gli altri attori istituzionali dovrebbero orientarsi a emancipare una *caring society*, agendo da «ordinatori generali», e non già come «gestori del tutto». Il ruolo delle nuove iniziative di privato sociale (forme di cooperazione di solidarietà sociale, volontariato anche semi-professionale, mutualità, associazionismo di auto e mutuo-aiuto, formazione di aggregazioni autogestite, ecc.) non può più essere pensato come residuale o puramente integrativo se e laddove ne emerge il bisogno *ex post*, ma come scelta strategica preventiva del bisogno, come struttura permanente, s'intende disegnata dentro la cornice di uno Stato sociale che non abdica alle proprie responsabilità collettive ¹⁴.

Si tratta di vedere la *community care* come la grande sfida del futuro, che ha sempre più bisogno di una comunità scelta, ben organizzata, vitale, non di un concetto tradizionalistico o astratto che faccia riferimento a gruppi sociali arretrati oppure a impossibili programmazioni dall'alto. La *comunità* di cui qui si parla è una scelta, sempre da rinnovare, fra persone che condividono un problema (o un insieme di bisogni), formulano un progetto di risposta e attivano strumenti e risorse per realizzarlo. Si tratta di attivare un nuovo processo di politica sociale in senso lato che va dal basso all'alto (*bot-*

tom up) e poi ritorna riflessivamente dall'alto al basso (*top down*), e così via, sapendo valorizzare tutte le espressioni autonome delle società come forme dell'autonomia sociale e dell'innovazione. Questa è la sfida ¹⁵.

La soluzione degli immani problemi delle persone svantaggiate, emarginate, isolate, a rischio, e in generale di chi ha bisogno di assistenza e cura orientata alla persona e dimensionata sulla sua situazione familiare, richiederà sempre più una visione meno dipendente dallo Stato, meno burocratica e «impiegatizia» di quella tradizionale messa in atto dagli operatori formali, dando un nuovo ruolo alla società come società «civile». Questo è il messaggio che una ricerca come questa lancia ai responsabili della politica sociale.

10. A me qui preme insistere sul fatto che la prospettiva della *community care* non è né un *optional*, né una forma residuale di cure poste a carico della famiglia-parentela e di reti primarie che agiscono in assenza dello Stato e del mercato: è piuttosto l'*intreccio* fra tutte queste presenze, è la loro collaborazione, interdipendenza, sinergia.

Gli studiosi sanno che le politiche pubbliche, e i relativi servizi sociali amministrati da operatori dipendenti da enti pubblici, sono stati sinora pensati in maniera inadeguata, e poggiano su una serie di assunti che hanno basi sociologiche assai fragili, proprio perché non tengono conto del fatto che l'aiuto socio-sanitario non è solo un compito «formale» di organizzazioni a diretta emanazione del *welfare state*, ma viene largamente svolto anche da «attori informali». L'aver dimenticato e rimosso le reti informali ha portato a risultati poveri, deludenti, fallimentari. Il risultato è stato e tuttora è che nel cuore della politica pubblica di *social care* c'è un vuoto che con tutta probabilità porta a provvedimenti inefficaci o deteriori per le persone in condizione di bisogno. Se si vuole intervenire in modo corretto, pertanto, si deve pensare e organizzare *sistemicamente* l'intervento come collaborazione fra reti formali e reti informali.

Le reti informali non sono un «miracoloso toccasana». Ma sono indispensabili. E gli operatori socio-sanitari non possono esimersi dal dover apprendere come costruire sistemi di coinvolgimento e distacco con esse.

Non si tratta di farsi illusioni. Non dobbiamo creare dei miti. Le reti informali sono deboli e necessitano a loro volta di essere soste-

13. Cfr. P. Donati, *Le politiche familiari in Europa: ripartire dalle comunità locali*, in P. Donati, M. Matteini (a cura di), *Quale politica per quale famiglia in Europa*, Angeli, Milano, 1990; P. Donati, F. Ferrucci (a cura di), *Verso una nuova cittadinanza della famiglia in Europa*, Angeli, Milano, 1994.

nute. Le direzioni del cambiamento sociale portano ogni giorno di più, specie nelle grandi aree metropolitane, a reti primarie (familiari e parentali) più disperse, frammentate, con minori opportunità di avere *informal carers* (parenti, familiari, amici, vicini, volontari spontanei) a disposizione. È in atto un ulteriore processo di privatizzazione della società, che aumenta il numero delle persone sole, isolate, che non possono disporre di aiuti informali. Questi fenomeni indubbiamente creano perplessità e dubbi circa il fatto che la comunità possa dare servizi al posto dello Stato. Ma, se si studia bene il problema, si vedrà che solo creando contesti di comunità si potrà far fronte a quelle crescenti ingiustizie, dilacerazioni e patologie sociali che le società complesse, intrinsecamente rischiose, portano con sé.

11. Si tratta di trovare la chiave giusta per non sottovalutare e neppure sopravvalutare l'importanza e il ruolo della *community care* come presa in carico della comunità da parte della comunità, in tutte le sue componenti, professionali e non. Come ogni altro approccio o strumento di intervento, anche questo può essere usato in modo distorto o essere strumentalizzato. Ciò non toglie che, con tutto questo, questa linea di intervento socio-sanitario abbia già trovato un ampio riconoscimento e nuove applicazioni all'estero. In Gran Bretagna, a cavallo fra la seconda metà degli anni '80 e i primi anni '90, diversi Rapporti governativi (tra cui principalmente: il Rapporto della Commissione Uadi intitolato *Making a reality of community care. A Report by the Uadi Commission* del 1986, e il Rapporto Griffiths intitolato *Community Care: Agenda for Action* del 1988) hanno specificato contenuti, modalità e ricadute operative della *community care*, che poi hanno avuto una concreta traduzione in atti legislativi (vi si fa usualmente riferimento come *Community Care Act*) che hanno prodotto e stanno producendo molte esperienze innovative in quel paese, in gran parte positive, anche se necessitanti di un continuo monitoraggio e di sempre ulteriori aggiustamenti *in itinere*.

Gli obiettivi sono certamente ambiziosi. Ma la società del prossimo futuro non può rinunciarvi, pena una alienazione ed una emarginazione sempre più diffuse. Bisogna puntare a che l'implementazione delle linee di *community care* qui tratteggiate significhi una crescita delle capacità di tutti gli operatori, formali prima di tutto, ma anche informali, affinché:

- le persone che ricevono aiuto abbiano più voce e una più ampia scelta a riguardo di ciò che viene fatto per aiutarle;
- le persone siano aiutate a vivere nelle loro famiglie il più a lungo possibile, oppure in un ambiente il più possibile domestico, in modo che le case residenziali e protette e le cure istituzionalizzate siano riservate a coloro per i cui bisogni non si può provvedere in altra maniera.

Queste sono le finalità che il presente Rapporto addita come congrue con le domande delle famiglie. Se molte proposte si concentrano principalmente sui mezzi, ciò è dovuto al fatto che il nodo sta proprio lì: la mancanza di una «cultura degli strumenti relazionali» per un più attento ed efficace servizio di *care* delle persone.

È opportuno ribadire l'importanza che ogni comunità locale assicuri, sia a livello manageriale sia a livello politico, che vi sia qualcuno, incaricato di gestire politiche di *community care*, che dispone del controllo sulle risorse necessarie. Solo così si potrà aiutare la famiglia debole o a rischio di emarginazione: creando nuove opportunità per migliorare la qualità dei servizi disponibili e ottenendo da essi migliori prestazioni in relazione ai costi. Ciò che sino ad oggi è stato un progresso «fuori della norma», dovrebbe diventare la norma.

Cercare di rappezzare il sistema tradizionale di *welfare*, centralizzato e standardizzato, non consentirebbe di mirare al problema nodale della creazione di nuove reti e disperderebbe i benefici che possono essere ottenuti con un'azione più concentrata sui casi e le situazioni valutate in modo specifico. Esiste l'opportunità di creare una *partnership* nella offerta di servizi – tra il governo centrale e quello locale, tra i servizi sociali e quelli sanitari, tra le amministrazioni pubbliche e i settori privati e volontari, tra i professionisti e gli individui, a beneficio di quelli che sono in condizione di bisogno. La strategia della presa in carico della comunità da parte della comunità è un insieme di strumenti e di proposte che vanno viste nella loro efficacia globale. Ciascuna, presa di per sé, sarebbe del tutto insufficiente. Occorre mirare a rendere possibile che questa opportunità di approccio globale decentrato e autonomo sia raggiunta in maniera diffusa, come nuovo stile di cura delle persone e delle famiglie.

Il ruolo del settore pubblico è essenziale per assicurare che le cure siano effettivamente date, mentre *il come* sono date è una consi-

Solo così, peraltro, potremo allinearci all'Europa, e alla stessa svolta di recente attuata proprio in quei paesi scandinavi che fino agli anni '80 sono stati l'emblema del *welfare state* a impianto statale.

12. Da tempo, anche in Italia, andiamo sviluppando una siffatta concezione della politica sociale non disgiunta da una sensibilità per ciò che è umano. Abbiamo elaborato concetti e metodologie di rete forse anche in una maniera teoreticamente più complessa di quanto non avvenga all'estero. Mi preme qui sottolineare il carattere professionale, scientificamente fondato, di questo approccio, che siamo venuti chiamando «intervento di rete»: un modo di pensare e di fare lavoro sociale e sanitario che osserva i problemi della emarginazione e dell'isolamento come problemi generati da relazioni sociali, e mira a risolverli non già in base a fattori puramente individuali/volontaristici o, per converso, puramente collettivi/strutturali, ma attraverso nuove relazioni sociali e nuovi relazionamenti di relazioni. A nessuno sfugge la complessità implicata in/da un tale approccio, il quale aspira ad esprimere una teoria e un metodo per gestire ordini più complessi di realtà. E di farlo *operativamente*, come gestione di «un caso in un contesto», cioè come *case management*.

Chi deve attivare tali relazionamenti per le cure delle persone e delle famiglie deboli? La risposta è: certamente i professionisti, ma anche gli operatori informali, e quindi ciò che diviene sempre più rilevante è la loro possibilità di connessione, collaborazione, comunicazione costante, che coinvolga gli stessi soggetti bisognosi di cure. Nessuno di questi attori può attivarsi al meglio se non è aiutato da chi lo osserva e interagisce con lui/lei all'interno di una rete più ampia che è rilevante sia per la generazione che per la possibile soluzione dei problemi di disagio, dipendenza, stato di bisogno grave.

Anche gli operatori formali debbono rendersi conto che ogni singola relazione (fra Ego e Alter) ha sempre dei deficit di auto-gestione, per il semplice fatto che non può essere osservata e agita unilateralmente. Per poter realizzare migliori potenziali di adeguatezza, la relazione fra chi dà e chi riceve aiuto deve necessariamente essere osservata e sostenuta da altre relazioni che la osservano e la possono positivamente influenzare dall'esterno, e tuttavia all'interno di un sistema relazionale più generale, che è la rete significativa di Ego e

scrittivamente sia normativamente, punta non sugli individui come tali, né sulle strutture sociali come tali, ma sulle relazioni sociali – sulla loro analisi, interpretazione e valorizzazione – come presupposto generativo dei problemi, e come via per la possibile risoluzione degli stessi.

Dal punto di vista di ciò a cui l'intervento di rete tende, si tratta di produrre un cambiamento che consenta ai soggetti di gestire le proprie relazioni significative (in atto o potenziali) attivando le risorse umane e materiali presenti, in modo manifesto o latente, nel contesto di riferimento, in modo da realizzare una auto-regolazione adeguata o almeno sufficiente a far fronte a problemi di cura e sostegno che sarebbero altrimenti percepiti e tematizzati soltanto come problemi di singoli attori oppure di entità collettive astratte.

La promessa di un tale approccio sta nel mantenere collegati fra loro il sociale e l'umano, l'intervento tecnico e l'attenzione alla persona in quanto espressione di una dignità, con sentimenti, valori e identità proprie, che non possono essere ignorate o rimosse senza con ciò indurre fallimenti, delusioni, nuovi problemi, o addirittura effetti perversi.

Particolarmente in Italia, dove il sistema politico-amministrativo risulta ancora altamente incapace ad affrontare i problemi della famiglia e dell'emarginazione sociale, si apre una nuova fase storica. Quella di *nuove politiche sociali, non più meramente statuali, ma a configurazione relazionale*, il che significa progettate e realizzate da una pluralità di attori e implicanti misure maggiormente *de-legisficate* (cioè perseguite attraverso misure amministrative anziché legislative) e anche più *de-normativizzate* (tali, cioè, da non operare per comando o attraverso una condizionalità astratta, ma piuttosto in base ad un approccio che punta sulle solidarietà primarie e associative, in sinergia con gli altri settori). Un approccio che altrove ho chiamato di «guida relazionale di rete».

La speranza è che questo Rapporto possa offrire, almeno a chi lo leggerà, ragioni valide e suggerimenti significativi per perseguire concrete azioni di innovazione nel campo dei servizi alle persone.

1. Struttura e dati di base della ricerca

di Clemente Lanzetti

1. L'impianto generale

L'obiettivo di questo capitolo consiste nel fornire un quadro di riferimento globale, illustrando alcuni dati essenziali sulle caratteristiche socio-strutturali delle famiglie e gli indici costruiti per utilizzare in forma aggregata le numerose informazioni raccolte.

L'articolazione del questionario, somministrato in forma diretta al soggetto che più degli altri si prende cura della persona in difficoltà (anziano, invalido o minore), poggia su quattro sezioni, che nella logica della ricerca sono strettamente connesse. Queste sono:

le caratteristiche delle famiglie dal punto di vista della composizione, della struttura e della funzione svolta da specifiche figure come quella del care-giver;

i bisogni dei diversi tipi di famiglia in ordine alle esigenze non solo del membro debole, ma anche di chi se ne fa carico in prima persona;

le risorse che vengono attivate dalla famiglia al suo interno e all'esterno, ponendo attenzione alla connessione di quattro sottosistemi:

- le reti primarie o informali sia parentali che amicali;
- il terzo settore, cioè la società civile che si organizza spontaneamente;
- lo stato con i servizi pubblici;
- il mercato con i servizi a pagamento.

La cultura dei servizi, cioè l'ottica delle famiglie in materia di poli-

2. Le caratteristiche socio-strutturali dei soggetti assistiti e delle loro famiglie

Le famiglie cui fa riferimento questa ricerca, pur presentando un'omogeneità di fondo, in quanto accomunate dall'esigenza di dare risposte particolarmente impegnative a causa della presenza di un soggetto, che comporta un carico di cura alquanto rilevante, risultano essere notevolmente differenziate da diversi punti di vista.

Infatti nei tre tipi di famiglia il membro debole si colloca in tre periodi diversi dell'esistenza (infanzia, età adulta ed età anziana), che coincidono con altrettante fasi del ciclo di vita familiare. Questo fa variare sia i bisogni, cui la famiglia deve far fronte, sia le strategie da porre in atto per affrontarli, sia le risorse disponibili.

I dati che seguono ci introducono all'analisi di questa omogeneità e di questa varietà.

Le famiglie che compongono *il campione* sono 1450 e interessano tre città (Milano, Bologna e Lucca), che presentano contesti urbani ben differenziati.

La costruzione dei sottocampioni

- «famiglie con un anziano di ottanta o più anni» (550 casi);
- «famiglie con un invalido adulto, cioè di 18-54 anni, che abbia un grado di invalidità totale» (450 casi) e
- «famiglie con almeno un bambino piccolo, in cui sia assente uno dei due genitori» (450 casi),

è illustrata nel capitolo riservato alla metodologia della ricerca ed è stata effettuata in modo da rispondere rigorosamente a criteri di rappresentatività statistica.

2.1. Le famiglie con anziani

Gli **anziani** sono risultati avere un'età media di 84 anni e sono nella maggioranza donne (58%). Il loro livello di scolarità è alquanto basso: due su tre hanno frequentato solo la scuola elementare. Non mancano comunque i diplomati e i laureati, che raggiungono il 13%.

Generalmente si tratta di persone che in passato o facevano le casalinghe (28%) o esercitavano professioni con mansioni non elevate. Fa eccezione una quota che si aggira attorno al 20%. Può essere in-

Tab. 1 - Età media e scolarità degli anziani e degli invalidi

Scolarità	Anziani %	Invalidi %
Analfabeta o elementari non terminate	27,9	29,0
Licenza elementare	42,0	20,6
Medie inferiori o qualifica professionale	16,7	36,4
Medie superiori o laurea	13,4	14,0
Età media	84 anni	36 anni

La tipologia familiare dell'anziano risente indubbiamente del fatto che il sistema famiglia si trova alla fase finale del suo ciclo di vita: la famiglia modale è quella della coppia (38%) e la presenza contemporanea del coniuge e dei figli, cioè la famiglia nucleare, è alquanto ridotta (11%).

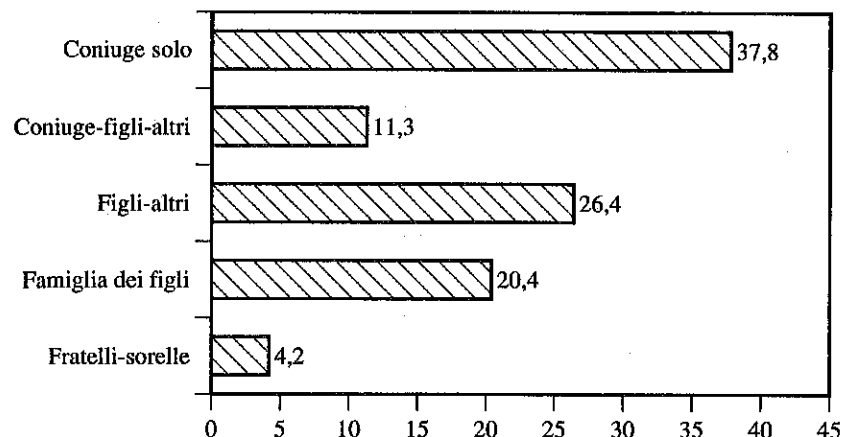
I figli, tuttavia, che per un processo naturale, crescendo, tendono ad allontanarsi dal nucleo di origine, spesso poi si ricongiungono al genitore rimasto senza coniuge accogliendolo nella loro casa. Questo spiega come la figura dominante, comunque, sia quella dei figli, presente nel 58% dei nuclei di coabitazione con diverse combinazioni dal punto di vista della struttura di convivenza (graf. 1). In particolare va evidenziata, per il significato che può assumere dal punto di vista sociale, la situazione in cui l'anziano vive con la famiglia dei figli (famiglia allargata), che nel nostro campione raggiunge il 20%.

Vi è infine un 4% di famiglie in cui l'anziano vive con fratelli o sorelle, senza che vi siano né il coniuge, né i figli.

Naturalmente questa tipologia non considera i numerosi casi in cui l'anziano ultraottantenne rimane solo. In Italia l'indagine multi-scopo sulle famiglie, effettuata dall'Istat nel 1990, ha reso noto che gli anziani ultraottantenni soli raggiungono ormai il 43%. Da una nostra verifica all'anagrafe del Comune di Milano il dato risulta confermato: nella metropoli milanese gli anziani soli con 80 o più anni sono 27.300, cioè il 44% di tutti gli anziani della stessa fascia d'età.

Un'ultima osservazione sulla struttura di queste famiglie può essere fatta pensando all'età delle persone che le compongono. A questo riguardo è bene evidenziare che vi sono nel nostro campione due situazioni in cui si hanno nuclei familiari con soggetti tutti anziani: in alcuni casi, l'anziano vive solo con il coniuge senza altre persone

Graf. 1 - Famiglie con anziani (l'anziano vive con)



2.2. Le famiglie con invalidi

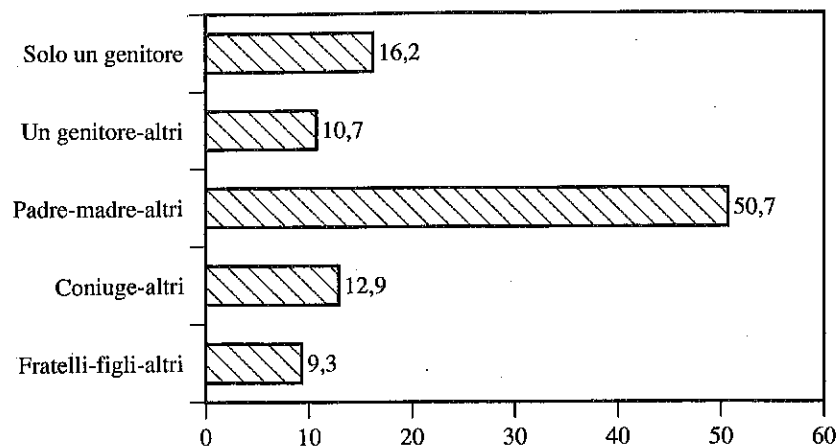
Decisamente differenti sono la tipologia familiare e le caratteristiche personali dell'invalido.

È indispensabile sottolineare in via preliminare che i disabili, oggetto di studio di questa ricerca, comprendono gli invalidi civili, i ciechi e i sordomuti adulti non ricoverati, cui è stata riconosciuta l'invalidità totale. Hanno un'età media di 36 anni e sono in prevalenza maschi (56%). In pochi casi, meno del 15%, esercitano una professione.

In questi soggetti la condizione di grave disagio, causata dall'invalidità, è per lo più aggravata dal basso livello di scolarità. In una quota non marginale ci troviamo di fronte a persone analfabete (18%) o che non hanno terminato la scuola elementare (11%). Non mancano comunque i laureati che raggiungono il 3,7%.

La famiglia di appartenenza risulta mediamente più giovane e più ampia di quella degli anziani. Il tipo prevalente è quello della famiglia nucleare, che vede presenti, accanto all'invalido, entrambi i genitori (51%). Numerose, tuttavia, sono le situazioni in cui manca uno dei due genitori. Queste forme di convivenza monogenitoriale interessano il 27% del campione.

Graf. 2 - Famiglie con invalidi (l'invalido vive con)



2.3. Le famiglie monogenitoriali con minori

I minori presenti nelle famiglie oggetto della ricerca sono quasi equamente distribuiti tra coloro che hanno un'età prescolare e coloro che già frequentano la scuola elementare.

Circa un terzo ha fratelli o sorelle e nella stragrande maggioranza abitano con la madre. Vivono con il padre solamente nell'8% dei casi.

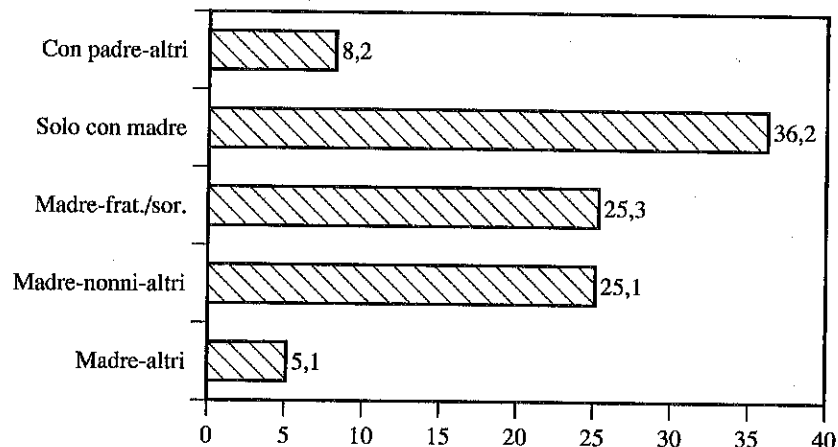
Va notato poi che la madre si trova il più delle volte sola con il figlio o i figli (62% dell'intero campione).

Solo in un caso su tre vi sono altre figure accanto al genitore (famiglia allargata) e si tratta, generalmente, di nonni (graf. 3).

In sintesi le figure più ricorrenti nei tre tipi di famiglia sono per gli anziani «i figli», per gli invalidi «i genitori» e per i minori «la madre».

Dal punto di vista della dimensione la famiglia con invalidi è quella mediamente più numerosa; tuttavia è anche quella che meno si allontana dal modello nucleare. Sia gli anziani che i minori, invece, hanno una consistente presenza di «famiglie allargate», perché gli uni si appoggiano alla famiglia dei figli (20%) e gli altri a quella dei nonni (25%).

Graf. 3 - Famiglie monogenitoriali con minori (il minore vive con)



minori le famiglie monogenitoriali diadiche, che in un caso sono il 16% e nell'altro il 36%.

3. Gli indici

Nell'elaborazione dei dati una parte importante è stata quella relativa alla formazione di «indici».

Per indice intendiamo una variabile creata sintetizzando diverse informazioni, che sono tutte riferibili ad una stessa dimensione.

Se si prende ad esempio come dimensione l'autonomia dell'anziano o dell'invalido, per costruire l'indice potranno essere considerati tutti gli indicatori che forniscono informazioni sul grado di indipendenza che questi soggetti hanno dagli altri nel fare determinate attività o nell'eseguire determinati compiti.

Ogni indicatore, adeguatamente ponderato con valori standard, concorre ad attribuire ad ogni soggetto un punteggio.

L'insieme dei punteggi di tutti gli indicatori di autonomia, espresso in un punteggio medio, colloca ogni soggetto su una scala, che va da valori bassi a valori alti di autonomia con una gradazione molto

Naturalmente non va dimenticato che la validità di un indice non dipende solo e principalmente dal numero delle informazioni che sintetizza, ma dalla bontà degli indicatori che lo compongono: questi ultimi devono misurare in modo chiaro e univoco quanto l'indice vuol rappresentare.

Qui di seguito illustreremo i principali indici utilizzati nella nostra ricerca e vedremo di fare alcune prime considerazioni su come si caratterizzano i tre tipi di famiglia rispetto a queste variabili sintetiche.

Dal punto di vista del contenuto gli indici possono essere classificati, seguendo lo schema già illustrato dell'impianto della ricerca, in due gruppi: gli indici che evidenziano i bisogni della famiglia e della persona assistita e gli indici che hanno attinenza con le risorse, interne ed esterne alla famiglia.

Schematicamente risultano così articolati:

- a) bisogni
 - indice di status,
 - indice di autosufficienza;
- b) risorse
 - indici di aiuto (da parte delle reti informali, del terzo settore, del mercato e dello stato),
 - indice di diffidenza della famiglia (nei confronti di chi può dare aiuto),
 - indici di interscambio e chiusura del care-giver,
 - indici di utilizzazione e soddisfazione dei servizi,
 - indici di attesa e fiducia verso i parenti, gli amici, i volontari e lo stato.

3.1. Le scale riferite ai bisogni

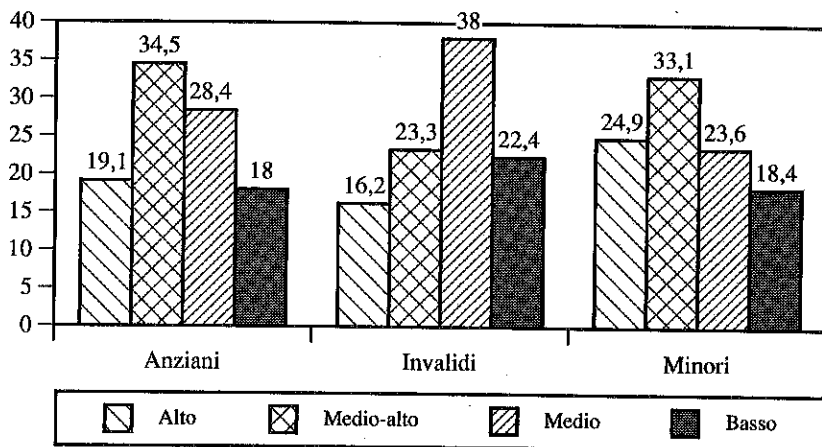
3.1.1. L'indice di status

L'obiettivo perseguito nell'elaborare l'indice di status è stato quello di sintetizzare le diverse informazioni di carattere socio-economico rilevate sul nucleo di convivenza, per collocare la famiglia lungo una scala di disuguaglianza sociale.

A tale scopo si è fatto riferimento a quattro aspetti ¹:

- il reddito medio pro-capite, partendo dal reddito della famiglia e

Graf. 4 - Indici di status



- il livello socio-economico della professione ² dei membri della famiglia, ricavando poi un valore medio,
- la proprietà o meno dell'abitazione.

In nota è possibile trovare indicazioni più particolareggiate sulla procedura seguita nel costruire l'indice.

Il graf. 4 riporta la suddivisione in quattro classi del punteggio relativo all'indice di status in ogni tipo di famiglia.

Le famiglie di invalidi, che tra l'altro sono anche quelle più numerose e quelle che sostengono costi più elevati nella cura della persona da assistere (tab. 2), risultano essere quelle più disagiate dal punto di vista socio-economico. Uno status basso, infatti, è presente tra queste nel 22% dei casi, contro il 18% degli altri due sottocampioni.

Tra le famiglie monogenitoriali con minori si nota la presenza di una quota più elevata di nuclei che appartengono ai ceti medio-alto e alto, che sono per l'appunto quelli che più facilmente ricorrono alla separazione e al divorzio. Da parte di questo tipo di famiglia, comunque, è più frequente la richiesta di un aiuto economico (tab. 2).

La spiegazione va ricercata probabilmente nel fatto che le spese per il mantenimento e la cura del minore sono notevoli e spesso il

Tab. 2 - Spese sostenute mensilmente per la cura dell'anziano, dell'invalido o del minore e richiesta di aiuto economico

	Costo medio mensile per la cura Lire	Richiesta di aiuto economico %
Anziani	218.170	22
Invalidi	336.230	25
Minori	270.510	41

3.1.2. Gli indici di autonomia

Estremamente importante per definire i bisogni dell'anziano e dell'invalido è la conoscenza del grado di autonomia nelle diverse attività della vita quotidiana.

La costruzione di strumenti di valutazione dell'autonomia/dipendenza, che possano essere applicati ad un numero esteso di soggetti in forma standardizzata, è stata e tutt'ora è un'esigenza molto sentita da sociologi, medici, psicologi e operatori sociali. Il problema è avvertito soprattutto nei confronti di quelle categorie di soggetti che sono afflitti da forme di dipendenza fisico-sociale, che portano ad un progressivo deterioramento delle condizioni di vita.

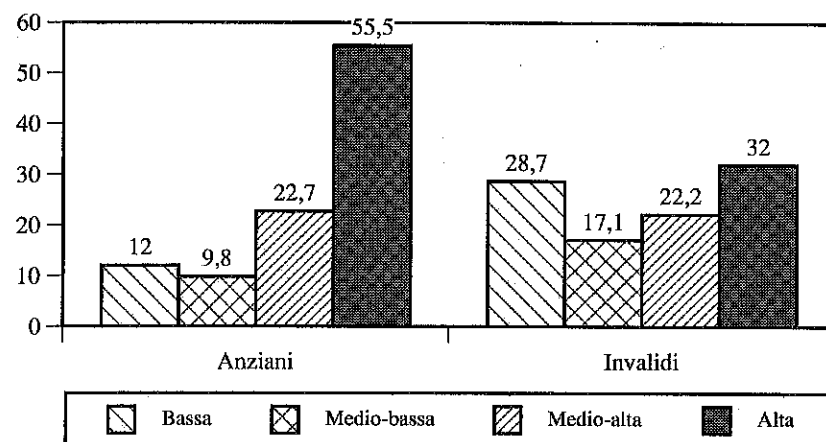
I tentativi fatti in questa direzione sono numerosi. Tra i più noti si possono ricordare le scale di valutazione di:

- Leroux, «Echelle d'expression de l'autonomie: Geronte»;
- Lawton M.P. *et al.*, «Instrumental Activities of Daily Living Scale»;
- Katz S. *et al.*, «Index of Activity Day Life»;
- Grauer H. *et al.*, «Geriatric Functional Rating Scale»;
- Sarno S.E. *et al.*, «Functional Life Scale».

L'Organizzazione mondiale della sanità, anche a seguito della necessità di effettuare studi comparabili sulle condizioni dell'invecchiamento delle popolazioni dei paesi ad alto sviluppo industriale, ha promosso la raccolta e la classificazione di questionari, scale, tests e check-lists, finalizzati alla misurazione dei gradi di autonomia e dipendenza delle persone anziane ³.

Si tratta, generalmente, di strumenti utilizzati da ricercatori, operatori sociali, infermieri, medici sia in ambito diagnostico che pro-

Graf. 5 - Indici di autonomia nelle attività fondamentali



dologici e professionali e dall'altro, l'opportunità di privilegiare una valutazione multidimensionale, in conformità ad un concetto di «salute/malattia», che considera contemporaneamente la dimensione fisica, psichica e relazionale.

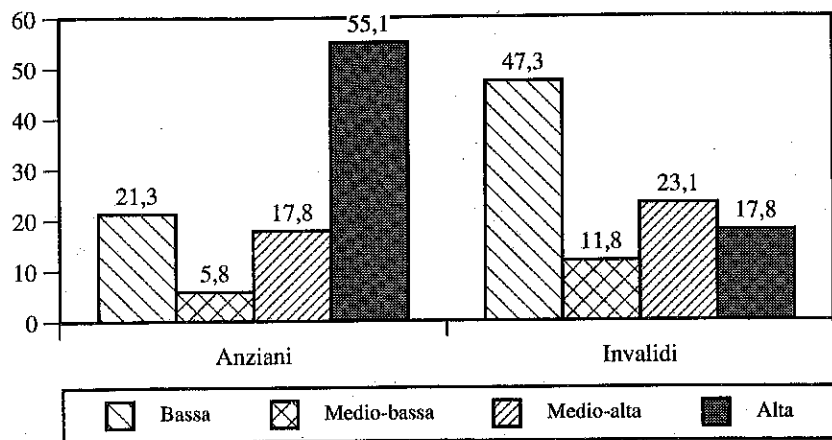
Nella costruzione del nostro strumento di valutazione ci siamo riferiti soprattutto alle scale che prendono in considerazione le attività della vita quotidiana, che spesso sono indicate con la sigla ADL. (Activity Day Life). La selezione, tuttavia, degli indicatori è stata fatta tenendo conto di tre diverse situazioni in cui l'anziano o l'invalido possono trovarsi a seguito di una riduzione delle proprie capacità fisiche e psichiche ⁵.

La prima situazione è quella in cui la persona non riesce ad essere più autosufficiente nell'espletare alcune attività fondamentali, come quelle di lavarsi, fare il bagno, vestirsi, mangiare, coricarsi e alzarsi dal letto (graf. 5).

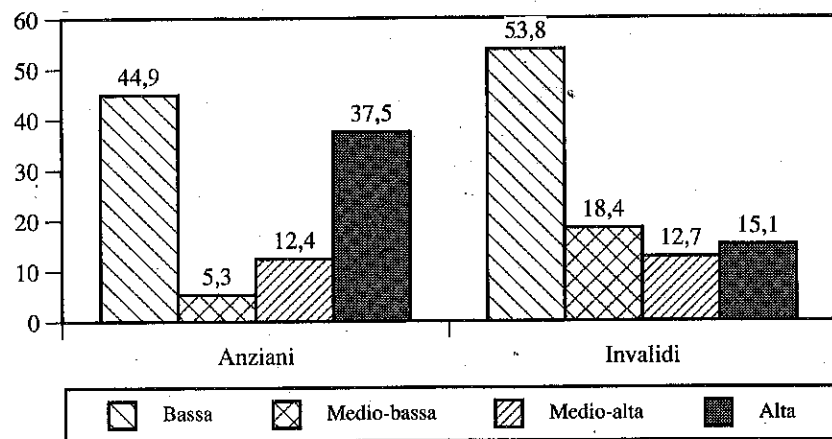
La seconda considera il grado di autonomia nel gestire la propria vita domestica: muoversi in casa, accudire alle proprie cose, rispondere al telefono o telefonare e rimanere in casa da solo (graf. 6).

La terza è riferita alla possibilità o meno di compiere attività fuori casa: fare le scale, fare una passeggiata, prendere l'autobus e uscire

Graf. 6 - Indici di autonomia nelle attività in casa



Graf. 7 - Indici di autonomia nelle attività fuori casa



divisione di questo tipo è stata ignorata o sottovalutata negli studi che analizzano le scale di autonomia, perché la preoccupazione principale è posta sull'esigenza di avere un dato sintetico che tenga con-

di autonomia, forniscono informazioni ben differenziate perché il criterio di riferimento è il tipo di attività che è impedita, e per questo ci appaiono molto più funzionali in sede di programmazione degli interventi.

Si pensi ad esempio alla condizione di coloro che presentano un basso livello di autonomia nelle attività extradomestiche, che tra gli anziani sono il 45% (graf. 7). Molti di costoro, circa la metà, risultano autonomi o solo parzialmente non-autonomi nelle attività che richiede la vita domestica (graf. 6). Se costoro non avessero una qualche forma di aiuto per mantenere i ponti con la realtà esterna, non potrebbero neppure continuare a vivere nella propria casa, anche se per tutto il resto sono ancora autonomi. Le ragioni di numerosi ricoveri impropri, sia in ospedale che in istituto, sono da ricercare nella scarsa attenzione a specifiche forme di non-autonomia, cui si può sopprimere senza ricorrere ad interventi che, oltre a essere estremamente costosi per la comunità, stravolgono il modo di vivere che l'anziano si è dato.

Per il tipo di handicappati campionati in questa ricerca, cioè soggetti che hanno un'invalidità totale, il basso livello di autonomia risulta elevato sia per le attività in casa che fuori (graff. 6 e 7). Per costoro è più interessante rilevare le differenze che vi sono nella prima forma di non autonomia, cioè in quella che considera l'incapacità di far fronte ai bisogni primari di lavarsi, vestirsi, mangiare e coricarsi. Il graf. 5 ci informa del fatto che solo il 32% delle famiglie non deve pensare anche a queste necessità primarie dell'invalido e che vi è una quota rilevante (29%) che ne è aggravata in modo più consistente.

Naturalmente tutti e tre i tipi di attività possono essere considerati indistintamente, al fine di costruire un indice complessivo di autonomia. Nel nostro caso i risultati che si otterrebbero sono riportati nella tabella che segue.

L'utilità di avere anche questa informazione riassuntiva sullo stato complessivo di autonomia della persona è evidente; ma dal confronto con gli altri sotto-indici risulta altrettanto chiara l'importanza di operare delle distinzioni in funzione delle diverse situazioni che si possono creare per il «tipo» e non solo per il «grado» di impedimento. Ciò è possibile disarticolando in modo opportuno gli indicatori di autonomia.

Tab. 3 - Indice di autonomia complessiva

Livello	Anziani %	Invalidi %
Basso	23,8	42,9
Medio-Basso	13,5	22,7
Medio-Alto	35,6	26,0
Alto	27,1	8,4

Tab. 4 - Altre informazioni sul disagio dell'anziano e dell'invalido

Tipo di disagio	Anziani %	Invalidi %
Attualmente è costretto a letto	10,9	7,6
Usa la sedia a rotelle	6,0	18,2
Soffre di qualche malattia	65,3	27,6
Crea difficoltà che esigono molto impegno	22,5	35,7
Crea difficoltà a volte quasi insuperabili per le persone vicine	5,1	13,1

Per completare le informazioni di tipo generale sulle condizioni del soggetto che riceve cure, precisiamo, a questo punto, altri dati, che hanno attinenza con il suo stato di bisogno, ma che non abbiamo utilizzato per costruire gli indici già illustrati.

Come si può vedere dalla tab. 4, negli anziani, che hanno ottanta o più anni, l'area del disagio più accentuato si aggira attorno al 27% dei casi. Coloro che sono costretti a letto per buona parte del giorno o tutto il giorno sono l'11%. È interessante notare che, nonostante l'età molto avanzata una quota discreta di persone non crea eccessivo disagio alla famiglia e si trova in condizioni buone di salute (35%).

Per gli handicappati, considerata la loro grave forma di invalidità, il quadro, naturalmente, è meno positivo. Circa la metà delle fami-

3.2. Le scale riferite alle risorse

Nell'ottica in cui è stata concepita questa ricerca, il problema delle risorse è centrale, perché queste vengono osservate tenendo presente il sistema a rete che si crea attorno al soggetto in difficoltà e a chi si prende cura di lui in prima persona, cioè il care-giver.

Lo strumento di rilevazione da noi predisposto fa riferimento, a questo proposito, a tre ambiti:

- l'interscambio che esiste tra il care-giver (che in questo caso rappresenta il punto focale dell'interazione della famiglia al suo interno e all'esterno) e le figure che compongono la rete sociale informale: parenti, amici, vicini e colleghi di lavoro;
- gli aiuti che vengono forniti alla persona che necessita di assistenza (anziano, invalido, minore) per soddisfare i normali bisogni della vita quotidiana;
- i servizi cui fa ricorso la famiglia nel settore pubblico, privato sociale e di mercato.

L'obiettivo non è solo quello di quantificare le risorse della famiglia in questi tre ambiti, ma è anche e soprattutto quello di studiarne le caratteristiche da un punto di vista della «community care», di cui si è detto nel capitolo scritto da P. Donati.

In questa trattazione iniziale ci soffermiamo soprattutto sul secondo punto, quello degli aiuti ricevuti, perché gli altri due sono trattati in capitoli appositi da P. Di Nicola e da G. Rossi.

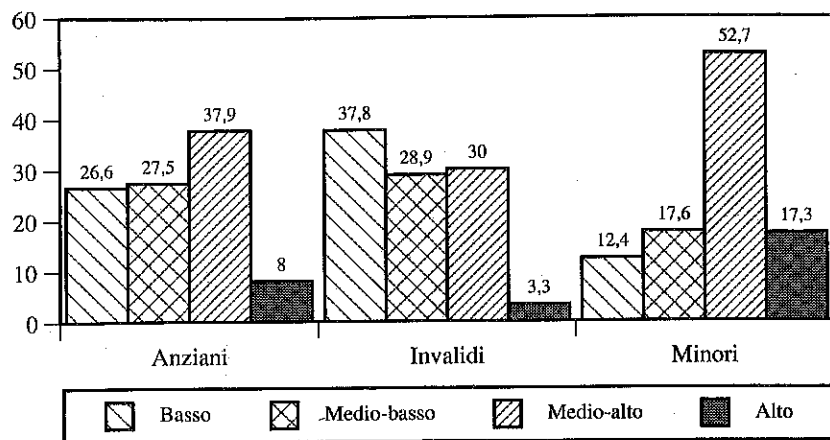
3.2.1. Gli indici di interscambio e di chiusura

Il primo punto analizza le relazioni della famiglia con l'esterno, colte tramite i contatti che ha il care-giver con la rete parentale ed amicale. Si è inteso, quindi, evidenziare, per quanto è possibile con un questionario, i rapporti con una parte ben precisa del mondo esterno alla famiglia: quella che ha attinenza con le reti informali.

I soggetti considerati sono stati: fratelli/sorelle, genitori/suoceri, figli/nipoti, vicini di casa, amici di famiglia e colleghi di lavoro del care-giver.

Per quantificare in un indice sintetico, che abbiamo chiamato di

Graf. 8 - Indice di interscambio del care-giver



derazione ⁶, la frequenza dei rapporti, prendendo in considerazione complessivamente 21 indicatori.

Nelle situazioni in cui è stata verificata l'assenza di contatti con le singole figure considerate (parenti, amici, vicini o colleghi), si è cercato di risalire alle cause, distinguendo gli impedimenti di natura oggettiva, come l'assenza e la lontananza, da quelli di natura soggettiva, cioè l'esplicita volontà di chiusura del care-giver.

Per questo secondo caso, che ci è sembrato di particolare importanza per comprendere la capacità, da parte della famiglia, di porsi in rete, è stato costruito anche un indice di chiusura ⁷.

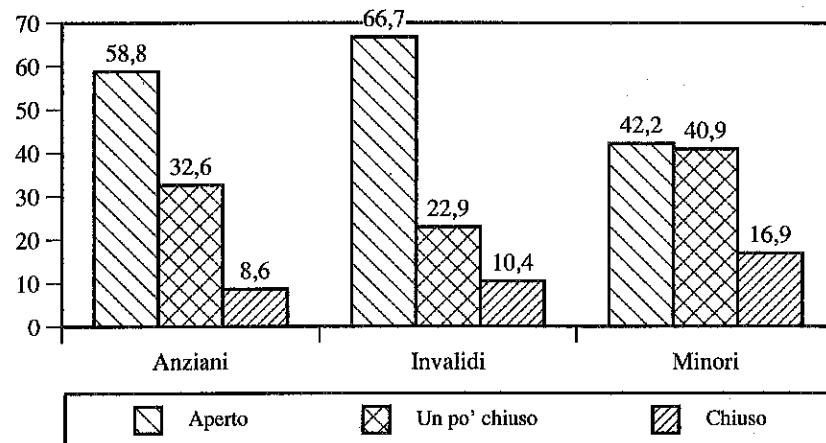
È stato ritenuto «chiuso» il care-giver che, per 4 o più delle figure prese in considerazione, ha espresso un'esplicita volontà di non volere alcun contatto.

L'assenza totale di questo atteggiamento coincide con uno stato di «apertura». Le situazioni intermedie sono state considerate di «parziale chiusura».

Non ci soffermiamo sul commento dei risultati, perché questo, come si è già detto, è ampiamente svolto in altro capitolo, e precisamente in quello scritto da P. Di Nicola.

Ci limitiamo soltanto a far notare che dal confronto dei due grafi-

Graf. 9 - Indice di chiusura del care-giver



va principalmente attribuito ad espliciti atteggiamenti di chiusura del care-giver, perché questi risultano assai limitati (graf. 9).

3.2.2. Gli aiuti ricevuti

Il secondo ambito riferito alle risorse, cui attinge la famiglia al suo interno e all'esterno, ha riguardato chi in concreto aiuta la persona bisognosa (anziano, invalido, minore) a soddisfare le necessità della vita quotidiana.

Nei confronti degli anziani e invalidi gli aspetti considerati riguardano:

- lavarsi e vestirsi
- preparare da mangiare
- mangiare
- fare la spesa
- fare acquisti vari
- rifare il letto e sistemare la stanza
- somministrare farmaci (solo
- terapie riabilitative a domicilio (solo invalido)
- leggere per lui (solo invalido)
- compagnia
- accompagnamento fuori casa
- disbrigo pratiche
- bisogno economico

Tab. 6 - Motivi per i quali risulta indicato nessun aiuto da parte di soggetti esterni alla famiglia nel soddisfare i bisogni della vita quotidiana dell'anziano, dell'invalide o del minore. Percentuale calcolata sulla totalità delle famiglie (1450)

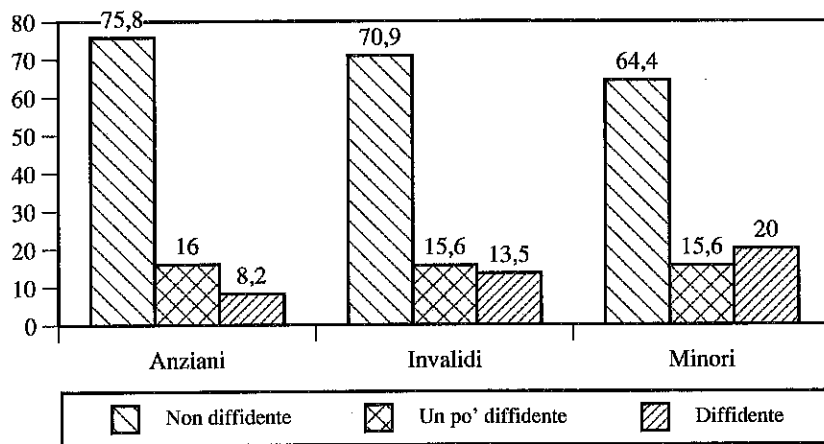
Motivi	Vicini di casa o amici	Volontari	Operatori pubblici	Operatori a pagamento
Non ci sono	6,4	10,4	8,7	3,1
Non sono disponibili	24,2	5,7	6,8	1,2
Non ci fidiamo	5,0	3,7	4,5	2,2
Non vogliamo	22,1	9,7	12,2	11,5
Precedente esperienza negativa	0,6	1,1	1,9	0,8
Costa troppo	—	0,2	0,9	24,9
La persona in difficoltà non vuole	2,7	2,9	3,1	2,8
Non ci abbiamo mai pensato	15,5	37,8	33,4	26,0
Altro motivo o assenza di bisogno	23,5	28,5	28,6	27,6

con anziani (dove peraltro acquista una certa rilevanza), che in quelle monogenitoriali (cfr. tab. 5). Nelle famiglie degli invalidi, invece, il ricorso al mercato è alquanto limitato e interessa una percentuale di casi analoga a quella che vede la presenza degli operatori pubblici: rispettivamente il 16% e il 15%.

Ma fino a che punto questa famiglia, che è così solidaristica a livello parentale, è disposta ad aprirsi alla comunità, interagendo con altri soggetti e consentendo ad essa stessa un migliore utilizzo delle risorse? Indicatori di apertura e chiusura nei confronti dell'esterno sono rintracciabili in diversi items del nostro questionario. Già si è visto l'indice di interscambio e quello di chiusura del care-giver. Ora esaminiamo un indice che abbiamo chiamato di «diffidenza della famiglia». Questa scala è stata creata analizzando i motivi per cui la famiglia non ha potuto o non ha voluto utilizzare determinate figure esterne alla famiglia stessa nel far fronte ai bisogni della vita quotidiana della persona in difficoltà. La tab. 6 riporta schematicamente i diversi motivi, che vanno dalla non disponibilità di queste persone, al rifiuto della famiglia per aver avuto in passato un'esperienza negativa o per altre ragioni, al fatto che la persona bisognosa non vuole o, più semplicemente, al fatto di non avere mai pensato di poter ricorrere all'aiuto di determinate persone.

È interessante osservare anzitutto che una discreta percentuale di

Graf. 10 - Indice di diffidenza



precedenti esperienze negative è molto limitato e comunque risulta più frequente nei confronti degli operatori pubblici.

Di tutti gli indicatori riportati nella tab. 6, solo due sono stati utilizzati per costruire l'indice di *diffidenza della famiglia* e precisamente quelli che esprimono la non fiducia e l'esplicita volontà della famiglia di non gradire l'aiuto di persone esterne.

Non si è tenuto conto di altre motivazioni di rifiuto, come quella relativa al fatto che l'anziano, l'invalide o il minore «non vogliono», proprio per circoscrivere in modo chiaro un atteggiamento di chiusura che sia esplicito e che interessi la famiglia in quanto tale.

I risultati ci mostrano una famiglia che in numerosi casi tende a chiudersi, con una leggera variazione tra un tipo e l'altro di famiglia: in quella monogenitoriale il fenomeno è più vistoso e riguarda più di una famiglia su tre; in quelle degli anziani e degli invalidi la tendenza alla chiusura tocca circa una famiglia su quattro (fig. 10).

Ciò nonostante va precisato che sono parecchie le famiglie che si aspettano un maggior aiuto da queste figure esterne, anche se tale attesa si accompagna spesso ad una bassa fiducia che ciò di fatto avvenga. È interessante a questo proposito verificare in che misura questa discrasia si verifica.

Tab. 7 - Attesa di maggior aiuto in presenza di una previsione (fiducia) che questo non si verifichi ¹⁰

Figure	Famiglie con anziani	Famiglie con invalidi	Famiglie con minori
Parenti esterni	29,4	39,1	28,6
Amici	14,1	26,6	10,0
Volontari	30,4	45,4	32,0
Stato	74,0	80,9	82,7

mo a evidenziare due cose. Esiste un'anomalia, che è molto diffusa e che è data dal fatto che vi è un'aspettativa non accompagnata da una fiducia, la quale è sicuramente fonte di disagio e sconcerto per le famiglie in difficoltà. Questa anomalia è massimamente presente nei confronti del servizio pubblico, pertanto rappresenta una forte denuncia da parte delle famiglie contro l'attuale stato sociale.

Ma a questo proposito è opportuno allora approfondire il discorso prendendo in considerazione l'ultimo punto relativo alle risorse, cioè l'uso dei servizi.

3.2.3. L'indice di soddisfazione dei servizi

Le famiglie da noi analizzate ricorrono, per la stragrande maggioranza, ai servizi pubblici (tab. 8). Comunque anche i servizi privati vengono utilizzati da una discreta quota del nostro campione, soprattutto quando in casa vi è un grande anziano (35%). Più limitato è l'uso di servizi gestiti da volontari.

Ai fini del nostro studio, per questa prima analisi delle risorse cui attinge la famiglia, è importante vedere il grado di soddisfazione che questi servizi producono e, soprattutto, se essi vengono gestiti in una logica di rete.

Per il primo aspetto è stato costruito un *indice di soddisfazione* ¹¹ tenendo conto di tutte le strutture che la famiglia ha avuto modo di utilizzare negli ultimi 12 mesi per la persona in difficoltà. Si tratta dei servizi che sono elencati alla nota 11.

La tab. 9 riporta i valori della scala ripartiti in tre classi: bassa,

Tab. 8 - Utilizzo di servizi pubblici, privati e di volontariato

Figure	Famiglie con anziani	Famiglie con invalidi	Famiglie con minori
Non usa alcun servizio	16,0	19,6	23,1
Solo pubblici	47,3	42,9	41,1
Solo privati	8,2	4,4	5,6
Pubblici e privati	26,9	16,2	18,9
Volontari et al.	1,9	16,9	11,3

Tab. 9 - Indice di soddisfazione dei servizi: divisione per grado e tipo di famiglia

Soddisfazione	Servizi pubblici			Servizi privati e di volontariato		
	Famiglie con anziani	Famiglie con invalidi	Famiglie con minori	Famiglie con anziani	Famiglie con invalidi	Famiglie con minori
Bassa	12,3	26,1	27,2	8,7	17,2	8,7
Media	63,1	52,6	58,5	54,3	55,0	56,4
Alta	24,6	21,3	14,3	37,0	27,8	34,9

di servizio, ma soprattutto nei servizi pubblici, con le quote più elevate nei sottocampioni delle famiglie con invalidi (26%) e monogenitoriali (27%).

L'alta soddisfazione, all'opposto, è più estesa nell'area dei servizi privati e di volontariato, ma anche qui non va oltre un terzo delle famiglie. Il giudizio meno favorevole viene dai nuclei monogenitoriali che, a livello di servizi pubblici, risultano pienamente soddisfatti solo nel 14% dei casi (tab. 9).

Per quanto riguarda il secondo aspetto, che intendiamo considerare, quello relativo all'intervento di rete, la nostra ricerca ha evidenziato una notevole carenza da parte di chi gestisce i servizi. Le famiglie stesse denunciano un forte scollamento tra i diversi operatori e servizi che si occupano dell'anziano, dell'invalido o del minore (tab. 10).

La maggioranza sostiene che ognuno lavora ignorando l'altro. Solo per le famiglie con invalidi abbiamo una discreta quota di casi in

Tab. 10 - I diversi operatori o servizi che si occupano generalmente della persona in difficoltà sono in comunicazione tra loro?

	Famiglie con anziani	Famiglie con invalidi	Famiglie con minori
No, ognuno lavora ignorando gli altri	64,9	53,3	65,4
Hanno un minimo di informazione reciproca	27,1	21,2	22,6
Alcuni hanno anche una certa collaborazione	7,4	19,3	11,0
Viene attuato un intervento integrato tra servizi pubblici, privati e di volontariato	0,6	6,2	1,0

In sintesi, l'analisi delle risorse, con gli indici da noi elaborati, ha potuto abbastanza chiaramente documentare quanto già viene sostenuto in diverse parti di questo volume e cioè che si è di fronte indubbiamente ad una famiglia solidaristica (a livello di nucleo familiare allargato), ma spesso volte questa famiglia tende a chiudersi alla comunità. I servizi, sia pubblici che privati, a loro volta intervengono in modo settoriale e si limitano a prendere in considerazione la persona bisognosa per se stessa e non in relazione ad un contesto di *community care*. Gli stessi volontari, operando prevalentemente dove la famiglia non c'è, mostrano di sottovalutare l'importanza di lavorare con le reti primarie (familiari e amicali), che devono interagire con la società civile che si auto organizza (terzo settore), con lo Stato tramite i servizi pubblici e il mercato con i servizi a pagamento.

Siamo ben lontani da una cosciente e programmata azione di sinergia tra questi quattro settori, che comunque già ora operano di fatto in numerosi contesti familiari. Il basso livello di resa e di soddisfazione va in gran parte imputato a questa carenza che conduce ad un cattivo uso delle risorse e delle stesse forze solidaristiche che si attivano spontaneamente nelle situazioni di bisogno.

Note

1. Procedura seguita per la costruzione dell'indice di status:

A. Creazione della variabile R = reddito mensile netto della famiglia. Alla variabile V119 sono stati dati i seguenti pesi:

1 = 200.000 5 = 2.025.000 9 = 5.000.000

B. Calcolo del *Reddito Medio* pro-capite: divisione della nuova variabile R per il numero di componenti.

C. Creazione della variabile *Scolarità Media* dei componenti la famiglia, considerando solo le persone con età superiore ad anni 17. Punteggio attribuito al livello di scolarità:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1 = Analfabeta | 5 = Qualifica professionale |
| 2 = Elementari non terminate | 6 = Diploma di scuola media superiore |
| 3 = Licenza elementare | 7 = Specializzazione post-diploma |
| 4 = Licenza scuola media inferiore o avviamento | 10 = Laurea |

D. Creazione della variabile *Professione Media* del nucleo, considerando solo chi lavora o ha lavorato (se pensionato). Sono state escluse le casalinghe, gli studenti, i disoccupati e gli invalidi.

Punteggio attribuito al livello di professione:

- 1 = Professione bassa
2 = Professione medio-bassa
3 = Professione medio-alta
4 = Professione alta

E. Ricodifica delle variabili create, in 6 classi, secondo i seguenti punteggi:

RRED = reddito medio RPROF = professione media RSCOL = scolarità media pro-capite

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------|-------------------|
| da 1 a 600.000 | = 1 | 1 = 1 | da 1.0 a 2.99 = 1 |
| da 600.001 a 750.000 | = 2 | da 1.01 a 1.50 = 2 | da 3.0 a 3.49 = 2 |
| da 750.001 a 1.200.000 | = 3 | da 1.51 a 2.00 = 3 | da 3.5 a 4.99 = 3 |
| da 1.200.001 a 1.750.000 | = 4 | da 2.01 a 2.50 = 4 | da 5.0 a 5.99 = 4 |
| da 1.750.001 a 2.500.000 | = 5 | da 2.51 a 3.00 = 5 | da 6.0 a 6.99 = 5 |
| da 2.500.001 in su | = 6 | da 3.01 a 4.00 = 6 | da 7.0 a 10.0 = 6 |

F. Ricodifica della variabile V111 (proprietà dell'abitazione):

- 1 = in affitto
2 = in usufrutto
3 = di proprietà

G. Costruzione dell'indice di *Status* con i seguenti passaggi:

- a. *Status1* = somma delle variabili V111, *Rred*, *Rprof*, *Rscol*
b. *Status2* = conteggio del numero di risposte date
c. *Status* = *Status1* diviso *Status2*

H. Ricodifiche dell'indice secondo diverse modalità:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <i>Rrrstat</i> | <i>Status</i> |
| da 0 a 1.77 = 1 basso | da 0 a 1.77 = 1 basso |
| da 1.8 a 2 = 2 medio-basso | da 1.8 a 2.5 = 2 medio |
| da 2.1 a 2.5 = 3 medio | da 2.6 a 3.5 = 3 medio alto |
| da 2.6 a 3.5 = 4 medio-alto | da 3.6 in poi = 4 alto |
| da 3.6 in poi = 5 alto | |

2. Per determinare il livello socio-economico della professione le singole attività lavorative (compresa quella che le persone anziane facevano prima di andare in pensione) sono state ordinate lungo una scala che tenesse conto non solo del reddito

5. Procedura seguita per la costruzione degli indici di autonomia per anziani e invalidi

Autoa Autosufficienza nelle Attività Fondamentali

Creto con le variabili:

V136 = Dipendenza nel lavarsi	Pesi dati alle modalità di risposta:	
V137 = Dipendenza nel fare bagno o doccia	- fa da solo	6
V138 = Dipendenza nel vestirsi	- solo con l'aiuto di qualcuno	4
V139 = Dipendenza nel mangiare	- non è in grado di fare	
V150 = Dipendenza nell'andare a letto e alzarsi dal letto	per niente	1

Passaggi per la costruzione dell'indice:

- Autoa1 = somma delle variabili considerate
- Autoa2 = conteggio del numero di risposte date
- Autoa = Autoa1 diviso Autoa2

Rautoa = indice ricodificato in 4 classi secondo i punteggi indicati:

1. Basso (da 1.00 a 4.00)
2. Medio-Basso (da 4.01 a 4.99)
3. Medio-Alto (da 5.00 a 5.99)
4. Alto (6.00)

Gli indici seguenti sono stati creati utilizzando lo stesso procedimento usato per l'indice precedente, sostituendo il tipo di variabili.

Rautob Autosufficienza nelle attività in casa

creato con le variabili

- V142 = Dipendenza camminare in casa
- V146 = Dipendenza nell'accudire alle sue cose
- V147 = Dipendenza nel rimanere a casa da solo
- V148 = Dipendenza nel rispondere al telefono
- V149 = Dipendenza nel telefonare

Rautoc Autosufficienza nelle attività fuori casa

creato con le variabili

- V140 = Dipendenza nel fare una passeggiata
- V141 = Dipendenza nel prendere l'autobus
- V143 = Dipendenza nell'uscire per commissioni
- V144 = Dipendenza nel fare le scale

Rautot Autosufficienza complessiva

creato con tutte le variabili di dipendenza da V136 a V150.

6. Il peso dato alla frequenza dei contatti è stato il seguente:

- mai 1
- meno di una volta al mese 2
- una volta al mese 3

Per la costruzione dell'indice si è operato nel seguente modo:

- Scambio1* = somma delle variabili considerate (da V213 a V233)
- Scambio2* = conteggio del numero di risposte date
- Scambio* = *Scambio1* diviso *Scambio2*
- Rscambio* = indice ricodificato in 4 classi secondo i punteggi indicati:
 1. Basso (da 1.00 a 1.99)
 2. Medio-Basso (da 2.00 a 2.49)
 3. Medio-Alto (da 2.50 a 3.99)
 4. Alto (da 4.00 a 7.00)

7. Per l'indice di chiusura del care-giver sono state conteggiate le volte che l'intervistato ha risposto esplicitamente di *non volere alcun contatto* con questa o quella figura della rete informale, considerata singolarmente.

8. Nella voce «altri parenti» in queste famiglie prevalgono i nipoti.

9. La ricerca è stata condotta dallo scrivente con la collaborazione di C. Traficante. Per una prima analisi dei risultati si veda: C. Lanzetti e C. Traficante, *Il tele-soccorso al servizio di Milano: esiti e prospettive*, in L. Dolazza (a cura di), *Anziani e comunità. La sfida della telematica*, Vita e Pensiero, 1993, pp. 161-191.

10. La tabella è stata ricavata dopo aver costruito un indice di «attesa» e di «fiducia», sottraendo il secondo al primo. Per la costruzione dei due indici si è proceduto nel seguente modo:

Indici di *attesa* nei confronti di Parenti, Amici, Volontari e Stato:

Bisogni considerati: - Integrazione sociale, compagnia, uso del tempo libero (della persona in difficoltà)
- Bisogni della vita quotidiana
- Economici
- Assistenza per la salute e riabilitazione

- *Indice di attesa nei confronti dei Parenti*

Sono state utilizzate le variabili V785, V787, V789, V791 in cui si chiedeva all'interessato quanto i **parenti** «dovrebbero fare» per i bisogni precedentemente indicati.

Pesi dati alle modalità di risposta:

- dovrebbero fare «niente di più» 1
- dovrebbero fare «un po' di più» 2
- dovrebbero fare «molto di più» 4

Passaggi:

- Att_par* = somma delle variabili considerate (V785, V787, V789, V791)
- Att_pb* = conteggio del numero di risposte date
- Att_p* = *Att_pa* diviso *Att_pb*
- Att_Par* = indice ricodificato in 3 classi secondo i punteggi indicati:
 1. Basso (da 1.00 a 1.49)
 2. Medio (da 1.50 a 2.49)
 3. Alto (da 2.50 a 3.00)

- *Indice di fiducia nei confronti dei Parenti*

Pesi dati alle modalità di risposta:

- faranno «niente di più» 1
- faranno «un po' di più» 2
- faranno «molto di più» 4

Passaggi:

- a. Fid_{par} = somma delle variabili considerate (V786, V788, V790, V792)
- b. Fid_{pb} = conteggio del numero di risposte date
- c. Fid_p = Fid_{pa} diviso Fid_{pb}
- d. Fid_{Par} = indice ricodificato in 3 classi secondo i punteggi indicati:
 - 1. Basso (da 1.00 a 1.49)
 - 2. Medio (da 1.50 a 2.49)
 - 3. Alto (da 2.50 a 3.00)

Successivamente è stato creato un'indice di confronto tra le attese e la fiducia per ogni singola figura sottraendo all'indice di attesa, quello di fiducia. La ricodifica del nuovo indice è stata fatta in 3 classi secondo il seguente punteggio:

- 1. Fiducia superiore all'attesa (da -3 a -.01)
- 2. Attesa uguale Fiducia (0)
- 3. Attesa superiore alla fiducia (da .01 a 3.0)

Per gli indici di attesa, di fiducia e di confronto tra attesa e fiducia, riguardanti le altre figure (Amici, Volontari e Stato) si è proceduto in modo analogo.

11. Le variabili utilizzate per la creazione degli indici di *soddisfazione dei servizi* sono quelle relative all'uso dei seguenti servizi:

- Assistenza domiciliare per aiuto domestico
- Assistenza domiciliare infermieristica e terapie riabilitative
- Aiuto educativo
- Assistenza notturna
- Ospedalizzazione a domicilio
- Day hospital
- Ricovero in ospedale o in clinica
- Utilizzo di centri specialistici
- Ricovero in case di riposo o in appartamenti protetti
- Strutture-comunità di accoglienza residenziali
- Laboratori di analisi o centri diagnostici
- Consultorio familiare
- Consultorio pediatrico
- Servizio di neuropsichiatria infantile
- Centro socio educativo
- Animazione del tempo libero
- Compagnia o accompagnamento
- Servizi di trasporto - buoni taxi
- Telesoccorso
- Soggiorni climatici o colonie estive
- Laboratorio protetto
- Servizio lavaggio biancheria e buoni pasto

Abbastanza soddisfatto 3

Molto soddisfatto 5

Passaggi:

- a. Sod_1 = somma delle variabili considerate
- b. Sod_2 = conteggio del numero di risposte date
- c. Sod = Sod_1 diviso Sod_2
- d. $Rsod$ = indice ricodificato in 3 classi secondo i punteggi indicati:
 - 1. Basso (da 1.00 a 2.99)
 - 2. Medio (da 3.00 a 4.50)
 - 3. Alto (da 4.51 in poi)

Con questa procedura sono stati costruiti i due indici di *soddisfazione dei servizi pubblici e di soddisfazione dei servizi privati o di volontariato* per ogni tipo di famiglia e per il campione unificato di 1450 casi.

2. Famiglie, reti informali, volontariato e servizi socio-sanitari a Milano, Bologna e Lucca

di Ivo Colozzi

1. Il quadro concettuale delle ipotesi

Come è noto a chi si occupa di sociologia, il tema della relazione fra comunità, o relazioni di tipo comunitario, e ambiente urbano è uno dei temi classici della letteratura, a partire dalle analisi fondative di Toennies e Durkheim ¹. In particolare il tema è stato percorso dai sociologi urbani le cui ricerche e riflessioni hanno prodotto tre diversi punti di vista.

1.1. L'eclissi della comunità

La concezione o l'epistemologia che sottostava all'approccio dei sociologi che per primi hanno affrontato il problema non era di tipo relazionale ² ma dialettico, per cui il mutamento delle relazioni sociali veniva visto come un passaggio dallo status al contratto, dalla *gemeinschaft* alla *gesellschaft*, dalla solidarietà meccanica alla solidarietà organica, dal sacro al profano. L'ipotesi che ha orientato i primi studi di sociologia urbana, quindi, era che di fronte ai processi di urbanizzazione, industrializzazione e burocratizzazione, la comunità, intesa come espressione di una forma «integrata» di convivenza sociale, era destinata a scomparire, nel senso che si sarebbe sempre più attenuato il suo ruolo di unità significativa dell'organizzazio-

ne sociale. Uno dei più autorevoli esponenti della Scuola di Chicago, Luis Wirth, nel suo ormai classico saggio ³ individuava come effetti della crescita del volume e della densità della popolazione, cioè dell'aumento della dimensione urbana, la sostituzione delle relazioni primarie con quelle secondarie; l'indebolimento dei legami di parentela; il declino del significato sociale della famiglia; la scomparsa del vicinato e l'affievolimento della base tradizionale della solidarietà sociale. Inoltre è comune agli autori di questo approccio sostenere una correlazione diretta fra aumento di scala delle attività dello stato e decremento dell'autonomia e delle forme di solidarietà riscontrabili nella comunità locale.

Questa prospettiva dell'eclissi della comunità ha trovato molti sostenitori che appartengono ad aree ideologiche anche contrapposte. Si riconoscono in questa ipotesi, infatti, uno studioso di orientamento conservatore come Nisbet ⁴, ma anche un radicale come Castells ⁵ e un liberale come Kornhauser ⁶. Quest'ultimo, anzi, noto esponente della teoria della «società di massa» ⁷, osserva che l'abitante della città non appartiene a nessuna comunità e nei rapporti interpersonali anonimi esperisce frequentemente un forte senso di isolamento sociale.

Pur se animate da obiettivi diversi, le posizioni di studiosi così lontani si possono accomunare perché condividono alcuni punti qualificanti sulle caratteristiche che i legami primari dell'individuo assumono nei contesti fortemente urbanizzati. Tali caratteristiche si possono sinteticamente descrivere così: l'abitante di una città non è più membro di un'unica comunità perché appartiene, limitatamente, a più *networks* sociali. I suoi legami primari, quindi, si esprimono in relazioni personali di scarso significato, rigidamente definite e di debole intensità. L'instaurarsi di questi legami in un sistema interattivo dai confini vaghi e incerti attenua i sentimenti di solidarietà e ostacola lo scambio di aiuto ed assistenza nelle diverse ed improvvise situazioni in cui si può rendere necessario.

3. Cfr. L. Wirth, «Urbanism as a way of life», in *The American Journal of Sociology*, XLIV, 1938 (tr. it. in G. Martinotti (a cura di), *Città e analisi sociologica*, Marsilio, Padova, 1968, pp. 523 ss.).

4. Cfr. R. Nisbet, *The Quest for community*, New York, 1953.

5. Cfr. M. Castells et al., *Sociologie des mouvements sociaux urbains*, Mouton, Paris, 1977.

6. Cfr. W. Kornhauser, *Mass society*, in D. Sills (ed.), *International encyclopedia*

1. Cfr. E. Toennies, *Comunità e società*, Comunità, Milano, 1963 e E. Durkheim.

1.2. La persistenza della comunità

In contrapposizione all'approccio dell'eclissi della comunità si è consolidata nella letteratura di sociologia urbana una tendenza a rivalutare i gruppi intermedi come unità sociali flessibili e in grado di soddisfare i bisogni di socievolezza e di sicurezza dell'individuo. Fin dagli anni '50, molti studiosi si sono impegnati a dimostrare, attraverso una mole considerevole di ricerche e indagini empiriche, la vitalità dei legami primari dell'individuo anche in contesto urbano modernizzato, la persistenza del senso di comunità e la rilevanza dei sentimenti di appartenenza comune strutturati sulla base dei meccanismi di contiguità spaziale.

Sintetizzando in qualche modo questa posizione teorica, Kasarda e Janowitz⁸ propongono, al posto del modello che definiscono «a sviluppo lineare», imperniato su una prospettiva evoluzionistica della società-il passaggio dalla *gemeinschaft* alla *gesellschaft*- e sulla formulazione wirthiana dell'urbanesimo come declino della comunità locale, un modello «sistematico», secondo cui, pur in presenza di mutate condizioni sociali, economiche, storiche ed ecologiche, la comunità locale persiste. Secondo questo orientamento, quindi, l'incremento del volume demografico della città, della sua densità e della sua eterogeneità non si esprime in una trasformazione dei rapporti sociali primari in secondari, né in un indebolimento dei sentimenti di appartenenza comune. Piuttosto, i legami formali sembrano incoraggiare più diffuse relazioni informali e i sentimenti di solidarietà e di coesione sociale appaiono rinvigoriti, pur se nell'ottica di evitare i fattori negativi che scaturiscono dalla comune residenza. Particolare incidenza, però, assumono i rapporti di vicinato e il quartiere come unità locale di organizzazione sociale.

1.3. La comunità senza prossimità

La definizione tratta da Webber⁹ sintetizza una terza prospettiva che si discosta molto dalle precedenti. Per essa i confini della comunità, soprattutto se intesi in senso spaziale, perdono sempre più di si-

gnificato quanto più l'accessibilità tende a svincolarsi dalla contiguità. Tutti i processi che caratterizzano la modernizzazione urbana, quindi, vengono visti come processi liberatori dai condizionamenti della comunità spaziale che contemporaneamente rafforzano la simultanea appartenenza dell'individuo a molte comunità di interessi, i cui membri sono dispersi al di là dei confini di una singola località.

Quest'approccio si discosta dal primo perché ammette l'indebolimento delle relazioni primarie nella città come effetto dell'impatto della società burocratico-industriale, ma nega la estinzione dei legami primari. Si differenzia, invece, dal secondo perché sostiene che le «comunità» che esistono nelle città solo raramente sono organizzate dentro i confini del vicinato¹⁰. Usando il linguaggio del paradigma relazionale potremmo dire che nell'ottica di quest'approccio la città è una rete di reti o di comunità, cioè di insiemi di individui che hanno alti tassi di interazione basati su comuni interessi e caratteristiche sociali. Dal momento che il numero di relazioni interpersonali tollerabili da un essere umano ha un limite, è ipotizzabile che esista una relazione inversa fra il numero di comunità in cui l'abitante della città è coinvolto e la complessità qualitativa di ciascuna di esse. In altri termini, più piccolo è il contesto urbano e meno è modernizzato, minori e più ricche tendono ad essere le «comunità» di cui si compone.

Ciò non significa, però, una concezione pessimistica della vita sociale nei grandi agglomerati urbani. Al contrario, quest'ipotesi teorica sembra in sostanza esaltare la capacità di manipolazione e di intraprendenza dell'individuo che partecipa simultaneamente a differenti reti sociali, senza la garanzia di sicurezza che, in termini psico-affettivi, scaturisce dall'appartenenza ad un più ridotto complesso di relazioni. In questo senso, la dispersione spaziale delle reti sociali e l'esistenza di legami deboli, in determinate condizioni, può favorire l'accesso a risorse materiali e concrete più di quanto non accada allorché siano presenti reti dense, con forti legami interpersonali¹¹. Questi, infatti, pur consentendo l'accesso a maggiori risorse «intangibili» (richieste di identificazione simbolica ed affettiva), limitano l'estensione dei rapporti con reti diverse da quella del piccolo organismo comunitario, ostacolando per l'individuo il dispiegarsi di nuo-

8. Cfr. J.D. Kasarda, M. Janowitz, «Community attachment in mass society», in *American Sociological Review* 39, 1974.

10. Cfr. B. Wellman, B. Leighton, «Networks, neighborhoods and community. Approaches to the study of the community question», in *Urban Affairs Quarterly*,

ve opportunità. Detta in termini diversi, l'ipotesi sostiene che nelle città più piccole, dove esiste una rete informale più coesa e densa, questa giustifica una minore offerta di servizi, da parte delle reti formali dell'organizzazione pubblica, perché legittima in ogni caso un minor ricorso ad esse. Nelle città di maggiori dimensioni, invece, l'indebolimento dei legami di comunità è un fattore che spinge l'attore a costruire strategie più complesse di relazione fra informale e formale e, quindi, anche uno stimolo per le organizzazioni formali a migliorare l'offerta.

Come si vede da questa breve sintesi, la sociologia più recente non legge più il rapporto fra città e comunità in termini deterministici, per cui all'aumentare della dimensione della città corrisponderebbe inevitabilmente una riduzione delle relazioni sociali informali di aiuto e sostegno. Anzi, in alcuni casi è arrivata a negare esplicitamente la rilevanza della dimensione spaziale per lo studio delle relazioni sociali¹².

Quello che abbiamo voluto verificare è se anche nel nostro paese il «milieu geografico» sia diventato sostanzialmente irrilevante ai fini dell'analisi sulla consistenza e composizione delle reti informali di supporto o se, invece, possa essere ancora una variabile discriminante. Riterremo confermata l'ipotesi della rilevanza se la disaggregazione dei dati per ciascuna della tre città campione mostrerà che la configurazione delle reti informali di aiuto di famiglie molto diverse fra loro per età dei componenti, tipo di problemi e fase del ciclo di vita familiare, ma che risiedono nella stessa città, presenta delle regolarità o dei tratti comuni tali da caratterizzarle rispetto alla configurazione che hanno le reti di supporto di famiglie simili per età, problema, fase del ciclo di vita familiare e, in molti casi, per reddito e livello di istruzione, ma residenti in città diverse.

12. Questa tesi estrema è stata sostenuta, tra gli altri da H. Gans, che ha scritto che «i modi di vivere non coincidono con i modelli di del luogo in cui si vive», da R. Pahl e da M. Stacey. P. Abrams ha proposto addirittura di sbarazzarsi del concetto di città.

Cfr. H. Gans, *Urbanism and suburbanism as ways of life*, in A.M. Rose (ed.), *Human behaviour and social processes*, Routledge and Kegan Paul, London, 1964, pp. 625-48; R.E. Pahl, «The rural-urban continuum», in *Sociologia Ruralis*, n. 3-4, 1966, pp. 299-329; M. Stacey, «The myth of community studies», in *British Jour-*

2. I risultati dell'indagine

Esporremo di seguito i risultati dell'indagine articolandoli anzitutto per città e per tipo di famiglia e, successivamente, commentando i risultati ottenuti con la cluster analysis vincolata alla città.

2.1. A Milano

Le famiglie con anziani maggiori di 80 anni

1. Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione

A Milano sono state intervistate 250 famiglie di o con una persona anziana con età superiore agli 80 anni. Questi anziani sono in maggioranza femmine, con un'età compresa fra gli 80 e gli 84 anni (56,4% per entrambe le variabili) e con un livello di istruzione basso. *Rispetto alle altre due aree indagate, qui è più alta percentualmente la presenza di persone con livello di istruzione medio e superiore* (rispettivamente 23,5 e 17%). Il 30,9% delle donne anziane ha sempre fatto la casalinga, mentre il 69,1% del campione ha avuto precedenti esperienze lavorative. I ruoli professionali svolti sono stati per lo più di livello basso o medio basso. Va però segnalato che il 24,5% ha ricoperto posizioni professionali medio-alte o alte e che questo rappresenta un valore percentuale significativamente più consistente di quello rilevato nelle altre due città.

La tipologia familiare più diffusa è quella in cui l'anziano vive col coniuge (45,2% dei casi). A seguire troviamo l'anziano vedovo/a che vive con uno o più figli non sposati (28%) o con un figlio o una figlia sposati e con la loro famiglia (16,4%). Dal punto di vista numerico, le famiglie intervistate sono nel 67,2% dei casi composte da due sole persone; nel 27,6% da 3 o 4; nel 5,2% da cinque o più.

La casa in cui vive la famiglia anziana a Milano è per il 61,8% in proprietà, per il 35,3% in affitto e per il 2,8% in usufrutto. La percentuale dei proprietari è la più bassa del campione per questo tipo di famiglie, anche se la differenza in meno rispetto a Bologna è minima.

Solo il 4% circa giudica inadeguata l'abitazione sia dal punto di vista dell'ampiezza che per quanto concerne lo stato di conservazione. La percentuale degli insoddisfatti sale, invece, al 10,8% per

sti valori percentuali sono i più alti del campione per questo tipo di famiglie.

Il 47,2% dà, invece, un giudizio di sufficienza sul reddito e il 14,8% ritiene di avere un reddito buono. Questi giudizi sono stati dati a fronte di situazioni in cui il 5,3% delle famiglie ha un reddito netto mensile inferiore al milione; l'11,5% fra 1 e 1,350 milioni; il 31,7% fra 1,350 e 1,900. Sulla valutazione di adeguatezza/non-adequatezza del reddito incide, oltre alla dimensione familiare, l'onerosità economica delle cure che il soggetto in difficoltà deve ricevere. Da questo punto di vista si tenga conto del fatto che se il 49,4% delle famiglie spende non più di 100 mila lire al mese, il 5,3% dichiara una spesa compresa fra 601 mila e 1 milione e un ulteriore 4,7% una cifra di oltre 1 milione.

Se le famiglie che dichiarano di avere spese per la cura del soggetto debole sono il 68%, quelle che possono contare su entrate aggiuntive da contributi sono decisamente poche: il 5,6% riceve regolarmente contributi economici dallo stato; il 2,4 dal comune; l'1,2 da associazioni di categoria; il 4 da un ente mutualistico di assistenza. La provincia, come si vede, è totalmente assente, così come sono assolutamente irrilevanti i casi di contributo ricevuti da organizzazioni di volontariato.

Un indicatore indiretto dell'adequatezza del reddito per una famiglia di o con grandi anziani può essere considerata la possibilità di utilizzare una collaboratrice familiare o badante. Questo tipo di figura è presente, con frequenze diverse, nel 26,4% delle famiglie, mentre il 73,6% non ne dispone in assoluto.

Il privatismo delle famiglie milanesi di o con grandi anziani è in assoluto il più alto. Infatti, solo nel 3,2% dei casi si registra l'impegno di uno o più componenti adulti della famiglia in associazioni o gruppi di volontariato e nessuna famiglia è iscritta come tale ad una associazione familiare.

2. Indice di autosufficienza dell'anziano

Dai tre indici settoriali (attività fondamentali; attività casalinghe; attività fuori di casa) si evidenzia che la perdita di autosufficienza interessa soprattutto le attività da svolgere fuori casa che diventano praticamente impossibili per quasi la metà del campione. In termini complessivi, invece, gli anziani con un grado di autosufficienza bas-

Il 2,4% è costretto a letto in permanenza; il 4,4 usa la carrozzella; il 2% è cieco e il 2,8 è sordo e muto.

Tra le tante patologie dichiarate, quelle che hanno una incidenza percentuale più alta sono: l'artrosi-artrite (8,7), le malattie cardiache (8,1), cui si devono aggiungere la cardiopatia ischemica (5,4), il diabete (6,7) e l'ipertensione arteriosa (5,4).

3. Caratteristiche del care-giver

Il c.g. è nel 78% dei casi una donna e nel 50,2% dei casi ha un'età superiore ai 65 anni. Entrambi i valori sono più alti di quelli riscontrati nelle altre due città. Nonostante l'età mediamente più alta e la maggior presenza di donne, il livello di istruzione è mediamente un poco più alto: la percentuale di chi non ha almeno la licenza media, infatti, è del 33,6% a fronte del 49% di Bologna e del 59,1 di Lucca.

In 15 casi (6%) la persona che si prende cura del nucleo familiare intervistato, non convive con lo stesso. In tutte le altre situazioni si tratta di un parente convivente che nel 44,4% dei casi è il coniuge e nel 34,4% il figlio o la figlia.

I c.g. che svolgono anche un lavoro fuori casa sono il 31,6% del totale. Di essi, il 76% fa un lavoro a tempo pieno e il 20% un lavoro part-time per circa 20 ore settimanali. Oltre la metà dei c.g. con lavoro hanno l'orario spezzato (50,7%), che consente il rientro meridiano. Nel 42,7% dei casi, invece, l'orario è continuato, per cui i rientri saranno solo pomeridiani.

La partecipazione associativa di queste figure risulta, come era prevedibile, tenendo conto sia dell'età che dei carichi di lavoro, molto bassa. In ogni caso i tipi di partecipazione più presenti riguardano i gruppi religiosi (8,4) e quelli sportivi e ricreativi (5,6%).

4. Dimensioni e caratteristiche della rete informale

L'indice sintetico di interscambio riferito a Milano evidenzia che il 30,1% di queste famiglie ha con le reti informali un interscambio basso; il 29,3% un interscambio medio-basso; il 34,5% medio-alto e solo nel 6% dei casi uno scambio alto. Essendo i due primi valori i più alti del campione, se ne conclude che *qui si registra la percentuale più alta di famiglie con reti deboli, cioè caratterizzate da relazioni poco frequenti e fra poche figure*. Se consideriamo le motivazioni che i c.g. hanno dato per giustificare la scarsità di relazioni.

Tab. 1 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie anziane milanesi

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	44,8	43,1	59,6
Suoceri	9,2	10,1	11,9
Figli/nipoti	70,2	57,3	74,0
Vicini	50,5	42,7	14,0
Amici	59,1	52,1	66,2
Colleghi	19,5	17,7	27,3

parentale, ai maggiori impegni lavorativi o alle maggiori opportunità di impiego del tempo libero offerte dalla città, fattori che comunque riducono la disponibilità di tempo. Infatti, l'analisi dell'indice di chiusura mostra che le famiglie veramente «chiuse» per scelta sono solo il 9,6%, a fronte del 30,1% che ha un indice di interscambio basso.

Dal punto di vista tipologico, le caratteristiche della rete informale di queste famiglie sono quelle illustrate dalla tab. 1.

Come si vede, la rete coinvolge innanzitutto i figli/nipoti e gli amici. Al terzo posto troviamo i vicini, che complessivamente vengono menzionati in un numero di casi superiore a quello di quanti indicano fratelli o sorelle.

Aggiungendo alla variabile della frequentazione, il vincolo della confidenza, che dà il senso dell'intensità dei rapporti che passano all'interno della rete, abbiamo cercato di misurare l'estensione quantitativa delle reti parentali e amicali più forti, cioè di quelle su cui il c.g. pensa di poter contare realmente in caso di bisogno.

Per quanto riguarda le famiglie anziane milanesi, la quasi totalità dichiara di avere reti parentali forti composte di un numero di persone che va da 1 a 10. Al di fuori si collocano da una parte il 9,6% di famiglie che non ha nessun rapporto stretto e dall'altra il 9,2% che ha una rete larga, cioè superiore alle 10 persone. Le reti amicali risultano ancora più strette: il 46,4% dichiara di avere da 1 a 5 amici stretti; il 23,6% più di 5, ma il 30% non è in grado di indicarne nessuno.

facilmente dei propri problemi o delle situazioni di difficoltà, il 39,6% indichi il coniuge e il 45,2% i figli. L'approssimazione stretta fra i due dati, infatti, fa capire che per il c.g. anziano il riferimento è prevalentemente costituito dai figli, mentre per quello giovane è offerto dal marito o dalla moglie. Al di fuori della rete parentale, la figura che viene indicata con maggior frequenza è quella dell'amico/a (28,4%), che distanzia di più di 20 punti percentuali sia l'esperto che il sacerdote e che raggiunge qui il valore percentuale più alto. Marito/moglie, figli, parenti non conviventi e amici sono anche le figure da cui i c.g. ottengono più facilmente un aiuto immediato in caso di bisogno, anche se per gli aiuti si registra un piccolo decremento percentuale, indicativo del fatto che in alcuni casi la confidenza non può o non riesce a trasformarsi in solidarietà concreta. Ne consegue che mentre i c.g. che non hanno nessuno con cui parlare delle loro difficoltà sono il 4,8% del totale, quelli che non hanno aiuti su cui contare sono l'8,8%.

6. Cosa fa la famiglia per soddisfare i bisogni di vita quotidiana dell'anziano

Le famiglie intervistate che hanno un anziano bisognoso di assistenza continua sono il 59,3% del totale e un po' meno della metà di queste lo deve fare da più di 5 anni. Nella maggioranza dei casi l'assistenza necessaria è dovuta solo al processo di invecchiamento, mentre nel 17,6% delle situazioni ha alle spalle uno o più episodi invalidanti. Il 79% degli anziani bisognosi di assistenza continua viveva già con la famiglia del c.g. attuale, mentre il restante 21% è stato portato nella casa attuale proprio per poterlo assistere.

La famiglia dell'anziano non autosufficiente copre quasi interamente tutte le seguenti attività di assistenza: lavare e vestire; preparare e dare da mangiare; fare la spesa e gli altri acquisti; somministrare farmaci e terapie; tenere pulita la stanza, sbrigare le pratiche burocratiche, fare compagnia e accompagnare fuori, quando è possibile; sopperire ai bisogni economici, quando è necessario.

Gli aiuti esterni che la famiglia riceve nel disbrigo di queste attività quotidiane di assistenza sono in generale molto limitati e per lo più acquistati sul mercato. Ad esempio, per l'attività di lavare e vestire l'anziano non autosufficiente, nessuna delle famiglie intervistate ha avuto il supporto del volontariato; l'1,2% di un operatore pubblico; il 5,6% di un operatore a pagamento. I valori si alzano un po'

I motivi addotti dagli intervistati per spiegare queste assenze o la modestia delle presenze sono diversi. Per quanto riguarda il volontariato, il 41,9% dice che non ne ha bisogno, il 26,6% che non ci ha mai pensato e il 10,4% che non lo usa perché non c'è. Relativamente agli operatori pubblici, la percentuale di famiglie che non ci ha mai pensato scende al 21,8%, mentre il 14,7% dice che non li richiede per scelta propria o dell'anziano interessato. Infine, il mancato ricorso ad operatori a pagamento viene motivato innanzitutto dal non averci mai pensato (20,4%) e secondariamente dal costo eccessivo (18,8%).

Nonostante il consistente isolamento, l'87,1% delle famiglie ritiene di soddisfare in modo sufficiente o più che sufficiente i bisogni di assistenza dell'anziano. Va, però, segnalato che per quanto ragguardevole, questa percentuale è più bassa di quelle riscontrate a Bologna e a Lucca.

7. Il sovraccarico familiare

Per tutti gli intervistati la presa in carico dell'anziano è una scelta a tempo indeterminato. Però un terzo circa (34,4%) dei c.g. dichiara che il prendersi cura ha comportato cambiamenti nelle loro abitudini di vita e che crea stanchezza e stress psicologico (39,2%). Anche questa percentuale è la più alta del campione e sembra confermare una relazione fra stress o sovraccarico del nucleo familiare e minor presenza o maggior debolezza delle reti informali cui si aggiunge una scarsa disponibilità di aiuti delle reti esterne o una scarsa capacità/volontà della famiglia di relazionarsi ad esse.

Il 23,2% dei c.g. denuncia anche delle difficoltà per l'organizzazione della vita domestica. Ai c.g. di Milano, infine, le rinunce che costano di più sono innanzitutto l'aver meno tempo libero per svaghi e vacanze (25,2%) e poi il non poter più disporre liberamente del proprio tempo (20,8%).

8. L'uso dei servizi

È l'83,2% delle famiglie milanesi di e con grandi anziani che fa ricorso a servizi esterni. Si tratta soprattutto di servizi sanitari, in particolare laboratori di analisi e ospedali (46,8%) e, in secondo luogo, di servizi domiciliari non sanitari (30%). Questo dato è il più alto e sembra indicare una maggiore presenza assoluta di questi servizi rispetto agli altri due comuni.

Nonostante questo, le indicazioni sui servizi da mettere prioritariamente

Se si considera il settore sociale con cui le famiglie si sono relazionate per ottenere i servizi, si evidenzia che il 42,8% si rapporta solo col pubblico, il 10,4% di famiglie solo col mercato, un altro 29,2% sia con il pubblico che col mercato, lo 0,8% col terzo settore. Va sottolineato che la percentuale delle famiglie che ricorrono al mercato è la più alta fra le tre città, mentre i valori relativi al solo pubblico e al terzo settore sono i più bassi.

9. Desideri e previsioni

Dato il livello di relativa debolezza delle reti informali di una percentuale consistente di queste famiglie, collegato a situazioni di stress e di sovraccarico e alla percezione di una incapacità di soddisfare in modo almeno sufficiente i bisogni dell'anziano, abbiamo voluto verificare se esiste il desiderio di un maggior aiuto dall'esterno e la fiducia che questo desiderio possa essere in qualche modo soddisfatto nel prossimo futuro. La richiesta di aiuto è stata articolata in riferimento alla rete parentale, a quella amicale, al volontariato e allo stato.

Le famiglie che vorrebbero dai parenti un aiuto un po' o molto maggiore sono il 29%, che rappresenta un valore più alto di quello di Bologna ma inferiore a quello di Lucca e, comunque, molto vicino a quel 30,1% di famiglie che ha un livello di interscambio basso con la rete informale. La percentuale scende all'11,8% in riferimento agli amici, per poi salire al 42,7 in riferimento al volontariato e al 79,6 in riferimento allo stato. Anche questi valori sono in posizione media rispetto alle altre due città. Leggermente diverso è il risultato relativo alle previsioni. Le famiglie che si aspettano che i parenti esaudiscano realmente il loro desiderio di un aiuto maggiore, infatti, sono solo il 14,2%, che è in assoluto il valore più basso, e quelle che manifestano la stessa aspettativa nei confronti degli amici il 5,3%, che è ancora il valore più basso, anche se di pochi decimi. Ciò significa, mi pare, che *la relativa debolezza delle reti informali tende a produrre di più atteggiamenti di sfiducia nei confronti delle stesse reti.* Vorrei, infine, segnalare che, pur essendo molto più diffuse le aspettative nei confronti dello stato di quelle nei confronti del volontariato, la percentuale di famiglie che ha fiducia in una risposta positiva da parte di quest'ultimo è superiore a quella delle famiglie che ancora credono nel maggior impegno dello stato (28% contro 24,2%).

consideriamo solo quelli che hanno espresso il totale accordo con le espressioni proposte dal questionario, l'affermazione che trova in assoluto la percentuale più alta di consenso è quella secondo cui lo stato dovrebbe dare più aiuti materiali e finanziari al volontariato (64,9%). Tale convinzione è ancor più condivisa di quella per cui lo stato deve garantire a tutti i cittadini servizi pubblici gratuiti (56,2%). Questa, a sua volta, supera di meno di un punto quella secondo cui la cosa più importante per il cittadino è poter scegliere i servizi e gli aiuti che preferisce (55,3%). Inoltre va notato che, mentre praticamente nessuno è assolutamente contrario al diritto di scelta (0,4%), contro il sistema del servizio pubblico gratuito si schiera decisamente il 7,2% degli intervistati. Può essere significativo del fatto che il consenso nei confronti del modello istituzionale o quasi totale di *welfare*, pur se ancora maggioritario, è in via di cedimento rispetto ad un modello pluralistico che consenta alle famiglie il diritto di scelta. Che, però, le famiglie non pensino ad un modello fondamentalmente mercantile è documentato anche dal consenso espresso dal 48,2% degli intervistati sull'importanza fondamentale del volontariato per l'umanizzazione dei servizi e dal totale disaccordo del 15,9% sull'idea che per migliorare i servizi si debbano lasciare i soldi alle famiglie per pagarseli privatamente.

Le famiglie con invalidi

1. Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione

A Milano sono state intervistate 202 famiglie che hanno al proprio interno un invalido maggiorenne. Questo è in maggioranza maschio (53%) e con un'età compresa fra i 18 e i 34 anni (57,2). La maggior parte ha un livello di istruzione basso (14,3% analfabeta; 66,8% da elementari non terminate a licenza media) e non ha una posizione professionale (86%).

Il 71,3% di queste famiglie è composta di tre o quattro persone, e questo valore è in assoluto il più alto del campione; il 19,3% di due e il 9,4 di 5 o più. In maggioranza si tratta di famiglie che vedono la presenza, oltre al soggetto invalido, della coppia genitoriale, cui si aggiungono in molti casi o un fratello/sorella dell'handicappato o un altro parente convivente. Nell'11,9% dei casi l'invalido è sposato.

Il 53,7% vive in una casa di cui ha la proprietà, mentre il 43,8% è in affitto. Per il 14% delle famiglie la casa ha un'ampiezza insuffi-

e sulla dotazione di attrezzature (12,5%). In complesso, comunque, almeno il 60% vive in una casa che ritiene abbastanza adeguata o addirittura buona.

La maggioranza assoluta delle famiglie ha almeno un membro che lavora, in alcuni casi solo a part-time (5,4%). Inoltre, il 62,4% gode di almeno una pensione e/o dell'assegno di invalidità del soggetto handicappato e/o di altri contributi provenienti dagli enti locali o da enti assistenziali. Nonostante questa situazione reddituale composita, il 13,3% dichiara di percepire un reddito mensile fino a 1.350 mila e un ulteriore 24,4% fra 1.350 e 1.900 mila. In termini soggettivi il 10,1% ritiene che il reddito di cui dispone sia insufficiente; il 36,2 appena sufficiente; il 40,7% sufficiente e il 13,1 buono. Si tenga conto che sia il gruppo delle famiglie che considerano il loro reddito appena sufficiente sia il gruppo delle famiglie che lo considerano buono sono percentualmente i più alti fra le tre città.

Le famiglie che hanno almeno un adulto impegnato in un gruppo di volontariato sono solo il 7,9%, ma il 34,2% è iscritto come famiglia ad una associazione familiare di mutualità e questa percentuale è in assoluto la più alta fra le tre città.

2. Le condizioni dell'invalido

Gli invalidi costretti a letto, almeno per parte del giorno, sono il 6%; quelli che usano la sedia a rotelle il 18,3; quelli affetti da almeno una patologia specifica il 26,2; quelli che non sono autosufficienti in nessuna attività il 16,8%. Anche quest'ultima percentuale rappresenta il valore più elevato dell'intero campione.

3. Caratteristiche del c.g.

Nell'83,2% dei casi il c.g. è una donna, per lo più di mezza età o anziana (55% da 50 a 64 anni; 24,8% 65 anni e oltre), pensionata (30,2) o casalinga (41,6). Nel 69,3% dei casi si tratta della madre dell'invalido e nell'11,4 del coniuge/convivente. I padri sono solo il 5,9% del totale, che è il valore percentuale in assoluto più basso del campione. Le famiglie in cui il c.g. lavora anche all'esterno sono il 23,3%. In questi casi si tratta per lo più di un lavoro a tempo pieno (76,1), di 36 e più ore settimanali (71,2), che in non molti casi prevede l'orario continuato (29,8).

L'unica partecipazione quantitativamente significativa di questa figura ad associazioni o gruppi riguarda le associazioni a carattere religioso (12,4%).

Tab. 2 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie con invalidi di Milano

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	50,3	53,1	73,5
Suoceri/genitori	17,0	23,4	31,2
Padre/madre dell'handicappato	10,3	15,7	20,8
Figli/nipoti	62,7	56,5	68,2
Vicini	45,6	40,6	23,5
Amici	60,9	52,2	71,5
Colleghi	15,8	13,8	20,0

38,6%. Un ulteriore 31,7% ha relazioni caratterizzate da un'intensità di frequenze piuttosto bassa. Il 26,2, invece, ha relazioni con intensità medio-alta e il 3,5% con intensità alta, cioè caratterizzate da scambi/incontri che avvengono più volte a settimana.

Complessivamente rispetto alle altre due città anche queste famiglie sono caratterizzate da reti più deboli, cioè a minor traffico di relazioni.

Dal punto di vista tipologico le reti si configurano nel modo illustrato dalla tab. 2.

Come si vede, per la maggioranza assoluta delle famiglie la rete informale è costituita soprattutto dai figli/nipoti, dagli amici e dai fratelli/sorelle. Arrivano, però, a percentuali significative anche le famiglie che mantengono relazioni coi vicini (45,6%).

In termini quantitativi, le reti parentali più forti, cioè quelle caratterizzate da rapporti stretti di confidenza, non esistono per il 17,3% delle famiglie; comprendono fino a 5 persone per il 55,9%; fino a 10 per il 16,9; più di 10 per il 9,5. Le reti amicali strette, invece, mancano nel 29,7% dei casi; arrivano a 5 persone nel 40% dei casi; fino a 10 nel 21,9; a più di 10 nell'8,5. Dal confronto di questi dati con quelli delle altre due città emerge una situazione articolata e di non facile lettura. Da una parte, infatti, la percentuale delle famiglie che dichiara di non avere parenti stretti è la più alta, ma ha il valore più alto anche la percentuale di quelle che dichiarano una rete composta da più di 10 persone. D'altra parte, per quanto riguarda gli

forse dire che queste famiglie compensano la relativa maggior debolezza della rete familiare con una rete amicale più ampia e robusta, che potrebbe essere fornita proprio da quelle associazioni familiari cui risultano maggiormente iscritte.

5. I riferimenti del c.g.

Di fronte a situazioni problematiche e a difficoltà anche personali, il 48,5% dei c.g. indica come persona con cui è più facile parlare il coniuge e il 46,5 i figli. Il 30,2% indica anche un amico; il 12,9% un esperto; l'8,4 un sacerdote e il 4% un volontario. È significativo notare che la percentuale di quanti indicano gli amici è di quasi 5 punti superiore a quella registrata a Bologna e a Lucca. Passando dal dire al fare, il 45% dei c.g. chiede aiuto innanzitutto al coniuge e il 41,6% ai figli. Il 24,3% lo chiede agli amici e il 19,8 ai parenti non conviventi. Solo l'8,4% si rivolge agli esperti e il 5,4 ai volontari. A proposito dell'aiuto immediato al c.g. va segnalato che la percentuale di quanti indicano gli amici non è la più alta, che spetta invece a Lucca, e che il 10,4% dichiara di non trovare nessun aiuto, valore superiore di 7/8 punti percentuali a quello delle altre due città. Questo dato diventa quindi una spia del fatto che in 1 famiglia su 10 il c.g. si sente praticamente solo nello svolgimento dell'attività concreta di assistenza.

6. Le attività di assistenza per i bisogni di vita quotidiana

Il 52,7% degli invalidi sono nati con il loro handicap e un altro 13,4% ha manifestato problemi fin dai primi anni di vita. Per l'8%, invece, i problemi si sono manifestati più tardi, mentre il 25,9% è diventato invalido a seguito di una malattia o di un incidente. Per una consistente minoranza di famiglie il crescere dell'età ha prodotto una diminuzione dei bisogni di cura (31,5%) ma per il 43% li ha aumentati, mentre il 25,5% dichiara che sono rimasti sostanzialmente invariati. Considerando tutta la gamma dei bisogni quotidiani del soggetto handicappato, la percentuale di quanti non sono in grado di provvedere autonomamente a nessuna attività è fortunatamente abbastanza modesta (16,8%). Questo dato, comunque, è il più alto di tutto il campione. Il restante 83,2% degli invalidi riesce quasi sempre a provvedere da solo ad uno o ad alcuni dei bisogni quotidiani. Nei confronti di quelli per cui c'è bisogno di assistenza, nell'80,7% delle famiglie provvede la madre; nel 53,5 il padre; nel 30,2 il fra-

si vede, le famiglie che possono contare su aiuti esterni al nucleo di convivenza sono comunque una minoranza abbastanza esigua e in questi casi il pubblico si segnala per essere meno presente sia del volontariato che del mercato.

Il motivo più rilevante di non utilizzo dei parenti non conviventi è la loro non disponibilità (47,9%), ed è lo stesso che, con valori più bassi, spiega il mancato ricorso ad amici o vicini (39,5%). Per i volontari, invece, il motivo più consistente è il non averci pensato (23,5%), seguito, però, da un 16,8% che non li vuole. Per gli operatori pubblici i motivi del non utilizzo sono gli stessi del volontariato ma con valori rovesciati: il 21,6%, infatti, dichiara che non li vuole, mentre il 18,7% che non ci ha mai pensato. Ciò che ostacola il ricorso ad operatori a pagamento, infine, per il 33,3% è il costo eccessivo. Che la maggior parte delle famiglie possa contare solo sulle risorse interne non sempre basta: *il 29,3%, infatti, dichiara che i sostegni forniti al membro debole non soddisfano i suoi bisogni in modo almeno sufficiente, e ancora una volta si tratta della percentuale più alta.*

7. Lo stress familiare

Per il 25,2% dei c.g. assumere questo ruolo ha significato dover riorganizzare il tempo di lavoro e per il 23,3% interrompere il lavoro o lo studio. Quelli che, comunque, hanno dovuto cambiare le proprie abitudini di vita sono il 70,8%. In molti casi, però, non sono cambiate solo le abitudini del c.g. ma anche quelle del coniuge (44,6%) o dei figli (36,1%) o dell'intera famiglia (27,7%). Questi cambiamenti hanno prodotto difficoltà nei rapporti familiari, in quelli con gli amici o con gli altri parenti per un quarto circa delle famiglie, mentre hanno creato difficoltà personali e stress al 70,3% dei c.g. I fattori che più incidono sulle condizioni di stress sono le difficoltà di organizzazione della vita domestica (38,1%), il non poter disporre del proprio tempo (30,2%) e l'aver ridotto le relazioni sociali (27,2%). Va segnalato, a ulteriore conferma che le famiglie di Milano sono quelle in cui il disagio è più diffuso, che tutti i valori citati sono in assoluto i più alti, con l'unica eccezione delle difficoltà personali del c.g. che risultano ancor più diffuse a Lucca.

8. L'uso dei servizi

È significativo che a fronte della maggiore debolezza delle reti

misura consistente anche servizi di tipo sociale, specialmente legati ai processi di integrazione e socializzazione dell'handicappato, come l'animazione del tempo libero, l'accompagnamento, la frequenza di centri socio-educativi. Complessivamente, ricorre a servizi sanitari il 54% delle famiglie, mentre il 53% usa i servizi di integrazione/socializzazione e un ulteriore 31,7% servizi sociali di altro tipo. Per il 19,3% questi servizi sono di tipo domiciliare.

Se consideriamo il soggetto erogatore del servizio, il 36,6% di queste famiglie utilizza solo servizi pubblici; il 5,9% solo servizi privati; il 20,8% un mix di pubblici e privati; il 23,3% un mix in cui rientrano anche i servizi forniti dal volontariato. Faccio notare che il valore di solo pubblici e quello di solo privati sono rispettivamente il più basso e il più alto fra le tre città. Ciò conferma il relativo maggiore orientamento al mercato riscontrato fra le famiglie milanesi di e con anziani, anche se in assoluto i valori sono modesti. Va, invece, rimarcato il valore percentuale delle famiglie che dicono di usare anche servizi offerti dal volontariato. Si tratta, infatti, di un valore superiore di più del 10% a quelli registrati a Bologna e Lucca, che si associa significativamente alla maggior propensione delle famiglie ad iscriversi ad associazioni familiari di tipo mutualistico.

9. Desideri e previsioni

Le famiglie che desiderano che i parenti facciano qualcosa in più o molto di più di quanto fanno attualmente sono il 39,7% del totale, che è un valore medio, cioè più alto di quello di Bologna ma più basso di quello di Lucca. Lo stesso vale per gli amici (28,3%) e per i volontari (57,1%), mentre il desiderio di un maggiore impegno da parte dello stato è il più condiviso (87,8%). Se consideriamo, invece, le previsioni, cioè se pensano che quello che vorrebbero avverrà realmente, la fiducia nei confronti di un maggiore impegno da parte dei parenti, degli amici e del volontariato è più condivisa che nelle altre due città, mentre la fiducia nel pubblico è più bassa di quella delle famiglie bolognesi.

10. Gli orientamenti di politica sociale

Data la diffusione così ampia del desiderio di un maggior impegno dello stato, non meraviglia che l'idea che riceve il maggior numero di consensi fra queste famiglie sia quella secondo cui lo stato deve garantire servizi gratuiti a tutti i cittadini (66,7%). È interessante notare che la percentuale è la più alta anche rispetto alle

cui: lo stato dovrebbe aiutare di più le organizzazioni di volontariato (63,3%); la cosa più importante è poter scegliere gli aiuti e i servizi che si preferiscono (59,1); moltissimo potrebbe essere migliorato nei servizi se si desse spazio alla partecipazione degli utenti e delle loro famiglie (58,2); oltre alla famiglia, il volontariato più dello stato potrebbe aiutare in maniera veramente umana le persone in difficoltà (51,7). Ne emerge l'orientamento ad una sostanziale conferma del modello del *welfare* istituzionale, arricchito sul piano della gestione dei servizi da quelli offerti dal volontariato e sul piano della definizione degli obiettivi e delle strategie da una partecipazione reale al processo decisionale degli utenti e delle loro famiglie.

Le famiglie monogenitoriali

1. Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione

A Milano sono state intervistate 202 famiglie monogenitoriali con uno o più figli in età minorile. In 176 casi (87,1%) il genitore convivente è la madre, negli altri il padre. I bambini sono nel 54% dei casi maschi. Il 49,5% è in età prescolare, il 49% frequenta invece le elementari e solo l'1,5 è già alla scuola media. I bimbi in età prescolare frequentano in molti casi il nido e la scuola materna. In entrambi i casi la scelta si orienta prevalentemente verso il pubblico. Fra quelli in età scolare il 5,8% ha ripetuto almeno un anno. Va sottolineato che questo fenomeno è assente nel campione bolognese e si riduce ad 1 caso in quello lucchese e può quindi essere considerato come la spia o di una maggiore rigidità di comportamento da parte delle istituzioni scolastiche della città o come segnale della presenza nel campione milanese di alcune situazioni di particolare disagio minorile. Una conferma della seconda ipotesi può essere considerato il fatto che *qui si riscontra la percentuale più alta di minori che sono stati separati dalla madre per periodi lunghi prima del compimento dei tre anni* (13,4% contro il 2 e il 3 rispettivamente a Bologna e Lucca).

Le madri hanno un'età che va dai 19 ai 49 anni, un livello di istruzione che in un caso prevede anche l'analfabetismo ma che nella maggioranza assoluta dei casi è di livello superiore o universitario (53,4%) e nel 77,7% dei casi hanno un lavoro non casalingo. I padri hanno un'età che va dai 26 ai 50 anni, un livello di istruzione mediamente più basso (nel 53,9% dei casi non supera la licenza media)

29,2%. Le famiglie a più di 2 componenti vedono la presenza di uno o più fratelli/sorelle, nonni/e, zii/e e in 16 casi di un altro, probabilmente da identificarsi col nuovo partner del padre o della madre.

Solo il 46,5% delle famiglie possiede la casa in cui abita e questa è la percentuale più bassa rispetto alle altre due città. Il 5,4% ne ha l'usufrutto, mentre il restante 48% paga l'affitto. Le percentuali di famiglie che si dichiarano insoddisfatte della loro abitazione, rispetto all'ampiezza o allo stato di conservazione o alla dotazione di strutture, per quanto restino relativamente basse sono le più alte in assoluto, evidenziando il fatto che a Milano per queste famiglie la casa costituisce un problema più serio.

Il reddito è composito. Oltre che il lavoro e le pensioni, per 76 famiglie di sestate o divorziate la fonte di reddito è costituita dagli alimenti. In pochi casi si aggiungono contributi da parte di enti pubblici territoriali o da parte di enti di beneficenza. In termini di valutazioni soggettive, le famiglie che considerano insufficiente il loro reddito sono il 16,3%, cui si aggiunge un 38,6% che lo valuta appena sufficiente; il 34,2% ritiene che sia sufficiente e il 10,9 che sia buono. In termini oggettivi, cioè considerando tutti gli indicatori che vanno a formare l'indice di status socio-economico, l'area delle famiglie che potremmo considerare povere è del 19,8%, mentre il 33,2% ha uno status medio-alto e il 26,7% uno status alto. Complessivamente, quindi, *siamo di fronte a una famiglia economicamente più debole della media*.

Solo 10 famiglie (5%) hanno uno o più adulti che si impegnano in qualche associazione o gruppo di volontariato e nessuna è iscritta ad una associazione di famiglie. Anche in questo caso, quindi, si registra un orientamento fortemente privatistico.

2. Caratteristiche del c.g.

Non sempre il c.g. è il padre o la madre. Nel 3,5% delle famiglie si tratta di una persona diversa dal genitore e in questi casi è quasi sempre la nonna. Ciò fa sì che la percentuale di c.g. di sesso femminile sia più alta di quella dei bambini che vivono con la madre (88,1 contro 84,7). In ogni caso il 69,7% dei c.g. non ha più di 39 anni e nell'83,1% dei casi è occupato. Va anche notato che qui c'è la percentuale più alta di c.g. con lavoro part-time (19,4%). Dal punto di vista dello stato civile il 60,9% risulta separata/o o divorziata/o, il 27,7% nubile o celibe, il 7,9% vedova/o. L'assoluta maggioranza dei

Tab. 3 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie monogenitoriali di Milano

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	53,6	53,7	70,7
Suoceri/genitori	52,4	59,1	66,9
Padre/madre del minore	45,5	17,5	53,0
Figli/nipoti	29,5	32,4	35,0
Vicini	56,8	48,9	20,0
Amici	82,6	79,5	84,5
Colleghi	38,1	35,9	49,3

alla partecipazione, per quanto in assoluto modeste, sono più alte di quelle registrate nelle altre due città.

3. Dimensioni e caratteristiche della rete informale

La maggior parte di queste famiglie raggiunge, in riferimento all'indice di interscambio, un livello medio-alto (54%) o alto (10,9%). C'è, però un 15,8% che si posiziona sul livello basso e questo è un valore più alto di quelli riscontrati nelle altre due città. Se aggiungiamo a questo dato il fatto che i risultati dell'indice di chiusura mostrano la percentuale più alta di famiglie chiuse (21,8) e la più bassa di famiglie aperte (34,2), si può concludere che *anche nel caso di queste famiglie le reti informali sono più deboli, cioè caratterizzate in misura maggiore da rapporti poco frequenti se non addirittura sporadici*, dovuti in parte alle maggiori distanze geografiche fra i diversi nodi della rete che la grande città impone o favorisce, in parte ad una maggiore presenza di sentimenti di estraneità, diffidenza o addirittura di ostilità che la cultura metropolitana può produrre.

Dal punto di vista tipologico le reti si configurano nel modo illustrato dalla tab. 3.

Come si vede, la figura in assoluto più presente nella trama relazionale di questo tipo di famiglia è quella dell'amico/a. Considerando solo i parenti stretti, cioè quelli con cui il c.g. ha rapporti di confidenza, sul piano quantitativo il 31,7% delle famiglie ha una rete parentale composta da 1 o 2 persone, il 25,7% da 3 a 5, il 25,3 da 6

4. I riferimenti del c.g.

Data la situazione matrimoniale della maggior parte dei c.g., non meraviglia che quando questi vive una situazione di particolare difficoltà solo in pochi casi trovi facile parlarne col coniuge. Le persone cui la maggioranza si rivolge sono, invece, il genitore (43,1%), ma soprattutto un amico (55,4%). Lo stesso vale quando si tratta di passare dalle parole ai fatti, cioè ad un aiuto immediato. Anche in questo caso il 45,5% indica il genitore e il 48% un amico. Va sottolineato che le due percentuali relative ai genitori sono più basse di quelle registrate nelle altre città e che questo dato può essere interpretato come la conferma del fatto che *a Milano l'allentamento dei legami relazionali intergenerazionali interessa un numero più consistente di famiglie*.

5. Le modalità di soddisfazione dei bisogni quotidiani del minore

La soddisfazione dei bisogni quotidiani del minore richiede la messa in opera di una quantità molto consistente e differenziata di attività, dal preparare da mangiare all'accompagnarlo a scuola o in piscina, dal farlo giocare all'assisterlo quando è malato, che solo in pochi casi il minore è in grado di autogestire. Va, però, sottolineato che qui le famiglie sembrano favorire l'autonomia del bambino più che nelle altre città. Infatti, solo qui alcuni bambini si preparano da mangiare da soli qualche volta o spesso (6%), qui più che nelle altre città fanno la spesa qualche volta (11,9%) o si rifanno il letto (26,7%). Per tutti quei bisogni che il bambino non può soddisfare da solo, interviene spesso o sempre attraverso una o più attività la madre nell'88,1% dei casi, la nonna materna nel 47%, il padre nel 33,7%, i fratelli nel 24,8%, i nonni paterni nell'11,4% e altri parenti nel 17,3%. Il 10,4% delle famiglie si fa aiutare spesso o sempre anche da amici e da vicini, e questa è la percentuale più alta fra le tre città. Il 3% delle famiglie può contare spesso o sempre sull'aiuto del volontariato, mentre solo 1,5% su quello di un operatore pubblico. Infine, il 12,9% si avvale anche di un operatore a pagamento.

Richieste di spiegare i motivi per cui lo fanno, il 34,9% delle 109 famiglie che non ricorrono all'aiuto dei parenti non conviventi lo motiva con la loro non disponibilità, il 24,8 col fatto che non ci sono e il 13,8 con una scelta della famiglia.

Per quanto riguarda amici e vicini la causa principale del non utilizzo è invece la scelta consapevole della famiglia (31,9%), mentre

che non ci si è pensato (33,7%) o che non ci sono (17,3%), mentre il 35% di chi non ricorre ad operatori a pagamento lo fa perché costa troppo.

Nonostante l'impegno diretto e gli aiuti, il 68,3% dei minori deve passare da solo in casa almeno 1 ora al giorno. In questi casi molto spesso le famiglie affidano la custodia del bambino alla televisione che resta accesa ogni giorno da 1 a 5 ore e più nel 60,4% delle famiglie.

6. Le preoccupazioni del c.g.

La preoccupazione condivisa dal maggior numero di c.g. è relativa al tempo da dedicare al minore (61,3%) che a Milano raggiunge anche il valore in assoluto più alto fra le tre città. Seguono, nell'ordine: la preoccupazione per lo sviluppo/crescita psicologica del bambino (57,5%), per i soldi (57%), per il problema affettivo (46,2), per i rapporti con l'altro genitore (42,5), per la scuola (41) e per le amicizie con i pari (28,7). Il fattore fondamentale di produzione di stress per questa figura, quindi, sembra essere il conflitto fra la soddisfazione delle necessità strumentali, garantita dalla presenza sul posto di lavoro, e la soddisfazione dei bisogni affettivi del bambino che richiederebbero una maggior presenza a casa.

7. L'uso dei servizi

Fra queste famiglie solo il 15,3% non utilizza anche servizi esterni messi a disposizione dallo stato, dal mercato o dal privato-sociale. Essendo questa percentuale la più bassa fra le tre città, si dimostra ulteriormente l'esistenza di una correlazione fra maggiore ricorso ai servizi e minor forza della rete informale. Dal punto di vista tipologico i servizi più usati sono sempre quelli sanitari (60,4%), seguiti dai servizi di socializzazione (39,1), da altri servizi sociali (23,3) e da quelli domiciliari (13,4%). Considerando, invece, la natura giuridica, il 41,6% delle famiglie si rivolge solo al servizio pubblico, il 5,9% solo al mercato, il 20,8% fa un mix di pubblico e privato e il 16,3% ricorre al privato-sociale. Quest'ultima percentuale è in assoluto la più alta fra le tre città e suggerisce l'ipotesi che a Milano esista un maggior impegno del privato-sociale nel settore dei servizi per l'infanzia.

Il questionario somministrato a questo tipo di famiglie chiedeva anche di dire se i servizi e gli operatori che si occupano del minore sono in comunicazione fra loro. Dalle risposte è emerso che a Mila-

lo un minimo di informazione reciproca, ma il 14,2% ha osservato l'esistenza di una certa collaborazione e il 2,1% una integrazione dell'intervento fra pubblico, privato e volontariato. Quest'ultima risposta, che è la più significativa, è del tutto assente sia a Bologna che a Lucca.

8. Desideri e previsioni

Solo per il 70,9% di queste famiglie i parenti non dovrebbero fare nulla di più di quanto già fanno per venire incontro ai bisogni della famiglia. Il restante 29,1%, quindi, coglie aspetti e bisogni non soddisfatti che richiederebbero un maggiore impegno della rete parentale. Questo valore è il più alto nel confronto fra le tre città.

Anche nei confronti degli amici e del volontariato la percentuale delle famiglie che vorrebbero un maggiore aiuto è più alta di quelle riscontrate a Bologna e a Lucca, anche se in termini assoluti la prima è piuttosto modesta (13,4%), mentre la seconda è abbastanza consistente (40,4%). Nei confronti dello stato, invece, la percentuale di famiglie che vorrebbe un impegno un po' o molto maggiore è decisamente elevata (80,2%), ma è anche la più bassa delle tre.

Se a chiedere un maggiore impegno dei parenti è il 29,1 delle famiglie, la percentuale di quelle che hanno fiducia che ciò possa avvenire è pari al 12,6%, con uno scarto di 16,5 punti. Per gli amici lo scarto fra desideri e previsioni si riduce a 5,9 punti, per il volontariato sale a 20,6 e per lo stato arriva a 66,7, che è, comunque, più basso di quello delle altre due città.

9. Gli orientamenti di politica sociale

Le idee che trovano pienamente d'accordo la maggioranza assoluta di queste famiglie sono solo tre: lo stato deve garantire servizi gratuiti a tutti i cittadini (55,9%); lo stato deve dare più aiuti al volontariato (54,2%); la cosa più importante è poter scegliere gli aiuti e i servizi che si preferiscono (52,5%). Esistono, però, alcune idee nei confronti delle quali c'è un dissenso forte e diffuso, nel senso che supera il 30%. Si tratta delle idee che tendono a responsabilizzare di più la famiglia e a sottolineare la gratuità cui si ispira l'aiuto della rete parentale. Dall'insieme di questi dati sembra, quindi, emergere una cultura che percepisce la fatica con cui la famiglia riesce a far fronte ai propri bisogni, in particolare a quelli del bambino, e l'onerosità, certo non principalmente economica, che questo sforzo comporta e implica, e

2.2. A Bologna

Le famiglie con anziani maggiori di 80 anni

1. *Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione*

A Bologna sono state intervistate 201 famiglie con un anziano di 80 e più anni. Questo è in maggioranza femmina (54,7%) fra gli 80 e gli 84 anni (64,7%), con un livello di istruzione basso, tanto è vero che la percentuale di quanti non hanno completato le elementari (36,7%) è la più alta delle tre città, ed ha avuto un profilo professionale basso (34,5%) o medio-basso (24,5%).

Il 36,3% delle famiglie è composto dall'anziano più il coniuge e il 12,9% dalla coppia di anziani più uno o più figli. L'altra metà circa degli anziani ha perso il coniuge e vive o con figli non sposati (21,9%) o con la famiglia dei figli (24,9%) o con uno o più fratelli/sorelle (4%). Va sottolineato che *a Bologna dopo la coppia anziana, la forma di convivenza più diffusa è quella dell'anziano vedovo inserito nella famiglia del figlio/a e che questo tipo di convivenza è più presente a Bologna che nelle altre due città*. In ogni caso, dal punto di vista numerico, più della metà di queste famiglie (56,7%) è composta di due persone.

Nel 62,7% dei casi la casa è di proprietà della famiglia, mentre le altre pagano l'affitto. La percentuale di quanti considerano insufficiente o inadeguata l'abitazione rispetto alle esigenze della famiglia si aggira dal 5 al 7%. Oltre il 40%, invece, esprime una completa soddisfazione.

Le famiglie che giudicano insufficiente il loro reddito sono il 10%, mentre un altro 25% lo considera appena sufficiente. A fronte di una maggioranza che dichiara un reddito sufficiente (53,5%), la percentuale delle famiglie in condizioni di reddito buono (11,5%) è la più bassa delle tre città.

Dal punto di vista dello status socio-economico il 34,8% di queste famiglie ha una posizione bassa, il 17,4% media e il 47,7% medio-alta o alta. *Rispetto a Milano, quindi, lo status è complessivamente più basso.*

In termini monetari, però, le famiglie che vivono con meno di 1 milione al mese sono solo il 2,5%, che è la percentuale in assoluto più bassa fra le tre città, e un reddito mensile da 1 milione a 1.650

Complessivamente inferiore rispetto a Milano è anche il costo sostenuto per le cure al soggetto anziano. A Bologna, infatti, il 53,1% delle famiglie spende non più di 100.000 lire. Va, comunque, segnalato l'11,9% di famiglie che spende per questa voce da 600.000 a più di 1 milione al mese. È probabile che per queste famiglie la spesa consista nel pagamento di una collaboratrice familiare o badante. Infatti, la percentuale di famiglie che dichiara la presenza di una di queste figure più volte a settimana o tutti i giorni è pari al 12%.

Solo il 5% di queste famiglie ha uno o più membri impegnati in una associazione di volontariato e una sola è iscritta ad una associazione familiare. Anche qui, quindi, la relazione col settore associativo non di servizio è praticamente assente.

2. *Indice di autosufficienza dell'anziano*

Considerando l'insieme delle attività, la percentuale di famiglie che ha un anziano con un grado di autosufficienza basso è pari al 22,4%, cui si aggiunge un 13,9% di anziani a un livello di autosufficienza medio-basso. Più del 60% degli anziani, quindi, ha un buon livello di autosufficienza complessiva. Questa percentuale, ovviamente, si riduce se si considerano solo le attività extradomestiche. Anche in questo caso, però, il 52% è in buone condizioni. Una conferma della situazione appena descritta viene dalle valutazioni dei c.g. sulle difficoltà che il comportamento dell'anziano crea a chi gli sta vicino. Il 63,9%, infatti, parla di difficoltà che si possono gestire normalmente, mentre il 32,5% sottolinea che le difficoltà create esigono dai familiari un grande impegno e il 3,6% che spesso sono quasi insormontabili. *Rispetto a Milano, quindi, sono percentualmente più numerose le famiglie che giudicano la loro situazione molto impegnativa mentre sono meno numerose quelle che la considerano quasi insostenibile.*

Gli anziani che al momento della rilevazione soffrivano di almeno una malattia a Bologna ammontano al 33,3% del totale, cui si aggiunge un altro 32,8% di anziani sofferenti di più malattie. I sani, quindi, sono percentualmente meno che a Milano.

3. *Caratteristiche del care-giver*

A Bologna, pur rimanendo minoritaria, la percentuale di c.g. maschi è superiore di quella di Milano (26,5%). Dal punto di vista dell'età, il gruppo fino a 49 anni è più rappresentato (19,5%; +3,4

Tab. 4 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie anziane bolognesi (fra parentesi la differenza rispetto a Milano)

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	52,2 (+7,4)	48,5 (+5,4)	55,5 (-4,1)
Suoceri	11,8 (+2,6)	20,4 (+10,3)	19,0 (+7,1)
Figli/nipoti	73,1 (+2,9)	63,2 (+5,9)	70,8 (-3,2)
Vicini	50,1 (-0,4)	32,5 (-10,2)	14,0 (-)
Amici	65,5 (+6,4)	59,7 (+7,6)	71,5 (+5,3)
Colleghi	21,7 (+2,2)	21,5 (+3,8)	34,4 (+7,1)

che sotto il profilo dell'istruzione sono molto più presenti i livelli bassi (fino alla licenza elementare 49%; +15 rispetto a Milano), risultano sostanzialmente sugli stessi valori i livelli alti (31,9%), mentre sono molto meno rappresentati i livelli medi (19%; -14,6 rispetto a Milano). I c.g. in posizione lavorativa sono poco meno di un terzo, nell'89% dei casi con un lavoro a tempo pieno che nella maggior parte delle situazioni occupa più di 36 ore a settimana.

Date le caratteristiche appena dette non meraviglia che quasi nessuna di queste figure abbia un impegno associativo di qualsiasi genere.

4. Dimensioni e caratteristiche della rete informale

Considerando le visite fatte e quelle ricevute, nonché la loro frequenza, la percentuale di famiglie con un indice di interscambio basso a Bologna si riduce del 5% rispetto a Milano, passando al 25,4%. Un po' meno sono anche quelle che conseguono un punteggio medio-basso (27,4%), mentre significativamente più alta è la percentuale di quelle che ottengono un punteggio medio-alto (41,3%; +6,8 rispetto a Milano), che indica scambi di visite almeno mensili.

Dal punto di vista tipologico le caratteristiche della rete informale delle famiglie bolognesi di o con un grande anziano sono quelle illustrate dalla tab. 4.

Come si vede la rete delle relazioni coinvolge soprattutto i figli/nipoti e in secondo luogo gli amici che sono significativamente

Anche dal punto di vista quantitativo le reti informali a Bologna presentano elementi notevoli di differenza da quelle di Milano. Qui, ad esempio, la percentuale di famiglie che ha rapporti stretti (di confidenza) con più di 15 parenti è del 10,4, contro il 3,2 di Milano, mentre quella delle famiglie che non ne ha nessuno scende dal 9,6 al 6,5%. Per quanto concerne le reti amicali strette le differenze sono più contenute, ma anche per queste la percentuale di chi dichiara più di 5 amici stretti passa dal 23,6 al 27,4. Infine, va sottolineato che l'indice di chiusura mostra una percentuale quasi identica fra le due città per quanto concerne le famiglie chiuse (10%), ma una differenza di quasi 6 punti a favore di Bologna sulla percentuale delle famiglie aperte (59,2%), cioè di quelle la cui mancanza di rapporti non è mai dipendente da una scelta della famiglia ma da condizioni di fatto o di forza maggiore.

5. I riferimenti del c.g.

In presenza di difficoltà o di situazioni particolari, il 46,8% dei c.g. ne parla più facilmente coi figli, e la quasi totalità degli altri con altri parenti conviventi o non. A Bologna, comunque, si sono registrati gli unici 4 casi di persone che hanno indicato come riferimento più immediato un volontario e la percentuale più alta di risposte che hanno indicato come riferimento la figura dell'esperto (10,9%).

Se consideriamo, invece, la risposta, cioè chi si attiva realmente subito per dare un aiuto al c.g. in situazioni particolari di bisogno, il 50,2% indica il coniuge e il 47,8% i figli. Le due percentuali sono in assoluto le più alte rispetto sia a Milano che a Lucca. Nonostante la maggior frequentazione di e con amici e la maggior ampiezza di questa rete, solo il 18,4% ottiene aiuto immediato da un amico e questo valore è di 4 punti inferiore a quello di Milano. Resta più alta, invece, la percentuale di quelli che trovano riferimento per l'aiuto nell'esperto (9%).

6. Cosa fa la famiglia per i bisogni dell'anziano

A Bologna le famiglie che hanno la necessità di occuparsi in modo stabile dell'anziano sono il 70%, contro il 60% delle milanesi. Il 30% di queste, poi, è in questa condizione da più di 5 anni. Percentualmente più alte sono anche le situazioni in cui la necessità di assistenza stabile è derivata da una malattia improvvisa (20,7%) o da episodi invalidanti (25,2%). Sostanzialmente identica a quella di Mi-

anche qui in maniera esclusiva o quasi il c.g., la percentuale di famiglie in cui si è mobilitato tutto il nucleo di coabitazione passa dal 17,5% di Milano al 29,4%, che è in assoluto il valore più alto. Che questo fatto possa essere interpretato come indicatore dell'esistenza a Bologna di una più forte solidarietà familiare è forse confermato dal dato secondo cui solo a Bologna la decisione di prendersi in carico l'anziano è avvenuta senza che ci fosse neanche una discussione da parte della maggioranza assoluta delle famiglie (58,9%). Nelle altre due città questo valore si attesta attorno al 40%.

Per il 10% circa delle famiglie l'assistenza ha significato mutare l'arredamento della casa e cambiare la distribuzione delle stanze. Il 5% ha trovato una casa più grande e l'11,4 nuovi aiuti domestici.

Nel lavoro di risposta agli svariati bisogni di vita quotidiana dell'anziano, il c.g. anche a Bologna può contare nella maggior parte dei casi esclusivamente sugli altri componenti della famiglia, in particolare sul coniuge e, ancor di più, sulle figlie/nuore (64,7%) o sui figli/generi (56,8%). La percentuale dei c.g. che può contare (qualche volta, spesso o sempre) anche su amici e/o vicini è del 34,9%, molto simile a quella di Milano così come è molto simile la percentuale di quanti utilizzano un operatore a pagamento (26,4 rispetto a 28,8%). Appena più alta è la percentuale di quelli che possono contare sul volontariato che, però, resta fondamentalmente assente (3%). *Significativamente più elevato, invece, è il valore percentuale delle famiglie che dichiarano di poter contare sull'aiuto di un operatore pubblico* (16,9 rispetto al 9,2% di Milano). Questo dato confermerebbe la fama che Bologna ha di città che ha sviluppato al massimo la rete dei servizi pubblici, anche di tipo domiciliare, privilegiando in particolare la fascia degli anziani.

La situazione complessiva, comunque, è giudicata tale da soddisfare i bisogni di vita quotidiana dell'anziano in modo sufficiente o più che sufficiente dall'88,9% delle famiglie.

7. I fattori di stress

L'11,9% dei c.g. ha dovuto riorganizzare il proprio tempo di lavoro e il 3,5% ha dovuto lasciarlo. Il 29,4%, inoltre, dichiara di aver dovuto cambiare anche le abitudini di vita. Le difficoltà che i c.g. indicano di più come conseguenza della loro scelta, sono soprattutto legate alla stanchezza e allo stress psicologico (35,3%) e all'organiz-

8. L'uso dei servizi

In complesso si riscontra a Bologna la percentuale più alta di famiglie che usano servizi (89,1%). Particolarmente elevato è il ricorso al ricovero ospedaliero dell'anziano (43,3; +10,5 rispetto a Milano, cui si aggiunge un ulteriore 24,4% di ricoveri in centri specialistici). Il servizio più usato in assoluto sono anche qui i laboratori di analisi (69,7%), mentre l'assistenza domiciliare di tipo sociale o sanitaria è stata usufruita dal 14/15% delle famiglie. In generale, è più bassa rispetto a Milano la percentuale di famiglie che utilizza servizi domiciliari non sanitari (26,9 rispetto a 30%). Questa differenza è forse spiegabile col fatto che a Bologna è più diffuso il servizio pubblico e meno quello privato e che il primo riesce ad offrire una quantità inferiore di servizi domiciliari di quanto non possano fare le agenzie private di mercato. In valori percentuali, infatti, a Bologna le famiglie che utilizzano solo servizi pubblici sono il 54,7% (+11,9 rispetto a Milano); quelle che si rivolgono solo al mercato il 4,5% (-5,9 rispetto a Milano), quelle che si rivolgono ad entrambi il 27,4% e quelle che si rapportano anche al terzo settore il 2,5, che è il valore percentuale più alto delle tre città.

9. Desideri e previsioni

Considerando il livello di solidarietà familiare riscontrato, il maggior ricorso al terzo settore e la più ampia presenza di servizi pubblici, non meraviglia che le famiglie che si aspettano qualcosa o molto di più dai parenti siano percentualmente meno numerose di quelle sia di Milano che di Lucca (23,7%), e che lo stesso valga per il volontariato (37,5%) e per lo stato (76,9%). Le risposte sulle previsioni, invece, evidenziano rispetto alle altre due città una maggiore fiducia nei confronti dei parenti e dello stato e una fiducia meno diffusa nei confronti del volontariato. Anzi, la percentuale di quanti si aspettano che il volontariato faccia in futuro di più di quanto sta facendo è addirittura più bassa di quella di chi dichiara fiducia nello stato.

10. Gli orientamenti di politica sociale

Nonostante ciò, anche in questa città l'affermazione assolutamente più condivisa è che lo stato deve aiutare le associazioni di volontariato (68,8%) e la seconda quella secondo cui lo stato deve garantire servizi gratuiti a tutti i cittadini (64,3%), che trova qui un ancora più ampio consenso (+8,1 rispetto a Milano). Data la scarsa diffusione

un sistema universalistico di garanzie che consenta sul piano operativo la scelta fra una pluralità di servizi gestiti, oltre che dal pubblico, anche dal privato-sociale. La conferma che questa sia l'opzione preferita dalla maggioranza viene dal fatto che il 61% condivide pienamente l'importanza di poter scegliere i servizi o gli aiuti necessari. Esiste, però, anche una minoranza intorno al 30% che è favorevole ad un sistema di protezione sociale di tipo privatistico, basato sulla responsabilizzazione della famiglia (30,5%) che deve avere i mezzi per acquistare privatamente i servizi, anche grazie ad una riduzione della pressione fiscale (38,4%).

Le famiglie con invalidi

1. Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione

Le famiglie con invalidi intervistate a Bologna sono state 151. L'invalido è in maggioranza maschio (57%); con un'età che si colloca fra i 35 e i 54 anni (70,7%), quindi mediamente più vecchio di quelli che vivono nelle famiglie selezionate nelle altre due città; ha un livello di scolarità basso ed è esterno al mercato del lavoro. Va, però, segnalato che a Bologna è leggermente più alta la percentuale di invalidi sia con un titolo di studio superiore alla licenza media (23,1% contro il 18,9% di Milano) sia in condizione professionale (19,2 contro 14% di Milano).

Mentre nelle altre due città la famiglia nucleare «normale», cioè composta dai due genitori, dal soggetto handicappato ed eventualmente da altri fratelli, rappresenta più della metà dei casi, qui, pur restando il tipo più diffuso, arriva al 43%. Le ragioni stanno nella maggiore presenza di famiglie in cui l'handicappato vive con un solo genitore (21,2% rispetto al 13,9 di Milano e al 13,5 di Lucca) e di famiglie in cui l'handicappato vive col proprio coniuge insieme ad altri (15,9% contro l'11,9 di Milano e il 10,4 di Lucca).

Questa diversa composizione riduce il numero medio dei componenti delle famiglie, per cui qui si registra la percentuale più alta di famiglie con due componenti (32,5%) e la più bassa di quelle con 5 e più (7,3%).

È proprietario della casa dove abita il 51% delle famiglie, mentre le restanti pagano l'affitto (45,7%) o ne hanno l'usufrutto (3,3%). La casa è considerata almeno sufficiente dal punto di vista delle dimensioni dal 94% delle famiglie, mentre un 14,8% lamenta una inadeguatezza.

gnificativamente più alta sia di quella di Lucca (48,5) che di quella di Milano (47,5).

Nonostante questo, la percentuale di famiglie con un reddito fino a 1.650 mila lire è la più bassa del campione (22,5% rispetto 30,3 di Milano e al 28,8 di Lucca), cosa che fa ipotizzare che in questa città mediamente questo tipo di famiglie sia economicamente in condizioni migliori. In effetti, solo il 7,9% dichiara il proprio reddito insufficiente, mentre un altro 27,8 lo considera appena sufficiente: entrambi i valori sono i più bassi del campione.

Una conferma indiretta della relativa miglior situazione economica viene dal fatto che qui la percentuale di famiglie che può avvalersi almeno saltuariamente di una collaboratrice domestica a pagamento sale al 17,3 rispetto al 15,8 di Milano e al 14,4 di Lucca.

Le famiglie iscritte come tali ad associazioni familiari di mutuo aiuto qui scendono al 26,5%, che è il valore in assoluto più basso, così come più bassa appare la percentuale, già modestissima, di famiglie in cui almeno un membro ha un impegno concreto in associazioni/gruppi di volontariato (6,6%).

2. Indice di autosufficienza dell'handicappato

Gli invalidi sostanzialmente non autosufficienti, cioè pienamente dipendenti da altri per ogni tipo di attività, sono qui il 14,6% del totale e quelli il cui comportamento crea difficoltà molto consistenti alla famiglia il 13,5. Nessuno, comunque, è costretto a letto in modo permanente, mentre il 20,5 per muoversi deve usare la sedia a rotelle.

3. Caratteristiche del care-giver

Chi svolge il ruolo di c.g. è nel 73,5% dei casi una donna, di età matura o anziana. Rispetto alle altre due città qui sono un po' più rappresentate le donne più giovani (25,2% fino a 49 anni). In effetti, il 13,2% dei c.g. si identifica con la moglie dell'invalido e solo il 51% con la madre. Dico solo perché questo valore è di oltre 15 punti percentuali inferiore a quello riscontrabile nelle altre due città. La differenza, però, non si spiega solo con la maggior presenza di coppie di invalidi, ma anche con una più alta percentuale di padri che svolge questo ruolo (15,9%). Il c.g. nel 25,8% dei casi è anche occupato, con un lavoro a tempo pieno e ad orario pieno. L'impegno associativo risulta anche qui molto basso e si rivolge prevalentemente verso le attività sportive e i gruppi di volontariato socio-sanitario (6%).

4. Dimensioni e caratteristiche dell'handicappato

Tab. 5 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie con invalidi di Bologna. Fra parentesi sono indicate le differenze con Milano

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	62,1 (+11,8)	49,6 (-3,5)	73,2 (-0,3)
Suoceri/genitori	23,2 (+6,2)	25,8 (+2,4)	30,5 (-0,7)
Padre/madre dell'handicappato	11,8 (+1,5)	15,3 (-0,4)	17,9 (-2,9)
Figli/nipoti	57,2 (-5,5)	47,1 (-9,4)	58,7 (-9,5)
Vicini	42,7 (-2,9)	33,4 (-7,2)	18,7 (-4,8)
Amici	63,0 (+2,1)	47,3 (-4,9)	63,4 (-8,1)
Colleghi	14,8 (-1)	15,5 (+1,7)	20,3 (+0,3)

leggerissima maggiore robustezza, in quanto le famiglie che hanno relazioni molto o abbastanza diluite nel tempo sono il 66,8 rispetto al 70,3%. Dal punto di visto tipologico, le caratteristiche della rete informale sono illustrate dalla tab. 5.

Vorrei far notare che il leggero aumento dell'interscambio rispetto a Milano dipende tutto dalla maggior disponibilità di alcune figure parentali e degli amici a frequentare la famiglia che, però, risulta in generale meno aperta verso l'esterno, meno disponibile a prendere l'iniziativa nei rapporti. Inoltre viene confermato anche per questo tipo di famiglie quanto evidenziato relativamente agli anziani, cioè una minore presenza dei rapporti di vicinato.

Dal punto di vista della numerosità dei componenti, è più bassa rispetto a Milano la percentuale delle famiglie che ha indicato nessun parente stretto (13,2), ma anche quella delle famiglie che ha una rete parentale molto ampia (5,2% ha più di 10 parenti stretti), per cui risultano più presenti le reti di media dimensione (da 3 a 10: 51,7%).

Invece gli amici stretti qui mancano addirittura nel 41,7% dei casi, che è in assoluto il valore più alto, e in genere le reti amicali sono più strette che a Milano. Data la scarsa rilevanza delle reti di vicinato, ciò significa che a Bologna la rete informale di più della metà delle famiglie con invalidi poggia tutta sul sistema parentale.

5. I riferimenti del c.g.

In presenza di situazioni di difficoltà o particolari, il 50,3% dei

guarda gli aiuti immediati la grande maggioranza li trova all'interno della rete parentale, mentre il 20,5% indica gli amici, il 3,3 il volontariato e il 6,6 un esperto.

6. Il carico assistenziale della famiglia

In quasi la metà dei casi (48,7%) l'handicap si è manifestato fin dalla nascita. In un altro 40%, invece, è dovuto ad una malattia o ad un incidente che si è verificato dopo il diciottesimo anno. Questa quota è molto più alta di quella che troviamo sia a Lucca che a Milano, dove si aggira sul 25%. Qui la percentuale di famiglie che ha avvertito negli anni una diminuzione dei bisogni di cura è solo del 22%, rispetto al 31,5 di Milano, ma è anche inferiore la percentuale di quanti denunciano un aumento (38,7 rispetto a 43). Molte più famiglie, quindi, sentono che la situazione di bisogno negli anni non si è sostanzialmente modificata (39,3%).

A far fronte alla gran parte dei bisogni anche in questo caso sono i componenti della rete parentale, con una significativa maggior presenza dei parenti non conviventi, che intervengono spesso o sempre per prestare aiuto nei confronti di uno o più bisogni nel 31,8% dei casi, rispetto al 12,4 di Milano e al 22,7 di Lucca. Resta sostanzialmente invariata, con un valore attorno al 19%, la percentuale delle famiglie che possono contare con assiduità sull'aiuto di amici, mentre crolla quella delle famiglie che indicano il volontariato (4,6% rispetto al 13,4 di Milano). Si conferma, invece, anche per questo tipo di famiglie una maggior presenza dei servizi pubblici cui si rivolge spesso o sempre per aiuto il 17,9%, rispetto all'8,4 di Milano e al 7,2 di Lucca. Nonostante questo e a parziale conferma del relativo maggior benessere di queste famiglie, il ricorso ad operatori a pagamento interessa a Bologna il 14,6% delle stesse, che è la percentuale in assoluto più alta del campione.

Evidentemente il mix di risorse interne, informali, pubbliche e private che le famiglie riescono a combinare soddisfa in larga parte i bisogni del soggetto debole. Infatti, la percentuale delle famiglie che danno una valutazione negativa al riguardo scende al 6% dal 15,4 di Milano. Inoltre, sembra che la famiglia e in particolare il c.g. riesca a dare le risposte di aiuto necessarie producendo minor stress e difficoltà.

7. Il sovraccarico familiare

Tutti i valori delle risposte alle domande del questionario sulle

quelle registrate nelle altre due città. Ad esempio, sono in assoluto più basse le percentuali delle famiglie che dichiarano di avere difficoltà nei rapporti con gli amici (13,9%); nell'organizzazione della vita domestica (29,1%) e nei rapporti coi parenti non conviventi (13,9%). Anche i c.g. che denunciano una situazione di stress sono il 61,6% rispetto al 70,3 di Milano e al 73,2 di Lucca.

I motivi indicati come fattori di stress sono soprattutto il non poter disporre del proprio tempo (33,1%) e l'aver meno tempo libero (24,5%). Va sottolineato il fatto che a Bologna solo il 13,2% dei c.g. sente il peso di aver dovuto ridurre le proprie relazioni sociali. Questa percentuale è in assoluto la più bassa fra le tre città e conferma quanto è emerso dalla tabella 5 circa la relativa passività di molte famiglie, più propense a ricevere visite che a farne.

8. L'uso dei servizi

Abbiamo visto che a Bologna la percentuale di famiglie che hanno a disposizione una rete informale di supporto abbastanza densa è di qualche punto più alta rispetto a Milano e che il sostegno è offerto in misura più rilevante dai parenti non conviventi. A conferma ulteriore dell'ipotesi che a una maggior consistenza della rete informale corrisponda un minor uso dei servizi esterni, la percentuale delle famiglie che dichiara di non aver usato nessun servizio nell'ultimo anno è qui del 17,9%, circa quattro punti più alta rispetto a Milano. Data la diversa composizione per età e per tipo di handicap, cambia, invece, significativamente la tipologia dei servizi usati. È più diffuso il ricorso a servizi sociali, anche di tipo domiciliare, e meno quello ai servizi sanitari e di socializzazione. Diverso è anche il sistema relazionale attraverso il quale la famiglia di procura i servizi. Qui, infatti, oltre la metà (54,3%) ha una relazione esclusiva col settore pubblico e questo dato è, ovviamente, il più alto in assoluto. Il maggior riferimento al pubblico penalizza particolarmente la relazione col terzo settore che interessa qui il 10,6% delle famiglie rispetto al 23,3 di Milano.

9. Attese e speranze

La relativa maggior solidità della rete informale di aiuto è confermata dal fatto che qui le famiglie che ritengono che i parenti non dovrebbero fare nulla di più di quanto già fanno sono il 70,5% e quelle che danno lo stesso giudizio rispetto agli amici sono l'87,2%. Entrambi i valori sono in assoluto i più alti rispetto alle altre città. Anche nei confronti del volontariato la percentuale di famiglie che

Lucca. In questo caso, però, il dato potrebbe significare o che a Bologna più famiglie percepiscono la relazione con la rete del terzo settore come già soddisfacente le loro esigenze, o che le aspettative nei confronti del volontariato sono più basse a causa sia della più forte consistenza delle reti informali, sia della maggior attesa nei confronti della rete pubblica. Infatti, ben il 57,7% delle famiglie ritiene che lo stato dovrebbe fare molto di più, e si tratta ancora una volta del valore percentuale più alto, cui si accompagna un più alto livello di fiducia, anche se in questo caso la differenza rispetto alle altre due città è minima e i valori restano comunque bassi (22,5%).

10. Gli orientamenti di politica sociale

Il problema interpretativo introdotto dai dati precedenti viene in parte risolto dalle risposte sugli orientamenti di politica sociale. A Bologna presso queste famiglie l'idea che raccoglie il massimo del consenso è quella secondo cui lo stato dovrebbe dare più aiuti al volontariato (72%), mentre quella per cui lo stato deve garantire servizi gratuiti a tutti è seconda, col 62% dei consensi. Gli altri orientamenti che riescono ad aggregare la maggioranza assoluta dei consensi sono quelli per cui: per migliorare i servizi sarebbe meglio lasciare i soldi alla gente perché se li paghi privatamente (55%); la cosa più importante è poter scegliere gli aiuti e i servizi che si preferiscono (54%). Come si vede, pur non negando l'impianto di base del *welfare state*, la maggioranza di queste famiglie è soprattutto orientata ad aumentare le proprie possibilità di scelta attraverso una moltiplicazione dell'offerta che veda a fianco dello stato ed anche in concorrenza coi servizi da esso gestiti, sia il terzo settore che il mercato.

Le famiglie monogenitoriali

1. Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione

A Bologna sono state intervistate 148 famiglie monogenitoriali con un minore fino a 10 anni. In 144 di queste il genitore è la madre e solo nelle restanti 4 è il padre. I minori sono nel 56,1% dei casi maschi. Il 49,3% è in età prescolare, il 48% frequenta le elementari e il 2,7 le medie. Si tratta per lo più di istituzioni pubbliche, anche se la percentuale di iscritti a scuole materne private è la più alta dell'intero campione (13,5%). I bambini in età scolare sono tutti in pari con il ciclo di studi. La presenza di patologie croniche è minima (6,1%) così come minimo è il numero di quanti hanno dovuto

L'età delle madri va dai 20 ai 50 anni e il loro livello di istruzione è in generale medio-alto e, comunque, il più alto fra le tre città. Solo il 9,2% è fuori dal mercato del lavoro dove il 49% ricopre posizioni medio-alte o alte.

I 4 padri hanno rispettivamente 27, 33, 42 e 64 anni; 2 hanno la licenza media, uno il diploma superiore ed uno la laurea. Solo 1 non lavora.

La percentuale delle famiglie a 2 componenti qui è in assoluto la più alta (48,6%). Le famiglie a tre componenti rappresentano il 23,6% del totale e quelle a 4 e più il 27,7%. Un fratello o sorella è presente in 32 casi (21,6%); un nonno/a in 42 (28,4%); uno zio/a in 16 (10,8%); un «altro», probabilmente il nuovo partner del genitore, in 4 casi.

La metà esatta di queste famiglie vive in un casa in affitto, il 47,3%, invece, è proprietario e il restante 2,7% ne ha l'usufrutto. La percentuale di chi considera insufficiente l'abitazione rispetto alle proprie esigenze è relativamente bassa (dal 7,5% per lo stato di conservazione al 17,6 per l'ampiezza), mentre è in assoluto la più alta quella delle famiglie che ne danno una valutazione di piena adeguatezza (dal 33,1 al 38,8%).

Anche se il reddito dichiarato è mediamente più elevato rispetto alle altre due città, una percentuale più alta di quella riscontrata a Milano lo percepisce come insufficiente (19,6% rispetto a 16,3) e una percentuale più bassa lo considera buono (8,8 contro 10,9). In termini oggettivi, però, lo status socio-economico delle famiglie monogenitoriali bolognesi risulta decisamente il più elevato, tranne che per la fascia più alta dove è di circa un punto percentuale inferiore a Milano (25% contro 26,7). La fascia delle famiglie povere, infatti, si riduce al 10,1%, mentre rientra nello status medio il 18,9 e in quello medio-alto il 38,5%. Anche qui le fonti di reddito sono molteplici: accanto al lavoro e alle pensioni, 60 separate/divorziate ricevono un assegno mensile per importi che vanno dalle 200 mila lire al milione e mezzo, e un numero molto limitato percepisce contributi dallo stato, dal comune o da altri enti assistenziali.

Solo 7 famiglie (4,8%) hanno almeno un componente adulto impegnato in gruppi o associazioni di volontariato e 1 sola famiglia risulta iscritta ad una associazione familiare.

2. Caratteristiche del c.g.

pata in un lavoro non casalingo che nel 75% dei casi è a tempo pieno. È da segnalare il fatto che qui si riscontra la percentuale più alta di ragazze madri (29,1%), mentre il 58,1% dei c.g. è separato o divorziato. Dati gli impegni familiari e lavorativi, la partecipazione sociale, politica o associativa è decisamente minimale.

3. Dimensioni e caratteristiche della rete informale

A Bologna si registra la percentuale più elevata di famiglie che hanno un indice di interscambio alto (24,3%) e medio-alto (52,7%), cioè una rete di relazioni informali che vede scambi frequenti di visite e di comunicazioni. Va inoltre sottolineato che se col 14,2% di famiglie chiuse, cioè di famiglie che scelgono di non aver rapporti con componenti della rete informale, Bologna si colloca in posizione intermedia, dietro Milano e prima di Lucca, d'altra parte si riscontra qui la percentuale più alta di famiglie aperte (52%), cioè di famiglie che non discriminano negativamente nessun componente. È possibile interpretare la non selettività da parte di un numero più alto di famiglie o ricorrendo al tratto culturale della cordialità o bonomia, che si vuole tipico della città, o ipotizzando che a causa delle caratteristiche precedentemente analizzate, un maggior numero di famiglie abbia necessità assoluta di mantenere i contatti con tutta la rete informale.

Dal punto di vista tipologico le reti si configurano nel modo illustrato dalla tab. 6.

Come si vede, la figura in assoluto più presente anche in questa città è quella dell'amicola. Sono più diffusi i contatti con tutti i componenti della rete, ad eccezione dei vicini, il rapporto coi quali ha in assoluto i valori più bassi, ma questa, come abbiamo visto, è una caratteristica della città.

Considerando solo i parenti stretti, cioè quelli con cui il c.g. ha rapporti di confidenza, sul piano quantitativo il 36,5% delle famiglie ha una rete parentale composta da 1 o 2 persone, il 28,4% da 3 a 5, il 21,1 da 6 a 10, il 4,8% da più di 10 persone. Rispetto a Milano, quindi, la rete parentale è mediamente a più alta intensità di contatti ma meno ampia. Se consideriamo, invece, gli amici stretti, i valori dichiarati sono i seguenti: il 26,4% ne ha 1 o 2; il 28,4 da 3 a 5; il 22,9% da 6 a 10; il 13,7% più di 10. Anche in questo caso, quindi, rispetto a Milano il trend è verso una minore ampiezza, ma in misura inferiore a quella riscontrata per i parenti.

Tab. 6 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie monogenitoriali di Bologna. Fra parentesi sono indicate le differenze con Milano

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	64,8 (+11,2)	66,4 (+12,7)	71,1 (+0,4)
Suoceri/genitori	71,4 (+19,0)	72,9 (+13,8)	75,4 (+8,5)
Padre/madre del minore	65,3 (+19,8)	21,7 (+4,2)	62,7 (+9,7)
Figli/nipoti	40,9 (+11,4)	43,0 (+10,6)	40,6 (+5,6)
Vicini	50,7 (-6,1)	44,9 (-4)	24,5 (+4,5)
Amici	85,7 (+3,1)	86,2 (+6,7)	89,6 (+5,1)
Collegghi	48,3 (+10,2)	48,9 (+13,0)	55,6 (+6,3)

più facile parlare è l'amico, subito seguito dal genitore (50%). Il 29,7% indica un parente non convivente, mentre il 10,8 esce dalla rete informale per rivolgersi ad un esperto. Se, però, consideriamo le figure da cui concretamente il c.g. riceve un aiuto immediato, la graduatoria vede al primo posto i genitori col 58,1%, mentre gli amici scendono al 39,9%, i parenti non conviventi continuano ad essere indicati dal 28,4 e gli esperti dal 9,5.

5. Le modalità di soddisfazione dei bisogni del minore

A Bologna i bambini vengono sollecitati molto poco all'autonomia. Infatti, solo pochissimi minori vengono impegnati qualche volta o spesso per fare la spesa o altri acquisti o per rifarsi il letto. Nella assoluta maggioranza dei casi e in risposta a quei bisogni la cui soddisfazione richiede comunque un intervento, la figura di riferimento è il genitore che, come abbiamo visto, è quasi sempre la madre. In aggiunta ad essa, il 56,8% delle famiglie può contare sull'aiuto intenso della nonna materna, il 12,2 del fratello o sorella del minore, il 16,9 di altri parenti. Può contare su aiuti da parte di amici o vicini, almeno qualche volta, il 30,4% delle famiglie, che è una percentuale più bassa sia di Milano che di Lucca, così come è più bassa la percentuale di quante possono contare su aiuti del volontariato (2,1%). A queste carenze il 4,1% sopperisce con un ricorso intensivo all'aiuto di operatori pubblici e il 15,5 col ricorso intensivo ad operatori a pagamento. Per quanto in assoluto modesta, la percentuale di famiglie che si serve intensivamente di operatori a

riato, è abbastanza stupefacente notare che più del 50% delle famiglie motiva tale scelta col fatto di non averci mai pensato. È probabile che questa risposta possa essere interpretata nel senso che la famiglia è sempre stata perfettamente in grado di rispondere a tutti i bisogni di vita quotidiana del minore che il questionario elencava. Se questo fosse il senso della risposta, essendo le percentuali indicate le più alte in assoluto, se ne potrebbe ricavare che a Bologna le capacità autonome di risposta delle famiglie, integrate nella rete informale, sono mediamente più elevate.

Una conferma in questa direzione viene dalla stessa percezione delle famiglie che nell'89,2% dei casi ritengono che i sostegni forniti soddisfino i bisogni del minore in modo sufficiente o più che sufficiente. Questo è in assoluto il valore più alto fra le tre città.

Un altro indicatore a conferma può essere considerato il fatto che a Bologna il 56,1% dei bimbi non resta mai solo in casa (a Milano è il 31,7 e a Lucca il 32%) e che un ulteriore 39,2 vi resta per meno di una ora.

6. Le preoccupazioni del c.g.

Anche a Bologna, come a Milano, le due preoccupazioni avvertite dal maggior numero di c.g. sono il tempo da dedicare al figlio (58,6%) e i soldi (54,5%). Seguono nell'ordine: lo sviluppo/crescita psicologica (40,8); il problema affettivo (30,8); la scuola (30,5); il rapporto con l'altro genitore (26,1) e le amicizie coi pari (22,8). Se sostanzialmente non cambia l'ordine delle preoccupazioni, va, però, sottolineato che in assoluto i valori percentuali registrati a Bologna sono i più bassi del campione. Ciò significa che queste preoccupazioni riguardano un numero minore di famiglie e, di converso, che una maggiore quantità di c.g. non vive in modo stressante la propria situazione familiare.

7. L'uso dei servizi

Il ricorso a servizi esterni qui ha interessato l'81,8% delle famiglie, con una riduzione di circa tre punti percentuali rispetto a Milano. Per la maggior parte (66,9%) si è trattato di servizi di tipo sanitario e per un terzo circa (34,5%) di servizi di socializzazione. Modeste, infine, le percentuali delle famiglie che hanno utilizzato servizi domiciliari (9,5) e altri servizi sociali (17,6). Se consideriamo

La domanda relativa all'esistenza di forme di comunicazione o integrazione fra i servizi esistenti, trova qui una risposta particolarmente negativa, in quanto il 74,2% ritiene che i vari servizi si ignorino reciprocamente e il 21,3 che si limitino a scambiare un minimo di informazione. Si evidenzia, dunque, che, almeno nella percezione degli utenti, il modello relazionale dei servizi è a Bologna molto più arretrato che a Milano.

8. Desideri e previsioni

I c.g. che vorrebbero che i parenti facessero qualcosa in più di quanto già fanno sono il 14,6% e quelli che vorrebbero che facesse molto di più l'8,3. Come si vede, si tratta di percentuali ancor più modeste di quelle registrate a Milano. Lo stesso vale per gli amici, del cui impegno è soddisfatto il 93,1%. Il desiderio di una maggiore presenza delle organizzazioni di volontariato è ovviamente più alto (31,4%), ma inferiore ai valori registrati nelle altre città. Il contrario vale per lo stato: ben il 51% dei c.g. pensa che dovrebbe fare molto di più e il 29,4 qualcosa in più. Ma, mentre la metà circa di quelli che chiedono un maggior impegno del volontariato hanno fiducia che ciò avverrà, dell'80% circa che vorrebbe un maggiore intervento dello stato solo il 12,8% prevede che la propria aspettativa possa venire soddisfatta.

9. Gli orientamenti di politica sociale

Una conferma delle speranze riposte da queste famiglie nei confronti del privato-sociale viene dal fatto che l'idea di politica sociale condivisa dalla percentuale maggiore di famiglie è che lo stato dia maggiori aiuti alle organizzazioni di volontariato (74,8% pienamente d'accordo). Nella graduatoria delle idee più condivise vengono dopo: lo stato deve garantire servizi gratuiti a tutti i cittadini (65,3 pienamente d'accordo) e la cosa più importante è poter scegliere i servizi che si preferiscono (56,5%). Nel contesto dell'orientamento indicato da questo insieme di preferenze, orientamento che per la verità appare generalizzato, la priorità data al volontariato potrebbe essere intesa come la sollecitazione di una crescita della presenza di questa realtà, che abbiamo visto praticamente assente, così da consentire effettivamente alla famiglia la possibilità di esercitare una scelta.

In conclusione vorrei sottolineare che le idee secondo cui: a) in

nulla d'accordo rispettivamente il 15% e il 21,9% contro il 30,7 e il 33 di Milano e il 29 e il 28 di Lucca). Credo che questi dati confermino indirettamente che l'esperienza di aiuto all'interno delle reti parentali è vissuta più positivamente e con libertà da una percentuale significativamente più alta di famiglie.

2.3. A Lucca

Le famiglie con anziani maggiori di 80 anni

1. *Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione*

Le famiglie di e con grandi anziani intervistate in provincia di Lucca sono 99. Queste famiglie presentano la percentuale più alta in assoluto di anziane di sesso femminile (68,7%) e di 90 anni e più (15,2%). Ne consegue che qui si registra anche il livello più basso di scolarità e la concentrazione più alta di anziani che prima della pensione hanno svolto un ruolo professionale di livello basso (40,4%).

Data l'età più avanzata degli anziani non sorprende che a Lucca la percentuale di famiglie coniugali di anziani sia la più bassa (22,2%), anche se un ulteriore 19,2% vive col coniuge insieme al figlio/a o ai figli. *Il gruppo più numeroso di famiglie, comunque, è rappresentato da quelle composte dall'anziana vedova che convive con un figlio/a a sua volta solo/a (31,3%). Lucca, però, si segnala anche per avere la percentuale più alta di famiglie numerose, cioè composte da 5 e più membri (23,2%).*

Col 79,8%, Lucca è la città col tasso più alto di proprietari dell'alloggio, che è giudicato almeno sufficiente e per lo più completamente adeguato sia per le dimensioni che per lo stato di conservazione. Solo relativamente alle dotazioni strutturali un 10,1% lamenta delle insufficienze.

Il 5,1% delle famiglie percepisce un reddito inferiore al milione al mese e un altro 21,4% fra il milione e 1.650.000. In termini assoluti, quindi, la distribuzione del reddito è molto simile a quelle di Milano e Bologna, con un leggero miglioramento rispetto alla prima. Dal punto di vista soggettivo, infatti, è solo il 7,1% che considera insufficiente il proprio reddito, a fronte del 10,8 e del 10% riscontrati a Milano e Bologna. Bisogna anche considerare che la spesa mensile per cure è mediamente un po' più bassa e che una percentuale superiore di famiglie percepisce contributi economici dallo stato (13,1%)

Il 13,2% delle famiglie di Lucca dichiara che almeno uno dei membri della famiglia è impegnato in una associazione di volontariato e questo valore è di gran lunga superiore a quelli riscontrati a Milano e Bologna, per cui può essere considerato l'indicatore della presenza di una *cultura meno privatistica e maggiormente aperta alla partecipazione*.

2. Indice di autosufficienza dell'anziano

Data l'età mediamente più alta, non meraviglia che a Lucca si registri la percentuale più alta di non autosufficienza, con il 30,3% di anziani che raggiungono un livello basso e un ulteriore 19,2% con un livello medio basso. Il 26,3% ha problemi per le attività fondamentali; il 40,4% per le attività in casa e il 61,6% per le attività fuori casa. Inoltre, soffre di almeno una malattia il 73,8% degli anziani.

3. Caratteristiche del care giver

Nel 73,7% dei casi il c.g. è una donna. Il 46,5% ha un'età compresa fra i 50 e i 64, e questa percentuale è parecchio più alta di quelle riscontrate a Milano e Bologna. Ciò significa che mediamente il c.g. è un po' più giovane. Nonostante questo, il livello di scolarità è mediamente più basso (il 60,1% arriva al massimo alla licenza elementare). Dal punto di vista dell'occupazione sono più numerose le casalinghe (32,3%), mentre la percentuale dei c.g. che hanno anche un lavoro resta anche qui attorno al 33%. Quelli che lavorano lo fanno in grande maggioranza a tempo pieno, con un orario dalle 36 ore in su.

La partecipazione associativa dei c.g. è anche qui molto scarsa, a conferma dell'impegno assorbente che questo ruolo richiede. Si segnala, però, un maggiore partecipazione a gruppi religiosi (10,1%) e a gruppi di volontariato (5,1%).

4. Dimensioni e caratteristiche della rete informale

L'indice di interscambio mostra che la maggioranza di queste famiglie ha una rete informale robusta, cioè caratterizzata da scambi frequenti. A Lucca l'indice di interscambio registra, infatti, la percentuale in assoluto più bassa sia di famiglie che hanno un punteggio basso (20,2%) sia di famiglie con un punteggio medio-basso (23,2%). Qui, inoltre, la percentuale di famiglie con un indice di interscambio alto è di più di 10 punti percentuali superiore sia a Mila-

Tab. 7 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie anziane lucchesi (nella prima parentesi la differenza rispetto a Bologna; nella seconda la differenza rispetto a Milano)

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	62,3 (+10,1) (+17,5)	50,0 (+1,5) (+6,9)	65,4 (+9,9) (+5,8)
Suoceri	19,1 (+7,3) (+9,9)	22,1 (+1,7) (+12,0)	19,3 (+0,3) (+7,4)
Figli/nipoti	77,2 (+4,1) (+7,0)	57,4 (-5,8) (+0,1)	70,6 (-0,2) (-3,4)
Vicini	57,1 (+7,0) (+6,6)	49,6 (+17,1) (+6,9)	26,2 (+12,2) (+12,2)
Amici	70,7 (+5,2) (+11,6)	56,7 (-3,0) (+4,6)	63,7 (-7,8) (-2,5)
Collegghi	34,3 (+12,6) (+14,8)	26,2 (+4,7) (+8,5)	40,5 (+6,1) (+13,2)

Come si vede queste famiglie sono soprattutto oggetto di visite da parte di figli/nipoti, amici e fratelli o sorelle. Va, comunque, segnalata sia la molto maggiore diffusione dei rapporti di vicinato rispetto alle altre due città, sia la maggior incidenza che hanno i rapporti coi colleghi di lavoro del c.g. In entrambi i casi si riscontrano aumenti percentuali anche superiori a 10 punti. Questo dato può essere considerato una conferma dell'ipotesi che la dimensione cittadina incide sulla composizione della rete informale preservando nelle piccole città quei rapporti di vicinato e di lavoro che l'anonimato e le distanze medio-grandi tendono a rendere evanescenti nelle grandi e medie città.

Oltre che più densa e più articolata sul piano della composizione, la rete informale delle famiglie lucchesi di e con anziani si mostra più ampia sul piano quantitativo. Qui, infatti, la percentuale di famiglie che ha una rete parentale stretta di una o due persone è quasi la metà di quella delle altre città (10,1%), mentre l'11,1% dichiara da 11 a 15 parenti stretti e un ulteriore 11,1% più di 15. Lo stesso vale per la rete amicale, dove si evidenzia un 31,3% di famiglie che ha da 3 a 5 amici stretti e un ulteriore 36,4 che ne ha più di 5. Entrambi

ma anche che il tipo più diffuso è quello della famiglia poco aperta (45%), cioè della famiglia che sceglie di non avere rapporti con alcune figure che potrebbero far parte della rete informale.

5. I riferimenti del c.g.

Nelle situazioni di difficoltà il 55,6% dei c.g. parla più facilmente col coniuge e il 41,4% coi figli. Tutte le figure non parentali, compresi gli amici, compaiono con valori percentuali in genere bassi e comunque molto inferiori rispetto a quelli indicati sia a Milano che a Bologna. Lo stesso vale per l'indicazione delle persone da cui il c.g. riceve un aiuto immediato: anche in questo caso le figure non parentali sono meno rappresentate che nelle altre città. Dal momento che, come abbiamo visto, le figure non parentali sono mediamente più presenti nelle reti informali di queste famiglie, il dato probabilmente va interpretato nel senso che *l'ampiezza e la più articolata composizione della rete informale consente la sopravvivenza di una cultura delle relazioni differenziate che riserva ai familiari i compiti di aiuto e di gestione dei problemi e ad amici, vicini, colleghi, oltre che ai parenti, quelli di compagnia, informazione, legame col mondo esterno.*

6. Cosa fa la famiglia per i bisogni di vita quotidiana dell'anziano

Data l'età media più avanzata degli anziani, qui c'è la percentuale più alta di famiglie che devono occuparsi stabilmente dell'anziano da più di 5 anni (42,9%). L'altro elemento caratteristico è che qui più che altrove, l'anziano, prima che si verificasse la necessità di assistenza stabile, non coabitava con la famiglia del c.g. (31%). Ne consegue che è più alta la percentuale di famiglie che ha dovuto cambiare l'arredamento della casa (21,1%), le abitudini di vita della famiglia (15,2%), la distribuzione delle stanze (14,1%) e riorganizzare il tempo di lavoro (17,2%). Una conferma della solidità del legame familiare viene dal fatto che la percentuale di casi in cui sono stati tutti i parenti a mobilitarsi di fronte all'episodio che ha provocato la perdita dell'autosufficienza dell'anziano è del 21,2%, valore di 10 punti circa più alto di quello di Milano e Bologna.

Per rispondere agli svariati bisogni dell'anziano, il c.g. ricorre nella maggior parte dei casi agli altri componenti della rete parentale, sia conviventi che non conviventi. Oltre a questi, il 28,3% ricorre qualche volta a vicini/amici e il 14,1% lo fa spesso o sempre; nessuno ai volontari; il 6,1% qualche volta e il 2% spesso o sempre all'operatore pubblico; il 7,1 qualche volta e il 10,1% spesso o sempre all'operatore a pagamento. È interessante notare che nell'indicare i

motivi per cui non utilizzano figure esterne alla rete parentale, i c.g. lucchesi si discostano notevolmente da quelli delle altre due città nel senso che indicano con molto minor frequenza «non ce n'è bisogno» e con frequenza molto più alta «non ci sono» e «non ci ho mai pensato». Da queste risposte si configura una situazione in cui, *a fronte di bisogni anche più esigenti degli anziani, probabilmente legati all'età più alta, il territorio offre alla famiglia, almeno per la percezione che essa ne ha e per le informazioni di cui dispone, ancor meno risorse esterne in termini sia di servizi pubblici che di servizi privati e di organizzazioni di volontariato.* Ad esempio, mentre a Bologna solo il 4,3% dice di non utilizzare il volontariato perché non c'è, la percentuale a Lucca sale al 16,8%. Per gli operatori pubblici la differenza è di 7,7 punti percentuali e per quelli a pagamento di 5,7.

Nonostante questa situazione, il 36,4% delle famiglie sostiene di riuscire a soddisfare in modo sufficiente i bisogni dell'anziano e il 52,5% in modo più che sufficiente. Essendo questa la percentuale in assoluto più alta, la si può considerare una conferma della robustezza e solidità della rete familiare.

7. Il sovraccarico familiare

Naturalmente la solidità dei legami familiari non elimina le difficoltà e i problemi per il c.g. che lamenta soprattutto stanchezza e stress (36,4%) e di non poter disporre del proprio tempo (32,3%). In particolare quest'ultima percentuale è di 10/12 punti più alta che nelle altre città. Valori un po' più alti, comunque, si riscontrano anche per quanto riguarda l'aver meno tempo da dedicare agli altri familiari (14,1) e l'aver meno tempo per svaghi e vacanze (27,3%).

8. L'uso dei servizi

Complessivamente la percentuale di anziani che ha utilizzato servizi è pari al 75,8% del totale, che rappresenta in assoluto il valore più basso fra le tre città. Il dato interessante che emerge su questo punto, infatti, è che i servizi più utilizzati sono sempre gli stessi, ma con frequenze decisamente più modeste di quelle riscontrate soprattutto a Bologna. Ad esempio, ha avuto un ricovero ospedaliero il 38,4% (a Bologna era il 43,3%); ha usato il laboratorio di analisi il 45,5 (69,7 a Bologna); è stato ricoverato in centri specialistici il 9,7 (il 24,4 a Bologna). L'unica eccezione riguarda l'assistenza domiciliare per aiuto domestico che col 15,2% raggiunge un punto percentuale in più del risultato bolognese. In complesso, quindi, è molto più contenuto l'uso dei servizi sanitari (-16,3 rispetto a Bologna), mentre è quasi uguale quello dei servizi sociali.

Dal punto di vista del sistema con cui si relazionano, invece, le famiglie che usano servizi privati sono circa un terzo, come a Bologna, mentre le altre utilizzano anche o solo servizi pubblici. La differenza significativa nei confronti delle altre due città è che la percentuale di famiglie che si serve solo di servizi pubblici è più bassa, probabilmente a causa di una minore disponibilità degli stessi.

Data la relativa minor disponibilità di servizi, non meraviglia che siano percentualmente di più le famiglie che indicano la creazione o il potenziamento di alcuni servizi come necessità prioritaria per migliorare la condizione dell'anziano. È significativo, inoltre, che i servizi che ottengono il maggior numero di indicazioni siano quelli a carattere domiciliare, a conferma della implicita richiesta da parte delle famiglie di una maggiore relazione con le reti formali dei servizi. In particolare va segnalato il 46,9% di famiglie che indica l'assistenza domiciliare come aiuto domestico; il 48,5% che sceglie l'assistenza domiciliare infermieristica e il 35,9% che chiede il servizio di compagnia-accompagnamento. Molto più alta rispetto alle altre due città è anche la percentuale di famiglie che chiede un maggior aiuto economico (31,3%).

9. Desideri e previsioni

L'analisi delle risposte ci ha mostrato fino ad ora che molte famiglie di e con anziani a Lucca hanno bisogni assistenziali consistenti, cui fanno fronte grazie al coinvolgimento della rete informale, specie parentale, ma in misura solo sufficiente, in un contesto di percepita scarsa disponibilità di risorse esterne. Non meraviglia, quindi, che si sia anche riscontrato un livello di attese più alto, per quanto riguarda i parenti (il 32,7% dovrebbe fare «un po' di più» o «molto di più»), il volontariato (48,5%) e lo stato (85,9%).

Se le attese sono in generale più elevate, non lo è anche la fiducia che risulta più alta solo nei confronti del volontariato, mentre nei confronti dello stato raggiunge i valori più bassi.

10. Gli orientamenti di politica sociale

Nonostante la scarsa fiducia dimostrata e certamente a causa della ridotta disponibilità di servizi pubblici, l'affermazione più condivisa è quella secondo cui lo stato deve garantire servizi pubblici gratuiti a tutti i cittadini, che ottiene qui il consenso più alto, con un valore percentuale (68,7) che è di quattro punti maggiore di quello di Bolo-

D'altra parte, il 54,1% è pienamente d'accordo con l'affermazione che al di fuori della famiglia il volontariato, più che lo stato, può aiutare in modo umano la persona in difficoltà, e questo valore è in assoluto il più alto e superiore di 6/7 punti rispetto a quelli di Milano e Bologna. Più bassa, invece, è la percentuale di chi è d'accordo sul fatto che lo stato debba dare più soldi al volontariato (61,6%). Il valore percentuale indicato dice che evidentemente anche questa idea è largamente condivisa, ma il fatto che si tratti del valore più basso registrato nelle tre città fa anche supporre che qui sia più diffusa la cultura della gratuità totale del volontariato che deve mantenere la propria autonomia e anche uno stile sobrio se non addirittura povero.

Infine, a Lucca trovano il consenso più alto le affermazioni secondo cui: quando si hanno dei problemi seri bisogna contare solo sui familiari (pienamente d'accordo 47,5%); è la famiglia che deve responsabilizzarsi in prima persona (pienamente d'accordo 35,4%); i parenti sono gli unici che aiutano senza aspettarsi nulla in cambio (37,4%). Esiste, quindi, una percentuale piuttosto elevata di famiglie per le quali l'impegno dello stato e del volontariato non è sostitutivo ma semmai integrativo di quello della famiglia che resta, comunque, il centro della rete di aiuto. Si spiega così anche il maggior consenso che qui ottiene la richiesta di dare maggior spazio alla partecipazione delle famiglie nella programmazione e nella gestione degli interventi assistenziali (47,5%) e quella di lasciare alla famiglia la decisione di spesa per i servizi sanitari (44,4%).

Le famiglie con invalidi

1. Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione

A Lucca sono state intervistate 96 famiglie al cui interno si registra la presenza di un handicappato adulto. Qui si concentra la percentuale più alta di handicappati di sesso maschile (62,5%), mentre dal punto di vista dell'età le fasce più rappresentate sono quella 25-34 (32%) e quella 35-44 (27,8%). Mediamente il livello di istruzione è più basso rispetto sia a Milano che a Bologna mentre è più alta la percentuale di quelli che usufruiscono della pensione di invalidità (82,1%).

Nel 55,5% dei casi l'invalido vive in una famiglia nucleare nor-

ti. Gli handicappati che hanno perso entrambi i genitori e che vivono con fratelli o altri parenti sono il 9,4%, mentre il 10,4% risulta coniugato e vive con la moglie o col marito e con altri parenti.

Sul piano quantitativo ciò porta ad una minor presenza di famiglie a 2 componenti (18,6% contro il 19,3 di Milano e il 32,5 di Bologna) e a 3-4 componenti, almeno rispetto a Milano dove costituiscono il 71,3% contro il 60,8 di Lucca. *Più presente, quindi, risulta la famiglia numerosa, di 5 o più componenti*, che a Lucca incide per il 20,6% contro il 9,4 di Milano e il 7,3 di Bologna.

Col 68,8% a Lucca si registra la percentuale più alta di famiglie che vive in una casa di proprietà. Ciò comporta un giudizio di piena adeguatezza dell'abitazione rispetto ai bisogni mediamente più alto di quello registrato nelle altre due città, anche se una minoranza che oscilla fra il 4,3 e 12,9% considera l'abitazione in cui vive inadeguata alle esigenze della famiglia sotto il profilo dell'ampiezza o dello stato di conservazione o della dotazione di strutture.

Il reddito di cui le famiglie possono disporre proviene in molti casi da fonti diverse: lavoro a tempo pieno, lavoro a tempo parziale, pensioni, contributi. Particolarmente significativa, per quanto riguarda Lucca, è l'incidenza dei contributi erogati dalla Provincia e da enti mutualistici di assistenza: entrambi compaiono con valori percentuali molto superiori a quelli registrati nelle altre due città. Complessivamente, però, l'ammontare del reddito risulta insufficiente per il 13,5% delle famiglie; appena sufficiente per il 34,4; sufficiente per il 41,7 e buono per il 10,4. In rapporto alle altre due città, quindi, *Lucca ha la percentuale più alta di famiglie povere*, mentre quelle che possono vantare una buona posizione economica sono meno che a Milano ma più che a Bologna.

Le famiglie che hanno una o più persone impegnate in gruppi o associazioni di volontariato sono il 14,4%, che è il valore più alto rispetto alle altre città. Invece le famiglie iscritte come tali ad una associazione mutualistica sono il 27,8%, che è un valore più alto di quello di Bologna ma inferiore a quello di Milano.

2. Caratteristiche del c.g.

Chi svolge il ruolo di c.g. è nell'84,5% dei casi una donna. Solo il 19,6% è relativamente giovane (fino a 49 anni), mentre la maggioranza assoluta (50,5) ha dai 50 ai 64 anni e il 29,9% 65 anni e più. Dal punto di vista della posizione lavorativa le due condizioni più

Tab. 8 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie con invalidi di Lucca (il primo dato fra parentesi rappresenta il confronto con Milano; quello nella riga inferiore con Bologna)

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	52,1 (+1,8) (-10,0)	52,1 (-1,0) (+2,5)	59,6 (-13,9) (-13,6)
Suoceri/genitori	34,6 (+17,6) (+11,4)	20,9 (-2,5) (-4,9)	20,7 (-10,5) (-9,8)
Padre/madre dell'handicappato	18,3 (+8,0) (+6,5)	17,7 (+2,0) (+2,4)	18,0 (-2,8) (+0,1)
Figli/nipoti	62,2 (-0,5) (+5,0)	55,0 (-1,5) (+7,9)	57,3 (-10,9) (-1,4)
Vicini	58,8 (+13,2) (+16,1)	44,3 (+3,7) (+10,9)	24,2 (+0,7) (+5,5)
Amici	59,4 (-1,5) (-3,6)	50,5 (-1,7) (+3,2)	67,3 (-4,2) (+3,9)
Colleghe	16,6 (+0,8) (+1,8)	16,8 (+3,0) (+1,3)	17,1 (-2,9) (-3,2)

tempo pieno. La partecipazione sociale ed associativa è molto bassa e si rivolge prevalentemente a gruppi religiosi (7,2%) e a gruppi di volontariato socio-sanitario (9,3%).

3. Dimensioni e caratteristiche della rete informale

Le famiglie di questa città sono quelle che in misura maggiore possono contare su scambi intensi e frequenti con la rete informale: infatti, sommando i valori medio-alto e alto dell'indice di interscambio, si arriva ad una percentuale del 41,2 di famiglie, contro il 33,1 di Bologna e il 29,7 di Milano. Inoltre, l'indice di chiusura mostra che queste famiglie sono complessivamente più aperte, cioè più disponibili a costruire la propria rete in modo articolato, senza escludere «per scelta», cioè pregiudizialmente, nessuna figura. In termini numerici, infatti, la percentuale di famiglie aperte qui è del 78,4%, contro il 70,9 di Bologna e il 57,9 di Milano.

Dal punto di vista tipologico, le caratteristiche della rete informale sono illustrate dalla tab. 8.

Come si vede la composizione di questa rete si caratterizza per

re frequenza dei rapporti faccia a faccia. Considerando attentamente le differenze indicate in tabella pare di poter dire che c'è una correlazione lineare piuttosto forte fra riduzione della dimensione della città e sostituzione dei rapporti telefonici con rapporti diretti di frequentazione. Mi pare evidente che una differenza di questo tipo debba incidere direttamente sul livello qualitativo della funzione di supporto svolta dalla rete informale, rendendo tale funzione molto più forte.

La conferma alla osservazione precedente viene dall'analisi delle risposte alla domanda in cui si chiedeva di indicare il numero di parenti, amici, vicini, colleghi di lavoro con i quali il c.g. ha rapporti stretti.

Fra queste famiglie solo il 25,8% indica 1 o 2 parenti, contro il 30,2 di Milano e il 29,1 di Bologna, mentre il 24,7 ne indica da 6 a 10, contro il 16,9 di Milano e il 19,2 di Bologna.

4. I riferimenti del c.g.

In caso di situazioni di particolare difficoltà anche i c.g. di queste famiglie tendono a parlarne prevalentemente col coniuge (48,5%) o coi figli (45,4%). Entrambi i valori sono molto vicini a quelli già riscontrati nelle altre due città. Qualche differenza significativa si può trovare in una maggiore indicazione degli esperti (17,5% contro il 12,9 di Milano e il 7,3 di Bologna) e dei sacerdoti (12,4 contro 8,4 e 0,7).

Dal punto di vista dell'aiuto ricevuto, invece, è un po' più bassa, rispetto alle altre città, l'indicazione del coniuge (41,2); è un po' più alta quella dei figli (43,3); è parecchio più alta quella di un parente non convivente (26,8), e sono più alte anche le indicazioni relative agli amici (27,8) e agli esperti (11,3).

5. I carichi assistenziali della famiglia

Anche a Lucca, come a Milano, il 52% circa degli invalidi è nato handicappato, mentre una percentuale un po' più alta (17,7%) ha contratto l'invalidità nei primi anni di vita e il 26% più avanti, a causa di una malattia o di un incidente. Il 12,6% è costretto a letto per parte del giorno o per l'intera giornata e il 14,4% usa la sedia a rotelle.

Il soddisfacimento dei bisogni quotidiani dell'invalido richiede spesso o sempre un intervento di aiuto: da parte della madre nel 75,3% dei casi; del padre nel 59,8; dei fratelli/sorelle nel 43,3; del coniuge nel 10,3; dei nonni nel 6,2 e di altri parenti non conviventi nel 22,7%. Oltre alle risorse parentali, solo il 17,5% delle famiglie riesce a condividere il carico assistenziale con vicini e amici, appena

il 2,1% con volontari; il 7,2 con operatori pubblici e il 6,2 con operatori a pagamento. Tutte le percentuali relative a figure non parentali sono in assoluto le più basse nel raffronto con le altre città, a volte con scarti importanti. Il dato sorprendente è che la motivazione addotta per spiegare il non utilizzo di queste figure non parentali nella maggior parte dei casi è, dopo la non disponibilità dei vari soggetti, che la famiglia non ci ha mai pensato. Ad esempio, adduce questa ragione il 26,8% delle famiglie che non si è mai fatta aiutare da amici/vicini e il 42,9% di quelle che non si sono mai fatte aiutare da volontari. Questi dati ci fanno ipotizzare che in certa misura *queste famiglie riescono a pensare la relazione solo fra il nucleo familiare e il sistema parentale, senza ulteriori connessioni, o perché tale relazione soddisfa da sola i bisogni o perché il sistema culturale di riferimento impedisce di vederne altre.*

In effetti è solo il 15,5% delle famiglie che ritiene che i sostegni che riesce a fornire non siano sufficienti a soddisfare i bisogni dell'invalido. Tutte le altre dichiarano, invece, che sono sufficienti (35,1) o più che sufficienti (49,5). La percentuale di giudizi positivi è la più alta fra le tre città. Ciò non significa, comunque, che anche in queste famiglie il lavoro di assistenza non produca difficoltà e stress. Il 14,4% dichiara difficoltà nei rapporti familiari, il 17,5 nei rapporti con gli amici; il 19,6 nei rapporti coi parenti, il 32% difficoltà nell'organizzazione della vita domestica. In genere si tratta di valori più bassi di quelli registrati nelle altre due città. Però è maggiore la percentuale di c.g. che denuncia una situazione personale di stanchezza e di stress (73,2%). Il fattore che sembra determinare in modo più consistente tale situazione è il fatto di non poter disporre del proprio tempo.

6. L'uso dei servizi

La valutazione sostanzialmente positiva sulla capacità di risposta ai bisogni del membro debole da parte della famiglia comporta qui un carico di lavoro maggiore rispetto alle altre due città, carico che spiegherebbe in parte la più diffusa presenza di situazioni di stress fra i c.g., ma riduce in modo molto consistente il ricorso ai servizi esterni. Infatti, dall'analisi dei dati relativi all'uso dei servizi l'elemento che si evidenzia di più è che queste famiglie usano tutti i servizi, con l'eccezione dei laboratori protetti, molto meno delle famiglie di Milano e Bologna.

Per esemplificare, qui è il 35% delle famiglie a non ricorrere ad alcun tipo di servizio esterno, contro il 13,4 di Milano e il 17,9 di Bologna. I servizi domiciliari sono stati usati dal 13,4% delle fami-

glie: a Milano dal 19,3 e a Bologna dal 24,5. Quelli sanitari, con l'esclusione dei laboratori di analisi, dal 37,1, contro il 54 di Milano e il 49 di Bologna. Differenze simili e anche più consistenti si riscontrano per tutti gli altri tipi di servizi e valgono in riferimento sia ai servizi pubblici che a quelli di mercato. Solo nel caso dei servizi offerti dal volontariato la percentuale di famiglie che dichiara di averli usati è inferiore a quella di Milano ma superiore di 3 punti circa a quella di Bologna (13,4).

7. Desideri e previsioni

Nonostante l'esistenza di una rete informale più larga e intensa o, forse, proprio a causa di ciò, cioè del fatto che le relazioni di supporto entro la rete parentale sono l'espressione concreta di un sistema culturale di riferimento che le richiede e le sostiene, qui si registra un livello di aspettative nei confronti dei parenti più alto di quello segnalato nelle altre città. A Lucca è il 12,8% delle famiglie a pensare che i parenti dovrebbero fare molto di più, contro il 10,7 di Bologna e il 9,3 di Milano. Lo stesso vale per gli amici e per i volontari, mentre nei confronti dello stato il risultato si rovescia: qui le aspettative sono in assoluto le più basse. Solo il 38,5% pensa che lo stato dovrebbe fare molto di più, contro il 57,7 di Bologna e il 49,2 di Milano. A questa particolare struttura delle aspettative si associa come ulteriore elemento caratterizzante il fatto che queste famiglie esprimono anche il livello più basso di fiducia nei confronti dei parenti, degli amici e dello stato. Solo relativamente ai volontari la percentuale di famiglie sfiduciate è più bassa di quella registrata a Bologna. *La contemporanea presenza di maggiori aspettative nei confronti dei parenti e di una maggior sfiducia sul loro esaudimento fa pensare che siamo in presenza, almeno parzialmente, di una crisi della cultura tradizionale della famiglia allargata nel senso che l'analisi di come vanno le cose fa prevedere che in futuro i comportamenti che tale cultura richiede verranno maggiormente disattesi.*

8. Gli orientamenti di politica sociale

Una indiretta conferma della lettura appena accennata può venire dalle risposte relative agli orientamenti di politica sociale. Qui, infatti, ottengono la percentuale più bassa di consenso pieno sia l'idea che i parenti siano gli unici ad aiutarti senza aspettarsi in cambio qualcosa (17,5 contro il 23,9 di Milano e il 24,8 di Bologna), sia

meno una certa quota di queste famiglie viva la propria relazione con la rete informale parentale come una necessità della quale, potendo, si farebbe volentieri a meno e che si sostituirebbe con altre relazioni, scelte e non ascritte, indirizzate al pubblico, al privato-sociale o al privato di mercato. È indicativo, da questo punto di vista, che le due affermazioni che ottengono la più alta percentuale di consenso pieno siano che la cosa più importante è poter scegliere i servizi che si preferiscono e che lo stato dovrebbe dare più aiuti alle associazioni di volontariato (entrambe le affermazioni ottengono il 72,9% di pienamente d'accordo che sono in assoluto i valori più alti anche rispetto alle altre città). A queste si aggiunge l'idea che il miglioramento dei servizi dipenda essenzialmente dallo spazio dato alla partecipazione degli utenti e delle loro famiglie nelle decisioni e nella gestione dell'assistenza (71,1%). Infine, l'affermazione che lo stato debba garantire servizi gratuiti a tutti i cittadini è condivisa dal 60,8% delle famiglie. Come si vede si tratta di un'idea ancora largamente maggioritaria, ma la percentuale indicata è più bassa rispetto a quelle ottenute a Milano e Bologna.

L'insieme di queste risposte e in particolare la fortissima sottolineatura sulla partecipazione mi sembra confermi l'immagine di una famiglia fortemente orientata ad aprire nuove relazioni col pubblico, col privato-sociale e col mercato che sente almeno parzialmente assenti e, comunque, non sufficientemente relazionati ai propri bisogni.

Le famiglie monogenitoriali con minori

1. Composizione e caratteristiche socio-strutturali del campione

Il campione lucchese di famiglie monogenitoriali è risultato composto da 100 famiglie in cui vivono bambini compresi fra gli 1 e i 10 anni. Il 53% di essi è maschio; il 47% è in età prescolare, il 51% frequenta le elementari e l'1% le medie. Per i più piccoli è meno diffusa rispetto alle altre città la frequenza dell'asilo nido, cui va regolarmente solo il 20% dei bambini. I più grandicelli frequentano in grande maggioranza le scuole pubbliche e in 2 casi hanno fatto l'esperienza della bocciatura. Il numero di quanti presentano patologie croniche è percentualmente il più elevato (17), mentre gli unici tre bambini che sono stati lontani dalla famiglia per periodi lunghi sono stati presso i nonni.

In 94 casi il genitore convivente è la madre, in 6 il padre. Le ma-

17,4% la laurea. Qui è più alta la percentuale di donne che non lavora fuori casa (33,8%) e, fra quelle che lavorano, sono meno diffuse posizioni professionali alte o medio-alte. I 6 padri hanno da 28 a 46 anni, nel 66,7% dei casi un livello di istruzione medio-inferiore e sono tutti occupati.

Le famiglie a 2 componenti rappresentano il 37%, quelle a 3 il 30%, quelle con 4 e più il 33%, che è in assoluto la percentuale più alta. Le altre persone presenti nel nucleo familiare sono fratelli o sorelle, nonni, per lo più materni, e in 3 casi il convivente della madre.

Qui i proprietari dell'alloggio costituiscono la maggioranza assoluta (51,5%), mentre ne ha l'usufrutto il 4%. Tutti gli altri sono in affitto. Al maggior numero di proprietari corrisponde un numero più basso di famiglie che considerano insufficiente l'alloggio in cui vivono: si scende al 5,1% per le dotazioni strutturali e si arriva ad un massimo di 12 per l'ampiezza.

Ben 23 famiglie su 100 dichiarano un reddito inferiore al milione mensile e un altro 16% arriva a 1.350.000 lire. Nessuna famiglia supera il livello dei 6 milioni. Siamo, quindi, di fronte a famiglie mediamente più povere di quelle intervistate nelle altre città e che nel 36% dei casi si posizionano nei livelli basso o medio-basso dell'indice di status. Anche soggettivamente è più diffusa la percezione della insufficienza del reddito disponibile che è dichiarata dal 28% delle famiglie, cui si deve aggiungere un 23% che lo considera appena sufficiente. Anche in questo caso, le famiglie che ricevono contributi da enti pubblici o assistenziali sono molto poche.

Le famiglie che hanno adulti impegnati in associazioni o gruppi di volontariato sono il 7%, che è la percentuale in assoluto più alta fra le tre città, così come è paradossalmente più alta l'iscrizione ad associazioni familiari, anche se riguarda solo 2 famiglie. In termini assoluti, quindi, si conferma una sostanziale mancanza di impegni associativi come tratto caratteristico di tutte queste famiglie.

2. Caratteristiche del c.g.

Tranne che in un caso, il c.g. coincide col genitore convivente, per cui dal punto di vista del sesso e dell'età le caratteristiche sono quelle già presentate relativamente alle madri e ai padri. Dal punto di vista dello stato civile qui troviamo la più alta percentuale di separati o divorziati (78%), mentre le madri nubili sono 18 e i vedovi/e 3. Il 77% dei c.g. che risulta occupato, lavora per lo più a tem-

Tab. 9 - Caratteristiche della rete informale delle famiglie monogenitoriali di Lucca. Nella prima parentesi sono indicate le differenze con Milano, nella seconda con Bologna

	Riceve visite	Fa visite	Sente al telefono
Fratelli/sorelle	54,0 (+0,6) (-10,8)	57,0 (+3,3) (-9,4)	69,0 (-1,7) (-2,1)
Suoceri/genitori	65,3 (+12,9) (-6,1)	66,3 (+7,2) (-6,6)	75,4 (+8,5) (=)
Padre/madre del minore	50,5 (+5,0) (-14,8)	23,1 (+5,6) (+1,4)	62,1 (+9,1) (-0,6)
Figli/nipoti	43,3 (+13,8) (+2,4)	43,4 (+11,0) (+0,4)	38,9 (+3,9) (-1,7)
Vicini	64,7 (+7,9) (+14,0)	61,6 (+12,7) (+16,7)	25,5 (+5,5) (+1,0)
Amici	87,0 (+4,4) (+1,3)	84,0 (+4,5) (-2,2)	88,0 (+3,5) (-1,6)
Colleghe	51,0 (+12,9) (+2,7)	48,5 (+12,6) (-0,4)	50,0 (+0,7) (-5,6)

3. Dimensioni e caratteristiche della rete informale

Dal punto di vista della frequenza degli scambi all'interno della rete informale, le famiglie di Lucca si collocano in una posizione mediana, sopra Milano e sotto Bologna. Le famiglie che hanno un livello basso di interscambio, infatti, sono il 14% (rispetto al 15,8 di Milano e al 6,8 di Bologna), e quelle che ne hanno uno alto sono il 20% (10,9 a Milano, 24,3 a Bologna). Per l'indice di apertura, invece, si riscontra la percentuale più bassa di famiglie chiuse (11%), ma la percentuale di quelle aperte (44%) è inferiore a Bologna.

Dal punto di vista tipologico le reti si configurano nel modo illustrato dalla tab. 9.

Come si vede, la figura in assoluto più presente anche in questa città è quella dell'amico/a. Rispetto a Milano, sono molto più diffusi i contatti con i suoceri/genitori, i figli/nipoti e coi colleghi di lavoro. Le differenze rispetto a Bologna, invece, stanno nella minor diffusione dei rapporti coi fratelli/sorelle del c.g. e con i suoceri/genitori, ma, soprattutto, nella molto più significativa presenza dei rapporti di

ha una rete parentale composta da 1 o 2 persone, il 28% da 3 a 5, il 43 da 6 a 10, il 5% da più di 10 persone. *Rispetto sia a Milano che a Bologna, quindi, la rete parentale è mediamente più ampia.* Se consideriamo, invece, gli amici stretti, i valori dichiarati sono i seguenti: il 10% ne ha 1 o 2; il 38 da 3 a 5; il 39% da 6 a 10; il 2% più di 10. Anche in questo caso, quindi, il trend è verso una maggiore ampiezza della rete amicale, rispetto alle altre due città, tranne che nella dimensione più ampia.

4. I riferimenti del c.g.

Quando si trova in una situazione di difficoltà, il 58% dei c.g. ne parla più facilmente con un amico e il 56% col genitore. Per entrambi i dati si tratta delle percentuali più alte dell'intero campione. Significativa è anche la percentuale di chi ne parla con un parente non convivente (33%). Chi dà concretamente un aiuto, anche in questo caso, è più spesso il genitore (60%) che l'amico (50%).

5. Le modalità di soddisfazione dei bisogni del minore

A Lucca l'8% dei minori fa la spesa, il 17% fa altri acquisti, il 13% si rifà il letto: ciò significa che mediamente la percentuale di famiglie che tende ad autonomizzare per quanto possibile il bambino è più bassa che a Milano ma più alta rispetto a Bologna. In ogni caso, a tutti i bisogni di vita quotidiana cui il bambino non può direttamente provvedere rispondono, oltre al padre e alla madre, i fratelli/sorelle nel 34% dei casi; i nonni paterni nel 35%; quelli materni nel 75%; altri parenti nel 51%; amici e/o vicini nel 39%; volontari nel 3%; operatori pubblici nell'8% e operatori a pagamento nel 9%. Se si escludono gli operatori a pagamento e i volontari tutti gli altri dati percentuali sono più alti sia di Milano che di Bologna e confermano il fatto che *qui un maggior numero di famiglie, in carenza di risorse economiche, attiva maggiormente la più ampia rete informale di cui dispone. Questo atteggiamento, però, è legato solo in parte ad una minore disponibilità delle risorse esterne, sia pubbliche che di privato-sociale, e maggiormente ad una tradizione culturale che sembra imporre la soluzione dei problemi entro la famiglia e la rete informale.* Le risposte sul perché la famiglia non si è rivolta al volontariato o al servizio pubblico, infatti, non accentuano né la non esistenza di queste risposte né la non disponibilità da parte delle stesse, quanto la scelta di non aprire un rapporto. La risposta «non

Va, però, anche sottolineato che una percentuale attorno al 40% risponde di non averci mai pensato, indicando implicitamente il fatto che la rete informale riesce da sola a provvedere senza problemi a questi bisogni. In effetti alla domanda diretta il 46,5% sostiene che i sostegni forniti soddisfano i bisogni in modo sufficiente e il 38,4 in modo più che sufficiente. Il 10% circa di differenza fra le due risposte potrebbe indicare la percentuale delle famiglie che riescono comunque a far fronte ai bisogni attraverso le risorse delle reti informali ma a prezzo di un sovraccarico determinato prevalentemente da fattori di rigidità culturale che impediscono l'apertura di altre relazioni.

6. Le preoccupazioni del c.g.

Nonostante la maggior presenza di famiglie povere o di status socio-economico basso e medio-basso, la preoccupazione più diffusa è quella per lo sviluppo/crescita psicologica del figlio. Quella per i soldi viene al secondo posto, riguarda il 62,6% dei c.g., ed è, comunque, la percentuale più alta fra le tre città. A seguire troviamo la preoccupazione per il tempo da dedicare al figlio (55,1), per il problema affettivo (54,5), e per il suo rapporto con l'altro genitore (48%). Questo problema è significativamente più presente rispetto a Bologna, mentre la differenza in più rispetto a Milano è piccola. Credo che ciò si colleghi alla maggior presenza di madri nubili nel campione bolognese e di separate/divorziate in quello delle altre due città. Solo queste ultime avvertono il problema del rapporto col genitore non più presente come un problema cruciale.

7. L'uso dei servizi

I dati sul ricorso a servizi esterni confermano l'immagine di una famiglia che è insieme più autosufficiente e più chiusa, nel senso di meno interessata e bisognosa di aprirsi a relazioni esterne alla rete informale. Qui, infatti, le famiglie che dichiarano di non aver fatto ricorso a servizi esterni sono ben il 46% del totale, che è un valore più che doppio di quelli riscontrati nelle altre due città. Quelle che li hanno utilizzati si sono rivolte ai servizi sanitari (32%) e, in misura minore, ai servizi sociali (22), a quelli di socializzazione (14) e ai servizi domiciliari (7).

Dal punto di vista del sistema con cui la famiglia si è relazionata, il 30% ha scelto solo lo stato, il 5% solo il mercato, il 7% l'uno e l'altro, mentre il 12% ha optato per il terzo settore.

do. Questo valore è il più basso di tutto il campione e conferma quanto già rilevato a proposito della forza che mantiene il legame familiare. Lo stesso si può dire per la rete amicale: anche nei confronti degli amici, infatti, troviamo il valore in assoluto più basso (3%). Nei confronti del volontariato, invece, le famiglie che desidererebbero un suo maggior coinvolgimento nella risposta ai bisogni sono poco meno del 40%, che è un valore abbastanza simile a quelli riscontrati nelle altre due città. È più bassa, invece, la percentuale di famiglie che prevede nel futuro la realizzazione di questo desiderio (13,4%). Nei confronti dello stato, poi, la percentuale di chi vorrebbe un maggiore impegno è in assoluto la più alta (84,8%), mentre quella di chi prevede l'avverarsi di tale impegno è in assoluto la più bassa (9,1%). Questi dati potrebbero anche essere interpretati come una conferma della tesi di chi sostiene che tanto minore è la relazione tanto più aumentano sia le aspettative, che spesso sono irrealistiche, sia la sfiducia pregiudiziale che limita ulteriormente la relazione.

9. Gli orientamenti di politica sociale

In effetti, qui l'idea più condivisa è quella secondo cui lo stato deve garantire servizi gratuiti a tutti i cittadini, idea che, col 77% di consensi pieni, raggiunge in assoluto il valore più alto dell'intero campione. Al secondo posto troviamo l'idea che la cosa più importante è poter scegliere i servizi e gli aiuti che si preferiscono, condivisa dal 55% delle famiglie. Tale scelta, però, non sembra essere orientata alla realizzazione di un sistema misto composto prevalentemente da stato e privato-sociale. Qui le idee che il volontariato aiuta in modo più umano di quanto non faccia lo stato e che il volontariato debba ricevere più aiuti e finanziamenti dallo stato riscuotono il consenso più basso fra le tre città (rispettivamente 37% e 35% di pienamente d'accordo). Quello che qui sembra stare a cuore ad una percentuale più alta di famiglie è la possibilità che sia la famiglia a contare di più nelle scelte di politica sociale e ad avere più mezzi e possibilità per esercitare la propria funzione di assistenza e cura. Il 39% delle famiglie, infatti, è pienamente d'accordo che il miglioramento dei servizi dipenda in modo strettissimo dalla maggiore partecipazione degli utenti e delle loro famiglie alle decisioni e alla gestione (a Milano è il 33,3 e a Bologna il 30,3); il 63,6% è pienamente o abbastanza d'accordo che l'aiuto fra famiglie sia una soluzione da preferire al ricorso ai servizi a pagamento (62,2 a Milano,

mente d'accordo che le famiglie con persone deboli potrebbero fare molto di più se si aiutassero fra loro a prescindere dai servizi pubblici offerti (16,3 a Milano, 7,6 a Bologna).

3. I risultati della cluster analysis

Per approfondire i dati ottenuti dagli incroci abbiamo elaborato una cluster analysis lanciata col vincolo dell'area territoriale. In termini elementari questo significa che il profilo che risulta non rappresenta la totalità delle risposte e, quindi, la totalità delle famiglie coinvolte nella ricerca nelle tre aree territoriali ma, per ciascuna area, la serie di caratteristiche strutturali, culturali, comportamentali che si ripetono in più soggetti e che concorrono a dare una caratterizzazione distintiva alla famiglia residente in ciascuna area.

La città di Milano

1. La famiglia anziana di Milano è «tipicamente» composta da due persone anziane, il marito e la moglie, ha uno status socio-economico medio-alto o alto e un livello di autosufficienza complessivamente alto. Chi funge da «care-giver» è il coniuge, che ha un'età avanzata (80 e oltre), e un livello di scolarità medio-basso. *È una famiglia con un indice di interscambio basso (fa e riceve visite mai o meno di una volta al mese) e poco aperta, cioè che deve spesso il suo isolamento a una scelta e non al fatto, ad esempio, di non avere parenti. Riceve pochissimi aiuti da parte sia della rete familiare sia dello stato sia del volontariato e pertanto ricorre ad operatori a pagamento e a servizi privati. È abbastanza d'accordo sulla linea neo-liberista di una riduzione delle tasse a fronte del pagamento diretto dei servizi, contraria alla prosecuzione dello stato assistenziale che garantisce servizi gratuiti ed è disponibile a dare fiducia solo a chi aiuta per motivi di solidarietà. In questo senso è abbastanza d'accordo anche sull'ipotesi di maggiori aiuti dello stato al volontariato.*

2. La famiglia monogenitoriale a Milano è «tipicamente» composta di 3 persone, padre o madre, il minore e altri parenti, se c'è il padre, un fratello o sorella se c'è la madre. Il care-giver è più spesso il padre ed ha un'età di 40 anni e più. *È una famiglia chiusa, con un indice di interscambio basso, che usa i servizi in generale, special-*

abbastanza d'accordo sul fatto che questo aiuto dovrebbe esserci. È una famiglia diffidente che tende a dare fiducia solo a chi aiuta per motivi di solidarietà, ma anche molto d'accordo che per i problemi di assistenza bisogna rivolgersi ai competenti senza badare a spese.

3. A Milano la famiglia con invalidi «tipo» è composta da 3 o 4 persone, padre, madre, un fratello e/o una sorella, altri, ed ha uno status socio-economico alto. Il care-giver è la madre, che ha un'età compresa fra i 50 e i 64 anni. Questa famiglia riceve contributi economici, utilizza ampiamente i servizi, sia pubblici che privati e riceve aiuto dal volontariato. Nonostante questo è una famiglia poco aperta e piuttosto diffidente. Riconosce che oggi il volontariato l'aiuta più dello stato, ma in caso di bisogno di un aiuto immediato pensa di non poter contare su nessuno in particolare. Manifesta, quindi, delle aspettative che, però, si rivolgono verso parenti, amici e volontari, non verso i servizi pubblici. È abbastanza d'accordo nei confronti di politiche sociali che incentivino di più le famiglie ad aiutarsi reciprocamente e che permettano una maggiore libertà di scelta dei servizi.

La città di Bologna

1. La famiglia anziana di Bologna è «tipicamente» composta da 5 o più persone, che per lo più sono l'anziano e la famiglia del figlio/a, ed ha uno status socio-economico basso. Il care-giver è il figlio o il genero, che ha un livello di scolarità basso. È una famiglia che usa molto i servizi, specie quelli sanitari, che sono esclusivamente pubblici. Riceve anche aiuti dai parenti non conviventi ed ha un indice di interscambio medio-alto. Questa famiglia ha una grande fiducia nei confronti dei cosiddetti esperti o specialisti per cui, pur sostenendo il modello del welfare, vede con favore una riduzione delle tasse che consenta alla gente di pagare direttamente gli specialisti. Vista la disponibilità di aiuti su cui può contare da parte sia dei parenti sia del pubblico, ha nei confronti di entrambi un livello di attesa, cioè di aiuti più intensi, basso e un grado di fiducia che queste siano comunque soddisfatte, medio.

2. A Bologna la famiglia monogenitoriale è «tipicamente» composta da 2 persone, la madre, che spesso è vedova, e il minore, ed ha uno status economico medio-alto. È una famiglia aperta, con un indice di interscambio alto che usa molto i servizi pubblici ma anche

che una riduzione delle tasse lasci più soldi alle famiglie per pagarsi direttamente i servizi. È decisamente contraria, invece, all'idea che le famiglie debbano aiutarsi di più fra di loro, anche se, come abbiamo visto, per affrontare i problemi devono contare sui famigliari.

3. La famiglia «tipo», per quanto riguarda quelle con invalidi, è di 2 componenti e il care-giver è il padre, una persona con 65 anni e oltre d'età. La famiglia non riceve contributi economici dallo stato e usa solo i servizi pubblici. Non riceve aiuti dai volontari. Ha, quindi, un livello di attese alto nei confronti dello stato, mentre è basso nei confronti sia del volontariato, sia della rete amicale, sia di quella parentale. Le aspettative elevate nei confronti dello stato si accompagnano ad una fiducia forte verso lo stesso anche se è più favorevole ad una politica di riduzione delle tasse e di pagamento diretto di alcuni servizi.

La città di Lucca

1. La famiglia anziana di Lucca è «tipicamente» composta da 5 o più persone, che sono il coniuge, i figli ed altri parenti, ad esempio un fratello o una sorella dell'anziano. Il care-giver è un parente, con un'età fra i 50 e i 64 anni, con un livello basso di scolarità. È una famiglia aperta, con un interscambio alto, che riceve aiuti dai parenti non conviventi e contributi dall'ente pubblico, che usa poco i servizi pubblici, per nulla quelli privati e che non riceve aiuti dal volontariato. Questa famiglia ha aspettative molto elevate nei confronti sia dello stato sia del volontariato sia della rete di sostegno parentale, ma mentre nella maggior parte dei casi esprime anche un livello elevato di fiducia sul fatto che lo stato e il volontariato aiuteranno effettivamente di più, solo in pochi casi dichiara la stessa fiducia nei confronti dei parenti. Anche questa famiglia è molto d'accordo sul fatto che una riduzione delle tasse consenta alla gente di pagare direttamente gli specialisti.

2. La famiglia monogenitoriale «tipica», invece, comprende, oltre al minore, la madre ed altri parenti ed ha uno status socio-economico basso. Il care-giver è la madre, separata o divorziata, con un'età compresa fra i 30 e i 34 anni. Non usa i servizi, né si fa aiutare da operatori a pagamento. Gli aiuti provengono dai nonni anzitutto e secondariamente da parte degli operatori pubblici. Ideologicamente questa famiglia sostiene pienamente il modello di stato sociale che

3. A Lucca la famiglia con invalidi «tipo» è più larga (5 membri o più). Riceve contributi economici ma fa pochissimo uso dei servizi, sia pubblici che di volontariato. *È una famiglia aperta, con un indice di interscambio medio-alto e non diffidente.* Ha un livello di attese alto nei confronti degli amici e medio nei confronti dei volontari. Nei confronti degli amici, però, la fiducia che le aspettative saranno soddisfatte è bassa, mentre nei confronti dei volontari resta su livelli medi. In termini di prospettive di politica sociale, questa famiglia è molto favorevole all'idea di allargare la partecipazione delle famiglie alla programmazione e gestione dei servizi. Per loro, infatti, il problema fondamentale è che le nuove politiche sociali permettano alla famiglia di poter scegliere i servizi e gli aiuti cui ricorrere.

4. Conclusioni

Mi sembra che i dati proposti abbiano mostrato a sufficienza l'opportunità dell'incrocio con la variabile territoriale. I tre tipi di famiglie di ognuna delle tre città in cui si è svolta la rilevazione, nonostante le forti diversità rinvenibili al loro interno, rivelano delle omogeneità nei modelli relazionali che sembrano confermare l'ipotesi di una loro correlazione con la dimensione della città, nel senso ampio che la letteratura sociologica ha dato a questo termine. In effetti a Lucca, piccola città ancora caratterizzata dalla prevalenza di una cultura tradizionale «di stampo cattolico-agricolo, con espressioni varie ma cariche di attaccamento ai «valori» tradizionali con conseguente forte sviluppo di fattori solidaristici»¹³, mediamente abbiamo trovato reti informali più dense e larghe, ampiamente basate sul sistema parentale e di vicinato, che ricorrono in misura molto inferiore alle reti formali dei servizi organizzati dallo stato e dal mercato, anche se ciò a volte comporta un forte sovraccarico familiare e sentimenti di difficoltà e costrizione da parte specialmente del *care-giver*. Viene quindi, confermata, l'ambivalenza evidenziata da Granovetter a proposito dei legami forti, cioè il rischio che precludano la possibilità di accedere ad altre opportunità messe a disposizione dalle reti formali, ma anche il fatto che la loro esistenza costituisce un fattore molto forte di contenimento della domanda di servizi organizzati e che, pertanto, la presa d'atto da parte del sistema pubbli-

co dei servizi della loro esistenza e della necessità di relazionarsi in modo virtuoso con quanto queste reti già stanno facendo è l'elemento fondamentale di cui tener conto nell'attivare strategie di contenimento della spesa sociale che non vogliano risultare ingiuste e punitive delle famiglie e, al loro interno, particolarmente delle donne.

D'altra parte il caso di Bologna sta a confermare che a una crescita della dimensione urbana fino a livelli medi e a processi di modernizzazione culturale anche accentuati non corrisponde un indebolimento necessario delle reti informali, come sosteneva l'approccio dell'estinzione della comunità, ma una riduzione del peso della «spazialità», da intendersi con riferimento ai rapporti di vicinato, a favore della componente di scelta. Questo tipo di rete effettivamente mostra una maggiore capacità di negoziazione con le reti organizzate del terzo settore, del mercato ma, soprattutto, del pubblico, le cui scelte di politica sociale, evidentemente, hanno reso possibile questa maggiore relazionalità.

Mi pare, infine, che il caso di Milano abbia almeno in parte confermato l'altra ipotesi teorica dell'approccio che abbiamo definito della «comunità aspatiale»: quella secondo cui c'è una relazione inversa fra numero delle reti in cui è coinvolto l'abitante della città e complessità qualitativa delle stesse. In questa metropoli, infatti, la struttura relazionale più diffusa e ramificata tende a differenziare di più fra situazioni in cui è possibile mobilitare le reti per attivare scambi di aiuto e di assistenza e situazioni in cui ciò è meno possibile o impossibile. Quel che sembra emergere è che quando i meccanismi della contiguità spaziale si destrutturano completamente, la variabile dominante diventa la frequenza e la qualità delle relazioni interpersonali, per cui le reti informali diventano oggettivamente più fragili e più improbabili perché maggiormente basate sui soli sentimenti. In questo senso le grandi aree urbane si presentano come reti di relazioni che richiedono una ancor maggiore competenza di interconnessione fra i diversi sistemi di aiuto se si vogliono ridurre al minimo le situazioni di isolamento e di perdita di solidarietà.

- CLUSTER 1: AREA TERRITORIALE: MILANO - 250 casi - 45.5%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PERCENTUALI		
				PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'
AREA TERRITORIALE/ I DA PARTE DI ALTRI PARENTI/ ARITA' DEL CARE-GIVER/ RO DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ LOGIA FAMILIARE/ LOGIA DEL CARE-GIVER/ IO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ DEL CARE-GIVER/ US SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ IENE AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE/ ICE COMPLESSIVO DI AUTOSUFFICIENZA/ LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ I DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI DI ALTRI SERVIZI/ ICE DI CHIUSURA/ ACCIA SOLO A CHI AIUTA PER SOLIDARIETA'/ IENE AIUTO DA UN AMICO/ ISTATO DEVE AIUTARE ASS.VOLONTARIATO/ FFICE DI INTERSCAMBIO/ IENE AIUTO DA UN PARENTE NON CONVIV./ EVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/ DI SERVIZI SANITARI (NON LAB.ANALISI)/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./ PETENTI, NON IMPORNO I COSTI/ I DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ OILANTO FAMILIE CHE AIUTANO LE ALTRE/ OSTANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/ TUS SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ ROBEMI SI DEVE CONTRE SUI FAMILIARI/ FFICOLTÀ PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ FFICOLTÀ PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ SO DEL CARE-GIVER/ IGIOR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/ FAMILIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/	MILANO	23.46	.000	250	45.5	100.0
	NON RICEVE	4.97	.000	220	40.0	51.2
	MEDIO-BASSA	4.39	.000	133	24.2	32.8
	DUE	3.63	.000	325	59.1	67.2
	CON CONIUGE	3.34	.000	208	37.8	45.2
	CONIUGE	3.23	.001	203	36.9	44.0
	ABBASTANZA ACC.	3.09	.001	122	22.2	28.0
	80 ANNI E OLTRE	2.77	.003	107	19.5	24.4
	MEDIO-ALTO	2.54	.005	190	34.5	40.0
	INDICA	2.30	.011	35	6.4	8.8
	ALTO	2.07	.019	149	27.1	31.2
	SOLO PRIVATI	1.88	.030	45	8.2	10.4
	NON RICEVE	1.88	.030	485	88.2	90.8
	NON USA	1.86	.031	500	90.9	93.2
	POCO APERTO	1.85	.032	179	32.5	36.4
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.82	.034	112	20.4	23.6
	MOLTO ACCORDO	1.82	.034	173	31.5	35.2
	INDICA	1.80	.036	106	19.3	22.4
	ABBASTANZA ACC.	1.80	.036	131	23.8	27.2
	BASSO	1.77	.038	146	26.5	30.0
	NON INIZIA	1.68	.045	393	71.5	74.8
	ABBASTANZA ACC.	1.65	.050	175	31.6	35.2
	NON USA	1.61	.053	273	49.6	53.2
	MEDIO	1.60	.055	108	19.6	22.4
	ABBASTANZA ACC.	1.59	.056	195	35.5	38.8
	RICEVE	1.56	.060	142	25.8	28.8
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.52	.064	185	33.6	36.8
	ABBASTANZA ACC	1.52	.064	105	19.1	21.6
	ALTO	1.48	.070	167	30.4	33.2
	ABBASTANZA ACC.	1.41	.079	167	30.4	33.2
	ABBASTANZA ACC.	1.40	.081	165	30.0	32.8
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.40	.081	267	48.5	51.6
	FEMMINA	1.37	.086	415	75.5	78.0
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.36	.088	123	22.4	24.8
	MOLTO ACCORDO	1.32	.094	134	24.4	26.8

I I - CLUSTER 2: AREA TERRITORIALE: BOLOGNA - 201 casi - 36.5%

TABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PERCENTUALI		
				PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'
AREA TERRITORIALE/ I DI SERVIZI SANITARI (NON LAB.ANALISI)/ I DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/ LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ FFICOLTÀ PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ DI LAB.ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/ I DA PARTE DI ALTRI PARENTI/ DI ALTRI SERVIZI/ E FACILE PARLARE CON ESPERTO/ ICE FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/ PETENTI, NON IMPORNO I COSTI/ ICE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ OLOGIA FAMILIARE/ UCCIA SOLO A CHI AIUTA PER SOLIDARIETA'/ EVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/ IO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ TUS SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ RO DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ LIO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ FAMIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/ OLOGIA DEL CARE-GIVER/ IENE AIUTO DA UN PARENTE NON CONVIV./ ARITA' DEL CARE-GIVER/ ICE ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ FAMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/ ICE DI INTERSCAMBIO/ ICE ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/ OSTANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	BOLOGNA	22.70	.000	201	36.5	100.0
	USA	3.06	.001	277	50.4	58.7
	RICEVE	2.88	.002	65	11.8	16.9
	SOLO PUBBLICI	2.75	.003	260	47.3	54.7
	MOLTO ACCORDO	2.59	.005	116	21.1	26.9
	USA	2.53	.006	347	63.1	69.7
	RICEVE	2.53	.006	330	60.0	66.7
	USA	2.48	.007	50	9.1	12.9
	INDICA	2.47	.007	41	7.5	10.9
	MEDIO	2.17	.015	106	19.3	23.9
	PER NIENTE-POCO ACC.	2.14	.016	173	31.5	36.8
	MEDIO	2.12	.017	72	13.1	16.9
	SOLO + FAM.FIGLI	2.09	.018	112	20.4	24.9
	PER NIENTE-POCO ACC.	2.00	.023	196	35.6	40.8
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.96	.025	210	38.2	43.3
	BASSO	1.90	.029	99	18.0	21.9
	CINQUE O PIU'	1.73	.041	184	33.5	37.8
	MOLTO ACCORDO	1.73	.041	416	75.6	79.1
	NESSUN CONTRIBUTO	1.70	.045	467	84.9	88.1
	FIGLIO-GENERO	1.67	.047	64	11.6	14.4
	INDICA	1.59	.056	157	28.5	32.3
	BASSA	1.59	.056	237	43.1	47.3
	RICEVE	1.54	.061	416	75.6	79.1
	BASSO	1.51	.066	385	70.0	73.6
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.45	.073	231	42.0	45.8
	MEDIO-ALTO	1.37	.086	208	37.8	41.3
	BASSO	1.35	.089	108	19.6	22.4
	MOLTO ACCORDO	1.32	.093	315	57.3	60.7

FILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO LITA'	PROBABILI- LITA'	PERCENTUALI	
				PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'
TERITORIALE/	LUCCA	18.15	.000	99	18.0 100.0 100.0
3 FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	ALTO	4.33	.000	25	4.5 14.1 56.0
1 LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/	NON USA	4.03	.000	203	36.9 54.5 26.6
5 ATESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	ALTO	3.75	.000	288	52.4 58.7 23.6
ARITA' DEL CARE-GIVER/	BASSA	3.74	.000	237	43.1 59.6 24.9
5 FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	ALTO	3.55	.000	22	4.0 11.1 50.0
DA PARTE DI ALTRI PARENTI/	RICEVE	3.52	.000	330	60.0 74.7 22.4
O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/	CINQUE O PIU'	3.51	.000	67	12.2 23.2 34.3
E DI INTERSCAMBIO/	ALTO	3.45	.000	44	8.0 17.2 38.6
E ATESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	ALTO	3.33	.000	87	15.8 27.3 31.0
OGIA DEL CARE-GIVER/	ALTRO PARENTE	3.23	.001	67	12.2 22.2 32.8
E ATESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	APERTO	2.83	.002	323	58.7 70.7 21.7
DA PARTE DI VOLONTARI/	NON RICEVE	2.83	.002	540	98.2 100.0 18.3
E ATESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	ALTO	2.73	.003	45	8.2 15.2 33.3
OGIA FAMILIARE/	CONIUGE+FIGLI+A	2.71	.003	62	11.3 19.2 30.6
O PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/	MOLTO ACCORDO	2.62	.004	184	33.5 44.4 23.9
MIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/	RICEVE CONTRIBUTI	2.52	.006	83	15.1 23.2 27.7
OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	NON HA UTILIZZATO	2.49	.006	88	16.0 24.2 27.3
DEL CARE-GIVER/	DA 50 A 64 ANNI	2.47	.007	198	36.0 46.5 23.2
NE AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE/	NON INDICA	2.46	.007	515	93.6 98.0 18.8
DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	NON RICEVE	2.37	.009	408	74.2 82.8 20.1
FACILE PARLARE CON ESPERTO/	NON INDICA	2.25	.012	509	92.5 97.0 18.9
5 FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	2.09	.018	488	88.7 93.9 19.1
TENTATI, NON IMPORTANO I COSTI/	MOLTO ACCORDO	1.94	.026	179	32.5 40.4 22.3

- CLUSTER 3: Segue

FILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO LITA'	PROBABILI- LITA'	PERCENTUALI	
				PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'
STATO DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.91	.028	56	10.2 15.2 26.8
ENE AIUTO DA UN AMICO/	NON INDICA	1.90	.029	444	80.7 86.9 19.4
DI SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/	NON USA	1.86	.032	273	49.6 57.6 20.9
I DA PARTE DEL CONIUGE/	NON RICEVE	1.86	.032	273	49.6 57.6 20.9
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	BASSO	1.85	.032	395	71.8 78.8 19.7
DO DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/	MOLTO ACCORDO	1.84	.033	336	61.1 68.7 20.2
IO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/	ABBASTANZA ACC.	1.82	.034	187	34.0 41.4 21.9
CE COMPLESSIVO DI AUTOSUFFICIENZA/	BASSO	1.78	.038	131	23.8 30.3 22.9
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	BASSO	1.69	.045	357	64.9 71.7 19.9
CE DI DIFFIDENZA/	NON DIFFIDENTE	1.69	.046	417	75.8 81.8 19.4
IOR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/	MOLTO ACCORDO	1.66	.049	223	40.5 47.5 21.1
US SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/	BASSO	1.62	.052	99	18.0 23.2 23.2
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/	MOLTO ACCORDO	1.54	.062	162	29.5 35.4 21.6
UCIA SOLO A CHI AIUTA PER SOLIDARIETA'/	ABBASTANZA ACC.	1.47	.071	174	31.6 37.4 21.3
NI DA PARTE DI VICINI-AMICI/	RICEVE	1.45	.073	201	36.5 42.4 20.9
ICE ATESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	1.44	.074	472	85.8 89.9 18.9
NI DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/	NON RICEVE	1.44	.075	485	88.2 91.9 18.8
ICE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	ALTO	1.40	.081	18	3.3 5.1 27.8
ORTANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.38	.084	45	8.2 11.1 24.4
LOGIA FAMILIARE/	SOLO CON FIGLIA	1.36	.087	145	26.4 31.3 21.4
LOGIA FAMILIARE/	SOLO + FRAT-SOR	1.32	.094	23	4.2 6.1 26.1

I - CLUSTER 1: AREA TERRITORIALE : MILANO - 202 casi - 44.9%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PERSONO	GLOBALI MODALITA' SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
TERITORIALE/ AMICIZIA RICHIEVE CONTRIBUTI/ DI SERVIZI SOCIALIZZANTI/ I DA PARTE DI VOLONTARI/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ MEDIO INDICA ENE AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE/ CE DI CHIUSURA/ FOCO APERTO VOLONTARI/ALTRI DIFFIDENTE MOLTO ACCORDO DA 50 A 64 ANNI ABBASTANZA ACC. MADRE LOGICA DEL CARE-GIVER/ CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./ RO DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ PUBBLICI-PRIVATI LOGICA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ DEVE RESPONSABILIZZARSI - NON STATO/ RICEVE I A PARTE DELLA MADRE/ US SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ SUFFICIENZA ATTIVITA' FONDAMENTALI/ CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ DI SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/ SUFFICIENZA ATTIVITA' FUORI CASA/ CE ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/ IO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/ CIA SOLO A CHI AIUTA PER SOLIDARIETA'/ AMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/ DI LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ MLOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ SOLO PRIVATI PADRE-MADRE E ALTRI FEMMINA MEDIO ALTA ABBASTANZA ACC. MEDIO-ALTO PER NIENTE-POCO ACC. PER NIENTE-POCO ACC. PER NIENTE-POCO ACC. DA PARTE DI VICINI-AMICI/ RICEVE	21.22 7.35 4.52 4.31 3.70 3.53 3.43 3.37 3.34 3.07 2.88 2.85 2.74 2.65 2.51 2.50 2.49 2.40 2.24 2.20 2.12 2.01 1.92 1.90 1.77 1.70 1.66 1.64 1.61 1.56 1.55 1.54 1.53 1.48 1.43 1.38 1.36 1.32	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .002 .003 .003 .004 .006 .006 .006 .008 .014 .014 .017 .022 .027 .029 .038 .044 .049 .050 .054 .054 .061 .062 .063 .069 .077 .084 .088 .093	202 314 187 62 68 26 103 76 61 197 70 215 75 283 93 294 96 73 144 36 219 83 147 158 125 130 165 384 116 20 229 361 104 96 105 230 45 160	44.9 69.8 41.6 13.8 14.7 6.2 22.9 16.9 13.6 43.8 15.6 47.8 16.7 62.9 20.7 65.3 21.3 16.2 32.0 8.0 48.7 18.4 35.1 27.8 28.9 35.7 85.3 25.8 4.4 50.7 80.2 23.1 24.3 23.3 51.1 10.0 11.9 35.6	100.0 55.7 69.2 57.4 69.4 65.2 59.2 61.8 63.9 60.0 51.6 58.7 49.5 55.9 49.0 57.5 55.2 52.1 52.1 61.1 49.8 54.2 51.0 50.6 51.2 50.8 46.4 50.9 60.0 48.2 46.5 51.0 51.0 50.5 47.8 53.3 48.8

DI - CLUSTER 2: AREA TERRITORIALE : BOLOGNA - 151 casi - 33.6%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	BOLOGNA	20.16	.000	151	33.6	100.0
	TERRITORIALE/ AMIGLIA RICEVE CONTRIBUI/ IO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/ IO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ DI ALTRI SERVIZI/ CIA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/ CE ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/ CE ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ VOLONTARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO/ LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ AMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/ LOGIA DEL CARE-GIVER/ RO DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./ SUFFICIENZA ATTIVITA' FUORI CASA/ I DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/ CE ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ IOR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/ DI SERVIZI SOCIALIZZANTI/ DEL CARE-GIVER/ O DEL CARE-GIVER/ CE ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/ I DA PARTE DI VOLONTARI/	20.16 9.96 4.97 4.67 4.14 3.94 3.94 3.87 3.66 3.56 3.47 3.41 3.21 3.02 2.88 2.84 2.73 2.70 2.70 2.69 2.61 2.53 2.49	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .001 .002 .002 .003 .003 .003 .004 .004 .006 .006	151 136 187 177 148 159 208 338 93 193 221 42 106 319 242 66 275 88 263 137 89 220 388	33.6 30.2 41.6 39.3 32.9 35.3 46.2 75.1 20.7 42.9 49.1 9.3 23.6 70.9 53.8 14.7 61.1 19.6 58.4 39.4 19.8 48.9 86.2	100.0 68.4 46.5 46.3 46.6 45.3 42.8 38.2 49.5 42.5 41.2 57.1 46.2 37.6 39.3 48.5 38.2 45.5 38.4 42.3 44.9 39.1 35.6

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	NON INDICA	2.43	.008	396	88.0	92.7
	BASSO	2.22	.013	391	86.9	91.4
	ABBASTANZA ACC.	2.20	.014	110	24.4	30.5
	NON RICEVE	2.16	.015	105	23.3	29.1
	SOLO CON UN GENITORE	2.13	.016	73	16.2	21.2
	NON INDICA	2.10	.018	422	93.8	96.7
	USA	1.90	.029	89	19.8	24.5
	BASSA	1.81	.036	129	28.7	33.8
	ALTO	1.80	.036	13	2.9	4.6
	NON INDICA	1.68	.046	360	80.0	84.1
	ABBASTANZA ACC.	1.62	.053	73	16.2	19.9
	ALTRO	1.59	.055	31	6.9	9.3
	RICEVE	1.53	.062	63	14.0	17.2
	ABBASTANZA ACC.	1.51	.065	130	28.9	33.1
	CONIUGE E' ALTRI	1.49	.067	58	12.9	15.9
	MEDIO BASSA	1.46	.073	53	11.8	14.6
	APERTO	1.45	.074	300	66.7	70.9
	MOLTO ACCORDO	1.38	.083	304	67.6	71.5
	NON RICEVE	1.36	.087	193	42.9	47.0
	FINO A 49 ANNI	1.36	.087	98	21.8	25.2
	ABBASTANZA ACC.	1.35	.088	115	25.6	29.1
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.34	.090	46	10.2	12.6
						41.3-

DI - CLUSTER 3: AREA TERRITORIALE: LUCCA - 97 casi - 21.6%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	LUCCA	17.58	.000	97	21.6	100.0
	NON DIFFIDENTE	5.57	.000	319	70.9	90.7
	NON USA	4.53	.000	302	67.1	84.5
	NON HA UTILIZZATO	4.17	.000	88	19.6	27.2
	MOLTO ACCORDO	3.67	.000	250	55.6	71.1
	RICEVE CONTRIBUTI	3.64	.000	314	69.8	83.5
	ABBASTANZA ACC.	3.39	.000	158	35.1	49.5
	CLINQUE O PIU'	3.25	.001	50	11.1	20.6
	PER NIENTE-POCO ACC.	3.09	.001	89	19.8	30.9
	MOLTO ACCORDO	3.03	.001	268	59.6	72.2
	APERTO	2.97	.001	300	66.7	78.4
	NON RICEVE	2.85	.002	388	86.2	93.8
	ABBASTANZA ACC.	2.82	.002	130	28.9	40.2
	NON USA	2.70	.003	231	51.3	62.9
	MEDIO ALTA	2.66	.004	57	12.7	20.6
	MEDIO ALTA	2.64	.004	100	22.2	32.0
	NON INDICA	2.55	.005	263	58.4	69.1
	PER NIENTE-POCO ACC.	2.39	.008	422	93.8	97.9
	BASSO	2.23	.013	194	43.1	52.6
	MOLTO ACCORDO	2.22	.013	391	86.9	92.6
	MEDIO-ALTO	2.16	.015	146	32.4	41.2
	INDICA	2.07	.019	135	30.0	38.1
	NON USA	1.99	.023	54	12.0	17.5
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.97	.024	361	80.2	86.6
	ABBASTANZA ACC.	1.85	.025	195	43.3	51.5
	ALTO	1.82	.027	153	34.4	42.3
	MEDIO	1.81	.028	125	8.0	12.4
	ABBASTANZA ACC.	1.80	.028	147	27.8	35.1
	NON USA	1.68	.046	285	63.3	70.1
	NON RICEVE	1.68	.046	290	64.4	71.1
	BASSO	1.66	.046	166	34.7	41.2
	MEDIO	1.65	.046	136	34.7	41.2
	NON RICEVE	1.64	.046	384	86.9	92.6
	BASSO	1.64	.046	319	70.9	76.3
	BASSO	1.64	.046	344	76.4	81.4
	BASSO	1.64	.046	301	64.7	81.4
	ALTO	1.63	.046	112	2.7	4.1
	FEMMINA	1.64	.046	12	2.7	4.1
	NON RICEVE	1.64	.046	361	80.2	84.5
	BASSO	1.64	.046	387	86.0	92.6
	MADRE	1.64	.046	191	43.3	51.5
		1.30	.087	283	62.9	68.0

LE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'
URRITORIALE/	LUCCA	17.77	100	22.2	100.0
A DEI SERVIZI UTILIZZATI/	NON HA UTILIZZATO	5.79	104	23.1	46.0
SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/	NON USA	5.62	197	43.8	68.0
SERVIZI SOCIALIZZANTI/	NON USA	4.84	306	68.0	86.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	PER NIENTE-POCO ACC.	4.51	67	14.9	30.0
LAB. ANALISI-CENRI DIAGNOSTICI/	NON USA	3.90	330	73.3	87.0
IA. ANALISI-CENRI DIAGNOSTICI/	NON USA	3.61	359	79.8	91.0
DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	NON RICEVE	3.60	287	63.8	78.0
DEVE GARANTIRE SERVIZI	SEPARATO-DIVORZIATO	3.39	237	53.6	77.0
DEVE GARANTIRE SERVIZI	MOLTO ACCORDO	3.25	139	30.9	44.0
A SOLO A CHI AIUTA PER SOLIDARIETA'/	ABBASTANZA ACC.	2.83	185	41.1	53.0
PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/	PER NIENTE-POCO ACC.	2.81	83	18.4	29.0
SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/	BASSO	2.71	405	90.0	96.0
ATTESI NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	2.70	412	91.6	97.0
FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	2.64	326	72.4	82.0
DA PARTE DEI NONNI/	RICEVE	2.42	290	64.4	74.0
DI DIFFIDENZA/	NON DIFFIDENTE	2.11	23	5.1	9.0
GIA FAMILIARE/	MADRE-ALTRI	1.94	21	4.7	8.0
DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/	RICEVE	1.88	130	28.9	36.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	DA 30 A 34 ANNI	1.82	127	28.2	35.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	ABBASTANZA ACC.	1.77	429	95.3	98.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	NON INDICA	1.76	63	14.0	19.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	MOLTO ACCORDO	1.75	352	78.2	84.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	BASSO	1.60	114	25.3	31.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	MEDIO	1.57	102	22.7	28.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.54	386	85.8	90.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	BASSO	1.54	402	89.3	93.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	NON USA	1.48	150	33.3	39.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	MOLTO ACCORDO	1.46	108	24.0	29.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	ABBASTANZA ACC.	1.41	249	55.3	61.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.38	404	89.8	93.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	MADRE	1.36	259	57.6	63.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	RICEVE	1.32	330	73.3	78.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	BASSO	1.32	53	11.8	15.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	RICEVE	1.32	53	11.8	15.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/	MIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/	1.32	53	11.8	15.0

3. Le reti della socievolezza del care-giver

di Paola Di Nicola

1. Introduzione: l'effetto 'cuscinetto' delle reti

I rapporti di amicizia, i contatti con i vicini di casa e gli scambi con la struttura parentale, per quanto raramente fatti oggetto di una specifica ed organica attenzione sociologica nella letteratura italiana, assorbono molto del tempo che un attore sociale 'dedica' agli altri ¹. Tale disinteresse affonda le sue radici in tre motivazioni-assunti di fondo:

- le relazioni che si attivano nell'ambito delle reti sociali primarie sono considerate 'naturalì', nel senso che esistono come effetti della capacità del soggetto di aprirsi o meno ai rapporti con gli altri. La diminuzione dei controlli parentali, unitamente agli stili di vita tipici di società urbanizzate e moderne, fanno delle reti sociali primarie delle strutture relazionali che si aprono o chiudono a

1. L'attenzione per gli scambi parentali è stata, per molti aspetti, riassorbita all'interno degli studi sul familismo, mentre amicizia e vicinato raramente sono stati studiati. È indubbio che l'indagine speciale Istat del 1983 sulle strutture e sui comportamenti familiari ha rappresentato un primo e significativo momento di riflessione (sostenuto da dati) su una realtà di scambi in molti casi ignorata. Per un commento ai risultati dell'indagine Istat si veda: P. Di Nicola, «La famiglia i servizi socio-sanitari e le reti relazionali», in Istat-Ais, *Immagini della società italiana*, Roma, 1988; P. Donati, *La famiglia nella società relazionale*, Angeli, Milano, 1986, in particolare il cap. 3; G.B. Sgritta, «La struttura delle relazioni inter-familiari», in *Annali di Statistica*, anno 115, serie IX, vol. 6, 1986.

seconda di specifiche selezioni, di scelte di inclusione o esclusione decise dall'attore sociale. Divenendo quindi la vita sociale di relazione una funzione delle caratteristiche individuali e psicologiche del soggetto;

- le reti sociali primarie ricadono nella sfera eminentemente privata dell'attore sociale, come tali risultano essere 'socialmente' irrilevanti. Non assolvono a funzioni cruciali ai fini del funzionamento del sistema sociale; svolgono, nella migliore delle ipotesi, un ruolo di compensazione e di riequilibrio psico-affettivo, i cui effetti non escono dal raggio di azione della vita privata;
- i cambiamenti che hanno investito le reti sociali primarie sono stati colti tramite procedimenti deduttivi, a partire dai mutamenti rinvenuti in altre sfere sociali. In particolare a partire dagli studi sul crescente isolamento (dal punto di vista della coabitazione) e sul depotenziamento funzionale della famiglia, sui mutamenti nella struttura demografica della popolazione, sulla crescente irrilevanza della famiglia-parentela come canale di allocazione dei soggetti nelle diverse sfere della vita sociale, sulla pervasiva presenza di una logica sistemica che permea sempre più le relazioni di vita quotidiana, si è giunti alla conclusione che le reti sociali primarie si stanno lentamente riducendo sia nell'ampiezza che nella rilevanza sociale.

Rispetto a queste tre motivazioni, che hanno contribuito a mantenere latente l'interesse per le reti sociali, vale forse la pena sottolineare che nel panorama di studi, settoriali e specifici, che mai sono assunti ad una teoria organica e complessiva delle reti sociali primarie nella società contemporanea si possono individuare tre controtendenze, o se si vuole tre constatazioni empiriche:

- la vita sociale, lungi dall'essere solo il riflesso di selezioni ed opzioni di tipo individuale, risponde ad una sua logica, al cui interno fattori generazionali, stili di vita e risorse mediate dall'appartenenza di classe o di ceto configurano 'modelli di socievolezza', non dati casualmente, ma comprensibili alla luce di fattori che non possono essere ricondotti alla sfera dei desiderata individuali²;
- la supposta irrilevanza sociale delle reti sociali primarie, che agirebbero solo nella sfera del mero privato, è sconfessata da tutti

quegli studi, prevalentemente empirici e di diversa fonte, che vedono nell'azione di sostegno sociale svolta dalle reti primarie un ruolo di mediazione tra individuo e società, che si gioca non solo a livello psicologico-affettivo, ma anche materiale e strumentale³;

- i cambiamenti rinvenibili nelle e delle reti sociali primarie, possono essere letti come tendenza alla riduzione e potenziale scomparsa solo se si utilizza, come prospettiva di analisi, quella sistemica, considerando la 'comunità' (leggi reti sociali primarie) come pura derivazione della 'società'. In realtà se i due poli non sono visti in un rapporto di correlazione inversa, e si focalizza l'attenzione sulle caratteristiche strutturali delle reti, i cambiamenti, indubbiamente rilevabili, vanno più in direzione di un processo di ristrutturazione e di complessità crescente, che non di scomparsa⁴.

A partire dunque da queste premesse, in questo capitolo una particolare e specifica attenzione sarà data alle reti della socievolezza del *care-giver*. Constatata, anche nell'ambito di questa ricerca, che interessa più aree territoriali e diverse tipologie familiari, la vitalità delle reti sociali primarie, anche in ambiti a forte modernizzazione, la trattazione non analizzerà il livello di aiuti ricevuti dal *care-giver* dalle reti informali, ma specificatamente l'ambito di vita quotidiana in cui prende corpo e si alimenta la vita sociale del *care-giver*.

In particolare, ci si pone l'obiettivo di enucleare modelli di socievolezza, alla luce di variabili generazionali, connesse al ciclo di vita, di status socio-economico, utilizzando, come variabile di controllo, il sovraccarico funzionale del *care-giver*. La scelta è caduta su questa variabile di controllo, in quanto gradi più o meno ampi di sovraccarico funzionale incidono sulla risorsa 'tempo' (che è sempre finita), cruciale ai fini della disponibilità-possibilità di investire nella vita sociale. In considerazione del ruolo, da più parti sottolineato, di cuscinetto (di assorbimento degli stress) svolto dalle reti sociali primarie, si vuole verificare se, a parità di variabili strutturali, la rete della socievolezza risente del grado di coinvolgimento del *care-giver* nelle attività di cura; oppure se, a parità di sovraccarico funzionale, variazioni nella rete della socievolezza sono spiegabili alla luce delle caratteristiche sociali del *care-giver*. Se fosse vera la prima

2. Per una introduzione al tema si veda P. Di Nicola, *L'uomo non è un'isola. Le*

3. Cfr. P. Di Nicola, «Il ruolo delle reti sociali primarie nel controllo della malattia e protezione della salute», in P. Donati (a cura di), *Manuale di sociologia sanitaria*, Nis, Roma, 1987.

ipotesi, si dimostra che il carico assistenziale favorisce livelli più o meno ampi di isolamento sociale, divenendo il sovraccarico funzionale un fattore che entra in gioco nella configurazione di specifici modelli di socievolezza; se fosse vera la seconda ipotesi, si dimostra che effettivamente le reti svolgono una funzione di cuscinetto, di assorbimento dello stress, derivabile dal carico assistenziale. A tale proposito, si ricorda che, nell'ambito di questa ricerca, sono state campionate famiglie, che per la loro composizione hanno un rilevante onere assistenziale e che l'intervista ha interessato il componente del nucleo sul quale ricade l'impegno per la cura.

2. Famiglie con anziani

2.1. I modelli della socievolezza del *care-giver*

Per tracciare un profilo sintetico del *care-giver*, con l'obiettivo, appunto, di inquadrare a grandi linee la persona, della quale si tenterà di individuare il modello, lo stile della socievolezza, si può dire che chi, nell'ambito della famiglia, ha il maggior carico assistenziale (in riferimento ai problemi di accudimento dell'ultraottantenne), è:

- prevalentemente di sesso femminile;
- di età elevata (l'età media è di 63 anni);
- appartiene ad uno status medio, medio-alto (solo il 18,0% ed il 10,0% delle famiglie campionate appartengono, rispettivamente, al ceto basso e medio-basso);
- nel 42,0% dei casi vive da solo con l'anziano da accudire (in veste di coniuge o di fratello/sorella);
- ha con l'anziano una relazione di affinità (coniuge) ovvero di sangue (figlio/a, fratello/sorella);
- nel 67,8% dei casi non svolge una attività extra-domestica, perché casalinga (23,3%) o pensionato (38,7%).

Si staccano da questo profilo medio, quei soggetti (sempre *care-giver*), stimabili nell'ordine del 30-35%, più giovani (soprattutto figli/e), che nella maggior parte dei casi lavorano, sia saltuariamente, *part-time* che, soprattutto, a tempo pieno (82,6).

Per analizzare i tipi e la quantità di rapporti sociali che il *care-giver* intrattiene con persone esterne alla sua famiglia, nel questionario

- i soggetti con i quali il *care-giver* intrattiene i diversi tipi di rapporti (fratelli/sorelle, genitori/suoceri, figli/nipoti, vicini di casa, amici di famiglia, colleghi di lavoro);
- la frequenza dei rapporti (mensili, settimanali, quasi giornalieri);
- le motivazioni della non frequentazione o non contatto (non presenza fisica di parenti o amici, perché distanti, non esistenti ovvero per una esplicita volontà di chiusura da parte del *care-giver*).

Da una prima sintetica valutazione delle frequenze relative alle domande sulla vita sociale, emergono le seguenti considerazioni:

- la vita sociale del *care-giver* è tendenzialmente oico-centrica (cfr. tav. n. 21): in linea di massima è più frequente che il *care-giver* riceva visite a casa sua, più che recarsi a casa di altri, mentre risulta molto importante, oltre che frequente, il contatto telefonico, che assicura, con alcuni soggetti, un rapporto quasi quotidiano;
- in considerazione dell'età media piuttosto elevata del *care-giver* e della sua condizione lavorativa (non occupato o casalinga), la rete della socievolezza risulta 'naturalmente' ridotta: nel 76% dei casi circa non c'è frequentazione con suoceri/genitori, perché molto verosimilmente già morti; nel 45% dei casi il *care-giver* non ha colleghi di lavoro da vedere o sentire telefonicamente; nel 35,8% non ha fratelli/sorelle, che, tra l'altro, nel 9,0% dei casi vivono lontani;
- una netta e chiara scelta di chiusura emerge solo a proposito dei vicini di casa, evitati nel 16,2% dei casi, ovvero non frequentati, nel 24,3%, per altri motivi. Tuttavia il rapporto con i vicini di casa, per quanto molto più selettivo che non quello con altri soggetti, è tuttavia presente e si colloca, in questo sottogruppo di *care-giver*, come grado di frequentazione, subito dopo il rapporto con i componenti più stretti della famiglia;
- la vita sociale del *care-giver* non solo è oico-centrica, ma è anche centrata sulla famiglia (più che sulla parentela ampia): infatti i soggetti con i quali si intrattengono rapporti più frequenti sono, nell'ordine, figli/nipoti, vicini di casa e fratelli/sorelle (visti una o più volte alla settimana, rispettivamente, nel 49% dei casi, nel 30% e nel 22%) (cfr. tav. n. 21);
- per quanto riguarda la frequenza dei rapporti, contatti settimanali si intrattengono con parenti stretti e vicini di casa, mentre gli amici sono visti con scadenza mensile e, soprattutto, il rapporto con loro è tenuto vivo dai contatti telefonici.

derazione dell'età media piuttosto elevata e della condizione di non occupato (che significa, tra l'altro, non avere delle forti motivazioni ad uscire e riduzione delle possibilità di fare nuove conoscenze) non può dirsi povera di relazioni. Questa prima considerazione è confermata dalla frequenza di un indice complessivo di interscambio, che mostra la seguente distribuzione:

- interscambio basso: 26,6%
- interscambio medio-basso: 27,5%
- interscambio medio-alto: 37,9%
- interscambio alto: 8,0%.

Inoltre più della metà dei *care-giver* intervistati (58,8%) si colloca sulla scala di chiusura al primo livello - aperto - e solo l'8,6% si può definire 'chiuso'.

Conclusa questa prima sintetica presentazione della vita sociale del *care-giver*, si analizzerà, di seguito, se e come variabili di tipo generazionale (età) e ascrivito (sesso), di status, la scolarizzazione incidono sul grado di apertura del *care-giver* e sui diversi modelli di socievolezza (prevalentemente o esclusivamente parentale; anche amicale). Per questa analisi si lavorerà prevalentemente con gli indici (per la cui costruzione si rimanda al capitolo metodologico curato da Lanzetti).

Si anticipa che l'indice di interscambio risulta essere negativamente correlato con l'età del *care-giver* (coefficiente $-.24$, significatività $.001$), mentre positiva, anche se debole (e con un livello di significatività più basso) risulta la correlazione con lo status socio-economico della famiglia (coefficiente $.13$, significatività $.01$) e con il livello di scolarizzazione ($.12$, significatività $.01$).

Il grado di interscambio, rapportato al sesso e all'età, conferma che in linea di massima una maggiore vivacità nella vita di relazione caratterizza le donne (cfr. tav. n. 1) e soggetti non anziani (cfr. tav. n. 2): tradizionalmente sono sempre state le donne a tenere le fila dei rapporti e delle relazioni sociali che ruotano attorno alla famiglia (favorite in questo proprio dalla loro specificità funzionale - lavoro di cura e lavoro domestico - che le portava e le porta tuttora ad intrattenere, con gli altri, rapporti più diffusivi e meno formali), anche se con il volgere dell'età si rileva una minore disponibilità all'apertura⁵. Tale minore disponibilità può dipendere non solo dall'atteg-

giamento psicologico dell'anziano (che tendenzialmente si chiude e diventa più selettivo, anche perché a volte mancano le forze e le occasioni per vedere gli altri), ma anche dalle diverse dinamiche, connesse alla vita quotidiana, che si manifestano dentro la famiglia. Non è un caso che il livello più basso in assoluto di interscambio sia manifestato da quei soggetti - *care-giver* - che vivono soli con l'anziano (fratello o sorella) che accudiscono (cfr. tav. n. 3), seguiti da quanti sono inseriti in famiglie di coppia. Nelle famiglie nucleari (sia complete - coppia coniugale e figli - che quelle composte dal solo anziano con figli) ed in quelle estese alto risulta il grado di apertura, interscambio con l'esterno, sia perché il *care-giver* che vive in queste famiglie è tendenzialmente più giovane, sia perché queste famiglie sono caratterizzate da dinamiche (ad esempio vi sono giovani - nipoti -, molti degli adulti sono occupati) che rendono più facile, quasi fisiologico, il rapporto con persone (parenti, amici, colleghi di lavoro) esterne al nucleo di coabitazione. Ed infine, per quanto riguarda lo status socio-economico della famiglia, contrariamente ad una serie di luoghi comuni che mettono sistematicamente l'accento sul maggiore privatismo dei ceti elevati (che dovrebbe portare ad una riduzione degli interscambi, molto selettivi, con l'esterno) e su una più accentuata apertura dei ceti bassi (più disponibili ad aprire e socializzare aspetti e pezzi di vita quotidiana), il grado di interscambio covaria (aumenta) con l'aumentare della collocazione di status della famiglia (cfr. tav. n. 4).

In generale, quindi, pur di fronte all'esistenza di una vita di relazione piuttosto vivace, in virtù della quale si può dire che casi di relativo isolamento sociale (relativo, mai assoluto) interessano circa un quarto dei *care-giver* intervistati, gli scambi con le reti sociali primarie, per quanto radicati nella casa e nella famiglia ristretta (genitori e figli, più raramente parenti)⁶ sono tanto più frequenti quanto più frequentemente il *care-giver* è di sesso femminile, di ceto medio, medio-alto, di età non elevatissima, inserito in famiglie nucleari o estese. Il carattere oico-centrico e parentale mediato dalle relazioni

6. Già nel commento ai dati dell'indagine speciale Istat sulle strutture e sui comportamenti familiari, si era messo in evidenza come la parentela stretta - genitori e figli - veicolasse la relazione di aiuto (cfr. P. Di Nicola, «La famiglia, i servizi socio-sanitari e le reti relazionali», cit.). Per un'analisi delle reciproche attese di aiuto

di sangue o di affinità (coniuge) è confermato dal fatto che, alla domanda tesa ad individuare il soggetto con il quale il *care-giver* più facilmente parla dei propri problemi e dai quali riceve un aiuto immediato, le persone citate risultano, nell'ordine:

parla più facilmente con:

- coniuge/convivente: 49,5%
- figlio/a: 45,1%
- parente non convivente: 30,4%
- un amico: 25,3%
- genero/nuora: 12,5
- genitore: 11,3

ottiene aiuto immediato da:

- coniuge/convivente: 41,6%
- figlio/a: 44,9%
- parente non convivente: 28,5%
- amico: 19,3%
- genero/nuora: 11,1%
- genitore: 9,8%.

Esperti, sacerdoti, volontari, suoceri sono coinvolti praticamente in meno del 5% dei casi, sia per il forte legame che unisce genitori e figli, sia perché dei problemi di vita quotidiana e personali (che non richiedono un intervento tecnico-professionale) si parla in maniera spontanea con le persone che fanno parte della sfera della relazione primaria. Come si può notare, si rileva uno scarto tra la frequenza con cui si coinvolge qualcuno nei propri problemi e la frequenza con cui si ottiene l'aiuto immediato. Gli scarti più rilevanti interessano la figura del coniuge/convivente (nel -7,9 punti percentuali aiuta meno di quanto sia stato coinvolto) e quella dell'amico (-6 punti percentuali): la minore partecipazione attiva del coniuge si spiega con il fatto che, in considerazione dell'elevata età media del *care-giver* e del fatto che frequentemente risulta essere il coniuge dell'anziano assistito (nel 49,1%), il *partner* in alcuni casi non ha la possibilità di corrispondere in maniera adeguata e fattiva alle attese del *care-giver*. Per quanto riguarda gli amici, è piuttosto diffuso l'atteggiamento che vede l'amico come una persona con cui parlare, ma da non coinvolgere attivamente nella risoluzione di problemi. Lo

Il modello di socievolezza prevalente è di tipo parentale: la rete sociale primaria può essere considerata una griglia che si sovrappone alla rete parentale (per quanto ristretta), integrata, ma in maniera meno incisiva, dalla rete amicale. Si è già visto come, in generale, con gli amici gli scambi siano meno frequenti e affidati più spesso alla comunicazione telefonica, che non al rapporto faccia a faccia. Ed infatti l'ampiezza media delle reti parentali con le quali si intrattengono stretti rapporti di confidenza, risulta molto più estesa (oscilla tra valori compresi tra 0-più di 15 soggetti) dell'ampiezza delle reti amicali (campo di oscillazione 0-più di 5) (cfr. tav. n. 22). In particolare, mentre il 7,3% dei rispondenti ha indicato l'esistenza di reti parentali costituite da più di 15 persone, il tetto massimo, per la rete amicale, è di cinque persone e più (cfr. tav. n. 23). Pur in presenza del diverso peso della rete parentale e di quella amicale, si tenterà, di seguito, di evidenziare i fattori socio-culturali che favoriscono la presenza di un modello di socievolezza più o meno chiuso nella cerchia parentale, o più o meno aperto alla rete amicale.

Per quanto riguarda l'ampiezza media della rete parentale (cfr. tav. n. 22), il numero di parenti con i quali il *care-giver* dichiara di avere rapporti stretti di confidenza è tanto più alto quanto più frequentemente il *care-giver* è:

- di sesso maschile;
- casalinga;
- con scolarizzazione elevata;
- accudisce ad un anziano che vive nella sua (del *care-giver*) famiglia, insieme al coniuge ed ai suoi figli (famiglia estesa);
- appartiene ad una famiglia nucleare;
- è di status elevato o medio-basso;
- quanto più ampio è il numero dei componenti la famiglia.

La distribuzione delle medie nei termini visti precedentemente (rispetto alla quale risulta non lineare il rapporto tra età del *care-giver* ed ampiezza della rete parentale) suggerisce l'esistenza di due modelli di rapporti intensi con parenti:

- da una parte si ha una struttura di relazioni parentali, molto strette e ampie, attivata ed alimentata da donne casalinghe, di ceto medio-basso, con bassa scolarizzazione ed età avanzata che assolvono ai compiti assistenziali all'interno di una famiglia di cui sono ancora capo-famiglia (hanno il coniuge, che assistono, ed in molti

care-giver, (che può essere anche un uomo) di età non elevata, assolve ai doveri di cura con l'aiuto dei componenti del suo nucleo di coabitazione, mentre la presenza, in casa, dell'anziano da 'accudire' diventa un elemento catalizzatore dell'interesse di altri parenti (non si può dire se sollecitato, incentivato dal *care-giver* o spontaneo).

Per quanto riguarda la rete amicale (cfr. tav. n. 23) (la cui ampiezza è comunque più bassa di quella parentale), una maggiore apertura (misurata anche dall'aumento del numero di amici con i quali si intrattengono stretti rapporti di amicizia) è in funzione del fatto che il *care-giver*:

- sia occupato;
- di età non elevata;
- appartenga ad una famiglia nucleare;
- abbia un titolo di studio di livello superiore;
- provenga da una famiglia di ceto medio, medio-alto e alto (a tale proposito la progressione dei valori medi è lineare e regolare).

Irrilevante risulta il sesso. Il rapporto amicale, quindi, si caratterizza per essere più frequente tra la popolazione adulta, di ceto medio e medio-alto.

Tenendo presente quelli che sono i fattori generazionali, in virtù dei quali con l'età i soggetti tendono a ridurre la vita relazionale, così come nella generazione più anziana (soprattutto femminile) è più forte un orientamento parentale, è necessario sottolineare che, nonostante le diversità di ampiezza, la rete parentale e quella amicale tendono a crescere con l'aumento dello status socio-economico della famiglia e del numero medio dei suoi componenti e in relazione alla diminuzione dell'età del *care-giver*. In virtù dunque sia di elementi legati alle generazioni che allo status, si rileva non tanto una più accentuata apertura agli amici da parte degli adulti di ceto medio, medio-alto, quanto una loro maggiore ricchezza relazionale, dal momento che la rete amicale non sostituisce, ma affianca quella parentale.

2.2. L'effetto cuscinetto delle reti

L'esistenza di una rete di relazioni (parentali e amicali) ha delle ripercussioni - positive - sul carico assistenziale che ricade sul *care-giver*? In particolare, livelli più o meno ampi di apertura alla vita sociale, sono un elemento di sostegno, ovvero sono fortemente influenzati dal coinvolgimento nelle attività di cura, misurato attraverso

le dell'assistito risulta correlato positivamente con il livello di inter-scambio del *care-giver* (coefficiente uguale a .26, significatività .001), mentre non mostra avere una forte correlazione significativa con l'età del *care-giver*, la sua scolarizzazione e lo status socio-economico della famiglia.

D'altro canto, l'incrocio dell'indice di autosufficienza complessiva con alcune variabili strutturali, conferma l'esistenza di una distribuzione dell'indice apparentemente casuale.

Ad esempio il rapporto tra autosufficienza complessiva e status socio-economico della famiglia (cfr. tav. n. 5), consente di cogliere una sovrarappresentazione di anziani scarsamente autosufficienti nel livello più basso dello status socio-economico, ma in generale la distribuzione delle due variabili non è lineare e, soprattutto, è scarsamente significativa. Anche il rapporto tra autosufficienza e tipologia familiare (cfr. tav. n. 6) non presenta una forte coerenza interna: è indubbio che anziani con bassi livelli di autosufficienza vivono meno frequentemente con il solo coniuge ovvero con fratelli/sorelle, e che sono alte le probabilità che la convivenza con il solo coniuge sia tanto più frequente quanto più il grado di autonomia è elevato. Ma in generale non si riscontra una progressione tra diminuzione dell'autosufficienza ed inserimento in famiglie più ampie e più giovani (in specifico le famiglie dei figli). E questo perché, in linea di massima, l'anziano è sempre stato nella famiglia del *care-giver*: nel 74,2% dei casi il *care-giver* ha dichiarato che l'assistito è sempre stato con loro; solo nel 12% circa dei casi l'anziano ha cambiato casa (andando a vivere con la famiglia del *care-giver*) perché non poteva stare più da solo o perché aveva perso il *partner* (dopo la morte del coniuge, che, evidentemente, assolveva ad un compito di aiuto, verosimilmente reciproco). L'assistenza all'anziano, dunque, più che scelta maturata in un momento particolare della vita familiare e del ciclo di vita del *care-giver*, si snoda all'interno di una *routine* quotidiana già stabilizzata, per cui, pur in presenza di un carico assistenziale che tende a crescere nel tempo (proprio per effetto dell'invecchiamento progressivo), non si può sostenere che la rete della socievolezza del *care-giver* sia stata rivoluzionata, modificata e per molti aspetti ridimensionata dalla presenza improvvisa, in casa, di un anziano da curare. La continuità di una prestazione assistenziale che raramente ha assunto il carattere dell'evento critico (determinando

l'altro, che 'il prendersi cura di' crea difficoltà in termini di stanchezza, stress psicologico personale e il 30,5% ha sottolineato i problemi relativi alla vita domestica. L'11,0% ha indicato, come area di difficoltà creata dal carico assistenziale, il rapporto con il rispettivo coniuge ed i familiari, il 13,7% con gli amici ed il 9,1% con alcuni parenti. Tuttavia mentre l'esistenza di una vita relazionale piuttosto ricca e variegata non incide significativamente sulla percezione e sulla valutazione dell'esistenza di difficoltà nei rapporti con amici, parenti e coniuge e nella organizzazione del quotidiano (causati o enfatizzati dal carico assistenziale), assume un ruolo – positivo – di attutimento dello stress e della stanchezza (cfr. tav. n. 7).

Un confronto tra indice di interscambio del *care-giver* e indice di autosufficienza dell'assistito (cfr. tav. n. 8), dimostra, tuttavia, che la frequenza dei rapporti è tanto più forte quanto meno l'assistito dipende dal *care-giver*. Si può dunque ipotizzare che accanto a fattori generazionali (età), di sesso e di status che incidono sui modelli della socievolezza (più o meno ampia, più o meno parentale e/o amicale), il carico assistenziale non è influente ai fini della determinazione delle reti sociali del *care-giver* e che la funzione di sostegno da esse assolta si esplica nella direzione di un attutimento del senso di stanchezza, stress psicologico sperimentato dal *care-giver*.

L'analisi della varianza, tesa a cogliere la quantità di varianza della variabile dipendente 'indice di interscambio' spiegata dalle variabili indipendenti sesso, età, status socio-economico del *care-giver* e livello di autosufficienza dell'anziano assistito, mostra che il ruolo discriminante è esercitato, con forza decrescente, da:

- autosufficienza dell'anziano ed età del *care-giver*
- sesso e status.

Per questo particolare sottogruppo del campione, il fattore generazionale ha lo stesso 'peso' discriminante del sovraccarico funzionale, mentre status socio-economico e sesso svolgono un ruolo meno pregnante.

3. Famiglie con invalidi

3.1. I modelli della socievolezza del *care-giver*

che dal punto di vista del carico assistenziale. Indubbiamente la famiglia è tendenzialmente più giovane di quella vista nelle pagine precedenti, ma ruota, nella maggior parte dei casi, intorno a due ruoli: genitore e figlio.

La vita sociale del *care-giver* dell'handicappato, pur presentando alcune affinità e similitudini con quella del gruppo precedentemente analizzato, se ne differenzia quanto ad intensità. Anche in questo caso si è di fronte a soggetti la cui vita di relazione risulta oico-centrica e passiva (ricevere visite a casa) (cfr. tav. n. 21); i rapporti sono prevalentemente faccia a faccia, ma anche in questo caso importante risulta essere il ruolo della comunicazione telefonica che, ancora una volta, è il canale più diffuso di contatto con gli amici. L'apertura/chiusura nei confronti dei vicini di casa ha un livello di intensità molto simile a quello rilevato per le famiglie con gli anziani: i vicini di casa rappresentano il gruppo sociale nei cui confronti è molto frequente un atteggiamento di chiusura consapevolmente assunto (non li vedo mai per scelta), tuttavia dopo figli/nipoti e fratelli/sorelle costituiscono i soggetti con i quali il *care-giver* intrattiene contatti quasi quotidiani (cfr. tav. n. 21). La vita di relazione si snoda lungo la linea parentale (figli, fratelli/sorelle, genitori/suoceri).

La distribuzione percentuale dell'indice di interscambio, dimostra che sebbene la vita sociale del *care-giver* dell'handicappato non sia, quanto ad alcune caratteristiche (centrata o meno sulla casa, attiva-passiva, contatto faccia a faccia o telefonico) molto diversa da quella della figura analizzata nelle pagine precedenti: le più significative differenze si colgono nella intensità delle relazioni e nell'ampiezza delle reti.

La disponibilità/possibilità del *care-giver* di coltivare una sua personale ed autonoma vita sociale (sentire, vedere parenti, amici, figli, fratelli, ecc.), risulta più bassa (rispetto al gruppo precedente), sebbene si sia di fronte a soggetti, mediamente, più giovani. Ed infatti l'indice di interscambio assume la seguente distribuzione percentuale:

- basso: 37,8%
- medio-basso: 28,9%
- medio-alto: 30,0%
- alto: 3,3%.

In generale l'indice di interscambio risulta correlato positivamente con lo status socio-economico della famiglia e con la scolarizza-

prattutto, non lineare (cfr. tav. n. 9). Una maggiore apertura all'esterno è più diffusa tra le donne, che, tuttavia, sono anche sovrarappresentate, rispetto agli uomini, nel livello più basso dell'indice di interscambio. D'altro canto si è in presenza di donne che non solo hanno, più degli uomini, la responsabilità del carico assistenziale, ma, nello stesso tempo, accudiscono persone più dipendenti, con un livello più basso di autosufficienza totale (rispetto a quello degli ultraottantenni).

Il fattore generazionale agisce, invece, in maniera molto significativa (cfr. tav. n. 10), riconfermando una maggiore apertura all'esterno nei gruppi di età tendenzialmente più giovani. La dimensione generazionale taglia trasversalmente la dimensione familiare. L'indice più alto di interscambio (cfr. tav. n. 11) si manifesta in quelle situazioni familiari in cui il *care-giver* coincide con la figura del coniuge dell'assistito ovvero è un fratello o una sorella. Laddove prevale la famiglia monogenitoriale ovvero nei casi in cui l'handicappato vive in una famiglia nucleare con ambedue i genitori, si è di fronte a realtà in cui l'onere assistenziale ricade su una persona tendenzialmente più adulta, se non decisamente anziana. Situazioni in cui, quindi, una minore propensione dell'anziano alla vita sociale si unisce ad un carico assistenziale che risulta essere più alto sia in assoluto (minore autosufficienza dell'handicappato), che in termini relativi (il peso è tanto più sentito quanto più il *care-giver* è una persona anziana). Infine, soprattutto ai livelli estremi della collocazione di status (basso-alto), il rapporto tra apertura all'esterno e status socio-economico appare tendenzialmente lineare (cfr. tav. n. 12).

Si riconferma, quindi, in linea con quanto già evidenziato a proposito delle famiglie con anziani ultraottantenni, che la disponibilità ad una maggiore o minore apertura all'esterno, ovvero l'esistenza di una vita di relazione autonoma del *care-giver* è in funzione dell'età e dello status socio-economico. Per quanto riguarda invece la tipologia familiare, la situazione in un certo senso si inverte: mentre nelle famiglie con anziani manifestavano minore disponibilità alla vita sociale i *care-giver* che vivevano in famiglie di coppia o con soli fratelli, in questo caso l'appartenenza alla famiglia di coppia o a nuclei composti da soli fratelli/sorelle si unisce ad una più marcata apertura all'esterno del *care-giver*. Elemento, questo, dovuto al fatto che famiglie di coppia e *frèreches*, per quanto simili, nei due casi (anziani e invalidi), dal punto di vista strutturale, si differenziano quanto ad

Come si è visto precedentemente, anche la vita di relazione di chi accudisce un handicappato è oico-centrica, più passiva che attiva, mediata dai rapporti parentali (cfr. tav. n. 21): le differenze rispetto a chi ha il carico assistenziale di un anziano non sono molto significative. Tuttavia, questa apparente similitudine deve essere maggiormente approfondita, in quanto si rilevano alcune differenze circa l'ampiezza delle reti e la loro tipologia.

Sia la rete parentale che quella amicale risultano meno ampie (rispetto a quelle del *care-giver* di un anziano), anche se la rete amicale mostra una maggiore difformità nei livelli estremi (cfr. tav. n. 22 e 23). Sono più frequenti i casi di soggetti che alla richiesta di indicare il numero totale di parenti e di amici con i quali intrattengono rapporti stretti hanno risposto nessuno (rispettivamente 14,2% e 34,9), mentre la rete parentale oscilla, come ampiezza tra 0 e +10 persone (per gli anziani il valore massimo era +15), quella amicale va dallo 0 a +10 (per gli anziani il valore massimo era +5). Si è di fronte a reti tendenzialmente meno ampie di quelle rilevate per il *care-giver* di un anziano, anche se nel caso delle famiglie con handicappati è leggermente più significativa la presenza di amici (in termini, tuttavia, sempre relativi, e non assoluti). Questo dato è confermato anche da un altro elemento, in particolare dallo scarto tra richiesta di aiuto/conforto e aiuto ricevuto. Anche chi ha l'onere assistenziale di un portatore di handicap, parla più facilmente dei suoi problemi e difficoltà personali con il coniuge (49,1%), con il figlio/a (44,2%), con un parente non convivente (22,2%) e con un amico (27,8%). In questo sottogruppo è più frequente il riferimento ad un esperto (12,0%), ma si evidenzia come il minore coinvolgimento di parenti non conviventi sia compensato da un più elevato coinvolgimento degli amici (sempre rispetto alla situazione evidenziata per il *care-giver* di un anziano). In linea di massima questi soggetti sono gli stessi che danno un aiuto immediato al *care-giver*, tuttavia, a differenza di quanto rilevato per il sottogruppo degli anziani, in questo caso è leggermente più frequente, per il *care-giver*, ricevere aiuti dal coniuge (scarto pari a -3,5 punti percentuali) e dagli amici (-4), che non dai parenti stretti (-2,2) e dai figli (-3,1).

Pur in presenza di una rete parentale più ristretta, il numero medio dei parenti con i quali si intrattengono rapporti stretti di confidenza, tende ad aumentare nei casi in cui il *care-giver* sia (cfr. tav. n. 22):

- di età inferiore ai 49 anni (adulto, quindi, non anziano);
- appartenente ad una famiglia più ampia (con 5 e più componenti);
- di ceto alto, medio-alto;
- inserito in una famiglia nucleare ovvero in una famiglia di coppia (con il coniuge invalido).

La rete amicale presenta, nella distribuzione dei valori, un andamento analogo (cfr. tav. n. 23), che vede un aumento dell'ampiezza media tra i soggetti più giovani, di ceto medio-alto, alto, occupati e inoccupati, inseriti in famiglie ampie e di coppia. L'unica differenza rilevante è data dai nuclei costituiti dai soli fratelli/sorelle (che nel sottogruppo degli anziani avevano reti amicali più ristrette), al cui interno, molto verosimilmente, il *care-giver*, di età non elevata, si occupa del fratello/sorella invalido/a e si dichiara inoccupato (in attesa di lavoro?).

Una valutazione sintetica di quanto sin qui argomentato (tendendo presente anche le riflessioni sviluppate a proposito del sottogruppo degli anziani ultraottantenni), consente di mettere in evidenza i seguenti elementi:

- la vita relazionale del *care-giver* è in funzione dell'età e dello status socio-economico; nel senso che cresce al diminuire dell'età ed all'aumentare dello status socio-economico della famiglia;
- il ruolo giocato dall'età è tanto importante da tagliare trasversalmente anche la tipologia familiare, per cui se nel caso degli anziani, famiglia di coppia e *frèrèches* si uniscono a situazioni di relativo isolamento, nel caso dei portatori di handicap la distribuzione si inverte;
- in linea di massima rete amicale e rete parentale 'covariano', nel senso che l'una si affianca all'altra, più che sostituirla;
- nonostante la rilevanza del fattore generazionale, la presenza in casa di un portatore di handicap (che esprime un livello di autonomia più basso di quello di un ultraottantenne) porta ad un restringimento delle reti della socievolezza del *care-giver*, che, d'altro canto, è maggiormente assorbito dall'attività di cura;
- in termini relativi l'ampiezza media delle reti amicali diminuisce, nel sottogruppo degli invalidi, meno significativamente di quella parentale e gli amici, se sollecitati, più frequentemente danno un aiuto immediato;
- la relazione affettiva e di interscambio è veicolata dai rapporti pa-

- la vita relazionale è oico-centrica e più passiva in ambedue i sottogruppi (*care-giver* di anziani e *care-giver* di handicappati), per cui le differenze sono più di intensità, che non di stili relazionali differenti.

3.2. L'effetto cuscinetto delle reti

La persona che accudisce un portatore di handicap sperimenta (almeno nel presente campione) una situazione di maggiore isolamento sociale, di sovraccarico funzionale, a fronte di risorse anche materiali più ridotte. Più forti sono dunque le difficoltà e la percezione che di esse il *care-giver* ha. Un confronto tra i problemi incontrati dalle due figure di *care-giver* sin qui analizzate, consente di evidenziare differenze non trascurabili. Alla domanda di specificare se la presenza dell'assistito ed in generale l'attività di cura, crea difficoltà, gli intervistati hanno risposto nei termini seguenti:

	Care-giver di	
	Anziano	Invalido
- difficoltà nei rapporti con il coniuge e altri familiari	11,0%	20,4%
- difficoltà con gli amici	13,7%	19,6%
- difficoltà con parenti	9,1%	19,3%
- difficoltà personali (stress)	52,2%	68,0%
- difficoltà organizzative nella vita domestica	30,5%	33,8%

Anche per i portatori di handicap, non è possibile cogliere una relazione lineare tra incidenza di livelli più o meno forti di dipendenza e status socio-economico della famiglia. Tale relazione esiste tra i gradi estremi delle due scale (di autosufficienza e di status) - cfr. tav. n. 13 -, ma non nei livelli intermedi. Segno, forse, del fatto che lo status (come indicatore complesso di risorse materiali e di competenze) incide soprattutto sulla capacità della famiglia di attutire gli effetti dell'handicap, migliorando, con ausili tecnico-professionali, le competenze e le capacità dell'invalido. Per quanto riguarda la tipologia familiare (cfr. tav. n. 14), portatori di handicap con livelli

propri genitori (sia un genitore che ambedue). Si riconferma, dunque, che il maggiore sovraccarico funzionale è sperimentato da famiglie costituite dall'anziano (con o senza coniuge) con il figlio invalido, e quindi da soggetti tendenzialmente avanti nell'età.

Queste ultime considerazioni, unitamente all'esistenza di un grado più elevato di difficoltà sperimentato dal *care-giver* dell'handicappato, ribadiscono le caratteristiche di base di questo sottogruppo di *care-giver*, caratteristiche che si possono riassumere nell'espressione 'fragilità relazionale'. Questi soggetti non solo possono contare su reti parentali ed amicali più ridotte, ma, nello stesso tempo, l'onere dell'attività di cura, più pesante di quello sperimentato da chi ha un anziano a carico, incide più negativamente sulle dinamiche familiari e sullo stress (e stanchezza). Parallelamente la dipendenza dell'invalido è tanto più forte quanto più il *care-giver* è avanti nell'età.

Si coglie un rapporto tra il grado di apertura alla vita sociale del *care-giver* e il livello di autonomia dell'handicappato (cfr. tav. n. 15), ma, in generale, l'intensità della socievolezza non incide sul grado di percezione delle difficoltà nei rapporti con gli altri (familiari, amici, parenti) né attutisce lo stress o la stanchezza personale.

L'analisi della varianza, tesa a cogliere la quantità di varianza della variabile dipendente (indice di interscambio) 'dovuta' all'effetto di variabili indipendenti quali sesso, età del *care-giver*, status socio-economico della famiglia e grado di autosufficienza dell'handicappato, dimostra da una parte l'irrilevanza del sesso, e dall'altra un'influenza decrescente delle variabili: status, età del *care-giver* e indice di autosufficienza dell'assistito.

Un confronto con l'analoga analisi della varianza fatta con le stesse variabili per il sottogruppo dei *care-giver* di un anziano, dimostra che mentre nel primo gruppo l'età ed il grado di autosufficienza dell'assistito contribuiscono a spiegare la varianza dell'indice di interscambio in maniera più incisiva del sesso e dello status socio-economico; nel sottogruppo dei *care-giver* di un soggetto portatore di handicap, la condizione socio-economica mostra un potere discriminante più forte. In ambedue i casi il carico assistenziale fa sentire il suo peso, tuttavia mentre la vita relazionale del *care-giver* di un anziano è maggiormente influenzata da variabili generazionali, nel caso di una persona con l'onere di assistere un invalido, la posi-

mente generazionali e di status, rispetto ai quali il carico assistenziale esercita un ruolo discriminante molto debole (per cui effettivamente reti più o meno ampie sono reti di sostegno del *care-giver*, di appoggio psicologico), ovvero un maggiore assorbimento nei livelli di cura contribuisce a forgiare particolari stili di socievolezza (chiusi e poveri), facendo passare in secondo piano altri fattori e riducendo la funzione di sostegno delle reti parentali ed amicali, si può dire che:

- indubbiamente un maggiore coinvolgimento del *care-giver* nei compiti di cura lo inserisce in un modello di relazione differente non tanto per gli stili e le modalità dei rapporti, quanto per l'intensità. Si è visto che la vita sociale del *care-giver* di un handicappato non è molto diversa (quanto a tipo di rapporto-faccia a faccia, attivo o passivo, frequenza nei contatti, soggetti coinvolti) da quella del *care-giver* di un anziano: tuttavia la sua rete di riferimento è meno ampia;
- tuttavia nel tentativo di valutare l'influenza, sulla disponibilità al rapporto con altri soggetti esterni al nucleo di coabitazione, esercitata da età, sesso, status e sovraccarico funzionale (misurato dal livello di dipendenza, dal *care-giver*, dell'assistito), appare evidente che questa ultima variabile 'pesa' meno delle altre;
- alla luce di queste considerazioni si può dire che risulta verificata, parzialmente, la prima ipotesi. Parzialmente nel senso che effettivamente il modello della socievolezza del *care-giver* è più influenzato dalla sua appartenenza generazionale e di status che non dal suo impegno di cura; tuttavia gradi più elevati di coinvolgimento nel compito assistenziale riducono l'ampiezza delle reti e, in alcuni casi, la possibilità di ricevere aiuti concreti e immediati (soprattutto da parte dei parenti, se il *care-giver* si occupa di un invalido).

Si può altresì sostenere che, nel passaggio da famiglia con anziani a famiglie con invalidi (vale a dire nel passaggio da famiglie di ceto medio, medio-alto, con carico assistenziale relativamente contenuto a famiglie di ceto medio-basso, maggiormente sovraccaricate da un punto di vista funzionale), cresce il peso discriminante esercitato dalla condizione socio-economica sulla vita sociale del *care-giver*. Per chi ha un onere assistenziale molto forte, la possibilità di avere una vita sociale 'normale' molto dipende dalla quantità di risorse (denaro, istruzione, competenza, ecc.) mediate dalla collocazione di

4. Famiglie monogenitoriali

4.1. Il profilo della famiglia con un solo genitore

Con le famiglie monogenitoriali si è di fronte ad un sottogruppo del campione, le cui caratteristiche sono tali da dare una accentuazione particolare al termine *care-giver*. Nei due casi precedentemente analizzati, la presenza in casa di una persona non totalmente autosufficiente, della quale 'si occupava' prevalentemente un componente della famiglia, consentiva di poter etichettare come *care-giver*, chi, nel nucleo di coabitazione, svolgeva un compito di cura specifico e aggiuntivo rispetto sia alla normale routine di vita quotidiana, che agli altri componenti della famiglia. All'interno delle famiglie monogenitoriali, con bambini compresi tra gli 0-10 anni, non si può sostenere in linea di principio che tali bambini richiedano, al genitore, un impegno di cura tanto diverso da quello di bambini che vivono in famiglie complete (ambidue i genitori). Si può parlare, però, di un maggiore onere che ricade sul genitore perché, in questi casi, la responsabilità educativa ed il carico assistenziale non è condiviso, contestualmente, nella vita di tutti i giorni, con l'altro genitore. Si parlerà dunque di genitore (madre o padre), sapendo che il riferimento va ad un soggetto che affronta e tenta di risolvere da solo i problemi connessi all'allevamento del figlio. Si assume che l'altro genitore, assente, per quanto non esonerato dalla responsabilità educativa, è comunque 'indisponibile' per le piccole e grandi esigenze connesse alla vita di tutti i giorni.

In sintesi, le caratteristiche della persona che ha la responsabilità della cura del bambino, persona di cui si tenterà di delineare la vita di relazione, è nella quasi totalità dei casi una donna, occupata, di circa 35 anni, di status medio-alto, alto, che nel 25% dei casi vive in famiglie estese, al cui interno l'onere della cura del bambino più che delegato, è condiviso con altri soggetti (di solito la nonna). I pochi uomini (7,6%) che si occupano in prima persona dei figli, hanno al massimo un figlio e sono rifluiti nella famiglia di origine con una frequenza significativamente più bassa di quella rilevata per la donna. Elemento questo, dovuto al fatto che per la donna la separazione/divorzio si accompagna più frequentemente ad una notevole ridu-

4.2. I modelli della socievolezza del genitore

Nell'analizzare la vita sociale e di relazione dei soggetti che vivono in nuclei monogenitoriali, si faranno confronti con i *care-giver* degli anziani. Le caratteristiche delle famiglie con invalidi, contrassegnate dalla presenza di soggetti particolarmente dipendenti, sono tali, anche in termini di condizione socio-economica, da renderle molto peculiari e specifiche. Nel caso degli anziani, invece, si è di fronte a nuclei, nei quali, come si è visto, nonostante l'esistenza di una certo sovraccarico funzionale, non si notano situazioni particolarmente traumatiche e drammaticamente problematiche determinate dalla presenza dell'anziano. Inoltre si rileva anche una maggiore omogeneità dal punto di vista socio-economico. Anche se le famiglie monogenitoriali sono sovrarappresentate nel livello più alto di status, al livello più basso e a quello medio-alto l'incidenza delle famiglie con anziani è praticamente uguale all'incidenza delle monogenitoriali (rispettivamente, 18% e 33% circa).

L'età media del genitore (della famiglia monogenitoriale) è il primo fattore che entra nella individuazione della sua rete sociale primaria: l'intervistato non intrattiene rapporti nel 46,7% dei casi con figli/nipoti (per figli si intendono figli adulti non conviventi nel nucleo) che evidentemente non ha. Il fattore generazionale agisce ancora in direzione dei fratelli/sorelle: nel 21,9% l'intervistato non ha rapporti con i fratelli perché non ci sono (sono quindi figli unici) ovvero perché lontani (11,8%). Nel 13,7% sono inesistenti gli scambi con il padre/madre del figlio, perché figura inesistente (l'intervistato è celibe/nubile).

La condizione occupazionale introduce un ulteriore filtro, in quanto il 21,8% degli intervistati ha dichiarato di non avere colleghi di lavoro (si ricorda che solo l'84% circa delle persone che accudiscono il bambino è occupato).

Lo status di separato/divorziato, o se si vuole lo status di genitore solo è l'elemento che più fa sentire il suo peso sulla scelta di 'non volere' relazionarsi con qualcuno. Ed infatti, a tale proposito, emerge che il 18,7% degli intervistati ha scelto di non avere rapporti con il padre/madre del figlio, a conferma dell'esistenza, molto probabilmente, di tensioni e conflitti non ancora risolti.

Infine, contrariamente ad un luogo comune, che vede i giovani meno disponibili ai rapporti di vicinato, questi soggetti manifestano un grado di chiusura nei confronti dei vicini (non frequentarli per

Per quanto riguarda i soggetti con i quali si intrattengono rapporti (ricevere visite) con scadenza settimanale (una o più volte alla settimana), essi risultano essere:

- genitori/suoceri: 38,9%
- vicini di casa: 35,3%
- amici: 34,4%
- fratelli/sorelle: 29,5%
- padre/madre del figlio: 23,4%.

Rispetto alle famiglie con anziani, al cui interno il *care-giver* riceveva visite (con scadenza settimanale) da (in ordine decrescente), figli/nipoti, vicini di casa, fratelli/sorelle, amici e genitori, si nota come il fattore generazionale porta ad una sostituzione dei figli/nuore con i genitori/suoceri; i vicini di casa, come frequenza di contatti, conservano lo stesso ordine di priorità (secondo posto); gli amici subentrano, nell'ordine, ai fratelli/sorelle. I colleghi di lavoro sono scarsamente rilevanti in ambedue i sottogruppi (cfr. tav. n. 21).

Un confronto tra il ricevere visite ovvero farle - cfr. tav. n. 21 -, dimostra che anche per il sottogruppo delle famiglie monogenitoriali è frequente il ricevere; tuttavia gli scarti sono molto meno forti (sempre rispetto alle famiglie con anziani). Anche in questo caso il telefono riveste un ruolo di amplificazione della comunicazione molto significativo, 'rivalutando' in maniera decisa i rapporti con i colleghi di lavoro.

Come si può notare, rimane una prevalenza di rapporti mediati dalla parentela (genitori, fratelli e per molti aspetti anche l'ex compagno), tuttavia ciò che caratterizza la vita di relazione del giovane genitore può essere sintetizzato nei termini seguenti:

- rapporti, con tutti i soggetti, tendenzialmente più frequenti;
- centralità degli amici rispetto ai parenti;
- minore passività nelle relazioni;
- il carattere oico-centrico, che rimane, è maggiormente affidato ai rapporti con i vicini di casa.

L'importanza che riveste l'amicizia per questi soggetti, è confermata dal fatto che alla domanda di specificare la persona con cui si parla dei problemi personali, gli intervistati pongono al primo posto (56,4%) gli amici (indicati solo nel 25,3% dei casi dal *care-giver* di un anziano). Anche per il giovane genitore referente importante è la rete parentale (il 48,5% degli intervistati ha indicato il genitore, co-

gruppo sono indicati per primi e, soprattutto, con una frequenza più elevata di quella riscontrata per i *care-giver* degli anziani.

Il diverso bilanciamento tra la rete parentale e quella amicale, è data anche dalla diversità delle ampiezze medie delle reti.

La rete parentale (cfr. tav. n. 22) presenta un raggio di oscillazione compreso tra 0 e +10: risulta quindi meno ampia della rete parentale del *care-giver* di un anziano. Per quella amicale - raggio di oscillazione 0/+10 - la situazione si inverte, ma con la differenza che gli scarti tra ampiezza media della rete parentale e ampiezza media della rete amicale sono più contenuti (cfr. tav. n. 23).

Il numero di parenti (cfr. tav. n. 22) con i quali si intrattengono rapporti di più stretta confidenza tende ad aumentare nei casi in cui chi si occupa del minore:

- appartenga a famiglie di quattro e più componenti (ma l'aumento è progressivo rispetto all'aumento dei componenti il nucleo);
- risulti occupato o casalinga;
- di età compresa tra i 30 ed i 39 anni;
- sia di sesso femminile;
- di status medio-alto e alto;
- appartenga a nuclei monogenitoriali composti dalla madre con altri o dal padre.

L'ampiezza media della rete amicale (cfr. tav. n. 23) presenta variazioni di diversa natura: anche se si riconferma una maggiore ampiezza della rete amicale nei soggetti di ceto medio-alto e alto, il coinvolgimento nei rapporti amicali è tanto più alto (in termini sempre di totale di persone che si frequentano), nei casi in cui il soggetto intervistato sia:

- inserito in un nucleo di due persone;
- occupato;
- di età compresa tra i 30-34 anni e, in subordine, di 35-39 anni;
- di sesso maschile;
- viva in nuclei composti dal padre ovvero dalla madre con un solo figlio o con altri (che non siano i suoi genitori).

Tenendo presente che il campione degli intervistati è composto prevalentemente da soggetti occupati e di età adulta (non anziana), ricordando che anche in questo caso (come per le famiglie con ultraottantenni e con invalidi) le reti, sia amicali che parentali, tendono ad aumentare con l'aumentare dello status socio-economico, in base ai dati testé commentati, è possibile individuare due modelli di socializzazione, rispetto ai quali gioca un ruolo importante il sesso:

in famiglie non ristrettissime, laddove l'ampiezza della famiglia è incrementata dalla presenza di altri figli, e non solo di altri soggetti adulti;

— dall'altra parte un modello di socievolezza centrato sugli amici, più diffuso tra gli uomini, tipico di soggetti adulti, stabilizzati dal punto di vista occupazionale, che vivono da soli con il figlio (unico) da accudire. È un modello a cui possono accedere anche le donne, purché anche loro abbiano, come carico, un unico figlio.

Questi due modelli ricalcano, per molti aspetti, le diverse strategie che uomini e donne mettono in atto dopo la separazione o il divorzio: al rifluire delle donne all'interno della rete parentale, molte volte 'determinato' dalla riduzione delle risorse economiche e da un aumento del carico e della responsabilità genitoriale (i figli, soprattutto se molto piccoli, sono quasi sempre affidati alle madri), si contrappone un ritorno dell'uomo in una condizione quasi pre-matrimoniale, di scapolo, aiutato anche dal fatto che il figlio in affidamento è molto probabilmente già in età scolare, e quindi meno dipendente (sempre ovviamente in termini relativi) e dal fatto che non sperimenta una situazione di riduzione delle risorse economiche. Il carico dei figli, dato dal loro numero, è molto discriminante: non a caso le donne con un solo figlio nei rapporti con gli amici, si avvicinano ai modelli della socievolezza maschile.

Infine, per quanto riguarda il tipo di famiglia, fermo restando il ruolo giocato dal numero dei figli, si rileva che il vivere in una famiglia estesa (che, in questo sottogruppo, significa madre che vive con i propri genitori) porta ad una relativa chiusura sia nei confronti della parentela che della rete amicale. Elemento questo che può essere letto in due modi: come esistenza di una realtà familiare di sostegno, che riduce la dipendenza da altri soggetti esterni al nucleo di coabitazione, ovvero come struttura relazione che 'reingloba' la madre, ma in veste di figlia: si ricrea una dipendenza filiale che pone la lealtà amicale su un piano diverso (meno legittimata sul versante delle aspirazioni individuali) di quella parentale, anzi di quella della 'propria' famiglia di appartenenza. Considerazioni analoghe si possono fare nei casi in cui la madre, non coniugata, viva con i suoi genitori, sia che sia tornata in famiglia dopo la nascita del figlio, sia — e a maggior ragione — se non ha mai lasciato la sua famiglia.

Si è detto precedentemente, che in questo sottogruppo di intervistati (che sono i figli unici) le reti parentali sono più

ta di relazione più intensa, con gli amici posti, come ordine di importanza e di frequentazione, subito dopo i parenti più stretti (genitori/suoceri) ed i vicini di casa.

Una misura globale del livello di apertura all'esterno, misurato dall'indice di interscambio, mostra una maggiore ricchezza di rapporti tra le donne (cfr. tav. n. 16), anche se la relazione con il sesso non è particolarmente significativa, risultando mediata, evidentemente, da altri fattori (numero di figli, età, tipologia familiare). Ed infatti la distribuzione dell'indice di interscambio in base all'età (cfr. tav. n. 17), mostra un andamento a campana, che vede le fasce di età più giovani e quelle più adulte concentrate nei livelli più bassi (per gli effetti, congiunti, della dipendenza familiare e del fattore generazionale), mentre sono i soggetti più adulti, soprattutto di età compresa tra i 35-39 anni a manifestare i livelli più significativi di apertura all'esterno.

Lo stato civile di chi si prende cura del minore (escludendo dal commento quel 2,7% di *care-giver* non genitori, vale a dire, nella maggior parte dei casi, nonni), influenza il livello di apertura all'esterno (cfr. tav. n. 18), nel senso che si può cogliere una situazione di maggiore chiusura tra i celibi/nubili, che per quanto siano sovrarappresentati anche nel grado più alto di interscambio, mostrano tuttavia una propensione media all'apertura più bassa dei separati o divorziati.

Il rapporto tra indice di interscambio e tipologia familiare conferma quanto già detto a proposito dei modelli di socievolezza: come si può notare dalla tav. n. 19, livelli significativamente bassi di apertura si colgono in quelle strutture familiari composte dalla madre con i genitori e madre con altri. Questa ultima tipologia è, a sua volta, sovrarappresentata anche nel livello più alto di interscambio, unitamente alle forme familiari costituite dalla madre con un figlio o due e più figli. Come si può notare, dal punto di vista delle possibilità di apertura all'esterno, una madre con due e più figli ha quasi le stesse possibilità di un padre con un solo figlio. La tabella conferma, quindi, la maggiore apertura delle donne in generale (che può essere letta anche come maggiore dipendenza) rispetto agli uomini, ed il ruolo di compressione della vita sociale esercitato dalla famiglia estesa, vale a dire dal nucleo a tre generazioni: genitori, madri e figli.

Lo status socio-economico (cfr. tav. n. 20) funziona da volano della vita di relazione: l'indice di interscambio aumenta in maniera quasi regolare nel passaggio dal ceto basso, al ceto medio-alto e alto.

della varianza, tesa a cogliere il ruolo discriminante svolto da alcune variabili strutturali classiche, consente di porre queste variabili lungo la seguente linea di importanza decrescente:

- status socio-economico;
- tipologia familiare;
- età del soggetto intervistato;
- sesso.

Confrontando questo ordine di priorità con quello emerso a proposito dei *care-giver* degli ultraottantenni, si può notare che mentre nel caso di soggetti più adulti (anzi decisamente anziani), l'età dell'intervistato unitamente al livello di sovraccarico funzionale (misurato dall'autosufficienza dell'assistito) risultavano essere i fattori che maggiormente incidevano sul fatto che il *care-giver* avesse una vita di relazione più o meno ampia, nel caso di genitori soli, relativamente giovani con figli a carico prioritario risulta lo status socio-economico e il tipo di famiglia in cui vivono.

5. Conclusioni

Nell'ambito di questa ricerca, l'attenzione è stata focalizzata su particolari famiglie, caratterizzate da un sovraccarico funzionale supposto più elevato della media e da forme di coabitazione più ampie e complesse, con una incidenza di famiglie estese significativamente più elevata del dato riferito alle famiglie italiane in generale. Quindi qualsiasi riflessione sulle forme della socievolezza, sull'ampiezza delle reti e sulla loro tipologia non può non tenere conto della peculiarità del campione della ricerca. Eventuali generalizzazioni devono essere fatte con molta cautela. Tuttavia dall'analisi condotta nelle pagine precedenti, affiora il ruolo determinate svolto da alcune variabili in tutti e tre i sottogruppi, che può fare supporre che, pur in considerazione della tipicità di queste famiglie, vi sono elementi 'ricorrenti' che contribuiscono a forgiare specifici modelli e stili di vita sociale, sui quali entra, come variabile interveniente (ma con minore forza) il livello di sovraccarico funzionale sperimentato dai soggetti intervistati.

A livello di sintesi, si tenterà di mettere in evidenza quali sono gli elementi 'ricorrenti', che possono costituire una prima base per una riflessione, più generale, sui modelli della socievolezza ed enuclea-

li della socievolezza (più parentale o più centrata sulla rete amicale) che sull'intensità delle relazioni.

- a) Età: come si è visto il fattore generazionale entra in gioco, portando ad una riduzione della quantità degli interscambi man mano che aumenta l'età dei soggetti intervistati. Con il progredire dell'età diminuisce parzialmente, come intensità, la vita sociale, che diventa, a sua volta, più passiva ed oico-centrica. Diminuiscono i contatti con gli amici; saltano i rapporti con i colleghi di lavoro; nella rete parentale, che ha un ruolo comunque sempre più centrale rispetto a quella amicale, si introducono 'selezioni' naturali: si privilegiano i rapporti con i figli, anche perché i genitori sono già venuti meno e molti dei fratelli/sorelle sono scomparsi. I soggetti più giovani sono più attivi nelle relazioni sociali, hanno reti al cui interno il minore numero di parenti è compensato da un più alto numero di amici, che acquistano una importanza, come intensità di rapporto, seconda solo ai parenti più stretti (genitori/suoceri) e senz'altro superiore a quelle dei parenti più alla lontana.
- b) Status socio-economico: nonostante l'enfasi con cui si parla della ricchezza relazionale dei ceti bassi, per quanto più familistica e ascrivibile nei modelli, nel passaggio dai ceti inferiori a quelli superiori aumenta la quantità di rapporti sociali e non si coglie alcuna 'sostituzione' dei legami di amicizia (selettivi) con quelli parentali (ascrivibili): in relazione alle condizioni socio-economiche l'ampiezza delle due reti (parentali ed amicali) tende a covariare, nel senso che a più intensi e frequenti rapporti parentali si uniscono più intensi e frequenti rapporti amicali.
- c) Sesso: si è sempre individuato nella donna l'attore principe della vita sociale che ruota attorno alla famiglia, attribuendole il ruolo di tessitrice di rapporti, per quanto preferibilmente parentali. In questa ricerca il sesso non ha dimostrato una particolare forza discriminante, in virtù del quale si possa dire che la vita sociale di una donna sia più o meno ricca di quella di un uomo, più o meno centrata sulla parentela. Questo sembra si possa dire per le donne anziane casalinghe e per alcune madri sole, ma il rapporto tra sesso e intensità e modalità delle relazioni sociali non risulta essere lineare: elemento questo, dovuto al fatto che la donna è comunque il soggetto più coinvolto nel lavoro di cura, che non è irrilevante ai fini della possibilità, materiale, di coltivare relazioni

solo con un figlio, dimostra che la maggiore apertura o chiusura della donna dipende dal suo sovraccarico funzionale e dal livello di dipendenza da altri (ad esempio dalla propria famiglia di origine) per la gestione del quotidiano.

Per quanto riguarda gli elementi peculiari del campione delle famiglie intervistate nell'ambito di questa ricerca, si può sottolineare che, accanto agli elementi discriminanti già visti e che tagliano trasversalmente tutti e tre i sottocampioni considerati (famiglie con anziani, famiglie con invalidi e nuclei monogenitoriali), il maggiore o minore carico assistenziale incide non tanto sui modelli, sugli stili della vita sociale, quanto sull'intensità dei rapporti. È indubbiamente vero che nessuna di queste famiglie vive una condizione di isolamento sociale, si può tuttavia sottolineare che ad un aumentare del carico assistenziale, quale si può cogliere nel passaggio dalle famiglie con anziani ultraottantenni alle famiglie con invalidi, il fattore generazionale perde di forza discriminante, mentre acquista un peso maggiore la condizione socio-economica. Se questa maggiore fragilità relazione viene interpretata come conseguenza di una minore forza del *care-giver*, sia in termini strutturali che come sua limitata autonomia, si comprende perché le madri sole che vivono o sono tornate a vivere con i propri genitori, vivano una condizione di più accentuato isolamento sociale.

Per quanto riguarda gli aspetti collegati alla famiglia, i risultati della ricerca non consentono di individuare 'modelli' di socievolezza tipici di alcune forme familiari, in quanto, come si è visto, i diversi tipi di coabitazione, per quanto uguali dal punto di vista strutturale, si differenziano profondamente dal punto di vista dell'età media dei componenti e dal grado di coinvolgimento del *care-giver* nei compiti di cura. Per cui un'analisi tesa alla ricostruzione di specifici profili di socievolezza familiare, deve partire dal ciclo di vita della famiglia, consentendo, questa prospettiva di studio, di recuperare la centralità del fattore generazionale che, unitamente, allo status, sembra incidere in maniera significativa sugli stili della vita sociale.

Rispetto all'interrogativo iniziale «le reti sociali primarie svolgono un ruolo di cuscinetto, di assorbimento dello stress di chi è chiamato ad un compito di cura non irrilevante?», si può dire che indubbiamente il carico assistenziale depotenzia, se elevato, la capacità di apertura all'esterno, ma è anche vero che, in base all'analisi sin qui condotta, sembrano più rilevanti altre variabili (in particolare età,

Appendice - Tavole

Tav. 1 - Indice di interscambio per sesso del *care-giver* dell'anziano

	Valore assoluto % di riga % di colonna	Sesso <i>care-giver</i>		Totale di riga
		Maschio	Femmina	
		1	2	
Rscambio	1	50	95	145
Basso		34.5	65.5	26.5
		37.3	22.9	
	2	33	118	151
Medio-basso		21.9	78.1	27.6
		24.6	28.5	
	3	40	168	208
Medio-alto		19.2	80.8	38.0
		29.9	40.6	
	4	11	33	44
Alto		25.0	75.0	8.0
		8.2	8.0	
Totale di colonna		134	414	548
		24.5	75.5	100.0

Numero di mancate risposte: 2

Tav. 2 - Indice di interscambio per età del care-giver dell'anziano

	Età del care-giver					Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Fino a 49 anni 1	Da 50 a 64 anni 2	Da 65 a 79 anni 3	80 anni e oltre 4	
Rscambio	1	17	46	35	47	145
Basso	11.7 17.9	31.7 23.4	24.1 24.5	32.4 43.9	26.8	
Medio-basso	2 13.2 21.1	20 37.1 28.4	56 27.2 28.7	41 22.5 31.8	34 27.9	151
Medio-alto	3 22.7 48.4	46 36.9 38.1	75 28.1 39.9	57 12.3 23.4	25 37.5	203
Alto	4 27.9 12.6	12 46.5 10.2	20 23.3 7.0	10 2.3 .9	1 7.9	43
Totale di colonna		95 17.5	197 36.3	143 26.4	107 19.7	542 100.0
Numero di mancate risposte: 8						

Tav. 3 - Indice di interscambio e tipologia della famiglia dell'anziano

	Tipologia della famiglia						
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Con coniuge 1	Coniuge+ figli+A. 2	Solo con figli+A 3	Solo+F am. figli 4	Solo+F rat.-Sor 5	Totale di riga
Rscambio	1	62	14	36	24	10	146
Basso	42.5 29.8	9.6 22.6	24.7 24.8	16.4 21.6	6.8 43.5	26.6	
Medio-basso	2 38.4 27.9	58 12.6 30.6	19 26.5 27.6	40 18.5 25.2	28 4.0 26.1	6 27.5	151
Medio-alto	3 36.5 36.5	76 10.1 33.9	21 26.0 37.2	54 24.5 45.9	51 2.9 26.1	6 37.9	208
Alto	4 27.3 5.8	12 18.2 12.9	8 34.1 10.3	15 18.2 7.2	8 2.3 4.3	1 8.0	44

Tav. 4 - Indice di interscambio e status della famiglia dell'anziano

	Status della famiglia						Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Basso 1	Medio- basso 2	Medio 3	Medio- alto 4	Alto 5	
Rscambio	1	34	16	31	44	21	146
Basso	23.3 34.3	11.0 29.1	21.2 30.7	30.1 23.2	14.4 20.2	26.6	
Medio-basso	2 21.2 32.3	32 6.0 16.4	9 17.9 26.7	27 33.8 26.8	51 21.2 30.8	32 27.5	151
Medio-alto	3 13.9 29.3	29 12.5 47.3	26 17.3 35.6	36 35.1 38.4	73 21.2 42.3	44 37.9	208
Alto	4 9.1 4.0	4 9.1 7.3	4 15.9 6.9	7 50.0 11.6	22 15.9 6.7	7 8.0	44
Totale di colonna		99 18.0	55 10.0	101 18.4	190 34.6	104 18.9	549 100.0
Numero di mancate risposte: 1							

Tav. 5 - Indice di autosufficienza complessiva dell'anziano e status

	Status della famiglia dell'anziano						Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Basso 1	Medio- basso 2	Medio 3	Medio- alto 4	Alto 5	
Rautot	1.00	34	10	24	36	27	131
Bassa		26.0 34.3	7.6 18.2	18.3 23.8	27.5 18.9	20.6 25.7	23.8
Medio-bassa	2.00	13	10	13	25	13	74
		17.6 13.1	13.5 18.2	17.6 12.9	33.8 13.2	17.6 12.4	13.5
Medio-alta	3.00	31	21	38	73	33	196
		15.8 31.3	10.7 38.2	19.4 37.6	37.2 38.4	16.8 31.4	35.6
Alta	4.00	21	14	26	56	32	149
		14.1 21.2	9.4 25.5	17.4 29.5	37.6 30.5	21.5	27.1
Totale di colonna		99 18.0	55 10.0	101 18.4	190 34.6	104 18.9	549 100.0

Tav. 6 - Indice di autosufficienza complessiva dell'anziano e tipologia familiare

	Valore assoluto % di riga % di colonna	Tipologia familiare					Totale di riga
		Con coniuge 1	Coniuge+ figli+A. 2	Solo con figli+A. 3	Solo+F am. Figli 4	Solo+ frat.-sor 5	
Rautot	1.00	42	20	34	31	4	131
Bassa	2.00	32.1	15.3	26.0	23.7	3.1	23.8
		20.2	32.3	23.4	27.7	17.4	
Medio-bassa	3.00	21	7	20	19	7	74
		28.4	9.5	27.0	25.7	9.5	13.5
Medio-alta	4.00	10.1	11.3	13.8	17.0	30.4	
		74	21	56	36	9	196
Alta		37.8	10.7	28.6	18.4	4.6	35.6
		35.6	33.9	38.6	32.1	39.1	
Totale di colonna		71	14	35	26	3	149
		47.7	9.4	23.5	17.4	2.0	27.1
Numero di mancate risposte: 0		34.1	22.6	24.1	23.2	13.0	
		208	62	145	112	23	550
		37.8	11.3	26.4	20.4	4.2	100.0

Tav. 7 - Indice di interscambio del care-giver dell'anziano e situazioni di stress

	Valore assoluto % di riga % di colonna	Esistenza di situazioni di stress		Totale di riga
		No 1	Sì 2	
Rscambio	1	85	61	146
Basso	2	58.2	41.8	26.6
		23.7	32.1	
Medio-basso	3	89	62	151
		58.9	41.1	27.5
Medio-alto	4	24.8	32.6	
		150	58	208
Alto		72.1	27.9	37.9
		41.8	30.5	
Totale di colonna		35	9	44
		79.5	20.5	8.0
		9.7	4.7	

Tav. 8 - Indice di interscambio del care-giver per indice di autosufficienza complessiva dell'anziano

	Valore assoluto % di riga % di colonna	Autosufficienza complessiva dell'anziano				Totale di riga
		Bassa 1.00	Medio- bassa 2.00	Medio- alta 3.00	Alta 4.00	
Rscambio	1	49	26	48	23	146
Basso	2	33.6	17.8	32.9	15.8	26.6
		37.4	35.1	24.5	15.5	
Medio-basso	3	45	21	47	38	151
		29.8	13.9	31.1	25.2	27.5
Medio-alto	4	34.4	28.4	24.0	25.7	
		33	24	81	70	208
Alto		15.9	11.5	38.9	33.7	37.9
		25.2	32.4	41.3	47.3	
Totale di colonna		4	3	20	17	44
		9.1	6.8	45.5	38.6	8.0
Numero di mancate risposte: 1		3.1	4.1	10.2	11.5	
		131	74	196	148	549
		23.9	13.5	35.7	27.0	100.0

Tav. 9 - Indice di interscambio per sesso del care-giver dell'invalido

	Valore assoluto % di riga % di colonna	Sesso care-giver dell'invalido		Totale di riga
		Maschio 1	Femmina 2	
Rscambio	1	31	139	170
Basso	2	18.2	81.8	37.8
		34.8	38.5	
Medio-basso	3	32	98	130
		24.6	75.4	28.9
Medio-alto	4	36.0	27.1	
		22	113	135
Alto		16.3	83.7	30.0
		24.7	31.3	
Totale di colonna		4	11	15
		26.7	73.3	3.3
		4.5	3.0	
		89	361	450

Tav. 10 - Indice di interscambio per età del care-giver dell'invalido

	Età care-giver dell'invalido				
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Fino a 49 anni 1	Da 50 a 64 anni 2	65 anni e oltre 3	Totale di riga
Rscambio	1	26	83	61	170
Basso		15.3 26.5	48.8 38.6	35.9 44.5	37.8
Medio-basso	2	29	53	48	130
		22.3 29.6	40.8 24.7	36.9 35.0	28.9
Medio-alto	3	36	71	28	135
		26.7 36.7	52.6 33.0	20.7 20.4	30.0
Alto	4	7	8		15
		46.7 7.1	53.3 3.7		3.3
Totale di colonna		98 21.8	215 47.8	137 30.4	450 100.0

Numero di mancate risposte: 0

Tav. 11 - Indice di interscambio del care-giver dell'invalido e tipologia familiare

Tipologia della famiglia dell'invalido							
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Solo con un genit. 1.00	Un genit. altri 2.00	Padre-ma- dre e altri 3.00	Coniuge e altri 4.00	Fratelli - figli - a 5.00	Totale di riga
Rscambio	1	27	22	95	14	12	170
Basso		15.9 37.0	12.9 45.8	55.9 41.7	8.2 24.1	7.1 28.6	37.9
	2	27	14	59	15	15	130
Medio-basso		20.8 37.0	10.8 29.2	45.4 25.9	11.5 25.9	11.5 35.7	29.0
	3	18	11	70	21	14	134
Medio-alto		13.4 24.7	8.2 22.9	52.2 30.7	15.7 36.2	10.4 33.3	29.8
	4	1	1	4	8	1	15
Alto		6.7 1.4	6.7 2.1	26.7 1.8	53.3 13.8	6.7 2.4	3.3
Totale di colonna		72 7.2	48 4.8	228 22.8	58 5.8	42 4.2	449 44.9

Tav. 12 - Indice di interscambio del care-giver dell'invalido e status socio-economico

Status socio-economico della famiglia							
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Molto basso 1.00	Alquanto basso 2.00	Medio- basso 3.00	Medio- alto 4.00	Alto 5.00	Totale di riga
Rscambio	1	50	27	40	39	14	170
Basso		29.4 49.5	15.9 42.2	23.5 37.4	22.9 37.1	8.2 19.2	37.8
Medio-basso	2	23	17	35	34	21	130
		17.7 22.8	13.1 26.6	26.9 32.7	26.2 32.4	16.2 28.8	28.9
Medio-alto	3	26	20	30	29	30	135
		19.3 25.7	14.8 31.3	22.2 28.0	21.5 27.6	22.2 41.1	30.0
Alto	4	2		2	3	8	15
		13.3 2.0		13.3 1.9	20.0 2.9	53.3 11.0	3.3
Totale di colonna		101 22.4	64 14.2	107 23.8	105 23.3	73 16.2	450 100.0
Numero di mancate risposte: 0							

Numero di mancate risposte: 0

Tav. 13 - Autosufficienza complessiva dell'invalido e status socio-economico

	Status socio-economico						
	Valore assoluto	Molto	Alquanto	Medio-	Medio-	Alto	Totale
	% di riga % di colonna	basso 1.00	basso 2.00	basso 3.00	alto 4.00	5.00	
Rscambio	1.00	49	30	47	43	24	193
Bassa		25.4 48.5	15.5 46.9	24.4 43.9	22.3 41.0	12.4 32.9	42.9
	2.00	26	11	26	23	16	102
Medio-bassa		25.5 25.7	10.8 17.2	25.5 24.3	22.5 21.9	15.7 21.9	22.7
	3.00	16	17	26	32	26	117
Medio-alta		13.7 15.8	14.5 26.6	22.2 24.3	27.4 30.5	22.2 35.6	26.0
	4.00	10	6	8	7	7	38
Alta		26.3 9.9	15.8 9.4	21.1 7.5	18.4 6.7	18.4 9.6	8.4
Totale di colonna		101	64	107	105	73	450

Tav. 14 - Autosufficienza complessiva dell'invalido e tipo di famiglia

	Tipo di famiglia						Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Solo con un genit. 1.00	Un genit. altri 2.00	Padre-ma- dre e altri 3.00	Coniuge e altri 4.00	Fratelli - figli - a 5.00	
Rscambio	1.00	29	21	111	11	20	192
Bassa		15.1	10.9	57.8	5.7	10.4	42.8
		39.7	43.8	48.7	19.0	47.6	
Medio-bassa	2.00	18	12	55	9	8	102
		17.6	11.8	53.9	8.8	7.8	22.7
Medio-alta		24.7	25.0	24.1	15.5	19.0	
	3.00	21	12	51	24	9	117
Alta		17.9	10.3	43.6	20.5	7.7	26.1
		28.8	25.0	22.4	41.4	21.4	
Totale di colonna	4.00	5	3	11	14	5	38
		13.2	7.9	28.9	36.8	13.2	8.5
Numero di mancate risposte: 1		6.8	6.3	4.8	24.1	11.9	
		73	48	228	58	42	449
		16.3	10.7	50.8	12.9	9.4	100.0

Tav. 15 - Indice di interscambio del care-giver ed autosufficienza complessiva dell'invalido

	Autosufficienza complessiva dell'invalido					Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Bassa 1.00	Medio-bassa 2.00	Medio-alta 3.00	Alta 4.00	
Rscambio	1	84	38	35	13	170
Basso		49.4	22.4	20.6	7.6	37.8
		43.5	37.3	29.9	34.2	
Medio-basso	2	58	28	36	8	130
		44.6	21.5	27.7	6.2	28.9
Medio-alto		30.1	27.5	30.8	21.1	
	3	48	31	41	15	135
Alto		35.6	23.0	30.4	11.1	30.0
		24.9	30.4	35.0	39.5	
Totale di colonna	4	3	5	5	2	15
		20.0	33.3	33.3	13.3	3.3
Numero di mancate risposte: 1		1.6	4.9	4.3	5.3	
		100	100	117	38	450

Tav. 16 - Indice di interscambio e sesso della persona che si occupa del bambino (nucleo monogenitoriale)

	Sesso			Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Maschio 1	Femmina 2	
Rscambio	1	3	53	56
Basso		5.4	94.6	12.5
		8.8	12.8	
Medio-basso	2	11	68	79
		13.9	86.1	17.6
Medio-alto		32.4	16.4	
	3	17	219	236
Alto		7.2	92.8	52.6
		50.0	52.8	
Totale di colonna	4	3	75	78
		3.8	96.2	17.4
Numero di mancate risposte: 1		8.8	18.1	
		34	415	449
		7.6	92.4	100.0

Tav. 17 - Indice di interscambio ed età della persona che si occupa del bambino

	Età					Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Fino a 29 anni 1.00	Da 30 a 34 anni 2.00	Da 35 a 39 anni 3.00	40 anni e oltre 4.00	
Rscambio	1	20	12	8	16	56
Basso		35.7	21.4	14.3	28.6	12.5
		21.5	9.2	6.9	14.5	
Medio-basso	2	16	23	12	27	78
		20.5	29.5	15.4	34.6	17.4
Medio-alto		17.2	17.7	10.3	24.5	
	3	44	70	66	57	237
Alto		18.6	29.5	27.8	24.1	52.8
		47.3	53.8	56.9	51.8	
Totale di colonna	4	13	25	30	10	78
		16.7	32.1	38.5	12.8	17.4
Numero di mancate risposte: 1		14.0	19.2	25.9	9.1	
		93	130	116	110	449

Tav. 18 - Indice di interscambio e stato civile della persona che si occupa del bambino

	Stato civile					Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Nubile- celibè 1.00	Separato- divorziato 2.00	Vedovo 3.00	C.G. non monogenitoriale 4.00	
Rscambio	1	26	23	5	2	56
Basso		46.4	41.1	8.9	3.6	12.4
		22.2	8.0	14.7	16.7	
Medio-basso	2	22	42	11	4	79
		27.8	53.2	13.9	5.1	17.6
Medio-alto		18.8	14.6	32.4	33.3	
	3	45	171	15	6	237
Alto		19.0	72.2	6.3	2.5	52.7
		38.5	59.6	44.1	50.0	
Totale di colonna	4	24	51	3		78
		30.8	65.4	3.8		17.3
Numero di mancate risposte: 0		20.5	17.8	8.8		
		117	287	34	12	450
		26.0	63.8	7.6	2.7	100.0

Tav. 19 - Indice di interscambio della persona che segue il bambino e tipologia familiare

	Tipologia familiare						Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Con padre +altri 1.00	Solo con madre 2.00	Madre+ frat.-sor. 3.00	Madre+non- ni+altri 4.00	Madre+ altri 5.00	
Rscambio	1	3	9	13	24	7	56
Basso		5.4	16.1	23.2	42.9	12.5	12.4
		8.1	5.5	11.4	21.2	30.4	
Medio-basso	2	11	15	21	31	1	79
		13.9	19.0	26.6	39.2	1.3	17.6
Medio-alto		29.7	9.2	18.4	27.4	4.3	
	3	20	99	64	44	10	237
Alto		8.4	41.8	27.0	18.6	4.2	52.7
		54.1	60.7	56.1	38.9	43.5	
Totale di colonna	4	3	40	16	14	5	78
		3.8	51.3	20.5	17.9	6.4	17.3
Numero di mancate risposte: 0		8.1	24.5	14.0	12.4	21.7	

Tav. 20 - Indice di interscambio e status socio-economico

	Status socio-economico						Totale di riga
	Valore assoluto % di riga % di colonna	Basso 1.00	Medio- basso 2.00	Medio 3.00	Medio- alto 4.00	Alto 5.00	
Rscambio	1	17	7	18	11	3	56
Basso		30.4	12.5	32.1	19.6	5.4	12.4
		20.5	20.6	25.0	7.4	2.7	
Medio-basso	2	22	6	13	21	17	79
		27.8	7.6	16.5	26.6	21.5	17.6
Medio-alto		26.5	17.6	18.1	14.1	15.2	
	3	35	18	32	87	65	237
Alto		14.8	7.6	13.5	36.7	27.4	52.7
		42.2	52.9	44.4	58.4	58.0	
Totale di colonna	4	9	3	9	30	27	78
		11.5	3.8	11.5	38.5	34.6	17.3
Numero di mancate risposte: 0		10.8	8.8	12.5	20.1	24.1	
Totale di colonna		83	34	72	149	112	450
		18.4	7.6	16.0	33.1	24.9	100.0

Con i tratten- tori	Famiglie con anziani			Famiglie con invalidi			Famiglie monogenitoriali		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
suoceri	6,7%	11,8%	-5,1	9,7%	12,3%	-2,6	38,9%	42,2%	-3,3
figli	49,3%	24,5%	+24,8	36,3%	22,6%	+13,7	16,4%	13,9%	+2,5
zette	22,8%	13,4%	+9,4	24,5%	14,8%	+9,7	29,5%	25,3%	+4,2
zette abino dre valido		n.p.			n.p.		23,0%	10,2%	+12,8
		n.p.		7,6%	7,1%	+0,5		n.p.	
casa	30,9%	23,4%	+7,5	27,8%	19,6	+8,2	35,3%	28,4%	+6,9
ro	18,3%	17,2%	+1,1	24,2%	19,3%	+4,9	34,4%	37,9%	-3,5
	4,3%	3,5%	+0,8	2,7%	2,3%	+0,4	13,4%	10,3%	+3,1

enza - una o più volte alla settimana - con cui si ricevono visite di...
enza - una o più volte alla settimana - con cui si va a fare visita a...
valore positivo = più frequente ricevere visite;
valore negativo = più frequente andare a fare visita.

- Ampiezza media delle reti parentali

	Famiglie con		
	Bambini (Fam. monogenit.)	Invalidi	Anziani
di parenti	0. nessuno: 9,3% 1. uno-due: 30,3% 2. tre-cinque: 27,2% 3. sei-dieci: 27,9% 4. più di dieci: 5,3%	0. nessuno: 14,2% 1. uno-due: 28,9% 2. tre-cinque: 29,3% 3. sei-dieci: 19,4% 4. più di dieci: 8,2%	0. nessuno: 7,8% 1. uno-due: 18,0% 2. tre-cinque: 34,5% 3. sei-dieci: 26,0% 4. undici-quindici: 6,4% 5. più di quindici: 7,3%
ener.	1,92	1,81	2,26
re-giver: zio una	1,82 1,93	1,82 1,81	2,33 2,25
componenti niglia	- due: 1,86 - tre: 1,93 - più di quattro: 1,97	- due: 1,65 - tre-quattro: 1,80 - più di cinque: 2,22	- due: 2,21 - tre-quattro: 2,20 - più di cinque: 2,67
famiglia	- solo padre: 1,97 - solo madre: 1,94 - con madre e fratelli: 1,82 - con madre e nonni: 1,94	- solo con genitori: 1,61 - solo con un genitore: 1,35 - con genitori e altri: 1,91	- solo con coniuge: 2,26 - con coniuge e figli: 2,33 - solo con i figli: 2,02

	Famiglie con		
	Bambini (Fam. monogenit.)	Invalidi	Anziani
re-giver nato ga ito	- con madre e altri: 2,04	- con coniuge: 2,01 - con fratelli- sorelle: 1,88	- solo con la famiglia dei figli: 2,59 - solo con fratelli- sorelle: 2,04
	- basso: 1,78 - medio-basso: 1,76 - medio: 1,80 - medio-alto: 2,06 - alto: 1,96	- molto-basso: 1,64 - basso: 1,75 - medio-basso: 1,82 - medio-alto: 1,83 - alto: 2,08	- basso: 1,97 - medio-basso: 2,29 - medio: 2,15 - medio-alto: 2,25 - alto: 2,26
	- meno di 29: 1,91 - 30-34: 2,08 - 35-39: 2,01 - più di 40: 1,92	- meno di 49: 1,85 - 50-64: 1,84 - più di 65: 1,74	- meno di 49: 2,27 - 50-64: 2,26 - 65-79: 2,23 - più di 80: 2,29
	1,88 1,62 2,00 1,92	2,26 1,68 1,90 1,82	2,28 2,15 2,43 2,28

ne occupazionale:

- Ampiezza media delle reti amicali

	Famiglie con		
	Bambini (Fam. monogenit.)	Invalidi	Anziani
di amici tiner. re-giver nio ina	0. nessuno: 10,0% 1. uno-due: 20,1% 2. tre-cinque: 31,2% 3. sei-dieci: 28,1% 4. più di dieci: 10,6%	0. nessuno: 34,9% 1. uno-due: 19,8% 2. tre-cinque: 20,4% 3. sei-dieci: 17,8% 4. più di dieci: 7,1%	0. nessuno: 29,1% 1. uno-due: 17,6% 2. tre-cinque: 26,0% 3. più di cinque: 27,3%
	1,98	1,35	1,51
	2,14 1,97	1,37 1,34	1,51 1,51
	- due: 2,09 - tre: 1,91 - più di quattro: 1,92	- due: 1,33 - tre-quattro: 1,32 - più di cinque: 1,56	- due: 1,41 - tre-quattro: 1,57 - più di cinque: 1,86
	- solo padre: 2,10 - solo madre: 2,12 - con madre e fratelli: 1,82 - con madre e nonni: 1,88	- solo con genitori: 1,21 - solo con un genitore: 1,20 - con genitori e altri: 1,30	- solo con coniuge: 1,27 - con coniuge e figli: 1,82 - solo con i figli: 1,66

Famiglie con		
Bambini (Fam. monogenit.)	Invalidi	Anziani
- con madre e altri: 2,13	- con coniuge: 1,65 - con fratelli- sorelle: 1,61	- solo con la famiglia dei figli: 1,69 - solo con fratelli- sorelle: 1,00
- basso: 1,46 - medio-basso: 1,52 - medio: 1,93 - medio-alto: 2,16 - alto: 2,32	- molto-basso: 1,24 - basso: 1,01 - medio-basso: 1,28 - medio-alto: 1,27 - alto: 2,00	- basso: 1,12 - medio-basso: 1,41 - medio: 1,35 - medio-alto: 1,61 - alto: 1,90
- meno di 29: 1,91 - 30-34: 2,08 - 35-39: 2,01 - più di 40: 1,92	- meno di 49: 1,69 - 50-64: 1,46 - più di 65: 0,93	- meno di 49: 1,82 - 50-64: 1,61 - 65-79: 1,36 - più di 80: 1,12
care-giver		
occupazione:		
ipato	2,00	1,56
nato	1,01	1,19
ga	1,35	1,64
ato	1,79	1,79

4. La funzione del care-giver: tra supporto e mediazione

di Donatella Bramanti

1. Premessa

Le famiglie oggetto dell'indagine, come è già stato ben documentato fin qui, rappresentano uno spaccato di estremo interesse per la rilevanza dei problemi di cui sono, in diversa misura, portatrici e per le strategie che mettono in atto per fronteggiarli quotidianamente.

Si tratta ovviamente di tre gruppi di famiglie che presentano elementi di somiglianza e di differenza che, in relazione alla funzione di *care* - oggetto del presente capitolo - possono essere così esplicitati.

Ciò che le accomuna è indubbiamente la presenza di «un bisogno di cura» di qualcuno dei propri membri, bisogno di cura che si connota per una elevata esigenza di personalizzazione, per un investimento complessivo della dimensione quotidiana e per un livello minimo di standardizzazione del bisogno.

Ciò che, in linea generale, le differenzia è riconducibile alla valenza temporale del bisogno di cura (tav. 1). Infatti è possibile distinguere tra un bisogno *permanente*, che caratterizza le forme di invalidità e alcune situazioni di non-autosufficienza grave senza speranza di recupero; un bisogno *in evoluzione versus una progressiva emancipazione*, tipico dei minori o degli anziani che vanno incontro a perdite temporanee di autonomia, e un bisogno *in evoluzione versus una progressiva dipendenza* tipico della maggioranza dei grandi vecchi.

A questa diversa dimensione temporale del bisogno si aggiunge il fatto che le famiglie con a «carico» un soggetto debole stanno attraversando differenti fasi del ciclo di vita familiare ¹.

Tav. 1 - Tipologia di bisogno

Bisogno permanente perdita di alcune funzioni fondamentali	Handicap
Bisogno versus emancipazione malattia in fase acuta/minori in fase evolutiva	Minori Anziani
Bisogno versus dipendenza lenta e progressiva perdita di funzioni	Anziani

La diversa collocazione nella storia familiare tende infatti a determinare, in misura più o meno rigida, le risorse che la famiglia può avere a disposizione, sia a livello economico-materiale, ma ancor più a livello di possibilità/capacità di attivare aiuti interni e/o esterni al nucleo.

Da qui deriva la rilevanza che acquista all'interno di questa prospettiva la figura del *care-giver*, cioè di colui che, in prima istanza, si fa carico della responsabilità concreta della «cura», sia nei casi in cui è implicato concretamente come tempo e investimento di ruolo, sia nei casi in cui svolge una funzione di «regia» di altre risorse mobilitate *ad hoc*.

Mi pare importante rilevare che ciò che connota oggi, rispetto al passato, questa funzione di presa in carico è l'affievolirsi dei suoi caratteri di «naturalità» e l'emergere sempre più evidente dei caratteri di una decisione «scelta».

In quest'ottica i vincoli possono trasformarsi in legami e la dicotomia tra opzioni e legature (Dahrendorf 1980) non è più così antinomica ma sembra sciogliersi in una ri-scelta per la solidarietà che offre *chances* al presente e si proietta verso il futuro. Non è cioè più scontato che sia la madre a farsi carico del figlio handicappato o minore, o il coniuge a farsi carico del *partner* più anziano, così come all'interno della fratria l'individuazione del *care-giver* è un gioco di sottili e spesso non esplicite contrattazioni della generazione di mezzo (Cigoli 1992).

Ciò significa, quindi, che in ognuna di queste famiglie sono state attivate azioni che fanno riferimento al complesso gioco di selezio-

L'espressione della solidarietà intergenerazionale quindi non è più una ovvia conseguenza del legame di sangue, ma è l'esito di una scelta che va continuamente ridecisa sia all'interno della famiglia di convivenza, sia della rete familiare allargata.

È all'interno di questo complesso gioco di relazioni familiari e di ri-significati personali che si colloca la nostra esplorazione sulla figura del *care-giver*.

L'assenza di un termine equivalente nella lingua italiana deve renderci avvertiti che ci muoviamo in un contesto culturale in cui la dialettica tra obbligo, derivante dal legame di coppia o di sangue, e la libertà di scelta, indispensabile quando in gioco sono più libertà (tutti i membri di una famiglia), non è stata più di tanto esplorata, e spesso pesanti e scontate sono le attese reciproche. Il *care-giver* quindi, in questa prospettiva, non ha bisogno di essere identificato, ma finisce di essere quasi sempre la figura femminile più vicina alla persona in difficoltà, o al minore.

Il termine «*care-giver*» sottolinea invece al contrario il ruolo di responsabile attivo della presa in carico e viene usato, nella letteratura straniera, per designare la funzione di supporto e cura (accudimento) che viene esercitata da una persona (all'interno del proprio nucleo familiare di appartenenza) nei confronti di un proprio congiunto che si trova in una condizione di momentanea o permanente difficoltà.

2. Il care-giver nel gioco delle dinamiche familiari: alcune ipotesi di ricerca

Si può ipotizzare che l'assunzione del ruolo di *care-giver*, o la sua designazione da parte della rete parentale abbia delle motivazioni che hanno a che fare con la storia familiare ma che sono fortemente determinate dalle reali risorse sia interne che esterne di cui può disporre la famiglia nel momento in cui si verifica l'evento critico: la nascita di un figlio handicappato, la malattia o riduzione dell'autosufficienza personale del soggetto anziano, la necessità di farsi carico, come genitore unico, di un bambino piccolo.

Dalle ricerche condotte sia in ambito nazionale che internazionale² emerge una massiccia femminilizzazione del lavoro di cura che

2. Per una analisi approfondita dei principali studi condotti sul tema del *care-giver*.

pare attraversare indifferentemente sia le diverse classi sociali che i differenti contesti socio-territoriali. Inoltre la residualità o addirittura l'assenza nel contesto italiano di politiche familiari a sostegno delle famiglie che svolgono importanti funzioni di supporto e cura finiscono di rendere spesso impossibile qualsiasi soluzione che non ricada sulle donne. Certi quindi che avremmo trovato soprattutto donne (madri, mogli, figlie) a svolgere questa funzione siamo andati alla ricerca di ciò che può fare differenza, cioè di ciò che può consentire al *care-giver* di scegliere o di ri-scegliere la propria funzione di «care», in funzione sia delle proprie risorse, sia di quelle del gruppo familiare, sia anche di eventuali altri supporti attivabili all'esterno.

Le ipotesi che hanno guidato questa ricognizione empirica sui tre differenti tipi di famiglie possono essere sintetizzate nelle seguenti:

a) la *prima ipotesi* fa riferimento agli aspetti strutturali e relazionali della dimensione familiare. Esiste cioè a nostro parere un legame stretto e, a volte senza alternative, tra struttura della famiglia e necessità per qualcuno di farsi carico del soggetto in stato di bisogno. Questo vincolo che porta alla «forzata» designazione del *care-giver*, non è solo legato alla assenza di risorse, in termini di persone disponibili, ma anche alla storia delle relazioni familiari che portano qualcuno ad essere di fatto caricato del peso e della responsabilità della «presa in carico». In queste situazioni possono darsi due esiti estremi, da una parte il *care-giver* assume questa funzione in modo consapevole e tende a identificarsi totalmente in questo ruolo, con difficoltà anche a piccole deleghe all'esterno, dall'altro possiamo assistere a situazioni di eccesso di *stress* che possono portare alla rinuncia della propria funzione e alla ricerca di radicali alternative. In presenza, ad esempio di genitori anziani, un modello di cura ricorrente è quello che vede uno dei figli identificarsi totalmente nel ruolo di *care-giver*. Il genitore viene di fatto sottratto alla cura degli altri familiari (Scabini, Gilli 1989). In questi casi il *care-giver* si concepisce come totalmente indispensabile e insostituibile e quindi tenderà anche a non cercare e non attivare risorse esterne alla famiglia. L'ipotesi è che questo avvenga soprattutto in presenza di donne che hanno fatto della funzione di *care-giver* il senso unico della loro vita.

b) La *seconda ipotesi* è relativa al funzionamento della «rete» fami-

bile che la scelta di assistenza non cada necessariamente sulla figura femminile presente.

Se è vero che, come mostra la maggior parte delle ricerche condotte, nel momento in cui un soggetto si trova in una condizione di dipendenza (perché minore, handicappato o anziano) è una persona in particolare che se ne occupa quotidianamente, è altrettanto vero che la rete relazionale svolge una funzione cruciale, sia nel supportare il *care-giver*, sia nel rendere meno faticoso il compito di accudimento e cura. Il concetto di «carico di accudimento» identificato dagli aspetti oggettivamente riscontrabili e soggettivamente vissuti dai *care-givers* è centrale per comprendere le possibilità reali di un soggetto e della sua famiglia di continuare a farsi carico della situazione.

c) Una *terza ipotesi* fa riferimento alla funzione di «mediazione» tra interno e esterno della famiglia che il *care-giver* è in grado di svolgere rispetto alla possibilità di attivare aiuti/scambi e supporti esterni.

A parità di supporti attivabili c'è ragione di pensare che le famiglie a maggior inserimento sociale abbiano più facilità a ritenere possibile e auspicabile la presenza anche di altre figure esterne alla rete parentale, mentre siano proprio le situazioni più deboli a livello relazionale ad avere maggiore difficoltà a fruire di supporti esterni.

A questo riguardo la valutazione che la famiglia ha fatto, nella propria storia, dell'evento critico che ha provocato la necessità di una cura stabile e la natura del bisogno (permanente o temporaneo) sono variabili cruciali per comprendere le strategie di mobilitazione da parte del *care-giver* di altre reti comunitarie o artificiali.

3. Il «caregiving» come emerge dai dati

Dall'analisi dei dati in nostro possesso è possibile provare ad enucleare alcune interessanti connessioni che permettono di verificare le ipotesi precedentemente introdotte.

Le tre tipologie familiari, oggetto della presente indagine, come è già stato affermato, presentano dei tratti distintivi di grande rilevan-

Tab. 1 - Ruolo del care-giver nelle differenti tipologie familiari

<i>Nucleo monogenitoriale</i>	
Madre	89.8
Padre	7.6
Fratello/Sorella /Nonni	2.7
<i>Famiglia con invalidi</i>	
Coniuge	11.6
Madre	62.9
Padre	9.3
Fratello/Sorella	9.3
Altro parente	6.9
<i>Famiglia con anziani</i>	
Coniuge	36.9
Figlia/Nuora	39.3
Figlio/Genero	11.6
Altro parente	12.2

porale del ciclo di vita familiare e rendono quindi non sempre possibili utili confronti, si cercherà quindi di operare, nel commento ai dati, secondo una schema «a puzzle» che permetterà solo alla fine una ricomposizione complessiva.

3.1. L'identikit del care-giver

Una prima osservazione di carattere generale è l'esistenza di una relazione simmetrica tra il ruolo della persona in difficoltà e la designazione del *care-giver*. Infatti nelle situazioni in cui il soggetto in difficoltà ha il ruolo di «figlio» (minore o invalido) il *care-giver* è la madre, nelle situazioni in cui ci troviamo in presenza di un soggetto con ruolo di «partner» in una coppia completa, il *care-giver* è il coniuge (anziano o invalido), nelle situazioni in cui il soggetto in difficoltà ha il ruolo di «genitore» il *care-giver* sarà un figlio (in prevalenza una figlia).

Dalla tab. 1 è possibile evincere come la stragrande maggioranza delle famiglie in oggetto risponde essenzialmente a questa logica, anche se la presenza di un discreto numero di altre figure, come *care-*

Tab. 2 - Sesso del care-giver nelle diverse tipologie di familiari

	<i>Nucleo monogenitoriale</i>	<i>Famiglia con invalido</i>	<i>Famiglia con anziano</i>
Maschio	7.6	19.8	24.4
Femmina	92.4	80.2	75.6
Totale	100.0	100.0	100.0

I dati confermano la decisa femminilizzazione del lavoro di cura (tab. 2) in particolare per quanto riguarda minori e invalidi, mentre nelle famiglie con anziani si registra una consistente presenza (circa un quarto) di figure maschili che assumono la funzione di *care-giving*.

Il confronto con le età medie dei *care-giver* mostra, ad eccezione dei nuclei monogenitoriali, dove la giovane età del minore (max. 12 anni) identifica anche una madre relativamente giovane, come i *care-giver* siano di mezza età o addirittura di età anziana, confermando i risultati di ricerche condotte anche in altri paesi.

La «generazioni di mezzo», quella dei cinquanta-sessantenni si rivela il fulcro del sostegno. Ad esempio, se in una famiglia a quattro generazioni ci sono due generazioni di figlie adulte (figlie e nipoti) che potrebbero, per lo meno in linea teorica portare aiuto ai più vecchi, i fatti mostrano che le più giovani danno un contributo estremamente ridotto alla cura dei loro nonni (Baum, Page 1991).

Vengono quindi, anche da questa indagine, riconfermati i *trends* presenti anche in altri paesi occidentali, in cui emerge un'età relativamente elevata di coloro che si fanno carico.

Nel gruppo di famiglie con anziani, ad esempio, per un soggetto anziano di età media di 84.3 anni, è presente un *care-giver* di età media di 63.3 anni. Non si tratta quasi più della cosiddetta generazione di mezzo (45-50 anni) che assume funzioni di cura, ma della vera e propria terza età, con quasi il 20% di *care-giver* che hanno superato gli 80 anni.

La difficoltà della generazione più giovane ad essere presente nella funzione di *care* è sicuramente da ricollegare alla necessità per questa ultima di essere contemporaneamente impegnata, sia sulla

Tab. 3 - Et  del care-giver nelle diverse tipologie familiari

	Nucleo monogenitoriale	Famiglia con invalido	Famiglia con anziano
Fino a 29 anni	20.7	3.3	2.2
30-34	29.0	1.5	1.1
35-39	25.8	2.6	0.4
40-49	15.6	12.5	13.6
50-64	2.0	47.8	36.5
65-79	0.2	23.1	26.3
80 e oltre	—	3.1	19.7
Et� media	35	58	63

sufficiente. Il care-giver tende quindi nei fatti, ad essere un soggetto non in condizione professionale.

Il riscontro con i dati (tab. 4) mostra infatti che solo per i nuclei monogenitoriali assistiamo a una consistente e, comprensibile, presenza di persone impegnate sul fronte lavorativo.

Anche perch , come emerge bene dai dati, chi ha un lavoro,   necessariamente impegnato a tempo pieno. Le forme flessibili di occupazione, come ad esempio il part-time, continuano ad essere estremamente ridotte.

Non va comunque sottovalutato il fatto che pi  di un quarto dei care-giver ha un lavoro esterno e che quindi deve di fatto ricomporre una pesante attivit  quotidiana, fatta sia di lavoro per il mercato che di lavoro di cura.

Nonostante il carico di cura e la presenza di attivit  esterne i care-giver evidenziano una discreta partecipazione a gruppi impegnati o associazioni (tab. 5) segno di un innegabile desiderio a non essere completamente assorbiti dalle funzioni di accudimento e cura.

Uno sguardo all'et  dei soggetti che hanno bisogno di cura ci permette di identificare meglio il ruolo e le funzioni che il care-giver si trova a dover svolgere.

Per quanto riguarda i nuclei monogenitoriali la classe di et  pi  rappresentata (53.8%)   quella dei minori tra i 6 e i 10 anni, inseriti quindi gi  nelle scuole elementari. Si tratta di minori che hanno in

Tab. 4 - Impegno lavorativo del care-giver per differenti tipologie familiari

<i>Nucleo monogenitoriale</i>	
Care-giver occupato:	84.7
Saltuario	10.1
Part-time	17.6
Tempo pieno	72.3
<i>Famiglia con invalidi</i>	
Care-giver occupato:	23.6
Saltuario	7.8
Part-time	15.5
Tempo pieno	76.7
<i>Famiglia con anziani</i>	
Care-giver occupato:	32.2
Saltuario	5.2
Part-time	12.2
Tempo pieno	82.6

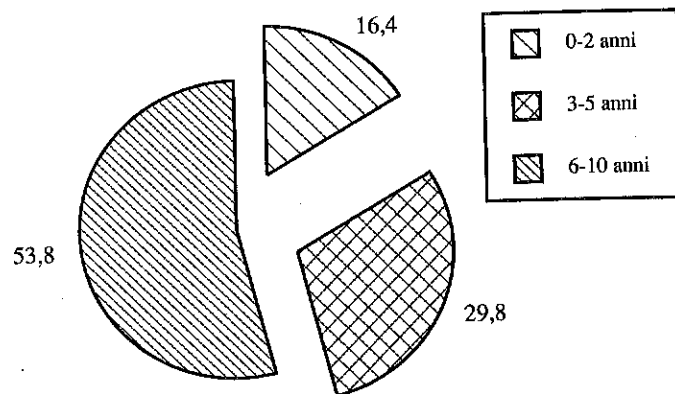
Tab. 5 - Partecipazione del care-giver a gruppi/associazioni nelle diverse tipologie familiari

<i>Nucleo monogenitoriale</i>	
Partecipa almeno ad una associazione	27.7
Partecipa ad una associazione o gruppo impegnato	24.8
<i>Famiglia con invalidi</i>	
Partecipa almeno ad una associazione	20.0
Partecipa ad una associazione o gruppo impegnato	17.1
<i>Famiglia con anziani</i>	
Partecipa almeno ad una associazione	20.5
Partecipa ad una associazione o gruppo impegnato	18.2

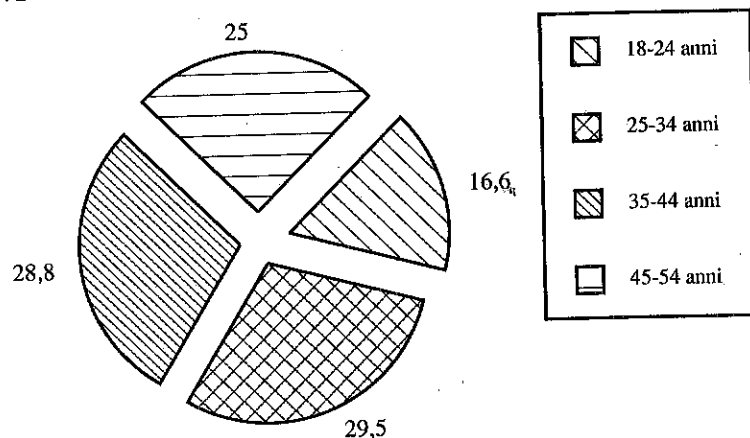
Per quanto riguarda le famiglie con invalidi emerge che le classi di et  pi  presenti sono quelle centrali, cio  tra i 25 e i 44 anni, si tratta di soggetti che hanno quindi definitivamente concluso qualsiasi possibile percorso formativo e/o di addestramento professionale e che quindi devono essere sostenuti/supportati in una condizione di relativa stabilit .

Per quanto riguarda le famiglie con grandi anziani,   vero che

Graf. 1 - Età dei minori

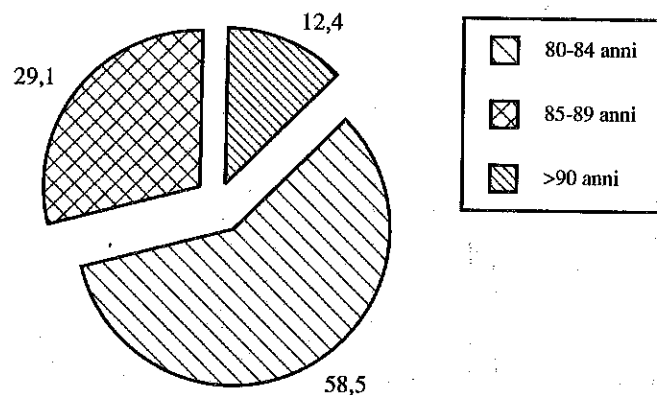


Graf. 2 - Età invalidi



che come è stato messo ben in luce da Lanzetti (cfr. il capitolo in questo stesso volume) godono complessivamente di un discreto livello di autonomia, il restante 40% circa è composto da situazioni in cui l'età è decisamente elevata. Questo dato ci permette di ipotizzare che si tratti di situazioni in cui non solo il soggetto in difficoltà è anziano, ma le reti, se ancora esistono sono anch'esse «vecchie» e

Graf. 3 - Età anziani



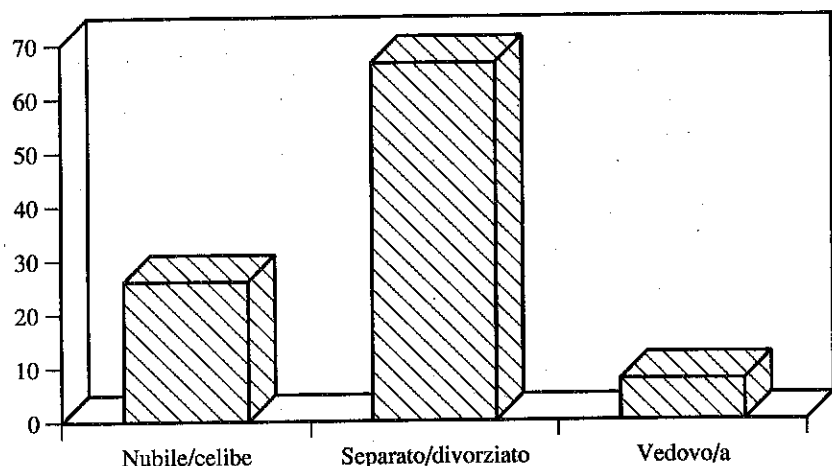
3.2. L'evento critico: dalla presa di decisione alla percezione dei cambiamenti

Un primo elemento di rilievo che differenzia le diverse tipologie familiari è relativo alle caratteristiche dell'«evento» che ha determinato la necessità di farsene carico.

Possiamo in linea teorica distinguere tra eventi *improvvisi*, *eventi prevedibili* ed *eventi non prevedibili*. Rispetto a questa distinzione, infatti, diverse possono essere le strategie familiari che vengono messe in atto per trovare delle soluzioni sia organizzative che di senso.

In particolare ciò che emerge dai dati (graf. 4) è che, relativamente alle famiglie *monogenitoriali*, la condizione di genitore unico, è dovuta in grande maggioranza (66,4%) ad un evento di separazione/divorzio, che sebbene non sempre *prevedibile*, concede tuttavia del tempo per progettare la riorganizzazione familiare, soprattutto in relazione al minore. Si tratta in genere di un evento che richiede delle notevoli modifiche, oltre che a livello affettivo-simbolico, anche negli aspetti più pratico organizzativi. Il 26% dei monogenitori è celibe/nubile, in questi casi siamo in presenza piuttosto di un «non evento». Il nucleo si definisce fin dall'origine, nasce dal figlio, e

Graf. 4 - Stato civile del care-giver - nuclei monogenitoriali



difficoltà che derivano dall'assumersi questa responsabilità sono quindi in certa misura *prevedibili*.

Radicalmente opposta è la condizione di coloro che sono andati incontro alla morte del coniuge (7.6%). In questi casi alla drammaticità del fatto si unisce spesso il suo carattere di evento *improvviso* e non *prevedibile*. Sono le situazioni in cui il coniuge superstite è costretto ad una brusca necessità di riorganizzare le proprie risorse sia emotive che materiali per fronteggiare la nuova situazione.

Dal riscontro con i dati (tab. 6) appare che sono soprattutto questi ultimi e i separati/divorziati che hanno dovuto affrontare più cambiamenti, soprattutto per quanto riguarda il lavoro, mentre la necessità di trovare qualcuno a cui affidare il minore non pare essere discriminante, in quanto probabilmente anche nelle situazioni di presenza di entrambi i genitori questo problema si pone con una notevole incidenza. È interessante osservare che c'è una quota, non irrilevante di genitori, soprattutto separati che è ritornata a vivere in famiglia.

Per quanto riguarda le *famiglie con anziani* dal confronto con i dati è possibile evincere alcune indicazioni utili rispetto alla «genesi dell'evento che ha reso necessaria una presa in carico

Tab. 6 - Cambiamenti per condizione del care-giver monogenitore (solo «sì»)

	Nubili/Celibi	Separati/divorziati/ vedovi
Ottenere il part-time	4.2	6.9
Ritornare a vivere in famiglia	4.2	11.7
Ottenere periodi di aspettativa	5.3	5.8
Trovare aiuti domestici	7.5	12.6
Interrompere la sua attività lavorativa	7.7	7.1
Trovare un'abitazione autonoma	8.8	13.3
Trovare un lavoro	10.6	17.7
Riorganizzare il tempo di lavoro	11.9	26.8
Trovare un luogo dove collocare il minore	12.6	12.6

si», mentre la gestione dell'anziano da parte dei figli è in prevalenza legata ad una situazione che viene a definirsi lentamente con le caratteristiche di una maggiore prevedibilità (tab. 7).

Per quanto riguarda i cambiamenti necessari per accogliere/accudire il soggetto in difficoltà emerge una notevole differenza tra le diverse tipologie dei *care-giver*, infatti mentre per il coniuge, il numero di cambiamenti è piuttosto ridotto e ciò che appare indispensabile è ottenere nuovi aiuti domestici (23% dei casi), per i figli è necessaria una vera e propria «rivoluzione» organizzativa che si declina in un numero elevato di cambiamenti sia sul versante abitativo, che lavorativo (tab. 8).

Nelle *famiglie con invalidi* è possibile fare un'ulteriore distinzione. Infatti pur essendo un evento sempre imprevedibile la nascita o l'insorgenza nel tempo di una situazione di invalidità, altro è il processo di graduale assestamento che deve essere progettato nel tempo per far fronte ad un figlio handicappato, altro è trovarsi a fronteggiare l'improvviso evento invalidante, in seguito ad incidente o grave malattia.

Mentre la prima situazione (tab. 9) è a carico soprattutto dei genitori e in rilevante misura dei fratelli/sorelle, sono soprattutto i coniugi che si fanno carico del partner colpito da invalidità.

Questa diversa situazione viene a descrivere anche una profonda distinzione nella risorsa che possono essere presenti per far fronte

Tab. 7 - Origine dell'invalidità per tipologia del care-giver - Famiglia con anziani

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figlio/ genero	Altro parente
<i>Eventi improvvisi:</i>				
Malattia improvvisa	29.7	14.1	5.1	11.4
Episodi invalidanti	23.4	20.5	35.9	15.9
<i>Eventi prevedibili:</i>				
Processo di invecchiamento	46.8	65.4	59.0	72.7
Totale	(111)	(156)	(39)	(44)

Tab. 8 Cambiamenti organizzativi per accudire/accogliere l'anziano per tipologia del care-giver (solo «si»)

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figlio/ genero	Altro parente
Mutare l'arredamento	6.2	16.5	15.0	14.9
Cambiare la distribuzione delle stanze	3.5	18.3	10.0	21.3
Trovare una casa più grande	—	6.7	10.0	—
Trovare nuovi aiuti domestici	23.9	11.6	20.0	6.4
Ottenere il part-time	—	3.7	2.5	—
Ottenere periodi di aspettativa	—	4.9	7.5	—
Riorganizzare il tempo di lavoro	8.0	23.2	22.5	14.9
Interrompere l'attività lavorativa	2.7	12.2	5.0	6.4

porto, altro un individuo che da adulto è stato vittima di una grave lesione che ha compromesso la sua autonomia, ma che ha potuto almeno per una parte della propria vita, attivare legami e gestire relazioni significative.

Complessivamente però assume una notevole rilevanza la necessità di attivare dei cambiamenti organizzativi nei nuclei familiari in cui è presente un congiunto invalido (tab. 10).

Infatti sia il coniuge che i genitori sono costretti a profonde riorganizzazioni sia del proprio impegno di lavoro, che coinvolge circa un quarto dei *care-giver*, sia dello spazio abitativo e di nuovi sup-

Tab. 9 - Origine dell'invalidità per tipologia del care-giver - Famiglia con invalidi

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
<i>Eventi imprevedibili:</i>					
Dalla nascita	18.0	55.1	52.4	66.7	46.7
In seguito	20.0	20.2	9.6	14.2	13.3
<i>Eventi improvvisi:</i>					
Da malattia/incidente	62.0	24.7	38.1	19.0	40.0
Totale	(50)	(283)	(42)	(42)	(30)

Tab. 10 - Cambiamenti organizzativi per accudire l'invalido per tipologia del care-giver (solo «si»)

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
Riorganizzare il tempo di lavoro	26.9	20.1	14.3	28.6	19.4
Mutare l'arredamento	17.3	19.4	19.0	19.0	12.9
Trovare nuovi aiuti domestici	15.4	9.9	16.7	14.3	19.4
Interrompere il lavoro-studio	9.6	25.1	7.1	28.6	22.6
Cambiare la distribuzione delle stanze	7.7	10.6	11.9	16.7	9.7
Ottenere periodi di aspettativa	5.8	4.2	—	11.9	—
Ottenere il part-time	1.9	3.2	2.4	—	—

Si tratta quindi di un pesante ridimensionamento del tempo extra-domestico che deve essere attuata da coloro che si assumono il carico di un soggetto invalido.

Se al fuoco di questo capitolo sta l'esplorazione di come il *care-giver* vive e gestisce la sua funzione di cura, pare importante esplorare anche la sua percezione circa la rilevanza del coinvolgimento suo e dei membri della sua famiglia.

Un primo dato interessante emerge dall'analisi della percezione che colui che svolge la funzione principale di cura ha circa le persone che sono coinvolte dalla situazione di «bisogno» del soggetto in questione (tab. 11). Nelle famiglie con *anziani* è possibile osservare una dicotomia tra le famiglie in cui il *care-giver* è il coniuge e quel-

Tab. 11 - Percezione dei cambiamenti avvenuti nelle famiglie con anziani

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figli/ genere	Altro parente
Per me	42.5	47.6	42.5	36.2
Per marito/moglie	4.4	20.7	17.5	12.8
Per nostro figlio/i	10.6	17.0	0.5	4.2
Per noi come coppia	14.1	14.6	22.5	8.5
Per mia sorella/fratello	—	8.5	15.0	4.2
Per la mia famiglia	7.0	14.0	17.5	12.8
Per nessuno	30.0	25.6	17.5	38.3

Tab. 12 - Percezione dei cambiamenti avvenuti nella famiglia con invalidi

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
Per me	53.8	67.8	69.0	61.9	61.3
Per marito/moglie	21.2	41.7	57.1	14.3	16.1
Per nostro figlio/i	23.1	33.2	19.0	14.3	16.1
Per noi come coppia	40.4	30.7	35.7	16.7	16.1
Per sor./frat.	—	4.9	2.4	7.1	6.5
Per la mia famiglia	17.3	27.9	16.7	45.2	41.9
Per nessuno	15.4	9.5	2.4	9.5	25.8

prevalentemente circoscritta al coniuge/*care-giver*; mentre nel secondo caso si ha consapevolezza che il coinvolgimento è diffuso a tutti i membri della famiglia implicata.

Ancora più rilevante è la percezione di cambiamento che la presenza di un soggetto invalido porta per la famiglia in cui è inserito. Infatti in queste situazioni le percentuali di coinvolgimento sono alte indipendentemente da chi svolge la funzione di *care-giver* (tab. 12). Si tratta di situazioni pesanti in cui tutti sono coinvolti.

Se tutti sono in qualche misura coinvolti diventa interessante esplorare chi è intervenuto nella presa di decisione di assumersi il carico della cura, nel momento in cui questo è stato necessario.

È possibile analizzare il livello del coinvolgimento della famiglia

Tab. 13 - Persone mobilitate nel momento della decisione per la presa in carico dell'anziano

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figli/ genere	Altro parente
Solo io	34.9	30.2	38.5	30.4
Principalmente io	40.6	27.5	20.5	26.1
Solo la mia famiglia	6.6	28.9	33.3	32.6
Tutti i parenti	17.9	13.4	7.7	10.9
Totale	(106)	(149)	(39)	(46)

Tab. 14 - Coinvolgimento di altri nella decisione presa

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figli/ genere	Altro parente
Ho deciso solo io	43.8	19.1	30.8	32.6
Eravamo tutti d'accordo	9.5	40.8	30.8	19.6
Nessuna discussione	46.7	40.1	38.5	43.5
Totale	(105)	(152)	(39)	(46)

Tab. 15 - Caratteristiche della decisione presa

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figli/ genere	Altro parente
A tempo indeterminato	96.4	98.8	97.5	95.7
Totale	(113)	(164)	(40)	(47)

Come emerge dai dati (tab. 13) ciò che si evince è un coinvolgimento quasi esclusivo del *care-giver* e, nel caso dei figli, della sua famiglia. I parenti restano generalmente sullo sfondo.

Questo sbilanciamento da parte di chi si assumerà poi l'onere della cura pare però riequilibrato, all'interno delle dinamiche familiari, dalla convinzione del *care-giver* di avere avuto un sostanziale accordo da parte di eventuali altri parenti intervenuti (tab. 14). Prevale

La decisione presa emerge normalmente con i caratteri della definitività. In linea di massima, non si definisce un tempo, ma ci si rende disponibili fino a quando sarà necessario (tab. 15).

Questo dato, pur con i limiti di una rilevazione *self report* che ovviamente enfatizza gli aspetti di desiderabilità sociale delle risposte, appare come un dato di notevole «tenuta» delle famiglie.

3.3. L'efficacia degli aiuti

Ciò che vogliamo mettere a tema in questo paragrafo è la misura dell'efficacia dell'aiuto/sostegno offerto dal *care-giver* nei confronti dell'anziano, invalido, minore.

Sappiamo che la percezione di efficacia nel lavoro svolto, induce un rinforzo nella propria funzione e quindi permette l'insorgere di un sentimento di soddisfazione per il proprio impegno. Al contrario una eccessiva sopravvalutazione del proprio operato può ingenerare un enorme *stress* che non consente alcuna presa di distanza dal proprio compito/funzione e che può portare a un «carico di accudimento» intollerabile per il soggetto e provocare quello che viene definito il *burn out* nella funzione di *care-giving*.

Dai dati in nostro possesso (tab. 16) i più soddisfatti sembrano essere i *care-givers* degli anziani che ritengono di soddisfare i bisogni del proprio congiunto in percentuali assai elevate che sfiorano la metà circa dei casi (in particolare per quanto riguarda il partner e la figlia).

Inoltre emerge (tab. 17) una bassa possibilità ad essere sostituiti mantenendo costante lo standard di soddisfazione da parte dell'anziano. Questo dato non fa che confermare l'elevata personalizzazione delle cure che caratterizza questo tipo di bisogni, oltre ovviamente al coinvolgimento affettivo.

Molto più critici, anche probabilmente in relazione alla maggior difficoltà delle situazioni sono coloro che prestano cura agli invalidi. In questi casi consistente è il gruppo di coloro che ritengono scarsa l'efficacia dei sostegni forniti (tab. 18). In particolare è il coniuge il *care-giver* più in difficoltà.

Ancora più complessa che per gli anziani appare, per i *care-giver* degli invalidi l'ipotesi di una loro sostituzione (tab. 19).

Tab. 16 - Efficacia dei sostegni forniti dal *care-giver* nella cura dell'anziano

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figlio/ genere	Altro parente
In modo scarso	12.9	9.3	11.1	18.5
In modo sufficiente	40.8	44.4	52.4	40.0
Più che sufficiente	46.3	46.3	36.5	41.5

Tab. 17 - Misura della soddisfazione dei bisogni in assenza del *care-giver* nella cura dell'anziano

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figlio/ genere	Altro parente
Poco o nulla	35.8	35.7	39.7	26.2
Solo in parte	24.9	29.1	33.3	21.5
In modo quasi sufficiente	14.9	11.3	6.3	20.0
In modo sufficiente	18.4	17.4	14.3	23.1
Più che sufficiente	6.0	6.6	6.3	9.2

Tab. 18 - Efficacia dei sostegni forniti dal *care-giver* nella cura dell'invalido

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
In modo scarso	30.8	21.2	23.8	26.2	22.6
In modo sufficiente	34.6	39.2	38.1	33.3	51.6
Più che sufficiente	34.6	39.6	38.1	40.5	25.8

Tab. 19 - Misura della soddisfazione dei bisogni in assenza del *care-giver* nella cura dell'invalido

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
Poco o nulla	30.8	39.8	40.5	47.6	50.0
Solo in parte	42.5	32.3	26.2	28.6	20.0
In modo quasi sufficiente	7.7	8.7	14.2	14.2	6.7
In modo sufficiente	18.4	17.4	14.3	14.3	23.1
Più che sufficiente	6.0	6.6	6.3	6.3	9.2

Tab. 20 - Efficacia dei sostegni forniti dal care-giver nella cura del minore

	Nubile/celibe	Separato/divorziato	Vedovo
In modo scarso	13.7	15.4	8.8
In modo sufficiente	40.2	43.4	61.8
Più che sufficiente	46.2	41.3	29.4

Tab. 21 - Misura della soddisfazione dei bisogni di cura in assenza del care-giver nella cura del minore

	Nubile/celibe	Separato/divorziato	Vedovo
Poco o nulla	30.2	37.5	35.3
Solo in parte	21.6	34.0	35.3
In modo quasi sufficiente	10.3	13.0	8.8
In modo sufficiente	31.9	11.9	17.6
Più che sufficiente	6.0	3.5	2.9

vedovi (che sappiamo essere in prevalenza padri) può essere inferito dalla percentuale decisamente inferiore di soggetti che dichiarano i sostegni forniti come «più che sufficienti».

Le madri nubili paiono essere quelle per cui appare meno complessa la propria sostituzione nella cura del minore (tab. 21). È probabile che esse possano contare su un forte supporto da parte della propria famiglia di origine che svolge una vera e propria funzione «vicaria», per permettere alla madre di lavorare, e quindi nei fatti la madre è già spesso sostituita da «altri», altrettanto significativi, per il minore.

3.4. Le difficoltà, pensando al futuro

L'elevato grado di coinvolgimento e il convincimento, decisamente generalizzato, che il proprio lavoro di cura sia effettivamente efficace, è sicuramente un dato che depone a favore dei care-giver che mostrano in questo modo di riuscire a ricomporre una attività estremamente

Tab. 22 - Percezione da parte del care-giver dei tipi di difficoltà incontrate nella cura dell'anziano (solo «sì»)

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figlio/ genero	Altro parente
Nei rapporti tra marito e moglie/ nelle buone relazioni in famiglia	7.0	14.0	15.0	6.3
Nei rapporti con i miei amici	7.0	20.1	12.5	8.5
Nei rapporti con altri parenti	3.5	12.8	7.5	10.6
Con se stesso, per stanchezza stress psicologico	47.8	59.8	50.0	38.3
Nell'organizzazione della vita domestica	26.5	39.0	30.0	10.6

Tab. 23 - Che cosa costa di più nella cura dell'anziano

	Coniuge	Figlia/ nuora	Figlio/ genero	Altro parente
Non poter disporre del proprio tempo	20.3	42.7	32.5	29.8
Avere rinunciato al lavoro	3.5	7.9	0.5	0.4
Avere meno tempo per altri familiari	12.4	22.0	17.5	12.8
Avere meno tempo per svaghi e vacanze	17.7	47.0	52.5	27.6
Avere ridotto le relazioni sociali	20.3	28.0	32.5	19.1

no, ovviamente in maniera diversificata, per le tre diverse tipologie familiari.

Per quanto riguarda la cura degli anziani, i care-giver dichiarano (tab. 22) che le maggiori difficoltà incontrate sono essenzialmente relative alla propria stanchezza e allo stress psicologico che la cura dell'anziano può portare. Non si registrano a questo riguardo delle significative differenze nelle diverse figure di care-giver. Per tutti vengono al secondo posto problemi relativi all'organizzazione della vita domestica, mentre per la figlia care-giver una difficoltà rilevata in misura significativa (circa il 20%) è relativa alla possibilità di dedicare del tempo agli amici.

Ciò che infatti è considerato il punto più faticoso e problematico è la drastica riduzione della possibilità di disporre del proprio tempo

Tab. 24 - Percezione da parte del care-giver dei tipi di difficoltà incontrate nella cura dell'invalide

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
Nei rapporti tra marito e moglie/ nelle buone relazione in famiglia	25.0	17.7	33.3	19.0	22.6
Nei rapporti con i miei amici	7.7	21.6	21.4	23.8	12.9
Nei rapporti con altri parenti	13.5	20.8	19.0	19.0	16.1
Con se stesso, per stanchezza stress psicologico	46.2	73.5	64.3	69.0	58.1
Nell'organizzazione della vita domestica	34.6	34.6	33.3	33.3	29.0

Tab. 25 - Che cosa costa di più nella cura dell'invalide

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
Non poter disporre del proprio tempo	23.1	33.6	42.9	38.1	32.3
Avere rinunciato al lavoro	11.5	12.0	2.4	16.7	6.5
Avere meno tempo per altri familiari	9.6	21.9	7.1	26.2	19.4
Avere meno tempo per svaghi e vacanze	25.0	23.3	26.2	35.7	32.3
Avere ridotto le relazioni sociali	9.6	19.4	28.6	28.6	29.0

difficoltà (tab. 24). Anche in queste situazioni il carico di accudimento si specifica, oltre che in una serie di pesanti incombenze, nella impossibilità di poter disporre del proprio tempo (tab. 25).

In particolare, è il tempo dello svago e delle relazioni sociali ad essere necessariamente ridotto. Questo dato è importante perché, in genere è proprio questa impossibilità di *respite*, di «tregua» a metter in crisi la possibilità di tenuta delle reti familiari.

Nonostante il peso del lavoro di cura, i *care-giver* intervistati immaginano di continuare ad occuparsi del soggetto invalido, anche in futuro, e solo in percentuali estremamente ridotte si cominciano ad immaginare altre soluzioni (tab. 26).

Il futuro quindi appare in queste due tipologie familiari pesante, ma in qualche misura già previsto.

Tab. 26 - Chi si occuperà del soggetto invalido in futuro

	Coniuge	Madre	Padre	Fratello/ sorella	Altro parente
Me ne occuperò io	98.0	84.1	82.9	81.0	87.1
I suoi fratelli/sorelle	2.0	9.2	9.8	7.1	3.2
Cercheremo un'altra sistemazione	—	1.8	—	4.8	3.2
Siamo in attesa di un posto in comunità di accoglienza...	—	4.9	7.3	7.1	6.5

Tab. 27 - Preoccupazioni per il futuro del minore per tipologia del care-giver

	Nubile/Celibe		Separato/ divorziato		Vedovo	
	Abbastanza	Molto	Abbastanza	Molto	Abbastanza	Molto
I soldi	36.8	28.2	35.3	20.5	38.2	14.7
La scuola	25.2	7.2	27.7	8.3	32.4	2.9
Tempo da dedicare	29.6	22.6	36.3	25.3	47.1	14.7
Il problema affettivo	12.9	12.9	25.5	24.5	26.5	14.7
Lo sviluppo/la crescita	23.3	16.4	32.9	27.2	29.4	23.5
Le amicizie	16.5	6.1	16.7	11.3	14.7	—
Il rapporto con l'altro genitore	13.6	16.4	22.5	21.8	9.1	6.1

vi — pur con alcune differenze di intensità — sono soprattutto preoccupati dei soldi e del tempo da dedicare al minore; i separati/divorziati, aggiungono a questi oggetti di preoccupazione anche il problema affettivo e lo sviluppo e la crescita dei minori evidenziando come la condizione di famiglia fratturata pesi anche sul futuro dei minori.

4. La funzione di mediazione è possibile?

Per meglio comprendere il ruolo di *care-giver* nel gestire le dina-

tale elaborazione multipla è possibile identificare alcuni gruppi di *cluster* in cui, alla differente collocazione del *care-giver*, segue una serie di interessanti modalità di gestione della relazione delle risorse interne ed esterne, appartenenti alle relazioni parentali, alla rete informale di amici e vicini, ai supporti di privato sociale e ai servizi formali sia pubblici che privati.

L'ipotesi è che il *care-giver* possa giocare un ruolo centrale nel promuovere o ostacolare relazioni e che sia possibile misurare l'indice di chiusura/apertura di una famiglia a partire dagli scambi che lui stesso mette in atto³.

Li presentiamo qui di seguito suddivisi per tipologia familiare.

4.1. Le famiglie con anziani

Tab. 28 - Schema riassuntivo delle classi commentate per le famiglie con anziani

	Denominazione della classe	V.A.	% 550 casi
1 ^a classe	Coniuge care-giver	203	36.9
2 ^a classe	Figlia/nuora care-giver	216	39.3
3 ^a classe	Figlio/genero care-giver	64	11.6
4 ^a classe	Altro parente care-giver	67	12.2

Il primo *cluster* è relativo alle situazioni in cui solo impropriamente possiamo parlare di *care-giver*, in quanto è lo stesso coniuge che si occupa del partner più anziano, sono le mogli che non fanno che continuare il compito di accudimento e cura nei confronti del proprio marito. In questi casi siamo in presenza di «coppie anziane» (36.9% dei nuclei considerati) in cui elevata è anche l'età del *care-giver*, di status e scolarità relativamente bassi e prevalentemente residenti a Milano.

In queste situazioni il livello di interscambio con altri significativi (figli, parenti, amici) è tendenzialmente assente.

Emerge quindi una situazione di coppia relativamente autosufficiente, con scarse attese sia nei confronti della rete parentale, sia dello «stato». Queste sono anche le situazioni in cui appare più elevato l'indice di autonomia dell'anziano.

Nonostante queste coppie dichiarino di non ricorrere all'aiuto di nessuno, e di non aspettarsi niente da nessuno, emerge una notevole considerazione della risorsa «famiglia» in senso allargato, che si esplicita nell'elevato accordo espresso ai due items: «Per i problemi si deve contare sui familiari»; «I parenti aiutano senza aspettarsi nulla».

Si configura una disponibilità a ricorrere a supporti esterni, qualora se ne dovesse presentare la necessità, orientandosi essenzialmente su «esperti», anche se a pagamento.

I servizi utilizzati sono di tipo sanitario, senza distinzione tra pubblici e privati: si usa quello che c'è.

Il secondo *cluster*, è relativo alle situazioni in cui il *care-giver* è la figlia/nuora dell'anziano (39.3%). In questi casi l'anziano, rimasto solo, convive con la famiglia di una figlia, o con una figli rimasta in casa (in un numero limitato di casi ha ancora il coniuge). Si tratta di nuclei più ampi dei precedenti, composti da tre a cinque persone.

La causa della convivenza è certamente determinata dalla scarsa autosufficienza dell'anziano e dall'impossibilità dei coniugi (laddove sono ancora presenti) di aiutarsi reciprocamente.

In questi nuclei il *care-giver* è collocato nella generazione di mezzo, con una scolarità medio-alta.

Queste famiglie esprimono un grado di apertura con l'esterno decisamente alto e un basso indice di diffidenza che quindi significa una disponibilità ad attivare scambi con l'esterno. Coerentemente con questo orientamento dichiarano di ottenere aiuti sia da altri parenti, sia da amici; assenti sono al contrario aiuti/contributi da parte dei servizi pubblici.

Dal punto di vista degli orientamenti, i *care-givers* in questione esprimono una posizione decisamente contraria al «familismo». Il disaccordo espresso su items del tipo: «Per i problemi si deve contare sui familiari»; «Le famiglie devono aiutarsi fra loro»; «Fiducia solo a chi aiuta per solidarietà», presente in nuclei che di fatto esercitano una solidarietà interfamiliare potrebbe essere letto come un indicatore di evidente insoddisfazione per la propria condizione.

Non va dimenticato che in questi nuclei, a differenza dei precedenti, il carico di assistenza è sicuramente superiore, dato il basso livello di autosufficienza degli anziani in questione.

Nei casi in cui il *care-giver* (terzo *cluster*) è un figlio/genero

Tab. 29 - Famiglie con anziani - Tavola sinottica di confronto tra i diversi care-givers

	Coniuge	Figlia	Figlio	Altro
Indice di interscambio	Medio-basso	Medio-alto	Basso	Alto
Indice di chiusura	Chiuso	—	Chiuso	—
Indice di diffidenza	Un po' diff.	Non diff.	—	Diff.

I *care-givers* sono anch'essi appartenenti alla generazione di mezzo, con una scolarità medio-bassa.

La famiglia ottiene altri aiuti esterni, sia da parte di parenti non conviventi, sia — ed è il primo gruppo — da parte degli operatori pubblici. Nei confronti dello stato viene espressa una discreta fiducia, anche se si è propensi a ritenere che il volontariato aiuti di più dello stato. Le attese rispetto ai servizi pubblici sono comunque medie e l'interscambio con l'esterno relativamente basso.

L'ultimo *cluster* considerato è quello relativo ai casi in cui il *care-giver* è un altro parente (né il coniuge, né i figli/genitori/nuore).

In generale si tratta di fratelli o nipoti (in questi casi i *care-givers* sono il gruppo più giovane) dell'anziano.

Sono famiglie presenti per lo più nella città di Lucca.

Si tratta delle situazioni che paiono combinare una rete più ampia di sostegno esterno; infatti, sono presenti sia aiuti da parte di altri: parenti, vicini, amici, sia contributi economici, sia interventi domiciliari.

Questi due ultimi gruppi appaiono essere quelli più sostenuti dai servizi pubblici, a conferma del fatto che la rete esterna, se riesce a intervenire, lo fa in funzione di sostituzione dei supporti «naturali», ma difficilmente riesce a sostenere colei (moglie o figlia) che si trova ancora accollata tutta la responsabilità e il peso della cura. Un ulteriore approfondimento dei dati potrebbe darci informazioni preziose anche sul tipo di relazioni che il *care-giver* desidera vengano attivate.

La tab. 29 permette uno sguardo sinottico tra le quattro diverse classi in relazione al livello di apertura/chiusura del *care-giver*.

Dai dati sopra esposti mi pare venga essenzialmente confermata una notevole diversità tra i diversi gruppi di famiglie identificati dal *cluster* rispetto al livello di interscambio con l'esterno e alla presen-

nelle situazioni in cui il *care-giver* è la figlia (indice di interscambio medio-alto e indice di diffidenza basso), mentre decisamente più chiusi sono i nuclei dove il *care-giver* è il coniuge anziano, sia rispetto agli aiuti effettivamente ottenuti, sia rispetto alle aspettative.

4.2. Le famiglie con invalidi

Tab. 30 - Schema riassuntivo delle classi commentate per le famiglie con invalidi

	Denominazione della classe	V.A.	% 450 casi
1 ^a classe	Coniuge care-giver	52	11.6
2 ^a classe	Madre care-giver	283	62.9
3 ^a classe	Padre care-giver	42	9.3
4 ^a classe	Fratello/sorella care-giver	42	9.3

Il primo *cluster* è relativo alle famiglie con invalidi in cui il *care-giver* è il coniuge. Si tratta di situazioni caratterizzate da una consistente presenza di uomini che svolgono la funzione di cura, di età relativamente giovane (max. 49 anni), di status sociale alto. Sono situazioni in cui l'invalidità è subentrata a un certo punto di una normale vita attiva, questo fa presupporre che fosse presente una rete «relazionale» precedentemente l'evento «invalidante» e che quindi di questa rete la famiglia possa continuare a giovare. Infatti emerge un indice di interscambio medio/alto e alto, accompagnata da una media fiducia nei confronti degli amici da cui si ottengono aiuti concreti. Anche i vicini paiono essere una risorsa presente.

Al contrario queste famiglie non ricorrono all'aiuto di operatori pubblici, manifestano una notevole fiducia nei confronti del volontariato (cfr. cap. Rossi) e in coloro che aiutano per solidarietà.

Il secondo *cluster* identifica invece la tipologia familiare decisamente differente, e prevalente nel nostro campione di famiglie. Si tratta di nuclei in prevalenza completi (anche se è presente una percentuale non irrilevante 19.1% di situazioni con un solo genitore), composti da padre, madre e altri figli, di status medio, in cui il *care-giver* è la madre che fa parte della generazione di mezzo o anziana,

della necessità di cura. Infatti il *care-giver* dichiara di non ricevere aiuti da parte di altri parenti, di amici e di vicini di casa. L'unico supporto esterno pare essere il ricorso a servizi di socializzazione per il soggetto handicappato.

Il terzo *cluster* fa riferimento ad un gruppo di nuclei familiari particolarmente in difficoltà.

Si tratta di situazioni in cui il *care-giver* è il padre, in quanto unico genitore e unica figura presente in famiglia, di età superiore ai 65 anni, di status alto.

Anche in queste famiglie la rete parentale/amicale pare essere del tutto assente, l'unico supporto a differenza della classe precedente, è l'intervento di operatori pubblici.

Nella quarta classe converge un piccolo gruppo di famiglie in cui il *care-giver* è un fratello/sorella dell'invalido, al massimo di 49 anni. In queste situazioni è più presente la rete amicale e di vicinato, anche se l'indice di diffidenza rivela una certa difficoltà ad utilizzare figure esterne alla famiglia per gestire il soggetto invalido.

Dalla tavola sinottica (tab. 31) appare che le situazioni con maggiore difficoltà di interscambio sono quelle legate alle tipologie familiari in cui l'invalido è il figlio.

L'indice di interscambio appare, in queste situazioni, basso, segno di una difficoltà della madre/padre a gestire relazioni all'esterno della famiglia. Ma a differenza che per le famiglie con anziani, dove ad un basso interscambio era correlata anche una notevole chiusura, in queste situazioni la scarsità dei legami pare essere correlata più ad una «segregazione» connessa alla condizione di famiglia con handicappato, che all'orientamento del *care-giver* che infatti nell'indice di chiusura si colloca nella modalità «aperto»/«poco aperto».

Tab. 31 - Famiglie con invalidi - Tavola sinottica di confronto tra i diversi *care-givers*

	Coniuge	Figlia	Figlio	Altro
Indice di interscambio	Medio-alto/	Basso	Medio-basso	Medio-basso

4.3. Le famiglie monogenitoriali con minori

Tab. 32 - Schema riassuntivo delle classi commentate per le famiglie monogenitoriali con minori

	Denominazione della classe	V.A.	% 450 casi
1ª classe	Madre <i>care-giver</i>	404	89.8
2ª classe	Padre <i>care-giver</i>	34	7.6

La prima classe comprende la stragrande maggioranza delle famiglie del nostro campione (89.8% del totale). Si tratta di nuclei formati dalla madre con uno o più figli, di età compresa tra i 30 e i 34 anni, separata/divorziata o nubile, di status basso.

In queste situazioni la figura del padre pare essere completamente assente nella cura del minore, così come scarso è l'orientamento a ricorrere alle reti familiari. Al contrario si è disposti a pagare pur di avere aiuti qualificati di persone competenti.

Nella seconda classe sono compresi i nuclei in cui il *care-giver* è il padre. Si tratta di vedovi, maggiori di 40 anni di status medio-alto, residenti a Milano.

In queste situazioni è presente il ricorso ai servizi domiciliari, l'utilizzo di operatori a pagamento e l'offerta di aiuti da parte di altri parenti.

Dalla tab. 33 emerge una notevole differenza di comportamento da parte delle due figure di *care-giver*. Infatti le madri esprimono una maggiore selettività nella scelta dei supporti per il proprio figlio, in quanto, pur dimostrando un alto indice di interscambio e una assenza di diffidenza, la chiusura evidenzia quasi la necessità di difendere un proprio territorio che può forse essere stato sentito in qualche momento in pericolo.

I padri, al contrario hanno una rete più povera, non si fidano di persone esterne al nucleo di convivenza, ma non mostrano un netto rifiuto per nessuno.

4.4. In sintesi

Al termine di questa analitica presentazione di dati è possibile tentare qualche osservazione sintetica che ci permetta di rispondere

Tab. 33 - Monogenitori con minori - Tavola sinottica di confronto tra i diversi care-giver

	Madre	Padre
Indice di interscambio	Alto	Medio-basso
Indice di chiusura	Chiuso	Aperto
Indice di diffidenza	Non diff.	Diffidente

possibile a questo punto affermare che la funzione del *care-giver* è assunta dalla figura femminile presente e che solo in sua assenza interviene qualcun altro del gruppo familiare. Questo dato che emerge, come è stato osservato, anche dalle ricerche straniere, conferma che le funzioni di cura sono essenzialmente compito femminile, non solo nei confronti di anziani e disabili, ma anche di minori. Infatti è interessante osservare che nei nuclei monogenitoriali in cui il *care-giver* non è la madre, compare un padre vedovo.

L'interscambio e il sostegno tra le generazioni, laddove sono presenti, intervengono nelle situazioni in cui l'evento «invalidità» presenta le caratteristiche della prevedibilità e della programmazione, mentre agli eventi improvvisi riescono a far fronte i membri della stessa famiglia: genitori o coniuge anziano.

Una seconda serie di osservazioni è relativa al carico di accudimento che il *care-giver* sopporta.

Complessivamente emerge dai dati che colui che si accolla il compito della cura, ha deciso con una relativa autonomia, ha avuto l'appoggio morale dai membri della rete parentale, si è trovato a fronteggiare il maggior numero di cambiamenti, ed è diventato di fatto una figura poco o per niente sostituibile. Ciò nonostante pare disponibile ad una cura a tempo indeterminato.

Non compare, in alcun modo, l'idea di una «rotazione» nella cura della persona in difficoltà così come la presenza di un supporto/sostegno al *care-giver*.

Infatti laddove il *care-giver* è una figura femminile i supporti formali (servizi, sia pubblici che di privato sociale) sono del tutto assenti, a conferma del fatto che laddove esistono sono al massimo in grado di vicariare un'assenza di «cura», ma non di supportare coloro che se ne fanno carico.

Rispetto alla funzione di mediazione che era stata ipotizzata come

«cudimento» e ricerca di supporti esterni, quanto piuttosto, come ben documenta Di Nicola, esiste una relazione stretta tra la «socievolezza» del soggetto stesso in difficoltà e la possibilità per la famiglia di accedere a supporti esterni. Nelle situazioni cioè dove l'evento invalidità è stato preceduto da un precedente stato di buon inserimento relazionale (ad esempio i casi di invalidità a seguito di un incidente) la famiglia appare complessivamente più inserita e ricca di relazioni, mentre nei casi di *handicap* dalla nascita, anche il gruppo familiare appare fragile per quanto riguarda la rete relazionale e la capacità del *care-giver* di attivare sostegni esterni.

Da questo punto di vista il livello di *stress* dei *care-giver* appare molto elevato e le famiglie paiono estremamente provate dalla funzione che svolgono. Infatti anche se il coinvolgimento attivo nella cura resta quasi sempre a carico di una sola figura, di fatto tutti i membri ne sono coinvolti e, in qualche misura, condizionati. Ciò nonostante nessuno dichiara esplicitamente di voler rinunciare alla propria funzione di supporto nei confronti di coloro che sono in difficoltà e questo dato mi sembra una indicazione preziosa per il politico sociale. Si tratta infatti di immaginare dei reali supporti che permettano alle famiglie di continuare a svolgere la funzione di *caregiving* e non di progettare servizi esclusivamente di tipo sostitutivo.

Complessivamente appare una discreta soddisfazione per il lavoro di cura svolto e per la sua efficacia nei confronti delle persone in difficoltà.

Un discorso a parte va fatto per i nuclei monogenitoriali. Le famiglie che avvertono con più timore il proprio futuro paiono essere quelle dei separati e dei vedovi che evidenziano timori e preoccupazioni sia nei confronti del livello organizzativo/materiale (comune anche alle madri nubili), sia a livello affettivo/educativo. Le madri sole sembrano essere più preoccupate degli aspetti materiali (soldi e tempo) che degli aspetti relazionali.

Bibliografia

- M. Baum, P. Page, *Caregiving and multigenerational families*, in «The Gerontologist», vol. 3, n. 6, 1991, pp. 762-769.
V. Cigoli, *Il corpo familiare*, Angeli, Milano, 1992.
R. Dahrendorf, *La libertà che cambia*, tr. it. Laterza, Bari, 1980.
E. Marta, C. Regalia, *Le relazioni familiari dell'anziano*, Quaderno n. 6,

Appendice - Clusters vincolate

TAB. 34 - FAMIGLIA CON ANZIANO - IL CONIUGE COME CARE-GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
TIPOLOGIA FAMILIARE	CON CONIUGE	.000	208	37.8	92.1
AIUTI DAL CONIUGE	RICEVE	.000	277	50.4	98.0
N° COMPONENTI FAM.	2	.000	325	59.1	91.1
ETÀ DEL CARE-GIVER	>80	.000	107	19.5	46.3
ETÀ DEL CARE-GIVER	DA 65 A 79	.000	143	26.0	50.7
AIUTI DA ALTRI PARENTI	NON RICEVE	.000	220	40.0	61.1
AIUTI DA FIGLI/NUORA	NON RICEVE	.000	134	24.4	38.9
SCOLARITÀ CARE-GIVER	BASSA	.000	237	43.1	57.1
AIUTO PARENTI NON CONV.	NON INDICA	.000	393	71.5	80.8
USO SERVIZI SANITARI	USA	.000	277	50.4	60.1
INDICE AUTOSUFFICIENZA	ALTO	.000	149	27.1	35.5
OTTIENE AIUTO DA UN AMICO	NON INDICA	.000	444	80.7	87.7
AREA TERRITORIALE	MILANO	.001	250	45.5	54.2
I PARENTI AIUTANO SENZA					
ASPETTARSI NULLA	MOLTO ACCORDO	.001	183	33.3	40.9
INDICE ATTESE PARENTI	BASSO	.002	385	70.0	76.8
STATUS FAMIGLIA	BASSO	.003	99	18.0	23.6
COMPETENTI, NON IMPORTANO					
I COSTI	MOLTO ACCORDO	.003	179	32.5	39.4
FIDUCIA SOLO A CHI AIUTA					
PER SOLIDARIETÀ	MOLTO ACCORDO	.005	173	31.5	37.9
TIPOLOGIA SERVIZI UTILIZZATI	PUBBL./PRIVATO	.016	148	26.9	32.0
INDICE DI DIFFIDENZA	UN PO'	.016	88	16.0	20.2
	DIFFIDENTE				
INDICE ATTESE NEI CFR.STATO	BASSO	.017	108	19.6	24.1
.....					
INDICE DI CHIUSURA	CHIUSO	0.53	47	8.5	10.8
.....					
.....					

TAB. 35 - FAMIGLIA CON ANZIANO - LA FIGLIA/NUORA COME CARE-GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
AIUTI DA PARTE DI FIGLI- GENERO- NUORA	RICEVE	.000	416	75.6	97.2
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO + FAM. FIGLI	.000	112	20.4	43.1
AIUTI DA PARTE DEI CONIUGI	NON RICEVE	.000	273	49.6	75.5
ETÀ DEL CARE-GIVER	DA 50 A 64 ANNI	.000	198	36.0	61.1
N° COMPONENTI FAMIGLIA	3/4	.000	158	28.7	46.8
N° COMPONENTI FAMIGLIA	5 O PIU	.000	67	12.2	22.7
ETÀ DEL CARE-GIVER	FINO A 49 ANNI	.000	115	20.9	29.2
SCOLARITÀ DEL CARE-GIVER	MEDIO-ALTA	.000	115	20.9	29.2
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO CON FIGLIA	.000	145	26.4	35.2
AIUTI DA PARTE DI ALTRI PARENTI	RICEVE	.000	330	60.0	69.0
PER I PROBLEMI SI DEVE					
CONTARE SUI FAMILIARI	POCO D'ACCORDO	.001	142	25.8	32.9
FIDUCIA SOLO A CHI					
AIUTA PER SOLIDARIETÀ	POCO D'ACCORDO	.001	196	35.6	43.1
LE FAMIGLIE DEVONO	PER NIENTE/				
AIUTARSI FRA LORO	POCO D'ACCORDO	.002	231	42.0	49.5
INDICE COMPLESSIVO DI AUTOSUFFICIENZA	BASSO	.004	131	23.8	29.6
SCOLARITÀ DEL CARE-GIVER	ALTA	.006	51	9.3	13.0
TIPOLOGIA FAMILIARE	CONIUGE + FIGLI + ALTRI	.006	62	11.3	15.3
INDICE DI INTERSCAMBIO	MEDIO-ALTO	.007	208	37.8	44.0
COMPETENTI, NON	PER NIENTE/				
IMPORTANO I COSTI	POCO D'ACCORDO	.009	173	31.5	37.0
USO DI SERVIZI DOMICILIARI	NON USA	.009	396	72.0	77.3
LA FAMIGLIA RICEVE	NESSUN				
CONTRIBUTI	CONTRIBUTO	.012	467	84.9	88.9

TAB. 36 - FAMIGLIA CON ANZIANO - IL FIGLIO/GENERO COME CARE-GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO CON				
	FIGLI+ALTRI	.000	145	26.4	59.4
AIUTI DA PARTE DI FIGLI -					
GENERO - NUORA	RICEVE	.000	416	75.6	96.9
ETÀ DEL CARE-GIVER	DA 50 A 64	.000	198	36.0	65.6
	ANNI				
AIUTI DA PARTE DEL CONIUGE	NON RICEVE	.000	273	49.6	75.0
DIFFICOLTÀ LE PUO CAPIRE					
SOLO UN ESPERTO	D'ACCORDO	.001	165	30.0	46.9
AIUTI DA PARTE DI					
OPERATORI PUBBLICI	RICEVE	.002	65	11.8	23.4
OTTIENE AIUTO DA UN					
PARENTE NON CONVIVENTE	INDICA	.002	157	28.5	43.8
INDICE DI FIDUCIA NEI					
CONFRONTI DELLO STATO	MEDIO	.023	106	19.3	28.1
SCOLARITÀ DEL CARE-GIVER	MEDIO-BASSA	.034	133	24.2	32.8
FIDUCIA SOLO A CHI	MOLTO				
AIUTA PER SOLIDARIETÀ	D'ACCORDO	.036	173	31.5	40.6
USO DI SERVIZI SANITARI	NON USA	.037	273	49.6	59.4
IL VOLONTARIATO AIUTA DI	MOLTO				
PIU' DELLO STATO	D'ACCORDO	.041	266	48.4	57.8
AREA TERRITORIALE	BOLOGNA	.047	201	36.5	45.3
INDICE ATTESE NEI					
CONFRONTI DELLO STATO	MEDIO	.050	138	25.1	32.8
INDICE DI INTESCAMBIO	BASSO	.051	146	26.5	34.4
INDICE COMPLESSIVO DI					
AUTOSUFFICIENZA	MEDIO	.053	270	49.1	57.8

TAB. 37 - FAMIGLIA CON ANZIANO - UN ALTRO PARENTE COME CARE-GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO+FRATELLO	.000	23	4.2	32.8
AIUTI DA PARTE DI FIGLI -					
GENERO - NUORA	NON RICEVE	.000	134	24.4	70.1
AIUTI DA PARTE DEL CONIUGE	NON RICEVE	.000	273	49.6	86.6
AIUTI DA PARTE DI ALTRI					
PARENTI	RICEVE	.000	330	60.0	92.5
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO CON FIGLI				
	+ ALTRI	.000	145	26.4	46.3
AREA TERRITORIALE	LUCCA	.001	99	18.0	32.8
LA FAMIGLIA RICEVE	RICEVE				
CONTRIBUTI	CONTRIBUTI	.003	83	15.1	26.9
LE DIFFICOLTÀ LE PUO	PER NIENTE/				
CAPIRE SOLO UN ESPERTO	POCO D'ACCORDO	.005	267	48.5	62.7
TIPOLOGIA DEI SERVIZI					
UTILIZZATI	SOLO PRIVATI	.005	45	8.2	16.4
AIUTI DA PARTE DI					
VICINI-AMICI	RICEVE	.016	201	36.5	47.8
LA FAMIGLIA DEVE					
RESPONSABILIZZ. NON LO STATO	D'ACCORDO	.024	175	31.8	41.8
ETÀ DEL CARE-GIVER	FINO A 49	.025	95	17.3	25.4
	ANNI				
INDICE DI ATTESE NEI					
CONFRONTI DEI PARENTI	MEDIO	.027	103	18.7	26.9
USO DEI SERVIZI	USA	.028	154	28.0	37.3
DOMICILIARI					
.....					
.....					
INDICE DI INTERSCAMBIO	ALTO	.069	44	8.0	11.9
.....					
.....					

TAB. 38 - FAMIGLIA CON INVALIDO - CONIUGE COME CARE-GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
TIPOLOGIA FAMILIARE	CONIUGE+ALTRI	.000	58	12.9	98.1
AIUTI DA PARTE DEL CONIUGE	RICEVE	.000	63	14.0	94.2
AIUTI DA PARTE DELLA MADRE	NON RICEVE	.000	105	23.3	82.7
AIUTI DA PARTE DEL PADRE	NON RICEVE	.000	193	42.9	86.5
ETÀ DEL CARE-GIVER	FINO A 49 ANNI	.000	98	21.8	59.6
SESSO DEL CARE-GIVER	MASCHIO	.000	89	19.8	50.0
AUTOSUFFICIENZA					
ATTIVITÀ IN CASA	ALTA	.000	80	17.8	44.2
INDICE DI INTERSCAMBIO	ALTO	.000	15	3.3	15.4
AUTOSUFFICIENZA ATTIVITÀ FONDAMENTALI	ALTA	.000	144	32.0	55.8
USO DI SERVIZI SOCIALIZZANTI	NON USA	.000	263	58.4	80.8
STATUS SOCIO-ECONOMICO DELLA FAMIGLIA	ALTO	.002	73	16.2	30.8
AUTOSUFFICIENZA					
ATTIVITÀ FUORI CASA	ALTA	.002	68	15.1	28.8
AIUTI DA PARTE DEI VOLONTARI	NON RICEVE	.002	388	86.2	96.2
PIU FACILE PARLARE CON ESPERTO	NON INDICA	.008	396	88.0	96.2
AIUTI DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI	NON RICEVE	.009	384	85.3	94.2
AIUTI DA PARTE DI VICINI/AMICI	RICEVE	.017	160	35.6	48.1
LO STATO DEVE AIUTARE	MOLTO				
ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO	D'ACCORDO	.020	304	67.6	78.8
FIDUCIA SOLO A CHI AIUTA	MOLTO				
PER SOLIDARIETÀ	D'ACCORDO	.036	161	35.8	46.2
PER PROBLEMI SI DEVE CONTARE	ABBASTANZA				
SUI FAMILIARI	D'ACCORDO	.037	129	28.7	38.5
INDICE DI FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI	ALTO	.040	12	2.7	5.8
OTTIENE AIUTO DA UN AMICO	INDICA	.041	107	23.8	32.7
INDICE DI FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI	MEDIO	.042	36	8.0	13.5
MAGGIORE PARTECIPAZIONE ALLA	MOLTO				

TAB. 39 - FAMIGLIA CON INVALIDO - MADRE COME CARE-GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
AIUTI DA PARTE DELLA MADRE	RICEVE	.000	345	76.7	100.0
SESSO DEL CARE GIVER	FEMMINA	.000	361	80.2	100.0
TIPOLOGIA FAMILIARE	PADRE-MADRE	.000	228	50.7	68.2
	E ALTRI				
AIUTI DA PARTE DEL CONIUGE	NON RICEVE	.000	387	86.0	96.8
AIUTI DA PARTE DEL PADRE	RICEVE	.000	257	57.1	67.5
ETÀ DEL CARE GIVER	DA 50 A 64	.000	215	47.8	54.4
	ANNI				
AUTOSUFFICIENZA					
ATTIVITÀ IN CASA	BASSA	.000	213	47.3	53.4
ETÀ DEL CARE GIVER	65 ANNI E OLTRE	.000	137	30.4	35.7
AIUTI DA PARTE DI ALTRI					
PARENTI	NON RICEVE	.003	162	36.0	40.6
AREA TERRITORIALE	MILANO	.004	202	44.9	49.5
USO DI SERVIZI SOCIALIZZANTI	USA	.005	187	41.6	45.9
INDICE DI INTERSCAMBIO	BASSO	.005	170	37.8	42.0
AIUTI DA PARTE DI					
VICINI-AMICI	NON RICEVE	.007	290	64.4	68.6
FAMIGLIA DEVE					
RESPONSABILIZZARSI NON	ABBASTANZA				
STATO	D'ACCORDO	.007	96	21.3	24.7
OTTIENE AIUTO DA UN AMICO	NON INDICA	.007	343	76.2	79.9
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO CON UN	.010	73	16.2	19.1
	GENITORE				
PIU FACILE PARLARE					
CON ESPERTO	INDICA	.023	54	12.0	14.1

TAB. 40 - FAMIGLIA CON INVALIDO - PADRE COME CARE GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
SESSO DEL CARE GIVER	MASCHIO	.000	89	19.8	100.0
AIUTI DA PARTE DEL PADRE	RICEVE	.000	257	57.1	97.6
ETÀ DEL CARE GIVER	65 ANNI E OLTRE	.000	137	30.4	59.5
AREA TERRITORIALE	BOLOGNA	.000	151	33.6	57.1
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO CON UN GENITORE	.000	73	16.2	35.7
AIUTI DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI	RICEVE	.002	66	14.7	31.0
LA FAMIGLIA RICEVE	NESSUN				
CONTRIBUTI	CONTRIBUTO	.002	136	30.2	50.0
INDICE DI FIDUCIA NEI CONFRONTI DEL VOLONTARIATO	MEDIO	.006	93	20.7	35.7
INDICE DI CHIUSURA	POCO APERTO	.006	103	22.9	38.1
AIUTI DA PARTE DI ALTRI PARENTI	NON RICEVE	.008	162	36.0	52.4
I PARENTI AIUTANO SENZA	PER NIENTE/				
ASPETTARSI NULLA	POCO D'ACCORDO	.011	230	51.1	66.7
AIUTI DA PARTE DI VICINI/AMICI	NON RICEVE	.012	290	64.4	78.6
OTTIENE AIUTO DA UN AMICO	NON INDICA	.013	343	76.2	88.1
N° COMPONENTI DELLA FAMIGLIA	2	.020	106	23.6	35.7
AUTOSUFFICIENZA					
ATTIVITÀ FONDAMENTALI	ALTA	.020	144	32.0	45.2
.....					
.....					
INDICE DI INTERSCAMBIO	MEDIO-BASSO	.061	130	28.9	38.1
.....					
.....					

TAB. 41 - FAMIGLIA CON INVALIDO - FRATELLO/SORELLA COME CARE GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
AIUTI DA PARTE DI ALTRI PARENTI	RICEVE	.000	288	4.0	100.0
TIPOLOGIA FAMILIARE	FRATELLI-FIGLI ALTRI	.000	42	9.3	54.8
AIUTI DA PARTE DELLA MADRE	NON RICEVE	.000	105	23.3	61.9
ETÀ DEL CARE GIVER	FINO A 49 ANNI	.000	98	21.8	57.1
AIUTI DA PARTE DEL PADRE	NON RICEVE	.000	193	42.9	78.6
TIPOLOGIA FAMILIARE	UN GENITORE E ALTRI	.001	48	10.7	26.2
OTTIENE AIUTO DA UN AMICO	INDICA	.001	107	23.8	42.9
SESSO DEL CARE GIVER	MASCHIO	.004	89	19.8	35.7
COMPETENTI NON IMPORTANO	PER NIENTE				
I COSTI	POCO D'ACCORDO	.011	197	43.8	59.5
USO DI SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)	NON USA	.019	361	80.2	90.5
FIDUCIA SOLO A CHI AIUTA	PER NIENTE				
PER SOLIDARIETÀ	POCO D'ACCORDO	.030	159	35.3	47.6
AIUTI DA PARTE DI VICINI/AMICI	RICEVE	.032	160	35.6	47.6
INDICE DI DIFFIDENZA	UN PO' DIFF.	.043	70	15.6	23.8
.....					
.....					
INDICE DI INTERSCAMBIO					

TAB. 42 - NUCLEO MONOGENITORIALE - MADRE COME CARE GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
SESSO DEL CARE GIVER	FEMMINA	.000	416	92.4	100.0
AIUTI DA PARTE DELLA MADRE	RICEVE	.000	429	95.3	100.0
TIPOLOGIA FAMILIARE	SOLO CON MADRE	.000	163	36.2	40.3
AIUTI DA PARTE DEL PADRE	NON RICEVE	.000	230	51.1	55.4
TIPOLOGIA FAMILIARE	MADRE+FRAT. +SOR.	.000	114	25.3	28.0
USO DEI SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)	NON USA	.000	402	89.3	91.3
INDICE DI DIFFIDENZA	NON DIFFIDENTE	.001	290	64.4	66.8
STATO CIVILE DEL CARE GIVER	SEPARATA/DIVORZ.	.001	287	63.8	66.1
STATO CIVILE DEL CARE GIVER	NUBILE	.002	117	26.0	27.7
ETÀ DEL CARE GIVER	DA 30 A 34 ANNI	.002	130	28.9	30.7
MEGLIO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE	PER NIENTE/ POCO D'ACCORDO	.002	176	39.1	41.1
AREA TERRITORIALE	BOLOGNA	.004	148	32.9	34.7
INDICE DI INTERSCAMBIO	ALTO	.006	78	17.3	18.6
STATUS SOCIO-ECONOMICO DELLA FAMIGLIA	BASSO	.016	83	18.4	19.6
IMPORTANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI/AIUTI	PER NIENTE POCO D'ACCORDO	.021	36	8.0	8.7
COMPETENTI, NON IMPORTANO I COSTI	MOLTO D'ACCORDO	.022	93	20.7	21.8
ETÀ DEL CARE GIVER	FINO A 29 ANNI	.022	93	20.7	21.8

TAB. 43 - NUCLEO MONOGENITORIALE - PADRE COME CARE GIVER

	MODALITÀ DI RISPOSTA	SIGNIFI- CATIVITÀ	V.A.	% SU 550	% NEL GRUPPO
TIPOLOGIA FAMILIARE	CON PADRE E ALTRI	.000	37	8.2	97.1
AIUTI DA PARTE DEL PADRE	RICEVE	.000	220	48.9	100.0
AIUTI DA PARTE DELLA MADRE	NON RICEVE	.000	21	4.7	58.8
USO DEI SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)	USA	.000	48	10.7	32.4
STATO CIVILE DEL CARE GIVER	VEDOVO	.000	34	7.6	26.5
LE FAMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO	ABBASTANZA D'ACCORDO	.000	154	34.2	61.8
AREA TERRITORIALE	MILANO	.000	202	44.9	70.6
INDICE DI ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO	BASSO	.002	83	18.4	38.2
ETÀ DEL CARE GIVER	40. ANNI E OLTRE	.003	110	24.4	44.1
INDICE DI INTERSCAMBIO COMPETENTI NON IMPORTANO	MEDIO/BASSO ABBASTANZA	.009	79	17.6	32.4
I COSTI	D'ACCORDO	.012	115	25.6	41.2
FAMIGLIA DEVE RESPONSABILIZZARSI NON	ABBASTANZA				
LO STATO	D'ACCORDO	.017	108	24.0	38.2
INDICE DI DIFFIDENZA	UN PO' DIFF.	.026	70	15.6	26.5
AIUTI DA PARTE DI ALTRI PARENTI	RICEVE	.037	259	57.6	70.6
INDICE DI DIFFIDENZA	DIFFIDENTE	.054	90	20.0	29.4
STATUS SOCIO-ECONOMICO	MEDIO-ALTO	.056	149	33.1	44.1

5. Famiglie, servizi pubblici, privati e di volontariato: utilizzo e orientamenti di politica sociale

di Giovanna Rossi

1. Premessa

Scopo di questo capitolo è un'analisi delle modalità e dei criteri di utilizzo dei servizi da parte dei nostri intervistati, con l'intento di comprendere:

- se e quale cultura dei servizi emerga sia nell'intero universo oggetto dell'indagine, sia nei diversi sottocampioni (anziani, minori, invalidi);
- se e quale relazione esista tra la specifica situazione di problematicità e la cultura dei servizi e, più particolarmente, il concreto utilizzo dei servizi.

Una particolare attenzione sarà poi rivolta al ricorso ai servizi offerti dal volontariato, sia per comprenderne la reale portata, sia per individuare il significato, tanto a livello di immagine, quanto a livello di aiuto concreto, dell'azione volontaria per le famiglie in difficoltà che abbiamo preso in considerazione.

2. Le ipotesi

Dobbiamo innanzitutto sottolineare che i tre gruppi di famiglie problematiche prese in esame nel corso della nostra indagine presen-

cure che si esplicita ad un tempo in una elevata esigenza di personalizzazione e in un livello minimo di standardizzazione dei servizi); dall'altro tali realtà familiari si differenziano per una diversa valenza temporale del bisogno di cura. Sotto quest'ultimo profilo, infatti, è possibile distinguere tra un bisogno permanente (handicap), un bisogno in evoluzione verso una progressiva emancipazione (minore), ed un bisogno in evoluzione verso una crescente dipendenza (anziano). A questa diversa dimensione temporale del bisogno si aggiunge il fatto che le famiglie stanno attraversando differenti fasi del ciclo di vita. Come avremo modo di constatare, la diversa collocazione nella storia familiare tende anche a determinare, più o meno rigidamente, le risorse che la famiglia può avere a disposizione a livello economico-materiale e, prima ancora, a livello di possibilità/capacità di attivare aiuti interni e/o esterni al nucleo, in particolare sotto lo specifico profilo della «competenza» nell'individuazione-conoscenza e nell'utilizzo dei servizi. Appare in effetti oggi sempre più evidente che, anche a causa delle difficoltà (economiche ed operative) dei servizi dello Stato sociale, l'effettiva soddisfazione dei bisogni e, soprattutto di quelli delle persone in situazione di disagio o debolezza, parte ineludibilmente dal nucleo familiare, in funzione o di richiedente, o di erogatore parziale o totale di servizi, o di coordinatore di risorse provenienti dalle reti primarie di parentela, dal volontariato, dal mercato e dalle istituzioni statali. E ciò soprattutto perché le necessità dei soggetti presi in considerazione nel corso dell'indagine esigono una risposta «vicina», flessibile e mutevole nel tempo, che può essere resa disponibile solo attraverso il paziente lavoro di connessione di tutte le risorse presenti, gestito in primo luogo, ed in via diretta, dalla famiglia.

Appare quindi realistico ipotizzare - ed è quanto ci proponiamo innanzitutto di verificare - una stretta relazione tra la struttura familiare (tipologia della famiglia, numero dei componenti, luogo di residenza...) e la cultura familiare (per comprendere la quale faremo essenzialmente riferimento a dati quali lo status socio-economico della famiglia, il livello di scolarità del care-giver, l'atteggiamento di apertura o di chiusura rispetto all'esterno) da un lato, e modalità e criteri di ricorso ai servizi dall'altro (natura e tipo dei servizi utilizzati, frequenza del ricorso ai servizi stessi...). In questo senso, non possiamo non sottolineare la rilevanza delle comunità

soggetti in difficoltà, attraverso la rete familiare e parentale: è infatti attraverso quest'ultimo canale che i servizi «arrivano» alla persona che ne ha bisogno.

Per quanto riguarda poi più specificamente il rapporto tra famiglia e realtà di volontariato, più o meno organizzato, ciò che è in gioco è la natura spesso ambivalente dell'offerta di sostegno da parte del volontariato stesso ai nuclei familiari in difficoltà. Numerose ricerche hanno in effetti messo in luce come i volontari tendano a privilegiare quale referente del proprio intervento le situazioni in cui la famiglia è assente o del tutto inadeguata, agendo quindi secondo una logica prevalente di sostituzione. Questa tendenza, comprensibile in un'ottica di razionalizzazione delle risorse da parte del volontariato, può avere ulteriori spiegazioni osservando il punto di vista delle famiglie stesse. Infatti l'accesso alle risorse esterne esige che la famiglia abbia una buona competenza comunicativa e sia disponibile ad allargare i propri confini interni; inoltre, l'inclusione di un soggetto volontario all'interno delle risorse familiari implica per la famiglia un doppio, complesso riconoscimento della propria condizione di bisogno. Non solo ci si trova in presenza di una difficoltà (bisogno di assistenza), ma anche di una impossibilità o inadeguatezza a farvi fronte (bisogno di supporto). La disponibilità, quindi, a farsi aiutare da soggetti esterni alla rete che si attivano secondo una modalità gratuita (propria dei legami primari) dipende da una elaborazione della propria condizione di bisogno, non scontata per tutti.

In sintesi, quindi, per ciò che concerne le relazioni tra famiglie problematiche e volontariato, riteniamo di poter ipotizzare che tali relazioni da un lato siano improntate ad un criterio di intervento in sostituzione della famiglia da parte del volontariato, dall'altro richiedano, per potersi sviluppare in maniera produttiva, tale cioè da consentire un utilizzo efficace dei servizi offerti da quest'ultimo, una certa competenza comunicativa da parte della famiglia in difficoltà.

3. L'analisi dei dati

Tab. 1 - Tipologia dei servizi utilizzati

	Valore assoluto	%
Non usa alcun servizio	280	19.3
Usa solo pubblici	638	44.0
Usa solo privati	90	6.2
Usa pubblici e privati	306	21.1
Usa solo volontariato	17	1.2
Usa volontariato e altri	119	8.2
Totale	1450	100.0

fondamentale tecnica statistica di cui ci avvarremo in questa sede è la *cluster analysis*, che ci consente di raggruppare i soggetti intervistati sulla base di specifiche caratteristiche strutturali e/o culturali che contraddistinguono i diversi gruppi o classi.

Prima però di passare ad illustrare i risultati di quest'analisi multivariata, ci sembra utile ed opportuno fornire, sulla base delle distribuzioni di frequenza rilevate dai questionari, qualche dato generale circa la natura ed il tipo di servizi ai quali i nostri intervistati hanno dichiarato di aver fatto e di fare ricorso. Come si può osservare (tab. 1), a fronte del 19,3% degli intervistati che ha affermato di non utilizzare alcun servizio, una rilevante quota degli appartenenti al nostro campione (44%) fa ricorso esclusivamente a servizi pubblici, mentre il 21,1% risulta utilizzare contemporaneamente sia servizi pubblici che privati. Esigua è la percentuale di coloro che si rivolgono solo al settore privato (6,2%). Infine, il 9,6% dei soggetti intervistati (pari a 136 casi) ricorre ai servizi di volontariato, in combinazione con altre tipologie. Quasi trascurabile, come si può notare, la quota di coloro che fanno esclusivo conto sulle strutture e sugli interventi di volontariato (1,2%).

La tab. 2 illustra analiticamente, suddivisi secondo il diverso carattere, i vari tipi di servizi utilizzati dai soggetti che hanno collaborato alla nostra indagine.

Può essere interessante ora analizzare in modo più specifico, sempre attraverso i dati ricavati dalle distribuzioni di frequenza, i

Tab. 2 - Utilizzo di servizi in base alla tipologia: pubblici-privati-volontariato (*)

Servizi	Pubblici	Privati	Volontariato	Complessivi
Assistenza domicil. aiuto domestico	1.5	10.2	0.4	11.9
Assistenza domicil. infermieristica	3.7	6.3	0.2	9.9
Aiuto educativo	2.9	2.0	1.8	6.7
Assistenza notturna	0.5	1.3	0.1	1.9
Ospedalizzazione a domicilio	1.6	0.7	0.2	1.8
Day hospital	4.0	0.2	—	4.2
Ricovero ospedale-clinica	27.3	2.9	—	29.4
Ricovero centri specialistici	16.7	7.6	—	22.5
Ricovero case riposo (*)	0.2	0.2	0.2	—
Strutture accoglienza	1.0	0.6	0.5	2.1
Laboratori analisi	39.7	6.1	—	43.6
Consultorio familiare	4.8	0.1	0.2	5.1
Consultorio pediatrico (**)	29.8	3.3	0.0	32.2
Serv. neuropsichiatria infantile (**)	4.2	0.7	—	4.9
Centro socio educativo (***)	14.9	0.9	3.3	18.9
Animazione del tempo libero (°)	5.7	3.0	8.0	15.9
Compagnia accompagnamento	1.4	2.6	2.3	6.3
Servizio trasporti - Buoni taxi	7.6	1.0	0.3	8.6
Telesoccorso (°°)	0.3	0.1	0.2	0.6
Soggiorni climatici - Colonie estive	7.9	2.5	2.4	12.1
Laboratorio protetto (***)	4.9	0.2	1.3	6.4
Lavaggio biancheria - Buoni pasto (°°)	1.1	0.5	0.1	1.6
Assistenza sociale-legale	11.2	2.4	0.8	14.1
Totale uso servizi	72.8	31.3	9.4	80.7

(*) Nella lettura della tabella, occorre tener presente sia la possibilità offerta a ciascun intervistato di fornire risposte multiple sulle tipologie di servizi utilizzati, sia la presenza di tipologie di servizi non utilizzabili da tutti e tre i gruppi di famiglie in difficoltà del nostro campione. Per questo il totale delle colonne risulta diverso da 100.

(*) Percentuali calcolate solo sul campione anziani.

(**) Percentuali calcolate solo sul campione monogenitori.

(***) Percentuali calcolate solo sul campione invalidi.

(°) Percentuali calcolate escludendo il campione anziani.

(°°) Percentuali calcolate escludendo il campione monogenitori.

I nuclei familiari con anziani (tab. 3) hanno fatto ricorso a qualche tipo di servizio nell'84% dei casi; si tratta in prevalenza (47%) di servizi pubblici, anche se una percentuale significativa di tali

Tab. 3 - Tipologia dei servizi utilizzati - Anziani

	Valore assoluto	%
Non usa alcun servizio	88	16.0
Usa solo pubblici	260	47.3
Usa solo privati	45	8.2
Usa pubblici e privati	148	26.9
Usa solo volontariato	0	0.0
Usa volontariato e altri	9	1.6
Totale	550	100.0

Tab. 4 - Utilizzo di servizi in base alla tipologia: pubblici-privati-volontariato (*) - Anziani

Servizi	Pubblici	Privati	Volontariato	Complessivi
Assistenza domicil. aiuto domestico	1.6	14.5	0.0	16.0
Assistenza domicil. infermieristica	3.6	11.8	0.2	15.3
Assistenza notturna	0.5	2.5	0.0	3.1
Ospedalizzazione a domicilio	2.4	0.9	—	2.4
Day hospital	2.4	0.2	—	2.5
Ricovero ospedale-clinica	34.2	4.2	—	37.6
Ricovero centri specialistici	14.4	7.5	—	20.0
Ricovero case riposo	0.2	0.2	0.0	0.2
Strutture accoglienza	0.0	0.4	0.0	0.4
Laboratori analisi	56.0	9.1	—	63.1
Consultorio familiare	0.5	0.0	0.0	0.5
Compagnia accompagnamento	0.9	0.9	0.2	2.0
Servizio trasporti - Buoni taxi	3.5	1.3	0.4	4.7
Telesoccorso	0.5	0.2	0.4	1.1
Soggiorni climatici	2.5	1.8	0.0	4.4
Lavaggio biancheria - Buoni pasto	0.7	0.4	0.0	1.1
Assistenza sociale-legale	3.1	0.4	0.7	4.2
Totale uso servizi	75.8	36.0	1.6	84.0

Tab. 5 - Tipologia dei servizi utilizzati - Monogenitoriali

	Valore assoluto	%
Non usa alcun servizio	104	23,1
Usa solo pubblici	185	41,1
Usa solo privati	25	5,6
Usa pubblici e privati	85	18,9
Usa solo volontariato	11	2,4
Usa volontariato e altri	40	8,9
Totale	450	100,0

privati. Ci pare inoltre vada sottolineato il dato secondo cui nessuno dei soggetti e delle famiglie di questo sottocampione è ricorso al volontariato, sebbene una limitatissima quota (1,6%) abbia dichiarato di aver utilizzato quest'ultima tipologia in combinazione con altre.

Tra i servizi più frequentemente utilizzati dagli anziani (tab. 4) ¹ i dati raccolti hanno evidenziato i laboratori di analisi (63,1% dei casi), il ricovero in ospedale o clinica (37,6%) ed il ricovero presso centri specialistici (20%). Ciò è facilmente comprensibile se si tiene conto dell'età molto avanzata e dei frequenti problemi di salute, ad essa inevitabilmente legati, degli anziani di cui si è occupata la nostra indagine.

Per quanto riguarda le famiglie monogenitoriali (tab. 5), a fronte di un 23,1% che non ha usufruito di alcun servizio, gran parte dei *care-givers* intervistati (41,1%) si è rivolto solo a strutture pubbliche, ed il 18,9% ha fatto ricorso contemporaneamente a servizi pubblici e privati.

Il 15,6% ha poi fatto uso esclusivo di servizi privati ed una percentuale, seppur molto esigua (2,4%), si è rivolta al volontariato. Tale percentuale raggiunge l'8,9 se si considerano coloro che hanno fatto ricorso a servizi di volontariato unitamente ad altre tipologie. Questi nuclei familiari e questi soggetti hanno utilizzato soprattutto (tab. 6) i consultori pediatrici (32,2%), i laboratori di analisi (26,7%), il ricovero presso centri specialistici (21,3%) e presso ospedali e cliniche (19,1%). Piuttosto frequente è risultato anche il

Tab. 6 - Utilizzo di servizi in base alla tipologia: pubblici-privati-volontariato (*) - Monogenitoriali

Servizi	Pubblici	Privati	Volontariato	Complessivi
Assistenza domicil. aiuto domestico	0,0	8,0	0,4	8,4
Assistenza domicil. infermieristica	0,9	1,1	0,0	2,0
Aiuto educativo	2,9	2,0	1,8	6,7
Assistenza notturna	0,4	0,2	0,2	0,9
Day hospital	6,9	0,2	-	7,1
Ricovero ospedale-clinica	17,6	1,8	-	19,1
Ricovero centri specialistici	14,9	8,4	-	21,3
Strutture accoglienza	0,0	0,0	0,9	0,9
Laboratori analisi	24,4	4,4	-	26,7
Consultorio familiare	12,9	0,4	0,4	13,6
Consultorio pediatrico	29,8	3,3	0,0	32,2
Serv. neuropsichiatria infantile	4,2	0,7	-	4,9
Animazione del tempo libero	6,2	4,7	6,7	16,4
Compagnia accompagnamento	0,0	4,4	0,7	5,1
Servizio trasporti - Buoni taxi	2,4	0,4	0,0	2,9
Colonie estive	8,4	2,7	2,2	12,9
Assistenza sociale-legale	13,1	5,3	0,4	18,7
Totale uso servizi	67,6	29,6	11,3	76,9

(*) Nella lettura della tabella, occorre tener presente la possibilità offerta a ciascun intervistato di fornire risposte multiple sulle tipologie di servizi utilizzati. Per questo il totale delle colonne risulta diverso da 100.

ricorso a servizi di assistenza sociale e legale (18,7%) e di animazione del tempo libero (16,4%). In effetti, come si può facilmente immaginare, i genitori soli si trovano spesso a far fronte da un lato ad esigenze di cura, custodia ed intrattenimento dei figli, dall'altro a questioni di natura sociale (ad esempio, necessità di orari di lavoro flessibili) e legale (ciò soprattutto se si tratta di separati/e o divorziati/e).

Da ultimo, possiamo notare che anche le famiglie con invalidi (tab. 7), le quali hanno utilizzato qualche tipo di servizio nel 79,4% dei casi, si sono rivolte per una consistente quota (42,9%) a strutture pubbliche. Il 16,2% di questi intervistati ha affermato di aver fatto

Tab. 7 - Tipologia dei servizi utilizzati - Invalidi

	Valore assoluto	%
Non usa alcun servizio	88	19.6
Usa solo pubblici	193	42.9
Usa solo privati	20	4.4
Usa pubblici e privati	73	16.2
Usa solo volontariato	6	1.3
Usa volontariato e altri	70	15.5
Totale	450	100.0

Tab. 8 - Utilizzo di servizi in base alla tipologia: pubblici-privati-volontariato (*) - Invalidi

Servizi	Pubblici	Privati	Volontariato	Complessivi
Assistenza domicil. aiuto domestico.	2.9	7.1	0.9	10.4
Assistenza domicil. infermieristica	6.7	4.7	0.4	11.3
Assistenza notturna	0.4	0.9	0.2	1.6
Ospedalizzazione a domicilio	0.7	0.4	0.2	1.1
Day hospital	3.1	0.2	—	3.3
Ricovero ospedale-clinica	28.7	2.4	—	29.8
Ricovero centri specialistici	21.3	6.9	—	26.7
Strutture accoglienza	3.3	1.3	0.7	5.3
Laboratori analisi	35.1	4.0	—	36.7
Consultorio familiare	2.0	0.0	0.2	2.2
Centro socio educativo	14.9	0.9	3.3	18.9
Animazione del tempo libero	5.1	1.3	9.3	15.3
Compagnia accompagnamento	3.6	2.9	6.7	12.9
Servizio trasporti - Buoni taxi	17.8	1.1	0.4	19.1
Soggiorni climatici - Colonie estive	14.0	3.1	5.6	20.7
Laboratorio protetto	4.9	0.2	1.3	6.4
Lavaggio biancheria - Buoni pasto	1.6	0.7	0.2	2.2
Assistenza sociale-legale	19.3	2.0	1.1	21.8
Totale uso servizi	74.2	27.3	16.9	80.4

Assai limitata è poi la quota di coloro che si sono rivolti al volontariato (1,3%); tale quota, tuttavia, aumenta considerevolmente, raggiungendo il 15,5% se si prendono in considerazione famiglie e soggetti che hanno utilizzato servizi di volontariato unitamente ad altre tipologie. Questi intervistati, com'era del resto logico attendersi, hanno fatto principalmente ricorso (tab. 8) a servizi medico-sanitari: laboratori di analisi (36,7%), ricoveri in ospedali e cliniche (29,8%) e presso centri specialistici (26,7%). Abbastanza frequente è risultato anche l'uso di servizi di assistenza sociale e legale (21,8%), di soggiorni climatici e di colonie estive (20,7%), di centri socio-educativi (18,9%) e di animazione del tempo libero (15,3%). Le esigenze di trasporto degli invalidi vengono risolte in una significativa percentuale di casi (19%) attraverso il ricorso a servizi specifici e a buoni-taxi.

A questo punto, la cluster analysis può fornirci qualche informazione più approfondita sulle famiglie in difficoltà che abbiamo preso in considerazione, sui problemi che si trovano quotidianamente ad affrontare e, soprattutto, sugli orientamenti più diffusi tra le famiglie stesse nei riguardi dei servizi e, più in generale, degli aiuti interni ed esterni alla rete parentale che ricevono o desidererebbero ricevere. A tal fine, prenderemo in considerazione dapprima l'intero campione (1450 casi) e successivamente - e separatamente l'uno dagli altri - i tre sottocampioni (anziani, minori, invalidi).

4. La cluster analysis dell'intero campione

Prendiamo innanzitutto in esame la cluster analysis dell'intero campione. Dobbiamo peraltro precisare che quest'ultimo è stato oggetto di tre diverse cluster analysis, delle quali una non vincolata e due vincolate (rispettivamente alla tipologia dei servizi utilizzati e al ricorso o meno al volontariato).

4.1. Un ritratto delle famiglie in difficoltà

Ci soffermeremo in primo luogo sulla cluster analysis non vinco-

l'inserimento di opportune variabili ², in modo da poter ottenere informazioni riguardo a specifiche aree tematiche. Abbiamo voluto esplorare gli orientamenti di politica sociale degli intervistati (ed in

2. Le variabili inserite in questa cluster analysis sono le seguenti:

ID	=	Identità della famiglia intervistata
V84	=	Numero di componenti della famiglia
V245	=	Più facile parlare con esperto
V254	=	Ottiene aiuto da un parente non conviv.
V256	=	Ottiene aiuto da un amico
V259	=	Ottiene aiuto da nessuno in particolare
V1268	=	X problemi si deve contare sui familiari
V1269	=	I parenti aiutano senza aspettarsi nulla
V1270	=	Difficoltà può capire solo un esperto
V1271	=	Importante poter scegliere servizi-aiuti
V1272	=	Stato deve garantire servizi gratuiti
V1273	=	Il volontariato aiuta più quello dello Stato
V1274	=	Fiducia solo a chi aiuta per solidarietà
V1275	=	Fam. deve responsabilizzarsi- Non Stato
V1276	=	Competenti, non importano i costi
V1277	=	Lee famiglie devono aiutarsi fra di loro
V1278	=	Lo Stato deve aiutare ass. volontariato
V1279	=	Meglio pagare privatamente, non tasse
V1280	=	Meglio famiglie che aiutano le altre
V1281	=	Maggior partecipazione gestione assistenza
AREA	=	Area territoriale
CONTRIB	=	La famiglia riceve contributi
SEX_CG	=	Sesso del care-giver
ETA_CG	=	Età del care-giver
RSCAMBIO	=	Indice di interscambio
RCHIUSO	=	Indice di chiusura
STAT	=	Status socio economico della famiglia
AIUTL_AV	=	Aiuti da parte di vicini-amici
AIUTL_V	=	Aiuti da parte di volontari
AIUTL_O	=	Aiuti da parte di operatori pubblici
AIUTL_OP	=	Aiuti da parte di operatori a pagamento
SERDOM	=	Uso di servizi domiciliari (non sanitari)
SERSAN	=	Uso di servizi sanitari (non lab. analisi)
S11	=	Uso di lab. analisi-centri diagnostici
SERSOC	=	Uso di servizi socializzanti
SERALT	=	Uso di altri servizi
SERVIZI	=	Tipologia dei servizi utilizzati
ATT_P	=	Indice attese nei confronti dei parenti
FID_P	=	Indice fiducia nei confronti dei parenti
ATT_A	=	Indice attese nei confronti degli amici
FID_A	=	Indice fiducia nei confronti degli amici
ATT_V	=	Indice attese nei confronti di volontari

particolare il loro giudizio sul volontariato, l'atteggiamento verso l'associazionismo familiare ed il significato attribuito al valore della solidarietà in generale e soprattutto alla solidarietà interfamiliare), la tipologia dei servizi utilizzati e l'eventuale ricorso ad operatori pubblici o a pagamento; abbiamo cercato inoltre di renderci conto delle attese che questi soggetti nutrono rispetto all'intervento dello Stato, dei parenti, degli amici e dei volontari in loro favore e della fiducia che essi ripongono nell'effettiva possibilità che tali attese si realizzino, nell'atteggiamento di diffidenza o di fiducia, di chiusura o di apertura verso la realtà esterna alla famiglia dei soggetti stessi e della frequenza con cui questi ultimi intrattengono scambi con parenti non conviventi, amici e vicini. Di questa cluster analysis non vincolata, che ha portato all'individuazione di sei classi, commenteremo solo le prime quattro classi, dal momento che le ultime due non risultano significative né dal punto di vista quantitativo, né dal punto di vista del contenuto.

Prima classe - La famiglia in apparenza senza particolari problemi

Si raggruppano in questa classe, che è la più numerosa, 470 soggetti, pari al 32,4% del campione.

Dal punto di vista strutturale, ritroviamo in questa classe in prevalenza famiglie monogenitoriali (il 40% dei soggetti della classe vive in nuclei familiari di questo tipo), abitanti a Lucca. Una rilevante percentuale di questi soggetti (37,4%) non ha utilizzato alcun servizio, mentre il 51,5% ha fatto ricorso esclusivamente a servizi pubblici. Il care-giver ha nel 24,7% dei casi un'età compresa tra i 30 ed i 39 anni, e per il 10,6% un'età compresa entro i 29.

Per ciò che riguarda gli orientamenti, i soggetti compresi in questa classe mostrano in ampia maggioranza scarsa fiducia nella capacità/volontà dello Stato di attivarsi maggiormente nei loro confronti, ed in un terzo circa dei casi hanno espresso scarse attese nei confronti dello stesso ³. Peraltro, essi non ritengono neppure che potranno in futuro ricevere un aiuto più incisivo da parenti e volontari. Nonostante ciò, il 29,4% degli appartenenti a questa classe riceve

3. Con il termine attese intendiamo indicare i desideri e le aspettative degli intervistati nei riguardi dei parenti, degli amici, dei volontari e dello Stato, vale a dire ciò che gli intervistati ritengono che essi debbano ricevere.

aiuti da un parente non convivente, il 13,8% intrattiene con la rete parentale ed amicale scambi frequenti e ben il 61,1% mostra un atteggiamento non diffidente verso parenti, amici, vicini, operatori pubblici e privati e volontari. Per una consistente quota di questi soggetti, poi, il reciproco aiuto tra famiglie in difficoltà non riveste grande utilità e significato.

Non sembrano emergere, qui, particolari problemi cui far fronte, né particolari richieste nei riguardi di reti parentali ed amicali, istituzioni pubbliche e servizi privati.

Seconda classe - Famiglia con risorse

La seconda classe riunisce 270 soggetti, pari al 18,6% del campione.

Dal punto di vista strutturale, questa classe non risulta caratterizzata sotto il profilo della tipologia familiare. Nel 50,7% dei casi sono presenti due componenti per nucleo familiare; si tratta di famiglie residenti nel 40,4% dei casi a Bologna, di status socio-economico alto per il 32,6%. Il care-giver ha nel 20,4% dei casi un'età compresa tra i 40 ed i 49 anni e per il 23% dai 30 ai 39 anni. I soggetti che convergono in questa classe hanno utilizzato in prevalenza (58,1%) contemporaneamente servizi pubblici e privati; particolarmente frequente è stato il ricorso ai servizi domiciliari non sanitari (58,1%), ai servizi socializzanti (42,2%), ai laboratori di analisi e ai centri diagnostici (60,4%) e ai servizi sanitari in genere (66,3%).

Dal punto di vista culturale, una rilevantissima percentuale di soggetti appartenenti a questa classe esprime scarsa fiducia nei confronti dello Stato (88,5%), dei parenti (90%), degli amici (95,6%) e dei volontari (79,6%). Malgrado questi soggetti dimostrino un atteggiamento piuttosto scettico nei confronti della solidarietà in generale, ed in particolare dell'aiuto solidale tra famiglie e nella famiglia (ritengono infatti di non dover contare sull'aiuto dei familiari nel 65,9% dei casi e si dimostrano scarsamente d'accordo sull'efficacia dell'aiuto tra famiglie nel 58,9%), essi, oltre a ricevere aiuti da parte di operatori a pagamento, vengono sostenuti ed aiutati anche da amici e vicini. Questi soggetti mostrano poi di avere un'immagine non positiva del volontariato (il 30,4% infatti manifesta disaccordo sull'affermazione secondo la quale il volontariato aiuta più dello Stato). Essi, infine, pur non esprimendo un atteggiamento garantista

Questa classe comprende famiglie che dispongono di risorse sufficienti per affrontare le difficoltà quotidiane (aiuti a pagamento e non) e degli strumenti necessari per procurarsi tali risorse (come dimostra lo status socio-economico).

Terza classe - La famiglia, le famiglie, la solidarietà

Questa è la classe meno numerosa: in essa confluiscono 197 soggetti, vale a dire il 13,6% del campione.

Sotto il profilo strutturale, possiamo osservare che in questa classe convergono prevalentemente famiglie con anziani (49,5% dei casi), composte da quattro o più persone (34,5%), di status socio-economico medio (36,5%). Il care-giver ha nel 26,9% dei casi un'età compresa tra i 50 e i 59 anni e nel 17,8% tra i 70 e i 79 anni. A fronte di una maggioranza di soggetti che ha utilizzato solo servizi pubblici (57,4%), il 25,4% non ha fatto ricorso ad alcun tipo di servizio.

Per ciò che riguarda gli orientamenti, un'ampia maggioranza degli appartenenti a questa classe non ritiene che lo Stato, i parenti e gli amici dovrebbero «fare di più» di quanto già non facciano in loro favore, né, d'altro canto, prevede che questi si attiveranno effettivamente in misura maggiore per aiutarli a far fronte alle loro necessità. Nonostante ciò, il 61,4% individua nei familiari le persone su cui contare principalmente nelle difficoltà. A fronte, poi, di scarse attese e di una limitata fiducia nelle intenzioni del volontariato di agire più incisivamente in loro aiuto, una consistente quota (87,3%) esprime completo accordo sull'opportunità di aiuti statali alle associazioni di volontariato, e sulla validità ed efficacia dell'azione dei volontari, giudicata superiore a quella dello Stato (79,7%). Coloro che rientrano in questo gruppo attribuiscono poi un grande rilievo al valore della solidarietà in generale (il 71,6%, infatti, ritiene di potersi fidare solo di chi aiuta per solidarietà) e alla solidarietà interfamiliare (rispettivamente il 62,4% ed il 58,9% ritiene infatti che i problemi delle famiglie in difficoltà possano essere risolti meglio attraverso il reciproco aiuto tra famiglie e che, proprio per questo, tali famiglie dovrebbero collaborare tra loro più strettamente di quanto in realtà non facciano). In questo senso, il 62,9% condivide pienamente l'affermazione secondo la quale la famiglia problematica dovrebbe re-

I soggetti di questa classe attribuiscono un grande rilievo a due valori: la famiglia e la solidarietà, fondamentali strumenti di sostegno nella situazione di debolezza e di disagio che caratterizza i propri nuclei familiari.

Quarta classe - La famiglia multiproblema

In questa classe convergono 436 soggetti, pari al 30,1% dell'intero campione.

Dal punto di vista strutturale, confluiscono in questo gruppo prevalentemente famiglie con invalidi (44% dei casi), composte da tre membri (36%), residenti a Milano (54,8%), in un quarto dei casi di status socio-economico basso. Il 20% dei care-giver che rientrano in questa classe ha un'età compresa tra i 60 e i 69 anni (presumibilmente si tratta di un genitore dell'invalido). Tra i servizi maggiormente utilizzati risultano esservi i servizi di volontariato, in combinazione con altre tipologie; in particolare, appare frequente tra questi soggetti il ricorso a servizi socializzanti (38,3%).

Sotto il profilo culturale, una certa diffidenza (20%) e, ancor più, un'atteggiamento di chiusura (36%) caratterizzano i soggetti che appartengono a questa classe, i quali, tra l'altro, in un terzo circa dei casi intrattengono scambi poco frequenti con parenti non conviventi, amici e vicini. Com'era logico attendersi, questi intervistati esprimono, in un'ampia maggioranza dei casi, un giudizio positivo sull'utilità e l'efficacia dell'azione dei volontari (l'88,8% ritiene infatti che il volontariato aiuti più dello Stato), manifestando anche, nei confronti di questi ultimi, attese di livello medio-alto circa un maggior intervento di questi ultimi a sostegno delle loro necessità ed un'elevata fiducia nella concreta realizzazione di tali aspettative. Alte attese tali soggetti mostrano di nutrire anche nei confronti dei parenti (18,6%), degli amici (10,8%) e soprattutto dello Stato (64,4%), forse proprio a causa della situazione di particolare difficoltà dovuta all'handicap; in questo senso, comprensibile risulta anche l'atteggiamento di garantismo espresso da un'ampia maggioranza (67,9%).

Questa classe riunisce le situazioni familiari più problematiche: all'invalidità si associano infatti spesso un basso status socio-economico ed un atteggiamento di diffidenza verso parenti, amici, vicini.

Schema riassuntivo delle classi commentate

	Denominazione della classe	V.A.	% su 1450 casi
1 ^a classe	La famiglia in apparenza senza problemi	470	32,4
2 ^a classe	La famiglia con risorse	270	18,6
3 ^a classe	La famiglia, le famiglie, la solidarietà	197	13,6
4 ^a classe	La famiglia multiproblema	436	30,1

4.2. Diverse famiglie, diversi problemi: la scelta dei servizi

La seconda cluster analysis che intendiamo prendere in considerazione è quella vincolata alla tipologia dei servizi utilizzati: questa analisi multivariata, costruita attraverso l'inserimento delle stesse variabili di cui ci siamo serviti per la cluster precedente, riguarda cinque classi, comprendenti rispettivamente soggetti che non hanno fatto ricorso ad alcun servizio, che hanno utilizzato solo servizi pubblici, solo servizi privati, contemporaneamente servizi pubblici e privati e, infine, che si sono rivolti a servizi di volontariato, in combinazione con altre tipologie.

Prima classe - Non utilizzo di servizi

Questa classe raggruppa 280 soggetti che rappresentano il 19,3% dell'intero campione.

In questo gruppo rientrano in prevalenza famiglie con invalidi (37,1% dei casi), composte da 4 o più persone (35,4%), residenti a Lucca (37,1%). Il care-giver ha nell'11,8% dei casi un'età compresa entro i 29 anni (si tratta presumibilmente di un fratello) e nel 23,2% dai 30 ai 39 anni. Oltre a non utilizzare alcun tipo di servizi, coloro che rientrano in questa classe non ricevono aiuti né da parte di operatori pubblici, né da parte di operatori a pagamento.

Dal punto di vista del contenuto, un'amplissima maggioranza di questi intervistati esprime limitate attese nei riguardi dei parenti; analogamente, da un lato, essi non ritengono (89,6%) che gli amici dovrebbero fare qualcosa di più rispetto a quanto già fanno in loro favore, dall'altro sono in ogni caso convinti (93,2%) che, sotto questo profilo, la situazione attuale non si modificherà in futuro.

	I Classe 470 casi	(%) (32.4)	II Classe 270 casi	(%) (18.6)	III Classe 197 casi	(%) (13.6)	IV Classe 436 casi	(%) (30.1)
	Fam. monogenitoriali Lucca	(40.0) (25.1)	Bologna 2 componenti	(40.4) (50.7)	Fam. con anziani 4 o più componenti	(49.2) (34.5)	Fam. con invalidi Milano	(44.0) (54.8)
	-	(37.4)	Status alto	(50.7)	Status medio	(36.5)	3 componenti	(36.0)
	-	(31.5)	Pubblici+Privati	(58.1)	Solo pubblici	(57.4)	Status basso	(25.5)
	Solo pubblici	(37.4)	Solo privati	(11.1)			Volontariato e altri	(22.9)
	30-39 anni	(51.5)	30-39 anni	(23.0)	50-59 anni	(26.9)	60-69 anni	(20.0)
	Fino a 29 anni	(10.6)	40-49 anni	(20.4)	70-79 anni	(17.8)		
	Stato-Basso	(88.7)	Stato-Basso	(88.5)	Stato-Basso	(89.3)	Stato-Medio	(33.3)
	Parenti-Basso	(90.0)	Parenti-Basso	(90.0)	Parenti-Basso	(90.4)	Parenti-Medio	(22.0)
	Amici-Basso	(98.7)	Amici-Basso	(95.6)	Amici-Basso	(98.0)	Amici-Medio	(17.0)
	Volontari-Basso	(89.4)	Volontari-Basso	(79.6)	Volontari-Basso	(89.8)	Volontari-Medio	(44.7)
	Stato-Basso	(28.9)	Stato-		Stato-Basso	(25.4)	Stato-	
	Parenti-Basso	(85.1)	Parenti-		Parenti-Basso	(78.7)	Parenti-Altro	(18.6)
	Amici-Basso	(97.9)	Amici-Basso	(92.9)	Amici-Basso	(94.9)	Amici-Medio	(25.2)
	Volontari-Basso	(77.0)	Volontari-		Volontari-Basso	(71.6)	Volontari-Medio	(50.2)
	Diffidente	(16.2)			Non diffidente	(81.2)	Un po' diffidente	(20.0)
	Aperto	(61.1)					Chiuso	(14.2)
	Alto	(13.8)					Basso	(33.3)
	Poco d'accordo	(46.9)	Poco d'accordo	(65.9)	Molto d'accordo	(71.6)	Abbastanza d'accordo	(42.7)
	Poco d'accordo	(59.4)	Poco d'accordo	(58.9)	Molto d'accordo	(58.9)	Abbastanza d'accordo	(49.3)
	Poco d'accordo	(47.7)	Poco d'accordo	(58.9)	Molto d'accordo	(80.2)	Molto d'accordo	(67.9)
			Poco d'accordo	(33.0)				

non aspettarsi nulla dai volontari, e il 75,7% ha manifestato scarsa fiducia nei riguardi della capacità/volontà di questi ultimi di attivarsi più incisivamente in loro favore. Seppure in misura minore, tali soggetti non sembrano formulare grandi aspettative nemmeno nei confronti dello Stato. Malgrado ciò, questi intervistati intrattengono scambi relativamente frequenti con parenti, amici e vicini (13,6%) e mostrano per lo più (75,7%) un atteggiamento non diffidente nei confronti della realtà esterna al nucleo familiare. Ben il 95,4% degli appartenenti a questa classe, poi, non risulta iscritto ad alcuna associazione familiare: essi quindi non sembrano attribuire particolare significato o utilità alla collaborazione sistematica ed organizzata tra famiglie in difficoltà.

Seconda classe - Uso di soli servizi pubblici

Il gruppo che converge in questa classe è il più cospicuo: si tratta, infatti, di 638 soggetti pari al 44% del campione.

La tipologia familiare più rappresentata è quella del nucleo con anziani (40,8% dei casi), residenti per la maggior parte a Bologna (41,2%), di status socio-economico medio (34,2%) e basso (23,2%). Tra i servizi pubblici cui gli appartenenti a questo gruppo hanno fatto ricorso vi sono soprattutto i servizi sanitari in genere (62,4%) ed i laboratori di analisi e i centri diagnostici (52%).

Sembrano emergere, tra questi intervistati, orientamenti culturali di puro adattamento alla situazione. Essi, comunque, oltre a dichiararsi abbastanza (42,5%) o molto soddisfatti (35,9%) dei servizi pubblici cui si sono rivolti, concordano, com'è d'altronde logico, sulla necessità che lo Stato garantisca a tutti i cittadini servizi gratuiti. I soggetti che rientrano in questa classe, inoltre, individuano nei familiari le persone su cui contare principalmente nelle difficoltà quotidiane (37,1%), anche perché considerano (28,8%) l'aiuto prestato dai parenti generalmente improntato alla pura gratuità.

Terza classe - Uso di soli servizi privati

Si tratta della classe meno numerosa: riunisce, infatti, appena 90 soggetti, equivalenti al 6,2% del campione.

Dal punto di vista strutturale, confluiscono in questa classe so-

socio-economico alto. I servizi privati cui questi soggetti hanno fatto più frequentemente ricorso sono risultati essere i servizi domiciliari non sanitari (52,2%); circa la metà di questi intervistati, inoltre, riceve aiuti da parte di operatori a pagamento: possiamo a questo proposito ipotizzare che si tratti in prevalenza di collaboratrici familiari.

Dal punto di vista culturale, emerge tra queste famiglie, dotate nel complesso di risorse più che sufficienti per far fronte alle esigenze quotidiane, un certo atteggiamento di diffidenza (il 51,1% di questi soggetti, infatti, appare «un po' diffidente»), che si esprime, tra l'altro, in una scarsa fiducia nella capacità/volontà dei parenti (90%) di attivarsi maggiormente per aiutarli a far fronte alle loro esigenze ed in un sostanziale disaccordo sull'affermazione secondo cui vale la pena di fidarsi solo di chi aiuta per solidarietà (54,4% dei casi).

Quarta classe - Uso di servizi pubblici e privati

In questa classe convergono 306 soggetti, che rappresentano il 21,1% del nostro campione.

Sotto il profilo strutturale, anche in questa classe, come nella precedente, confluiscono in prevalenza famiglie con anziani (48,4% dei casi), costituite, in metà dei casi, da 2 componenti, residenti a Milano, per un terzo circa (31,4%) di status socio-economico alto. Tra i servizi più frequentemente utilizzati da coloro che rientrano in questa classe vi sono i servizi sanitari in generale (80,1%), i laboratori di analisi ed i centri diagnostici (69%) e i servizi socializzanti (33,3%). Questi intervistati, inoltre, nel 48% dei casi ricevono aiuti da parte di operatori a pagamento e nel 13,7% vengono aiutati da operatori pubblici.

Per quanto riguarda gli orientamenti, com'era logico attendersi, un'ampia maggioranza degli appartenenti a questa classe (62,4%) sottolinea l'importanza della possibilità di scegliere servizi e aiuti e circa un quarto (24,5%) esprime un totale disaccordo sull'opportunità che lo Stato garantisca servizi gratuiti a tutti i cittadini. Il 43,5%, comunque, si dichiara abbastanza soddisfatto della qualità dei servizi pubblici utilizzati. Questi intervistati, poi, appaiono per una significativa percentuale (37,3%) caratterizzati da un'atteggiamento di scarsa apertura nei confronti delle realtà esterna al nucleo

chi aiuta per solidarietà) ed in particolare della solidarietà interfamiliare (il 46,4% mostra disaccordo circa l'efficacia dell'aiuto tra famiglie). D'altro canto, però, in contraddizione con queste ultime opinioni, una quota, seppur non rilevantissima, tra questi soggetti (19%), ha affermato di nutrire attese elevate nei confronti del volontariato, mostrando così di considerare significativi i valori della gratuità e della solidarietà.

Quinta classe - Uso di servizi di volontariato più altre tipologie⁴

In questa classe, che rimane comunque poco numerosa, si raggruppano 136 soggetti, vale a dire il 9,4% del campione. Le famiglie che rientrano in questa classe sono in oltre metà dei casi (55,9%) nuclei monogenitoriali composti in prevalenza (45,6% dei casi) da tre persone – presumibilmente la madre con due figli – residenti nel 60,3% dei casi a Milano, per una quota non trascurabile (27,2%) di status socio-economico basso. Quest'ultimo dato può spiegare in parte la rilevante percentuale (48,5%) di soggetti che ha dichiarato di ricevere qualche tipo di contributo. Tra i servizi cui questi intervistati hanno fatto più frequentemente ricorso vi sono i servizi socializzanti (87,5%), rivolti principalmente all'animazione del tempo libero dei minori.

Dal punto di vista del contenuto, coloro che rientrano in questa classe, oltre ad esprimere, com'era prevedibile, un'immagine positiva del volontariato (il 57,4% infatti afferma che il volontariato aiuta più dello Stato) si aspettano da quest'ultimo, in futuro, un aiuto ancora più consistente (il 37,5% manifesta nei confronti del volontariato attese di livello medio); in questo senso, comprensibile risulta il pieno accordo espresso da ben il 73,5% di questi soggetti circa l'affermazione secondo cui lo Stato deve aiutare le associazioni di volontariato. Il 32,4% degli appartenenti a questo gruppo intrattiene scambi poco frequenti con parenti, amici e vicini; malgrado ciò, non ci sembra di poter definire queste famiglie e questi soggetti chiusi, isolati, soprattutto se si tiene conto del fatto che il 29,4% di questi intervistati risulta iscritto ad un'associazione familiare. Significativo

4. La scelta di considerare in questa classe i casi in cui gli intervistati hanno affermato di aver fatto ricorso a servizi di volontariato, oltre che a servizi di altre tipologie, è basata su una serie di considerazioni. In primo luogo, si tratta di una scelta metodologica che mira a includere nel campione tutti i soggetti che, pur non essendo iscritti ad associazioni di volontariato, utilizzano comunque i servizi offerti da queste ultime. In secondo luogo, si tratta di una scelta che mira a includere nel campione tutti i soggetti che, pur non essendo iscritti ad associazioni di volontariato, utilizzano comunque i servizi offerti da queste ultime.

circa il 9% un'età compresa entro i 29 anni. Questi intervistati hanno utilizzato in prevalenza (48,5% dei casi) esclusivamente servizi pubblici, nel 23,3% servizi pubblici unitamente a servizi privati e in una percentuale assai modesta (6,7%) solo servizi privati. Una consistente quota (71,5%), inoltre, non riceve alcun tipo di contributo.

Dal punto di vista del contenuto, non sembrano emergere tra questi soggetti forti orientamenti culturali; essi, comunque, com'è ovvio attendersi, nutrono in maggioranza basse attese nei confronti dei volontari e sono d'altro canto convinti che in futuro non riceveranno da parte di questi ultimi aiuti più consistenti. Analogo atteggiamento essi manifestano nei riguardi degli amici. Questi intervistati sembrano invece avere un'immagine più positiva delle relazioni parentali: essi, infatti, vedono nei parenti persone disposte ad aiutare senza alcun contraccambio (25,6%) ed intrattengono con questi ultimi scambi relativamente frequenti (indice di interscambio alto nel 10,1% dei casi). Al contrario, non paiono attribuire grande significato alla solidarietà interfamiliare (ben il 92,9% non è iscritto ad alcuna associazione familiare) o, in generale alla solidarietà «allargata» (il 40,5% si trova in disaccordo totale o quasi totale rispetto all'affermazione secondo cui bisogna dar fiducia solo a chi aiuta per solidarietà).

Seconda classe - Ricorso al volontariato

Un'elevatissima percentuale delle famiglie confluite in questa classe è costituita da nuclei monogenitoriali (57,1%), composti in prevalenza di tre persone (43,4%) – presumibilmente un genitore (la madre) con due figli – residenti nel 60% dei casi a Milano, per il 25% circa di status socio-economico alto. Un quarto circa dei care-giver risulta avere un'età compresa tra i 60 e i 69 anni: questo dato può indurci a pensare che i bambini siano spesso affidati a un nonno. Il 77,7% dei soggetti ricompresi in questo gruppo ha fatto ricorso ai servizi di volontariato in combinazione con altre tipologie; particolarmente frequente è stato l'utilizzo di servizi socializzanti (77,1% dei casi). Quasi la metà di questi soggetti (49,1%), infine, risulta ricevere qualche contributo.

Per quanto riguarda gli orientamenti, anche in questa classe non sembrano essersi evidenziate tendenze di particolare rilievo. Emerge, tuttavia, piuttosto chiaramente la volontà delle famiglie appartenenti a questo gruppo di agire in via diretta, sia singolarmente, sia collettiva-

degli interessati alle decisioni e alla gestione dell'assistenza a persone in situazioni di debolezza o difficoltà (anziani, minori, handicappati).

Schema riassuntivo delle classi commentate

	Denominazione della classe	V.A.	% su 1450 casi
1 ^a classe	Non ricorso al volontariato	1275	87.9
2 ^a classe	Ricorso al volontariato	175	12.1

4.4. In sintesi

Le tre cluster analysis sin qui prese in esame ci hanno fornito indicazioni sufficientemente chiare, significative ed univoche circa il campione oggetto della nostra indagine, tali da consentirci di formulare qualche osservazione conclusiva di carattere generale. Possiamo in estrema sintesi affermare che le ipotesi di lavoro inizialmente formulate sembrano aver trovato conferma nei risultati di quest'analisi multivariata.

In particolare, la famiglia, se per certi versi pare essere oggetto di un atteggiamento ambivalente da parte dei nostri intervistati, sembra comunque mantenere la propria centrale funzione di sostegno sia rispetto alla persona debole o in situazioni di disagio o difficoltà, sia rispetto al care-giver, e sembra continuare la propria funzione di mediazione rispetto alla realtà esterna al nucleo familiare. Sotto il primo profilo, possiamo in effetti osservare che i parenti vengono più volte indicati come le persone su cui contare principalmente nelle difficoltà quotidiane, anche per la gratuità con cui prestano aiuto. Sotto il secondo profilo le cluster analysis che abbiamo costruito hanno messo chiaramente in luce la stretta relazione esistente tra struttura e cultura familiare e ricorso ai servizi.

In questo senso, abbiamo potuto constatare come la tipologia familiare e lo status socio-economico della famiglia possano orientare tanto la persona in difficoltà quanto il care-giver verso la scelta di un determinato tipo di servizi: le famiglie con anziani che sono risultate essere piuttosto chiuse e diffidenti hanno in molti casi preferito e preferiscono ricorrere a servizi pubblici, più impersonali e più

Tab. 11 - Il ricorso al volontariato: chi, come, perché

	I Classe 1275 casi	(%) (87.9)	II Classe 175 casi	(%) (12.1)
	Fam. con anziani	(41.7)	Fam. monogenit.	(57.1)
	Bologna	(36.2)	Milano	(60.0)
	2 componenti	(43.3)	3 componenti	(43.4)
	Status Medio	(30.9)	Status Alto	(25.7)
Utilizzo servizi	Solo Pubblici	(48.5)		
	Pubblici+Privati	(23.3)		
	Solo Privati	(6.7)		
Care giver	80 e più anni	(9.5)	60-69 anni	(20.6)
	Fino a 29 anni	(8.8)		
Indice fiducia	Stato- Parenti- Amici-Basso	(90.0)	Stato- Parenti- Amici-Basso	(10.3)
	Volontari-Basso	(71.8)	Volontari-Basso	(25.7)
Indice attese	Stato- Parenti- Amici-Basso	(85.3)	Stato- Parenti- Amici-Medio	(18.9)
	Volontari-Basso	(54.0)	Volontari-Medio	(38.3)
Indice diffidenza				
Indice chiusura				
Indice interscambio	Alto	(10.1)		
Orientamento alla solidarietà				
Fiducia solo a chi aiuta per solidarietà	Poco d'accordo	(40.5)	Poco d'accordo	(65.9)
Le famiglie devono aiutarsi tra di loro				
Meglio le famiglie che aiutano altre famiglie				
Iscrizione ad ass. familiari	No	(92.9)	Sì	(29.1)

più aperte e meno diffidenti delle precedenti, si sono in una buona percentuale dei casi rivolte anche a servizi di volontariato, che, oltre ad essere più difficilmente raggiungibili, richiedono un coinvolgimento più personale e diretto.

Problematico appare l'atteggiamento degli intervistati nei riguardi dello Stato; in generale essi hanno espresso attese piuttosto

spesso un giudizio non positivo circa il funzionamento dei servizi pubblici, anche se tra le famiglie di status socio-economico medio-basso e basso risulta abbastanza diffuso un atteggiamento di garantismo, che si evidenzia nella richiesta di servizi pubblici gratuiti per tutti i cittadini.

Infine gli amici, pur non costituendo una presenza relevantissima per i soggetti ricompresi nel nostro campione, rappresentano comunque una realtà abbastanza positiva, un sostegno sia psicologico che concreto.

Per quanto riguarda poi, più specificamente, la relazione tra le famiglie oggetto dell'indagine e il volontariato, possiamo notare che si sono rivolte ai servizi di volontariato soprattutto famiglie monogenitoriali e, in misura minore, famiglie con invalidi. Ma mentre l'handicap costituisce un'«area tradizionale» di intervento del volontariato e mentre le famiglie con invalidi, che risultano in proporzione le più povere tra tutte le famiglie prese in considerazione, possono essere spinte a rivolgersi al volontariato anche da motivi economici, i nuclei monogenitoriali si trovano in una situazione del tutto differente. Si tratta spesso infatti, come abbiamo già sottolineato, di famiglie più giovani, più aperte, più «competenti» (come si deduce dal livello di scolarità del care-giver), rispetto a quelle con invalidi; di conseguenza, il maggior livello di informazione di cui possono disporre mette questi nuclei familiari in grado di accedere ad una più vasta gamma di servizi. I servizi di volontariato, poi, per la loro flessibilità, sembrano meglio rispondere alle esigenze di custodia e di socializzazione del minore cui queste famiglie devono far fronte. Oltre a ciò, in tali nuclei sembra «mancare» la famiglia in senso pieno: rispetto ad essi, quindi, il volontariato può svolgere più completamente quell'attività «in sostituzione» che pare essergli propria. Anche da questo punto di vista, dunque, le nostre ipotesi sembrano aver trovato conferma.

Infine, secondo quanto avevamo immaginato, dalle osservazioni sin qui svolte emerge abbastanza chiaramente il ruolo dell'informazione nella scelta dei servizi, come sembra del resto dimostrare la città di Bologna, dov'è frequentissimo il ricorso ai servizi pubblici: la reperibilità di notizie circa l'esistenza ed il funzionamento dei servizi sul territorio, oltre che degli strumenti e delle capacità per

operare tra questi scelte più consapevoli e più rispondenti alle proprie esigenze.

5. Famiglie, problemi e risorse

Può, a questo punto, valere la pena, anche per verificare e approfondire le indicazioni offerteci dall'analisi svolta sull'intero campione, osservare più da vicino i tre sottocampioni ricompresi nella nostra indagine, vale a dire le famiglie con anziani, con minori e con invalidi. Si tratta, come abbiamo già messo in luce, di nuclei familiari e di soggetti con esigenze e bisogni di cura differenti: ci riproponiamo, quindi, di tentare di comprendere se e come queste diverse realtà riescano a fare fronte alle necessità della vita quotidiana. A tal fine, prenderemo in considerazione, per ciascun sottocampione, una cluster analysis non vincolata e daremo poi un rapido sguardo, tramite una tabella riassuntiva, ai principali elementi emersi dalla cluster analysis vincolata alla tipologia familiare. La cluster analysis non vincolata è stata costruita inserendo, analogamente a quanto visto per l'analisi relativa a tutti i 1450 casi, variabili relative agli orientamenti di politica sociale degli intervistati (con particolare riguardo alla valutazione dell'attività del volontariato, all'atteggiamento verso l'associazionismo familiare ed il valore della solidarietà in senso ampio), alla tipologia dei servizi utilizzati e ad eventuali aiuti da operatori (pubblici e privati), da parenti, amici e vicini, oltre ad una serie di indici riguardanti, solo per gli anziani e gli invalidi, l'autosufficienza complessiva, e, per tutti i gruppi, le aspettative nei confronti dello Stato, dei parenti, degli amici e del volontariato, la fiducia nella realizzazione di tali aspettative, la frequenza degli scambi con parenti non conviventi, vicini, amici, la diffidenza nei confronti di questi ultimi, degli operatori e dei volontari e la chiusura rispetto alla realtà estera al nucleo familiare. La seconda cluster analysis, vincolata alla tipologia familiare, è stata elaborata sulle stesse variabili della precedente, con l'eccezione, ovviamente, della variabile utilizzata come vincolo (tipologia familiare).

5.1. Le famiglie con anziani (550 casi)

ni di carattere generale sui soggetti in questione — ⁵ ha individuato sei classi, delle quali prenderemo in considerazione solo le prime

5. Le variabili inserite in questa cluster analysis sono le seguenti:

V84	= Numero di componenti della famiglia
V245	= Più facile parlare con esperto
V254	= Ottiene aiuto da un parente non conviv.
V256	= Ottiene aiuto da un amico
V259	= Ottiene aiuto da nessuno in particolare
V1268	= X problemi si deve contare sui familiari
V1269	= I parenti aiutano senza aspettarsi nulla
V1270	= Difficoltà può capire solo un esperto
V1271	= Importante poter scegliere servizi-aiuti
V1272	= Stato deve garantire servizi gratuiti
V1273	= Il volontariato aiuta più dello Stato
V1274	= Fiducia solo a chi aiuta per solidarietà
V1275	= Fam. deve responsabilizzarsi- Non Stato
V1276	= Competenti, non importano i costi
V1277	= Le famiglie devono aiutarsi fra di loro
V1278	= Lo Stato deve aiutare ass. volontariato
V1279	= Meglio pagare privatamente, non tasse
V1280	= Meglio famiglie che aiutano le altre
V1281	= Maggior partecipazione gestione assistenza
AREA	= Area territoriale
CONTRIB	= La famiglia riceve contributi
SEX.CG	= Sesso del care-giver
ETA.CG	= Età del care-giver
SCOL	= Scolarità del care-giver
TIPO.CG	= Tipologia del care-giver
RSCAMBIO	= Indice di interscambio
RCHIUSO	= Indice di chiusura
TIPO	= Tipologia familiare
STAT	= Status socio economico della famiglia
AUTOT	= Indice complessivo di autosufficienza
AIUTI_C	= Aiuti da parte del coniuge
AIUTI_F	= Aiuti da parte di figli-genero-nuora
AIUTI_P	= Aiuti da parte di parenti
AIUTI_AV	= Aiuti da parte di vicini-amici
AIUTI_V	= Aiuti da parte di volontari
AIUTI_O	= Aiuti da parte di operatori pubblici
AIUTI_OP	= Aiuti da parte di operatori a pagamento
SERDOM	= Uso di servizi domiciliari (non sanitari)
SERSAN	= Uso di servizi sanitari (non lab. analisi)
S11	= Uso di lab. analisi-centri diagnostici
SERSOC	= Uso di servizi socializzanti
SERALT	= Uso di altri servizi
SERVIZI	= Tipologia dei servizi utilizzati
ATT_P	= Indice attese nei confronti dei parenti
FID_P	= Indice fiducia nei confronti dei parenti
ATT_A	= Indice attese nei confronti degli amici
FID_A	= Indice fiducia nei confronti degli amici
ATT_V	= Indice attese nei confronti di volontari

quattro, poiché la quinta e la sesta non risultano significative né sotto il profilo quantitativo, né sotto il profilo degli orientamenti.

Prima classe - La famiglia senza aspettative

Questa classe riunisce 152 soggetti, che corrispondono al 27,6% del sottocampione.

Convergono in questa classe famiglie abitanti in prevalenza a Milano (54,6% dei casi), nella quali il care-giver ha, oltre un quarto dei casi (26,3%), un'età molto avanzata (80 anni e oltre). Il 22,4% degli appartenenti a questa classe risulta non avere utilizzato alcun tipo di servizio; d'altro canto, non sembrano molto rilevanti gli aiuti provenienti dall'esterno (infatti il 79,6% non riceve aiuti da amici o vicini, il 55,3% non è aiutato da altri parenti e l'11,8% non ottiene nessun particolare aiuto).

La caratteristica fondamentale di questi nuclei familiari e di questi soggetti è una chiusura -intesa in senso generale - alla realtà esterna alla famiglia: una rilevante percentuale di questi intervistati (48,7%), infatti, ha affermato di intrattenere scambi poco frequenti con parenti non conviventi, amici, vicini, e diffuso appare anche tra di essi un atteggiamento di diffidenza (il 27% risulta infatti «un po'» diffidente ed il 15,1% decisamente diffidente). I soggetti che rientrano in questa classe hanno espresso limitate attese (25%) nei confronti dello Stato, manifestando, al tempo stesso, la convinzione (83,6%) che quest'ultimo non agirà più incisivamente in loro favore; peraltro, anche i parenti, gli amici ed il volontariato non sembrano godere di molta fiducia presso questi intervistati: ben l'84,2% degli appartenenti a questo gruppo si dice infatti convinto che in futuro non riceverà maggiori aiuti da parte dei parenti, ed un'analoga previsione viene formulata anche nei riguardi degli amici (98% dei casi) e dei volontari (81%). Amici e volontari, peraltro, non sembrano nemmeno essere oggetto di grandi attese: addirittura il 94% di coloro che rientrano in questa classe, infatti, ritiene che gli amici non dovrebbero fare niente di più in loro favore, ed il 69,1% ha espresso un'analoga opinione nei riguardi del volontariato.

Ci troviamo qui di fronte a famiglie chiuse, che non sembrano manifestare grandi necessità e paiono far fronte autonomamente ai problemi quotidiani.

Seconda classe - Una famiglia più fiduciosa e con aspettative

Questa classe comprende anziani soli o rimasti soli (vedovi/e) che, in poco meno di un terzo dei casi (28,9%) vivono con la famiglia di un figlio. Anche per questo motivo, il care-giver risulta essere nel 50% dei casi la figlia o la nuora. Questi soggetti hanno utilizzato in prevalenza solo servizi pubblici (58,9% dei casi); una rilevante percentuale dei soggetti stessi (45,6%), inoltre, ha dichiarato di ricevere aiuti da amici e vicini.

Sotto il profilo degli orientamenti, gli intervistati e le famiglie ricompresi in questa classe appaiono decisamente più aperti e fiduciosi verso la realtà esterna al nucleo familiare di quelli ricompresi nel gruppo precedente. Essi, infatti, oltre a non mostrare diffidenza nei confronti di parenti non conviventi, amici, vicini, operatori pubblici e privati e volontari (atteggiamento che riguarda l'88,9% dei casi) si aspettano in grande maggioranza (81,1%) che lo Stato faccia «un po' di più» per aiutarli nelle difficoltà quotidiane, dichiarandosi abbastanza fiduciosi (46,7%) o molto fiduciosi (13,3%) circa la realizzazione di tali attese. Questi soggetti, inoltre, esprimono, seppur in una percentuale molto più modesta (10%), grande fiducia nei confronti dei parenti ed elevate attese (20%) nei riguardi degli stessi; analogamente, un atteggiamento abbastanza fiducioso (13%) e caratterizzato da buone aspettative (30%) essi mostrano verso gli amici. Infine, i nostri intervistati ritengono che il volontariato dovrebbe fare «un po' di più» (52,2%) o «molto di più» (35,6%) per aiutarli e sono abbastanza (58,9%) o molto fiduciosi (17,8%) circa la concretizzazione delle proprie aspettative. Un'ampissima maggioranza di coloro che rientrano in questo gruppo si dichiara completamente d'accordo da un lato sulla necessità che lo Stato aiuti le associazioni di volontariato, dall'altro sulle opportunità che lo Stato garantisca a tutti i cittadini servizi pubblici gratuiti.

Le famiglie appartenenti a questa classe, generalmente più giovani di quelle del gruppo precedente, mostrano un atteggiamento di sostanziale fiducia e apertura nei confronti della realtà esterna al nucleo familiare.

Terza classe - La famiglia favorevole al modello relazionale e solidaristico di politica sociale

In questa classe confluiscono 181 soggetti, che rappresentano il 32,9% del sottocampione.

Questa classe non risulta caratterizzata né dal punto di vista del

età compresa tra i 65 ed i 79 anni. Questi intervistati hanno in maggioranza (59,1%) fatto ricorso esclusivamente a servizi pubblici.

I soggetti appartenenti a questo gruppo attribuiscono un grande rilievo a due valori: la famiglia e la solidarietà. Possiamo infatti notare che il 50,8% tra di essi mette l'accento sulla necessità che la famiglia si responsabilizzi, attivandosi autonomamente per far fronte alle proprie esigenze, senza aspettarsi tutto dallo Stato (dobbiamo tuttavia rilevare che, forse un po' contraddittoriamente, ben il 68% di coloro che rientrano in questa classe concorda pienamente sulla necessità che lo Stato garantisca servizi pubblici gratuiti per tutti i cittadini). Inoltre grande significato questi soggetti attribuiscono alla solidarietà tra famiglie: il 44,2% infatti sottolinea l'efficacia dell'aiuto tra famiglie in difficoltà ed un'analogia percentuale (42,5%) richiama la necessità di tale aiuto solidale. Essi, infine, ritengono che il volontariato aiuti le famiglie con problemi più dello Stato (il 73,5% di questi intervistati ha espresso pieno accordo su tale affermazione) e che lo Stato debba sostenere ed aiutare le associazioni di volontariato (pieno consenso a tal proposito ha manifestato ben l'80,7% dei soggetti di questo gruppo). D'altro canto, però, addirittura l'88,4% ha manifestato sfiducia sulle reali possibilità del volontariato di agire in futuro più incisivamente di quanto non faccia attualmente; allo stesso modo, una rilevantissima quota di coloro che rientrano in questa classe ha mostrato una limitata fiducia nella capacità/volontà dei parenti (87,8%), degli amici (96,7%) di attivarsi maggiormente per aiutarli ad affrontare le necessità quotidiane, formulando anche modeste aspettative nei riguardi sia dei primi che dei secondi.

Possiamo molto sinteticamente definire i soggetti che convergono in questo gruppo familisti e solidaristi, data la rilevanza che attribuiscono ai valori della famiglia e della solidarietà.

Quarta classe - Una famiglia che sceglie tra diversi servizi

Questa è la classe meno numerosa: riunisce infatti solo 95 soggetti, pari al 17,3% del campione.

Le famiglie che convergono in questa classe non appaiono caratterizzate dal punto di vista del numero dei componenti, né definite sotto il profilo dell'area territoriale di residenza (sebbene, con un criterio tra i meno significativi di questa cluster analysis, compaia l'indicazione della città di Bologna); in oltre in un terzo dei casi

parente non meglio identificato o della figlia o della nuora dell'anziano). Gli anziani di cui i soggetti di questa classe si occupano sono nel 33,7% dei casi scarsamente autosufficienti. Un'ampia maggioranza di questi intervistati (60,7%) ha fatto ricorso sia a servizi pubblici che a servizi privati; particolarmente frequente è stato l'utilizzo dei laboratori di analisi e dei centri diagnostici (85,3%), dei servizi domiciliari non sanitari (81,1%) e dei servizi sanitari in genere (60%). Il 29,5% dei soggetti che rientrano in questa classe, inoltre, riceve aiuti da parte di operatori pubblici; il 34,7% viene aiutato da un amico in particolare, il 57,9% ottiene aiuti da vicini e amici e nel 73,7% dei casi intervengono i parenti. Malgrado ciò, e malgrado non mostrino in ampia maggioranza (85,3%) un atteggiamento diffidente, questi intervistati non ritengono di poter contare sui familiari nelle difficoltà quotidiane (il 46,3% si è espresso in tal senso), né di dover dare fiducia solo a chi aiuta per solidarietà (il 55,8% ha manifestato tale opinione). Essi poi si dichiarano totalmente o quasi totalmente in disaccordo sulla necessità che lo Stato garantisca servizi pubblici gratuiti a tutti i cittadini.

In sintesi, le famiglie che rientrano in questa classe si trovano in una situazione più problematica rispetto alle altre, ma dispongono di numerose risorse per affrontarla.

Schema riassuntivo delle classi commentate

	Denominazione della classe	V.A.	% su 550 casi
1 ^a classe	La famiglia senza aspettative	152	27.6
2 ^a classe	Una famiglia più fiduciosa e con aspettative	90	16.4
3 ^a classe	La famiglia favorevole al modello relazionale e solidaristico di politica sociale	181	32.9
4 ^a classe	Una famiglia che sceglie tra diversi servizi	95	17.3

5.2. Le famiglie con minori (450 casi)

Analogamente a quanto verificatosi per gli anziani, anche per

remo in considerazione solo le prime cinque. Particolarmente rilevante, in quest'analisi, è risultato il numero delle variabili significative ⁶.

6. L'elenco delle variabili inserite per costruire questa cluster analysis, analogo a quello utilizzato per l'analisi relativa agli anziani, presenta, rispetto a quest'ultimo, solo qualche differenza, dovuta alla diversa situazione contingente in cui si trovano i due gruppi. Le variabili considerate per questa cluster analysis sono le seguenti:

V84	= Numero di componenti della famiglia
V245	= Più facile parlare con esperto
V254	= Ottiene aiuto da un parente non conviv.
V256	= Ottien aiuto da un amico
V259	= Ottiene aiuto da nessuno in particolare
V1268	= X problemi si deve contare sui familiari
V1269	= I parenti aiutano senza aspettarsi nulla
V1270	= Difficoltà può capire solo un esperto
V1271	= Importante poter scegliere servizi-aiuti
V1272	= Stato deve garantire servizi gratuiti
V1273	= Il volontariato aiuta più dello Stato
V1274	= Fiducia solo a chi aiuta per solidarietà
V1275	= Fam. deve responsabilizzarsi- Non Stato
V1276	= Competenti, non importano i costi
V1277	= Le famiglie devono aiutarsi fra di loro
V1278	= Lo Stato deve aiutare ass. volontariato
V1279	= Meglio pagare privatamente, non tasse
V1280	= Meglio famiglie che aiutano le altre
V1281	= Maggior partecipazione gestione assistenza
AREA	= Area territoriale
CONTRIB	= La famiglia riceve contributi
SEX.CG	= Sesso del care-giver
ETA.CG	= Età del care-giver
STCIV	= Stato civile del care-giver
TIPO.CG	= Tipologia del care-giver
RSCAMBIO	= Indice di interscambio
RCHIUSO	= Indice di chiusura
TIPO	= Tipologia familiare
STAT	= Status socio economico della famiglia
AUTOT	= Indice complessivo di autosufficienza
AIUTI.M	= Aiuti da parte della madre
AIUTI.P	= Aiuti da parte del padre
AIUTI.A	= Aiuti da parte di altri parenti
AIUTI.AV	= Aiuti da parte di vicini-amici
AIUTI.V	= Aiuti da parte di volontari
AIUTI.O	= Aiuti da parte di operatori pubblici
AIUTI.OP	= Aiuti da parte di operatori a pagamento
SERDOM	= Uso di servizi domiciliari (non sanitari)
SERSAN	= Uso di servizi sanitari (non lab. analisi)
S11	= Uso di lab. analisi-centri diagnostici
SERSOC	= Uso di servizi socializzanti
SERALT	= Uso di altri servizi
SERVIZI	= Tipologia dei servizi utilizzanti
ATT.P	= Indice attese nei confronti dei parenti
FID.P	= Indice fiducia nei confronti dei parenti
ATT.A	= Indice attese nei confronti degli amici
FID.A	= Indice fiducia nei confronti degli amici
ATT.V	= Indice attese nei confronti di volontari

Prima classe - La famiglia con pochi bisogni insoddisfatti e che vorrebbe poter scegliere di più

In questa prima classe si raggruppano 86 soggetti, pari al 19,1% del sottocampione.

La tipologia familiare più frequente in questa classe (15,1% dei casi) è rappresentata dal minore convivente con il padre - si tratta presumibilmente di vedovi - (si spiega quindi che in un'identica percentuale di casi il care-giver risulta essere di sesso maschile) e con altre persone, che possiamo immaginare siano spesso i nonni; questi nuclei familiari risiedono nel 50% dei casi a Bologna. Questi intervistati hanno utilizzato in prevalenza servizi pubblici (65,1%), ricorrendo con particolare frequenza ai servizi sanitari in genere (79,1% dei casi). Com'era logico attendersi, una rilevantissima quota di questi soggetti (82,6%) ha affermato di ricevere aiuto dai nonni. Sotto il profilo culturale, gran parte di coloro che rientrano in questa classe nutre generalmente limitate attese nei confronti sia dello Stato, sia dei parenti, sia degli amici e, d'altra parte, non ritiene che nessuno di questi li sosterrà in futuro con interventi ed aiuti più consistenti di quelli attualmente forniti. Nonostante ciò, il 39,5% indica nei parenti le persone su cui contare principalmente nelle difficoltà. Per quanto riguarda il volontariato, da un lato ben il 97,7% di tali soggetti prevede che quest'ultimo non farà niente di più di quanto non faccia attualmente per aiutarli, e l'86% ritiene che i volontari non dovrebbero comunque fare niente di più in loro favore, dall'altro il 64% giudica in ogni caso l'aiuto del volontariato più efficace di quello dello Stato e l'82,6% ritiene che lo Stato dovrebbe aiutare le associazioni di volontariato. Da segnalare, infine, il fatto che un'ampia maggioranza dei soggetti di questa classe (68,6%) considera molto importante poter scegliere i servizi e gli aiuti ritenuti più rispondenti alle proprie esigenze.

Le famiglie che rientrano in questa classe non sembrano, almeno in apparenza, presentare particolari problemi e paiono, al tempo stesso, volti alla ricerca di tutte le risorse disponibili per fronteggiare al meglio le esigenze della vita di ogni giorno.

Seconda classe - La famiglia che può contare poco sulla rete informale e che chiede molti più aiuti a tutti

In questa seconda classe convergono 102 soggetti, corrispondenti al 23,7% del campione.

dre (36,3%), residenti a Milano (53,9%), in poco più di un terzo dei casi di status socio-economico basso. Questi soggetti hanno utilizzato soprattutto servizi di volontariato, in combinazione con altre tipologie; il 22,5% risulta ricevere qualche tipo di contributo.

Pur intrattenendo scambi poco frequenti con parenti non conviventi, amici e vicini (20,6%) e pur manifestando un atteggiamento di chiusura rispetto alla realtà esterna al nucleo familiare (24,5% dei casi), questi soggetti e queste famiglie appaiono sostanzialmente orientati in senso solidaristico: il 51% ritiene infatti di doversi fidare solo di chi aiuta per solidarietà, il 40,2% si dichiara molto d'accordo sulla necessità dell'aiuto reciproco tra famiglie con problemi, ed infine il 49% giudica più facilmente risolvibili questi problemi attraverso il sostegno vicendevole tra famiglie. Oltre a ciò, una rilevante quota di questi soggetti (66,7%) considera utile, ai fini di un più efficace intervento a favore delle famiglie in difficoltà, una maggior partecipazione dei diretti interessati alle decisioni ed alla gestione dell'assistenza. Una gran parte di coloro che rientrano in questa classe (73,5%), poi, oltre ad aspettarsi che i volontari si attivino molto di più di quanto già non facciano per aiutarli, giudica l'intervento del volontariato in suo favore più efficace di quello dello Stato e ritiene per questo che lo Stato dovrebbe aiutare le associazioni di volontariato (72,5%). A fronte di ciò, vi è comunque un'alta percentuale di intervistati (77,5%) convinti che lo Stato dovrebbe garantire a tutti i cittadini servizi pubblici gratuiti. Infine, grandi aspettative questi soggetti hanno manifestato sia nei confronti dello Stato (70,6%) sia, in misura minore, nei confronti dei parenti (22,5%).

Tra i soggetti e le famiglie ricompresi in questa classe, generalmente aperti alla realtà esterna al nucleo familiare, è ampiamente diffuso e condiviso il valore della solidarietà.

Terza classe - La famiglia «autosufficiente» che chiede piccoli miglioramenti

In questa classe confluiscono 52 soggetti, vale a dire l'11,6% del campione.

Anche in questo gruppo, la tipologia familiare più rappresentata è quella costituita dal minore convivente con il padre ed altre persone (possiamo pensare si tratti dei nonni); gran parte di queste famiglie

servizi di volontariato (in combinazione con altre tipologie) (21,2%) e ai soli servizi privati (11,5%). I servizi cui questi soggetti si sono più frequentemente rivolti sono risultati essere i servizi socializzanti (76,9%), i servizi sanitari in generale (69,2%), i laboratori di analisi e i centri diagnostici (48,1%) ed i servizi domiciliari non sanitari (42,3%): si tratta evidentemente di far fronte ad esigenze di custodia e socializzazione del minore. Una rilevante percentuale di questi intervistati (71,2%), peraltro, ha dichiarato di ricevere aiuti da operatori a pagamento ed il 55,8% ottiene aiuti da amici e vicini.

Malgrado ciò e malgrado il 67,3% di coloro che rientrano in questa classe intrattenga scambi abbastanza o molto frequenti con parenti non conviventi, amici e vicini, l'atteggiamento che sembra caratterizzarli fondamentalmente è di chiusura e di sfiducia nei confronti sia dei familiari (il 73,1% non ritiene infatti di poter contare sui familiari per i problemi quotidiani e ben l'80,8% non fa affidamento sulla gratuità dell'aiuto offerto dai parenti), sia dei soggetti esterni alla famiglia ed alla rete parentale (l'82,7% ha espresso disaccordo sull'affermazione secondo la quale occorre fidarsi solo di chi aiuta per solidarietà). Questi intervistati hanno manifestato limitate attese sia nei confronti dello Stato, sia nei confronti del volontariato e si sono mostrati poco fiduciosi nella capacità/volontà di entrambi di attivarsi maggiormente per aiutarli a far fronte alle loro necessità. Una consistente percentuale (40,4%), comunque, non ritiene neppure che lo Stato debba garantire servizi pubblici gratuiti a tutti i cittadini.

Chiusura e diffidenza caratterizzano i soggetti appartenenti a questa classe e le famiglie in cui vivono, che sembrano bastare a se stesse.

Quarta classe - La famiglia nella rete parentale

Questo gruppo è il più cospicuo: in esso confluiscono 135 soggetti, ossia il 30% del sottocampione.

Le famiglie che rientrano in questa classe sono composte, per circa un terzo (32,6%), dal minore, dalla madre, dai nonni e da altre persone (presumibilmente qualche zia/o) e vivono nel 34,1% dei casi a Lucca. È forse persino superfluo rilevare che il care-giver risulta essere nel 94,1% dei casi la madre ⁷. Quasi la metà di questi soggetti (48,1%) non ha utilizzato alcun servizio. Da segnalare l'assenza, nel 59,3% dei casi, di aiuti da parte del padre del minore.

Dal punto di vista culturale, anche questi soggetti e queste famiglie, come quelli della classe precedente, risultano chiusi (22,2%) e diffidenti: il 62,2% non ritiene infatti di doversi fidare solo di chi aiuta per solidarietà, ed una quota consistente mostra di non attribuire particolare valore all'aiuto solidale tra famiglie (il 56,3% ha infatti espresso disaccordo riguardo all'affermazione secondo cui i problemi delle famiglie in difficoltà vengono risolti meglio attraverso l'aiuto tra le famiglie stesse ed il 65,9% non ritiene che le famiglie in difficoltà debbano necessariamente collaborare tra loro). Malgrado ciò, il volontariato sembra essere considerato abbastanza positivamente da questi soggetti: il 42,2% si dichiara abbastanza d'accordo riguardo all'affermazione secondo cui il volontariato aiuta più dello Stato ed il 36,3% ha manifestato un parziale accordo circa l'opportunità che lo Stato aiuti le associazioni di volontariato. Nel complesso, comunque, coloro che rientrano in questa classe non ritengono che né i volontari, né i parenti, né gli amici dovrebbero «fare di più» di quanto già fanno in loro favore e sono d'altro canto convinti che nessuno di essi appronterà in futuro interventi più incisivi per aiutarli.

Come le famiglie ed i soggetti della classe precedente anche quelli di questo gruppo, in cui sono presenti in prevalenza nuclei monogenitoriali sotto la guida di una donna, risultano chiusi e sfiduciati nei confronti della realtà esterna alla famiglia.

Quinta classe - La famiglia incerta

In questa classe, che è la meno numerosa, si riuniscono 42 soggetti, pari al 9,3% del sottocampione.

In questa classe la tipologia familiare prevalente (11,9%) è rappresentata dal minore convivente con la madre ed altre persone (probabilmente un nuovo compagno della madre); queste famiglie risiedono nel 59,5% dei casi a Milano. Il care-giver - molto probabilmente la madre - ha un'età compresa tra i 35 e i 39 anni (40,5% dei casi). Questi intervistati si sono rivolti soprattutto ai servizi di volontariato, in combinazione con altre tipologie (31%); particolarmente frequente è risultato il ricorso ai servizi socializzanti (47,6%). Essi, inoltre, ricevono aiuti da altri parenti (76,2%), da vicini e amici (59,5%), da parenti non conviventi (40,5%) e da volontari (11,9%).

diverse aree tematiche, quali, ad esempio, l'opportunità e l'efficacia dell'aiuto solidale tra famiglie (57,1% e 71,4%), l'opportunità di fidarsi solo di chi aiuta per solidarietà (73,8%), la possibilità di contare sui parenti nelle difficoltà quotidiane (57,1%), la necessità che lo Stato aiuti le associazioni di volontariato (66,7%) e che fornisca servizi pubblici gratuiti a tutti i cittadini (31%). Questi intervistati, poi, ritengono che i volontari dovrebbero fare «un po' di più» per aiutarli (83,3%) ed hanno fiducia (61,9%) nella realizzazione delle proprie aspettative; un analogo atteggiamento essi mostrano anche nei riguardi degli amici; dallo Stato, invece, una gran parte di questi soggetti si aspetta che faccia «molto di più» di quanto non faccia attualmente per sostenerli nelle difficoltà quotidiane, anche se manifestano una fiducia non completa (33,3%) nell'effettiva concretizzazione delle proprie attese.

I soggetti ricompresi in questa classe tendono a non prendere posizioni decise circa gli argomenti che sono stati loro sottoposti e sembrano adattarsi abbastanza passivamente alla situazione in cui si trovano.

Schema riassuntivo delle classi commentate

	Denominazione della classe	V.A.	% su 450 casi
1ª classe	La famiglia con pochi bisogni insoddisfatti e che vorrebbe poter scegliere di più	86	19.1
2ª classe	La famiglia che può contare poco sulla rete informale e che chiede piccoli miglioramenti	102	22.7
3ª classe	La famiglia «autosufficiente» che chiede piccoli miglioramenti	52	11.6
4ª classe	La famiglia nella rete parentale	135	30.0
5ª classe	La famiglia incerta	42	9.3

5.3. Le famiglie con invalidi (450 casi)

Anche per il sottogruppo degli invalidi abbiamo lanciato una clu-

tano, anche in questa analisi, le variabili da tenere in considerazione per il loro peso ⁸.

8. Anche in questo caso, le variabili utilizzate presentano poche differenze rispetto a quelle inserite nella cluster analysis relativa agli anziani, differenze dovute alla diversa situazione concreta dei due gruppi. Le variabili qui utilizzate sono le seguenti:

V84	=	Numero di componenti della famiglia
V245	=	Più facile parlare con esperto
V254	=	Ottiene aiuto da un parente non conviv.
V256	=	Ottiene aiuto da un amico
V259	=	Ottiene aiuto da nessuno in particolare
V1268	=	X problemi si deve contare sui familiari
V1269	=	I parenti aiutano senza aspettarsi nulla
V1270	=	Difficoltà può capire solo un esperto
V1271	=	Importante poter scegliere servizi-aiuti
V1272	=	Stato deve garantire servizi gratuiti
V1273	=	Il volontariato aiuta più dello Stato
V1274	=	Fiducia solo a chi aiuta per solidarietà
V1275	=	Fam. deve responsabilizzarsi- Non Stato
V1276	=	Competenti, non importano i costi
V1277	=	Le famiglie devono aiutarsi fra di loro
V1278	=	Lo Stato deve aiutare ass. volontariato
V1279	=	Meglio pagare privatamente, non tasse
V1280	=	Meglio famiglie che aiutano le altre
V1281	=	Maggior partecipazione gestione assistenza
AREA	=	Area territoriale
CONTRIB	=	La famiglia riceve contributi
SEX.CG	=	Sesso del care-giver
ETA.CG	=	Età del care-giver
TIPO.CG	=	Tipologia del care-giver
RSCAMBIO	=	Indice di interscambio
RCHIUSO	=	Indice di chiusura
TIPO	=	Tipologia familiare
STAT	=	Status socio economico della famiglia
AUTO.A	=	Indice di autosufficienza attività fondamentali
AUTO.B	=	Indice di autosufficienza attività in casa
AUTO.C	=	Indice di autosufficienza attività fuori casa
AIUTL.M	=	Aiuti da parte della madre
AIUTL.P	=	Aiuti da parte del padre
AIUTL.C	=	Aiuti da parte del coniuge
AIUTL.A	=	Aiuti da parte di altri parenti
AIUTL.AV	=	Aiuti da parte di vicini-amici
AIUTL.V	=	Aiuti da parte di volontari
AIUTL.O	=	Aiuti da parte di operatori pubblici
AIUTL.OP	=	Aiuti da parte di operatori a pagamento
SERDOM	=	Uso di servizi domiciliari (non sanitari)
SERSAN	=	Uso di servizi sanitari (non lab. analisi)
S11	=	Uso di lab. analisi-centri diagnostici
SERSOC	=	Uso di servizi socializzanti
SERALT	=	Uso di altri servizi
SERVIZI	=	Tipologia dei servizi utilizzati
ATT.P	=	Indice attese nei confronti dei parenti
FID.P	=	Indice fiducia nei confronti dei parenti
ATT.A	=	Indice attese nei confronti degli amici
FID.A	=	Indice fiducia nei confronti degli amici
ATT.V	=	Indice attese nei confronti di volontari
FID.V	=	Indice fiducia nei confronti di volontari

Prima classe - Una famiglia chiusa e molto problematica

Questa classe riunisce 90 soggetti, pari al 20% del sottocampione.

La tipologia familiare maggiormente rappresentata in questa classe è costituita dall'invalido convivente con fratelli, e/o figli, e/o altre persone (15,6%); si tratta di famiglie non caratterizzate sotto il profilo del numero dei componenti e residenti nel 60% dei casi a Bologna. Il 33,3% di coloro che rientrano in questa classe ha utilizzato sia servizi pubblici che privati; particolarmente frequente è risultato il ricorso ai servizi sanitari in genere (62,2%), a servizi vari, quali, ad esempio l'assistenza sociale e legale (53,3%), ai servizi domiciliari non sanitari (48,9%). Il 76,7% dei soggetti compresi in questo gruppo, inoltre, riceve aiuti da altri parenti, il 35,6% ottiene aiuti da operatori a pagamento ed il 34,4% viene aiutato da operatori pubblici. Gli intervistati che appartengono a questa classe assistono invalidi scarsamente autosufficienti sia nelle attività fondamentali (58,9% dei casi), sia nelle attività in casa (73,3%), sia, ancor più, nelle attività fuori casa (82,2%).

L'elemento fondamentale che caratterizza questi soggetti e queste famiglie sembra essere una certa chiusura ed un ripiegamento su se stessi. Coloro che rientrano in questa classe, in effetti, non attribuiscono grande rilievo né alla solidarietà in generale (il 66,7% non ritiene di doversi fidare solo di chi aiuta per solidarietà), né alla solidarietà tra famiglie con problemi (il 77,8% ha espresso disaccordo circa la necessità dell'aiuto tra famiglie ed il 66,7% non giudica nemmeno tale aiuto particolarmente efficace per sostenere le famiglie in difficoltà). Significativo, a questo proposito, è anche il fatto che il 42,2% di questi intervistati non consideri l'azione del volontariato più incisiva di quella dello Stato ed il 18,9% non ritenga necessario un aiuto dello Stato alle associazioni di volontariato. Oltre a ciò, il 22,2% di questi intervistati mostra una certa diffidenza nei riguardi della realtà esterna alla famiglia ed il 47,8% non ritiene neppure di dover contare sui familiari per i problemi quotidiani. A riprova delle tendenze sin qui emerse un'ampia maggioranza dei soggetti che rientrano in questa classe sono caratterizzati da un basso indice di fiducia e da un altrettanto basso indice di attese nei riguardi sia dei parenti che degli amici che dei volontari. Di contro, pur non manifestando grande fiducia nella capacità/volontà dello Stato di attivarsi maggiormente in favore della famiglia, il 58,9% dei

Le famiglie ed i soggetti appartenenti a questa classe sono caratterizzati da chiusura e diffidenza nei confronti della realtà esterna al nucleo familiare, che si evidenziano, fra l'altro, in un atteggiamento di sfiducia verso lo Stato, i parenti, gli amici ed i volontari.

Seconda classe - Famiglia e solidarietà

Questa è la classe più numerosa: in essa convergono 159 soggetti, pari al 35,3% del sottocampione. Le famiglie che rientrano in questa classe sono composte nel 64,8% dei casi dall'invalido convivente con il padre, la madre e altre persone, comprendono nel 71,1% dei casi tre/quattro componenti, risiedono nel 27% dei casi a Lucca e sono caratterizzate per il 28,8% da un status socio-economico basso. Il 35,2% di questi intervistati non ha utilizzato alcun tipo di servizio. Il care-giver risulta essere prevalentemente (73,6%) la madre ed ha un'età compresa per il 57,4% tra i 50 e i 64 anni. Gli assistiti che rientrano in questo gruppo sembrano essere leggermente più autosufficienti nelle attività fondamentali rispetto a quelli della classe precedente (solo il 25,2% infatti risulta essere poco o per nulla autosufficiente sotto questo punto di vista), mentre anche in questo caso scarsa è l'autosufficienza nelle attività in casa (54,7%), e nelle attività fuori casa (60,4%).

Dal punto di vista del contenuto, coloro che rientrano in questo gruppo sembrano attribuire rilievo a due valori: la famiglia e la solidarietà. Sotto il primo profilo, malgrado il 45,3% di questi soggetti intrattenga scambi poco frequenti con parenti, amici e vicini, il 56,6% indica nei familiari le persone su cui contare principalmente per i problemi di ogni giorno, il 30,8% sottolinea la gratuità dell'aiuto prestato dai parenti; il 53,5%, poi, ritiene che la famiglia in difficoltà debba responsabilizzarsi ed attivarsi autonomamente per far fronte alle proprie esigenze, senza aspettarsi tutto dallo Stato. In questo senso, tra l'altro, il 62,3% giudica opportuna, per un miglior funzionamento dei servizi, una maggior partecipazione degli interessati alle decisioni e alla gestione dell'assistenza. Sotto il secondo profilo, il 54,1% concorda pienamente sull'opportunità di fidarsi solo di chi aiuta per solidarietà. Da entrambi i punti di vista, infine, una significativa quota di questi soggetti pone l'accento sull'efficacia (37,1%) e sulla necessità (36,5%) dell'aiuto solidale tra famiglie

e ciazioni di volontariato. Se poi il 69,8% di questi intervistati concorda sulla necessità che lo Stato garantisca servizi pubblici gratuiti per tutti i cittadini, il 72,3% sottolinea l'importanza di poter scegliere liberamente i servizi e gli aiuti più rispondenti alle proprie necessità. A tal proposito, a fronte di una limitata fiducia espressa da questi soggetti nella capacità/volontà di parenti (92,5%), amici (97,5%) e volontari (83,6%) di agire più incisivamente in loro favore, una quota, seppur modesta (5%) si mostra molto fiduciosa in un più consistente intervento dello Stato; d'altro canto, essi non formulano grandi aspettative né nei confronti degli amici, né nei confronti dei volontari e, forse un po' contraddittoriamente, neppure nei confronti dello Stato.

La famiglia e la solidarietà rappresentano i due fondamentali valori su cui i soggetti che rientrano in questa classe ritengono di poter contare per far fronte alle esigenze e alle difficoltà della propria situazione familiare.

Terza classe - Una famiglia abbastanza aperta ed «autosufficiente»

In questa classe convergono 63 casi, corrispondenti al 14% del sottocampione.

Questa classe comprende famiglie composte nel 54% dei casi dall'invalido, dal coniuge e da altre persone e nel 17,5% dall'invalido convivente con fratelli o figli o altre persone, comprendenti per il 36,5% due membri, in un quarto circa dei casi (25,4%) di status socio-economico alto. Il care-giver risulta essere nel 49,2% dei casi il coniuge/convivente, per il 34,9% di sesso maschile, ed ha un'età compresa in prevalenza (57,1%) entro i 49 anni. Il 38,1% di coloro che rientrano in questa classe non ha utilizzato alcun tipo di servizio; il 47,6% riceve aiuti da amici e vicini. Questi intervistati assistono invalidi decisamente autosufficienti per ciò che riguarda le attività fondamentali (ad esempio lavarsi, vestirsi, mangiare...) (81%) e dotati in maggioranza di elevata autosufficienza anche per ciò che concerne attività in casa (camminare in casa, rispondere al telefono, telefonare...) (61,9%) e fuori casa (fare una passeggiata, prendere l'autobus...) (55,6%).

Questi intervistati e queste famiglie appaiono, oltre che meno problematici, più aperti rispetto ai soggetti del gruppo precedente - co-

frequenti con parenti non conviventi, amici e vicini, e ben l'84,1% non mostra diffidenza nei confronti della realtà esterna al nucleo familiare. Non sembra particolarmente diffuso tra questi intervistati un atteggiamento garantista: il 37,1% non ritiene che lo Stato debba garantire servizi pubblici gratuiti a tutti i cittadini, ed anzi il 42,9% giudica abbastanza importante poter scegliere liberamente i servizi e gli aiuti considerati più rispondenti alle proprie esigenze, anche se, forse un po' contraddittoriamente, il 55,6% di questi soggetti manifesta il proprio disaccordo circa la necessità che la famiglia «difficile» si responsabilizzi e si attivi autonomamente per far fronte ai propri bisogni, senza aspettarsi tutto dallo Stato. Nonostante, poi, un'ampia maggioranza (73%) di coloro che rientrano in questa classe abbia espresso scarsa fiducia nella capacità/volontà dei parenti di agire più incisivamente in loro aiuto, il 39,7% ritiene di poter contare abbastanza sui familiari per i problemi quotidiani ed il 38,1% attribuisce un certo rilievo alla gratuità dell'aiuto fornito dai parenti.

I soggetti e le famiglie che rientrano in questa classe, più aperti rispetto a quelli del gruppo precedente, si trovano in una situazione meno problematica di questi ultimi, sia per l'elevato status socio-economico di cui godono, sia per l'elevata autosufficienza degli assistiti.

Quarta classe - Una famiglia «garantista» e con molte attese

Questa classe, che è la meno numerosa, comprende 36 soggetti, pari all'8% del sottocampione.

La tipologia familiare maggiormente presente in questa classe è costituita dall'invalido convivente con un genitore ed altre persone (presumibilmente qualche parente, ad esempio uno zio); queste famiglie sono composte in poco più di un quinto dei casi (22,2%) da cinque o più membri e risiedono per il 36,1% a Lucca. Questi intervistati hanno utilizzato con particolare frequenza servizi sanitari in genere (80,6%) e laboratori di analisi e centri diagnostici (63,9%) (peraltro, tra le variabili con valore criterio tra i meno significativi della cluster si può notare che i soggetti di questo gruppo hanno utilizzato prevalentemente servizi pubblici). Tra le variabili significative di questa cluster non compare alcuna informazione sul grado di autosufficienza degli assistiti dagli intervistati di questa classe.

gratuiti a tutti i cittadini), che si accompagna ad un sostanziale disaccordo (66,7%) circa la necessità che la famiglia problematica si responsabilizzi ed agisca autonomamente per far fronte alle proprie esigenze, e ad elevatissime aspettative (97,2%) nei confronti dello Stato. Un certo rilievo pare assumere per questi intervistati il valore della solidarietà, intesa sia in senso generale (il 55,6%, infatti, ritiene di potersi abbastanza fidare di chi aiuta solo per solidarietà), sia nel senso più specifico di aiuto solidale tra famiglie in (il 55,6% giudica in effetti abbastanza utile, per risolvere i problemi delle famiglie in difficoltà, l'aiuto reciproco tra le famiglie stesse). Coloro che rientrano in questo gruppo, poi, esprimono abbastanza (55,6%) o molta fiducia (11,1%) nell'intenzione dei volontari di attivarsi maggiormente per aiutarli a far fronte alle proprie necessità e ritengono in grande maggioranza (83,3%) che lo Stato debba aiutare le associazioni di volontariato. Infine questi soggetti, nonostante intrattengano in prevalenza (61,1%) scambi poco frequenti con parenti non conviventi, amici e vicini, manifestano contemporaneamente la convinzione che né lo Stato (38,9%), né i parenti (33,3%), né gli amici (47,2%) predisporranno in futuro maggiori interventi ed aiuti in loro favore, pur nutrendo elevate aspettative tanto nei riguardi dei parenti (61,1%) – significativo, in questo senso, anche il fatto che il 50% dichiara di contare abbastanza sui familiari per i problemi quotidiani – quanto degli amici (44,4%), che dei volontari (75%).

Elementi caratterizzanti dei soggetti e delle famiglie che rientrano in questa classe sembrano essere un deciso garantismo e, in generale, elevate aspettative nei riguardi della realtà esterna al nucleo familiare (parenti, amici e volontari).

Quinta classe - Una famiglia abbastanza diffidente

Questa classe raggruppa 74 soggetti, che corrispondono al 16,4% del sottocampione.

Le famiglie che rientrano in questa classe – caratterizzate sotto il profilo della tipologia e del numero dei componenti da variabili con valori criterio tra i meno significativi di questa cluster – risiedono in prevalenza (63,5% dei casi) a Milano e godono nel 28,4% dei casi di uno status socio-economico alto. Una significativa quota di questi intervistati (40,5%) ha fatto ricorso ai servizi di volontariato in

aiutato da operatori a pagamento. Una rilevantissima percentuale (87,8%), poi, riceve qualche tipo di contributo. Gli invalidi assistiti da questi intervistati sono decisamente (44,6%) o abbastanza (31,1%) autosufficienti nelle attività fondamentali e risultano dotati di un buon grado di autosufficienza anche nelle attività in casa (44,6%) e fuori casa (35,1%).

Sotto il profilo del contenuto, coloro che rientrano in questa classe manifestano una certa diffidenza (23% dei casi) nei confronti della realtà esterna al nucleo familiare, anche se, forse un po' contraddittoriamente, nel 40,5% dei casi risultano intrattenere scambi piuttosto frequenti con parenti non conviventi, amici e vicini. Questo atteggiamento diffidente si manifesta in modo particolare nei riguardi dei familiari e dei parenti: il 62,2% di questi soggetti, infatti, non ritiene di poter contare sui familiari per le necessità di ogni giorno ed il 64,9% non mostra di fare affidamento sulla gratuità dell'aiuto prestato dai parenti. Questi intervistati, poi, esprimono un parziale accordo da un lato sulla necessità che lo Stato garantisca servizi pubblici gratuiti per tutti i cittadini (27,5% dei casi), dall'altro sulla necessità, per la famiglia problematica, di responsabilizzarsi ed agire autonomamente per far fronte ai propri bisogni, senza aspettarsi tutto dalle istituzioni statali (39,2%) e giudicano, al tempo stesso, abbastanza importante (39,2%) poter scegliere i servizi e gli aiuti ritenuti più rispondenti alle proprie esigenze. Un valore piuttosto relativo riveste per questi soggetti la solidarietà interfamiliare: il 60,8% manifesta, infatti, solo un parziale accordo sull'utilità dell'aiuto solidale tra famiglie, problematiche per affrontare le difficoltà delle famiglie stesse ed il 51,4% giudica abbastanza necessario tale aiuto. Essi, poi, mentre nutrono fiducia in un maggior aiuto dei volontari a favore delle famiglie difficili (39,2%), ritengono anche (36,5% dei casi) che lo Stato dovrebbe aiutare le associazioni di volontariato. Infine, coloro che rientrano in questa classe manifestano aspettative non particolarmente elevate nei riguardi sia dello Stato (51,4%), che dei parenti (39,2%), che degli amici (24,3%).

I soggetti e le famiglie che rientrano in questa classe sono caratterizzati da un atteggiamento di diffidenza nei confronti della realtà esterna al nucleo familiare, ed in particolare nei riguardi dei parenti; e da un certo adattamento alla situazione in cui vivono (come

Schema riassuntivo delle classi commentate

	<i>Denominazione della classe</i>	<i>V.A.</i>	<i>% su 450 casi</i>
1 ^a classe	Una famiglia chiusa e molto problematica	90	20.0
2 ^a classe	Famiglia e solidarietà	159	35.3
3 ^a classe	Una famiglia abbastanza aperta ed autosufficiente	67	14.9
4 ^a classe	La famiglia «garantista» e con molte attese	36	8.0
5 ^a classe	Una famiglia abbastanza diffidente	74	16.4

Tipologie delle famiglie intervistate

Come avevamo accennato in precedenza, diamo ora un rapido sguardo, attraverso una tabella riassuntiva, alla tipologia delle famiglie intervistate.

6. Conclusioni

La cluster analysis relativa ai tre sottocampioni ricompresi nell'indagine ha sostanzialmente confermato quanto era emerso dall'analisi sull'intero campione, convalidando, quindi, ulteriormente le nostre ipotesi di lavoro.

In particolare, la cluster analysis che abbiamo da ultimo commentata ha messo ancor più in evidenza, nonostante il permanere di atteggiamenti ambivalenti, la centralità della famiglia nelle situazioni «difficili» quale risorsa in sé (ricordiamo come più volte i familiari sono stati indicati dai nostri intervistati come le persone su cui contare per i problemi quotidiani) e nella sua fondamentale funzione di gestione di tutte le risorse provenienti dall'interno e dall'esterno (aiuti, contributi). E queste considerazioni valgono soprattutto in riferimento alle famiglie con invalidi: la situazione particolarmente problematica di questi nuclei familiari, infatti, richiede il ricorso a tutte le opportunità e a tutti gli strumenti disponibili, oltre che un coordinamento ed un'accurata gestione degli stessi, possibili solo attraverso la famiglia. Quest'ultima analisi multivariata ha inoltre

	I Classe (%)	II Classe (%)	III Classe (%)	IV Classe (%)	V Classe (%)
	Con padre e altri 37 casi (8.2)	Solo con la madre 163 casi (36.2)	Con madre e fratelli-sorelle 114 casi (25.3)	Con madre, nonni e altri 113 casi (25.1)	Con madre e altri 23 casi (5.1)
componenti virale	Milano (70.3)	Due Bologna (95.7)	Tre Milano (59.3)	Quattro o più (73.5)	Tre (56.5)
socio-economico	Padre (89.2)	Alto Madre (34.4) (100.0)	Basso Madre (24.6) (99.1)	Medio Fratello-sorella (38.1) (7.1)	Lucca (39.1)
del care giver	40 anni e oltre (45.9)	30-34 anni (36.2)	35-39 anni 40 anni e oltre (37.7) (33.3)	Fino a 29 anni Nubile-celibe (42.5) (41.6)	
dei servizi utilizzati	Vedovo (24.3)	Separato-divorziato (78.9)		Non monogenitore (7.1)	
	Padre (94.6)	Madre Amici o vicini (100.0) (43.6)	Madre Altri parenti (100.0) (73.3)	Nonni Madre (100.0) (99.1)	Amici o vicini Altri parenti (65.2) (82.6)
scambio	Medio-Basso (29.7)	Alto Medio-Alto (24.5) (60.7)	Operatori pubbl. (7.9)	Basso Medio-Basso (21.2) (24.7)	Basso Poco aperto (30.4) (60.9)
invisura	Aperto (56.8)				

pioni – ad un status socio-economico di livello basso è frequentemente associato il ricorso esclusivo a servizi pubblici. Inoltre, come avevamo sottolineato in precedenza, a questo tipo di servizi, abbastanza facilmente accessibili ed impersonali, si rivolgono frequentemente le famiglie con anziani, le meno «competenti» e le più isolate, a causa dell'età sia dell'assistito, sia, spesso, del care-giver.

Emerge poi un'atteggiamento piuttosto contraddittorio nei riguardi dello Stato, atteggiamento anch'esso comune ai tre gruppi di famiglie intervistate: spesso, infatti, ad un diffuso garantismo, vale a dire alla richiesta di servizi pubblici gratuiti per tutti i cittadini, fa da contrappunto una certa sfiducia nella sua volontà/capacità di attivarsi maggiormente in favore delle famiglie problematiche. Dobbiamo comunque rilevare come siano soprattutto i nuclei familiari con invalidi a nutrire grandi aspettative nei riguardi delle istituzioni statali; ciò è comprensibile se si tiene conto della situazione di particolare disagio in cui queste famiglie si trovano, sotto tutti i punti di vista, e che giustifica, oltre che il ricorso a tutte le risorse disponibili, la richiesta di aiuti gratuiti, soprattutto in presenza di uno status socio-economico di livello basso.

Anche per quanto riguarda, poi, la relazione tra le famiglie oggetto della nostra indagine ed il volontariato la cluster analysis sui tre sottocampioni ha ribadito e, anzi, ha sottolineato le tendenze già messe in luce dall'analisi sull'intero universo: ai servizi di volontariato si sono rivolti nuclei monogenitoriali e, con minore frequenza, nuclei con invalidi, vale a dire per un verso realtà familiari «mancanti» o inadeguate, rispetto alle quali il volontariato svolge un'attività «in sostituzione», per un altro verso famiglie – ci riferiamo soprattutto ai nuclei monogenitoriali – più «competenti» e, quindi, in grado di accedere ad una più vasta gamma di servizi. Queste famiglie, tra l'altro, sembrano attribuire un particolare rilievo al valore della solidarietà e dell'aiuto reciproco tra nuclei familiari «difficili», come testimonia il fatto che una buona percentuale tra le famiglie monogenitoriali risulta iscritta ad un'associazione familiare.

Infine, anche l'importanza dell'informazione sull'esistenza ed il funzionamento dei servizi nella scelta dei servizi stessi emerge abbastanza chiaramente presso tutti e tre i gruppi di famiglie, come pare provare la particolare frequenza del ricorso ai servizi pubblici che caratterizza i nuclei residenti a Bologna, città nella quale tradizionalmente il funzionamento di tali servizi appare più affidabile.

Indice - Cluster analysis relativa all'intero campione di 1450 soggetti. si non vincolata

1: FAMIGLIE IN APPARENZA SENZA PARTICOLARI PROBLEMI : 470 casi - 32.4%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
CE ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI//	BASSO	13.04	.000	767	52.9	77.0	47.2
CE ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI//	BASSO	12.39	.000	1215	83.8	97.9	37.9
CE ATTESE NEI CONFRONTI DOMILIARI (NON SANITARI)//	NON USA	12.15	.000	1159	79.9	95.7	38.8
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT.//	BASSO	11.66	.000	1028	70.9	89.4	40.9
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI//	NON HA UTILIZZATO	11.51	.000	280	19.3	37.4	62.9
DI SERVIZI SOCIALIZZANTI//	NON USA	11.19	.000	1085	74.8	91.5	39.6
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI//	BASSO	10.36	.000	1291	89.0	98.7	35.9
CE ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI//	BASSO	9.85	.000	990	68.3	85.1	40.4
DI ALTRI SERVIZI//	NON USA	9.85	.000	1157	79.8	93.2	37.9
I DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO//	NON RICEVE	8.52	.000	1146	79.0	91.1	37.3
I DI LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI//	NON RICEVE	7.88	.000	1361	93.9	99.4	34.3
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO//	BASSO	7.84	.000	818	56.4	70.9	40.7
CE ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO//	BASSO	7.57	.000	1125	77.6	88.7	37.1
I DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI//	BASSO	7.47	.000	257	17.7	28.9	52.9
FAMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO//	PER NIENTE-POCO ACC.	6.76	.000	1298	89.5	96.4	34.9
DI SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)//	NESSUN CONTRIBUTO	6.63	.000	680	46.9	59.4	41.0
RENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA//	ABBASTANZA ACC.	6.43	.000	701	48.3	60.4	40.5
FACILE PARLARE CON ESPERTO//	NON INDICA	6.42	.000	1000	69.0	79.8	37.5
VOLONTARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO//	PER NIENTE-POCO ACC.	6.09	.000	381	26.3	36.6	45.1
COLTURA/POU/CAPIRE SOLO UN ESPERTO//	PER NIENTE-POCO ACC.	6.07	.000	1311	90.4	96.4	34.6
AIUTA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'//	BASSO	5.98	.000	291	20.1	29.4	47.4
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI//	BASSO	5.86	.000	720	49.7	60.6	39.6
LOGIA DEL NUCLEO INTERVISTATO//	MONOGENITORIALE	5.55	.000	570	39.3	49.6	40.9
STATO DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO//	ABBASTANZA ACC.	5.50	.000	1198	82.6	90.0	35.3
		5.09	.000	450	31.0	40.0	41.8
		4.70	.000	354	24.4	32.1	42.7

1: Segue

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
STANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI//	ABBASTANZA ACC.	4.69	.000	483	33.3	41.7	40.6
PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA//	PER NIENTE-POCO ACC.	4.54	.000	335	23.1	30.4	42.7
FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE//	PER NIENTE-POCO ACC.	4.15	.000	580	40.0	47.7	38.6
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI//	SOLO PUBBLICI	4.02	.000	638	44.0	51.5	37.9
PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA//	ABBASTANZA ACC.	3.92	.000	482	33.2	40.2	39.2
E DI INTERCAMBIO//	ALTO	3.90	.000	137	9.4	13.8	47.4
IENTI, NON IMPORTANO I COSTI//	ABBASTANZA ACC.	3.72	.000	414	28.6	34.9	39.6
DEL CARE-GIVER//	DA 30 A 39 ANNI	3.68	.000	278	19.2	24.7	41.7
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO//	ABBASTANZA ACC.	3.48	.000	379	26.1	31.9	39.6
DA PARTE DI VICINI-AMICI//	NON RICEVE	3.27	.001	928	64.0	69.8	35.3
TERRITORIALE//	LUCCA	3.09	.001	296	20.4	25.1	39.9
NE AIUTO DA UN AMICO//	NON INDICA	3.05	.001	1031	71.1	76.2	34.7
BLEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI//	ABBASTANZA ACC.	2.82	.002	430	29.7	34.5	37.7
E DI CHIUSURA//	APERTO	2.72	.003	813	56.1	61.1	35.3
NE AIUTO DA UN PARENTE NON CONVIV.//	INDICA	2.59	.005	365	25.2	29.4	37.8
VOLONTARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO//	ABBASTANZA ACC.	2.44	.007	493	34.0	38.3	36.5
DEL CARE-GIVER//	FINO A 29 ANNI	2.32	.010	120	8.3	10.6	41.7
O PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE//	ABBASTANZA ACC.	2.30	.011	316	21.8	25.3	37.7
E DI DIFFIDENZA//	DIFFIDENTE	2.10	.018	196	13.5	16.2	38.8
ATO DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO//	PER NIENTE-POCO ACC.	1.92	.028	168	11.6	13.8	38.7
TENTI, NON IMPORTANO I COSTI//	PER NIENTE-POCO ACC.	1.90	.028	610	42.1	45.5	35.1
O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA//	QUATTRO O PIU'	1.89	.029	414	28.6	31.7	36.0
NE AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE//	NON INDICA	1.88	.030	1366	94.2	95.7	32.9
TERRITORIALE//	BOLOGNA	1.82	.035	500	34.5	37.7	35.4
DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI//	ABBASTANZA ACC.	1.40	.081	256	17.7	19.6	35.9
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO//	PER NIENTE-POCO ACC.	1.38	.084	658	45.4	47.9	34.2
O FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE//	ABBASTANZA ACC.	1.36	.087	521	35.9	38.3	34.5

2: FAMIGLIA CON RISORSE : 270 casi - 18.6%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	PERCENTUALI
MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	PERCENTUALI
USA	14.64	.000	291	20.1	53.3
PUBBLICI-PRIVATI	14.40	.000	306	21.1	51.3
RICEVE	14.20	.000	304	21.0	51.0
PER NIENTE-POCO ACC.	9.77	.000	570	39.3	65.9
PER NIENTE-POCO ACC.	7.93	.000	527	36.3	57.8
PER NIENTE-POCO ACC.	6.96	.000	580	40.0	58.9
USA	6.79	.000	365	25.2	31.2
RICEVE	6.41	.000	152	10.5	22.6
PER NIENTE-POCO ACC.	6.26	.000	700	48.3	65.2
USA	6.18	.000	632	43.6	60.4
PER NIENTE-POCO ACC.	5.91	.000	280	19.3	33.0
USA	5.46	.000	749	51.7	66.3
ALTO	5.43	.000	290	20.0	32.6
USA	5.34	.000	293	20.2	30.0
BASSO	5.27	.000	1125	77.6	88.5
PER NIENTE-POCO ACC.	4.84	.000	168	11.6	20.7
BASSO	4.70	.000	1215	83.8	92.2
PER NIENTE-POCO ACC.	4.51	.000	291	20.1	30.4
PER NIENTE-POCO ACC.	4.44	.000	680	46.9	58.9
BASSO	4.44	.000	1291	89.0	95.6
PER NIENTE-POCO ACC.	4.44	.000	616	42.5	54.4
INDICA	4.39	.000	419	28.9	40.0
BASSO	3.90	.000	1198	82.6	90.0
BASSO	3.70	.000	1028	70.9	79.6
PER NIENTE-POCO ACC.	3.64	.000	658	45.4	55.2
RICEVE	3.64	.000	522	36.0	45.6
SOLO PRIVATI	3.49	.000	90	6.2	11.1
DUE	3.42	.000	603	41.6	50.7
PER NIENTE-POCO ACC.	3.42	.000	335	23.1	31.1
NON INDICA	2.92	.002	1366	94.2	19.3
INDICA	2.94	.010	139	9.6	13.3
BOLOGNA	2.31	.011	500	34.5	40.4
DA 40 A 49 ANNI	2.28	.011	230	15.9	20.4
MEDIO	2.23	.013	436	30.1	35.6
MOLTO ACCORDO	2.15	.016	826	57.0	62.6
POCO APERTO	1.97	.025	466	32.1	37.0
DA 30 A 39 ANNI	1.82	.035	278	19.2	23.0
NESSUN CONTRIBUTO	1.65	.049	1000	69.0	73.0
PER NIENTE-POCO ACC.	1.63	.052	610	42.1	46.3
MONOGENTORIALE	1.56	.060	450	31.0	34.8
UN PO' DIFFIDENTE	1.49	.069	228	15.7	18.5
MEDIO-BASSO	1.48	.070	360	24.8	28.1
MEDIO-ALTO	1.44	.075	444	30.6	34.1

3: LA FAMIGLIA, LE FAMIGLIE, LA SOLIDARIETA' : 197 casi - 13.6%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	PERCENTUALI
MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	PERCENTUALI
MOLTO ACCORDO	12.88	.000	418	28.8	33.5
MOLTO ACCORDO	12.83	.000	427	29.4	33.0
MOLTO ACCORDO	12.68	.000	320	22.1	26.4
MOLTO ACCORDO	12.33	.000	294	20.3	23.9
MOLTO ACCORDO	10.82	.000	651	44.9	51.9
MOLTO ACCORDO	10.54	.000	623	43.0	50.7
MOLTO ACCORDO	8.49	.000	489	33.7	39.4
MOLTO ACCORDO	8.42	.000	917	63.2	73.3
MOLTO ACCORDO	8.03	.000	359	24.8	28.8
MOLTO ACCORDO	7.58	.000	503	34.7	40.4
BASSO	7.22	.000	1028	70.9	82.6
MOLTO ACCORDO	7.02	.000	826	57.0	66.3
MOLTO ACCORDO	6.86	.000	291	20.1	23.1
BASSO	6.89	.000	908	62.6	72.4
BASSO	6.83	.000	767	52.9	61.6
BASSO	6.86	.000	1291	89.0	98.0
BASSO	6.70	.000	1215	83.8	94.9
NON USA	6.57	.000	1085	74.8	88.8
NON USA	6.47	.000	1139	79.3	92.4
NON RICEVE	6.26	.000	1155	79.0	91.4
BASSO	6.26	.000	1155	79.0	91.4
NON USA	4.79	.000	1115	77.8	89.3
NON USA	4.74	.000	630	44.0	50.3
SOLO PUBBLICI	4.11	.000	1381	93.9	100.0
NON RICEVE	3.73	.000	1026	70.8	81.2
NON DIFFIDENTE	3.73	.000	990	68.3	78.7
CON ANZIANI	3.54	.000	550	37.9	43.2
BASSO	3.44	.000	1198	82.6	90.4
BASSO	2.98	.001	257	17.7	20.4
NON INDICA	2.68	.004	1031	71.1	78.7
DA 70 A 79 ANNI	2.61	.005	175	12.1	15.0
NON USA	2.49	.006	701	48.3	56.3
DA 50 A 59 ANNI	2.47	.007	285	20.3	26.9
NON RICEVE	2.44	.007	1298	89.5	93.9
NON HA UTILIZZATO	2.35	.009	280	19.3	25.4
MEDIO	2.25	.012	433	29.9	36.5
QUATTRO O PIU'	2.05	.020	414	28.6	34.5
LUCCA	1.74	.041	296	20.4	24.9
BASSO	1.73	.042	283	19.5	23.9
MEDIO-ALTO	1.52	.065	580	40.0	44.7
NON RICEVE	1.51	.066	928	64.0	75.5
NON INDICA	1.40	.081	1311	90.4	100.0
DA 60 A 69 ANNI	1.33	.092	216	14.9	17.8

LE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	PERCENTUALI
					MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	
	FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	15.55	.000	269	18.6	44.7
	ATESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	12.74	.000	385	26.6	50.2
	ATESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	11.37	.000	149	10.3	25.2
	FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	10.98	.000	232	16.0	33.3
	IA DEI SERVIZI UTILIZZARI/	10.74	.000	136	9.4	22.9
	FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	10.52	.000	89	6.1	17.0
	ATESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	9.50	.000	51	3.5	10.8
	ATESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	8.66	.000	211	14.6	27.5
	ATESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	8.60	.000	121	8.3	19.6
	A PARTE DI VOLONTARI/	8.26	.000	89	6.1	14.7
	GLIA RICEVE CONTRIBUTI/	8.08	.000	450	31.0	46.3
	FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	7.87	.000	165	11.4	22.0
	USA	7.34	.000	365	25.2	38.3
	ATESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	7.34	.000	297	20.5	32.8
	ATESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	7.23	.000	727	50.1	64.4
	ALTRI SERVIZI/	7.00	.000	293	20.2	31.9
	IA DEL NUCLEO INTERVISTATO/	6.90	.000	450	31.0	44.0
	FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/	6.90	.000	521	35.9	49.3
	A SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/	6.66	.000	438	30.2	42.7
	FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	5.76	.000	41	2.8	6.9
	ARRITORIALE/	4.91	.000	654	45.1	54.8
	DI INTERSCAMBIO/	4.32	.000	372	25.7	33.3
	NO DEVE AIUTARE ASS.VOLONTARIATO/	4.19	.000	917	63.2	71.1
	SERVIZI SANITARI (NON LAB.ANALISI)/	4.05	.000	749	51.7	59.6
	A PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	3.91	.000	1146	79.0	85.1
	A AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE/	3.77	.000	84	5.8	9.4
	INDICA					48.8

4: Segue

ILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	PERCENTUALI
					MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	
	SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/	3.72	.000	283	19.5	25.5
	R PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/	3.71	.000	623	43.0	50.2
	FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	3.60	.000	41	2.8	5.3
	EL CARE-GIVER/	3.52	.000	216	14.9	20.0
	DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/	3.37	.000	433	29.9	36.0
	OLTA/POU/CAPIRE SOLO UN ESPERTO/	3.17	.001	432	29.8	35.9
	ACILE PARLARE CON ESPERTO/	3.14	.001	139	9.6	13.3
	FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	3.13	.001	11	.8	1.8
	UN PO'DIFENDENTE	3.07	.001	316	21.8	26.8
	ABBASTANZA ACC.	2.92	.002	228	15.7	20.0
	ABBASTANZA ACC.	2.88	.002	430	29.7	34.9
	MOLTO ACCORDO	2.80	.003	908	62.6	67.9
	ABBASTANZA ACC.	2.68	.004	464	32.0	36.9
	ENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/	2.64	.004	700	48.3	53.4
	MOLTO ACCORDO	2.62	.004	651	44.9	50.0
	ONTARIATO AIUTA PIU'DELLO STATO/	2.55	.005	493	34.0	38.8
	ABBASTANZA ACC.	2.52	.010	522	35.0	40.4
	RICEVE	2.32	.010	27	1.9	3.0
	A FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	2.18	.015	27	1.9	3.0
	POCO APERTO	2.12	.017	466	32.1	36.0
	PER NIENTE-POCO ACC.	2.09	.018	610	42.1	46.1
	CHIUSO	2.00	.023	170	11.7	14.2
	INDICA	1.83	.034	419	28.9	32.1
	ABBASTANZA ACC.	1.72	.043	256	17.7	20.2
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.67	.047	127	8.8	10.6
	PANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	1.65	.050	414	28.6	31.4
	ABBASTANZA ACC.	1.57	.058	658	45.4	48.4
	VE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/	1.57	.058	291	20.1	22.5
	MOLTO ACCORDO	1.52	.064	427	29.4	32.1
	OLTA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/	1.44	.075	632	43.6	46.3
	USA	1.44	.075	294	20.3	22.5
	LAB.ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/	1.37	.085	483	33.3	35.8
	MOLTO ACCORDO					33.3
	MIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/					32.0
	PANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/					32.3

per analysis relativa all'intero campione di 1450 soggetti. si vincolata alla tipologia dei servizi utilizzati

1: LA FAMIGLIA NON HA UTILIZZATO SERVIZI: 280 casi - 19.3%

BILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	NON HA UTILIZZATO	30.14	.000	280	19.3	100.0
OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	NON USA	24.12	.000	701	48.3	100.0
I SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/	NON USA	22.16	.000	818	56.4	39.9
I SERVIZI SOCIALIZZANTI/	NON USA	16.85	.000	1085	74.8	100.0
I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/	NON USA	15.10	.000	1157	78.9	100.0
RE AL VOLONTARIATO/	NON USA	15.05	.000	1159	78.9	100.0
YENKOTIALE/	NON USA	7.29	.000	1275	87.9	21.5
DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	NON RICEVE	7.19	.000	296	20.4	37.1
E ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	NON RICEVE	5.80	.000	1466	78.0	90.4
ZIONAND ASSOCIAZIONI FAMILIARI/	NON RICEVE	4.35	.000	767	52.9	64.3
DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/	NON RICEVE	3.69	.000	1308	90.2	95.4
FACILE PARLARE CON ESPERTO/	NON INDICA	3.53	.000	1398	89.5	94.6
E ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	3.28	.001	1311	90.4	95.0
O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/	BASSO	3.22	.001	1215	83.8	89.6
QUATTRO O PIU'	BASSO	2.83	.002	414	28.6	35.4
E DI FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	2.75	.003	1291	88.0	93.2
E DI INTERSCAMBIO/	ALTO	2.61	.005	137	9.4	13.6
OGIA DEL NUCLEO INTERVISTATO/	CON INVALIDI	2.50	.006	450	31.0	37.1
DEL CARE-GIVER/	FINO A 29 ANNI	2.38	.009	120	8.3	11.8
E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO	2.36	.009	990	68.3	73.9
E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	BASSO	2.36	.009	257	17.7	22.5
E DA PARTE DI VICINI-AMICI/	NON RICEVE	2.14	.016	928	64.0	69.3
E DI DIFFIDENZA/	NON DIFFIDENTE	2.13	.017	1026	70.8	75.7
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	BASSO	2.07	.019	1028	70.9	75.7
DEL CARE-GIVER/	DA 30 A 39 ANNI	1.97	.025	278	19.2	23.2
DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/	MOLTO ACCORDO	1.90	.028	623	43.0	47.9
TANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.74	.041	280	19.3	22.9
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	ABBASTANZA ACC.	1.72	.043	483	33.3	37.5
ENTI ALCUNO SENZA ASPETTARSI NULLA/	BASSO	1.62	.053	1198	82.6	85.7
E DI CHIUSURA/	ABBASTANZA ACC.	1.50	.067	381	26.3	29.6
E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	POCO APERTO	1.50	.067	466	32.1	35.7
AMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/	MEDIO	1.49	.068	436	30.1	33.6
S SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/	MOLTO ACCORDO	1.44	.075	294	20.3	23.2
COLTA/PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/	MEDIO	1.44	.075	433	29.9	33.2
VOLONTARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.39	.082	720	49.7	53.2
		1.38	.084	291	20.1	22.9

2: La Famiglia HA UTILIZZATO solo SERVIZI PUBBLICI: 638 casi - 44.0%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	SOLO PUBBLICI	37.87	.000	638	44.0	100.0
OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	NON RICEVE	10.98	.000	1146	79.0	91.5
I DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	NON USA	10.96	.000	1159	79.9	92.2
I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/	NO	10.30	.000	1275	87.9	96.9
RE AL VOLONTARIATO/	MEDIO	8.35	.000	450	31.0	42.5
E DI SODDISFAZIONE SERVIZI PUBBLICI/	ALTO	7.80	.000	374	25.8	35.9
E DI SODDISFAZIONE SERVIZI PUBBLICI/	USA	7.31	.000	749	51.7	62.4
I I SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/	USA	5.80	.000	632	43.6	52.0
I I LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/	BOLOGNA	4.83	.000	500	34.5	41.2
TERRITORIALE/	BASSO	4.64	.000	218	15.0	19.9
E DI SODDISFAZIONE SERVIZI PUBBLICI/	NON USA	4.44	.000	1085	74.8	80.4
I I SERVIZI SOCIALIZZANTI/	MOLTO ACCORDO	3.24	.001	359	24.8	28.8
ENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/	MEDIO	3.23	.001	433	29.9	34.2
IS SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/	BASSO	3.19	.001	283	19.5	23.2
IS SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/	MOLTO ACCORDO	3.18	.001	908	62.6	67.1
DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/	MOLTO ACCORDO	2.50	.006	489	33.7	37.1
DEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	MOLTO ACCORDO	2.48	.007	1311	90.4	92.5
E FACILE PARLARE CON ESPERTO/	NON INDICA	2.44	.007	1031	71.1	74.3
NE AIUTO DA UN AMICO/	APERTO	2.32	.010	813	56.1	59.4
E DI CHIUSURA/	CON ANZIANI	2.02	.022	550	37.9	40.8
OGIA DEL NUCLEO INTERVISTATO/	FAMIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/	1.89	.029	1000	69.0	71.5
AMIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/	BASSO	1.77	.038	1028	70.9	73.2
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	BASSO	1.70	.045	990	68.3	70.5
E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	ABBASTANZA ACC.	1.62	.053	482	33.2	35.4
OR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.61	.054	127	8.8	10.0
TANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	MOLTO ACCORDO	1.58	.057	427	29.4	31.5
IA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/	MOLTO ACCORDO	1.47	.071	503	34.7	36.7
IO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/	MOLTO ACCORDO	1.39	.083	121	8.3	9.4
E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	ALTO	1.34	.091	727	50.1	52.0
E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/						

3: La Famiglia HA UTILIZZATO solo SERVIZI PRIVATI: 90 casi - 6.2%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/ DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ S S SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ I SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/ I ALTRI SERVIZI/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ LA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/ RE AL VOLONTARIATO/ LOGIA DEL NUCLEO INTERVISTATO/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ TERRITORIALE/ E DI FIDUCIA/ O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ NE AIUTO DA UN PARENTE NON CONVIT./ TANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/ DEL CARE-GIVER/ E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/ DEL CARE-GIVER/ DA PARTE DI VICINI-AMICI/ RICEVE	18.49 7.46 6.78 5.95 3.98 3.82 3.73 3.60 3.32 3.15 3.09 2.80 2.55 2.51 2.16 2.16 2.09 1.99 1.99 1.83 1.82 1.81 1.81 1.69 1.38	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .001 .003 .005 .006 .015 .016 .018 .023 .024 .034 .035 .035 .046 .084	90 300 291 304 206 290 701 1157 818 65 570 1275 1000 550 1198 654 228 603 1291 1085 826 257 257 128 522	6.2 20.7 20.1 21.0 14.2 20.0 48.3 79.8 56.4 4.5 39.3 87.9 69.0 37.9 82.6 45.1 15.7 41.6 89.0 74.8 57.0 17.7 17.7 8.8 36.0	100.0 17.0 52.2 48.9 30.0 36.7 66.7 92.2 72.2 12.2 54.4 95.6 80.0 50.0 90.0 55.6 23.3 51.1 94.4 82.2 65.6 24.4 24.4 13.3 42.2

4: La Famiglia HA UTILIZZATO SERVIZI PUBBLICI e PRIVATI: 306 casi - 21.1%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ I SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/ I LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/ RE AL VOLONTARIATO/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ S S SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ LOGIA DEL NUCLEO INTERVISTATO/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ E DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/ O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ LA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/ FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/ DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/ FACILE PARLARE CON ESPERTO/ TERRITORIALE/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEI VOLONTARI/ TANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/ E DI CHIUSURA/ DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/ ENTI AIUTANO SENZA ASPETTARE NULLA/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ IONE AD ASSOCIAZIONI FAMILIARI/ VOLONTARIO AIUTA PIU' DELLO STATO/ E ATTESE DA NESSUNO IN PARTICOLARE/ E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/ DEL CARE-GIVER/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI VOLONTARI/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ E DI INTERSCAMBIO/ IENI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/ S S SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ MIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/ DEL CARE-GIVER/ DA 70 A 79 ANNI	31.15 13.19 12.02 12.02 11.94 11.79 11.65 10.08 6.79 6.03 5.35 5.20 4.24 4.24 3.93 3.67 3.40 3.22 2.90 2.62 2.62 2.61 2.55 2.53 2.51 2.48 2.24 2.21 2.13 2.03 1.92 1.87 1.82 1.82 1.76 1.68 1.68 1.49 1.42 1.37 1.37 1.30	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .002 .004 .004 .005 .006 .006 .007 .012 .012 .017 .021 .027 .031 .034 .034 .035 .039 .047 .055 .058 .064 .064 .085 .096 .096	306 291 266 306 304 304 768 1517 125 65 290 480 350 293 374 365 603 297 297 570 580 280 139 218 654 211 826 466 152 700 165 1308 493 727 658 128 269 149 360 527 444 464 175	21.1 20.1 14.2 20.7 21.0 21.7 43.6 87.9 23.3 4.5 20.0 31.0 37.9 20.2 25.8 25.2 41.6 20.5 39.3 40.0 19.3 9.6 15.0 45.1 14.6 57.0 10.5 48.3 90.2 34.0 5.8 50.1 45.4 18.6 10.3 24.8 36.3 30.6 32.0 12.1	100.0 50.3 38.9 48.0 48.0 32.7 69.0 97.1 23.3 11.8 33.4 43.5 48.4 29.1 34.6 33.3 50.0 27.1 46.4 46.4 24.5 26.8 29.5 19.6 24.0 19.0 62.4 13.7 53.3 92.8 38.2 7.8 54.6 49.7 23.1 11.1 24.6 25.5 27.8 39.5 23.0 33.7 35.0 14.1

5: La Famiglia HA UTILIZZATO SERVIZI di VOLONTARIATO e ALTRI: 136 casi - 9.4%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBAB- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	VOLONTARI+ALTRI	22.30	.000	136	9.4	100.0	100.0
	SI	21.97	.000	175	12.1	100.0	77.7
	USA	15.42	.000	365	25.2	87.5	32.6
	ALTO	9.31	.000	300	20.7	56.6	25.7
	USA	6.86	.000	293	20.2	45.6	21.2
	SI	6.52	.000	142	9.8	29.4	28.2
	MONOGENITORIALI	6.27	.000	450	31.0	55.9	16.9
	MEDIO	5.17	.000	206	14.2	30.9	20.4
	RICEVE CONTRIBUTI	4.51	.000	450	31.0	48.5	14.7
	TRE	4.11	.000	433	29.9	45.6	14.7
	MILANO	3.81	.000	654	45.1	60.3	12.5
	ABBASTANZA ACC.	3.41	.000	521	35.9	49.3	12.9
	BASSO	3.39	.000	65	4.5	11.0	23.1
	INDICA	3.37	.000	139	9.6	17.4	13.0
	MOLTO ACCORDO	3.14	.001	651	44.9	58.4	12.0
	MEDIO	3.10	.001	419	28.9	40.4	13.1
	NON INDICA	3.01	.001	385	26.6	37.5	13.2
	MEDIO	2.95	.002	1366	94.2	98.5	9.8
	USA	2.82	.002	149	10.3	17.6	16.1
	MOLTO ACCORDO	2.77	.003	291	20.1	29.4	13.7
	MOLTO ACCORDO	2.72	.003	623	43.2	73.5	10.9
	BASSO	2.59	.008	283	19.5	27.2	13.1
	MEDIO-BASSO	2.18	.014	218	15.0	21.3	13.3
	MEDIO	2.18	.015	360	24.8	32.4	12.2
	RICEVE	2.09	.019	11	.8	2.2	27.3
	ABBASTANZA ACC.	1.96	.025	522	36.0	43.4	11.3
	CON INVALIDI	1.83	.034	438	30.2	36.8	11.4
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.79	.037	450	31.0	37.5	11.3
	MEDIO	1.72	.042	51	3.5	5.9	15.7
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.69	.046	527	36.3	42.6	11.0
	MEDIO	1.66	.048	610	42.1	48.5	10.8
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.64	.051	121	8.3	11.8	13.2
	FEMMINA	1.59	.056	700	48.3	54.4	10.6
	DA 60 A 69 ANNI	1.59	.056	1192	82.2	86.8	9.9
	MEDIO	1.56	.059	216	14.9	19.1	12.0
	MEDIO	1.53	.063	89	6.1	8.8	13.5
	MEDIO	1.48	.070	297	20.5	25.0	11.4
	DA 30 A 39 ANNI	1.46	.072	278	19.2	23.5	11.5
	ALTO	1.32	.094	727	50.1	55.1	10.3

er analysis relativa all'intero campione di 1450 soggetti.
si vincolata al ricorso o meno al volontariato

1: LA FAMIGLIA NON RICORRE AL VOLONTARIATO: 1275 casi - 87.9%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBAB- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	NO	24.90	.000	1275	87.9	100.0	100.0
	NO USA	14.78	.000	1085	74.8	82.0	96.3
	SOLO PUBBLICI	10.30	.000	638	44.0	48.5	96.9
	CON ANZIANI	9.17	.000	550	37.9	41.7	96.7
	NON HA UTILIZZATO	7.46	.000	1308	90.2	92.9	90.5
	NON USA	7.29	.000	280	19.3	21.5	97.9
	PUBBLICI+PRIVATI	6.98	.000	1157	79.8	82.8	91.3
	PERSON CONTRIBUTO	6.79	.000	306	21.1	23.3	97.1
	BASSO	5.34	.000	1000	69.0	71.5	91.1
	MEDIO	4.05	.000	500	34.5	36.2	92.4
	PER NIENTE-POCO ACC.	3.86	.000	1215	83.8	85.3	89.5
	INDICA	3.72	.000	603	41.6	43.3	91.5
	PER NIENTE-POCO ACC.	3.57	.000	928	64.0	65.6	90.1
	INDICA	3.15	.001	1291	89.0	90.0	88.9
	SOLO PRIVATI	3.11	.001	84	5.8	6.4	96.4
	SOLO PRIVATI	2.82	.002	128	8.8	9.5	94.5
	PER NIENTE-POCO ACC.	2.80	.003	90	6.2	6.7	95.6
	NON USA	2.73	.003	137	9.4	10.1	94.2
	MEDIO	2.59	.005	570	39.3	40.5	90.7
	PER NIENTE-POCO ACC.	2.48	.007	433	29.9	30.9	89.0
	BASSO	2.43	.008	291	20.1	20.9	91.8
	MOLTO ACCORDO	2.27	.012	767	52.9	54.0	89.7
	BASSO	2.27	.012	359	24.8	25.6	91.1
	FINO A 29 ANNI	2.19	.014	1028	70.9	71.8	89.1
	MOLTO ACCORDO	2.17	.015	120	8.3	8.8	93.3
	ABBASTANZA ACC.	1.98	.024	418	28.8	28.6	90.4
	MOLTO ACCORDO	1.84	.033	482	33.2	34.0	90.0
	ALTO	1.81	.035	489	33.7	34.5	90.0
	NON RICEVE	1.75	.040	27	1.9	2.0	96.3
	ABBASTANZA ACC.	1.60	.055	1398	89.5	90.0	88.4
	NON RICEVE	1.54	.061	354	24.4	25.0	90.1
	BASSO	1.37	.085	257	17.7	18.2	90.3
	ABBASTANZA ACC.	1.36	.087	493	34.0	34.6	89.5
	NON DIFFERENTE	1.30	.096	1026	49.7	50.3	89.0
	NON DIFFERENTE	1.30	.096	1026	70.8	71.3	88.6

2: LA FAMIGLIA RICORRE AL VOLONTARIATO: 175 casi - 12.1%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
SI	24.90	.000	175	12.1	100.0	100.0
VOLONTARI-ALTRI	21.97	.000	136	9.4	77.1	100.0
USO	14.78	.000	365	25.2	37.0	100.0
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	8.56	.000	300	20.7	48.6	28.3
MONOGRAFIA DEL NUCLEO INTERVISTATO/	7.56	.000	450	31.0	57.1	22.2
USO DI SODDISFAZIONE AD ASSOCIAZIONI FAMILIARI/	7.46	.000	142	9.8	29.1	35.9
USO DI ALTRI SERVIZI/	6.98	.000	293	20.2	42.3	25.3
RICEVE CONTRIBUTI	5.34	.000	450	31.0	49.1	19.1
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	4.48	.000	206	14.2	26.3	22.3
MILANO	4.29	.000	654	45.1	60.0	16.1
USO DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/	4.10	.000	433	29.9	43.4	17.6
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	3.69	.000	149	10.3	18.9	22.1
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	3.67	.000	385	24.6	38.3	17.4
INDICA	3.61	.000	139	9.6	17.7	22.3
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	3.37	.000	522	36.0	47.4	15.9
INDICA	3.26	.001	419	28.9	39.4	16.5
BASSO	3.24	.001	65	4.5	8.7	26.2
MOLTO ACCORDO	3.21	.001	651	44.9	56.0	15.1
BASSO	2.61	.005	218	13.0	21.7	17.4
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	2.59	.005	269	18.6	25.7	16.7
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	2.59	.005	291	20.1	27.4	16.5
MOLTO ACCORDO	2.48	.007	623	43.0	51.4	14.4
MEDIO	2.40	.008	89	6.1	10.3	20.2
DA 60 A 99 ANNI	2.27	.012	216	14.9	20.6	16.7
ALTO	2.07	.019	290	20.0	25.7	15.5
UN PO' DIFFIDENTE	1.94	.026	228	15.7	20.6	15.8
ABBASTANZA ACC.	1.85	.032	438	30.2	36.0	14.4
ALTO	1.79	.036	11	.8	1.7	27.3
PER NIENTE-POCO ACC.	1.78	.038	700	48.3	54.3	13.6
ABBASTANZA ACC.	1.77	.038	521	35.9	41.7	14.0
BASSO	1.68	.047	283	19.5	24.0	14.8
MEDIO-BASSO	1.67	.047	360	24.8	29.7	14.4
PER NIENTE-POCO ACC.	1.61	.054	610	42.1	47.4	13.6
RICEVE	1.50	.055	152	10.5	13.7	15.9
MOLTO ACCORDO	1.56	.059	404	27.9	32.6	14.1
RICEVE	1.54	.062	304	21.0	25.1	14.5
MOLTO ACCORDO	1.48	.070	917	63.2	68.0	13.0
USO DI SODDISFAZIONE ALTRI SERVIZI/	1.45	.074	51	3.5	5.1	17.6
FEMMINA	1.40	.081	192	8.2	9.7	12.6
DEL CARE-GIVER/	1.40					

*er analysis non vincolata relativa al campione
niglie con anziani (550 soggetti)*

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
CE DI INTERSCAMBIO/ GLIONTARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO/ PER PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/ ABBASTANZA ACC.	BASSO	6.97	.000	146	26.5	48.7	50.7
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/ ABBASTANZA ACC.	BASSO	6.05	.000	96	17.5	34.2	54.2
ABBASTANZA ACC.	BASSO	5.47	.000	200	36.4	54.6	41.5
ABBASTANZA ACC.	BASSO	5.40	.000	357	64.9	81.6	34.7
ABBASTANZA ACC.	BASSO	5.38	.000	131	23.8	40.1	46.6
ABBASTANZA ACC.	BASSO	5.38	.000	488	88.7	98.0	30.5
ABBASTANZA ACC.	BASSO	5.15	.000	349	63.5	79.6	34.7
ABBASTANZA ACC.	BASSO	5.11	.000	47	8.5	19.1	61.7
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.85	.000	291	52.9	69.1	36.1
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.72	.000	231	42.0	57.9	38.1
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.66	.000	174	31.6	46.7	40.8
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.58	.000	182	33.1	48.0	40.1
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.55	.000	220	40.0	55.3	38.2
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.41	.000	185	33.6	48.0	39.5
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.22	.000	195	35.5	49.3	38.5
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.21	.000	88	16.0	27.0	46.6
ABBASTANZA ACC.	BASSO	4.07	.000	395	71.8	83.6	32.2
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.96	.000	217	39.5	52.6	36.9
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.93	.000	472	85.8	94.1	30.3
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.82	.000	99	18.0	28.3	43.4
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.77	.000	267	48.5	61.2	34.8
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.57	.000	45	8.2	15.1	51.1
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.50	.000	141	25.6	36.2	39.0
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.26	.001	444	80.7	88.8	30.4
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.20	.001	203	36.9	47.4	35.5
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.20	.001	35	6.4	11.8	51.4
ABBASTANZA ACC.	BASSO	3.20	.001	210	38.2	48.7	35.2

1: Segue

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBAB- LITA'	PESO	GLOBALI SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
AVANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/ TERRITORIALE/	PER NIENTE-POCO ACC. MILANO	2.97	.002	45	8.2	13.8
PROBLEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/ NON HA UTILIZZATO I SERVIZI UTILIZZATI/	ABBASTANZA ACC. NON HA UTILIZZATO	2.72	.003	250	45.5	54.6
DEL CARE-GIVER/ 80 ANNI E OLTRE	NON RICEVE NON RICEVE	2.56	.005	107	19.5	26.3
I I DA PARTE DI FIGLI-GENERO-NUORA/ PER NIENTE-POCO ACC.	NON RICEVE NON RICEVE	2.43	.008	56	10.2	15.1
I I DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ NENE AIUTO DA UN PARENTE NON CONVIV./	NON INDICA NON INDICA	2.34	.010	393	71.5	78.3
FACILE PARLARE CON ESPERTO/ DI SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/	NON USA NON USA	2.17	.015	396	72.0	78.3
DE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ DE ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	BASSO BASSO	2.10	.018	433	78.7	84.2
DI SERVIZI SOCIALIZZANTI/ DE COMPLESSIVO DI AUTOSUFFICIENZA/	BASSO ALTO	2.04	.020	108	19.6	25.0
I I DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/ LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	NON RICEVE BASSA	1.98	.024	149	27.1	32.9
ARITA' DEL CARE-GIVER/ SOLO A FRAT-SOR	NON RICEVE SOLO A FRAT-SOR	1.96	.025	485	88.2	92.1
IO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ TIENTI, NON IMPORTANO I COSTI/	ABBASTANZA ACC. PER NIENTE-POCO ACC.	1.92	.027	237	43.1	49.3
IO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/ SUS SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/	ABBASTANZA ACC. MEDIO	1.89	.029	23	4.2	6.6
SUS SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ DE ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO BASSO	1.57	.058	173	31.5	36.2
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/ DI ALTRI SERVIZI/	BASSO NON USA	1.56	.060	156	28.4	32.9
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ DI SERVIZI SANITARI (NON LAB-ANALISI)/	ABBASTANZA ACC. NON USA	1.52	.065	99	18.0	21.7
		1.48	.070	385	70.0	74.3
		1.46	.072	175	31.8	36.2
		1.43	.077	500	90.9	93.4
		1.41	.079	45	8.2	10.5
		1.35	.089	273	49.6	53.9
						30.0

2: UNA FAMIGLIA PIU' FIDUCIOSA E CON ASPETTATIVE : 90 casi - 16.4%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBAB- LITA'	PESO	GLOBALI SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	MEDIO	8.79	.000	108	19.6	58.9
DI SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/	NON USA	7.27	.000	396	72.0	96.7
CE ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	MEDIO	6.68	.000	124	22.5	52.2
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	MEDIO	6.42	.000	106	19.3	46.7
CE ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	ALTO	6.36	.000	288	52.4	81.1
CE ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	MEDIO	6.29	.000	49	8.9	30.0
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	ALTO	5.28	.000	25	4.5	17.8
CE ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	ALTO	5.06	.000	87	15.8	35.6
I I DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	NON RICEVE	4.68	.000	408	74.2	91.1
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	ALTO	4.15	.000	22	4.0	13.3
CE ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	ALTO	3.99	.000	45	8.2	20.0
CE DI DIFFIDENZA/	NON DIFFIDENTE	3.60	.000	417	75.8	88.9
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	MEDIO	3.58	.000	27	4.9	13.3
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	ALTO	3.43	.000	18	3.3	10.0
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	NON HA UTILIZZATO	3.22	.001	88	16.0	27.8
CE ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	MEDIO	3.21	.001	103	18.7	31.1
AVANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	ABBASTANZA ACC.	3.14	.001	185	33.6	47.8
IO DEVE AIUTARE ASS.VOLONTARIATO/	MOLTO ACCORDO	2.68	.004	339	65.3	76.7
IOR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/	MOLTO ACCORDO	2.56	.005	223	40.5	52.2
O DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/	MOLTO ACCORDO	2.53	.006	336	61.1	72.2
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	SOLO PUBBLICI	2.53	.006	260	47.3	58.9
ERENTI, NON IMPORTANO I COSTI/	ABBASTANZA ACC.	2.51	.006	195	35.5	46.7
DI SERVIZI SANITARI (NON LAB-ANALISI)/	NON USA	2.50	.006	273	49.6	61.1
CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	MEDIO	2.47	.007	72	13.1	21.1
ENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/	PER NIENTE-POCO ACC.	2.41	.008	221	40.2	51.1
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/	PER NIENTE-POCO ACC.	2.38	.009	210	38.2	48.9
						21.0

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
LOGIA DEL CARE-GIVER/	FIGLIA-NUORA	2.37	.009	216	39.3	50.0
LOGIO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/	ABBASTANZA ACC.	2.37	.009	187	34.0	44.4
LOGIA FAMILIARE/	SOLO + FAM.FIGLI	2.26	.012	112	20.4	28.9
DI LAB.ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/	NON USA	2.19	.014	203	36.9	46.7
DI SERVIZI SOCIALIZZANTI/	NON USA	2.13	.017	516	93.8	97.8
I DA PARTE DI VICINI-AMICI/	RICEVE	2.04	.021	201	36.5	45.6
IO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/	ABBASTANZA ACC.	2.04	.021	122	22.2	30.0
E DI INTERSCAMBIO/	NON RICEVE	2.04	.021	273	49.6	58.9
FACILE PARLARE CON ESPERTO/	MEDIO-ALTO	1.99	.023	208	37.8	46.7
IA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/	NON INDICA	1.96	.025	509	92.5	96.7
AMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/	ABBASTANZA ACC.	1.96	.025	174	31.6	40.0
DE COMPLESSIVO DI AUTOSUFFICIENZA/	ABBASTANZA ACC.	1.95	.025	180	32.7	41.1
DEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	MEDIO	1.92	.028	270	49.1	57.8
COLTA'PUO'CAPIRE SOLO UN ESPERTO/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.88	.030	142	25.8	33.3
DEL CARE-GIVER/	ABBASTANZA ACC.	1.86	.031	165	30.0	37.8
I DA PARTE DI ALTRI PARENTI/	FINO A 49 ANNI	1.78	.038	95	17.3	23.3
E DI INTERSCAMBIO/	RICEVE	1.77	.038	330	60.0	67.8
I DA PARTE DI FIGLI-GENERO-NUORA/	ALTO	1.76	.039	44	8.0	12.2
IO DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/	RICEVE	1.75	.040	416	75.6	82.2
URITA' DEL CARE-GIVER/	CINQUE O PIU'	1.57	.058	67	12.2	16.7
LOGIA FAMILIARE/	MEDIO-BASSA	1.53	.062	133	24.2	30.0
I ALTRI SERVIZI/	SOLO CON FIGLIA	1.50	.066	145	26.4	32.2
DEL CARE-GIVER/	NON USA	1.48	.069	500	90.9	94.4
TANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	DA 50 A 64 ANNI	1.46	.072	198	36.0	42.2
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.33	.092	45	8.2	11.1
						22.2

3: LA FAMIGLIA FAVOREVOLE AL MODELLO RELAZIONALE E SOLIDARISTICO DI POLITICA SOCIALE : 181 casi - 32.9%

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
3 FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	BASSO	8.76	.000	357	64.9	88.4
LA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/	MOLTO ACCORDO	8.40	.000	173	31.5	55.8
ONTARIATO AIUTA PIU'DELLO STATO/	MOLTO ACCORDO	8.39	.000	266	48.4	73.5
ENTI, NON IMPORTANO I COSTI/	MOLTO ACCORDO	8.17	.000	179	32.5	56.4
VE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/	MOLTO ACCORDO	7.52	.000	162	29.5	50.8
FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/	MOLTO ACCORDO	7.27	.000	135	24.5	44.2
IGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/	MOLTO ACCORDO	6.77	.000	134	24.4	42.5
I ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	BASSO	6.76	.000	291	52.9	72.9
ANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	MOLTO ACCORDO	6.53	.000	315	57.3	76.2
FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	BASSO	6.35	.000	395	71.8	87.8
I ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	6.07	.000	472	85.8	96.7
AR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/	MOLTO ACCORDO	5.97	.000	223	40.5	58.0
PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/	MOLTO ACCORDO	5.82	.000	184	33.5	50.3
ATO DEVE AIUTARE ASS.VOLONTARIATO/	MOLTO ACCORDO	5.60	.000	359	65.3	80.7
ANTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/	MOLTO ACCORDO	5.52	.000	183	33.3	49.2
LEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	MOLTO ACCORDO	5.07	.000	239	43.5	58.6
I ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO	4.90	.000	385	70.0	82.9
FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	BASSO	4.85	.000	488	88.7	96.7
DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	NON RICEVE	4.84	.000	408	74.2	86.2
SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/	NON USA	4.67	.000	396	72.0	84.0
ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	BASSO	4.40	.000	108	19.6	30.4
DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/	NON RICEVE	4.31	.000	485	88.2	95.6
						35.7

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
DI ALTRI SERVIZI/ LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ CE FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ DEL CARE-GIVER/ ICOLTURA'PO'CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ AMGLIA RICEVE CONTRIBUTI/ ARITA' DEL CARE-GIVER/ CE DI DIFFIDENZA/ LOGIA DEL CARE-GIVER/ CE DI INTERSCAMBIO/ O DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/ ENE AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE/ I DA PARTE DI VOLONTARI/ RO DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ FACILE PARLARE CON ESPERTO/ I I DA PARTE DEL CONTUGE/ LOGIA FAMILIARE/ TERRITORIALE/ E COMPLESSIVO DI AUTOSUFFICIENZA/ TERRITORIALE/ ENE AIUTO DA UN PARENTE NON CONVIV./ E DI CHIUSURA/	4.27 3.98 3.95 3.34 3.33 3.14 2.83 2.65 2.56 2.43 2.42 2.35 2.01 1.77 1.75 1.70 1.69 1.63 1.39 1.39 1.37 1.33	.000 .000 .000 .000 .000 .001 .002 .004 .005 .008 .008 .009 .022 .038 .040 .045 .045 .052 .082 .083 .085 .092	500 260 433 143 116 467 237 417 203 208 336 515 540 67 509 277 208 99 270 201 157 323	50.9 47.3 78.7 26.0 21.1 84.9 43.1 75.8 36.9 37.8 61.1 93.6 98.2 12.2 92.5 50.4 37.8 18.0 49.1 36.5 28.5 58.7	97.2 59.1 87.8 34.8 29.3 91.2 51.4 82.3 44.2 44.8 68.0 96.7 99.4 15.5 95.0 55.2 42.5 21.5 53.0 40.3 32.0 62.4

4: LA FAMIGLIA CHE SCEGLIE TRA DIVERSI SERVIZI : 95 casi - 17.3%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/ DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ I LAB.ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/ DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/ BLEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/ DA PARTE DI VICINI-AMICI/ I ALTRI SERVIZI/ LA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/ PER NIENTE-POCO ACC. INDICA ALTO S SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ ENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/ NE AIUTO DA UN AMICO/ DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/ RITA' DEL CARE-GIVER/ OR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/ RITA' DEL CARE-GIVER/ DA PARTE DI ALTRI PARENTI/ I SERVIZI SOCIALIZZANTI/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ DA PARTE DI FIGLI-GENERO-NUORA/ E DI DIFFIDENZA/ E COMPLESSIVO DI AUTOSUFFICIENZA/ I SERVIZI SANITARI (NON LAB.ANALISI)/	11.50 9.83 8.92 5.45 5.16 4.80 4.72 4.61 4.48 4.46 4.29 4.15 4.00 3.69 3.65 3.38 3.30 3.19 3.12 2.69 2.66 2.61 2.52 2.19	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .001 .004 .004 .004 .006 .015	154 142 148 347 65 142 201 50 196 41 105 221 106 112 51 123 115 330 34 27 416 417 131 277	28.0 25.8 26.9 63.1 11.8 25.8 36.5 9.1 35.6 7.5 19.1 40.2 19.3 20.4 9.3 22.4 20.9 60.0 6.2 4.9 75.6 23.8 50.4	81.1 70.5 67.4 85.3 23.3 43.1 31.0 27.4 44.0 27.0 46.3 32.4 25.3 31.1 29.5 37.3 27.6 27.8 21.2 38.2 10.5 85.3 19.5 33.7 60.0

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
DEL CARE-GIVER	FINO A 49 ANNI	2.05	.020	95	17.3	24.2	24.2
DO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.98	.024	236	42.9	51.6	20.8
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/	ABBASTANZA ACC.	1.98	.024	175	31.8	40.0	21.7
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	MEDIO	1.96	.025	72	13.1	18.9	25.0
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	MEDIO	1.90	.029	108	19.6	26.3	23.1
MIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/	RICEVE CONTRIBUTI	1.89	.030	83	15.1	21.1	24.1
E ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	MEDIO	1.88	.030	124	22.5	29.5	22.6
TANTO POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	MOLTO ACCORDO	1.85	.032	315	57.3	65.3	19.7
E DI INTERSCAMBIO/	MEDIO-BASSO	1.85	.032	151	27.5	34.7	21.9
O FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.84	.033	217	39.5	47.4	20.7
NE AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE/	NON INDICA	1.69	.046	515	93.6	96.8	17.9
OGIA DEL CARE-GIVER/	ALTRO PARENTE	1.66	.048	67	12.2	16.8	23.9
OGIA DEL CARE-GIVER/	FIGLIA-NUORA	1.66	.049	216	39.3	46.3	20.4
BIEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	ABBASTANZA ACC.	1.62	.052	167	30.4	36.8	21.0
TERRITORIALE/	BOLOGNA	1.58	.057	201	36.5	43.2	20.4
E DI INTERSCAMBIO/	MEDIO-ALTO	1.53	.064	208	37.8	44.2	20.2
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/	MEDIO	1.48	.070	106	19.3	24.2	21.7
E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	MEDIO	1.47	.071	138	25.1	30.5	21.0
DA PARTE DEL CONIUGE/	NON RICEVE	1.43	.076	273	49.6	55.8	19.4
OGIA FAMILIARE/	SOLO + FRAT-SOR	1.41	.079	23	4.2	6.3	26.1
OGIA FAMILIARE/	SOLO CON FIGLIA	1.40	.081	145	26.4	31.6	20.7
OGIA FAMILIARE/	CONIUGE+FIGLIA	1.36	.088	62	11.3	14.7	22.6
NE AIUTO DA UN PARENTE NON CONVIV./	INDICA	1.35	.089	157	28.5	33.7	20.4
E DI CHIUSURA/	POCO APERTO	1.35	.089	179	32.5	37.9	20.1

Per analysis non vincolata relativa al campione figlie monogenitoriali (450 soggetti)

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	BASSO	6.39	.000	352	78.2	97.7	23.9
E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO	6.13	.000	268	53.6	86.0	27.6
E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO	5.97	.000	405	90.0	100.0	21.2
E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO	5.86	.000	254	52.3	94.2	24.5
ATO PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/	MOLTO ACCORDO	5.47	.000	142	31.6	52.6	34.9
OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	MOLTO ACCORDO	5.08	.000	185	41.1	65.1	30.3
I SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/	SOLO PUBBLICI	5.07	.000	253	56.2	79.1	26.9
E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	BASSO	4.91	.000	83	18.4	38.4	39.8
BIEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	MOLTO ACCORDO	4.85	.000	88	19.6	39.5	38.6
NE AIUTO DA UN AMICO/	MOLTO ACCORDO	4.70	.000	188	41.8	64.0	29.3
TERRITORIALE/	BOLOGNA	4.67	.000	244	54.2	75.6	26.6
E DI CHIUSURA/	POCO APERTO	3.62	.000	136	32.9	50.9	29.1
E DI CHIUSURA/	BASSO	3.54	.000	384	82.3	98.3	26.4
E DI CHIUSURA/	BASSO	3.43	.000	355	78.9	90.7	22.0
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	NON INDICA	3.31	.000	406	90.2	97.7	20.7
EFFACILE PARLARE CON ESPERTO/	NON INDICA	3.28	.001	115	25.6	39.5	29.6
TANTI, NON IMPORTANO I COSTI/	ABBASTANZA ACC.	3.18	.001	243	54.0	68.6	24.3
TANTE, POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	MOLTO ACCORDO	2.95	.002	402	89.3	96.5	20.6
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO	2.93	.002	386	85.8	94.2	21.0
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	BASSO	2.88	.002	412	91.6	97.7	20.4
OGIA DEL CARE-GIVER/	MASCHIO	2.85	.002	34	7.6	15.1	38.2
ENNI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/	MOLTO ACCORDO	2.84	.002	74	16.4	26.7	31.1
E DI INTERSCAMBIO/	ALTO	2.59	.005	78	17.3	26.7	29.5
OGIA FAMILIARE/	DA PARTE DEI NONNI/	2.57	.005	37	8.2	15.1	35.1
DA PARTE DEI NONNI/	RICEVE	2.56	.005	326	72.4	82.6	21.8
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	2.50	.006	125	27.9	38.4	26.4
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/	RICEVE	2.27	.012	220	48.9	59.3	23.2
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	2.15	.017	108	28.0	32.6	25.9
DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	RICEVE	2.15	.017	259	57.8	64.2	20.9
DA PARTE DELLA MADRE/	RICEVE	2.05	.025	221	4.7	6.7	33.3
DA PARTE DI VOLONTARI/	NON RICEVE	1.86	.031	21	0.4	0.8	33.3
I SERVIZI SOCIALIZZANTI/	NON RICEVE	1.85	.032	433	96.2	98.8	19.6
OGIA FAMILIARE/	NON USA	1.82	.034	306	68.0	75.9	21.2
BIEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	PER NIENTE-POCO ACC.	1.80	.036	124	27.6	34.9	24.2
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	1.54	.062	134	29.8	36.0	23.1
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	1.50	.066	120	26.7	32.6	23.3
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	1.48	.070	106	23.6	29.1	23.6
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	1.48	.070	106	23.6	29.1	23.6
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	1.41	.079	429	93.3	97.7	19.6
OGIA FAMILIARE/	ABBASTANZA ACC.	1.40	.081	43	20.7	25.6	23.7

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE PROBABILI- CRITERIO LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
PER PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/ LA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA' /	7.83	.000	150	33.3
MOLTO ACCORDO	7.79	.000	93	20.7
MOLTO ACCORDO	7.60	.000	63	14.0
MOLTO ACCORDO	7.54	.000	90	20.0
MOLTO ACCORDO	7.43	.000	188	41.8
MOLTO ACCORDO	7.39	.000	45	10.0
ALTO	7.19	.000	95	21.1
USA	6.67	.000	124	27.6
NON RICEVE	6.33	.000	30	6.7
ALTO	6.07	.000	60	13.3
MOLTO ACCORDO	5.87	.000	84	18.7
MOLTO ACCORDO	5.19	.000	219	48.7
ALTO	4.99	.000	93	20.7
MOLTO ACCORDO	4.72	.000	83	18.4
BASSO	4.05	.000	34	7.6
MEDIO	4.00	.000	21	4.7
INDICA	3.93	.000	254	56.4
MOLTO ACCORDO	3.80	.000	184	40.9
POCO APERTO	3.66	.000	53	11.8
RICEVE CONTRIBUTI	3.61	.000	332	73.8
NON INDICA	3.55	.000	286	63.6
MOLTO ACCORDO	3.41	.000	227	50.4
PER NIENTE-POCO ACC.	3.29	.000	243	54.0
MOLTO ACCORDO	3.26	.001	230	51.1
NON RICEVE				64.7
DA PARTE DEL PADRE/				28.7

2: Segue

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE PROBABILI- CRITERIO LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
INDICA	2.98	.001	44	9.8
MADRE + FRAT-SOR	2.92	.002	114	25.3
MEDIO	2.88	.002	26	5.8
BASSO	2.82	.002	56	12.4
MOLTO ACCORDO	2.69	.004	142	31.6
VOLONTARI+ALTRI	2.65	.004	51	11.3
PER NIENTE-POCO ACC.	2.53	.006	249	55.3
CHIUSO	2.39	.008	76	16.9
MILANO	2.19	.014	202	44.9
MEDIO	2.15	.016	68	15.1
NON RICEVE	2.05	.020	359	79.8
USA	1.88	.030	144	32.0
NON RICEVE	1.86	.031	191	42.4
PER NIENTE-POCO ACC.	1.75	.040	36	8.0
UN PO' DIFFIDENTE	1.72	.043	70	15.6
MEDIO	1.71	.044	78	17.3
MEDIO-BASSO	1.64	.051	79	17.6
NON USA	1.62	.053	402	89.3
INDICA	1.54	.062	206	45.8
RICEVE	1.52	.064	17	3.8
FINO A 29 ANNI	1.50	.067	93	20.7
MEDIO	1.46	.072	114	25.3
40 ANNI E OLTRE	1.46	.073	110	24.4
BASSO	1.42	.078	384	85.3
FEMMINA	1.35	.089	416	92.4
				95.1
				23.3

3: LA FAMIGLIA "AUTOSUFFICIENTE" CHE CHIEDE PICCOLI MIGLIORAMENTI : 52 casi - 11.6%

BILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ I SERVIZI SOCIALIZZANTI/ OGGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI) / DA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA' / E FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO / E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI / BASSO I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI) / PER NIENTE-POCO ACC. BASSO I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI) / PER NIENTE-POCO ACC. ALTO SOCI ECONOMICO DELLA FAMIGLIA / DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI / O PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE / BUONI SI DEVE CONTRARE SUI FAMILIARI / PER NIENTE-POCO ACC. PER NIENTE-POCO ACC. USA INDICA E ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI / BASSO DA PARTE DI VICINI-AMICI / RICEVE NE AIUTO DA NESSUNO IN PARTICOLARE / MILANO NESSUN CONTRIBUTO MEDIO E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO / RICEVE DA PARTE DEL PADRE / ABBASTANZA ACC. MEDIO-ALTO VOLONTARI+ALTRI USA OGGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI / OGGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI / OGGIA FAMILIARE / VOLONTARI+PUC/CAPIRE SOLO UN ESPERTO / ABBASTANZA ACC. MEDIO RICEVE DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI / 40 ANNI E OLTRE PADRE VOLONTARI+ALTRI NASCHIO PER NIENTE-POCO ACC. IRE FACILE PARLARE CON ESPERTO / INDICA VOLONTARIO AIUTA PIU' DELLO STATO / ALTO DEVE AIUTARE ASS.VOLONTARIO / PER PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA / DEL CARE-GIVER / DA 35 A 39 ANNI ALTO E DI INTERSCAMBIO /	8.12 7.05 6.74 6.11 5.72 5.54 5.10 4.28 4.21 4.17 3.87 3.69 3.61 3.46 3.31 3.25 3.22 3.20 3.00 2.78 2.69 2.56 2.42 2.37 2.18 2.08 2.08 2.05 2.04 1.94 1.93 1.86 1.82 1.79 1.64 1.63 1.57 1.40 1.38 1.36	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .001 .001 .001 .001 .003 .004 .005 .008 .009 .014 .019 .019 .020 .021 .021 .026 .027 .032 .032 .035 .037 .051 .051 .059 .081 .084 .087	91 144 85 215 386 352 249 112 79 185 227 120 206 161 161 429 397 202 142 220 156 237 51 253 25 37 138 78 21 110 34 34 228 144 145 102 127 172 116 78	20.2 32.0 18.9 48.7 47.8 85.8 78.2 55.3 24.9 17.5 41.1 50.4 45.8 59.6 35.8 95.3 88.2 44.9 31.6 48.9 34.7 52.7 11.3 25.3 5.6 8.2 39.7 17.3 4.7 24.4 7.6 7.6 50.7 32.2 9.8 22.7 28.2 38.2 25.8 17.3	71.2 76.9 59.6 42.3 45.8 100.0 13.5 14.5 80.8 23.2 40.4 65.4 48.1 67.3 78.8 100.0 100.0 63.5 46.1 65.4 50.0 67.3 21.2 69.2 14.2 24.0 15.3 42.3 15.9 26.9 9.6 16.4 13.5 13.5 61.5 42.3 15.2 15.4 30.8 37.5 46.2 32.7 23.1	40.7 27.8 36.5 45.8 20.0 13.5 14.5 16.9 19.9 26.6 18.4 16.7 20.8 17.0 15.3 12.1 12.8 16.3 17.6 15.5 16.7 14.8 21.8 14.2 14.2 24.0 15.3 15.4 15.9 17.9 23.8 20.6 20.6 15.0 15.2 18.2 15.7 15.0 14.0 14.7 15.4	

4: LA FAMIGLIA NELLA RETE PARENTALE : 135 casi - 30.0%

BILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ I SERVIZI SOCIALIZZANTI/ VOLONTARIO AIUTA PIU' DELLO STATO/ VOLONTARI+PUC/CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/ I SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/ I SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/ ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/ DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/ FAMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/ LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/ LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/ A SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA' / ENTI, NON IMPORTANO I COSTI/ ERRITORIALE/ TO DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIO/ ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ DEL CARE-GIVER/ FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT. / DA PARTE DEI NONNI/ FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ DA PARTE DI VICINI-AMICI/ ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ DA PARTE DELLA MADRE/ RICEVE	NON HA UTILIZZATO	8.05	.000	104	23.1	48.9
	NON USA	7.70	.000	306	68.0	91.1
	PER NIENTE-POCO ACC.	6.68	.000	102	22.7	43.7
	PER NIENTE-POCO ACC.	6.54	.000	249	55.3	77.8
	NON USA	5.30	.000	402	89.3	98.5
	NON USA	5.23	.000	197	43.8	62.2
	BASSO	5.19	.000	268	59.6	77.0
	NON RICEVE	5.03	.000	359	79.8	92.6
	PER NIENTE-POCO ACC.	4.92	.000	176	39.1	56.3
	PER NIENTE-POCO ACC.	4.37	.000	228	50.7	65.9
	NON USA	4.29	.000	330	73.3	85.9
	PER NIENTE-POCO ACC.	4.28	.000	254	56.4	71.1
	PER NIENTE-POCO ACC.	4.12	.000	215	47.8	62.2
	PER NIENTE-POCO ACC.	4.06	.000	240	53.3	67.4
	LICCIA	3.93	.000	100	22.2	34.1
	PER NIENTE-POCO ACC.	3.68	.000	67	14.9	24.4
	PER NIENTE-POCO ACC.	3.42	.000	405	90.0	96.3
	FEMMINA	3.40	.000	416	92.4	97.8
	BASSO	3.37	.000	352	78.2	87.4
	RICEVE	3.26	.001	326	72.4	82.2
	BASSO	3.25	.001	412	91.6	97.0
	NON RICEVE	3.24	.001	289	64.2	74.8
	BASSO	3.00	.001	330	73.3	82.2
	PER NIENTE-POCO ACC.	2.91	.002	185	41.1	51.1
	RICEVE	2.59	.005	429	95.3	98.5

BILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
	ABBASTANZA ACC.	2.57	.005	127	28.2	36.3
	BASSO	2.51	.006	384	85.3	91.1
	MADRE+NONNI+ALTRI	2.47	.007	113	25.1	32.6
	NON INDICA	2.40	.007	406	90.2	94.8
	RICEVE	2.44	.008	21	4.7	8.1
	NON RICEVE	2.37	.009	230	51.1	59.3
	ABBASTANZA ACC.	2.29	.011	156	34.7	42.2
	MADRE	2.23	.013	404	89.8	94.1
	ABBASTANZA ACC.	2.15	.016	84	18.7	24.4
	ABBASTANZA ACC.	2.14	.016	168	37.3	44.4
	NON INDICA	2.13	.016	244	54.2	61.5
	CHIUSO	2.08	.019	76	16.9	22.2
	NON RICEVE	2.06	.020	433	96.2	98.5
	APERTO	1.97	.024	190	42.2	48.9
	FINO A 29 ANNI	1.91	.028	93	20.7	25.9
	NON USA	1.78	.037	355	78.9	83.7
	BASSO	1.75	.040	56	12.4	16.3
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.70	.040	36	8.0	11.1
	DA 30 A 34 ANNI	1.70	.045	130	28.9	34.1
	INDICA	1.65	.049	118	26.2	31.1
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.45	.074	124	27.6	31.9
	DIFFIDENTE	1.41	.079	90	20.0	23.7
	MEDIO	1.38	.083	106	23.6	27.4
	PER NIENTE-POCO ACC.	1.32	.094	227	50.4	54.8
	MEDIO	1.31	.095	142	31.6	35.6
	MEDIO-BASSO	1.30	.096	79	17.6	20.7

5: LA FAMIGLIA INCERTA : 42 casi - 9.3%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO LITRA'	PROBABILI- TÀ	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
MEDIO	8.07	.000	114	25.3	83.3	30.7
MEDIO	6.95	.000	88	15.1	61.9	38.2
ABBASTANZA ACC.	6.01	.000	139	30.9	73.8	22.3
ABBASTANZA ACC.	5.44	.000	127	28.2	66.7	22.0
MEDIO	4.99	.000	45	10.0	38.1	35.6
MEDIO	4.53	.000	219	48.7	81.0	15.5
ABBASTANZA ACC.	4.29	.000	176	39.1	71.4	17.0
MEDIO	4.17	.000	148	33.3	63.3	29.2
ABBASTANZA ACC.	4.16	.000	108	27.3	56.7	16.7
ABBASTANZA ACC.	4.15	.000	132	28.4	54.8	15.3
ABBASTANZA ACC.	3.96	.000	112	24.9	57.3	14.9
ABBASTANZA ACC.	3.71	.000	172	38.9	67.3	11.7
VOLONTARI-ALTRI	3.67	.000	51	19.3	54.3	15.7
RICEVE	3.41	.000	151	35.8	51.9	22.5
ABBASTANZA ACC.	3.32	.000	135	29.8	50.0	12.3
ABBASTANZA ACC.	3.32	.000	154	34.2	57.1	16.8
NON INDICA	2.90	.002	429	95.3	100.0	13.8
NON RICEVE	2.85	.002	355	78.9	92.9	9.8
NON USA	2.82	.002	329	76.2	92.9	11.0
RICEVE	2.62	.004	17	3.8	76.2	12.4
DA PARTE DI ALTRI PARENTI/	2.45	.007	78	17.3	31.0	25.4
MEDIO	2.39	.008	144	32.0	41.3	23.1
USA	2.37	.009	14	3.2	47.6	13.9
DA 35 A 39 ANNI	2.35	.009	116	25.8	40.5	14.7
RESPONSABILIZZARSI - NON STATO/	2.31	.010	108	24.0	38.1	14.8
STATO/	2.30	.011	156	34.7	50.0	13.5
ABBASTANZA ACC.	2.28	.011	118	26.2	40.5	14.4
INDICA	2.28	.011	84	18.7	31.0	15.5
ABBASTANZA ACC.	2.21	.014	84	18.7	31.0	15.5
DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/	2.15	.016	202	44.9	59.5	12.4
PERITTORE/	2.15	.016	202	44.9	59.5	12.4
MILANO	2.15	.016	202	44.9	59.5	12.4
MADRE-ALTRI	2.03	.021	206	45.8	59.5	12.1
INDICA	2.03	.021	206	45.8	59.5	12.1
DEVE AIUTO DA UN AMICO/	1.78	.038	21	4.7	9.5	19.0
NON RICEVE	1.73	.042	115	25.6	35.7	13.0
ABBASTANZA ACC.	1.64	.051	359	79.8	88.1	10.3
NON RICEVE	1.64	.051	359	79.8	88.1	10.3
DEVE AIUTO DA UN PARENTE/	1.57	.059	149	33.1	42.9	12.1
MEDIO-ALTO	1.57	.059	56	12.4	19.0	14.3
BASSO	1.42	.078	184	40.9	50.0	11.4
POCO APTO	1.42	.078	237	52.7	61.9	11.0
MEDIO-ALTO	1.42	.078	34	7.6	11.9	14.7
VEDOVO	1.42	.079	34	7.6	11.9	14.7
CIVILE DEL CARE-GIVER/	1.38	.083	249	55.3	64.3	10.8
COLPA/PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/	1.35	.089	88	19.6	26.2	12.5
NON ACCORDO	1.35	.089	88	19.6	26.2	12.5
DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	1.33	.091	70	15.6	21.4	12.9
UN PO' DIFFERENTE	1.33	.091	70	15.6	21.4	12.9

*per analysis non vincolata relativa al campione
uiglie con invalidi (450 soggetti)*

1: LA FAMIGLIA CHIUSA E MOLTO PROBLEMATICA : 90 casi - 20.0%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
USA	6.96	.000	89	19.8	48.9	49.4
IA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA' /	6.79	.000	159	35.3	37.7	37.7
SUFFICIENZA ATTIVITA' FONDAMENTALI /	6.70	.000	129	28.7	58.9	41.1
BASSA	6.46	.000	242	53.8	82.2	30.6
AGILITA' DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO /	6.34	.000	221	49.1	77.8	31.7
UFFICIARI ATTIVITA' IN CASA /	5.80	.000	151	33.6	60.0	35.8
BASSA	5.70	.000	213	47.3	73.3	31.0
O FAMIGLIA CHE AIUTANO ALTESE /	5.45	.000	187	41.6	66.7	32.1
DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI /	5.35	.000	66	14.7	34.4	47.0
MONDARLO AIUTA PIU' DELLO STATO /	5.35	.000	93	20.7	42.2	40.9
PER NIENTE-POCO ACC.	5.26	.000	71	15.8	35.6	45.1
PER NIENTE-POCO ACC.	5.24	.000	136	30.2	52.2	34.6
NESSUN CONTRIBUTO /	5.24	.000	173	36.2	33.3	41.1
OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI /	4.98	.000	148	32.9	53.3	32.4
I ALTRI SERVIZI /	4.96	.000	381	86.9	51.8	22.5
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI /	3.96	.000	381	86.9	51.8	22.5
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI /	3.96	.000	381	86.9	51.8	22.5
BASSO	3.93	.000	333	75.7	83.9	22.6
E ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI /	3.83	.000	333	75.7	83.9	22.6
E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO /	3.67	.000	220	48.4	65.2	32.6
OR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA /	3.58	.000	88	19.5	33.3	34.1
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT.	3.49	.000	319	70.9	84.4	23.8
O PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE /	3.12	.001	177	39.3	53.3	27.1
E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI /	3.10	.001	275	61.1	74.4	24.4
BASSO	3.04	.001	45	10.0	18.9	37.8
PER NIENTE-POCO ACC.	3.01	.001	288	64.0	76.7	24.0
RICEVE	3.00	.001	194	43.1	56.7	26.3
USA	3.00	.001	219	48.7	62.2	25.6
I SERVIZI SANITARI NON SANITARI /	2.88	.002	158	35.1	47.8	27.2
PER NIENTE-POCO ACC.	2.84	.002	344	76.4	86.7	22.7
PER NIENTE-POCO ACC.	2.82	.008	197	43.8	54.4	24.9
FRATELLI-FRIGLI-ALTRI	2.39	.010	42	9.3	15.6	33.3
UN PO' DIFFIDENTE	2.32	.010	42	9.3	15.6	33.3
ALTRIO	2.28	.028	70	15.6	22.2	28.5
OGIA DEL CARE-GIVER /	1.90	.030	50	8.9	11.1	32.3
OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI /	1.88	.030	50	8.9	11.1	32.3
ABSTANZA ACC.	1.84	.033	73	16.2	22.5	35.0
PER NIENTE-POCO ACC.	1.82	.034	204	45.3	52.5	23.4
COLAN' PUG'CAPIRE SOLO UN ESPERTO /	1.74	.041	115	25.6	32.0	25.2
ABSTANZA ACC.	1.73	.042	106	23.6	30.2	23.5
O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA /	1.69	.045	187	41.6	48.9	23.5
USA	1.63	.045	187	41.6	48.9	23.5
FRATELLO-SORELLA	1.58	.052	42	9.3	13.3	28.6
OGIA DEL CARE-GIVER /	1.58	.052	396	88.0	92.2	21.0
FACELE PARLARE CON ESPERTO /	1.58	.058	165	36.7	42.2	23.0
LAB-ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI /	1.53	.089	165	36.7	42.2	23.0

2: FAMIGLIA E SOLIDARIETA' : 159 casi - 35.3%

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI	
IN SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISI)/	6.74	.000	231	.51.3	72.3	49.8
OGGI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/	6.70	.000	162	36.0	56.6	55.6
LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/	6.07	.000	88	19.6	35.2	63.6
IO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/	6.03	.000	95	21.1	37.1	62.1
DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/	6.02	.000	158	35.1	53.5	53.8
IA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/	5.98	.000	161	35.8	54.1	53.4
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/	5.92	.000	391	86.9	97.5	39.6
TENTI, NON IMPORTANO I COSTI/	5.75	.000	146	32.4	49.7	54.1
MIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/	5.61	.000	97	21.6	36.5	59.8
E ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/	5.14	.000	208	46.2	62.3	47.6
MENTARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO/	4.73	.000	197	43.8	58.5	47.2
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./	4.69	.000	319	70.9	83.6	41.7
OGIA FAMILIARE/	4.54	.000	228	50.7	64.8	45.2
I LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/	4.34	.000	285	63.3	76.1	42.5
DA PARTE DELLA MADRE/	4.30	.000	345	76.7	87.4	40.3
DA PARTE DEL CONIUGE/	4.24	.000	367	86.0	94.3	38.8
TANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/	4.24	.000	268	59.6	72.3	42.9
E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/	4.08	.000	66	14.7	23.9	57.6
I ALTRI SERVIZI/	4.04	.000	302	67.1	78.6	41.4
DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/	3.91	.000	379	84.2	92.5	38.8
E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/	3.74	.000	381	84.7	92.5	38.6
OGIA DEL CARE-GIVER/	3.63	.000	283	62.9	73.6	41.3
UFFICIENZA ATTIVITA' FONDAMENTALI/	3.39	.000	77	17.1	25.2	51.9
DA PARTE DEL PADRE/	3.35	.000	257	57.1	67.3	41.6

BILLE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
IN SERVIZI SOCIALIZZANTI/ COLITA' PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/ NIENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/ IN SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/ AVATO DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ E DI INTERSCAMBIO/ UFFICIENZA ATTIVITA' IN CASA/ DA PARTE DI ALTRI PARENTI/ S SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ DEL CARE-GIVER/ OR PARTECIPAZIONE GESTIONE ASSISTENZA/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/ TERRITORIALE/ NE AIUTO DA UN AMICO/ UFFICIENZA ATTIVITA' FUORI CASA/ DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/ O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ DA PARTE DI VICINI-AMICI/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ S SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ OGIA DEL CARE-GIVER/ DEL CARE-GIVER/ E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/ MEDIO	NON USA MOLTO ACCORDO NON RICEVE MOLTO ACCORDO NON USA MOLTO ACCORDO BASSO BASSO BASSA NON RICEVE BASSO DA 50 A 64 ANNI MOLTO ACCORDO ALTO BUCCA NON INDICA BASSA MOLTO ACCORDO TRE-QUARTO NON RICEVE BASSO MEDIO PADRE 65 ANNI E OLTRE MEDIO	3.35 3.30 3.16 3.11 2.78 2.58 2.57 2.52 2.42 2.30 2.29 2.28 2.22 2.20 2.19 2.18 2.18 2.15 2.01 1.87 1.69 1.64 1.57 1.52 1.32	.000 .000 .001 .001 .003 .005 .005 .006 .008 .011 .011 .011 .013 .014 .014 .014 .015 .016 .022 .031 .046 .050 .059 .064 .093	263 115 384 102 361 304 338 170 213 162 101 215 250 13 97 343 242 286 294 290 275 171 42 137 156	58.4 25.6 85.3 22.7 80.2 67.6 75.1 37.8 47.3 36.0 22.4 47.8 55.6 2.9 21.6 76.2 53.8 63.6 65.3 64.4 61.1 38.0 9.3 30.4 34.7	68.6 34.6 91.8 38.0 86.8 74.8 81.8 45.3 54.7 42.8 28.3 54.7 62.3 5.0 27.0 81.8 60.4 69.8 71.1 69.8 66.0 42.8 11.9 34.6 38.4	41.4 47.8 37.0 48.0 38.2 39.1 38.5 42.4 40.8 42.0 44.6 40.5 39.6 61.5 44.3 37.9 39.7 38.8 38.4 38.3 38.2 45.2 40.1 39.1

3: UNA FAMIGLIA ABBASTANZA APERTA ED AUTOSUFFICIENTE : 63 casi - 14.0%

BILLE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
UFFICIENZA ATTIVITA' FONDAMENTALI/ OGIA FAMILIARE/ EFFICIENZA ATTIVITA' IN CASA/ EFFICIENZA ATTIVITA' FUORI CASA/ OGIA DEL CARE-GIVER/ DA PARTE DELLA MADRE/ DA PARTE DEL CONIUGE/ DA PARTE DEL PADRE/ DEL CARE-GIVER/ SERVIZI SOCIALIZZANTI/ OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ DI INTERSCAMBIO/ DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ DEL CARE-GIVER/ SERVIZI DOMICILIARI (NON SANITARI)/ COLTA' PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ DA PARTE DI OPERATORI PUBBLICI/ ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/ DI DIFFIDENZA/ DA PARTE DI VOLONTARI/ ANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/ DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/ NIENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/ ABBASTANZA ACC.	ALTA CONTIUGE E ALTRI ALTA ALTA CONTIUGE-CONVIVENTE NON RICEVE RICEVE NON RICEVE FINO A 49 ANNI NON USA NON HA UTILIZZATO ALTO NON RICEVE MASCHIO NON USA PER NIENTE-POCO ACC. NON RICEVE BASSO NON DIFFIDENTE NON RICEVE ABBASTANZA ACC. DUE PER NIENTE-POCO ACC. ABBASTANZA ACC.	8.54 8.16 8.16 7.80 7.78 7.72 7.58 6.78 6.50 5.27 3.78 3.21 3.30 3.16 3.01 2.97 2.95 2.82 2.79 2.75 2.68 2.64 2.58 2.51	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .001 .001 .001 .001 .001 .002 .002 .003 .003 .004 .004 .005 .006	144 58 80 68 52 105 63 193 98 263 88 15 379 89 361 204 384 208 319 388 130 106 89 115	32.0 12.9 17.8 15.1 11.6 23.3 14.0 42.9 21.8 58.4 19.6 3.3 84.2 19.8 80.2 45.3 85.3 46.2 70.9 86.2 28.9 23.6 19.8 25.6	81.0 54.0 61.9 55.6 49.2 66.7 52.4 81.0 57.1 85.7 38.1 11.1 95.2 34.9 92.1 61.9 95.2 61.9 84.1 95.2 42.9 36.5 31.7 38.1	35.4 58.6 48.8 51.5 59.6 40.0 26.4 26.4 36.7 20.5 27.3 46.7 15.8 24.7 16.1 19.1 15.6 18.8 16.6 15.5 20.8 21.7 22.5 20.9

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- TÀ	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
DI ALTRI SERVIZI/ LOGIA FAMILIARE/ FACILE PARLARE CON ESPERTO/ DEVE RESPONSABILIZZARSI- NON STATO/ CE ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ I DA PARTE DI VICINI-AMICI/ US SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ STATO DEVE AIUTARE ASS.VOLONTARIATO/ BLEMI SI DEVE CONTARE SUI FAMILIARI/ E DI CHIUSURA/ E DI INTERSCAMBIO/ TERRITORIALE/ FAMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT./ E FIDUCIA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/ E AIUTO DA UN AMICO/ VOLONTARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO/ LOGIA DEL CARE-GIVER/ LOGIA DEL CARE-GIVER/ TENTI, NON IMPORTANO I COSTI/ E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/ E ATTESE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/ FAMIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ BASSO	NON USA FRATELLI-FIGLI-ALTRI NON INDICA PER NIENTE-POCO ACC. BASSO RICEVE ALTO PER NIENTE-POCO ACC. ABBASTANZA ACC. APERTO MEDIO-BASSO BOLOGNA PER NIENTE-POCO ACC. BASSO PER NIENTE-POCO ACC. BASSO INDICA ABBASTANZA ACC. FRATELLO-SORELLA ALTRI PER NIENTE-POCO ACC. BASSO PER NIENTE-POCO ACC. BASSO RICEVE CONTRIBUTI BASSO	2.46 2.39 2.32 2.27 2.27 2.26 2.19 2.18 2.18 1.90 1.86 1.81 1.78 1.77 1.76 1.74 1.73 1.65 1.64 1.63 1.62 1.61 1.37 1.34 1.30	.007 .008 .010 .012 .012 .012 .014 .015 .015 .029 .032 .035 .037 .038 .039 .041 .042 .050 .051 .051 .053 .054 .085 .091 .097	302 42 396 194 275 160 73 45 129 300 130 151 221 319 159 344 107 155 42 31 197 66 46 314 338	67.1 9.3 88.0 43.1 61.1 35.6 16.2 10.0 28.7 66.7 28.9 33.6 49.1 70.9 35.3 76.4 23.8 34.4 9.3 6.9 43.8 14.7 10.2 69.8 75.1	79.4 17.5 95.2 55.6 73.0 47.6 25.4 17.5 39.7 76.2 38.1 42.9 58.7 79.4 44.4 84.1 31.7 42.9 14.3 11.1 52.4 20.6 14.3 76.2 81.0	16.6 26.2 15.2 18.0 16.7 18.8 21.9 24.4 19.4 16.0 18.5 17.9 16.7 15.7 17.6 15.4 18.7 17.4 21.4 22.6 16.8 19.7 19.6 15.3 15.1

4: LA FAMIGLIA "GARANTISTA" E CON MOLTE ATTESE : 36 casi - 8.0%

[illegible]

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
SE ATTESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/ DI SERVIZI SOCIALIZZANTI/ SUFFICIENZA ATTIVITA' FUORI CASA/ LOGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ DEBEMI SI DEVE CONFERE SUI FAMILIARI/ IO FAMIGLIE CHE AIUTANO LE ALTRE/ SUFFICIENZA ATTIVITA' IN CASA/ MAMIGLIE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO/ AMIGLIA RICEVE CONTRIBUTI/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONTARI/ DI SERVIZI SANITARI (NON LAB. ANALISTI)/ DEVE RESPONSABILIZZARSI - NON STATO/ TERRITORIALE/ COLTA' PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO/ IA SOLO A CHE AIUTA PER SOLIDARIETA'/ DA PARTE DI VOLONTARI/ ATO DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO/ E ATTESE NEI CONFRONTI DELLO STATO/ IS SOCIO ECONOMICO DELLA FAMIGLIA/ O PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ E ATTESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ ENTI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA/ O PAGARE PRIVATAMENTE, NON TASSE/ UFFICIENZA ATTIVITA' FONDAMENTALI/ ALTA	MEDIO USA MEDIO ALTA VOLONTARI+ALTRI PER NIENTE-POCO ACC. ABBASTANZA ACC. MEDIO ALTA ABBASTANZA ACC. RICEVE CONTRIBUTI MEDIO USA ABBASTANZA ACC. MILANO ABBASTANZA ACC. ABBASTANZA ACC. RICEVE ABBASTANZA ACC. MEDIO ALTO PER NIENTE-POCO ACC. MEDIO PER NIENTE-POCO ACC. ABBASTANZA ACC. ALTA	6.97 5.81 5.48 5.31 5.25 5.00 4.53 4.52 4.21 4.08 3.97 3.92 3.64 3.56 3.49 3.42 3.39 3.33 3.03 2.91 2.90 2.73 2.62 2.61	.000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .000 .001 .002 .002 .003 .004 .005	147 187 57 76 158 158 104 130 314 93 219 96 202 129 125 62 96 156 73 195 116 230 75 144	32.7 41.6 12.7 16.9 35.1 35.1 23.1 28.9 69.8 20.7 48.7 21.3 44.9 28.7 27.8 13.8 21.3 34.7 16.2 43.3 25.8 51.1 16.7 32.0	68.9 71.6 35.1 40.5 62.2 60.8 44.6 51.4 87.8 39.2 68.9 39.2 63.5 45.9 47.6 27.0 36.5 51.4 28.4 58.1 39.2 64.9 27.0 44.6

5: Segue

ABILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- LITA'	PESO	GLOBALI SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
SE ATTESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI/ DA PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO/ DEVE GARANTIRE SERVIZI GRATUITI/ E DI INTERCAMBIO/ TANTE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI/ UFFICIENZA ATTIVITA' FONDAMENTALI/ ENTI, NON IMPORTANO I COSTI/ E DI DIFFIDENZA/ O DI COMPONENTI DELLA FAMIGLIA/ DA PARTE DEL PADRE/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO/ DA PARTE DEL CONIUGE/ DA PARTE DELLA MADRE/ I ALTRI SERVIZI/ E DI DIFFIDENZA/ ENTI, NON IMPORTANO I COSTI/ OGIA DEL CARE-GIVER/ OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ OGIA FAMILIARE/ OGIA DEI SERVIZI UTILIZZATI/ E FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI/ NE AIUTO DA UN AMICO/ I LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI/ DEL CARE-GIVER/ DA 50 A 64 ANNI	MEDIO RICEVE ABBASTANZA ACC. MEDIO-ALTO ABBASTANZA ACC. MEDIO ALTA PER NIENTE-POCO ACC. UN PO' DIFFIDENTE TRE-QUATTO RICEVE MEDIO NON RICEVE RICEVE USA DIFFIDENTE ABBASTANZA ACC. MADRE MEDIO BASSA PUBBLICI-PRIVATI PADRE-MADRE E ALTRI MEDIO INDICA USA INDICA DA 50 A 64 ANNI	2.57 2.56 2.44 2.25 2.23 2.09 2.07 2.02 1.94 1.87 1.85 1.84 1.76 1.66 1.63 1.61 1.57 1.57 1.53 1.53 1.47 1.46 1.42 1.41 1.31	.005 .005 .007 .012 .013 .018 .019 .022 .026 .031 .032 .033 .039 .049 .052 .054 .058 .062 .063 .063 .071 .072 .079 .079 .095	66 71 73 135 130 100 197 70 294 257 78 387 345 148 61 104 283 83 73 228 48 107 165 54 215	14.7 15.8 25.7 30.0 28.9 22.2 43.8 15.6 65.3 57.1 17.3 86.0 76.7 32.9 13.6 23.1 62.9 18.4 16.2 50.7 23.8 36.7 12.0 47.8	24.3 25.7 26.0 40.5 39.2 31.1 54.1 23.0 74.3 66.2 24.3 91.9 83.8 40.5 18.9 29.7 70.3 24.3 21.6 14.9 29.7 43.2 16.2 54.1

6. Conclusioni

di Ivo Colozzi

Nella Introduzione che apre il volume, P. Donati ha chiarito che la specifica «novità» di questa indagine consiste nella chiave relazionale che ha scelto di utilizzare per approfondire la conoscenza dei bisogni di alcuni tipi di famiglie e delle risposte che queste famiglie trovano ai loro bisogni.

La ricerca, in effetti, ha considerato la famiglia come quella relazione *sui generis* che rende possibile la reciprocità fra i sessi e fra le generazioni¹. Naturalmente tale relazione può avere gradi diversi di intensità, può essere più o meno presente, fino a non esserci, a scomparire, non solo per cause interne al sistema familiare ma anche in rapporto alla struttura della società in cui la famiglia esiste, cioè in rapporto alle relazioni che gli altri attori sociali instaurano con la famiglia.

Partendo da questa chiave di lettura del fenomeno famiglia, la ricerca innanzitutto conferma che questa, cioè la famiglia, continua a tenere. Attorno alla maggior parte delle famiglie dei tre tipi analizzati, infatti, abbiamo registrato l'esistenza di reti di supporto basate prevalentemente sul nucleo familiare/parentale e, all'interno di questo, sui ruoli femminili (madre, figlia, nuora, moglie). In misura diversa queste reti fanno fronte alla quasi totalità dei bisogni di vita quotidiana dei soggetti deboli delle famiglie, anche a prezzo di costi umani e sociali piuttosto alti che, però, nella quasi totalità dei casi non mettono in discussione la norma vissuta della reciprocità/solidarietà.

I dati offerti e commentati nei capitoli del volume hanno anche

stessa presenza o assenza sono influenzate da diversi fattori *interni* alla rete familiare informale, fra i quali emergono particolarmente: l'età del *care-giver* (quanto più è alta l'età tanto più si riducono quantitativamente e tipologicamente le relazioni), lo status socio-economico della famiglia (quanto più alto è lo status tanto più ampie sono le reti), il sesso del c.g. (se è donna le reti sono più ampie), la gravità del problema del membro debole (quanto più grave è l'handicap tanto più esigente è l'impegno richiesto e più forte il rischio di stress e di sovraccarico). A questi si aggiungono, però, fattori *esterni* quali: la dimensione urbana (quanto più grande è la città tanto più è probabile che le reti siano più strette e con relazioni meno frequenti), la presenza/assenza o la debolezza/forza di una cultura di riferimento favorevole alla pratica dei valori etici che sostengono la reciprocità (il permanere di una cultura tradizionale che rende obbligatoria la solidarietà familiare rende le reti informali più forti ma anche più familistiche), le politiche sociali e sanitarie perseguite a livello locale (la minore disponibilità di servizi pubblici e/o la loro minore accessibilità produce un maggiore sovraccarico delle reti).

Emergono, quindi, dalle molteplici forme di trattamento statistico dei dati offerti dalla ricerca tipi di reti familiari molto diversi: *reti familiari strette* in cui le relazioni fra i sessi e le generazioni riguardano solo il nucleo di coabitazione o quasi e *reti familiari estese*, che possono far valere la relazione di reciprocità nei confronti di un insieme vasto e articolato di parenti anche non conviventi; *reti familiari chiuse*, che fanno valere le relazioni di reciprocità solo nell'ambito dei legami di sangue e *reti familiari aperte* che coinvolgono nella relazione anche amici, vicini e colleghi di lavoro; *reti familiari tradizionaliste*, che avvertono il legame di reciprocità come una obbligazione culturalmente condizionata alla quale non ci si può sottrarre, nonostante il peso e la fatica, e *reti familiari modernizzate*, per le quali la relazione di cura e di sostegno al membro debole è frutto di una scelta autonoma e consapevole.

Queste differenze non sono legate solo a fattori biografici e individuali, cioè privati, ma sono anche socialmente prodotte dal modo con cui gli altri settori del sistema sociale si relazionano/non si relazionano con le reti familiari.

In una società post-moderna quale è l'Italia contemporanea, gli altri settori del sistema sociale non possono più essere descritti solo

za scopo di lucro che forniscono servizi e prestazioni nell'interesse di gruppi, comunità o dell'intera società².

Per quanto riguarda il sistema pubblico dei servizi, potremmo dire, per sintetizzare i risultati raggiunti, che esso attua nei confronti delle famiglie e delle loro reti informali una relazione non relazionale. Uscendo dal gioco di parole, voglio dire che l'ente pubblico non vede le famiglie nella loro realtà concreta bensì tipologie di bisogni rispetto ai quali elabora e realizza risposte standardizzate che tendono a variare da situazione a situazione prevalentemente in termini quantitativi più che in termini qualitativi o tipologici. Ciò significa che si produce il paradosso di una utilizzazione dei servizi pubblici che si accompagna ad una percezione generalizzata della loro inadeguatezza, non tanto e non solo sul piano quantitativo (questo giudizio varia da città a città e da famiglia a famiglia in base alla scarsità/abbondanza delle risorse formali e informali disponibili), quanto su quello della congruità dei servizi esistenti a rispondere ai bisogni «effettivi» della famiglia. È come se in molti casi i c.g. avessero la percezione netta che il servizio che si usa non è quello che servirebbe ma, in mancanza di alternative, è pur sempre meglio di nulla.

Estremamente indicativo di questa posizione è la richiesta molto diffusa di una maggiore partecipazione delle famiglie alla programmazione e gestione dei servizi pubblici. L'orientamento prevalente di politica sociale che abbiamo riscontrato, infatti, non va nella direzione di una chiusura autoreferenziale della famiglia all'interno delle proprie reti, magari supportata da maggiori disponibilità di denaro che consentano di attivare relazioni col mercato dei servizi.

La grande maggioranza delle famiglie continua a vedere nell'ente pubblico il referente principale delle risposte ai propri bisogni. Ma l'ente pubblico col quale vuole relazionarsi deve essere capace di uscire da un codice relazionale binario, cioè dal grado di relazione per cui l'alternativa è fra il sì e il no, fra il dare o il non dare il servizio. L'ente pubblico col quale le famiglie chiedono di relazionarsi deve essere a sua volta capace di «vedere» le famiglie concrete coi loro diversi bisogni e con le loro diverse risorse e dimensionare rispetto a questi gli interventi e le risposte.

La relazione col mercato potrebbe essere definita di tipo «residuale». Le famiglie, cioè, ricorrono ai servizi a pagamento quando non trovano risposte né da parte delle reti informali né da parte dei servi-

zi pubblici. Il fatto che sia residuale, però, non significa che sia quantitativamente irrilevante. Al contrario, credo che uno dei risultati interessanti dell'indagine consista proprio nell'aver mostrato che il ricorso a servizi di mercato riguarda almeno un quarto delle famiglie che in alcuni casi investono nell'acquisto di questi servizi somme non irrilevanti. Oltre che residuale direi che la scelta di servizi di mercato non è ideologica o ideologizzata. Risponde ad esigenze presenti ma non viene enfatizzata anche da chi la fa come la scelta ottimale che tutti avrebbero il diritto di fare perché migliora radicalmente la qualità del servizio. In questo senso si potrebbe dire che se non c'è più una preclusione di principio all'esistenza del mercato nell'ambito del sistema dei servizi, siamo comunque molto lontani dalla preferenza per politiche liberiste che enfatizzano il mercato come la modalità allocativa e distributiva che ottimizza l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni.

Nei confronti del volontariato quella che è emersa dalla ricerca è invece una relazione marginale. Le percentuali di famiglie che hanno detto di aver utilizzato o di usare servizi offerti da gruppi/organizzazioni di volontariato, infatti, sono molto basse, al punto da non superare in nessun caso il 5%. Le cause di questa mancata relazione possono essere spiegate in vario modo. La ricerca, però, non si era posta questo obiettivo e, quindi, le spiegazioni che anche Giovanna Rossi ha suggerito nel suo capitolo restano al livello di ipotesi. La più probabile mi sembra quella per la quale il volontariato non c'è perché va a coprire quelle realtà di bisogno «estremo» in cui la famiglia e la rete informale di aiuto sono del tutto assenti. Come ha ricordato Lanzetti, infatti, è ormai il 43% degli ultraottantenni che vivono in condizioni di solitudine.

Se, quindi, l'assenza di relazioni fra famiglie con membri deboli e volontariato può essere spiegata, nondimeno è vissuta dalle famiglie stesse, o da molte di esse, come un di meno, una opportunità mancata.

Molte famiglie intervistate, infatti, hanno dichiarato un interesse anche accentuato all'apertura di relazioni coi gruppi di volontariato, in una prospettiva non alternativa alla relazione col pubblico ma aggiuntiva e, in certa misura, complementare.

In questo caso, perché si realizzi il desiderio espresso da tante famiglie non è necessario tanto che cambi la «cultura» del volontaria-

Molte indagini, infatti, hanno indicato proprio nella capacità di relazionarsi al bisogno le caratteristiche che connotano questo settore come «leggero», «flessibile», «aperto», disponibile all'innovazione.

Il problema è probabilmente quantitativo. Se si vuole aumentare la relazione fra reti informali di supporto e volontariato senza sguarnire le situazioni «estreme», quelle dove le reti non esistono o non sono operative, il terzo settore deve diventare anche quantitativamente più ampio. C'è bisogno, insomma, che si diffonda maggiormente quella cultura della solidarietà e della presa in carico di persone estranee che dovrebbe caratterizzare l'attuale società civile e sulla quale si fondano le recenti proposte sul passaggio dal modello di *welfare state* alla *welfare o caring society* o alla *community care*.

Una cultura di questo tipo non si produce per via di diritto. Non basta, cioè, riconoscere anche istituzionalmente il valore sociale del volontariato perché la cultura della solidarietà cresca e si diffonda. È certo, però, che un pieno riconoscimento istituzionale del terzo settore come attore del sistema delle politiche sociali a fianco di stato, mercato e reti informali, potrebbe innescare un circolo virtuoso che, portando a premiare comportamenti pro-sociali, diffonde gli stessi fra un numero più ampio di cittadini.

In questo senso i risultati dell'indagine confermano empiricamente che il modello di politiche sociali a configurazione relazionale ipotizzato nell'introduzione del volume è quello che le famiglie impegnate nel sostegno e nella cura del loro membro debole effettivamente chiedono per migliorare la loro qualità di vita e per rispondere con maggiore efficienza, efficacia e qualità alle necessità esigenti della vita quotidiana.

7. Metodologia della ricerca

di Clemente Lanzetti

Per una più esatta valutazione della ricerca i cui risultati sono stati esposti nei capitoli presedenti, illustriamo qui di seguito gli aspetti metodologici essenziali su cui si è retta l'indagine.

Già abbiamo precisato che lo *strumento di rilevazione* è consistito in un ampio questionario sociologico con items a risposte chiuse, imperniato su quattro aree: le caratteristiche delle famiglie dal punto di vista della struttura e della funzione svolta da specifiche figure come quella del *care-giver*; i loro bisogni, le risorse che vengono attivate all'interno e all'esterno e la cultura dei servizi.

Il questionario, dopo essere stato preventivamente validato con pretest, è stato *somministrato in forma diretta*, da persone appositamente addestrate, al soggetto che più degli altri si fa carico dei bisogni della persona in difficoltà.

La rilevazione è stata effettuata nella primavera del 1993 e non ha presentato particolari problemi che potessero compromettere la validità della ricerca. In particolare va precisato che non si è dovuto ricorrere a numerose sostituzioni dei nominativi estratti e, quando ciò si è reso necessario, si è sempre adottata la procedura dell'estrazione casuale dallo strato interessato.

Nel presente capitolo ci soffermiamo soprattutto ad illustrare il campionamento e le tecniche di elaborazione multivariata.

1. Disegno di campionamento

- presenza di un anziano con ottanta o più anni;
- presenza di un handicappato adulto (età dai 18 ai 54 anni) con invalidità totale, non ricoverato¹;
- presenza di almeno un minore con un'età da 0 a 10 anni in un nucleo in cui è assente uno dei due genitori (famiglia monogenitoriale).

Si tratta di famiglie che, almeno dal punto di vista strutturale, cioè della tipologia dei membri che le compongono, si trovano in una condizione non comune, che esige risposte particolarmente impegnative. Le ragioni della scelta di questi tipi di famiglie vengono discusse altrove; qui ci limitiamo a precisare che il nostro universo di riferimento è un universo «emblematico», nel senso che i tipi di famiglia selezionati per l'indagine sono molto diffusi nell'ambito della popolazione italiana. Ciò non toglie, evidentemente, che si tratti anche di un universo molto «specifico» che non esaurisce l'ambito delle famiglie con particolari problemi di assistenza nei confronti di qualche loro membro o in situazioni di difficoltà.

La tecnica di campionamento da noi adottata è sicuramente, tra le tante possibili, una delle più difficili da realizzare, ma anche una delle più sicure dal punto di vista delle garanzie che offre per la rappresentatività statistica.

Si è deciso, infatti, di effettuare delle estrazioni casuali delle unità statistiche, operando direttamente sull'intero universo, evitando cioè di ricorrere a campioni «a più stadi», procedura quest'ultima, che avrebbe facilitato il lavoro, ma che avrebbe anche introdotto ad ogni stadio un errore aggiuntivo di campionamento.

In pratica questa scelta ha comportato il reperimento preventivo dell'elenco completo di tutte le famiglie aventi esattamente le caratteristiche precedentemente indicate in tutte e tre le città. Ciò è stato possibile grazie alla collaborazione offerta dai Comuni interessati (per le famiglie monogenitoriali con bambini piccoli e le famiglie con grandi anziani), dal Ministero dell'interno oltre che dalle Prefetture di Milano, Bologna e Lucca per le famiglie con un grande invalido.

1. Il limite dei 54 anni corrisponde all'età massima riconosciuta dall'Inps per poter avviare al lavoro un invalido adulto, secondo la normativa del collocamento obbligatorio. Le categorie prese in considerazione sono quelle degli:

- invalidi civili, codici 30, 32, 33, 38, 41 del Ministero dell'interno;
- ciechi, codici 7, 10, 15, 19.

Per migliorare le stime campionarie si è proceduto a stratificare le unità statistiche dell'universo. Le famiglie con grandi anziani sono state stratificate per zona della città e sesso dell'anziano e le famiglie monogenitoriali per età del minore.

In altre parole le unità statistiche sono state selezionate casualmente, ma con una ripartizione che risulta proporzionalmente esatta alla loro reale distribuzione negli strati.

Il fatto di vincolare l'estrazione ad alcune variabili strutturali, come il sesso, la zona della città o l'età del minore, presenta un duplice vantaggio rispetto alle tecniche che non ricorrono alla stratificazione. Da un lato, suddivide l'universo in sotto-universi più omogenei al loro interno, eliminando il peso che può avere la varianza delle variabili strutturali prescelte sull'errore di campionamento² e dall'altro favorisce la formazione di un campione in cui sono più facilmente rispettate le differenziazioni che l'universo presenta in quei tratti che sono strettamente connessi alle variabili utilizzate per stratificare.

Non sempre, tuttavia, è possibile operare in tal senso. Ciò succede, ad esempio, quando l'elenco nominativo non contiene, per ogni unità statistica dell'universo, informazioni che consentano l'individuazione di variabili discriminanti, cioè utili a creare sotto-universi al loro interno omogenei, ma tra di loro significativamente eterogenei. Proprio per queste ragioni non è stato possibile stratificare l'universo delle famiglie con invalidi adulti. Nei loro confronti è stato attuato un campionamento casuale semplice, che offre, comunque, buone garanzie di rappresentatività.

Qui di seguito riportiamo le tabelle con i dati dell'universo e del campione di ognuno dei tre tipi di famiglia nelle città di Milano, Bologna e Lucca.

Come si può vedere dal confronto delle tabb. 1 e 2, la ripartizione delle famiglie da intervistare nelle tre città non obbedisce ad una logica di proporzionalità, perché si è voluto garantire la possibilità di effettuare analisi comparate fra i tre centri urbani, che potrebbero essere, dal punto di vista statistico, significative. Ciò ha comportato delle sovrastime nelle città di Bologna e Lucca rispetto a Milano.

La scelta delle tre città nell'area geografica del Nord Italia, tiene conto, da un lato, del grado di urbanizzazione, perché vi è la metropoli (Milano), la città di media dimensione (Bologna) e il piccolo centro urbano (Lucca) e, dall'altro, del contesto sociale e delle poli-

Tab. 1 - Universo dei tre tipi di famiglia a Milano, Bologna e Lucca

	Milano	Bologna	Lucca	Totale
Famiglie con grandi anziani	34.679	12.630	2.716	50.025
Famiglie monogenitoriali	7.534	2.633	474	10.641
Famiglie con invalidi civili totali, ciechi assoluti e sordomuti adulti (18-54 anni)	3.036	1.012	410	4.458
Totale	45.249	16.275	3.600	65.124

Fonte: - Anagrafi comunali delle tre città alla data del 1.1.1992
- Ministero dell'interno.

Tab. 2 - Campione teorico e reale (valori tra parentesi) dei tre tipi di famiglia a Milano, Bologna e Lucca

	Milano	Bologna	Lucca	Totale
Famiglie con grandi anziani	250 (250)	200 (201)	100 (99)	550 (550)
Famiglie monogenitoriali	200 (202)	150 (148)	100 (100)	450 (450)
Famiglie con invalidi civili totali, ciechi assoluti e sordomuti adulti (18-54 anni)	200 (202)	150 (151)	100 (97)	450 (450)
Totale	650 (654)	500 (500) ^a	300 (296)	1450 (1450)

tiche sociali in cui i tipi di famiglie analizzati si trovano ad affrontare i propri bisogni; contesti e politiche che da vari punti di vista risultano essere differenziati.

Anche i tre sotto-universi di famiglie presentano, rispetto alla loro diffusione, delle significative differenze. Infatti, se rapportiamo la loro consistenza numerica con la popolazione residente, notiamo che a Lucca la presenza di invalidi civili totali adulti (18-54 anni) è molto più rilevante che nelle altre città (4,8 ogni 1000 abitanti, contro il 2,2 di Milano, il 2,5 di Bologna e il 3,4 dell'Italia). La singolarità della situazione di Lucca in proposito è confermata anche da una recente pubblicazione del Ministero dell'Interno, secondo la quale la provincia di Lucca avrebbe un tasso di invalidità ³ molto superiore alla media nazionale (34,4 per 1000 residenti contro il 21,7 d'Italia)

Tab. 3 - Mutilati ed invalidi civili, ciechi e sordomuti assistiti al 1.1.1992 nelle Province di Milano, Bologna e Lucca. Valori assoluti e percentuali rispetto alla popolazione residente

	Italia		Prov. di Milano		Prov. di Bologna		Prov. di Lucca	
	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%	V.A.	%
Invalidi civili	1.091.952	1,90	35.576	0,89	10.950	1,20	12.107	3,17
Ciechi	115.758	0,20	3.974	0,09	1.078	0,11	828	0,21
Sordomuti	37.338	0,06	2.020	0,05	565	0,06	189	0,04
Totale	1.245.048	2,17	41.570	1,04	12.593	1,38	13.124	3,44

Fonte: Ministero dell'interno, *Provvidenze legislative a favore dei mutilati e invalidi civili, ciechi civili e sordomuti*, Roma, 1992.

L'obiettivo principale di questa breve nota sul campionamento consiste nel valutarne la rappresentatività. A tale scopo abbiamo descritto le tecniche adottate. Queste ci hanno permesso, per ogni sotto-universo (anche se in proporzioni diverse da città a città per i motivi già detti) di rispettare il principio che garantisce la rappresentatività statistica: «dare ad ogni unità la stessa probabilità di venire e far parte del campione».

I leggeri scostamenti tra campione teorico e campione reale (tab. 2) e le limitate sostituzioni (sempre in forma casuale) di coloro che per diversi motivi non hanno potuto essere intervistati, ci rassicurano sul fatto che la garanzia della rappresentatività non è venuta meno.

2. Elaborazione dei dati

I packages statistici oggi a disposizione dei sociologi consentono di effettuare un trattamento delle informazioni molto sofisticato, ma questo non significa automaticamente corretta e appropriata elaborazione dei dati. Spesso si sottopongono i dati a programmi eccessivamente «forzanti» e poco adatti alla «natura dell'informazione» ⁴.

4. Sul rischio di una «feticizzazione» degli strumenti, non solo di analisi, ma anche di rilevazione dei dati, si vedano: A. Mercuri, *Endless data*, in *...*

La scelta da noi operata ha tenuto conto specialmente di questo rischio. Mi riferisco in particolare alla «cluster analysis» che illustriamo qui di seguito.

Sulle tecniche di elaborazione più semplici, quelle univariate e bivariate, che anche noi abbiamo utilizzato, non ci soffermiamo per motivi di brevità. Così pure non riprendiamo il discorso sui numerosi *indici* che abbiamo costruito, anche se in questa ricerca rappresentano un elemento fondamentale di analisi statistica dei dati, perché riteniamo che sia sufficiente quanto detto in proposito nel primo capitolo.

Per quanto riguarda l'analisi multivariata, come nel nostro caso la «cluster analysis», va anzitutto precisato che lo scopo principale perseguito è quello di cogliere i legami «multipli», che le singole variabili possono avere con un insieme di altre variabili.

Il vantaggio rispetto ad esempio all'analisi bivariata sembra evidente, perché con l'analisi multivariata la relazione che può esserci tra le risposte date dagli intervistati a due domande viene osservata in un contesto più ampio e quindi meglio precisata.

Ma se questo è vero in termini di finalità, non significa che ogni procedura di fatto consenta di raggiungere tale obiettivo. Numerosi sono i casi di distorsione del dato. Per evitare ciò bisogna porre molta attenzione ai criteri che devono guidare la scelta di queste tecniche.

Tali criteri non possono prescindere da almeno tre elementi: gli obiettivi che si vogliono raggiungere, la natura dell'informazione posseduta e il tipo di modello matematico che la procedura di elaborazione utilizza.

A questo proposito va precisato che nel nostro caso l'obiettivo era quello di evidenziare delle tipologie familiari sulla base di una serie di informazioni, che dal punto di vista statistico sono di natura qualitativa, cioè non metrica.

Per ottenere delle tipologie di famiglie, che non siano precostituite, ma che emergano a posteriori, cioè a partire dalle relazioni empiricamente riscontrate tra le variabili, le tecniche più ricorrenti sono quelle delle analisi fattoriali e delle *cluster analysis*. Anche noi ci siamo orientati verso questi due settori, facendo però una scelta che a un lato fosse compatibile con la natura del dato (variabili qualitative), la sua quantità (ampie matrici) e la possibilità di combinare

vidua le dimensioni più adatte a caratterizzare e a contraddistinguere le 1450 famiglie campionate.

Le tecniche di elaborazione che meglio risponde ai requisiti sopra delineati è, a nostro parere, quella che utilizza l'analisi delle corrispondenze e che fa parte di quell'insieme di tecniche che va sotto il nome di «Analyse des données», ideata da Benzécri⁵.

Il programma da noi utilizzato e che si rifà a queste procedure, è denominato Spad (Système Portable pour l'Analyse des Données).

Abbiamo scartato di rifarci alle tecniche di analisi fattoriale tradizionali o classiche per il fatto che trattano i dati con matrici di correlazione lineare, operando in tal modo delle forzature nei casi in cui si hanno variabili qualitative.

All'opposto, la procedura da noi utilizzata, cioè l'*Analisi delle corrispondenze multiple*, è una tecnica di analisi fattoriale che non presenta questo inconveniente, perché *non implica assunzioni sulla natura della distribuzione delle variabili*, cioè può essere applicata a qualunque tipo di informazioni. La sua caratteristica è quella di conservare il più possibile la struttura originaria dei dati, senza sovrapporre un modello come quello della linearità delle relazioni. Il punto di partenza, infatti, è l'analisi di tabelle di contingenza, in cui si calcolano i profili di riga e di colonna. Il legame tra le variabili viene colto con il test del *chi quadrato* che, come si sa, è applicabile a tutti i tipi di dati.

Stabilita la validità del modello matematico che è alla base della tecnica prescelta, va precisata un'altra caratteristica di questo programma di elaborazione che, per il nostro obiettivo, è particolarmente importante: *la possibilità di trattare ampie matrici di dati*. È possibile, in altre parole, evidenziare i legami che esistono tra le numerose variabili del nostro questionario.

Utilizzando ampie matrici è possibile individuare variabili latenti, cioè fattori, che sintetizzano aspetti altamente significativi. Nel nostro caso, mediante l'analisi delle corrispondenze multiple applicata a una serie di variabili che il lettore può rintracciare nell'appendice ai capitoli di Rossi e Bramanti, è stato possibile far emergere sei dimensioni o fattori nettamente discriminanti (che qui per brevità non riportiamo) a partire dai quali è stata realizzata la cluster analysis⁶.

5. Per un approfondimento di queste tecniche si veda: J.P. Benzécri, *L'analyse des données* Dunod Paris 1976; I. Lebart, A. Morineau e K.M. Warwick, *Multi-*

In altre parole, le 1450 famiglie sono state ripartite in gruppi (clusters) prendendo in considerazione la loro distanza dai sei assi fattoriali, che riassumono le informazioni più qualificanti dal punto di vista di una tipologia che vuol essere ben differenziata.

In questa breve nota ci limitiamo ad illustrare un esempio di cluster e precisamente quello utilizzato nel capitolo di Rossi come cluster non vincolata, che interessa l'intero campione.

I metodi di classificazione che vengono qui impiegati sono due: il primo è un «metodo non gerarchico» ed il secondo un «metodo gerarchico». Il metodo non gerarchico, particolarmente utile per ampie matrici di dati, conduce direttamente a delle partizioni di individui senza disporle in una gerarchia, mentre quello gerarchico offre in assi successivi raggruppamenti sempre più generali fino a riunire tutte le unità statistiche in un solo gruppo.

La finalità del primo metodo, *quello non gerarchico*, consiste nell'individuare un numero abbastanza alto di piccoli gruppi molto omogenei al loro interno, cioè formati da persone molto simili per opinioni e comportamenti, che costituisca la base di partenza per il secondo metodo, *quello gerarchico*.

Praticamente, con il metodo non gerarchico sono state effettuate due analisi preliminari, che hanno fornito due distinte partizioni delle famiglie in otto classi o clusters.

Il raggruppamento delle famiglie è stato fatto partendo da otto centri scelti casualmente, cioè da otto casi. L'assegnazione dei 1450 casi (famiglie) a un gruppo viene fatta in base alla loro vicinanza agli otto centri, calcolata in riferimento alla «distanza euclidea», cioè alle coordinate che i casi hanno sui sei assi fattoriali.

Ogni partizione è stata ripetuta 10 volte, al fine di verificare quali fossero i raggruppamenti ricorrenti. Successivamente è stato effettuato un incrocio tra le otto classi della prima partizione con le otto della seconda partizione, ottenendo 64 possibili combinazioni. In tal modo è stato possibile selezionare i «gruppi più stabili», cioè i gruppi di famiglie con forti somiglianze, che si sono ottenuti sia nella prima che nella seconda partizione; questi sono risultati 34.

La procedura di tipo gerarchico ha aggregato successivamente i gruppi stabili in «nodi», costruendo il cosiddetto «albero gerarchico». Si tratta di un albero simbolico nel quale i rami rappresentano i nodi che riuniscono più elementi. Dai rami piccoli si passa ai

Diagramma della distribuzione dell'indice di disuguaglianza nei nodi dell'albero gerarchico

enti e nodi
gregazione N. Peso Indice

15	27	2	3.00	.000099	*
8	28	2	6.00	.000184	*
5	29	2	9.00	.000234	*
8	26	2	75.00	.000338	*
2	23	2	4.00	.000529	*
0	30	2	9.00	.000545	*
7	24	2	8.00	.001037	*
1	32	4	9.00	.001157	*
9	38	5	14.00	.001612	*
6	36	3	15.00	.001620	*
4	37	3	134.00	.002183	*
3	39	6	44.00	.003040	**
5	40	5	19.00	.003190	**
3	34	3	55.00	.004030	**
5	42	7	190.00	.005030	**
2	43	7	164.00	.005829	**
2	43	6	52.00	.006896	**
21	11	2	16.00	.007465	**
11	11	2	138.00	.007588	**
44	44	4	280.00	.007879	**
47	47	7	270.00	.010444	****
50	50	7	470.00	.031900	*****
49	49	9	302.00	.055499	*****
53	53	12	436.00	.085754	*****
52	52	8	667.00	.098268	*****
54	54	19	706.00	.108193	*****
55	55	10	683.00	.141128	*****
57	57	29	1389.00	.158766	*****
58	58	30	1450.00	.249563	*****

ami grossi, che aggregano più gruppi, fino ad arrivare al tronco, che rappresenta l'aggregazione massima, cioè la riunione di tutti oggetti in un solo gruppo.

Il ricercatore deve fermare il processo di aggregazione al punto in cui si hanno dei cluster o gruppi che siano abbastanza omogenei al loro interno e nello stesso tempo molto differenziati tra di loro.

Va tenuto presente, infatti, che l'albero è costruito secondo il criterio di aggregazione di Ward o della «varianza minima».

Questa tecnica si differenzia dalle altre usate nella cluster analysis perché, invece di cercare gli elementi «più vicini», cerca quelli che, messi insieme, formano l'aggregazione (il nodo) con minor varianza al suo interno.

Il grafico 1 riporta per ogni nodo successivo l'indice di disuguaglianza che viene raggiunto.

Nel nostro caso, ad esempio, fino al nodo 51 compreso non si registrano valori elevati nell'indice. La situazione però cambia con i nodi 52 e 53 e soprattutto con il nodo 54, perché l'indice di disuguaglianza passa da .055 a .086.

Ciò significa che la cluster a quel punto mette assieme individui troppo diversi tra loro; pertanto si è deciso di fermare il processo di aggregazione al nodo 53.

Le classi ottenute in tal modo sono 6 e sono precisamente quelle indicate nel graf. 1 con i nodi 48, 51, 52 e 53 e gli elementi 3 e 9 della cluster non gerarchica, che non sono mai entrati a far parte di un nodo per la loro specificità.

La presentazione delle classi e il loro commento viene già fatto nel capitolo di Rossi; pertanto ad esso rimandiamo. Qui ci limitiamo a riportare la tabella del primo cluster, spiegando i test ivi contenuti. Nella metà a sinistra della tavola vengono riportate le variabili che evidenziano tratti distintivi del gruppo (o classe) e sono elencate in ordine decrescente di importanza.

Nell'altra metà della tavola vi sono i seguenti dati statistici per le modalità di risposta ai quesiti del questionario:

Valore-criterio - Coefficiente che misura la capacità che una modalità (o indicatore) ha nel caratterizzare quel gruppo, cioè quella classe, distinguendolo dagli altri gruppi. In altre parole è la misura di una distanza, calcolata in «deviazioni standard», rispetto ad una situazione media, che si otterrebbe formando quel gruppo in

FILE : FAMIGLIE IN APPARENZA SENZA PARTICOLARI PROBLEMI: 470 casi - 32.4%

FILE	MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILITA'	PESO	PERCENTUALI	
					GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'
ATESE NEI CONFRONTI DI VOLONTARI	BASSO	13.04	.000	767	52.9	77.0
ATESE NEI CONFRONTI DEGLI AMICI	BASSO	12.39	.000	1215	83.8	97.9
SERVIZI DOMICILIARI (NON SANIT.)	NON USA	12.15	.000	1159	79.9	95.7
FIDUCIA NEI CONFRONTI DI VOLONT.	BASSO	11.66	.000	1028	70.9	89.4
IA DEI SERVIZI UTILIZZATI	NON HA UTILIZZATO	11.51	.000	280	19.3	37.4
SERVIZI SOCIALIZZANTI	NON USA	11.19	.000	1085	74.8	91.5
FIDUCIA NEI CONFRONTI DEGLI AMICI	BASSO	10.36	.000	1291	89.0	98.7
ATESE NEI CONFRONTI DEI PARENTI	BASSO	10.13	.000	990	68.3	85.1
ALTRI SERVIZI	NON USA	9.85	.000	1157	79.8	93.2
A PARTE DI OPERATORI A PAGAMENTO	NON RICEVE	8.52	.000	1146	79.0	91.1
A PARTE DI VOLONTARI	NON RICEVE	7.88	.000	1361	93.9	99.4
LAB. ANALISI-CENTRI DIAGNOSTICI	NON USA	7.84	.000	818	56.4	70.9
FIDUCIA NEI CONFRONTI DELLO STATO	BASSO	7.57	.000	1125	77.6	88.7
ATESE NEI CONFRONTI DELLO STATO	BASSO	7.47	.000	257	17.7	28.9
A PARTE DI OPERATORI PUBBLICI	NON RICEVE	6.76	.000	1298	89.5	96.4
ALTRE DEVONO AIUTARSI FRA DI LORO	PER NIENTE-POCO ACC.	6.63	.000	680	46.9	59.4
SERV. SANITARI (NON LAB. ANALISI)	NON USA	6.43	.000	701	48.3	60.4
CHI RICEVE CONTRIBUTI	NESSUN CONTRIBUTO	6.42	.000	1000	69.0	79.8
LI AIUTANO SENZA ASPETTARSI NULLA	ABBASTANZA ACC.	6.09	.000	381	26.3	36.6
MI PARLARE CON ESPERTO	NON INDICA	6.07	.000	1311	90.4	96.4
ARIATO AIUTA PIU' DELLO STATO	PER NIENTE-POCO ACC.	5.98	.000	291	20.1	29.4
TA PUO' CAPIRE SOLO UN ESPERTO	PER NIENTE-POCO ACC.	5.86	.000	720	49.7	60.6
SOLO A CHI AIUTA PER SOLIDAR.	PER NIENTE-POCO ACC.	5.55	.000	570	39.3	49.6
FIDUCIA NEI CONFRONTI DEI PARENTI	BASSO	5.50	.000	1198	82.6	90.0
A DEL NUCLEO INTERVISTATO	MONOGENITORIALE	5.09	.000	450	31.0	40.0
DEVE AIUTARE ASS. VOLONTARIATO	ABBASTANZA ACC.	4.70	.000	354	24.4	32.1
TE POTER SCEGLIERE SERVIZI-AIUTI	ABBASTANZA ACC.	4.69	.000	483	33.3	41.7

MODALITA' DI RISPOSTA	VALORE CRITERIO	PROBABILI- TÀ	PESO	GLOBALI	MODALITA' CLASSE SU SU CLASSE MODALITA'	PERCENTUALI
PER NIENTE-POCO ACC.	4.54	.000	335	23.1	30.4	42.7
PER NIENTE-POCO ACC.	4.15	.000	580	40.0	47.7	38.6
SOLO PUBBLICI	4.02	.000	638	44.0	51.5	37.9
ABBASTANZA ACC.	3.92	.000	482	33.2	40.2	39.2
ALTO	3.90	.000	137	9.4	13.8	47.4
ABBASTANZA ACC.	3.72	.000	414	28.6	34.9	39.6
DA 30 A 39 ANNI	3.68	.000	278	19.2	24.7	41.7
ABBASTANZA ACC.	3.48	.000	379	26.1	31.9	39.6
NON RICEVE	3.27	.001	928	64.0	69.8	35.3
LUCCA	3.09	.001	296	20.4	25.1	39.9
NON INDICA	3.05	.001	1031	71.1	76.2	34.7
ABBASTANZA ACC.	2.82	.002	430	29.7	34.5	37.7
APERTO	2.72	.003	813	56.1	61.1	35.3
INDICA	2.59	.005	365	25.2	29.4	37.8
ABBASTANZA ACC.	2.44	.007	493	34.0	38.3	36.5
FINO A 29 ANNI	2.32	.010	120	8.3	10.6	41.7
ABBASTANZA ACC.	2.30	.011	316	21.8	25.3	37.7
DIFFIDENTE	2.10	.018	196	13.5	16.2	38.8
PER NIENTE-POCO ACC.	1.92	.028	168	11.6	13.8	38.7
PER NIENTE-POCO ACC.	1.90	.028	610	42.1	45.5	35.1
QUATTRO O PIU'	1.89	.029	414	28.6	31.7	36.0
NON INDICA	1.88	.030	1366	94.2	95.7	32.9
BOLOGNA	1.82	.035	500	34.5	37.7	35.4
ABBASTANZA ACC.	1.40	.081	256	17.7	19.6	35.9
PER NIENTE-POCO ACC.	1.38	.084	658	45.4	47.9	34.2
ABBASTANZA ACC.	1.36	.087	521	35.9	38.3	34.5

b) Probabilità - Probabilità di errore del coefficiente precedente. È un test di significatività, che è tanto migliore quanto più basso è il suo valore. Normalmente si considera sufficiente la significatività che ha valori inferiori a .05.

c) *Percentuale globale* - Percentuale di soggetti che nell'intero campione hanno la caratteristica indicata da quella modalità di risposta.

d) *Percentuale modalità su classe* - Percentuale di soggetti che in quella classe hanno la caratteristica indicata dalla stessa modalità di risposta.

e) *Percentuale classe su modalità* - Percentuale di soggetti che in quella classe hanno quella caratteristica, calcolata, questa volta, non sul totale dei soggetti della classe, ma sul totale di coloro che hanno quella caratteristica nel campione. Quest'ultimo dato indica il grado di inclusione di una modalità nella classe.

A titolo di esempio, vediamo come si possono leggere le prime due righe della tabella relativa a questa classe, che risulta composta da 470 famiglie, pari al 32,4% del campione.

La prima variabile si riferisce all'indice che misura le attese nei confronti dei volontari, che in questo caso risulta «basso».

Tale caratteristica contraddistingue in modo molto significativo questo gruppo, perché il valore-criterio corrispondente è di 13,0 deviazioni standard rispetto ad una ipotetica situazione che si avrebbe se questo gruppo fosse costituito da 470 famiglie prese casualmente e perché la probabilità di errore è inferiore all'uno per mille. Inoltre, confrontando la percentuale in cui si presenta l'indice basso nel campione (52,9%) con quella che ha in questa classe (77,0%), si nota una differenza notevole. Praticamente il 47,2% di tutti coloro che hanno un basso indice di attesa nei confronti del volontariato sono confluiti in questa classe.

Per comprendere l'importanza che ha la seconda variabile (indice basso di attese nei confronti di amici) nel definire la tipologia di famiglie di questo cluster, si procede allo stesso modo, cioè valutando i dati statistici posti sulla seconda riga. Anche in questo caso il fatto di avere basse attese verso gli amici caratterizza nettamente questo gruppo perché il valore-criterio è di molto superiore a due deviazioni standard (sono circa 12) e la significatività è molto buona (.000). A questo va aggiunto che le differenze rispetto al dato medio sono rilevanti. Infatti, coloro che hanno un indice basso di attese nei confronti di amici, hanno anche un indice basso di attese nei confronti dei familiari.

Proseguendo con la lettura degli indicatori più discriminanti è possibile individuare i tratti distintivi della classe, che qui non illustriamo perché, come già si è detto, ciò viene fatto nel capitolo di Colozzi.

Nelle diverse parti trattate da Colozzi, Bramanti e Rossi si presentano anche delle *cluster analysis vincolate*. Ciò significa che i gruppi o cluster, nella loro composizione di casi, sono già predefiniti in base alla distribuzione di una variabile. Per esempio se si dovesse fare una cluster analysis vincolata alla variabile sesso, si avrebbero due sole classi da illustrare, quella in cui confluiscono tutti i maschi e quella in cui confluiscono tutte le femmine. Anche in questo caso l'individuazione degli indicatori più discriminanti per ogni classe viene effettuata osservando il valore dei test precedentemente illustrati.

1534. *Sociologia e politica sociale, collana diretta da Pierpaolo Donati*

Sezione 1: Opere generali

- 1.1. Pierpaolo Donati, *Risposte alla crisi dello Stato sociale. Le nuove politiche sociali in prospettiva sociologica*
- 1.2. Giovanni B. Sgritta, *Emarginazione, dipendenza e politica sociale. Studi e ricerche*
- 1.3. Pierpaolo Donati (a cura di), *Le frontiere della politica sociale. Redistribuzione e nuova cittadinanza*
- 1.4. Aldo Piperno (a cura di), *La politica sanitaria in Italia tra continuità e mutamento*
- 1.5. Pierpaolo Donati, *Introduzione alla sociologia relazionale*
- 1.6. Pierpaolo Donati, *La famiglia nella società relazionale. Nuove reti e nuove regole*
- 1.7. Pierpaolo Donati (a cura di), *Le politiche sociali nella società complessa. Atti della sezione «politica sociale» della Associazione italiana di sociologia*
- 1.8. Pierpaolo Donati (a cura di), *Salute e complessità sociale*
- 1.9. Paola Di Nicola, *L'uomo non è un'isola. Le reti sociali primarie nella vita quotidiana*
- 1.10. Nicola Florindo, *Strategie e strumenti per l'informazione sanitaria*
- 1.11. Giovanni Battista Sgritta, *Famiglia, stato, mercato. Strutture e funzioni delle famiglie nella società della crisi*
- 1.12. P. Donati, *La famiglia come relazione sociale*
- 1.13. Pierpaolo Donati (a cura di), *La cura della salute verso il 2000*
- 1.14. J.C. Alexander, *Teoria sociologica e mutamento sociale. Un'analisi multidimensionale della modernità*
- 1.15. Pierpaolo Donati, Monica Matteini (a cura di), *Quale politica per quale famiglia in Europa*
- 1.16. Pierpaolo Donati, *Teoria relazionale della società*
- 1.17. Sergio Belardinelli, *Una sociologia senza qualità. Saggi su Luhmann*
- 1.18. Pierpaolo Donati, Fabio Ferrucci (a cura di), *Verso una nuova cittadinanza della famiglia in Europa. Problemi e prospettive di politica sociale*
- 1.19. Roberto De Vita, Pierpaolo Donati, Giovanni Battista Sgritta (a cura di), *La politica sociale oltre la crisi del welfare state*

Sezione 2: Ricerche

- 2.1. Lucia Boccacin, *La sinergia della differenza. Un'analisi sociologica del terzo settore in Italia*
- 2.2. Ivo Colozzi, Pierpaolo Donati (a cura di), *Famiglia e cure di comunità. Il difficile intreccio fra pubblico, volontariato e reti informali nell'Italia di oggi*

1130. *Politiche e servizi sociali, collana diretta da Gianni Pellicciari*

1. U. Morelli, G. Pellicciari, L. Tavazza, S. Veneziano, *Sottosviluppo e servizi sociali in Calabria*
2. Sara Trassari (a cura di), *Welfare state o neo-assistenzialismo?*
3. S. Iannizzi, U. Morelli, G. Pellicciari, S. Veneziano, *Organizzazione dei servizi sociali nelle unità sanitarie locali*
4. Rosanna Carrozzini, *Programmazione nella scuola e metodologie didattiche. Una scuola che si realizza*
5. Cisp-Centro internazionale studi famiglia, *La politica familiare in Europa. Prospettive per gli anni '80*
6. F. Mantovani, U. Morelli, G. Pellicciari, S. Trassari, *Programmazione dei servizi sociali e sanitari*
7. L. Benvenuti, P. Faccioli, G. Pellicciari, G. Tinti, *Disadattamento sociale: teoria e ricerca*
8. Scuola superiore di servizio sociale - EAS di Acireale (a cura di), *Operatori sociali e metodi di lavoro nelle nuove realtà istituzionali. Esperienze di formazione professionale*
9. Duccio Demetrio (a cura di), *Immigrazione straniera e interventi formativi. Bisogni, programmazione locale, esperienze*
10. Cist-Usl 27 - Bologna Ovest, *Droga: il paradosso della normalità*
11. P. Faccioli, G. Pellicciari (a cura di), *Anziani in città. Indagine in un quartiere di Bologna*
12. Michele La Rosa, *Organizzazione sanitaria e analisi sociologica. Dalla "833" verso una nuova normativa?*
13. Laura Cioni, Patrizia Faccioli, *Vedesse, sembravo un leproso. Anziani: ipotesi tra non autosufficienza e rete di relazioni*
14. Duccio Demetrio (a cura di), *L'educazione degli adulti contro la povertà. Il dibattito teorico, ricerche ed esperienze*
15. Patrizia Faccioli, Eno Quagnolo, *Prove di identità. Reversibilità e autoinganno: una ricerca sui tossicodipendenti*
16. Francesco Susi, *I bisogni formativi e culturali degli immigrati stranieri. La ricerca-azione come metodologia educativa*
17. M.T. Iuvone, M.B. Perucci, S. Simoni, *Formazione e organizzazione: un metodo per valutare. Contenimento e sviluppo nel lavoro educativo con l'handicap: dalla risorsa persona al ruolo professionale*
18. Michelina Tosi, *L'aiuto possibile. Situazioni e strategie di intervento per una migliore sopravvivenza dei malati di cancro*
19. Gruppo nascita, *Metodi di preparazione alla nascita. Un confronto di esperienze*
20. Scuola superiore servizio sociale, Centro di iniziativa culturale di Acireale (a cura di), *Infanzia e adolescenza. Contesti di vita e responsabilità della*

Riccardo Gatti, *Lavorare con i tossicodipendenti. Manuale per gli operatori del servizio pubblico*

Gianni Pellicciari, Sara Trassari, *Pianificazione, ricerca, partecipazione. Un metodo per le politiche sociali*

Caritas Ambrosiana, *La carità. Nomi, volti, percorsi. Le opere socio-assistenziali nella Diocesi di Milano*

Marta Consolini, Rita Bonsi (a cura di), *Progettare un servizio di informazione. Come comunicare con i giovani, con quali strumenti informativi, con quale struttura organizzativa*

Luciano Tosco, *Professione educatore. L'operatore pedagogico nel settore socio-sanitario*

Ucitem, *La relazione uomo-donna e il consultorio familiare*

Francesca Mazzucchelli (a cura di), *Percorsi assistenziali e affido familiare*

Fabrizio Giunco (a cura di), *Anziani e centri diurni. Una metodologia dall'esperienza*

Grazia Brex, Elda Fiorentino Busnelli (a cura di), *Adolescenti a rischio tra prevenzione e recupero: un impegno per tutti*

Le proposte di riforma dello stato sociale in Italia e all'estero indicano sempre più la necessità di valorizzare il lavoro di cura e di assistenza svolto all'interno delle reti informali (*community care*). Molto spesso, però, non è chiaro a cosa si riferisca questo termine, se al lavoro di cura svolto dai familiari conviventi, in particolare dalle donne, o al coinvolgimento della rete parentale estesa, o al supporto offerto anche da amici, vicini e volontariato spontaneo.

Spesso quando si parla di *cura di comunità* tutte queste forme di supporto vengono sovrapposte o confuse. Ma è veramente così che vanno le cose in Italia oggi? Le famiglie con un solo genitore, quelle che hanno in casa un malato grave, un invalido, un anziano non autosufficiente, possono effettivamente contare su tutte queste risorse e riescono ad intrecciarle con quelle offerte dal servizio pubblico, dai gruppi di volontariato e

dai servizi a pagamento? O non è piuttosto vero che le situazioni sono assai differenziate per area di residenza, classe sociale della famiglia, età dei suoi componenti, gravità del problema? Cosa pensano le famiglie con maggiori carichi e difficoltà delle opportunità di aiuto che oggi vengono loro offerte e cosa vorrebbero di diverso?

A queste e ad altre domande cerca di rispondere il presente volume. Ne esce un quadro per molti aspetti imprevisto che chiede di essere valutato a fondo sia dai responsabili locali delle politiche sociali sia dai responsabili delle organizzazioni di volontariato che operano nel settore sociale e sanitario.

L'indagine è stata promossa dal Centro nazionale del volontariato di Lucca, finanziata dal Cnr e condotta da un'equipe di ricerca composta da: A. Ardigò, D. Bramanti, I. Colozzi, P. Di Nicola, P. Donati, C. Lanzetti, G. Rossi.