

Dipartimento di
SOCIOLOGIA E RICERCA SOCIALE

Dottorato di Ricerca in Sociologia Applicata e Metodologia della ricerca sociale
Curriculum in Servizio Sociale

The hidden children.
Una ricerca partecipativa relativa al fenomeno dei *young caregivers*
italiani.

Limongelli Paola Enrica
Matricola **818717**

Tutor: Prof.ssa Alessandra Decataldo
Co-tutor: Prof.ssa Mara Tognetti

Coordinator: Prof.ssa Carmen Leccardi

ANNO ACCADEMICO 2018/2019

INDICE

Sommario

I PARTE	10
Introduzione	11
1. Compiti di cura e il ruolo del Welfare	14
1.1. Cosa è il caregiving?	15
1.2. Famiglia, stato e mercato	18
1.2.1. Il Welfare familistico: un quadro generale	18
1.2.2. Il caso italiano	20
1.2.3. Inquadramento legislativo nazionale sul tema della non auto-sufficienza e del caregiving	22
1.2.4. Organizzazione del settore “long-term care” (LTC) in Italia.....	24
1.3. Bambini e adolescenti: le responsabilità di cura all’interno della famiglia	26
1.3.1. Quale ruolo ricopre l’infanzia nella società?	27
1.3.2. Tutele e diritti civili nell’infanzia	31
1.3.3. Quali conseguenze sul welfare?	34
2. Rassegna della letteratura sui Young caregivers	36
2.1. Definizione e dibattito	37
2.2. Ruolo dei young caregivers	42
2.2.1. Continuum di responsabilità	44
2.2.2. A chi sono rivolte le cure?	51
2.2.3. Quali capacità genitoriali?	53
2.3. Perché bambini e adolescenti svolgono lavoro di cura	54
2.4. Entità ed estensione del caregiving	56
2.4.1. Prospettiva <i>Cross-National</i>	59
2.5. Conseguenze e risorse	60
2.5.1. Dalla salute alla formazione	61
2.5.2. Effetti positivi e resilienza.....	62
2.6. Bisogni e pratiche di lavoro sociale	63
2.7. Politiche sociali	67
2.7.1. Contesto italiano	70
3. Participatory research	75
3.1. La ricerca partecipativa: un breve inquadramento teorico	75
3.1.1. Basi teoriche del modello	77
3.1.2. Quando e perché usare la ricerca partecipativa	80
3.2. Participatory Model	83
3.3. Le fasi della ricerca partecipativa	85
3.3.1. Definizione della domanda di ricerca iniziale	86
3.3.2. Costituzione del gruppo guida.....	87
3.3.3. Primi incontri e ridefinizione della domanda di ricerca.....	88
3.3.4. Formazione del gruppo guida sul tema della ricerca e sui possibili strumenti di ricerca	89

3.3.5.	Scelta e costruzione degli strumenti di ricerca	90
3.3.6.	Costruzione del campione	91
3.3.7.	Rilevazione dei dati	91
3.3.8.	Analisi dei dati	92
3.3.9.	Diffusione dei risultati	94
3.4.	Ricerca partecipativa e <i>mixed methods</i>	94
II PARTE		96
4.	Ricerca e sperimentazione	97
4.1.	Disegno della ricerca.....	97
4.1.1.	Domande, tecniche e approccio alla ricerca	99
4.2.	Survey nelle scuole secondarie di primo grado del Comune di Milano.....	101
4.2.1.	Costituzione del gruppo guida	101
4.2.2.	Primi incontri e ridefinizione della domanda di ricerca	104
4.2.3.	Formazione del gruppo guida sul tema di ricerca e sulla metodologia di ricerca	107
4.2.4.	Costruzione del questionario	110
4.2.5.	Struttura del questionario	113
4.2.6.	Consultazione e sperimentazione del questionario.....	117
4.2.7.	Campionamento.....	119
4.2.8.	Somministrazione dei questionari	123
4.2.9.	Analisi dei dati	124
4.3.	Focus group con un gruppo di potenziali caregivers	126
4.3.1.	Ridefinizione della domanda di ricerca	127
4.3.2.	Formazione del gruppo sulle tecniche: <i>focus group</i> e vignetta	128
4.3.3.	Selezione dei partecipanti	128
4.3.4.	Progettazione del <i>focus group</i>	130
4.3.5.	Organizzazione del <i>focus group</i>	130
4.3.6.	Realizzazione del <i>focus group</i>	132
4.3.7.	Analisi dei dati	135
4.4.	Analisi secondaria: multiscopo Istat “Aspetti della vita quotidiana” 2015	137
4.4.1.	Base empirica e domanda di ricerca	137
4.4.2.	Organizzazione del dataset: operativizzazione e campionamento	138
4.4.3.	Progettazione del lavoro di analisi	141
4.4.4.	Partecipazione del gruppo guida e commento dei risultati.....	141
4.5.	Conclusione del lavoro con il gruppo guida.....	142
5.	Analisi secondaria: indagine multiscopo “aspetti di vita quotidiana” 2015	143
5.1.	Lavoro domestico e di cura degli adolescenti italiani nel 2015	144
5.1.1.	Alcune caratteristiche socio-demografiche	145
5.1.2.	Vulnerabilità familiari	153
5.1.3.	Fattori <i>push and pull</i> : una breve sintesi	160
5.1.4.	Il continuum di responsabilità	168
5.2.	Esiti e risorse.....	170
6.	Survey nelle scuole secondarie di primo grado nel comune di Milano.....	180
6.1.	Adolescenti e lavoro di cura.....	180

6.1.1.	Oltre il genere.....	183
6.1.2.	Alla radice del <i>caregiving</i>	190
6.2.	Vita quotidiana	195
6.2.1.	Consapevolezza e percezione del ruolo	195
6.2.2.	Tipologia di attività	201
6.2.3.	Conseguenze.....	205
6.3.	Profili di <i>caregiving</i>.....	213
6.3.1.	Alto <i>caregiving</i> e <i>mood</i> positivo.....	214
6.3.2.	Alto <i>caregiving</i> e <i>mood</i> negativo.....	215
6.3.3.	Basso <i>caregiving</i> e <i>mood</i> positivo	216
6.3.4.	Basso <i>caregiving</i> e <i>mood</i> negativo	216
7.	<i>Focus group con un gruppo di potenziali caregivers</i>	220
7.1.	Caratteristiche e interazione degli studenti.....	220
7.2.	Tra sopravvivenza e benessere.....	225
7.2.1.	Motivazioni e cause.....	226
7.2.2.	Responsabilità e compiti degli adulti	234
7.3.	Compiti di cura e consapevolezza	235
7.4.	Limiti e Risorse	239
7.5.	Bisogni	244
8.	<i>Conclusioni</i>.....	248
8.1.	Vulnerabilità sociale	248
8.2.	Infanzia e adolescenza nascosta	251
8.3.	La bontà sofferente	253
8.4.	Alcune proposte operative	254
8.5.	Considerazioni conclusive.....	255
8.6.	From participant as actor to participant led	256
	Bibliografia.....	260
	Sitografia	279
	Allegati	281

INDICE TABELLE

<i>Tabella 1.1 - Sintesi dei principali interventi e degli attori coinvolti nella cura nella.....</i>	26
<i>Tabella 2.2 - Caregiving continuum (pag 33, Becker,2007).....</i>	47
<i>Tabella 2.3 - Tipi di attività di cura svolte da bambini e adolescenti,.....</i>	49
<i>Tabella 2.4 - Numero e percentuale (su popolazione nella stessa fascia di età) di bambini e adolescenti tra 5-17 anni, che svolgono settimanalmente lavoro informale di cura in UK (pag. 27, Becker,2007).</i>	50
<i>Tabella 2.5 - Ore al giorno dedicate al lavoro informale di cura svolte durante la settimana</i>	50
<i>Tabella 2.6 - Ore al giorno dedicate al lavoro informale di cura svolte durante il week-end</i>	50
<i>Tabella 2.7 - Classificazione dei livelli di sviluppo delle politiche</i>	69
<i>Tabella 4.1 - MACA-YC18, pag. 520, Joseph et al., 2009</i>	109
<i>Tabella 4.2 - Panoc- YC20, pag.520, Joseph et al., 2009.</i>	109
<i>Tabella 4.3 - YC-QST-20, Young carers: Questionnaire and Screening Tool (Identifying and Recognising Young Carers), pag 2 e 3, Young Carers Research Group</i>	110
<i>Tabella 4.4 - Operativizzazione svolta dal gruppo guida</i>	111
<i>Tabella 4.5 - Riepilogo Nil – Scuole</i>	121
<i>Tabella 4.6 - Riepilogo rilevazione</i>	123
<i>Tabella 4.7 - Processo costruzione del sistema di pesi.....</i>	125
<i>Tabella 4.8 - Profili interattivi dei partecipanti.....</i>	133
<i>Tabella 4.9 - Caratteristiche dei casi trasformati in variabili espresse</i>	140
<i>Tabella 5.1 - Percentuali informazioni socio-anagrafiche (elaborazione dati Istat 2015)</i>	151
<i>Tabella 5.2 - Medie lavoro domestico e di cura per informazioni socio-demografiche (Elaborazione dati Istat 2015)</i>	152
<i>Tabella 5.3 - Percentuali vulnerabilità familiare (elaborazione dati Istat 2015)</i>	158
<i>Tabella 5.4 - Lavoro domestico e di cura e condizioni di vulnerabilità (elaborazione dati Istat 2015)</i>	159
<i>Tabella 5.5 - Riepilogo del modello (elaborazione dati Istat 2015)</i>	165
<i>Tabella 5.6 - Modello di regressione lineare relativo al lavoro di cura (elaborazione dati Istat 2015)</i>	165
<i>Tabella 5.7 -Percentuali esiti (elaborazione dati Istat 2015)</i>	177
<i>Tabella 5.8 - Media lavoro domestico e di cura per esiti caregiving (elaborazione dati Istat 2015).....</i>	178
<i>Tabella 6.1 - Media indice di caregiving</i>	187
<i>Tabella 6.2 - Lavoro di cura e informazioni socio-demografiche</i>	187
<i>Tabella 6.3 - Anova: lavoro di cura per informazioni socio-demografiche</i>	189
<i>Tabella 6.4 - Percentuali relative alle vulnerabilità familiari e medie lavoro di cura.....</i>	194
<i>Tabella 6.5 - Anova: lavoro di cura per vulnerabilità familiari.....</i>	195
<i>Tabella 6.6 - Percentuali relative a consapevolezza e al rapporto di parentale con la persona sostenuta e media di caregiving</i>	198
<i>Tabella 6.7 - Anova: consapevolezza per indice di caregiving.....</i>	198
<i>Tabella 6.8- Media indice di caregiving per indice di mood</i>	200
<i>Tabella 6.9 - Medie indice del mood per rapporto di parentela con le persone assistite.</i>	200
<i>Tabella 6.10 - Medie sub-scale e correlazioni con indice di caregiving e del mood.....</i>	203
<i>Tabella 6.11 - Medie sub scale per familiari che richiedono assistenza</i>	203
<i>Tabella 6.12 -Anove: sub-scale per familiari richiedenti assistenza</i>	204
<i>Tabella 6.13 - Percentuali area scuola e medie dell'indice di caregiving.....</i>	206
<i>Tabella 6.14 - Medie indice del mood e area scolastica.....</i>	209
<i>Tabella 6.15 - Anova: area scolastica per indice del mood.....</i>	210

<i>Tabella 6.16 - Percentuale e medie soddisfazione per il rapporto con genitori per indice di caregiving e del mood.....</i>	210
<i>Tabella 6.17 - Anova: rapporto genitori per indice del mood</i>	210
<i>Tabella 6.18 - Media soddisfazione per la vita e correlazioni indice del mood</i>	210
<i>Tabella 6.19 - Percentuali vita futura e media dell'indice di caregiving.....</i>	211
<i>Tabella 6.20 - Medie vita futura e indice del mood.....</i>	211
<i>Tabella 6.21 - Anova: vita futura e indice del mood</i>	211
<i>Tabella 6.22- Profili di caregiving</i>	213
<i>Tabella 6.23 - Medie profili per indice di caregiving, del mood e sub-scale.....</i>	217
<i>Tabella 7.1 - Matrice delle adiacenze focus group</i>	221
<i>Tabella 7.2 - Informazioni partecipanti</i>	222
<i>Tabella 7.3 - Segmenti identificati per partecipante</i>	223
<i>Tabella 7.4 - Codici e sub-codici.....</i>	224

INDICE DEI GRAFICI

<i>Grafico 2.1 - Tipi di attività svolte dai young caregivers per età</i>	43
<i>Grafico 2.2 - Persone a cui sono rivolte le cure (pag. 24, Aldridge, et al., 2017)</i>	51
<i>Grafico 5.1 - Lavoro domestico e di cura per età e genere</i>	146
<i>Grafico 5.2 - Lavoro domestico e di cura per cittadinanza e per genere</i>	147
<i>Grafico 5.3 - Lavoro di cura e domestico per numero componenti e per genere</i>	148
<i>Grafico 5.4 - Lavoro domestico e di cura per area geografica e per genere</i>	149
<i>Grafico 5.5 - Lavoro domestico e di cura per presenza di familiari con malattie croniche</i>	154
<i>Grafico 5.6 - Familiari con limitazioni nella quotidianità (elaborazione dati Istat 2015).</i>	155
<i>Grafico 5.7 - Lavoro domestico e di cura per familiari con limitazioni nella quotidianità</i>	155
<i>Grafico 5.8 - Lavoro domestico e di cura per livello di istruzione dell'adulto di riferimento e per genere</i>	157
<i>Grafico 5.9 - Lavoro domestico e di cura per Inquadramento contrattuale e per genere</i>	158
<i>Grafico 5.10 - Ore settimanali di lavoro domestico di cura</i>	168
<i>Grafico 5.11 - Lavoro domestico e di cura per frequentazione amici e per genere</i>	171
<i>Grafico 5.12 - Lavoro domestico e di cura per sport e per genere</i>	172
<i>Grafico 5.13 - Lavoro domestico e di cura per condizione occupazionale e per genere</i> .	173
<i>Grafico 5.14 - Lavoro domestico e di cura per amici su cui poter contare e per genere</i> .	174
<i>Grafico 5.15 - Lavoro domestico e di cura per rete parentale e per genere</i>	175
<i>Grafico 5.16 - Lavoro domestico e di cura per condizioni di salute e per genere</i>	176
<i>Grafico 6.1 - Classi di caregiving (valori percentuali)</i>	183
<i>Grafico 6.2 - Continuum di responsabilità per numero familiari e per genere</i>	185
<i>Grafico 6.3 - Continuum di responsabilità per Nil e per genere (valori assoluti)</i>	186
<i>Grafico 6.4 - Indice di caregiving per "percezione attività di cura" (valori assoluti)</i>	197
<i>Grafico 6.5 - Indice del mood per classi (valori percentuali)</i>	199
<i>Grafico 6.6 - Supporto emotivo per persone che necessitano di assistenza e per numero di componenti</i>	202
<i>Grafico 6.7 - Attività "personal care" per persone che necessitano di assistenza e per numero componenti</i>	202

INDICE FIGURE

<i>Figura 3.1 - Participatory Model (pag. 157, Aldridge, 2015)</i>	84
<i>Figura 4.1 - Scala Likert con applicazione di emoticon</i>	114
<i>Figura 4.2 - Esempio di scala Likert con scansione temporale</i>	114
<i>Figura 4.3 - Esempio modalità di risposta per domanda su responsabilità di cura</i>	115
<i>Figura 4.4 - Esempio con scala autoancorante con immagine</i>	115
<i>Figura 5.1 - Lavoro domestico e di cura per Regioni italiane</i>	150
<i>Figura 5.2 - Schema ordine variabili</i>	160
<i>Figura 6.1 - Nil di Milano e scuole secondarie di I grado coinvolte nell'indagine</i>	181
<i>Figura 7.1 - Sociogramma focus group</i>	222
<i>Figura 7.2 - Mappa dei codici conseguita dal gruppo guida</i>	225
<i>Figura 7.3 - Compiti di cura e benessere per Fatima</i>	228
<i>Figura 7.4 - Rapporto e benessere per Luca</i>	229
<i>Figura 7.5 - Disegno di Luca sul dualismo: aiuto-sofferenza</i>	231
<i>Figura 7.6 - Dualismo aiuto-sofferenza secondo Luca</i>	232
<i>Figura 7.7 - Dualismo aiuto- sofferenza secondo Fatima</i>	233

I PARTE

Introduzione

Lo scopo della presente tesi dottorale è quello di studiare il fenomeno del lavoro di cura ad opera di bambini e adolescenti, Noti come *young caregivers*. Lungo il percorso di analisi sono state approfondite le cause determinanti per l'emersione e gli elementi caratterizzanti. A causa del particolare ruolo dell'infanzia nella società occidentale (James et al., 1998, 2002; Satta, 2012), bambini e adolescenti non godono di riconoscimento né sociale né giuridico, ponendo coloro che svolgono tali delicate responsabilità nella condizione di *hidden group* (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2005, 2007, 2008). Ciò vale soprattutto in Italia dove solo da pochi anni si è iniziato ad affrontare il tema, soprattutto dal punto di vista degli interventi sociali, anche se su piccola scala. L'azione dei giovani avviene all'interno delle mura domestiche e a favore sia di altri bambini e adolescenti sia di adulti. I giovanissimi dimostrano di non essere insensibili davanti alle difficoltà di almeno un membro della famiglia, e dimostrano di possedere l'*agency* necessaria per contribuire significativamente al benessere familiare. L'assunzione di responsabilità avviene a fronte di assenza di alternative: ridotte risorse economiche e di Welfare (Evans & Becker, 2009) costringono le famiglie a reclutare tutti i membri per rispondere ai *nuovi rischi sociali* (Esping-Andersen, 1999, 2000). Il Welfare di impostazione *familistica* esacerba questo sistema, composto da fattori che saranno definiti come *push and pull* (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004), lasciando le famiglie da sole a integrare le risorse relazionali ed economiche (Ranci, 2002, 2010).

Dunque le condizioni di vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002) delle famiglie spingono i bambini e gli adolescenti a correre il rischio di conseguire un processo di deprivazione secondaria (Kittay, 2001). In questo modo si generano sia costi personali sia costi sociali (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Howard, 2010; Leu & Becker, 2017). Da un lato lasciando da soli bambini e adolescenti si provocano conseguenze nell'immediato (Dearden & Becker, 2004; Kaiser et al., 2015; Knecht et al., 2015; Nagl-Cupal et al., 2014) e nella transizione alla vita adulta (Aldridge & Becker, 1993; Becker & Becker, 2008; Cassidy et al., 2014; Rose & Cohen, 2010); dall'altro lato lo Stato risparmia nell'immediato ma si troverà a affrontare una perdita futura. Gli esiti contingenti e futuri determinano una critica transizione alla vita adulta di bambini e adolescenti poiché vertono sin da subito in condizioni di vulnerabilità.

Per tale ragione il titolo del seguente elaborato riporta la dicitura "*hidden children*". L'ambizione è sottolineare l'esistenza di un gruppo di bambini e adolescenti nascosti perché il ruolo di cura non è riconosciuto socialmente e giuridicamente. Si vuole anche evidenziare

come sotto il peso delle responsabilità la fase dell'infanzia e dell'adolescenza siano messi da parte, ovvero nascoste.

Lo studio del fenomeno è stato affrontato mediante l'*approccio partecipativo* della ricerca (Aldridge, 2015; Cornwall et al., 1995; Cornwall & Jewkes, 2010; Littlechild et al., 2015). Il mancato riconoscimento giuridico e sociale influisce negativamente nello studio dei *young caregivers*, rendendo il gruppo "hard to reach" (Aldridge, 2015). La *ricerca partecipativa*, prevedendo il coinvolgimento di coloro che vivono in prima persona la condizione da studiare (*ibidem*), consente di superare l'ostacolo iniziale e di disporre di un maggiore livello di conoscenza che rende raggiungibile e accessibile la popolazione di interesse. Nel presente disegno di ricerca sono state coinvolte tre *ex-young caregivers* allo scopo di progettare le fasi di ricerca attraverso la modalità di lavoro di gruppo (Maiter, Joseph, Shan, & Saeid, 2012; Panciroli, 2019; Stevenson, 2014b). Nonostante la ricerca intenda occuparsi della popolazione non ancora maggiorenne, per motivi di privacy si è deciso di ingaggiare gli adulti nel gruppo di ricerca.

Il gruppo ha contribuito allo sviluppo del disegno di ricerca e all'analisi dei dati. Le *ex-young caregivers* a seguito del percorso affrontato congiuntamente anelano a promuovere un cambiamento sociale (Aldridge, 2015).

Per raggiungere un ulteriore approfondimento della conoscenza sui *young caregivers*, il disegno di ricerca si basa sui *mixed methods* (Amaturo & Punziano, 2016; Creswell & Creswell, 2017; Greene, 2006; Johnson et al., 2007; Plano Clark & Ivankova, 2016). Come sarà descritto approfonditamente nel cap. 4, sono stati utilizzati sia strumenti quantitativi che qualitativi con lo scopo di rispondere efficacemente alla domanda di ricerca: "quali caratteristiche ha il fenomeno italiano?", "quali sono le conseguenze?" e "quali sono i bisogni?".

La combinazione tra *mixed methods* e ricerca partecipativa ha promosso un'influenza positiva tra la ricerca sociale e quella specifica del *social work*.

Di seguito saranno brevemente presentati i contenuti dei capitoli. Il primo capitolo "*Compiti di cura e il ruolo del Welfare*" ha l'obiettivo di definire il fenomeno dei compiti di cura e di come questo venga amplificato e influenzato dalle politiche sociali, in particolare da quelle di stampo familistico. A seguire è stata compiuta una riflessione sul ruolo di bambini e adolescenti nelle società occidentali. L'assenza di riconoscimento dell'*agency* dei minori nel discorso pubblico determina l'impossibilità di riconoscere sia a livello sociale che giuridico le responsabilità di cura assunte dai giovanissimi.

Il secondo capitolo “*Rassegna della letteratura sui young caregivers*” presenta le ricerche e il percorso per il raggiungimento del riconoscimento sociale del fenomeno a livello internazionale. Il capitolo descrive il processo avviato in Uk che ha prodotto sia un dibattito accademico sia una conseguente spinta legislativa per la tutela dei *young caregivers*. Inoltre, lo stesso percorso è stato descritto per l’Italia, dove peraltro vi è ancora uno scarso riconoscimento del ruolo di cura svolto da bambini e adolescenti.

Nel terzo capitolo “*Participatory research*” viene presentato l’*approccio partecipativo alla ricerca*. Questa modalità di ricerca non convenzionale consente il coinvolgimento diretto di coloro che generalmente vengono considerati come l’oggetto di ricerca. In tal senso la ricerca partecipativa si configura come opportunità sia di studiare in modo più chiaro e incisivo il fenomeno sia di dare voce a coloro che non godono o non hanno goduto di riconoscimento sociale e giuridico.

La parte metodologica è stata presentata nel quarto capitolo “*Ricerca e sperimentazione*”. Oltre a presentare il disegno di ricerca e alcuni spunti teorici relativi ai *mixed-methods*, il capitolo propone la descrizione dettagliata dei passaggi conseguiti per la realizzazione dell’*approccio partecipativo*. È stata data particolare enfasi ai passaggi svolti al fine di presentare con maggiore chiarezza il livello di coinvolgimento dei collaboratori della ricerca, ovvero delle persone che hanno avuto esperienza di *caregiving* in giovane età.

Il quinto, il sesto e il settimo capitolo, denominati rispettivamente “*Analisi secondaria: indagine multiscopo “aspetti di vita quotidiana” 2015*”, “*Survey nelle scuole secondarie di primo grado nel comune di Milano*” e “*Focus group con un gruppo di potenziali caregivers*”, presentano i risultati derivanti dall’utilizzo di diversi strumenti di ricerca.

Infine, l’ottavo capitolo offre una panoramica sulle conclusioni derivanti dai risultati relativi all’analisi dei dati e all’applicazione dell’*approccio partecipativo*.

1. Compiti di cura e il ruolo del Welfare

Il lavoro di cura viene universalmente identificato come un compito di competenza degli adulti. Talvolta però anche i bambini e gli adolescenti possono prenderne parte, al fine di tutelare il benessere della propria famiglia. Tuttavia questo ruolo delicatissimo, per cui vengono definiti come *young caregivers*, tutt'oggi non viene ancora riconosciuto (Aldridge & Becker, 1993; Becker, 2007; Leu et al., 2018). Nell'immaginario comune l'infanzia dovrebbe essere un momento di innocenza e di vulnerabilità che ha poco a che fare con il lavoro informale di cura, anzi i bambini dovrebbero essere i riceventi delle cure e l'oggetto della più estrema tutela. Questa costruzione sociale si scontra con una realtà diversa dove anche durante l'infanzia è possibile essere un attore sociale capace di contribuire al benessere familiare. L'assunzione di responsabilità e la capacità di prendersi cura di qualcuno, in particolare di adulti, impone di concepire i bambini e gli adolescenti come portatori di *agency* e come soggetti capaci di influenzare la struttura sociale, oltreché subirla (James et al., 1998, 2002).

Come si vedrà nel capitolo 2, lo sviluppo del ruolo di *caregiver* avviene in assenza di alternative: la scarsità di adeguati supporti e di aiuti di Welfare e le ristrettezze finanziarie della famiglia determinano l'esigenza di attivare tutte le risorse personali (Evans & Becker, 2009) poiché quelle messe a disposizione dalle politiche sociali risultano essere non sufficienti a rispondere ai bisogni di nuclei famigliari vulnerabili. Si sviluppa però in questo modo ulteriore vulnerabilità con notevoli costi sociali poiché ad essere colpiti sono proprio i bambini e gli adolescenti (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Howard, 2010; Leu & Becker, 2017; Stamatopoulos, 2015).

In questo capitolo si inizieranno a illustrare le caratteristiche generali del *caregiving*, si delinearanno le caratteristiche del Welfare e delle politiche alla famiglia e all'infanzia determinanti per l'emersione del fenomeno, e infine si definirà in che modo la costruzione sociale dell'infanzia rallenta il riconoscimento delle responsabilità di cura svolte da bambini e adolescenti. In particolare saranno presentate le informazioni relative alla legislatura corrente e alle politiche nell'ambito della non autosufficienza. Queste ultime, corredate da dati, sottolineano l'insufficienza delle risorse di Welfare che generano difficoltà nelle famiglie nell'integrare le proprie e quelle del mercato (Ranci, 2002; Ranci et al., 2002). Peraltro le misure a favore della non-autosufficienza, che saranno presentate, mostrano una particolare attenzione alle situazioni di malattia conclamate e rientranti in specifici requisiti. Come verrà mostrato, non tutta la popolazione vulnerabile rientra nei requisiti, rimanendo

così senza tutele. Tuttavia, viste le scarse risorse economiche a disposizione del Welfare, anche coloro che rientrano nei requisiti non godono di condizioni vantaggiose. Ne consegue un ingente carico di lavoro di cura a favore delle famiglie, che raramente vengono prese in considerazione dalle politiche sociali.

1.1. Cosa è il *caregiving*?

Il concetto di *caregiving* in letteratura viene espresso attraverso diverse diciture: *care*, lavoro informale di cura, lavoro di cura, lavoro domestico, *caregiving*. In qualsiasi modo lo si chiami, il *caregiving* si riferisce a cure gratuite fornite da familiari e amici a persone che temporaneamente o permanentemente sono non auto-sufficienti (Ciccarelli & Van Soest, 2018).

In Italia la cura rimanda ad una dimensione fortemente terapeutica, ovvero a tutti i mezzi necessari per affrontare il passaggio dalla malattia al recupero della salute. Tuttavia il *caregiving* fa riferimento all'assistenza e all'accudimento o all'accompagnamento, non necessariamente connessi al processo di guarigione di una persona non auto-sufficiente (Costa, 2007). Per tale motivo in questa trattazione si farà spesso uso dei termini anglosassoni *care*, *caregiving* e *caregiver*.

Il termine *caregiver* è stato coniato nella letteratura gerontologica con lo scopo di distinguere “*care providers*” (coloro che offrono la cura) da “*care receivers*” (coloro che la ricevono). Tale diciture ha acquisito un significato politico ed economico con delle conseguenze problematiche poiché si rischia di dare per scontato che i *caregivers* siano una risorsa sempre presente. Il *caregiving* potrebbe essere reso sia da personale professionalizzato sia da familiari: tuttavia coloro che vertono in una situazione di non auto-sufficienza ricevono spesso aiuti da un *caregiver* familiare anche a causa della strutturazione delle politiche sociali e dei servizi socio-sanitari relativi al *long-term care* (servizi rivolti alla gestione di persone non auto-sufficienti). In tal senso il *caregiving* implica che la *care* sia fornita gratuitamente o che il donatore sia disposto o in grado di affrontare dei costi (Ranci & Pavolini, 2015).

Dove le politiche per il *long-term care* sono deboli, viene dato per scontato che il lavoro di cura relativo alle non auto-sufficienze sia una responsabilità che riguarda le famiglie, in particolare le donne, che forniscono volontariamente assistenza all'interno della famiglia a prescindere dalle conseguenze personali. Alle donne si associa una dimensione di libera scelta, di altruismo e una naturale tendenza alla cura. Tale assunto sociale determina un sistema di diseguaglianze tra uomini e donne (Targ & Meyer, 2002).

È stato possibile problematizzare la divisione dei ruoli rispetto al lavoro di cura grazie al contributo delle studiose femministe (Costa, 2007), le quali ne hanno evidenziato le dimensioni sociale, etica, economica e politica. Inoltre, le studiose hanno messo a nudo la questione di potere che caratterizza i rapporti sociali, anche all'interno della famiglia: ancora oggi la visione del lavoro di cura come compito naturale delle donne implica la tendenza a non retribuirlo poiché ritenuto un servizio non vendibile sul mercato del lavoro. Per questo motivo è possibile definire il *caregiving* come altruismo obbligatorio, anche se molto spesso viene presentato come “lavoro d'amore”. Anche quando viene mercificato, il lavoro di cura è considerato di poco conto e subisce una squalificazione, ottenendo uno scarso riconoscimento, basti pensare al lavoro svolto dalle cosiddette “badanti”. Infatti il lavoro di cura, essendo considerato un lavoro “naturale” della donna, non deve richiedere una specializzazione e può essere svolto solamente da esseri umani considerati nell'immaginario comune come non corrompibili (ovvero le donne). Di conseguenza non solo non è possibile corrispondere loro una giusta retribuzione, ma ci si aspetta anche che venga svolto con amore (Saraceno, 2009a). La dimensione dell'obbligo è stata presentata dalle studiose allo scopo di evidenziare come l'assunzione delle responsabilità di cura sia l'esito di contrattazioni familiari, dettate dalla presenza di opportunità e di vincoli; questo discorso vale anche nella cura di bambini (Costa, 2007).

In Italia e in Europa il lavoro di cura viene spesso definito come “lavoro domestico”, “lavoro familiare”, “lavoro di servizio” oppure “doppia presenza”. Le attività sono state descritte attraverso la metafora del patchwork, poiché si tratta di un enorme impegno quotidiano che indirizza e determina l'organizzazione familiare (Balbo, 1982). Questo ruolo è ricoperto da donne adulte non giovanissime appartenenti alla generazione di mezzo o alla generazione sandwich (Costa, 2007).

Nonostante la “chiamata alla cura” sia esito di negoziazioni familiari che vengono influenzate dalla presenza di servizi long-term care e dalla loro capacità di offrire risposte alle esigenze, il ruolo del *caregiver* è spesso dato per scontato e risulta essere invisibile nel discorso pubblico. L'invisibilità genera a sua volta un bagaglio di bisogni all'interno della famiglia a cui però molto spesso non vi sono soluzioni a disposizione.

La tendenza a considerare le relazioni familiari come contesto unico ed esclusivo per affrontare i bisogni di cura spinge le politiche sociali e i servizi a non sviluppare degli interventi focalizzati anche sui bisogni di cura dei *caregivers* (Tronto, 2006). Pertanto, assecondare la dimensione di amore e di altruismo del *caregiving* impedisce di riconoscere un sistema di ingiustizia sociale, che impone ai *caregivers* un impegno totalizzante. Inoltre,

per i potenziali *caregivers* nasce un dilemma etico a causa dell'assenza di risposte adeguate: a prescindere dalla decisione che prenderanno (diventare un *caregivers* o rifiutare la responsabilità), dovranno affrontare dei costi altissimi, soprattutto quando si tratta di un familiare stretto. Chi rifiuta la responsabilità compie un gesto a discapito di chi ne rimane intrappolato (Costa, 2007).

A seguito del mancato riconoscimento dei loro bisogni, i *caregivers* vanno incontro ad un processo di deprivazione secondaria o derivata (Kittay, 2001). I legami sociali all'interno dei quali i *caregivers* sono inseriti non sono la causa di questo processo, bensì l'esito dell'assenza di un reale riconoscimento della loro posizione di obbligatorietà e dei conseguenti bisogni. L'ingiustizia che subiscono li pone gradualmente in una condizione di vulnerabilità sociale (Costa, 2007). Molto spesso gli studiosi hanno evidenziato tale condizione in termini di caduta in povertà e di progressivo deterioramento del funzionamento della persona stessa (Ranci, et al., 2002): ciò significa sperimentare disagio e problematicità nella propria vita quotidiana a causa dello svolgimento dei propri compiti di cura, in assenza di aiuti esterni specifici (Micheli, 2001). Come sostiene Saraceno (2002), la vulnerabilità non è data dai precari legami sociali, bensì da un contesto di welfare orientato al *familismo coatto*, il quale influenza i rapporti intergenerazionali tra uomini e donne. Tali rischi sono amplificati dai cambiamenti demografici e dalla struttura della famiglia, in particolare l'invecchiamento della popolazione e il restringimento delle dimensioni della famiglia. I *caregivers* nello svolgimento delle proprie funzioni mettono a rischio il benessere personale e il proprio potere decisionale, essendo in una condizione di fluttuazione nello spazio sociale o essendo sopra un piano destinato a inclinarsi (Castel, 1997; Ranci et al., 2002). La condizione di vulnerabilità generata dal ruolo di *caregiver* richiede dunque una particolare attenzione per la formulazione di politiche sociali e deve diventare oggetto di interesse per la ricerca nell'ambito del *social work*, avendo come focus bisogni sociali non riconosciuti e di difficile identificazione.

Secondo i dati del 2001 offerti da ECHP¹, il *caregiving* nei paesi europei è svolto per una media di 23 ore alla settimana, con la mediana intorno alle 15 ore. Il 43% dei *providers* si occupa di qualcuno per un massimo di 14 ore a settimana (si tratta di 2 ore al giorno per 7 giorni); il 29% ha invece un fortissimo impegno raggiungendo 28 ore alla settimana (4 ore al giorno per 7 giorni). ECHP evidenzia anche che l'intensità del *caregiving* varia a seconda

¹ ECHP: European Community Household Panel. Panel europeo di Eurostat, <https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-community-household-panel>

del genere: 25 ore per le donne e 19 ore per gli uomini. Inoltre si notano differenze per aree geografiche, in quanto i paesi mediterranei presentano un maggior coinvolgimento di *caregivers* rispetto ai paesi anglosassoni (Costa & Ranci, 2010).

1.2. Famiglia, stato e mercato

Per continuare la riflessione sul fenomeno dei *young caregiver* è necessario approfondire il tema del Welfare; oltre alla sua centralità infatti, vi sono altri elementi concorrenti, come i cambiamenti della struttura della famiglia, i cambiamenti demografici e le politiche di austerità. Nel presente paragrafo si approfondirà il ruolo di ciascuno in relazione al tema del lavoro di cura a favore di persone non auto-sufficienti.

1.2.1. Il Welfare familistico: un quadro generale

I cambiamenti demografici, crisi economiche e modificazioni del mercato del lavoro hanno generato nei paesi europei *nuovi rischi sociali* (di classe, intergenerazionali e del ciclo di vita) da gestire (Esping-Andersen, 1999, 2000). Soprattutto perché questi hanno una natura collettiva: il rischio del singolo ricade sulla collettività in termini di costi sociali: lo Stato ha il compito di individuare le adeguate risposte attraverso l'attuazione di un regime di Welfare. Peraltro i Welfare si trovano davanti a notevoli cambiamenti della struttura della famiglia, la quale è sempre più ridotta nelle dimensioni. Non solo, ma la diminuzione del salario e l'aumento del costo della vita inducono le famiglie ad aumentare l'offerta di lavoro, soprattutto quella femminile. Infine, l'invecchiamento della popolazione anziana, in particolare dei grandi anziani (sopra 85 anni), ha indotto ad un aumento dei bisogni di coloro che vertono in condizione di non auto-sufficienza. Si pone così una forte sfida per i Welfare, i quali però non possiedono le caratteristiche necessarie per farvi fronte.

Pertanto anche le famiglie si trovano ad affrontare ingenti sfide. Sebbene questa non venga più riconosciuta come il centro dell'unità produttiva, ma come elemento per la promozione dell'integrazione emotiva degli individui, ha acquisito un ruolo centrale come fonte di Welfare. La risposta ai nuovi rischi sociali ha incrementato l'inteso lavoro informale di cura non retribuito a carico della famiglia a favore dei membri più deboli. Questa funzione di servizio sociale, che non ha mai cessato di esistere, richiede di considerare la famiglia capace di influenzare e farsi influenzare dalla società.

In queste condizioni, le famiglie necessitano di un Welfare capace di offrire servizi socio-sanitari utili a sopperire o integrare il loro lavoro.

Tuttavia, la crisi economica ha coinvolto anche gli Stati, i quali si vedono costretti a sviluppare il Welfare attraverso politiche di austerità. Si evidenzia pertanto uno stato di crisi in tutti i regimi di Welfare. Peraltro il mercato (e il Terzo Settore per l'Italia) non è in grado di assorbire tutte le esigenze delle famiglie, anche perché non tutti i cittadini dispongono delle risorse economiche per accedere all'offerta.

Ne consegue che la famiglia, lo Stato e il mercato sono equivalenti l'uno all'altro, poiché non riescono comunque ad assumere un ruolo centrale nella gestione dei *nuovi rischi sociali*.

In generale per analizzare le risposte offerte dal Welfare vengono considerati due elementi: *familismo e defamilizzazione* (Esping-Andersen, 1999, 2000; Ferrera, 1996, 2013; Saraceno, 2009b, 2018). I due criteri non tendono a evidenziare posizioni favorevoli o sfavorevoli nei confronti della famiglia, bensì solo due modalità per individuare strategie per affrontare i *nuovi rischi sociali*. Il *familismo* è la tendenza a riconoscere e a delegare alla famiglia la produzione dei servizi di welfare, mentre la *defamilizzazione* prevede un ruolo centrale dello Stato nello svolgimento delle funzioni di welfare. La *defamilizzazione* determina contemporaneamente il processo di *demercificazione*, soprattutto per le donne. Infatti, la *defamilizzazione* è la preconditione per permettere alle donne di entrare sul mercato del lavoro. In generale dal familismo ne consegue uno scarso sviluppo delle politiche per la famiglia. Un esempio della scarsa considerazione che riceve il lavoro informale di cura a livello familiare è dato dal fatto che esso non appare nelle statistiche ufficiali, divenendo ancor meno rintracciabile (Esping-Andersen, 1999; Esping-Andersen & Venzo, 1995; Ferrera, 2013; Naldini, 2019; Naldini & Saraceno, 2008).

Questa cornice influisce sull'aumento delle disuguaglianze, che incidono in particolar modo su chi possiede scarso capitale sociale e culturale. Si crea un enorme squilibrio tra famiglie fragili e non, potenzialmente incolmabile se protratto nel tempo. In questo modo il sistema torna a gravare sul pilastro del Welfare (Esping-Andersen, 1999; Ferrera, 1996, 2013; Paci, 1992). A fronte di questo assetto sociale, il Welfare deve individuare nuove strategie per rispondere ai sopravvenuti rischi sociali. In assenza di risposte, gli esiti ricadono sulle spalle dei giovani (Esping-Andersen, 1999; Hoffmann et al., 2013), anche su bambini ed adolescenti.

Davanti all'assetto appena presentato, la sfida richiesta al Welfare è quella di formulare servizi di cura a lungo periodo (*long-term care*), al fine di poter rispondere ai *rischi sociali*

riferiti non solo ai servizi per l'infanzia ma anche alle persone non auto-sufficienti e ai loro relativi *caregivers*.

In linea generale le politiche europee negli anni si sono orientate prettamente ad offrire dei contributi economici che lasciassero alle persone la libertà di individuare sul mercato le risposte ai loro bisogni, enfatizzando l'esigenza di risposte personalizzate. Tale tendenza ha indotto alla *mercificazione delle cure*, poiché vi è stato uno spostamento delle politiche verso il mercato e la comunità (Costa, 2007). Tuttavia oggi, anche in relazione alle politiche di austerità, gli interventi sono orientate a *refamigliarizzare* la *care* all'interno della famiglia. Si dà per scontato che la *care* sia una risorsa naturalmente a disposizione nella società, estremamente utile per evitare di bruciare i soldi pubblici. Inoltre, la spinta verso il mercato riduce ulteriormente le responsabilità del Welfare.

Questa impostazione ha però dei costi sociali di cui non si è sufficientemente tenuto conto, in quanto è vero che determina un risparmio per il Welfare, ma facendo affidamento sul lavoro informale di cura svolto dalle donne, che impegnate in esso, avranno meno opportunità occupazionali e finiranno più facilmente nella disoccupazione, e quindi nella generazione di alti costi sociali. Infatti diviene complicato per i *caregivers* riuscire a conciliare una tradizionale occupazione con il lavoro informale di cura, cosa che determina anche effetti sulla loro salute (Ciccarelli & Van Soest, 2018; Lilly et al., 2010; Saraceno, 2009b). Allo stesso modo per i *young caregivers* risulta spesso difficile conciliare il lavoro di cura con l'impegno scolastico, con ricadute ingenti sul loro percorso formativo e futuro occupazionale (Winter, 2008).

In sintesi, in Europa la tendenza è di promuovere un *Welfare familistico*, il quale sviluppi politiche orientate a ingaggiare la famiglia nella cura di persone non auto-sufficienti o fragili, concependo un sistema basato sul ruolo centrale della famiglia e sul ruolo residuale del Welfare (Pavolini & Ranci, 2008; Ranci & Pavolini, 2015)

1.2.2. Il caso italiano

Nonostante le differenze tra i regimi di Welfare dei paesi Europei, numerose ricerche (Fujisawa & Colombo, 2009; Pavolini & Ranci, 2008) hanno dimostrato come tuttora i diversi regimi facciano affidamento sul ruolo della famiglia nel fornire cure ai membri fragili. In particolare, l'Italia viene definita come paese fortemente *familistico*, che incarica la famiglia come principale attore nell'organizzazione, approvvigionamento, gestione dei costi del *caregiving* (Bettio & Plantenga, 2004; Naldini & Saraceno, 2008; Pavolini & Ranci, 2008). Gli studiosi hanno evidenziato la centralità della famiglia osservando nel discorso

pubblico e nell'organizzazione delle politiche di Welfare l'assunzione del postulato “*la famiglia c'è sempre*” nell'offrire ogni tipo di risorse, inclusa la *care* (Saraceno, 2002). Ne consegue un sistema di Welfare orientato a rispettare la tradizionale cultura *familistica* (Knijn & Saraceno, 2010), dove lo Stato interviene solamente in casi d'emergenza. In un contesto di *care responsibility culture* la famiglia viene investita di una grossa responsabilità, anche nella difficoltà di decidere se assumere o meno questo ruolo (Costa, 2007).

Secondo Costa (2013), mediante l'elaborazione dei dati Istat del 2010, in Italia il 40% delle famiglie ha in carico un familiare ultra 80enne non auto-sufficiente, il quale non usufruisce di alcun tipo di servizio *long-term care*. L'analisi dei dati relativi agli ultra 65enni riceventi l'*indennità di accompagnamento* (successivamente se ne parlerà dettagliatamente) ha evidenziato che solo il 5,9% delle persone è impossibilitato a fare affidamento sul lavoro informale di cura familiare, rilevando quindi che la maggioranza del campione viene assistita esclusivamente da *caregiver* familiare o mediante la combinazione di risorse famigliari e pubbliche o private. La studiosa ha sottolineato nello specifico che:

- il 40% usufruisce del supporto di un *caregiver* per 91 ore alla settimana (circa 13 ore al giorno);
- il 30% riesce a combinare le risorse famigliari con quelle private. Si tratta prevalentemente di personale straniero, ovvero le cosiddette badanti. La persona non auto-sufficiente riesce in questo modo ad attingere ad un altissimo numero di ore di assistenza: 119,5 ore alla settimana;
- solo il 13,4% è in grado formulare un piano di assistenza composto di tutte tre le risorse: famiglia, Stato e mercato.

Sempre secondo Costa (2013), nel 2010 i servizi di *long-term care* si dimostrano in difficoltà a raggiungere o a prendere in carico un numero adeguato di persone: attualmente riescono ad occuparsi solamente del 27,3% della popolazione avente diritto (contro il 47,9% che fa riferimento all'assistenza privata). Si segnala inoltre l'accesso alle risorse private, in particolare al lavoro di personale straniero, segna il passaggio dalla natura del modello italiano (di tipo *familistico*) a quello di tipo “*migrant in the family model*” (Bettio & Plantenga, 2004; Costa, 2013). I cambiamenti demografici (invecchiamento della popolazione), la diminuzione della capacità della famiglia di rispondere ai nuovi rischi sociali e le ridotte risorse a favore dei servizi *long-term care* spingono le persone a individuare, per fronteggiare le proprie esigenze, risorse a basso costo. Come si vedrà

successivamente, in alcuni casi, quando non vi sono sufficienti risorse economiche, molte responsabilità ricadono su bambini e adolescenti.

1.2.3. Inquadramento legislativo nazionale sul tema della non auto-sufficienza e del *caregiving*

In Italia vi sono diverse leggi volte a riconoscere la non auto-sufficienza. La più importante e celebre è la legge 104 del 1992, che riconosce alle persone maggiorenni e minorenni il relativo svantaggio sociale derivante dall'handicap e il diritto della persona a ricevere le cure necessarie. L'accertamento della disabilità dà l'accesso a prestazioni di tipo LTC sia in termini di *cash* sia di servizi socio-sanitari, e consente inoltre l'accesso a deduzioni fiscali, come per esempio per il pagamento del bollo dell'auto.

Esistono tuttavia anche altri tipi di riconoscimenti, come l'accertamento dell'invalidità civile e della disabilità. L'invalidità civile è riconosciuta dalla legge 118 del 1971 con lo scopo di tutelare coloro che hanno forti limitazioni nello svolgimento delle attività quotidiane. Anche l'invalidità dà diritto all'accesso a risorse economiche e non. Infine, l'accertamento della disabilità, regolata dalla legge 68 del 1999, in base alle reali competenze della persona non auto-sufficiente, facilita l'accesso al mondo del lavoro. La commissione medica, per ciascuna di queste misure, accerta la non auto-sufficienza da cui ne deriva un riconoscimento legale, espresso in percentuale.

L'*indennità di accompagnamento* è la misura maggiormente utilizzata nei casi di non auto-sufficienza. È regolata dalla Legge 18 del 1980 e ha lo scopo di riconoscere un contributo economico per coloro che hanno un'invalidità al 100% e che hanno quindi dimostrato di non godere di autonomia personale nello svolgimento delle funzioni nella quotidianità. Esistono altre misure connesse alla minore età, al reddito e alla percentuale di invalidità (Raineri & Corradini, 2019).

Per quanto riguarda il riconoscimento dei diritti e della tutela dei *caregivers* non esiste ancora lo stesso numero di leggi, tanto meno per i *young caregivers*. La spiegazione è individuabile chiaramente nella natura *familistica* del regime di Welfare italiano. A tal proposito si segnala il percorso legislativo conseguito della Regione Emilia – Romagna².

² Le informazioni sulla legge regionale derivano dal sito ufficiale della Regione Emilia – Romagna. <https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2018/maggio/anziani-e-persone-con-disabilita-il-welfare-invisibile-dei-caregiver-la-regione-li-sostiene-con-una-legge-e-aiuti-concreti>

Dalla spinta di cooperative e cittadinanza attiva, la Regione è la prima in Italia ad aver approvato una legge sul tema del *caregiving familiare*. Tale ruolo può essere ricoperto da familiari, amici, conviventi e ha lo scopo di prendersi cura di una persona con delle limitazioni nello svolgimento delle funzioni della quotidianità. La Regione introduce la legge all'interno dell'area della non auto-sufficienza, realizzando un fondo destinato alla realizzazione di interventi di tipo cash e servizi socio-sanitari. La Regione ha provveduto a introdurre un assegno di cura a favore delle famiglie con persone aventi disabilità gravi o persone anziane. Accanto all'assegno sono stati attivati ulteriori contributi economici per fare fronte alle spese connesse alla retribuzione di badanti. Queste misure nel 2016 hanno raggiunto 4.200 famiglie. La Regione ha inoltre avviato servizi per il supporto materiale dei *caregivers* in alcuni momenti della giornata o della settimana, come per esempio l'accoglienza temporanea di sollievo realizzata all'interno di strutture residenziali. Tali centri sono stati fruiti da 2.900 persone nel 2016. A queste iniziative si affiancano altri interventi di carattere formativo destinati alla qualificazione del lavoro di cura, usufruiti da 1.500 persone.

A livello nazionale³ vi sono state delle novità a partire dal 2017 con l'istituzione di un Fondo nazionale per il sostegno e la cura dei *caregivers* familiari, al quale è assegnata un'importante somma di denaro, attraverso la legge 205 del 2017. Tale legge è il risultato di 3 tentativi precedenti di riconoscimento del *caregivers* familiare. Peraltro l'INPS ha emesso circolare n. 33 del 23 febbraio 2018 al fine di istituire una procedura per accedere al fondo. Tuttavia il fondo non potrà essere utilizzato, poiché nonostante sia stato previsto un incremento del fondo, mediante la legge di bilancio (art. 1, comma 483). L'incremento è previsto fino al 2021 raggiungendo i 25 milioni di euro per il 2019. Purtroppo da questo percorso legislativo non è nato nulla⁴, tanto da far partire una nuova proposta di legge. Attualmente è in esame al Senato il Ddl 1461, il quale ha lo scopo di identificare e riconoscere il ruolo del *caregivers* attraverso la nomina ufficiale di chi assume questo ruolo, a cui saranno corrisposti dei contributi figurativi e detrazioni fiscali. Non solo, ma sono stati previsti dei livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni (LEA e LEP) a favore dei

³ Le informazioni sul percorso nazionale derivano da Handylex.

<http://www.handylex.org/news/2018/12/30/la-legge-di-bilancio-2019-e-le-persone-con-disabilita#caregiver>

⁴ Le informazioni derivano da Altalex <https://www.altalex.com/documents/news/2018/06/26/caregiver-familiare>

caregivers: interventi mirati al sollievo (programmato e d'emergenza) tramite l'intervento di figure professionali⁵.

1.2.4. Organizzazione del settore “*long-term care*” (LTC) in Italia

In Italia l'accesso al sistema LTC prevede l'esistenza di requisiti che decretino la non autosufficienza delle persone, in particolare anziane (dai 65 anni in su). La non autosufficienza è connessa alla presenza di invalidità gravi: malattie croniche, scarsa autonomia nello svolgimento delle attività quotidiane, scarsa deambulazione autonoma, fino a raggiungere l'assenza di autonomia.

Gli interventi appartenenti alla categoria *cash* prevedono un trasferimento monetario alla persona avente i requisiti e non vi sono vincoli per la destinazione d'uso. Attualmente il contributo più consistente e importante è *l'indennità di accompagnamento* erogata dall'INPS, sia a persone anziane che non. Nel 2018 l'ammontare dell'assegno corrisposto è di 515 euro al mese. Possono accedervi i cittadini residenti continuativamente in Italia, ai quali viene certificata il 100% dell'inabilità. Il contributo viene erogato a prescindere dal reddito personale annuo e dall'età poiché fa riferimento alle limitazioni della quotidianità che ne conseguono da condizioni di malattia e di disabilità⁶. Al compimento della maggiore età, l'indennità viene tramutata in *pensione di inabilità*.

Esistono altri tipi di contributi economici definiti come “assegno di cura” oppure “voucher”, che variano a seconda dell'ente erogatore (Comuni o Regioni) per le modalità di accesso e per l'ammontare disponibile. Tali contributi sono rivolti al sostegno a domicilio di persone

⁵ Le informazioni del nuovo Ddl 1461 sono state reperite da Redattore Sociale https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/caregiver_familiare_ecco_cosa_dice_il_testo_in_senato_dalla_nomina_ai_contributi?UA-11580724-2

⁶ I requisiti per l'accesso sono:

- riconoscimento di totale inabilità (100%) per affezioni fisiche o psichiche;
- impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, ovvero impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita e la conseguente necessità di un'assistenza continua;
- cittadinanza italiana;
- per i cittadini stranieri comunitari: iscrizione all'anagrafe del Comune di residenza;
- per i cittadini stranieri extracomunitari: permesso di soggiorno di almeno un anno di cui all'art. 41 TU immigrazione;
- residenza stabile ed abituale sul territorio nazionale.

<https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46065>

non auto-sufficienti. In generale i contributi sono connessi al reddito, al tipo di non auto-sufficienza, al tipo di malattia e alla presenza di *caregivers*.

I servizi socio-sanitari esistenti sono diversi e compatibili con i contributi economici: servizi residenziali, semi-residenziali e domiciliari. I servizi domiciliari sono di competenza sia del Sistema Sanitario Nazionale (ASL o ATS) sia dei Comuni. Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) prevede degli interventi di assistenza infermieristica o di altro genere svolti da professionisti a domicilio per prevenire ricoveri in strutture ospedaliere. Tale servizio viene “costruito” in base ad ogni situazione al fine di intervenire in base alle reali necessità della persona. Alla costruzione del piano di assistenza concorrono anche i comuni attraverso un altro tipo di ADI, definita come Servizio di Assistenza Domiciliare (SAD o AD). Il SAD prevede interventi a domicilio di natura assistenziale e sociale: igiene, pulizia della casa oppure compagnia in alcuni momenti della giornata. ADI e SAD, anche se con finalità simili, si concentrano su aspetti diversi, che richiedono la loro combinazione senza poter essere sostituibili. L’assistenza domiciliare ha previsto delle sperimentazioni a supporto del *caregiver*, che però sono ancora troppo deboli e piccole rispetto alle reali esigenze (Fosti et al., 2018)

I servizi residenziali e semi-residenziali intervengono qualora non sia possibile garantire un buon livello di benessere a domicilio. L’accesso e i requisiti variano a seconda delle normative regionali e comunali.

I servizi residenziali prevedono l’accoglienza permanente o temporanea della persona non auto-sufficiente in strutture a carattere alberghiero. Esistono diverse tipologie a seconda delle regioni; la denominazione più comune è RSA (residenza sanitaria per anziani). I servizi semi-residenziali consistono in attività svolte in strutture diurne, vengono identificati con la dicitura “Centro Diurno” e rivolgono le loro attività a persone in situazione di semi non auto-sufficienza o con grave decadimento cognitivo (Perobelli & Notarnicola, 2018). La Tabella 1.1 illustra una panoramica degli interventi descritti.

Tabella 1.1 - Sintesi dei principali interventi e degli attori coinvolti nella cura nella non auto-sufficienza (pag. 22, Perobelli & Notarnicola, 2018)

Tipo di prestazione	Interventi	Attori coinvolti
Prestazioni cash	Indennità di accompagnamento	INPS
	Prestazioni cash per servizi di assistenza	Comuni Regioni SSN
Servizi reali	Servizi domiciliari (ADI e SAD) Servizi residenziali Servizi semi-residenziali Caregiving privato	SSN e Comuni Comuni e Regioni Provider privati Badanti e famigliari

In conclusione, nonostante vi siano diversi interventi a favore della non auto-sufficienza, nei dati presentati da Costa (2013), riferiti alle modalità di gestione della cura tra pubblico, privato e famiglia, si evidenzia comunque l'esigenza delle famiglie di doversi attivare in grande misura anche in presenza di alcuni aiuti provenienti dal Welfare e dal mercato privato.

In questo quadro è possibile comprendere che le famiglie, dovendo riuscire ad occuparsi dei propri cari in via quasi obbligatoria, abbiano bisogno degli aiuti provenienti da tutti i membri, anche quelli considerati più vulnerabili e innocenti (i bambini e gli adolescenti) poiché nonostante tutto si dimostrano capaci di contribuire al benessere della famiglia. La loro espressione nascosta dell'*agency* riesce quindi a contribuire alla società, dimostrando che bambini e adolescenti sono degli attori sociali attivi a tutti gli effetti.

1.3. Bambini e adolescenti: le responsabilità di cura all'interno della famiglia

Questo affondo sul *caregiving* e il ruolo femminile permette di individuare le connessioni con il mondo delle responsabilità di cura svolte da bambini.

In assenza di adeguati interventi del Welfare a favore della famiglia, dall'ambito dell'infanzia a quello della non auto-sufficienza, non sono solo le donne a dover rispondere ai bisogni di cura ma anche i bambini. Grazie alle studiose femministe (Costa, 2007) è facile comprendere per quale motivo la cura venga associata alle donne; tuttavia la stessa connessione con il mondo infantile non è immediata. Per approfondire tale questione è

necessario interpellare i contributi della *nuova sociologia dell'infanzia* (James et al., 1998, 2002; Satta, 2012).

1.3.1. Quale ruolo ricopre l'infanzia nella società?

La *nuova sociologia dell'infanzia* offre la prospettiva per riuscire a spostare l'immagine classica dell'infanzia ad un'immagine in cui anche i bambini sono in grado di assumersi delle responsabilità, per quanto onerose.

Secondo Satta (2012) nella sociologia classica l'infanzia è stata concepita per molto tempo in modo funzionale rispetto alle esigenze della società: veniva considerata come momento di socializzazione del bambino al mondo adulto, evidenziando unicamente la transizione verso il futuro e tralasciando le esigenze del presente. Il concetto di socializzazione si riferisce al processo attraverso cui i bambini imparano a conformarsi alle norme sociali permettendo la trasmissione della cultura di generazione in generazione e, quindi, garantendo la riproduzione della società (James et al., 1998, 2002).

Per comprendere il ruolo dell'infanzia nella nostra società è necessario decostruire la sua immagine sociale. James, Jenks e Prout (1998, 2002) hanno identificato diversi modelli *pre-sociologici* per definire i vari costrutti sociali che sono alla base delle interazioni sociali e che influenzano l'esperienza di vita quotidiana dei bambini e degli adulti. Questi modelli evidenziano il forte contributo derivante dagli studi filosofici e psicologici sull'infanzia e mostrano come questa sia descritta attraverso il senso comune senza tenere in considerazione la struttura sociale entro cui i bambini sono inseriti. I modelli pre-sociologici hanno generato dei miti che hanno influenzato la posizione di sub- alternanza dei bambini rispetto agli adulti, fino a determinare specifiche relazioni di potere all'interno della società (James et al., 1998, 2002). Di seguito saranno presentati i modelli pre-sociologici.

Il *bambino cattivo*, il *bambino innocente*, il *bambino immanente*, il *bambino che si sviluppa naturalmente* e il *bambino inconscio* hanno consolidato il mito dell'infanzia come momento di docilità in cui i bambini sono più plasmabili. I modelli del *bambino pre-sociologico* continuano ancora oggi a spiegare e definire le pratiche e le relazioni quotidiane che coinvolgono bambini e adulti.

Il modello del *bambino cattivo* descrive l'immagine di una infanzia caratterizzata da cattiveria, corruttibilità e meschinità da modificare attraverso interventi volti a piegare tale indole. Per placare questa naturale predisposizione, l'educazione deve essere fondata sulla trasmissione della disciplina e sulle punizioni; le radici di questo modello affondano nella moderna criminologia e sono orientate alla moralizzazione pubblica.

Secondo il modello del *bambino innocente* i bambini sono puri di cuore e con alta caratura morale, perciò sono considerati possessori di una bontà naturale e di una visione pura del mondo. Inoltre hanno il nobilissimo compito di rappresentare la società di domani e, poiché detentori di caratteristiche naturali che gli adulti rimpiangono, risulta necessario proteggerli e difenderli. La loro naturale disposizione verso l'innocenza li trasforma in oggetto di cura degli altri, sebbene i loro bisogni siano esito di speculazione degli adulti. *Il bambino innocente* come bisognoso di tutele e di cure si giustifica attraverso i suoi connotati naturali e dalla sua angelicità. Allo stesso tempo, la sua tutela garantisce la riproduzione dell'ordine sociale.

Il modello del *bambino immanente* definisce i bambini come delle *non-cose* poiché sono concepiti come una tabula rasa da formare e da completare. Per avviare un percorso di crescita è necessario riconoscere l'infanzia come momento con bisogni delicati e specifici che richiedono di essere riconosciuti e ottemperati. In questo processo i pedagoghi e i genitori hanno il delicatissimo compito di essere responsabili e di esercitare su di loro un ferreo controllo. Solo in queste circostanze è possibile far maturare dei soggetti virtuosi, che abbiano interiorizzato le norme sociali della struttura in cui sono inseriti, promuovendo così l'ordine sociale.

Il *bambino che si sviluppa naturalmente* fa riferimento alle teorie psicologiche, in particolare alla psicologia evolutiva, che ha identificato delle precise e naturali fasi di sviluppo che ogni bambino deve affrontare. In particolare Piaget ha individuato delle fasi di sviluppo gerarchiche che devono avvenire necessariamente in successione temporale. Dal bambino, che ricopre uno status relativamente basso, non avendo completato la sua evoluzione, all'adulto, che ricopre uno status alto, avendo in possesso tutti gli elementi dell'intelligenza per essere completo. Da questa idea sono state gettate le basi culturali per definire le differenze tra bambini e adulti. Come affermano gli autori James, Jenks, Prout:

“il controllo operato dalla competenza adulta giustifica il predominio degli adulti ed assicura ulteriormente che l'infanzia deve, necessariamente, essere vista come un inadeguato precursore dello stato reale di essere umano, essendo nominalmente “in crescita”.” (James et al., 2002, p. 19).

Oltre ad essere considerati esseri umani “in crescita”, i bambini vengono valutati secondo fasi oggettive che definiscono il bambino “normale”. Chi fallirà il conseguimento degli

standard a livello educativo, cognitivo e di sviluppo corporeo avrà grosse difficoltà a prendere parte alla società (Satta, 2012).

Il modello del *bambino inconscio* nasce dall'influenza della psicoanalisi freudiana, con la sua interpretazione dei comportamenti non conformi degli adulti. Per comprendere situazioni di devianza e di "anormalità" manifestate dagli adulti si fa riferimento a qualche aspetto manchevole durante l'infanzia, in particolare al rapporto genitori-figli.

Anche in questo caso le teorie portano ad esplorare l'infanzia in modo strumentale per gli adulti e concepirla come momento di mancata completezza.

Questi modelli influenzano ancora oggi dal punto di vista culturale l'immagine occidentale dell'infanzia, tanto che è possibile identificarli nel discorso pubblico odierno, fino a plasmare il modo in cui i bambini vengono trattati dagli adulti. Il modello del *bambino che si sviluppa naturalmente*, che si basa sulla decodifica delle fasi di sviluppo, influenza in particolar modo la cultura occidentale e giustifica tutte le pratiche di tutela che vengono messe in campo. La naturalità di queste fasi sancisce un "paradigma dominante" sull'infanzia a discapito del bambino, il quale "*si vede confinato in una visione predeterminata e gerarchica dello sviluppo*" (*ibidem*, p. 27).

Questi modelli finiscono dunque per creare come un "mito" dell'infanzia, che determina e giustifica la posizione subordinata dei bambini nei confronti degli adulti. Il mito agisce favorendo la concezione di naturale innocenza del bambino, anche se in realtà essa fa parte di una costruzione culturale degli adulti all'interno di una sfera politica. I discorsi scientifici, politici e mediatici sull'infanzia vanno oltre la mera questione infantile. L'esaltazione dell'infanzia come fase transitoria, destinata a completarsi con l'età adulta, permette di circoscriverla come un momento di spensieratezza e di innocenza che esige protezione. Attorno a questo mito ne ruotano degli altri, sempre connessi alla presunta naturalezza di alcuni aspetti: quello della donna che trova realizzazione nella maternità o nell'accudimento dei figli, della casa come luogo di confinamento della purezza e dell'affetto dove trovano il loro naturale spazio donne e bambini, e quello dell'uomo che trova soddisfacimento nel lavoro fuori casa (*ibidem*, 2012).

Questi miti generano delle relazioni sociali basate sul genere, tra uomo e donna, e sulla generazione, tra adulti e bambini (Mayall, 2015; Satta, 2012).

Non è un caso che i *childhood studies* siano nati da una riflessione delle studiose femministe (Goddard et al., 2005; James et al., 2004; Oakley, 2002; Satta, 2012). I *gender studies* hanno consentito una riflessione critica del lavoro di cura permettendo di problematizzare l'onere del carico a favore delle donne, alle quali è richiesto di doversi spendere sia in un lavoro

retribuito sia in un lavoro informale non retribuito e non riconosciuto. Un filone di studio delle femministe ha evidenziato come il destino delle donne sia estremamente connesso a quello dei bambini. Come affermano Oakley (2002) e Satta (2012): sia donne che bambini sono membri di gruppi minoritari, ai quali vengono destinati trattamenti iniqui, mediante la giustificazione di doverli tutelare in difesa della loro naturale fragilità e innocenza.

Se nei *gender studies* individuiamo come nodo centrale le relazioni di potere basate sul genere, nei *childhood studies* troviamo quello delle relazioni generazionali, le quali impongono ai bambini un ruolo subalterno rispetto agli adulti. Nonostante la forte connessione teorica, che spinge a definire che donne e bambini sono reciprocamente interconnessi e allo stesso modo oppressi (Oakley, 2002), le due discipline hanno avuto decorsi diversi (Satta, 2012). Il femminismo ha avuto un'ampia espansione giungendo al riconoscimento di diritti grazie al ruolo delle donne per le donne stesse. Lo stesso processo però non è stato previsto per i bambini, i quali hanno ricevuto principalmente le tutele promesse dagli adulti. Anche se vi sono stati dei progressi, i bambini tutt'oggi vengono rappresentati dagli adulti, mantenendo ancora un ruolo subordinato. Alcuni cambiamenti sono stati registrati sia a livello di studi sia a livello di politiche, con la presenza di una cospicua quantità di ricerche e di interventi sociali che propongono la centralità dei bambini come attori sociali. Per esempio, numerose ricerche hanno previsto il coinvolgimento attivo di bambini in varie fasi di ricerca, comprese la progettazione e la realizzazione, suggellando il loro passaggio da oggetto della ricerca a ricercatori (James et al., 2000). Allo stesso modo si stanno sviluppando diverse pratiche di lavoro sociale per mettere in atto la partecipazione di bambini e adolescenti. Per esempio, l'“ascolto del minore” nelle indagini psico-sociali richieste dal tribunale, che prevede lo svolgimento di colloqui per ascoltare il punto di vista del bambino coinvolto nel procedimento (Calcaterra, 2014; Dalrymple & Horan, 2010; Donati, Folgheraiter, & Rainer, 2011). Nonostante i progressi appena descritti è ancora necessario decostruire questa cultura. Ovviamente non si sta affermando che l'infanzia non sia meritevole di tutele legali e sociali. L'intento è di porre l'attenzione in maniera critica sull'immagine dell'infanzia nella società post-moderna con l'intento di tutelare il benessere di bambini e adolescenti nel presente, e non solo in prospettiva futura (Belotti et al., 2010). La *nuova sociologia dell'infanzia* ridefinisce il concetto di infanzia, definendo il bambino come soggetto completo, capace di avere proprie interazioni sociali e capace di promuovere e di partecipare al cambiamento sociale. Per decostruire l'immagine di vulnerabilità, gli studiosi hanno iniziato a definire il bambino come attore sociale che gode di una propria autonomia e come agente distaccato e autonomo rispetto alla propria famiglia. Il focus si è

spostato dall'interesse per l'infanzia al riconoscimento del bambino come promotore di *agency* (James et al., 1998, 2002; Satta, 2012). Il concetto di *agency*, introdotto da Giddens (1990) e riutilizzato nei *childhood studies*, enfatizza l'immagine del bambino come attore sociale che possiede dei diritti che debbano essere riconosciuti e soddisfatti. D'altra parte sottolinea la sua capacità di agire sulla società stessa influenzandone relazioni, decisioni e struttura sociale. All'interno di questa struttura sociale il bambino è vincolato da relazioni generazionali che costituiscono una gerarchia, nella quale egli si trova in una posizione subordinata a causa dell'età. La sua *agency* può contribuire a modificare queste relazioni, imponendo dei cambiamenti all'interno della società (James, 2009).

Il *nuovo paradigma dell'infanzia* propone di considerare il bambino non solo come soggetto in evoluzione e in definizione per il futuro (delineato dagli adulti), ma anche e soprattutto nella "forma attuale", sebbene in formazione. In questo modo è possibile concepire i bambini come agenti portatori di istanze individuali riconosciute e prese in considerazione anche nel presente (Satta, 2012).

Infine, anche se il bambino è portatore di istanze valide nel presente, la sua *agency* è fortemente influenzata dall'immagine che la società ha del bambino (competenze, maturità o fragilità) e dalle valutazioni individuali sulle abilità di ciascun bambino. Tali criteri impongono una visione dei bambini non come un gruppo minoritario, contrapposto agli adulti, bensì come elemento discrezionale per definire la condizione di ogni singolo bambino, imponendo ciò che gli è possibile fare o meno in modo autonomo. La sua libertà d'azione e di scelta viene comunque influenzata da altre condizioni relative allo status sociale: classe sociale, stato di provenienza, origini della famiglia, ecc. (James, 2009).

All'interno di questa decostruzione diviene possibile comprendere che l'impegno di bambini e adolescenti in compiti di cura è realistico. Valorizzare la loro *agency* e considerarli come soggetti attivi, capaci di negoziare e assumersi le responsabilità, richiede di non considerarli unicamente l'oggetto delle politiche (*ibidem*).

1.3.2. Tutele e diritti civili nell'infanzia

Dal punto di vista legislativo i bambini godono del riconoscimento dei loro diritti civili attraverso la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia promossa dall'ONU nel 1989 e sottoscritta da numerose nazioni, tra cui l'Italia nel 1991. La Convenzione sancisce ufficialmente l'importanza di tutelare l'infanzia come momento delicato e riconosce i bambini come portatori di diritti che meritano di essere soddisfatti. Nonostante l'importante

lavoro promosso dalla Convenzione, gli altissimi ideali e principi rischiano di essere in controtendenza tra di loro: nella Convenzione si osserva infatti un'oscillazione tra il bisogno di protezione e il diritto di partecipazione ai processi a più livelli. La giusta chiave di lettura viene individuata nel riconoscere nella Convenzione il merito di aver introdotto la concezione di bambino come “soggetto di diritto”, oltretutto “oggetto di tutela” in relazione al principio del “superiore interesse del fanciullo” (art.3, co. 1) (Lamarque, 2016; Landi, 2019; Pocar et al., 2008). Di seguito vengono riportati gli articoli⁷ della Convenzione relativi al diritto di partecipazione.

Art. 12, comma 1: “Gli Stati parti garantiscono al fanciullo capace di discernimento il diritto di esprimere liberamente la sua opinione su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità”.

Art. 13, comma 1: “Il fanciullo ha diritto alla libertà di espressione. Questo diritto comprende la libertà di ricercare, di ricevere e di divulgare informazioni e idee di ogni specie, indipendentemente dalle frontiere, sotto forma orale, scritta, stampata o artistica, o con ogni altro mezzo a scelta del fanciullo”.

Art. 14, comma 1: “1. Gli Stati parti devono rispettare il diritto del fanciullo alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione.”

Il conseguimento del principio di protezione rischia di limitare la stessa partecipazione, se quest'ultima non viene considerata come essenziale nella vita dei bambini. Partecipazione e protezione non possono fare a meno del concetto di *agency*. In assenza di questa diviene impossibile bilanciare i due principi, schiacciando pertanto i bambini sotto la spinta della protezione a cura degli adulti. Pertanto la Convenzione e la sua applicazione rischiano di generare un'ulteriore disuguaglianza: da “soggetto di diritto” a oggetto di protezione (*ibidem*).

I principi e i diritti proclamati dalla Convenzione aprono un'ulteriore riflessione rispetto al lavoro di cura informale svolto da bambini. Il fenomeno del *caregiving* infantile richiede una

⁷ <https://www.camera.it/bicamerale/leg14/infanzia/leggi/Legge%20176%20del%201991.htm>

riflessione critica sul loro ruolo e sulle modalità di gestione concreta dei bisogni dei diretti interessati, e di conseguenza per la formulazione di politiche adeguate. Tale riflessione deve muoversi seguendo due punti fondamentali appena discussi: il bambino sia come “soggetto di diritto” e sia come membro attivo nel benessere personale e familiare.

Se viene dato maggiore rilievo alla dimensione di protezione a cura degli adulti, l'*agency* del bambino viene messa sullo sfondo. Ne potrebbe quindi conseguire la tendenza a incolpare le famiglie per l'assunzione di responsabilità di cura, sebbene, come si vedrà in seguito, le cause del lavoro di cura dipendono da un insieme di fattori che vanno oltre la genitorialità (Evans & Becker, 2009). Sebbene si voglia tutelare il diritto alla partecipazione dei bambini, in questo caso, al benessere della famiglia, rimane il rischio di dimenticarsi il loro diritto alla protezione. In assenza di un giusto equilibrio tra le diverse prospettive della Convenzione, a pagarne le conseguenze in ogni caso saranno proprio i bambini, nello specifico i *young caregivers*.

A seguito della entrata in vigore della Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia, 70 Stati hanno provveduto, oltre che a rettificarla, a istituire degli organi pubblici indipendenti al fine di monitorare e tutelare la sua applicazione. In Italia la legge n.112 del 2011 ha fondato l'“Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza⁸” a seguito di un lungo iter durato diversi anni e dalla spinta delle singole Regioni, alcune delle quali avevano già iniziato a legiferare da molto tempo. Il compito del Garante è quello di verificare l'effettiva applicazione della Convenzione Internazionale e delle conseguenti raccomandazioni raccolte nel rapporto conclusivo rilasciato dal Comitato Onu sui diritti del fanciullo. Peraltro il suo compito prevede anche di verificare l'applicazione delle normative europee rispetto alla tutela minori, e di verificare che venga ottemperato il diritto alla partecipazione di bambini. In particolare l'Autorità garante ha il preciso compito di offrire adeguati spazi di consultazione e di partecipazione alle attività al suo interno. Ancora una volta viene rimarcato l'obiettivo di non concepire bambini unicamente come riceventi di tutele, ma anche come attori nella stessa azione di tutela a loro destinate. Tra le altre funzioni, l'Autorità garante, istituito per essere indipendente dagli enti pubblici, promuove proposte di legge a seguito dei progressi compiuti a livello internazionale sul tema dell'infanzia, e politiche sociali orientate al rispetto del diritto dell'infanzia (Pregliasco, 2014).

⁸ <https://www.garanteinfanzia.org>

Oltre all’Autorità garante, l’Italia dispone del Tribunale per i Minorenni il quale è stato istituito allo scopo di tutelare l’infanzia e l’adolescenza. Insieme ad altri organi giuridici, il Tribunale ha il compito di decidere e di intervenire al fine di proteggere minori ai quali vengono negati o messi a rischio i diritti fondamentali. Peraltro per tenere fede ai principi di partecipazione di bambini all’interno dei processi decisionali che riguardano, nel 2013 in Italia è stato approvato il D.lgs. n. 154⁹ che decreta l’obbligatorietà di ascolto di bambini e adolescenti prima di emanare provvedimenti giuridici a carico dell’autorità giudiziaria (Landi, 2019)

1.3.3. Quali conseguenze sul welfare?

La costruzione sociale dell’infanzia come momento di dipendenza dagli adulti, data la naturale vulnerabilità dei bambini, ha indotto un progressivo mutamento delle agende politiche europee concentrate sull’infanzia. Tale processo è stato accompagnato da un percorso di *de-familizzazione* e di politicizzazione dell’infanzia (Leira & Saraceno, 2008). Lo scarso riconoscimento dell’infanzia come momento riferito anche al “presente” ha visto la formulazione di politiche attente ai principi di protezione e perciò non sempre all’altezza della sfida di questa nuova impostazione teorica (Belotti & La Mendola, 2010). L’attenzione dei Welfare è orientata a sancire e definire sempre maggiori responsabilità genitoriali, a sviluppare servizi educativi e a promuovere sempre maggiori tutele a supporto dei genitori. Pertanto si evidenzia la tendenza organizzativa del Welfare a guardare all’infanzia come momento di formazione per transitare verso l’*adulthood*, poiché i servizi sociali ed educativi sono impegnati principalmente nel formare il cittadino di domani.

⁹ D.Lgd. n.154 del 2013 afferma: “Il minore che abbia compiuto gli anni dodici e anche di età inferiore ove capace di discernimento è ascoltato dal presidente del Tribunale o dal giudice delegato nell’ambito dei procedimenti nei quali devono essere adottati provvedimenti che lo riguardano. Se l’ascolto è in contrasto con l’interesse del minore, o manifestamente superfluo, il giudice non procede all’adempimento dandone atto con provvedimento motivato. L’ascolto è condotto dal giudice, anche avvalendosi di esperti e di altri ausiliari. I genitori, anche quando parti processuali del procedimento, i difensori delle parti, il curatore speciale del minore [...] ed il pubblico ministero, sono ammessi a partecipare all’ascolto se autorizzati dai giudici, al quale possono proporre argomenti e temi di approfondimento prima dell’inizio dell’adempimento. Prima di procedere all’ascolto il giudice informa il minore della natura del procedimento e degli effetti dell’ascolto. Dell’adempimento è redatto processo verbale nel quale è descritto il contegno del minore, ovvero è effettuata registrazione audio video”.

Ne consegue un'esigenza riformatrice che guardi all'infanzia e all'adolescenza come momenti di vita caratterizzati da *agency*, al fine di avviare politiche e servizi sociali ed educativi che tengano insieme sia il diritto alla protezione che a quello della partecipazione. Si intende la realizzazione di percorsi che consentano la realizzazione del loro diritto di cittadinanza, di godere del loro presente e di poter contribuire in modo significativo al mondo degli adulti.

In coerenza con la *nuova sociologia dell'infanzia* si dovrebbero promuovere linee politiche che proponano servizi capaci di stimolare lo sviluppo delle abilità sia dei bambini che dei genitori, con l'intento di potenziare la dimensione culturale, come per esempio il capitale umano familiare (*ibidem*). Per conseguire questo obiettivo è necessario che venga garantito ad ogni famiglia il diritto a poter godere di condizioni di vita dignitose a livello familiare. Garantendo migliori livelli di uguaglianza, con politiche attente a valorizzare il lavoro di cura, è possibile allentare la tensione tra chi ha bisogno di cura e chi la offre.

Attraverso questa strada sarà possibile promuovere la visione dell'infanzia non come un impedimento al tempo di lavoro dei genitori e allo stesso tempo la visione di servizi di cura formali non come un servizio per i genitori bensì come un investimento a favore dei bambini (Ermisch & Francesconi, 2005).

Tali principi e convenzioni teoriche rischiano di rimanere irrealizzati soprattutto per coloro che svolgono lavoro informale di cura. In assenza del riconoscimento dei bambini e adolescenti come attori sociali, capaci di contribuire al benessere familiare, vengono lesi i loro diritti sanciti dalla Convenzione Internazionale, sia dal punto di vista della tutela che da quello della partecipazione. Infatti, se non è possibile riconoscere la loro *agency* ne consegue l'impossibilità di tutelarli da situazioni così delicate che potrebbero compromettere sia il loro presente che il loro futuro. Pertanto bambini e adolescenti che compiono lavoro di cura risultano essere doppiamente vulnerabili pur contribuendo ai compiti del Welfare e della famiglia.

2. Rassegna della letteratura sui *Young caregivers*

Il fenomeno dei *young caregivers* è scarsamente conosciuto in Italia, a differenza di quanto accade in UK, dove la discussione nelle università e nell'opinione pubblica è cominciata dagli anni '90. E' proprio nelle prime ricerche nel Regno Unito che viene data la definizione di *young carers*, che descrive i compiti di cura svolti da bambini e adolescenti. Accanto a questa definizione ne sono sorte delle altre: *young caregivers* (U.S.A) o *children who are next of kin* (Norvegia). Pur cambiando l'etichetta, il contenuto della definizione non muta. Il punto comune è ciò che contraddistingue il fenomeno: bambini ed adolescenti che forniscono regolarmente cure, assistenza, o supporto nei confronti di un membro della propria famiglia. Normalmente si associa agli adulti un impegno di cura continuativo e significativo verso i familiari (generalmente conviventi, come per esempio genitori, fratelli o sorelle, nonni o altri adulti di riferimento), e non ai minorenni.

Tipicamente necessitano di assistenza coloro che sono affetti da una malattia cronica, da una disabilità oppure che sono in una condizione di fragilità che richiede supervisione. Secondo Becker e Leu (2014) le ricerche presenti in letteratura si sono spesso focalizzate sulle conseguenze dannose per bambini e adolescenti, sottolineando particolari problemi nell'area della formazione e della transizione alla vita adulta.

Sempre secondo gli autori, il Regno Unito si caratterizza come nazione che dispone del maggior numero di ricerche e di un consistente corpus legislativo. Questo trentennale lavoro si è concentrato ad individuare risposte (sia politiche che in termini di progettazione sociale) adeguate alle esigenze dei *caregivers* e delle loro famiglie. Come si vedrà in seguito, vi sono altre nazioni che si sono adoperate per trattare questo tema, tra cui l'Italia, senza però raggiungere i livelli Inglesi.

Le ultime ricerche (Aldridge et al., 2017; Leu & Becker, 2017; Leu et al., 2019) stimano che una percentuale compresa tra il 2 e l'8% di bambini / adolescenti è impegnata nel lavoro informale di cura. Come vedremo più avanti, il fenomeno è riferito a bambini e adolescenti che non hanno ancora compiuto 18 anni, pertanto riguarda persone che giuridicamente vengono considerate minorenni.

Al compimento della maggiore età, la condizione di *caregivers* non svanisce, bensì si trasforma, generando sia conseguenze sia bisogni, specifici per la giovane età adulta. Becker e Leu (2014) e Day (2015), riconoscendone l'ulteriore peculiarità derivante da un'altra delicata fascia d'età, definiscono questo gruppo come *young adult caregivers*.

Nella presente tesi si è deciso di trattare il primo gruppo. La motivazione risiede proprio nella specificità del fenomeno legato ad un periodo della vita riconosciuto come delicato e fondamentale per uno sviluppo armonioso di bambini e adolescenti.

Di seguito sarà presentata la rassegna della letteratura, che è stata sviluppata sia allo scopo di rappresentare quanto prodotto finora dal mondo accademico sia di descrivere il dibattito conseguente agli studi sul fenomeno. Peraltro si è cercato di compiere un approfondimento sul tema degli aiuti a supporto dei caregivers per offrire una panoramica più ampia.

La rassegna della letteratura è stata realizzata attraverso il software MAXQDA-versione 2018. Partendo dalle bibliografie dei principali contributi di Aldridge, Becker e Leu, sono stati catalogati circa 200 articoli, reperiti mediante *Scopus* e il database della biblioteca dell'Università degli Studi Milano-Bicocca. I tre autori sono stati scelti come punto di riferimento poiché hanno trattato il tema attraverso una prospettiva di lavoro sociale e sociologica.

Dopo una lettura preliminare sono stati individuati gli argomenti più frequenti, dai quali sono stati generati 22 codici e sub-codici, che hanno guidato il processo di segmentazione e qualifica (Cardano, 2011) di 113 articoli.

I codici, che poi sono stati utilizzati per la strutturazione del presente capitolo, sono i seguenti: definizione, lavoro di cura, bisogni, conseguenze del *caregiving*, motivazione, entità ed estensione del fenomeno, prospettiva Cross-National, politiche, e pratiche di lavoro sociale.

2.1. Definizione e dibattito

A partire dagli anni '90 l'interesse sui *young caregivers* entrò all'interno degli ambienti accademici poiché furono avviate le prime ricerche di stampo qualitativo al fine di individuare ed evidenziare l'esperienza e i conseguenti bisogni. Precedentemente erano stati svolti diversi studi quantitativi volti a descrivere il fenomeno, come per esempio "The Sandwell Study" (Page, 1988) e "Tameside Study" (O'Neill, 1988). I dati presentati da entrambi gli studi furono raccolti attraverso il coinvolgimento delle scuole e di familiari, bypassando la voce di bambini e ragazzi oggetto di studio. Il limite di questa modalità sta dunque nel fatto che le informazioni non si basano su fonti dirette, ma derivano dalla percezione di altre persone (Aldridge & Becker, 1993).

La ricerca qualitativa di Aldridge e Becker (1993), che peraltro fu la prima a coinvolgere i diretti interessati, fu impostata enfatizzando la “prospettiva dei diritti” nei confronti dei *young caregivers*. Gli autori misero in rilievo il punto di vista dei *young caregivers* evidenziando la loro esigenza sia di essere aiutati, sia di essere riconosciuti come potenziali soggetti attivi nel concorrere al benessere familiare. Nonostante l’attenzione fosse orientata a valorizzare il ruolo dei bambini e degli adolescenti, lo studio si focalizzò anche sui riceventi delle cure, in particolar modo sui genitori malati cronici o disabili. La ricerca propose una prima definizione per identificare il fenomeno poiché prima di allora i bambini con responsabilità di cura non erano stati riconosciuti come gruppo definito e portatore di bisogni specifici (Aldridge & Becker, 1993). “[...] *people under the age of 18 who are providing primary care for a sick or disabled relative in the home. [...] despite their considerable responsibilities as carers, are always regarded as subordinate to adults. As carers they may have revealed their competence and maturity through the provision and management of care, but in reality they are still children - with few rights and little authority. The experiences and specific needs of children who care have been largely ignored*” (pag. VII, Aldridge & Becker., 1993).

La definizione mette in risalto anche un'altra sfaccettatura della “prospettiva dei diritti”: gli autori enfatizzano la portata delle responsabilità di cura assunte da bambini e da adolescenti, nonostante per legge questi siano considerati, in quanto minori, incapaci e impossibilitati a svolgere azioni con validità giuridica.

Successivamente nel 1995 la *Children's Society*¹⁰ pubblicò una ricerca condotta da Frank, il quale svolse un’indagine quantitativa a livello nazionale, coinvolgendo direttamente dei *young caregivers*, grazie al contributo dei servizi sociali e delle loro famiglie. In seguito a tale studio, la *Children's Society* promulgò le prime linee guida indicanti le “*best practices*” necessarie per intervenire in tutela dei *young caregivers* (Frank, 1995). Nel 1999 l’Ente avviò un’ulteriore indagine, nuovamente in collaborazione con Frank e altri suoi colleghi, la quale si basò sul coinvolgimento di *young caregivers* ormai adulti, con lo scopo di ricostruire le loro storie passate (Frank et al., 1999). Nonostante l’approccio basato sulla retrospettiva fosse stato usato in altre ricerche, per esempio Lackey e Gates (2001), esso presentava alcuni

¹⁰ Children’s Society: organizzazione del terzo settore del Regno Unito, impegnata nel supporto di bambini e adolescenti vulnerabili. <https://www.childrenssociety.org.uk>

limiti connessi alla capacità e alla possibilità di accedere al ricordo e alla rielaborazione dell'esperienza. Ciononostante, questi tipi di ricerca ebbero come risultato la focalizzazione sull'esigenza di individuare forme di aiuto e di informare i *young caregivers* sugli effetti generati dai loro compiti.

Sempre nello scenario qualitativo, Bibby e Becker (2000) svolsero uno studio analizzando scritti e poesie di *young caregivers*. L'attività offrì loro l'opportunità di approfondire il fenomeno dal punto di vista del vissuto e delle emozioni.

Successivamente Becker (2000) propose una nuova definizione del fenomeno, al fine di circoscriverlo e di migliorarne l'identificazione: "*Young carers can be defined as children and young persons under 18 who provide or intend to provide care, assistance or support to another family member. They carry out, often on a regular basis, significant or substantial caring tasks and assume a level of responsibility which would usually be associated with an adult*" (pag. 378, The Blackwell Encyclopaedia of Social Work, Becker, 2000).

A questa definizione fu associato un ulteriore approfondimento: "*The person receiving care is often a parent but can be a sibling, grandparent or other relative who is disabled, has some chronic illness, mental health problem or other condition connected with a need for care, support or supervision*". (pag. 2, Becker et al., 2000). La nuova formulazione andò oltre la peculiarità dell'età dei *caregiver*, espressa esplicitamente nella prima versione. Le caratteristiche di continuità e di regolarità nell'offrire assistenza e supporto, tipiche nei *carers* adulti, iniziarono così ad essere centrali. Venivano inoltre indicati i riceventi le cure: non solo i genitori, ma anche altri membri della famiglia, che per motivi di salute, disabilità o altre fragilità richiedessero supervisione (Becker, 2007).

Thomas et al. (2003), invece, si focalizzarono sulla invisibilità dei *carers* e sui loro bisogni insoddisfatti: "*A young carer is a child or young person who is in need of specific services because their life is affected by the need to provide care for a family or household member who has an illness or disability. This may include a child or young person who provides direct personal care to another person, who takes on a supportive role for the main carer, or who undertakes domestic duties as a result of the need for care. It may also include a child or young person who is denied ordinary social or educational opportunities because of the other person's need for care. These needs may arise on a regular or on an occasional basis*" (pag 44, Thomas et al., 2003).

Tale ricerca propose dunque una definizione alternativa di *young carers* con lo scopo di essere maggiormente completa, a detta degli autori. L'assunzione di questa definizione ha, tra le diverse implicazioni, quella relativa all'organizzazione e disposizione degli aiuti economici e all'accesso ai servizi sociali (Becker et al., 2014).

Thomas e colleghi si sono soffermati sulla descrizione del ruolo dei *young caregivers*, identificando come atto di cura sia il compito di supporto nei confronti di una persona, sia i compiti domestici. Inoltre, per la prima volta in una definizione si parlava degli effetti generati dalla *care* sulla vita di bambini e adolescenti: nello specifico si evidenziava il ruolo di supporto che il giovane *caregiver* ha nei confronti del principale fornitore delle cure, per esempio genitori o altri adulti di riferimento.

Nonostante abbia una prospettiva ampia nel descrivere il fenomeno, la definizione di Thomas presenta dei limiti: assenza di riferimenti all'età e dei motivi per cui si assume il ruolo. Come abbiamo visto, l'età gioca un ruolo fondamentale per circoscrivere il fenomeno e connettere dei bisogni specifici: i *young caregivers* svolgono un ruolo delicato anche se considerati minorenni. L'assenza di riferimenti alle cause potrebbe infatti rischiare di confondere i compiti di cura con altri fenomeni di carattere psicologico, come il *role reverse* (inversione dei compiti genitore-figlio), derivante da dinamiche familiari più complesse e rischiose per la salute del minore (Dearden & Aldridge, 2010).

Le successive ricerche adottarono la definizione prodotta da Becker nel 2000, permettendo una graduale omogeneizzazione del tema (Becker, 2007; Leu & Becker, 2017). Nel 2007 Becker affrontò per la prima volta la comparazione tra le varie definizioni, in particolare tra UK, Australia (Oreb, 2001) e USA (Siskowski, 2006). Le definizioni provenienti dall'occidente condividono l'elemento centrale che contraddistingue il fenomeno: continuità e regolarità nello svolgimento del lavoro di cura (Becker, 2007). Secondo Becker, Evans e Leu (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017) quest'ultima impostazione teorica troverebbe riscontro nelle ricerche svolte nei paesi non occidentali, in particolare quelle del continente africano (Robson, 2000, 2004, 2007; Robson et al., 2006). Tali ricerche, pur non usando la dicitura "*young caregivers*", riconoscono e identificano un gruppo specifico di minorenni coinvolti intensamente nelle attività di cura all'interno della propria famiglia.

Infine, la stessa Aldridge ha riproposto una nuova versione della propria definizione iniziale, evidenziando come non sia necessario essere co-residenti con la persona fragile per

sviluppare responsabilità di cura: *“A young carer is a child/young person under the age of 18 who provides care in, or outside of, the family home for someone who is physically or mentally ill, disabled or misusing drugs or alcohol. The care provided by children may be long or short term and, when they (and their families) have unmet needs, caring may have an adverse impact on children’s health, well-being and transitions into adulthood.”* (pag. 14, Aldridge et al., 2017).

Pur condividendo la posizione di Aldridge, e visti i numerosi elementi in comune con la definizione di Becker (2000), nel presente lavoro si è deciso di tenere in considerazione la definizione di quest’ultimo nella seguente formulazione: *“Young carers can be defined as children and young persons under 18 who provide or intend to provide care, assistance or support to another family member. They carry out, often on a regular basis, significant or substantial caring tasks and assume a level of responsibility that would usually be associated with an adult. The person receiving care is often a parent but can be a sibling, grandparent or other relative who is disabled, has some chronic illness, mental health problem or other condition connected with a need for care, support or supervision”* (Becker, 2000, 2007).

Il lungo processo di costruzione della definizione è stato accompagnato da dibattiti accademici per il riconoscimento dei *young caregivers* come gruppo preciso a cui sono associabili determinate caratteristiche. Le prime pubblicazioni di Aldridge e Becker (1993) e di Frank (1995) suscitano scalpore e dibattito accademico, soprattutto tra coloro che si erano dichiarati portavoce e sostenitori della *“prospettiva dei diritti dei disabili”*. Gli autori legati a tale prospettiva sostenevano infatti che l’identificazione di un gruppo specifico avrebbe leso i diritti dei genitori malati e disabili, offrendo un’immagine inappropriata delle famiglie (Keith et al., 1995).

La discussione proseguì, fino alla pubblicazione di Aldridge e Becker, che nel 1996 evidenziarono la necessità di introdurre interventi sociali per identificare e supportare bambini con intense responsabilità di cura (Aldridge & Becker, 1996). A sostegno della prospettiva dei diritti dei disabili intervennero altri autori con lo scopo di porre il problema del ruolo dei genitori malati e disabili, ma problematizzando il rischio di definirli come cattivi genitori (Morris, 1997; Olsen, 1996; Olsen & Parker, 1997; Winter, 2008). Olsen, Morris e Parker, tra gli altri, evidenziarono che categorizzare *i young caregivers* come specifico gruppo all’interno del *welfare* avrebbe potuto sortire l’effetto di costruire l’immagine di genitore disabili dipendenti. Tale immagine avrebbe inciso sulla libertà delle famiglie di esercitare il loro diritto di scelta e di accesso agli aiuti adeguati (Morris, 1997).

La concentrazione sui bisogni dei *carers* avrebbe inoltre distolto l'attenzione dai bisogni e dalle risorse necessarie per supportare adeguatamente le persone con disabilità (Olsen & Parker, 1997). Wates e Newman (2002) sottolinearono l'importanza di dare maggiore attenzione ai bisogni dei genitori disabili e all'esigenza di revisionare i servizi dedicati ai *young carers*, in particolare individuando il loro posto nella struttura generale dei servizi per le famiglie con membri affetti da malattie o da disabilità. Lo scopo fu delineare le misure che le autorità locali avrebbero dovuto attuare per sviluppare e implementare strategie congiunte di supporto per aiutare adulti disabili nelle loro funzioni genitoriali e, in questo modo, salvaguardare il benessere dei bambini (Newman, 2002; Wates, 2002). Il dibattito diede la possibilità di gettare le basi di un nuovo approccio con lo scopo di superare i limiti di entrambe le posizioni. “*A whole family approach*” avrebbe consentito l'incontro tra i bisogni dei *young caregivers* e quelli delle loro famiglie. Questo approccio fu dominante nelle pratiche di lavoro sul campo in UK nei primi anni del XXI secolo (Becker & Leu, 2014).

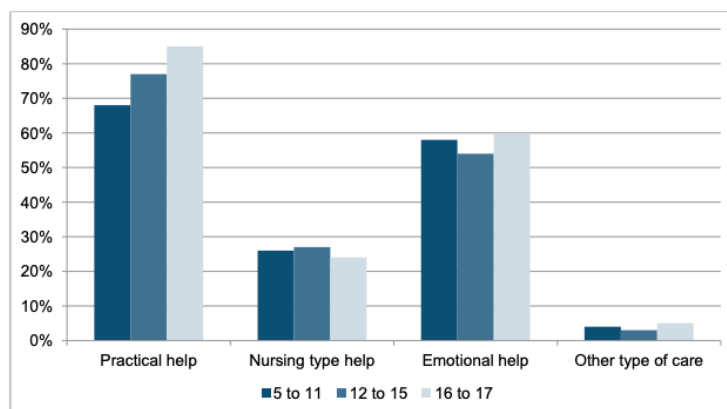
2.2. Ruolo dei *young caregivers*

Numerose ricerche hanno provato a descrivere il ruolo dei *young caregivers* attraverso la classificazione delle diverse attività da loro svolte, al fine di individuare le peculiarità del gruppo e per distinguerli dagli altri coetanei *non-caregivers*. I primi tre report realizzati nel Regno Unito da Dearden, Becker e Aldridge (1998, 2000, 2004) hanno identificato attività riconducibili alle consuete caratteristiche dei *caregivers* adulti. Le indagini suggeriscono che il ruolo di cura dei bambini e degli adolescenti può essere classificato come lavoro domestico, accudimento, cura intima e personale, supporto emotivo, gestione della casa e cura dei bambini. Gli studiosi hanno provato a costruire un profilo statistico del ruolo; per esempio, l'età media dei *young caregivers* era di 12 anni, la maggioranza proveniva da famiglie mono-genitoriali e molti si occupavano di madri disabili o malate. Inoltre, il 56% erano di genere femminile mentre il 44% era quello maschile; il 16% provenivano da minoranze etniche (Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 1998, 2004; Dearden et al., 1995). Un crescente numero di pubblicazioni di ricerche provenienti da altri paesi occidentali conferma un profilo simile relativamente ai compiti e alle responsabilità di cura (Becker & Becker, 2014).

Successivamente Morrow (2005), inizia a circoscrivere le funzioni svolte dai *caregivers* in modo da poterle distinguere nettamente da quelle svolte dai non-*caregivers* coetanei. Nel caso di bambini e ragazzi *caregivers*, i lavori domestici sono da considerarsi come indispensabili per il benessere e il funzionamento dell'intera famiglia, pertanto sono da definirsi come “*Instrumental Activity of Daily Living*”. Lo stesso vale per le cure dirette alla persona che necessita di aiuto; si tratta di azioni indispensabili svolte in modo continuativo con una certa intensità, definibili come “*Activities of Daily Living*”. Nel primo caso si parla, per esempio, di portare fuori la spazzatura o fare la spesa; mentre nel secondo caso si fa riferimento a sollevare una persona oppure occuparsi della sua igiene intima (Becker, 2007; Morrow, 2005). Non solo, ma è possibile individuare attività di supporto emotivo, come per esempio consolare o tenere compagnia (Aldridge et al., 2017).

Infine, l'*Omnibus Report* del 2017 e la precedente ricerca qualitativa svolta in UK (Aldridge et al., 2017; Aldridge et al., 2016) hanno messo in evidenza l'ampio ventaglio di attività di *caring* e delle responsabilità assunte da bambini e ragazzi di diversa età. La ricerca, che ha coinvolto 79,629 famiglie, ha permesso di intercettare 420 *young caregivers* e un gruppo corrispondente di coetanei *non-caregivers*, ha identificato le principali mansioni svolte dai *caregivers*: aiuto in casa, assistenza diretta e intima della persona, supporto emotivo e gestione e organizzazione del bilancio familiare (Grafico 2.1).

Grafico 2.1 - Tipi di attività svolte dai young caregivers per età



Il 78% dei giovani con responsabilità di cura è coinvolto in attività pratiche, come cucinare, pulire, fare la spesa, occuparsi della parte amministrativa o aiutare nelle faccende domestiche; il 22% è impegnato in attività di accudimento e di supporto rivolte a parenti malati o disabili, aiutandoli, per esempio, a fare la doccia, a vestirsi, a fare delle medicazioni o nella mobilità e deambulazione; il 57% ha dichiarato di offrire supporto emotivo,

identificabile attraverso azioni come sedersi accanto alla persona che necessita di aiuto, cercare di tirare su il morale e parlare dei problemi. Lo studio ha evidenziato che con l'aumentare dell'età le attività più pratiche (*Instrumental Activity of Daily Living*) tendono a crescere. Per quanto riguarda quelle di accudimento e di supporto emotivo (*Activities of Daily Living*), invece, non vi sono grandi differenze tra gruppi di età. Il report ha registrato il 54% delle “*Activities of Daily Living*” tra i 12 -15enni e il 60% tra i 16-17enni.

Infine, vi sono diverse evidenze empiriche sugli effetti generati dal *caregiving*. Sicuramente le attività di cura influiscono sullo sviluppo di una migliore stima di sé stessi; tuttavia sul lungo periodo (più di due anni) si generano maggiori effetti negativi legati a salute, socializzazione, formazione/educazione e opportunità di vita. Il tema degli effetti sulla vita dei *caregivers* verrà affrontato più avanti (Aldridge et al., 2017).

2.2.1. Continuum di responsabilità

Come detto, l'esigenza di definire un profilo era volta a individuare le differenze tra *young caregivers* e altri bambini. Dal punto di vista pedagogico le responsabilità di cura e lo svolgimento di alcune attività domestiche sono da considerarsi come elemento necessario per la crescita armonica dei minori. Pertanto la questione è stata comprendere in che misura l'eccessivo carico potesse incidere fino al punto di identificare un gruppo specifico (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017; Thomas et al., 2003; Warren, 2007, 2008). Diversi studi hanno evidenziato che bambini e adolescenti con responsabilità di cura differiscono dagli altri minori a prescindere dalla nazione, dal sistema di welfare e dalla cultura. Becker, Evans, Leu, Thomas e Warren, comparando gruppi di bambini, hanno identificato i principali elementi caratterizzanti il fenomeno: l'entità del *caregiving*, la sua natura, il tempo dedicato e gli effetti sulla vita dei bambini. Infatti, i bambini coinvolti intensamente e precocemente nelle attività di cura sono più vulnerabili e conseguentemente manifestano maggiori difficoltà nella transizione verso l'età adulta (Becker, 2007). La fragilità si rivela nelle seguenti aree: difficoltoso sviluppo di legami sociali, limitate opportunità formative e di tempo libero, sviluppo di problemi di salute mentale, maggiore rischio di povertà e senso di esclusione sociale. Quest'ultimo dipende dalle motivazioni per cui i bambini assumono responsabilità, per esempio a causa di familiari malati di HIV/AIDS o con problemi psichiatrici o di abuso di sostanze. Infatti, a causa dei pregiudizi connessi alla tipologia di fragilità, si osserva l'effetto “*stigma by association*” (Evans & Becker, 2009); i *young caregivers*, consapevoli dello stigma, a loro volta evitano quindi di cercare

aiuto. Inoltre, molti *young carers* decidono di mantenere “il segreto” sui problemi familiari poiché temono anche le conseguenze derivanti dal contatto con i servizi sociali.

Molto spesso entrambe le attività di “*Instrumental Activity of Daily Living*” e di “*Activities of Daily Living*”, sono rivolte anche ad altri membri della famiglia, sebbene privi di problemi specifici, per esempio occuparsi di un fratello minore (Dearden & Aldridge, 2010).

Thomas (2003) afferma la possibilità di individuare due profili di *young caregivers*:

1. *Primary care*, quando il minore è la prima e unica persona che si occupa della cura.
2. *Secondary and supportive care*, quando il minore svolge un ruolo di cura insieme ad un'altra persona, la quale potrebbe avere un ruolo di *caregiver* primario.

Nonostante la divisione dei due profili, entrambi riportano le stesse caratteristiche, in termini di effetti e di bisogni, non richiedendo distinzioni nella ricerca o nel lavoro di supporto (Thomas et al., 2003a).

Altre ricerche australiane (Gays, 2000; Moore, 2005) evidenziano come sia possibile identificare i *young caregivers* poiché spendono molto tempo a rispondere e a pensare ai bisogni della persona che necessita di cure. Inoltre, rispetto ai coetanei, i *young caregivers* sono soggetti a più frequenti infortuni domestici, assumono responsabilità più numerose e gravose e in assenza della supervisione di un adulto.

Warren (2005, 2007) ha condotto diverse ricerche su questo tema, in particolare comparando le attività svolte da 400 adolescenti in UK. Per riuscire a comprendere la tipologia di attività svolte e il livello di responsabilità assunto nel ruolo di *caregivers*, Warren ha coinvolto nella ricerca sia bambini e ragazzi identificati come *young caregivers* che non. Il suo lavoro ha permesso di identificare tre gruppi:

- *Non-caring*, bambini e ragazzi che non svolgono in modo continuativo o per niente attività domestiche e di cura; hanno bassi livelli sia di “*Instrumental Activity of Daily Living*” sia di “*Activities of Daily Living*”, livelli considerati appropriati per l'età.
- *Known young carers*, bambini e ragazzi formalmente già riconosciuti nel loro ruolo di *caregivers*; hanno alti livelli di responsabilità di cura, documentabili dal fatto che svolgono in modo continuo e regolare “*Instrumental Activity of Daily Living*” e “*Activities of Daily Living*”.
- *Children “showing signs of caring”*, bambini e ragazzi che accudiscono o danno un aiuto speciale ad alcuni membri della famiglia che hanno malattie, disabilità o bisogni speciali. In questo gruppo sono stati registrati maggiori livelli di responsabilità rispetto al precedente gruppo; tuttavia, non sono mai stati identificati come *young caregivers*.

La distinzione ha messo a fuoco l'esistenza di un gruppo di minori con responsabilità di cura (sia identificati che non), distinguibile dai coetanei esenti da questo ruolo (Warren, 2005, 2007b, 2008).

Anche l'*Omnibus Report* ha svolto una comparazione tra i non-*caregivers* e *caregivers*. L'indagine ha permesso di identificare che questi ultimi offrono un aiuto sostanziale in famiglia. Ciò vale soprattutto per i ragazzi sotto i 12 anni. Le differenze tra i due gruppi fanno riferimento al 34% di ragazzi tra i 16 – 17 anni che si occupano dei fratelli in assenza di adulti e al 17% che si occupano di questioni finanziarie ed amministrative della casa. L'assenza di tempo da trascorre fuori casa è un altro elemento di distinzione tra i due gruppi. Infatti, il 61% dei *young caregivers* spende gran parte del proprio tempo nel tenere compagnia alla persona richiedente aiuto.

Il *Report* ha anche rilevato che i *young caregivers* non si occupano solamente di persone co-residenti, ma spesso svolgono le attività all'esterno della propria casa: il 68% si occupa di offrire aiuti pratici e il 64% offre aiuto emotivo. Solo l'11% è ingaggiato in aiuti diretti alla persona che necessita di cure (Aldridge et al., 2017; Aldridge et al., 2016).

Tutte le distinzioni individuate mettono a fuoco l'esigenza di non categorizzare in modo netto il fenomeno, ma di concepirlo lungo un *caregiving continuum* (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008), che coinvolge tutti i minori. In particolare, Becker concettualizza il lavoro informale di cura, nei paesi occidentali e non, come un *continuum* dove possono essere collocati tutti i bambini e gli adolescenti, non necessariamente *carers*. A tutti i bambini nella vita può capitare di svolgere lavoro informale di cura, senza tuttavia diventare automaticamente *carers*. Infatti, lungo il *continuum* è possibile identificare due estremità: "*Light end*" e "*Very heavy end*".

Tabella 2.2 - Caregiving continuum (pag 33, Becker,2007)

'Light end' (low levels of caregiving and responsibility)	→ → → → → → 'Heavy end'		'Very heavy end' (high levels of caregiving and responsibility)
'Routine' levels and types of caregiving including some help with Instrumental Activities of Daily Living	→ → → Caregiving tasks and responsibilities increase in amount, regularity, complexity, time involved, intimacy and duration		'Substantial, regular and significant' caregiving including considerable help with Instrumental Activities of Daily Living
Household tasks and caregiving tasks can be considered age and culturally appropriate for the child's age			Household tasks and caregiving tasks can be considered age and culturally inappropriate for the child's age
Most children			Few children
	Young carers providing 0–19 hours of care per week	Young carers providing 20–49 hours of care per week	Young carers providing 50+ hours of care per week
Many 'hidden' young carers (unknown to service providers)			

Come è possibile osservare nella Tabella 2.2, partendo da sinistra è presente il “*Light end*”. A questo livello rientra la maggioranza di bambini e di ragazzi. Ai minori sono associabili compiti e attività di cura considerati appropriati per l’età, comprese alcune “*Instrumental Activities of Daily Living*” nella loro routine. Man mano che ci si sposta lungo il *caregiving continuum* (verso destra guardando l’immagine), le responsabilità di cura iniziano ad aumentare per intensità, regolarità, tempo dedicato e complessità (aumentano anche le attività intime). Gradualmente il *continuum* tende verso il “*Very heavy end*”. A questo livello sono associabili altissimi gradi di cura poiché sono osservabili sostanziali, significative e regolari attività di *caregiving* considerate inappropriate per l’età. Becker colloca su questo estremo i *young caregivers* a cui vengono associate importanti attività di “*Instrumental Activities of Daily Living*” e di “*Activity of Daily Life*”(Becker, 2007; Evans & Becker, 2009). A questo livello, tuttavia, sono pochi i bambini e i ragazzi presenti, ma essendo il loro impegno intenso e continuativo, gli effetti sulla loro vita risultano significativi.

Molti ragazzi collocati a questo livello sono definibili come *hidden young caregivers*, poiché molto spesso non sono identificati e supportati dai servizi di Welfare (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2005, 2007, 2008).

Lungo il *continuum*, fino a giungere al “*Very haeavy end*”, sono comunque riscontrabili *young caregivers* impegnati a livelli inferiori rispetto al polo estremo. Nella Tabella 2.2 essi vengono classificati secondo le ore di lavoro svolte, partendo da 0-19 ore per settimana, passando a 20-49 ore settimanali e concludendo con 50 e più ore settimanali (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009). Purtroppo non vi sono molte informazioni a supporto di questa scansione oraria.

La *survey* svolta per l’*Omnibus Report*, oltre a descrivere le attività di *caregivers*, ha confrontato come queste differiscano tra i *young caregivers* e i loro coetanei *non-caregivers*: nello specifico la Tabella 2.2 evidenzia un intenso impegno dei *young caregivers* in attività pratiche. Inoltre, il report riporta le attività svolte dai *caregivers*, comparando i risultati della *survey* rivolta ad un gruppo di giovani *non-caregivers*.

Dalla comparazione emerge che i *young caregivers* riferiscono livelli più alti di lavoro informale di cura rispetto a quanto dichiarato dai coetanei *non-caregivers*.

Le differenze principali sono relative alle attività come cucinare (66% contro il 26%), tenere compagnia (69% contro il 35%), aiutare con le questioni finanziarie (11% contro l’1%). Se i *young caregivers* hanno dichiarato di svolgere attività di accudimento e di supporto (33%), i loro coetanei *non-caregivers* non riportato informazioni di questo tipo. Nella Tabella 2.3 è possibile osservare i risultati completi, riferiti alle attività rilevate. La comparazione permette di rilevare ulteriori differenze tra *caregivers* e non.

Tabella 2.3 - Tipi di attività di cura svolte da bambini e adolescenti, comparate con quelle attuate da young caregivers (pag 29, Aldridge et al., 2017)

	Young carers			Comparison survey
	11 to 15	16 to 17	All 11-17	All 11-17
<i>Percentage doing this a lot or some of the time</i>				
Cleaned bedroom	57%	83%	67%*	47%
Cleaned other rooms	56%	75%	63%*	26%
Washed up/loaded/unloaded dishwasher	61%	83%	70%*	43%
Gone to the shops to buy food	56%	75%	63%	52%
Helped to prepare or cook a meal	58%	77%	66%*	26%
Helped with decorating or DIY	24%	44%	40%	28%
Helped with lifting or carrying heavy things	66%	78%	71%*	52%
Helped with financial matters (like dealing with bills)	7%	17%	11%*	1%
Worked part-time to help bring money in	2%	21%	10%	7%
Interpreted or signed for someone s/he lives with	9%	17%	12%	5%
Kept someone in the family company if they can't go out much	67%	70%	69%*	35%
Taken brothers or sisters to school	5%	11%	7%	10%
Looked after a brother or sister with an adult nearby	36%	41%	38%	27%
Looked after a brother or sister on his/her own	24%	41%	31%	23%
Provided nursing type care for someone s/he lives with	33%	33%	33%*	0%
<i>Total</i>	<i>47</i>	<i>71</i>	<i>118</i>	<i>62</i>

Nella Tabella 2.4 invece, è possibile osservare la distribuzione dei giovani *caregivers* in base al tempo dedicato settimanalmente alle attività di cura. I dati sono frutto dell'analisi secondaria dei dati del Census del 2001. Non è stato però esplicitato il criterio di costruzione delle fasce orarie. Questa tabella illustra ciò che è stato spiegato precedentemente attraverso lo schema del *continuum di caregiving*. La prima fascia oraria (1-19 ore) è caratterizzata da un alto numero di potenziali *caregivers* (83%), mentre le altre due fasce (20-49 ore e 50 e più ore) offrono numeri più bassi (rispettivamente 9 e 8%). Questa distribuzione è a supporto del modello teorico del *continuum*: man mano che ci sposta verso il livello “*Very heavy end*”, il numero di bambini e adolescenti diminuisce.

Tabella 2.4 - Numero e percentuale (su popolazione nella stessa fascia di età) di bambini e adolescenti tra 5-17 anni, che svolgono settimanalmente lavoro informale di cura in UK (pag. 27, Becker, 2007).

	<i>Number caring for 1-19 hours</i>	<i>Number caring for 20-49 hours</i>	<i>Number caring for 50+ hours</i>	<i>Total number caring</i>	<i>Proportion who provide informal care (%)</i>
England	116,823	12,284	10,092	139,199	1.7
Wales	8854	1029	861	10,744	2.2
Scotland	13,511	1826	1364	16,701	2.1
N. Ireland	6666	974	712	8352	2.5
Total number of young carers in UK	145,854	16,113	13,029	174,996	2.1 (UK average)
Total number as a percentage (%) of all young carers in UK	83	9	8	100	

Note: ^a Calculated from Office for National Statistics (2003) 2001 Census data. London: ONS.

L'Omnibus Report ha approfondito la questione del tempo dedicato al *caregiving*. Il 53% dei genitori ha dichiarato che i loro figli svolgono lavoro informale per circa un'ora alla settimana, mentre il 14% ha riportato circa 4 ore al giorno, fino a giungere al 26% che dichiara 4 ore e più durante i fine settimana. Infatti, molti *young caregivers* sono impegnati principalmente nei week-end e durante le vacanze, piuttosto che durante la settimana. La Tabella 2.5 e la Tabella 2.6 riportano i dati dell'Omnibus Report distinti per impegno quotidiano e impegno nei week-end o durante le vacanze.

Tabella 2.5 - Ore al giorno dedicate al lavoro informale di cura svolte durante la settimana (pag. 53, Aldridge et al., 2017)

	5 to 11	12 to 15	16 to 17	All
0 to 1 hours	42%	39%	36%	39%
2 to 3 hours	31%	37%	35%	35%
4 or more hours	27%	24%	29%	26%
<i>Total</i>	124	196	100	420

Tabella 2.6 - Ore al giorno dedicate al lavoro informale di cura svolte durante il week-end (pag. 53, Aldridge et al., 2017)

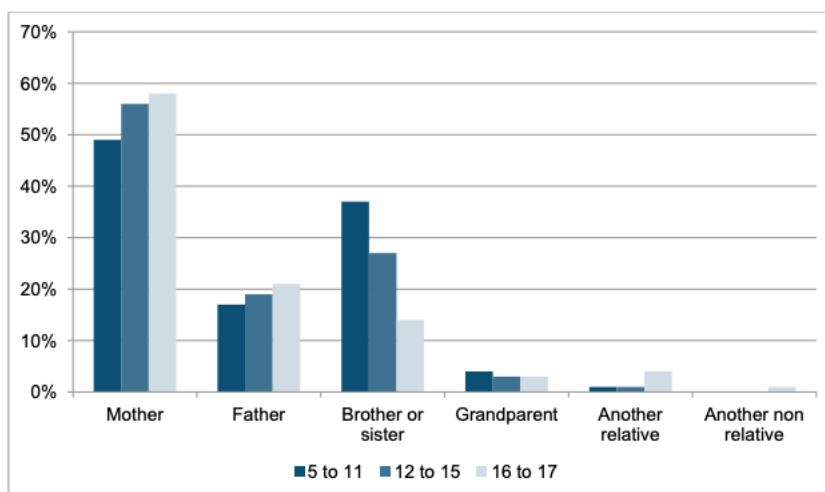
	5 to 11	12 to 15	16 to 17	All
0 to 1 hours	58%	53%	50%	53%
2 to 3 hours	22%	33%	38%	32%
4 or more hours	14%	14%	12%	14%
<i>Total</i>	124	196	100	420

2.2.2. A chi sono rivolte le cure?

Le cure messe in atto dai *caregivers* possono essere rivolte a più membri della famiglia sia co-residenti che non co-residenti. Le ricerche hanno dimostrato che spesso più membri della famiglia ricevono il supporto, anche se non hanno esplicitamente un problema di salute o una fragilità (Aldridge & Becker, 1994; Dearden & Becker, 2004; Thomas et al., 2003).

L'*Omnibus Report* ha evidenziato un ruolo decisivo nella cura dei genitori, in particolare nella cura delle madri (55%), e dei fratelli (25%) per 420 *young caregivers*. Solo una piccola parte si occupa di padri (19%) e di nonni (5%). Generalmente le responsabilità aumentano con l'età proprio perché si occupano sempre di più della persona malata: infatti il 58% degli adolescenti tra 16 e 17 anni si occupa delle mamme, mentre il 37% dei bambini tra 5 e 11 anni si occupa di fratelli.

Grafico 2.2 - Persone a cui sono rivolte le cure (pag. 24, Aldridge, et al., 2017)



Lo studio evidenzia che il 5% del campione rivolge le proprie intenzioni a più membri della famiglia. Dalla Grafico 2.2 è possibile comunque individuare una piccolissima percentuale di persone non familiari a cui sono rivolti gli aiuti (Aldridge et al., 2016).

La letteratura mette in evidenza diversi tipi di problematiche, tra cui le più comuni fanno riferimento a condizioni precarie di salute. Cree (2003) riporta i dati del rapporto annuale EYCP svolto in UK, che individua come principali cause per le quali vengono assunte responsabilità di cura sono quelle legate a problemi di salute (HIV, epatite C, Epilessia, sclerosi multipla, ecc.), a disabilità (difficoltà motorie, disabilità intellettive), a problemi di salute mentale, all'accudimento di fratelli e infine all'abuso di sostanze stupefacenti e di alcool (Cree, 2003).

Vi sono pochi studi che mettono a fuoco il ruolo di *caregivers* con parenti affetti da dipendenza da sostanze stupefacenti e alcool, anche nei paesi dove il fenomeno è affrontato da trent'anni (Moore et al., 2011). A causa dell'importante stigma caratterizzante del tema, i *young carers* aventi genitori o parenti con dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcool costituiscono infatti un separato campo della letteratura (Morrow, 2005). Inizialmente gli studi si sono concentrati nel descrivere gli effetti negativi della convivenza con genitori aventi questi tipi di problemi. Solo recentemente si è iniziato a concepire diversamente il ruolo dei figli, poiché attivi nelle cure (Moore et al., 2011). Lo stesso discorso vale per chi ha un familiare con un disagio psichico oppure per coloro che appartengono a minoranze etniche. Nello specifico, così come nel caso di familiari con dipendenze, anche coloro che hanno un parente con un disagio psichico sembrano assumere un ruolo decisivo nella cura. Spesso vengono descritti come una categoria specifica di *young caregivers*, poiché i compiti sono maggiori in termini di impegno orario e di coinvolgimento emotivo e gli effetti sembrano essere esacerbati dalla scarsità di aiuti da parte dei servizi socio-sanitari e del sistema educativo. Per quanto riguarda le minoranze etniche, sia per coloro che vengono definiti come *seconde generazioni* sia per coloro che si trovano a vivere la condizione di rifugiato o di profugo, i compiti dei *young caregivers* acquisiscono centralità nel percorso di integrazione della famiglia. I *young caregivers*, non svolgono semplicemente supporto nella traduzione linguistica, ma anche nell'aiutare la famiglia a comprendere il nuovo contesto sociale, culturale e legislativo. Svolgendo questa funzione, si trovano a dover gestire anche le ansie e le paure della famiglia. Anche in questo caso, in assenza di adeguati supporti, gli effetti divengono un ostacolo per la crescita del minore stesso (Aldridge, 2008; Aldridge & Becker, 1999; Diaz et al., 2007; Jones et al., 2002a; Schofield & Walsh, 2010; Shah & Hatton, 1999)(Aldridge, 2008; Aldridge & Becker, 1999; Diaz et al., 2007; Jones, Jeyasingham, & Rajasooriya, 2002b; Schofield & Walsh, 2010; Shah & Hatton, 1999). Infine, in Italia è stato studiato per la prima volta il ruolo dei "*fratelli affidatari*" (membri della famiglia affidataria) come equiparabile con quello del *young caregivers* più classico. I "*fratelli affidatari*" acquisiscono il compito di supportare e incentivare la relazione tra genitori affidatari e il minore allontanato dalla propria famiglia, permettendo una migliore riuscita del progetto di affido (Raineri et al., 2018).

In sintesi, i problemi possono essere i più vari e possono riguardare diversi membri della famiglia. Sicuramente l'assenza di un riconoscimento del fenomeno e l'errata lettura dei bisogni dell'intera famiglia possono portare a incrementare gli effetti negativi e a intervenire in senso opposto al benessere. Nonostante sia stato messo a fuoco il ruolo cruciale dei *young*

caregivers nella cura dei propri familiari, anche in situazioni critiche e rischiose, rimane da analizzare il tema della genitorialità. Quale contributo possono dare i genitori malati o disabili alla crescita dei figli *caregivers*? Questo tema sarà affrontato nel paragrafo successivo.

2.2.3. Quali capacità genitoriali?

Considerata la particolarità di questo fenomeno, per il quale bambini e adolescenti assumono un ruolo generalmente associato agli adulti, risulta quasi automatico considerare le capacità genitoriali non abbastanza adeguate (Reupert et al., 2015). Per esempio, nel caso in cui un genitore abbia un problema psichiatrico, è facile stigmatizzare la situazione e considerare il genitore una minaccia per i figli (Aldridge, 2006). Sicuramente in alcune circostanze le capacità genitoriali potrebbero essere compromesse a causa di qualche malattia o disabilità; tuttavia questo non si verifica necessariamente sempre. La maggioranza di genitori disabili o malati cronici è in grado di definire i limiti e di offrire la guida per garantire una crescita equilibrata dei propri figli. Inoltre, la tendenza a svalutare i genitori in queste circostanze potrebbe essere causata dal riconoscere esclusivamente nella genitorialità le funzioni di cura e il lavoro domestico. Tuttavia, le cure pratiche corrispondono solamente ad una parte della responsabilità dei genitori e possono essere svolte anche da amici e da operatori socio-sanitari (Dearden & Aldridge, 2010).

Molti genitori disabili o malati hanno condizioni di salute stabili e stanno bene, pertanto la disabilità o la malattia incide in modo lieve o per nulla sulle capacità genitoriali. Queste potrebbero essere potenziate da un aiuto pratico derivante dai servizi sociali (Wates, 2002). Tuttavia, non vi sono sempre condizioni di salute positive, poiché molto spesso i genitori sono messi a dura prova dalla malattia o sono nella fase terminale. Queste condizioni potrebbero effettivamente compromettere la genitorialità. Per esempio, nei casi di genitori con disturbi psichici, la malattia può ridurre la loro reattività nei confronti dei figli (Dearden & Aldridge, 2010; Falkow, 1998). Nell'area della salute mentale si è evidenziato che i *young caregivers* svolgono una funzione importante nel supportare i genitori a gestire e superare i momenti delicati, come le crisi. Oltre ad essere capaci di gestire la situazione, molto spesso hanno il delicatissimo compito di somministrare le medicine. Risulta molto facile confondere il ruolo di *caregivers* con un altro fenomeno molto comune, più di carattere psicologico: il *role reverse* (inversione di ruolo genitore-figlio). Il *role reverse* si verifica quando il minore in tutto e per tutto si occupa dei propri genitori, fino a sostituirsi ad essi, svolgendo quindi anche funzioni genitoriali. Non è possibile escludere a prescindere che

questo effetto si presenti anche nei *young caregivers*, ma è poco frequente e spesso si tratta di casi molto gravi con enormi ricadute sulla salute del minore (per esempio suicidio o autolesionismo). Allo stesso modo non è corretto affermare automaticamente che vi sia un rischio di danno sul bambino semplicemente perché i genitori sono malati. Se la malattia o la disabilità dei genitori non incide sulla salute del bambino, anche la relazione genitore-figlio non risulta deficitaria. Le ricerche dimostrano che le responsabilità di cura svolta dai minori hanno il potere di rinforzare il legame genitore-figlio. Per valorizzare questo effetto, è auspicabile la presenza di servizi di supporto che intervengano ad attenuare gli effetti negativi (Aldridge, 2006; Cleaver & Nicholson, 2007).

Per i casi di separazione o in cui i genitori sono affetti da disabilità di tipo cognitivo, sembrerebbe valere lo stesso discorso. Sicuramente sono presenti altri fattori esterni che potrebbero esacerbare la situazione: assenza di un nucleo familiare solido, povertà, stigmatizzazione e scarsi supporti sociali. Nonostante ciò, molte famiglie dimostrano di possedere una forte resilienza e un'empatia funzionale a supportare bambini e adolescenti (Booth & Booth, 1998).

Infine, nei casi in cui vi siano dei genitori in difficoltà è necessario compiere una riflessione sulla genitorialità. In queste circostanze vi è il bisogno sia di sostenere i genitori in momenti critici sia di sostenere la genitorialità nel caso di una sua riduzione.

2.3. Perché bambini e adolescenti svolgono lavoro di cura

Alcune pubblicazioni hanno provato a fornire diverse spiegazioni sul perché bambini e adolescenti assumono un ruolo di cura. Sono state individuate e analizzate diverse spiegazioni, alcune più da un punto di vista sociodemografico e politico, altre più dal punto di vista delle dinamiche familiari. Tale impostazione deriva dalla complessità e dalla varietà dei fattori che entrano in gioco (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014; Evans & Becker, 2009; Leu et al., 2017). Becker e altri studiosi (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004), individuano dei fattori “*push and pull*” verso il *caregiving* come *framework* per l'analisi e per la comprensione del fenomeno. Tali fattori possono riguardare le relazioni, le dinamiche familiari, la malattia, la disabilità, la fragilità, l'affetto e l'attaccamento, la co-residenzialità, la struttura della famiglia, il genere, l'età, la socializzazione al *caregiving*, la fragilità economica e l'assenza di alternative per la famiglia. Aldridge e Becker (1993) hanno introdotto il concetto di “*election*”, per cui alcuni bambini e adolescenti sono scelti e

socializzati al *caregiving* da parte dei familiari. La prospettiva “*push and pull*” è stata confermata anche da alcune ricerche di ambiente africano, in particolare da Robson et al. (2006), che hanno individuato gli stessi fattori determinanti per l’assunzione delle responsabilità di *carers*.

Nonostante il *framework* presentato, non vi sono ancora delle evidenze empiriche a dimostrazione e spiegazione di come questi fattori interagiscano e si combinino tra di loro nel determinare l’emersione del *caregiving* tra bambini e adolescenti. Gli studi non sono stati in grado di individuare l’influenza di alcune variabili su altre. Per esempio, in alcune famiglie il genere concorre nell’indurre l’assunzione del ruolo e lo svolgimento dei compiti necessari. Le prime *survey* su larga scala in UK (Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004) e l’*Omnibus Report* (Aldridge et al., 2017) evidenziano un maggior coinvolgimento all’aumentare dell’età, in particolare per le attività domestiche e di accudimento. La quantità di tempo e i compiti svolti sembrano essere strettamente connessi alla percezione di “*age appropriateness*”, di conseguenza gli adolescenti svolgono maggiori compiti rispetto a *caregivers* più piccoli, poiché questi ultimi vengono percepiti fisicamente e psicologicamente meno capaci di assumersi alti livelli di responsabilità (Becker & Becker, 2008; Evans & Becker, 2009).

Alcune ricerche hanno provato a fare interagire le variabili genere, età, convivenza e altri aspetti strutturali (come la povertà, le risorse finanziarie per accedere ad aiuti esterni). Infatti, nella maggioranza dei casi le famiglie prese in esame (sia nei paesi occidentali che non) hanno in comune queste caratteristiche, e soprattutto l’assenza di alternative. Nello specifico si parla di scarse risorse di *Welfare*, in particolare per quanto concerne le cure a domicilio per persone malate o con necessità di supervisione (Butler & Astbury, 2005; Evans & Becker, 2009; Warren, 2007).

Le ricerche sia australiane, sia inglesi, sia africane hanno evidenziato come l’assenza di supporti adeguati esterni alla famiglia spinga fortemente bambini e adolescenti verso il *caregiving*. Nei contesti di recessione economica e di povertà prolungata, dove si assiste a tagli delle risorse di *Welfare*, le famiglie si trovano a fronteggiare in solitudine le proprie difficoltà, avendo a disposizione pochi aiuti dal sistema sanitario nazionale e dalle politiche sociali. In queste situazioni, in cui diminuiscono sensibilmente le alternative a disposizione, le famiglie si trovano costrette a ripiegare sull’aiuto di bambini e adolescenti (Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017). Molto spesso nelle ricerche sono esplicitati riferimenti

alla povertà economica come fattore in grado di spingere le famiglie a cercare aiuto tra i suoi membri più piccoli (Butler & Astbury, 2005; Stamatopoulos, 2015). Evans e Becker affermano che globalmente la povertà della famiglia, sia finanziaria sia di altre risorse, non permette di avere alternative capaci di prevenire l'intervento in prima persona di bambini e di adolescenti e di ridurre il livello delle responsabilità da loro assunte. Infatti, avere a disposizione maggiori redditi potrebbe aiutare a ridurre o a limitare la quantità e l'intimità del *caregiving*, che generalmente causa stress in coloro che lo ricevono e lo svolgono (Aldridge & Becker, 1994; Becker et al., 1998; Newman, 2002; Wates, 2002).

Dal punto di vista dei bambini e degli adolescenti, l'assunzione di lavoro informale di cura risulta essere una scelta non positiva, ma una necessità resa più stringente dalla condizione economica della propria famiglia, dai valori culturali e dai rapporti intergenerazionali. L'assunzione sempre più significativa del *caregiving* tende a spingere bambini e adolescenti lungo il *caregiving continuum*, favorendo l'identificazione di caratteristiche e bisogni specifici diversi da quelli posseduti dai loro coetanei (Aldridge, 2006; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017; Stamatopoulos, 2015).

Anche la religione e la cultura possono avere un grande potere, capace di trainare alcuni bambini e adolescenti verso il ruolo di cura. Nello specifico uno studio sui *young carers* di origine sud asiatica, ha dimostrato come i *carers* abbiano strutturato la loro vita intorno alle responsabilità di cura e come raramente riescano a svincolarsi da queste. Anche in questo caso sono stati individuati degli aspetti positivi, ma sicuramente anche per loro si evidenziano delle conseguenze negative nell'educazione e nella progettazione del proprio futuro. Questi risultati si avvicinano a quelli presenti nelle ricerche sui "*white young caregivers*". Inoltre, altre ricerche sulle minoranze etniche (in particolare i "*black young caregivers*") hanno registrato anche la tendenza a isolare e stigmatizzare il gruppo a causa di pregiudizi culturali. Molto spesso i *caregivers* non hanno mai ricevuto alcun tipo di supporto da parte dei servizi perché il fenomeno viene giustificato come elemento "naturale" della cultura dei gruppi minoritari (Jones et al., 2002; Shah & Hatton, 1999).

2.4. Entità ed estensione del *caregiving*

In letteratura sono presenti poche ricerche su larga scala per descrivere chiaramente l'entità del fenomeno, in parte perché, si tratta di un gruppo nascosto e invisibile, in parte e

soprattutto perché solo negli ultimi anni in alcuni Paesi si è iniziato a concettualizzarlo seriamente. Non solo, anche la scarsa consapevolezza del ruolo di *caregivers* in bambini e ragazzi influisce sullo sviluppo di stime affidabili e corrispondenti alla realtà. Queste ricerche, che si basano su *survey* su larga scala, stimano l'entità del fenomeno intorno al 2% e 4%, in alcune circostanze raggiungendo l'8% di bambini e adolescenti sotto i 18 anni che svolgono attività di cura non retribuite (Leu & Becker, 2017; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal et al., 2014; Stamatopoulos, 2015).

In questa sezione verrà compiuta una revisione dei principali dati disponibili. A causa della metodologia di rilevazione usata e della definizione scelta per identificare il fenomeno, vi sono diverse stime (Becker & Leu, 2014; Leu et al., 2019). Molte ricerche, soprattutto le prime, non prevedevano il coinvolgimento diretto di bambini e ragazzi, pertanto le informazioni riguardanti i diretti interessati sono state rilevate attraverso i genitori. Come sottolineato precedentemente, i *young caregivers* sono da considerarsi un gruppo nascosto e invisibile poiché spesso le famiglie percepiscono come stigma le cause della propria condizione. Perciò, la rilevazione potrebbe essere stata soggetta a una tendenza a minimizzare il problema, a causa della vergogna che provano gli stessi genitori (Leu et al., 2019; Lloyd, 2013).

Il Regno Unito, avendo sviluppato da trent'anni un ricco lavoro accademico e di supporto diretto alle famiglie, possiede numerosissime ricerche. La prima ricerca che ha provato a determinare l'entità del fenomeno si basa sull'individuazione di bambini e adolescenti conviventi con familiari malati o disabili. Lo studio ha riconosciuto 3 milioni di bambini e ragazzi sotto i 16 anni che convivono con un parente che necessita di cure e di assistenza (Becker et al., 1998). Come già affermato precedentemente, di questi 3 milioni non tutti sono necessariamente identificabili come *young caregivers* poiché molto spesso sono presenti altri familiari o si riescono a trovare risposte esterne alla famiglia. In presenza di un potenziale giovane *caregivers*, l'intervento dei servizi sociali attenua gli effetti negativi, associati generalmente nei casi collocabili a livello "Very Heavy end" del *continuum* di *caregiving* (Evans & Becker, 2009).

Altri dati utili derivano dai *Census* 2001 e 2011 del Regno Unito. I censimenti hanno definito più chiaramente alcuni indicatori per rilevare le attività di cura come "occuparsi di qualcuno" o "dare un aiuto o un supporto" ai membri della famiglia, amici e vicini di casa o ad altri a causa di disagi psicologici, di problemi di salute mentale, di disabilità oppure di

problemi legati all'età anziana. Con lo scopo di focalizzarsi sull' "*hidden group*", Becker e Becker (2008) hanno rielaborato i dati del *Census* del 2001. L'analisi illustra come la percentuale di *young caregivers* si aggiri intorno al 2-3% rispetto alla totalità dei bambini e degli adolescenti tra i 5 e i 17 anni (Becker & Becker, 2008). Per quanto riguarda i dati riferiti al *Census* del 2011, sono stati stimati 166,000 *young caregivers* di età compresa tra i 5 e 17 anni (Aldridge et al., 2017).

Il limite di queste due analisi è l'origine dei dati: i censimenti hanno previsto la rilevazione delle informazioni attraverso i genitori. Perciò vi è stata una seria sottostima del livello di cura tra bambini e adolescenti (Becker & Becker, 2008; Becker & Leu, 2014; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013).

Per ovviare al problema appena descritto la BBC ha adottando una strategia differente, conducendo un'indagine campionaria in UK. Sono stati coinvolti studenti delle scuole secondarie, ai quali è stato richiesto di compilare in prima persona un questionario, con lo scopo di rilevare direttamente le attività di cura. L'8% degli studenti ha dichiarato di eseguire *caregiving* a persone appartenenti alla propria famiglia (Howard, 2010).

Un'ulteriore approfondita indagine svolta in UK da Warren nel 2008 ha permesso di individuare il 9% di *young caregivers* auto-identificati su un campione di 378 bambini e adolescenti (Warren, 2008).

Infine l'*Omnibus Report*, l'ultima indagine realizzata in UK nel 2017 dal gruppo di ricerca coordinato da Aldridge, ha coinvolto 79,629 famiglie, tra le quali 420 possiedono al loro interno un potenziale *young caregiver* (Aldridge et al., 2017).

Lo stesso lavoro è stato realizzato da Lloyd nel 2013 nell'Irlanda del Nord, identificando il 12% di *caregivers* tra i 10 e gli 11 anni (Lloyd, 2013). In Austria il primo studio svolto con questo scopo è stato realizzato nel 2012 da Nagl-Cupal e altri colleghi. In particolare è stata rilevata la presenza del 4,5% di *young caregivers* con un'età media di 12,5 anni e con una prevalenza di donne (Nagl-Cupal et al., 2014). Anche la Germania si è adoperata, stimando nel 2016 la presenza di 5% di bambini e adolescenti con responsabilità di cura tra 12 e 17 anni (Lux & Eggert, 2017; Nagl-Cupal & Hauprich, 2018). Infine in Svizzera è stata condotta un'indagine nazionale che ha stimato sulla popolazione tra i 9 e 15 anni la presenza dell'8% di *young caregivers* (Leu et al., 2019).

Negli USA il fenomeno è stato concettualizzato con il termine *young caregivers* (a differenza del Regno Unito e di altre nazioni), mantenendo immutata la definizione e

valorizzando i compiti di cura offerti gratuitamente all'interno della propria famiglia. Nel 2005 è stato stimato attraverso una *survey* nazionale che il 3,2% di bambini e adolescenti tra gli 8 e i 18 anni svolge attività di cura in famiglia (Siskowski, 2006).

Questi ed altri studi hanno dunque evidenziato che nei paesi occidentali un numero cospicuo di bambini e adolescenti svolge attività di cura in modo sostanziale e regolare (Leu & Becker, 2017; Leu et al., 2019).

2.4.1. Prospettiva *Cross-National*

Viste le numerose ricerche e tentativi di intervento delle politiche di Welfare, sia nei paesi occidentali che non, nella letteratura si è sviluppata, in modo condiviso, la prospettiva *Cross-National* (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017). Le indagini provenienti dall'Africa (Evans, 2010; Evans & Becker, 2009; Robson, 2004; Robson et al., 2006; Vinet & Zhedanov, 2011) permettono di estendere la riflessione a livello globale, ponendo le basi per la prospettiva *Cross-National*.

Queste ultime ricerche hanno confermato che i fattori *push and pull* del *caregiving* possono spiegare allo stesso modo il fenomeno. Dal 2000 un crescente numero di pubblicazioni ha esaminato il ruolo di cura di bambini e adolescenti nell'Africa Sub-Sahariana. Alcune di queste pubblicazioni hanno costituito una sub-branca sui *young carers*. Evans e Becker hanno condotto numerosi studi in Tanzania concentrandosi sul ruolo dei *young carers* in famiglie africane, specialmente nel contesto di HIV e AIDS. Nel 2009 e nel 2010 hanno pubblicato i risultati della ricerca, basata su dati qualitativi con lo scopo di offrire suggerimenti alle politiche e ai servizi sociali (Evans & Becker, 2009). Robson e Ansell si sono concentrati maggiormente sull'Africa Sub-Sahariana divenendo autori di riferimento sul tema, poiché hanno contribuito moltissimo alla comprensione del ruolo, delle responsabilità e dei motivi. Nello specifico hanno messo a fuoco la scarsa presenza di un sistema sanitario efficace (soprattutto nell'area dell'HIV/AIDS), come elemento determinante (Robson, 2000, 2004, 2007; Robson et al., 2006); hanno inoltre evidenziato la necessità di sviluppare servizi di supporto a tutta la famiglia, in grado di evitare l'emersione del fenomeno o comunque di attenuarne gli effetti. Questa riflessione non presenta ancora evidenze empiriche, ma propone comunque una visione complessiva sulla prospettiva *Cross-National* partendo dalle ricerche esistenti. I temi della motivazione e della spiegazione saranno ripresi nei paragrafi successivi.

2.5. Conseguenze e risorse

Lo svolgimento del lavoro informale di cura in modo continuativo e significativo genera considerevoli effetti sul benessere di bambini e di adolescenti (Lloyd, 2013). Sebbene la letteratura evidenzi effetti sia negativi sia positivi, questi ultimi tendono a diminuire in assenza di supporti specifici rivolti all'intera famiglia. Vi sono fattori che contribuiscono a generare esiti sulla vita dei minori, in particolare psicologici, sociali e sociologici. Per esempio il genere, l'età, il supporto ricevuto e il capitale sociale posseduto (Aldridge & Becker, 1999; Hamilton & Adamson, 2013; Joseph et al., 2009). I possibili esiti sui *young caregivers* sono di natura psicologica, emotiva, sociale ed educativa (Dearden et al., 2004; Kaiser et al., 2015; Knecht et al., 2015; Nagl-Cupal et al., 2014). Le principali ricerche sugli effetti psicologici si sono concentrate su aspetti come la parentificazione e sullo stress per la gestione delle difficoltà. Molti *caregivers* vivono intensi stati di stress, angoscia e ansia per le responsabilità assunte. Più sono alti i livelli di impegno in casa, maggiori sono le possibilità di sviluppare tali effetti, che potrebbero indurre anche a depressione e altri problemi di salute mentale (Abraham & Aldridge, 2010). Il benessere di bambini e adolescenti con responsabilità di cura è infatti precario, poiché avendo molti impegni e preoccupazioni, faticano a dormire e a riposare. A ciò consegue che sperimentano notevoli fatiche scolastiche e relazionali con coetanei e insegnanti. Non avendo possibilità di dedicarsi ad attività ricreative extrascolastiche e di *leisure*, vanno incontro ad una forte esclusione sociale. Questo quadro a lungo termine influisce sullo sviluppo psico-fisico del minore, fino a determinare problemi nella transizione verso l'età adulta e nella progettazione del proprio futuro (Aldridge & Becker, 1993; Becker & Becker, 2008; Cassidy et al., 2014; Rose & Cohen, 2010). I casi più gravi sperimentano anche problemi con la giustizia a causa di abuso di sostanze stupefacenti e altri comportamenti rischiosi (Cree, 2003; Dearden & Becker, 2000).

Nonostante la peculiarità del fenomeno, sono comunque osservabili le problematiche tipiche della fase della preadolescenza e adolescenza, come per esempio la relazione con gli amici, con i genitori e con gli insegnanti (Cree, 2003).

Accanto agli effetti negativi è possibile individuare quelli positivi (Abraham & Aldridge, 2010; Booth & Booth, 1998; Cunningham et al., 2017; Evans, 2010). I *young caregivers* si dimostrano più maturi, responsabili, empatici, resilienti, capaci di sviluppare legami più duraturi, e di prestare aiuto al prossimo; possiedono infine forti relazioni familiari (Lloyd, 2013; Moore & McArthur, 2007). Se svolgere attività di cura genera da un lato ansia, dall'altro lato genera la soddisfazione per il proprio ruolo e per le proprie capacità di

problem-solving (Nagl-Cupal et al., 2014; Pakenham & Bursnall, 2006; Pakenham et al., 2007).

2.5.1. Dalla salute alla formazione

Come accennato precedentemente, più è intenso l'aiuto emotivo e di cura diretta alla persona, più aumentano le possibilità che si manifestino gravi problemi per la salute del minore. Nello specifico si evidenziano problemi psicologici. Alcuni studi hanno rilevato una massiccia presenza di problemi di salute, alterazione dello stato mentale e difficoltà emotive tra i *young caregivers*. Le emozioni riguardano rabbia, rammarico e tristezza per quello che succede a casa e vengono manifestate soprattutto in contesti diversi da quello casalingo, come la scuola (Moore et al., 2009). A causa dello "*stigma by association*" e della paura per le ripercussioni sulla famiglia ad opera dei servizi sociali, i *young caregivers* sperimentano un importante senso di isolamento. Non sentendosi compresi e cogliendo un senso di sfiducia nei coetanei e in altri adulti, subiscono una amplificazione di questi sentimenti, che va a incidere sul loro benessere complessivo (Rose & Cohen, 2010).

I *young caregivers* hanno poco tempo ed energia per studiare e frequentare attività ricreative tipiche della loro età a causa dell'alto livello di responsabilità di cura assunto a casa. La gran parte delle energie sono convogliate nel fronteggiare le preoccupazioni legate alla malattia o alla fragilità di uno o più membri della famiglia (Thastum et al., 2008). Inoltre, i *young caregivers* sviluppano problemi nell'apprendimento e hanno uno scarso rendimento scolastico poiché a causa dei loro impegni familiari hanno una scarsa frequentazione scolastica, puntualità e spesso sono vittime di bullismo (Dearden & Aldridge, 2010; Kaiser et al., 2015; Moore et al., 2009). Alcuni studi hanno evidenziato come spesso i *young carers* siano discriminati dallo stesso sistema educativo a causa di una mancata individuazione e conoscenza del fenomeno. In sintesi, nella letteratura si identifica come principale *outcomes* il precoce abbandono scolastico (Aldridge & Becker, 1993; Banks et al., 2002; Moore et al., 2009; Thomas et al., 2003).

Il coinvolgimento prolungato e in assenza di aiuti determina condizioni di fragilità non trascurabili che incidono sulla transizione alla vita adulta. Molti studiosi descrivono condizioni di povertà e di esclusione sociale a causa delle poche opportunità formative e di aggregazione con coetanei, utili per progettare il proprio futuro lavorativo e non. Infatti, molto spesso questi bambini e ragazzi hanno particolari difficoltà a raggiungere l'indipendenza economica (Aldridge, 2006, 2008; Becker & Becker, 2008; Dearden & Becker, 2000a, 2000b; Evans & Becker, 2009).

L'assenza di benessere genera quindi gravissimi danni che si protraggono fino all'età adulta. Le enormi difficoltà sperimentate nell'ambito scolastico sono strettamente connesse con gli altri *outcomes*. L'assenza di benessere psico-sociale, a causa di stress, assenza di sonno, scarsità di tempo libero per dedicarsi a sé stessi, alla scuola e alle relazioni con i pari, genera un circolo vizioso. Tutti gli effetti descritti precedentemente influiscono direttamente sulla progettazione del futuro in termini di legami sentimentali e di opportunità occupazionali. Davanti allo svantaggio iniziale, dove è assente il benessere psico-sociale, la scuola (e i servizi sociali) amplifica e determina ulteriori fragilità. Non avendo tempo ed energie per progettare il proprio futuro, i *young carers* nella vita adulta si trovano ad affrontare ulteriori problemi di salute mentale (a causa dello stress prolungato), di difficoltà nell'inserimento lavorativo (poiché non hanno potuto dedicarsi alla costruzione della propria carriera) e di conseguenza, molto spesso, anche di difficoltà economica, esacerbata proprio dallo scarso investimento sulla propria formazione (Dearden & Aldridge, 2010; Moore et al., 2009). Le conseguenze includono un elevato costo sociale: dove il welfare è assente, il mancato investimento sul futuro di bambini e adolescenti con responsabilità di cura, riduce le possibilità di crescita personale e professionale da immettere nella società. Il welfare in questo modo genera ulteriore fragilità e precarietà, che graveranno a loro volta su di esso dal punto di vista socio-economico. In tal senso in letteratura si parla di elevati costi sociali associati alla mancata identificazione e intervento a tutela dei *caregivers*. L'assenza di tutela e di sostegno a favore delle famiglie impone ai *caregivers* scarse possibilità di progettazione per il proprio futuro, inducendo a maggiori difficoltà nell'inserimento lavorativo e maggiori possibilità nell'insorgenza di problemi di salute mentale; aspetti che ricadranno sulle tasche dello stato, il quale dovrà intervenire per sostenerli (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Howard, 2010; Leu & Becker, 2017; Stamatopoulos, 2015). Tale prospettiva influisce sulla stima di sé stessi e rassegnazione o depressione e altri problemi (Becker, 2008).

2.5.2. Effetti positivi e resilienza

Accanto agli effetti negativi è possibile individuare quelli positivi, i quali aumentano sensibilmente se presente un supporto globale alla famiglia (Cassidy et al., 2014; Moore et al., 2009). Diverse ricerche hanno evidenziato effetti psicologici, emotivi e in termini di costruzione dell'identità. Il *caregiver* sviluppa capacità di comprensione, conoscenze connesse alle stesse attività di *caregiving*, senso di responsabilità, maturità ed empatia. Inoltre, è stato evidenziato che i *young caregivers* possiedono relazioni affettive più profonde e durature, soprattutto a livello familiare (Dearden & Becker, 2000a). Le abilità di

caring hanno l'effetto di alleviare le paure e le ansie derivanti dalle condizioni di fragilità delle famiglie; il coinvolgimento nell'organizzazione familiare consente a bambini e ragazzi di sentirsi maggiormente inclusi nelle decisioni e di concorrere al benessere familiare. Questi ultimi effetti aumentano il loro impatto soprattutto quando all'esterno della famiglia i *young caregivers* non vengono considerati e riconosciuti nel loro ruolo (sia dalla scuola sia dai servizi socio-sanitari). Di conseguenza, le relazioni familiari migliorano, a maggior ragione le relazioni genitore-figlio (Aldridge & Becker, 2003).

Le relazioni di *caring* hanno l'effetto di strutturare l'identità e l'autostima, incidendo profondamente sulle scelte future: relazioni, educazione e professione. L'acquisizione di responsabilità di cura permette di sentirsi orgogliosi e coraggiosi, permettendo di sviluppare un senso di soddisfazione per ciò che si fa e di conseguenza anche per ciò che si è. Tuttavia, in assenza di una forte resilienza in dotazione del *caregivers* (e del conseguente supporto), tutti questi esiti descritti divengono più difficili da sviluppare. Tale prospettiva, proposta in diverse ricerche, permette di spiegare perché vi siano diverse modalità di reazione ed effetti davanti all'assunzione di responsabilità. Non solo, ma anche diverse modalità per ricercare aiuto e di affrontare lo stress e le conseguenze per la situazione. La resilienza chiama in causa anche l'*agency* del *caregivers* stesso nel mettere in atto strategie di fronteggiamento e fattori protettivi per la propria salute mentale e benessere personale e familiare, al fine di ridurre la vulnerabilità generata dalla condizione di fragilità familiare. Sebbene la dotazione iniziale di resilienza sia fondamentale, l'esposizione allo stress derivante dal ruolo di cura, alle malattie o disabilità della famiglia e all'abuso di sostanze, insieme ad altri fattori di rischio, possono compromettere nei *young carers* le abilità a rimanere resilienti (Cassidy et al., 2014; Mcandrew et al., 2012; Newman, 2002). Le ricerche mettono in luce la necessità di offrire supporto, focalizzandosi su modalità di lavoro che promuovano la resilienza, partendo proprio dal sostegno e dalla valorizzazione dell'*agency* del *caregiver*. Inoltre, viene riconosciuto il ruolo centrale della scuola, la quale dovrebbe mettere in campo azioni mirate a supporto e coinvolgimento di diversi attori per permettere ai minori di coltivare il proprio futuro senza essere penalizzati per il loro ruolo in famiglia (Cassidy et al., 2014; Pakenham et al., 2007).

2.6. Bisogni e pratiche di lavoro sociale

Per sviluppare una riflessione relativa alle pratiche di lavoro sociale necessarie a supportare i *young carers* e le loro famiglie, è doveroso soffermarsi preliminarmente sui loro bisogni.

Sebbene i *young carers* abbiano bisogni simili a quelli di tutti i bambini e degli adolescenti, i compiti di *caregiving* determinano lo sviluppo di bisogni aggiuntivi e specifici (tra cui quelli derivanti da eventuali deprivazioni causate dai limiti e dalle mancanze dei genitori). Il riconoscimento di questi bisogni richiede di considerare inappropriati per l'età alti livelli di *caregiving*, capaci di generare effetti nocivi per la salute e il benessere del minore. Tuttavia, a volte per la famiglia non vi sono alternative se non accedere agli aiuti messi in pratica dal minore (Dearden & Aldridge, 2010). L'eccessivo intervento di bambini e adolescenti in famiglia e l'assenza di alternative per la stessa sono dunque la base per l'identificazione dei bisogni principali, dai quali ne conseguono altri. Pertanto, in letteratura vengono discussi e riconosciuti anche come diritti del minore il bisogno di ascolto e di rapido intervento per promuovere la prospettiva della resilienza e dell'*agency* del minore.

Il bisogno di ascolto viene analizzato secondo due modalità: ascolto per analizzare e comprendere i suoi bisogni e quelli della sua famiglia e ascolto senza giudizio, ma allo scopo di essere capiti e sostenuti emotivamente e psicologicamente nelle loro fatiche quotidiane. Queste due modalità condividono l'esigenza dei *young caregivers* di essere riconosciuti nel loro ruolo e di conseguenza di essere considerati parte attiva del processo decisionale (Nagl-Cupal & Hauprich, 2018; Watt et al., 2017). Le ricerche hanno evidenziato l'importanza di avere un posto sicuro dove ricevere supporto sia in termini di ascolto che di aiuto pratico immediato, per poter rispondere alla frustrazione complessiva della situazione vissuta. Per esempio: recuperare un fratello da scuola o accompagnare un genitore a qualche visita medica senza perdere ore di lezioni, oppure ottenere scadenze personalizzate per la consegna di compiti scolastici (Mcandrew et al., 2012). Inoltre, molti *carers* esprimono il bisogno di essere aiutati praticamente nel quotidiano o di potere condividere con qualcuno le proprie responsabilità di cura (Moore et al., 2007). Le risposte a questi bisogni avrebbero l'effetto di prevenire velocemente gli effetti dei livelli inappropriati di *caring* (Dearden & Aldridge, 2010). Gli altri bisogni evidenziati, i quali risultano essere specificazioni delle due categorie appena presentate, ruotano attorno alle necessità di aggregazione con i coetanei e di relazioni sociali, di concentrarsi sulla scuola e di ricevere aiuti concreti ed economici.

L'esigenza di trascorrere del tempo con i coetanei e di sviluppare dei legami significativi è connessa sia all'area del tempo libero da trascorre con coetanei, sia all'area del confronto e supporto tra pari aventi la stessa esperienza. Nel primo caso i *young caregivers* richiedono di potersi dedicare a sé stessi, accedendo alle stesse opportunità di svago tipiche dell'infanzia e dell'adolescenza. Ciò significa garantirgli il tempo di svago senza avere l'ansia di lasciare qualche membro della famiglia incustodito. In alcuni casi si parla anche dell'opportunità di

godere di periodi di *respite*, ovvero permettere di accedere a servizi che consentono di staccarsi dalle proprie responsabilità di cura. In questo caso si permetterebbe di alleggerire il carico di cura e di fruire di momenti di svago necessari per la crescita. Nel secondo caso si fa riferimento sempre all'esigenza di interfacciarsi con coetanei, ma con lo scopo di potersi confrontare liberamente, sapendo di essere capiti e di non essere giudicati, e talvolta anche condividendo le strategie di fronteggiamento di alcune problematiche legate al loro ruolo (Moore et al., 2009).

Per quanto riguarda la scuola, oltre ad esservi l'esigenza di aggregazione tra coetanei, come appena descritto, emerge il bisogno di potersi dedicare alla propria formazione tenendo in considerazione anche il carico di lavoro informale di cura. I *young caregivers* necessitano che vengano concesse loro modalità di lavoro e di studio personalizzate e che allo stesso tempo ricevano supporto nella definizione dei percorsi formativi scolastici e universitari. Poiché in assenza di tempo e di energie non riescono a pensare al proprio futuro scolastico e lavorativo, necessitano infatti di essere seguiti in modo specifico (Kaiser et al., 2015).

Infine, gli aiuti pratici fanno riferimento, oltre a quanto già detto, al ricevere informazioni sullo stato di salute del membro fragile e indicazioni operative per le cure, oppure all'ottenimento di aiuti economici per poter sopperire alle difficoltà finanziarie dettate dalla situazione di precarietà della famiglia, soprattutto quando sono i genitori i destinatari delle cure (Moore et al., 2009).

Affrontata la questione relativa ai bisogni specifici dei *caregivers*, si procederà con una discussione sul tema delle pratiche di lavoro sociale individuate in letteratura. Dai bisogni descritti precedentemente consegue che le pratiche dovrebbero basarsi sulla promozione della resilienza e dell'*agency* del *caregiver*. Pertanto vengono individuate pratiche orientate all'ascolto del minore e della sua famiglia e al suo coinvolgimento nel processo decisionale, per la definizione di un piano di intervento corrispondente ai bisogni connessi a ciascuna situazione. In questo modo sarà poi possibile sviluppare interventi ad hoc, veloci e concreti, poiché aderenti al contesto. Diverse ricerche dimostrano che in assenza di un approccio di questo tipo si andrebbe incontro ad un peggioramento della situazione che influirebbe sulla difficoltà dei *young caregivers* e delle loro famiglie di cercare aiuto (Aldridge, 2006; Dearden & Aldridge, 2010).

La tendenza ad accogliere i bisogni complessivi della famiglia per sviluppare interventi sociali viene ricondotta in letteratura all'approccio definito "*a whole family approach*" (Aldridge, 2017; Aldridge et al., 1999; Becker, 2007; Becker et al., 2008; Becker et al., 2014; Dearden & Aldridge, 2010; McAndrew et al., 2012; Nagl-Cupal et al., 2014;

Rose et al., 2010b). Tuttavia, il rischio di questa impostazione è di procedere in senso opposto all'eccessivo "interventismo".

"*A whole family approach*" lascerebbe il minore in una situazione comunque complicata e rischiosa, non valutando interventi più tipici della *child protection*, come l'allontanamento dalla famiglia del minore o il coinvolgimento di famiglie affidatarie. Questo modello prevede interventi di supporto alla funzione di *caregivers* a prescindere dalla gravità della situazione o dall'opinione del diretto interessato, lasciando al minore interamente il compito di proseguire con le proprie energie al fronteggiamento della situazione, seppur critica e rischiosa. Ne conseguirebbe la perpetuazione di un sistema di disuguaglianze strutturali entro cui si trova la famiglia. In tal senso un approccio al lavoro sociale anti-oppressivo (Dominelli, 2002) e anti-discriminatorio (Thompson, 2016) eviterebbe di produrre ulteriore ingiustizia sociale nei confronti dei *young caregivers* e delle loro famiglie. Partendo dal loro ascolto e di tutti coloro che sono coinvolti nella situazione e provano già ad affrontarla, si favorirebbe un contesto di partecipazione utile a promuovere il benessere (Folgheraiter, 1998, 2007) e la tutela dei *young caregiver*. All'interno di questa metodologia di lavoro possono essere previsti interventi o azioni, che possano favorire quanto appena descritto, come per esempio l'*advocacy del minore*¹¹ (Calcaterra, 2014; Dalrymple & Horan, 2010), *family group conference*¹² (Maci, 2011) oppure *future dialogue*¹³ (Arnkil et al., 2015; Landi, 2017a, 2017b), e infine gruppi di auto/mutuo aiuto¹⁴ (Steinberg, 2002). Molte di queste pratiche sono individuabili nella letteratura sui *young carers* (Aldridge et al., 1999; Mcandrew et al., 2012; Nagl-Cupal et al., 2018; Watt et al., 2017).

Il lavoro multidisciplinare (Aldridge, 2006; Leu et al., 2018) è oggetto di analisi nelle ricerche, soprattutto con lo scopo di rispondere alle esigenze e ai bisogni di più membri della famiglia: dalle richieste sociali a quelle mediche oppure a quelle scolastiche (Moore et al., 2009). L'operatore sociale secondo questo modello dovrebbe assumere un ruolo di "*case-coordinator*" (Leu et al., 2018), procedendo verso un'altra impostazione di lavoro sociale,

¹¹ L'*advocacy del minore*: tecnica finalizzata a supportare e incentivare la partecipazione del minore nel processo decisionale relativo a questioni che lo riguardano in prima persona. L'operatore affianca il minore e lo aiuta ad esprimere la propria opinione o lo rappresenta seguendo quanto concordato con lui (Calcaterra, 2014; Dalrymple et al., 2010).

¹² *Family group conference*: tecnica tipica della *Child Protection* finalizzata a promuovere partecipazione delle famiglie nei processi decisionali. Lo scopo della tecnica è di definire un programma di lavoro in relazione ai limiti previsti dall'assistente sociale. (Maci, 2011).

¹³ *Future Dialogue*: tecnica di lavoro sociale per promuovere la partecipazione di cittadini, familiari e operatori in situazioni conflittuali. I dialoghi hanno lo scopo di formulare un progetto di lavoro concreto dove tutte le parti hanno si assumono delle responsabilità (Arnkil et al., 2015; Landi, 2017a, 2017b)

¹⁴ Gruppo di auto/mutuo aiuto: gruppi di supporto alla pari e hanno l'obiettivo di promuovere dinamiche di mutualità secondo il principio del *self-help* (Steinberg, 2002).

tipica del *welfare mix* (De Leonardis, 1996), promuovendo un lavoro basato quasi esclusivamente nel formulare e coordinare pacchetti prestazionali. Tuttavia, nelle pratiche di lavoro sociale il contributo multidisciplinare delle scuole viene riconosciuto come centrale. Alla scuola viene attribuito il ruolo più importante: identificazione dei casi e prevenzione degli effetti più gravi. Pertanto, tra le pratiche di lavoro sociale viene menzionata l'esigenza di formare gli insegnanti sia per progettare piani didattici personalizzati sia per favorire percorsi di aiuto più di tipo sociale (aggregazione tra pari e momenti di confronto tra *caregivers*). Non solo, alla scuola viene attribuito anche il compito di promuovere reti sia tra servizi sia di solidarietà tra famiglie e associazioni del territorio (Dearden & Aldridge, 2010; Kaiser et al., 2015; Moore et al., 2009).

2.7. Politiche sociali

A seguito dell'interesse accademico nato circa trent'anni fa in quasi tutto il mondo, si sono sviluppate diverse politiche sociali con lo scopo di promuovere il riconoscimento del fenomeno e procedere alla costruzione di servizi e di interventi per l'identificazione e il supporto (Becker & Leu, 2014). Becker, Leu e Evans sono tra gli studiosi che si sono occupati maggiormente dell'analisi delle politiche e del loro stato di avanzamento a livello globale (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017). In particolare, Leu e Becker (2017) hanno passato in rassegna i principali articoli provenienti da tutto il mondo, accedendo anche alla "letteratura grigia", alle informazioni delle politiche attuate e alle informazioni relative all'attivazione di network e di servizi rivolti ai *young caregivers*. Mediante questo lavoro, gli autori hanno identificato differenti livelli di sviluppo, distinguibili in sette categorie: sostanziale/incorporato, avanzato, intermedio, preliminare, emergente, in risveglio, senza risposte. Come è possibile osservare dalla Tabella 2.7, lo studio ha evidenziato la presenza di pochi paesi impegnati intensamente per lo sviluppo significativo di politiche sociali indirizzate a rispondere efficacemente al fenomeno. Alcuni paesi come il Regno Unito e l'Australia hanno politiche e risposte concrete al fine di identificare i *young caregivers* e di svolgere un *assessment* dei loro bisogni, mentre sono pochi quelli che stanno cercando di recuperare e di sviluppare dei percorsi propri (come per esempio Svezia, Norvegia, Canada, Nuova Zelanda, Svizzera, Austria, Germania e Francia). La comparazione ha permesso di osservare un quadro relativamente uniforme rispetto alle caratteristiche, all'esperienza e ai bisogni dei *carers*, mostrando che bambini e adolescenti hanno molto in comune a prescindere dalla loro provenienza geografica. In sostanza gli

autori hanno osservato che, nonostante i diversi tipi di welfare, i *young caregivers* sembrano essere simili in tutto il mondo. Certamente non si può negare la presenza di alcune specificità legate al Paese, che determinano variazioni e differenze, ma alla base vi sono le stesse conseguenze e gli stessi bisogni (Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017). Dalla Tabella 2.7 è possibile identificare una certa disomogeneità dei livelli di avanzamento: vi sono pochissime nazioni ingaggiate ad ampliare il loro impegno (livello 2) e tantissime altre che sembrano non aver ancora iniziato a identificare il fenomeno e ad affrontarlo (per esempio livello 6). Coloro che occupano le prime posizioni, in particolare il Regno Unito, sono caratterizzati da un elevato livello di conoscenza del fenomeno, ricerche scientifiche, leggi, politiche sociali, indicazioni governative e servizi sociali/progetti specifici. Continuando con l'esempio del Regno Unito, i *young carers* godono di specifici diritti (sia come bambini che come *carers*) e dell'opportunità di accedere alla rete nazionale dei servizi dedicati (sociali, sanitari e connessi alla scuola). Nello specifico l'Inghilterra ha introdotto nel 1995 una normativa, aprendo il via ad un susseguirsi di ulteriori promulgazioni, fino a giungere al 2014 al "*Children and Family Act and the Care Act*": tale legislazione sancisce l'esigenza di promuovere iniziative di servizio sociale al fine di favorire la salute mentale e il benessere dei *young carers* (Aldridge, 2017; Leu & Becker, 2017). In Scozia, invece, il parlamento sta svolgendo un lavoro approfondito a stretto contatto con le associazioni dei *carers*, per esempio con *Scottish Young Carers Services Alliance*¹⁵. Nonostante l'enorme impegno dei governi, le azioni per mettere in pratica le leggi non sono ancora sviluppate e strutturate per diversi motivi: complessità amministrativa, scarsa formazione dei professionisti e degli insegnanti per identificare il fenomeno, gestione e regime di austerità applicato dai governi. In risposta a questa condizione le organizzazioni del no-profit giocano un ruolo importante per sviluppare procedure e servizi ad hoc, per esempio *The Children's Society*¹⁶ promuove diversi progetti di sostegno al tempo libero e al sostegno scolastico oppure offre degli strumenti per aiutare gli insegnanti a identificare i *young caregivers*.

Man mano che si procede con gli altri livelli, gradualmente si trovano meno ricerche e embrionali tentativi di riconoscimento legislativo, fino a giungere alla completa assenza di ricognizione del fenomeno. Sicuramente grazie alle reti europee ed extraeuropee concentrate sul tema si sta espandendo la conoscenza del fenomeno (Leu & Becker, 2017).

¹⁵ <https://carers.org/article/help-and-advice-former-babble-and-matter-members?fbclid=IwAR2o4B1jUwh69B8PfkEm9gBEIb4LGLp644A8M4geYnPvfXp2gcpZijdxamc>

¹⁶ <https://www.childrensociety.org.uk/advice-hub/what-is-a-young-carer>

Tabella 2.7 - Classificazione dei livelli di sviluppo delle politiche e delle risposte al fenomeno young caregivers (pag.3 ,Leu & Becker, 2017)

Levels 1-7	Characteristics	Country Example
1 Incorporated / Sustainable	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extensive awareness at all levels of government and society of the experiences and needs of young carers ▪ Sustained and sustainable policies and interventions aimed at meeting young carers' needs and promoting their health, well-being and development ▪ Responses and law built on a foundation of reliable research evidence and clear legal rights 	None
2 Advanced	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Widespread awareness and recognition of young carers amongst public, policy makers and professionals ▪ Extensive and reliable research base, and growing ▪ Specific legal rights (national) ▪ Extensive codes and guidance for welfare professionals and national and local strategies ▪ Multiple dedicated services and interventions nationwide 	United Kingdom
3 Intermediate	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Some awareness and recognition of young carers among public, policy makers and professionals ▪ Medium-sized research base, and growing ▪ Partial rights in some regions ▪ Small but developing body of professional guidance ▪ Some dedicated services and interventions, mostly local but a few nationwide 	Australia Norway Sweden
4 Preliminary	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Little public or specialist awareness and recognition of young carers ▪ Limited research base, but growing ▪ No specific legal rights but other laws may be applicable or relevant ▪ Few, if any, dedicated services or interventions at national or local levels 	Austria Germany New Zealand
5 Emerging	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Growing public or specialist awareness and recognition of young carers ▪ Small but growing research base ▪ No specific legal rights but other laws may be applicable or relevant ▪ No specific services or interventions for young carers, but other services might be applicable 	Belgium Ireland Italy Sub-Saharan Africa Switzerland The Netherlands United States
6 Awakening	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Embryonic awareness of young carers as a distinct social group within the «vulnerable children» population 	Greece Finland United Arab Emirates France
7 No response	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No apparent awareness or policy response to young carers as a distinct social group 	All other countries

2.7.1. Contesto italiano

La situazione in Italia è in fase di evoluzione sebbene non vi sia ancora un approfondimento sul tema tale da incentivare l'attenzione delle politiche e degli interventi sociali. Leu e Becker (2017), all'interno della ricerca comparativa appena presentata, inquadrano l'Italia come un paese emergente. È possibile individuare pochi preliminari tentativi di studio e di intervento sociale effettuati nella provincia di Modena, dove è presente una cooperativa sociale (*Anziani e non solo*¹⁷) che, anche grazie alla collaborazione con alcune scuole, ha messo in atto alcune piccole ricerche, alcune collaborazioni europee all'interno del network sui *young carers* e alcuni interventi sociali.

La cooperativa *Anziani e non solo* ha presentato alcuni report di ricerca che, facendo riferimento alla letteratura internazionale, riportano la distinzione tra *young caregivers* e *young adult caregivers* (Boccaletti, 2013, 2014; Aleotti, 2013) ed evidenziano un quadro culturale e legislativo ancora acerbo per recepire e comprendere il fenomeno. Nonostante in Italia la famiglia abbia un ruolo centrale nella cura dei propri membri fragili, non vi sono a disposizione dati e stime ufficiali relative a minorenni, a causa dell'immaginario comune dell'infanzia. Le autrici hanno fatto una ricognizione attraverso dati Istat (*Conciliazione tra lavoro e famiglia* del 2010), affermando che in Italia vi sono 169.000 ragazzi tra i 15 e i 24 anni che svolgono attività di cura. I dati fanno riferimento a giovani che si occupano di adulti o di anziani fragili, senza considerare fratelli o coniugi. Non vi sono però informazioni su bambini e preadolescenti, elemento che denota una sottostima del fenomeno (Boccaletti, 2014). Inoltre non vi sono indicazioni sulle modalità di selezione delle variabili e delle analisi svolte per ottenere questi risultati, cosa che rende incerta l'informazione. Oltre alla presentazione delle stime, le autrici hanno compiuto un'indagine coinvolgendo studenti delle scuole medie inferiori e superiori del Comune di Carpi. L'indagine ha individuato che il 13% (su un campione di 228) è residente con una persona malata o con disabilità, mentre il 19,8% ha dichiarato di prestare attività di cura in modo intenso. La classificazione delle attività di cura è stata svolta per mezzo della scala di misurazione MACA-YC18 (Joseph et al., 2009), di cui si parlerà in seguito.

¹⁷ <https://www.anzianienonsolo.it>

Si rileva particolare attenzione nei confronti dei fratelli e delle sorelle di persone con disabilità (Farinella, 2015) oppure nei confronti di figli di persone con un problema di salute mentale (Buoni, 2018). Pertanto l'attenzione è rivolta solo a sottogruppi di *caregivers* (Leu & Becker, 2017) e, tuttavia, non sempre mette a fuoco lo specifico ruolo del minore nello svolgimento delle attività di cura, poiché maggiormente concentrata nella denuncia o sensibilizzazione di alcune condizioni di fragilità. Talvolta si osserva una sovrapposizione tra il ruolo di *caregiver* e di parente (fratello, nipote, figlio, ecc.) che si trova a vivere la malattia all'interno della famiglia. In considerazione della definizione di *young caregivers* di Becker (2000, 2007), essere figlio o fratello di una persona malata o disabile non significa necessariamente essere *caregiver* poiché vi sono diversi altri fattori che entrano in campo. Nel biennio 2013-2014 la cooperativa ha preso parte ad un progetto internazionale *Erasmus Plus* finanziato dall'UE e denominato "*Toyac Project*¹⁸". Il progetto era dedicato ai *young adult caregivers* e aveva la finalità di promuovere lo scambio di buone pratiche di lavoro sociale tra paesi europei, al fine di condividere riflessioni e modalità di lavoro per combattere l'emarginazione di questo gruppo.

Successivamente, tra il 2015 e il 2017 è stato sviluppato il progetto "*Care2work project*¹⁹", che ha avuto le stesse modalità di finanziamento del precedente, ma con lo scopo di promuovere la conoscenza dei bisogni educativi e formativi dei *young caregivers*, al fine di abbattere il rischio di povertà.

Attualmente la cooperativa è impegnata in un altro progetto europeo "*Psychosocial support for promoting mental health and wellbeing among adolescent young carers in Europe*²⁰". Insieme ad altre associazioni e Università Europee è stata svolta una *survey* in due scuole secondarie di II grado italiane e avviata la progettazione di iniziative di supporto ai *young caregivers*. Tuttavia, essendo il progetto legato alla promozione della resilienza di adolescenti *carers*, i destinatari sono solo ragazzi tra i 15 e i 17 anni. Attualmente i risultati della ricerca e gli esiti del progetto sociale (attivazione di gruppo di supporto alla pari) non sono disponibili.

¹⁸ <http://www.youngadultcarers.eu>

¹⁹ <https://www.care2work.org>

²⁰ <https://me-we.eu>

Per quanto riguarda il tema della salute mentale, è presente un'associazione nazionale "COMIP" (*Children of Mentally Ill Parents*²¹) che si occupa prevalentemente di sensibilizzare al tema della salute mentale connesso a genitori con figli piccoli e di supportare il loro ruolo. Nel sito ufficiale dell'associazione viene presentato il ruolo dei figli di genitori con disturbi psichici come quello dei *young caregivers*. Tuttavia, l'associazione dichiara che le due dimensioni non corrispondono: avere un genitore malato non significa essere *caregivers*. Il lavoro di comunicazione si basa principalmente sulla denuncia dell'isolamento e delle fatiche affrontate dai figli in queste circostanze. Concretamente COMIP offre la possibilità di partecipare ad un gruppo di auto mutuo/aiuto nazionale online dedicato solo ai figli di persone con disturbo, ad attività di *advocacy* e di denuncia per il cambiamento delle leggi e per l'attivazione di politiche; promuove inoltre convegni e corsi di formazione rivolti alle scuole e ai professionisti, nonché la collaborazione con altri network per la realizzazione di iniziative di supporto ai *caregivers* con genitori psichiatrici. La presidente dell'associazione COMIP, Stefania Buoni, si è anche impegnata nella redazione e nella divulgazione, grazie alla collaborazione del Centro Servizi al Volontariato di Terni, di una guida per figli di genitori con disturbi mentali (*Quando mamma o papà hanno qualcosa che non va*²²). Il volume offre una rapida descrizione delle dinamiche familiari e psicologiche nascenti in queste circostanze, ma propone anche una rassegna dei servizi e delle attività esistenti a livello nazionale ed europeo per il sostegno dei figli con genitori malati.

Il progetto "Semola"²³ dell'associazione Contatto Onlus di Milano, opera nell'ambito della salute mentale, avendo attenzione ai partner e ai figli dai 6 ai 16 anni, sebbene non parli apertamente di *young caregivers*. Il progetto promuove attività di prevenzione del rischio di insorgenza di disagio psichico a carico dei familiari.

Infine, dal punto di vista legislativo in Italia non sono ancora presenti normative nazionali a tutela dei *young caregivers* sebbene, come abbiamo osservato, i dati suggeriscano che ce ne sia bisogno.

Pertanto è documentabile un'attivazione esclusiva del settore no-profit, mentre non è ancora arrivato il riconoscimento del fenomeno e non sono presenti legislazioni specifiche. Ne consegue l'assenza di risposte uniformi e specifiche rivolte a quest'area.

²¹ <http://www.comip-italia.org>

²² <https://buonacausa.org/cause/libro-quando-mamma-o-papa-hanno-qualcosa-che-non-va>

²³ <http://www.retisocialinaturali.it/it/p-27/progetto-semola>

Il primo tentativo legislativo proviene dalla Regione Emilia-Romagna, che nel 2017 ha deliberato in favore dei *caregivers* familiari, inserendo alcuni riferimenti ai giovani *caregivers*. La delibera del 16/6/2017 n° 858, promuove interventi in rete tra i servizi socio-sanitari per conseguire benessere per coloro che si occupano di un familiare malato per molte ore al giorno. Nello specifico essa introduce il tema dei giovani *caregiver*, con particolare attenzione al mondo scolastico: *“Laddove i servizi territoriali vengano a conoscenza di situazioni di particolare fragilità procedono a una valutazione specifica del caso e attivano eventuali interventi di supporto (es. giovani caregiver che, per l’impegno di cura che si trovano a sostenere, possono avere difficoltà a livello scolastico e di vita sociale. A tal fine, possono anche essere promossi raccordi con le scuole per sostenere lo studente che abbia un ruolo di caregiver familiare attraverso la personalizzazione del piano di studi elaborato dal consiglio di classe (L. 53/2003 art. 2 co. 1)”*.

Inoltre, la delibera richiede alle istituzioni scolastiche di riconoscere e di valorizzare il ruolo di *caregivers* attribuendo i crediti formativi: *“Nel caso di giovani caregiver che frequentano le scuole, le istituzioni scolastiche potranno valutare la possibilità di valorizzare lo status di caregiver ai sensi della normativa vigente in materia di crediti formativi”*.

A causa del mancato riconoscimento collettivo e nazionale del fenomeno e di una definizione univoca, la Regione si riferisce con il termine “giovani *caregivers*” a tutti coloro che svolgono attività di cura tra i 15 e i 24 anni, da un lato non riconoscendo la possibilità che bambini e preadolescenti possano essere impegnati in casa; dall’altro invece unificando i due fenomeni individuati in letteratura: “*young caregivers*” (minorenni) e “*young adult caregivers*” (18- 24 anni).

Per quanto riguarda invece le stime del fenomeno in Italia, risulta complicato avere informazioni chiare a causa dell’assenza del riconoscimento sociale e giuridico. Le uniche informazioni disponibili sono connesse alla presenza di una persona con problemi di salute mentale in famiglia, all’inserimento lavorativo o all’impegno formativo dei giovani.

L’Istat, nel comunicato stampa del 26 Luglio del 2018²⁴, ha annunciato i dati relativi all’incidenza dei problemi di salute mentale in Italia: nel 2015 sono stati stimati più di 2,8 milioni di persone (15 anni e più) che hanno sofferto o soffrono di depressione.

I dati offerti da “*Garanzia Giovani*”²⁵ (programma del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali per incentivare l’occupazione e la formazione giovanile), evidenziano il problema

²⁴ <https://www.istat.it/it/archivio/219807>

²⁵ <http://www.garanziaiovani.gov.it/Pagine/default.aspx>

dei NEET (*Not in Employment, Education and Training*): si tratta di giovani tra i 15 e i 29 anni non impegnati in percorsi formativi e non inseriti nel mondo del lavoro. Secondo i dati di “*Garanzia Giovani*” del 2012, il 28,9% delle famiglie possiede almeno un membro giovane non impegnato e il 12,7% ne ha più di uno. La maggioranza dei NEET sono donne (53,6% contro il 46,4% degli uomini), ma tale polarizzazione è giustificata dallo svolgimento di attività di cura in famiglia.

Queste informazioni ci portano pertanto a supporre la presenza significativa di *young caregivers* e *young adult caregivers* anche in Italia.

Infine, l’unico articolo accademico che discute il tema è individuabile nell’area “minori e famiglie”. Si tratta di uno studio volto ad approfondire le prassi di lavoro sociale nell’ambito dell’“*affido partecipativo*”, che ha messo in rilievo la necessità di coinvolgere attivamente nel procedimento i “*fratelli affidatari*”. Il loro delicato ruolo viene circoscritto come quello di un *caregivers*, avendo la funzione di permettere una migliore comunicazione e comprensione tra genitori affidatari e minore accolto dalla famiglia (Raineri et al., 2018). Sebbene si tratti di una prima concettualizzazione italiana, permane comunque l’assenza di un reale riconoscimento e studio del fenomeno.

3. *Participatory research*

In questo capitolo si affronterà dal punto di vista teorico il tema della *ricerca partecipativa* (Aldridge, 2015; Cornwall et al., 1995; Cornwall & Jewkes, 2010; Littlechild & Tanner, 2015), modello di ricerca sperimentato nel *social work* e utilizzato per rafforzare il disegno di ricerca, presentato nel cap. 4.

La *ricerca partecipativa* viene definita come modello particolarmente indicato per studiare fenomeni legati all'area della vulnerabilità e di coloro che sono "*hard to reach*", ovvero difficili da raggiungere (Aldridge, 2015) proprio a causa della loro condizione, come i *young caregivers*.

Il punto di forza del modello è quello di "*giving the voice to the voiceless*" (Thomson, 2009) trasformando l'"oggetto di ricerca" in attore della ricerca stessa e coinvolgendolo attivamente nel processo di lavoro, solitamente prerogativa esclusiva dei ricercatori. Data la centralità del loro ruolo, le persone vengono definite come co-ricercatori appartenenti ad un gruppo di ricerca, anche definito *gruppo guida* (Panciroli, 2019). Il loro contributo permette sia di ottenere una migliore conoscenza del fenomeno sia di promuovere un reale cambiamento sociale a più livelli.

Vista la particolare natura del tema di ricerca e l'esigenza di raggiungere un buon livello di conoscenza, l'approccio partecipativo è stato associato ad un disegno di ricerca *mixed methods*. Questa connessione avvia delle influenze tra ricerca in *social work* e ricerca sociale, con particolari ricadute della prima sulla seconda.

3.1. La ricerca partecipativa: un breve inquadramento teorico

In letteratura è possibile individuare molteplici definizioni della *ricerca partecipativa*, le quali tuttavia hanno in comune un nodo centrale: *il coinvolgimento dell'oggetto di studio per la produzione della conoscenza*. Le varie applicazioni esistenti possono portare alla realizzazione di metodologie di lavoro con diverse modalità a seconda del background del ricercatore e delle esigenze di ricerca. Per questo motivo è possibile riscontrare diciture quali: *participatory research*, *emancipatory research*, *participatory action research* e *user led research* (Braye et al., 2013). In particolare, la *participatory research* viene spesso

equiparata alla *participatory action research* sebbene esse presentino caratteristiche peculiari.

“Although the terms ‘participatory research’ and ‘participatory action research’ are often conflated or are used interchangeably at times, the former is a somewhat broad umbrella under which a number of participatory, collaborative or inclusive research methods and approaches are located.” (Aldridge, 2015; p. 27)

Come si vedrà meglio a breve, i due modelli pongono l’attenzione primaria su due focus differenti: il primo punta sia alla conoscenza che al cambiamento sociale, mentre il secondo punta principalmente al cambiamento sociale, sia interno al gruppo sia nella comunità (Aldridge, 2015).

Tuttavia, per potere comprendere le caratteristiche specifiche della *ricerca partecipativa* è necessario partire dai tentativi teorici di definizione. Innanzitutto la *ricerca partecipativa* non può essere considerata come un metodo di ricerca di tipo qualitativo o quantitativo. Abma et al. (2019) definiscono la ricerca partecipativa come un approccio alla ricerca stessa poiché questa consiste in un processo relazionale dove nuove conoscenze sono prodotte in modo collettivo. Inoltre, mentre è in corso di svolgimento o in fase di chiusura, ha come esito la propensione all’azione o al cambiamento sociale nel tessuto in cui essa agisce. Il coinvolgimento attivo del cosiddetto “oggetto di ricerca” nel processo decisionale e nelle fasi consecutive risulta essere la chiave di comprensione di questo modello. Le persone che hanno esperienza del fenomeno contribuiscono alla scelta dell’area di interesse, del problema della ricerca e delle modalità per raccogliere le informazioni, all’elaborazione dei dati e infine alla loro diffusione (Abma et al., 2019). Inoltre Narayan (1996) definisce la *ricerca partecipativa* come un modello *non convenzionale* di ricerca poiché nella *ricerca convenzionale* il ricercatore è un esperto che si interfaccia in modo uni-direzionale al fenomeno da studiare, ovvero individuando tutte le strategie necessarie per conoscerlo; infatti nella *ricerca convenzionale* il coinvolgimento dell’“oggetto di ricerca” è previsto attraverso la rilevazione delle informazioni e la restituzione dei risultati (Narayan, 1996). La *ricerca non convenzionale* invece prevede lo sviluppo di una relazione tra ricercatore e “oggetto di ricerca”, il quale diviene pertanto un *soggetto attivo* messo nelle condizioni di esprimere la propria *agency* (Archer, 2003; Giddens, 1990). Il suo coinvolgimento avviene perché si riconosce che coloro che sperimentano la situazione da studiare sono detentori di un *sapere esperienziale*, ovvero un *sapere soggettivo* derivante dall’esperienza di vita

(Beresford, 2010), capace di contribuire significativamente al processo di ricerca. Le persone apprendono dall'esperienza di vita, riuscendone anche a trarne degli insegnamenti utili, grazie proprio a quelle condizioni di svantaggio che spingono alla ricerca di strategie risolutive (Raineri, 2011). Tale *sapere esperienziale* viene considerato centrale ma allo stesso tempo alla pari del *sapere tecnico* posseduto dal ricercatore. In tal senso la *ricerca partecipativa* promuove una relazione basata sulla reciprocità tra ricercatore e soggetto, partendo dalla condivisione di informazioni esperienziali e tecniche necessarie alla realizzazione della ricerca stessa. Per concretizzare questo scambio reciproco il soggetto non viene coinvolto solamente nella fase della rilevazione delle informazioni, come avviene nelle ricerche *convenzionali*, bensì lungo tutto il percorso della ricerca. In questa ottica i soggetti divengono a tutti gli effetti dei co-ricercatori (Cornwall et al., 1995; Lushey & Munro, 2015; Redmond, 2005)

I co-ricercatori sono coloro che, avendo esperienza nel campo da studiare, si mettono a disposizione per ragionare e confrontarsi con i ricercatori al fine di strutturare e realizzare la ricerca (*ibidem*). Questa condivisione promuove uno spazio di reciproco apprendimento (Abma et al., 2009).

Per consentire l'incontro dei due *saperi*, il ricercatore e i co-ricercatori dovranno collaborare insieme costituendo un gruppo di lavoro. All'interno del gruppo le relazioni avvengono su un piano di parità nell'affrontare il tema di studio, cosa che consente una reale condivisione e un reciproco scambio a partire dalle esperienze e competenze di ciascuno: esperienze di vita ed esperienze tecniche e metodologiche sulla ricerca (Ramon et al., 2019; Smith, 2008).

Per valorizzare la specificità del lavoro di gruppo nelle *ricerche partecipative*, esso viene definito come "*gruppo guida*", enfatizzando la dimensione di reciprocità che scaturisce dall'interazione tra i membri (Panciroli, 2019), oppure come "*steering group*" (Stevenson, 2014).

Il ricercatore all'interno del gruppo guida ha la funzione di facilitare (Panciroli, 2019) lo scambio alla pari, per favorire un lavoro proficuo per la ricerca. Tuttavia a lui rimane la responsabilità scientifica poiché comunque si dovrà preoccupare di garantire la correttezza rispetto alla metodologia e ai risultati (Aldridge, 2015; Beebejaun et al., 2014).

3.1.1. Basi teoriche del modello

La *ricerca partecipativa* ha visto un notevole sviluppo durante gli anni '70. Come già detto, vi sono state notevoli applicazioni che hanno portato alla definizione di modelli diversi. In particolare le basi teoriche del modello derivano dalla *ricerca-azione*, il *Critical Social Work* (Dominelli, 2002; Thompson, 2016) e i *movimenti degli utenti* (Barnes, 1999; Beresford, 2000). Peraltro proprio dagli studi di genere, in particolare da quelli che hanno messo a fuoco la questione di potere e l'oppressione strutturale, è stata sviluppata un'applicazione del *social work* (Maguire, 1987).

Sebbene vi siano delle affinità tra i concetti e il significato semantico delle parole, il modello partecipativo della ricerca non coincide con la ricerca-azione (Aldridge, 2015; Pinter & Zandian, 2015; Stevenson, 2014; Thiollent, 2011). Anche se entrambe hanno in comune la propensione al cambiamento sociale e al coinvolgimento di chi vive il problema, la *ricerca-azione* nasce con l'esigenza di offrire l'opportunità al ricercatore di avvicinarsi maggiormente al campo di studio potendo portare dei cambiamenti nel contesto stesso. La ricerca pertanto viene considerata come mezzo per promuovere una trasformazione utile alla risoluzione dei problemi sociali studiati. La sua rappresentazione consiste nell'immagine di una spirale circolare per raffigurare il processo di conoscenza del fenomeno incrementata grazie alla collaborazione delle persone coinvolte nello stesso; questo processo permette di progettare interventi sociali per modificare la situazione problematica. Il focus della *ricerca-azione* è dunque quello di conoscere il campo, valutare la possibilità di apportare dei cambiamenti, introdurre dei miglioramenti, valutare le azioni messe in campo. Successivamente è possibile procedere con nuove azioni, per poi ripetere eventualmente il processo, come in una spirale (Lewin, 1946).

Nonostante condividano la propensione al cambiamento e il coinvolgimento dei protagonisti degli studi, è possibile individuare delle peculiarità della *ricerca partecipativa* che la distinguono dalla *ricerca-azione*. La ricerca partecipativa vuole studiare i fenomeni e non necessariamente il cambiamento (Panciroli, 2019).

Il *Critical Social Work* affonda le sue origini nei movimenti volti alla promozione di un *lavoro sociale anti-oppressivo e anti-discriminatorio* attento a non perpetuare le disuguaglianze strutturali della società. Alla base di questo paradigma furono di riferimento i *movimenti femministi* (Dominelli, 2004) e *anti-razzisti* (Dominelli, 2002). Fino a quel momento il servizio sociale era impostato su una logica paternalistica e basato sulla convinzione che i problemi sociali delle persone fossero determinati solamente da loro condizioni psicologiche. Ne conseguivano interventi dettati dall'esigenza di comprendere

oggettivamente le fragilità delle persone per poi attivare delle soluzioni partendo unicamente dalle conoscenze e dalle abilità del professionista. La tendenza pertanto era di promuovere un adattamento sociale e psicologico del soggetto secondo la personale costruzione sociale della realtà dell'operatore. La valorizzazione delle abilità esclusive del professionista sottolineava la natura manchevole degli utenti, generando un contesto di aiuto che perpetuava le disuguaglianze e le oppressioni presenti nella società. Il *Critical Social Work* tende da un lato ad evidenziare le disuguaglianze strutturali e dall'altro anche a un cambiamento sociale: proprio in queste sue tendenze è possibile individuare le connessioni con la *ricerca partecipativa*. Come nelle pratiche sociali, anche nella ricerca si evidenzia una relazione di potere sbilanciata tra ricercatore e oggetto di ricerca: il ruolo principale del ricercatore nei confronti degli intervistati, che occupano una posizione subordinata al ricercatore, potrebbe generare degli squilibri perpetuando le disuguaglianze e l'oppressione strutturale (Adams et al., 2009; Butler, 2002; Dominelli & Holloway, 2006; Mertens & Ginsberg, 2008; Rogers, 2012). Per ovviare a questo problema, la *ricerca partecipativa* riconosce e mette in pratica i principi di emancipazione e trasformazione sociale, tipici del *Critical Social Work* (Butler, 2003). La *produzione democratica del sapere* (Ponic et al., 2010; Shaw, 2008) tra ricercatore e *co-ricercatore* permette concretamente di condividere il potere (Bloor, 2010), ovviando al problema iniziale. Non solo, la produzione del sapere condiviso diviene la base di partenza per l'agire dei co-ricercatori per modificare la propria situazione e quella altrui (Dominelli, 2002), come nel *Critical Social Work*.

In questo senso la *ricerca partecipativa* è un modello di ricerca *non convenzionale*: la collaborazione tra ricercatori e co-ricercatori per produrre un sapere condiviso ridefinisce le dinamiche di potere instaurate tra chi produce conoscenza e chi vive il problema. Non solo, ma restituisce dignità e responsabilità a coloro che vivono situazioni di vulnerabilità e di fragilità, poiché viene data loro l'opportunità di essere considerati alla pari in processi di produzione di conoscenza. Infine, favorisce l'agire dei co-ricercatori per apportare dei cambiamenti nelle loro vite e nei loro gruppi sociali (Strier, 2007). Il cambiamento viene promosso anche grazie al sapere condiviso emergente, che è frutto di un linguaggio condiviso accessibile anche nel discorso pubblico e non solo al mondo accademico, favorendo i cambiamenti anche a livello macro (Pancioli, 2019).

Dal *movimento degli utenti* nasce la *user-led research* (Warren, 2007a), ovvero svolta interamente da utenti dei servizi sociali. Questa tipologia di ricerca si è sviluppata a cavallo tra gli anni Novanta e il nuovo millennio con l'obiettivo di valutare i servizi sociali. La ricerca convenzionale in questo campo ha presentato dei limiti, dettati dall'impossibilità di

riuscire a descrivere in modo completo e imparziale il servizio, anche perché influenzati dalla costruzione sociale della disabilità e delle vulnerabilità che i servizi stessi possedevano. L'asimmetria tra la posizione del ricercatore e quella dell'utente amplifica la produzione di risultati imparziali. La *user-led research* consente di offrire descrizioni e informazioni più credibili e ha il potere di influenzare maggiormente l'agenda politica. La partecipazione esclusiva degli utenti determina l'emersione di *empowerment*, capace di far sentire alle persone di avere le capacità e le possibilità di promuovere il cambiamento sociale. Questa tipologia di ricerca viene considerata sia appartenente al filone della ricerca partecipativa, perché prevede il massimo grado di partecipazione dei co-ricercatori (Aldridge, 2015), sia come modello di ricerca a se stante poiché deriva dall'esigenza di persone non esperte di approfondire temi che le riguardano (Turner et al., 2005).

Dal *movimento degli utenti* la “*user-led research*” acquisisce i principi e le modalità concrete di lavoro. I movimenti degli utenti nascono negli anni Cinquanta e hanno raggiunto l'apice del loro sviluppo negli anni Ottanta, in particolare nell'ambito della salute mentale. L'elemento centrale su cui i *movimenti degli utenti* hanno costituito il loro lavoro è di essere composti da utenti e non di essere “per o con” utenti. Questa caratteristica permette di enfatizzare la partecipazione degli utenti all'organizzazione dei servizi socio-sanitari, poiché viene data loro “voce” nei processi decisionali e nelle ricerche per valutare o migliorare i servizi in cui sono in cura. I movimenti hanno evidenziato come la partecipazione degli utenti contribuisca ad attribuire loro un ruolo di soggetti attivi che possiedono abilità utili alla società; non solo, ma ne viene incrementata anche la consapevolezza di questa capacità. Si riconosce dunque che le persone, seppur malate o fragili, possiedono le capacità e le risorse necessarie all'autodeterminazione e all'autonomia, nonché la dignità (Panciroli, 2019).

3.1.2. Quando e perché usare la ricerca partecipativa

La *ricerca partecipativa* riduce la distanza tra ricercatore e soggetto favorendo una descrizione del fenomeno nella modalità più vicina possibile alla realtà. In letteratura la *ricerca partecipativa* viene definita come modalità utile per lavorare con coloro che generalmente sono *hard to reach* (Aldridge, 2015), ovvero difficili da raggiungere a causa delle condizioni di vulnerabilità in cui vivono. Per questo motivo la sua applicazione è particolarmente comune nell'ambito del *social work* (Fern, 2011; Fleming et al., 2014), il quale pone la sua *mission* nel fronteggiare problemi di persone che vertono in questa

situazione. In letteratura è possibile individuare molteplici applicazioni in ambiti delicati e riferiti a fragilità di diverso tipo. Alcuni esempi sono: persone con disabilità (Atkinson, 2005; Stevenson, 2014), anziani (Ross et al., 2005), anche affetti da demenza (Bartlett et al., 2015; Tanner, 2012), persone immigrate (Bertozzi, 2010) o rifugiati (Ponzoni, 2016), minoranze etniche (Maiter et al., 2013), anziani affetti da demenza (Avancini, 2019a, 2019b), persone che vivono in condizioni di povertà economica e/o senza fissa dimora (Collins, 2005; Panciroli, 2019), vittime di violenza di genere (Aldridge, 2015), persone e familiari connessi ad una malattia terminale (Hockley et al., 2013), bambini e ragazzi (Checkoway, 2011; Perry et al., 2012; Pinter & Zandian, 2015; Thomson, 2009).

Il coinvolgimento di coloro che possiedono queste caratteristiche conduce a problemi legati alla gestione del processo di ricerca, a questioni etiche derivanti dall'individuazione del tema di ricerca, dalla formulazione del disegno di ricerca, dall'interpretazione dei risultati e dalla loro divulgazione. Altri dilemmi scaturiscono anche dalle modalità e dall'approccio utilizzato dal ricercatore con persone vulnerabili. Aldridge (2015) afferma che ciò che sembra avere rilevanza sono le modalità del ricercatore nel promuovere la reciprocità e la mutualità tra i co-ricercatori. Talvolta il ricercatore potrebbe incorrere il rischio di assumere un atteggiamento cauto durante l'esposizione dei risultati a seguito del lavoro intenso svolto con persone vulnerabili (Abma et al., 2019). Tuttavia, per risolvere i dilemmi generati dal coinvolgimento di persone vulnerabili, risulta necessario procedere con una riflessione rispetto al concetto di vulnerabilità. La sua definizione può avere diverse sfumature e significati che variano a seconda del contesto a cui si riferisce. Moore et al. (1999) definiscono la vulnerabilità sociale come fattore derivante da condizioni personali che non favoriscono l'espressione dell'autonomia e dell'indipendenza. Larkin (2009) invece specifica che la sua definizione può variare a seconda del contesto in cui viene usata: nell'ambito sociale e sanitario indica una condizione di danno o di rischio di danno che genera maggiori bisogni. Per giungere a una definizione che rispecchi la percezione di tutte le persone coinvolte nella ricerca, è necessario condividerla con i co-ricercatori. Questi ultimi a loro volta possiedono una visione della loro situazione non sempre aderente a quella del ricercatore e presente nel discorso pubblico. Non solo, molto spesso la loro idea di vulnerabilità è associata anche alla resilienza, lontana da una visione negativa di sé stessi. Inoltre, la percezione che il ricercatore ha delle persone vulnerabili coinvolte potrebbe modificarsi favorendo anche una diversa percezione della vulnerabilità stessa.

“[...]what is important is that research participants themselves are not put at further risk of harm or their vulnerability is not exacerbated by research processes, and that researchers and institutions are equally protected.” (Aldridge, 2014; p.124)

Il ricercatore deve perciò mettere in atto azioni volte a tutelare il loro lavoro, la loro dignità evitando di trasformare le loro caratteristiche in elemento “scenico” per attirare l’attenzione sulla ricerca o, come viene definito in letteratura, in un “*coinvolgimento di facciata*” (Aldridge, 2015; Bergold & Thomas, 2012). Chiaramente tutto ciò richiede molto impegno e tempo per progettare attentamente i passaggi per adempiere questo compito. Tuttavia ciò potrebbe diventare la scusa per non coinvolgere mai i soggetti vulnerabili oppure per optare verso altri modelli di ricerca, continuando quindi a perpetuare la marginalizzazione di questi gruppi sociali (Aldridge, 2015). Non solo, anche cercando di evitare questo problema, si potrebbe incappare nella tendenza opposta dell’ “*eccessiva approssimazione metodologica*”. Il ricercatore per soddisfare i desideri dei co-ricercatori rischia di non tenere più sotto controllo la parte metodologica che gli compete, incappando in errori che compromettono la ricerca (Carey, 2011). Oppure il ricercatore potrebbe prevedere il coinvolgimento dei co-ricercatori allo scopo di indirizzarli verso un cambiamento specifico da lui previsto. I co-ricercatori, d’altra parte, potrebbero partecipare solo per ricevere un’eventuale retribuzione o per ottenere altro in cambio. Questo effetto viene chiamato “*la partecipazione come tiranna*” (Cooke & Kothari, 2001). Infine, un’altra “*trappola della partecipazione*” (Panciroli, 2019) potrebbe essere costituita dal non considerare i co-ricercatori all’altezza del processo di ricerca. Il ricercatore dovrebbe verificare che vi siano tutte le condizioni necessarie per fornire ai partecipanti gli strumenti per poter intervenire effettivamente nella ricerca (Faulkner, 2004).

Il ricercatore pertanto ha il compito di favorire la reale partecipazione dei co-ricercatori mettendo in atto tutte le azioni necessarie per ovviare al problema dell’asimmetria di potere che potrebbe determinarsi nel *gruppo guida*. Quanto più si realizzerà un percorso dialogico basato sul continuo confronto e crescita reciproca di tutti i membri del gruppo (compreso il ricercatore), tanto più si potrà realizzare una ricerca effettivamente basata sulla partecipazione.

Grazie al lavoro del *gruppo guida*, il ricercatore sicuramente comprenderà maggiormente il fenomeno che studia, approfondendo elementi e sfumature che non sempre è possibile cogliere all’inizio della ricerca. Allo stesso tempo vi sono degli effetti positivi a favore dei

co-ricercatori che sono da considerare quando si decide di realizzare una *ricerca partecipativa*. Panciroli (2019) ne identifica alcuni che variano dall'acquisizione di nuove competenze alla ricerca di effettive soluzioni per il cambiamento. La collaborazione con il ricercatore all'interno del *gruppo guida* permette *l'acquisizione di nozioni sulla ricerca e sulla metodologia* (Bell, 2013). Non solo, ma il lavoro in gruppo permette di sviluppare *abilità relazionali* anche con persone con caratteristiche diverse. Inoltre avviene un'acquisizione di nuove conoscenze anche rispetto al tema di studio. L'incontro e il confronto all'interno del *gruppo guida* genera la condivisione di nuove informazioni anche su questioni che i singoli membri conoscono in prima persona (Aldridge, 2015; Bertozzi, 2010; McLaughlin, 2006). Questo confronto e la partecipazione attiva alla ricerca generano due effetti: la possibilità di *rileggere la propria storia* e quella di sperimentare *processi di empowerment*. Con la prima si intende il cambio di prospettiva che i co-ricercatori affrontano nel narrare e confrontarsi con altri sulla propria storia. Il confronto permette di osservare e cogliere degli aspetti positivi e delle nuove modalità per affrontare la quotidianità (Narayan, 1996). La variata prospettiva assunta rispetto alla storia personale avvia a sua volta la scoperta di una consapevolezza e un rinforzo delle proprie capacità e della propria autostima, che mette i co-ricercatori nella condizione di sentirsi in grado e di avere il potere per generare un cambiamento sia nella propria vita che nel gruppo sociale a cui appartengono (Bergold & Thomas, 2012; Faulkner, 2004). Infine, questo processo di *empowerment* spinge le persone ad attivarsi per il cambiamento, fino ad avviare movimenti emancipatori (Warren, 2007a) e di *auto-advocacy* (Calcaterra, 2014; Fleming, 2011).

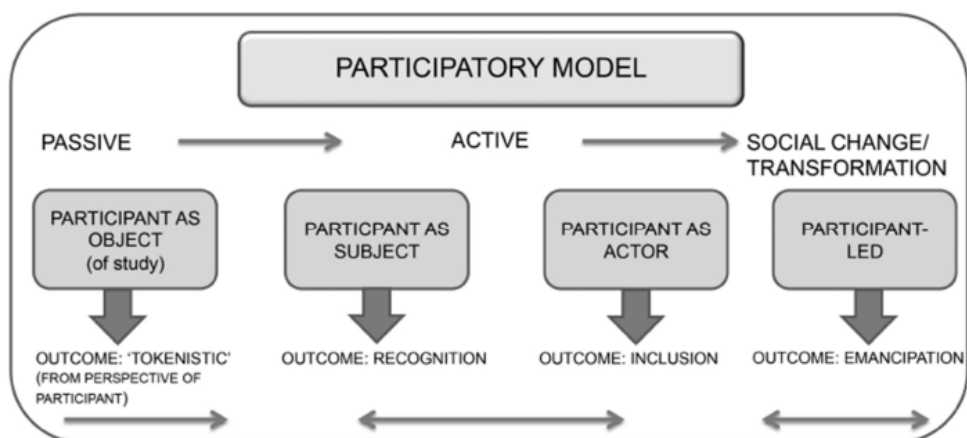
In sintesi, il ricercatore deve essere consapevole sia delle *trappole* che degli *effetti* della *ricerca partecipativa* al fine di promuovere la tutela della ricerca ma anche dei co-ricercatori.

3.2. Participatory Model

Nella letteratura sulla *ricerca partecipativa* sono descritti diversi livelli di ingaggio dei co-ricercatori, che vanno da un grado minimo a uno massimo di partecipazione (Amestein, 1979; Hart, 1992, 2008; Warren, 2007a; Wilcox, 1994) e possono presentare differenti caratteristiche (Abma et al., 2009).

Data la complessità di definire diversi livelli e modalità di lavoro, Aldridge (2015) propone un "*participatory model*" per individuare le possibili combinazioni.

Figura 3.1 - Participatory Model (pag. 157, Aldridge, 2015)



Per il ricercatore che si accosti alla ricerca partecipativa è assai importante la consapevolezza del processo di ricerca per poterlo affrontare al meglio. Nella Figura 3.1 è possibile osservare il *continuum* di 4 livelli di partecipazione: *participant as object*, *participant as subject*, *participant as actor*, *participant -led*.

Il livello *participant as object* consiste nel livello minimo di partecipazione dei co-ricercatori, i quali tuttavia vengono considerati più che altro “oggetto di studio” poiché il ricercatore ha la massima gestione della ricerca, lasciando loro un ruolo passivo. In questa fase i partecipanti hanno un ruolo di facciata ma concretamente non contribuiscono al processo di ricerca. Per questa ragione Aldridge parla di una ricerca di tipo *researcher-led* enfatizzando il ruolo centrale del ricercatore e non del *gruppo guida*. Con questo tipo di strutturazione è difficile ingaggiare coloro che sono più marginalizzati ed esclusi, con il risultato che ne è limitato l’effetto stesso della ricerca. La presenza dei partecipanti risulta essere un *token*, di conseguenza le possibilità di generare un cambiamento personale o sociale sono estremamente ridotte. A causa di tale impostazione alcuni autori concordano nel voler escludere questo livello dal modello (Aldridge, 2015; Bergold & Thomas, 2012; Cook, 2012).

Successivamente è possibile individuare il livello *participant as subject*, in cui i partecipanti cambiano il proprio ruolo da oggetto a soggetto, sebbene il ricercatore conduca in maniera esclusiva il processo di ricerca *in toto*. Per tale ragione Aldridge definisce nel seguente modo il presente livello:

“*Researcher-led but recognition of participants as individuals (but not actors)*”. (Aldridge, 2015; p.157).

Il lavoro di consultazione dei partecipanti può produrre un cambiamento sociale, il quale però dipende dal ricercatore e non dal *gruppo guida*. Per tale ragione vi è il rischio che i partecipanti più vulnerabili non siano presi in considerazione o che i loro bisogni rimangano ignorati.

Il livello *participant as actor* possiede un equilibrio tra *researcher-led* e *user-led* nella realizzazione della ricerca. La loro collaborazione si realizza effettivamente grazie al riconoscimento dell'importanza di ciascuno, senza che sia sovrastata la voce del ricercatore o quella dei partecipanti. I partecipanti ricoprono effettivamente il ruolo di co-ricercatori: ciò significa che non si deve necessariamente prevedere il loro intervento in ogni fase, ma che è possibile programmare fasi più intense e fasi più di consultazione e di informazione. A questo livello è possibile osservare come *outcomes* un reale cambiamento sociale e personale, anche perché è possibile coinvolgere persone più vulnerabili e marginalizzate (Panciroli, 2019).

Infine, il massimo livello di partecipazione è *participant-led*, ovvero l'opposto di *researcher-led*. La sua principale peculiarità consiste nella centralità del ruolo dei co-ricercatori, i quali svolgono esclusivamente e in modo autonomo la ricerca escludendo il ricercatore (Bergold & Thomas, 2012). Come afferma Aldridge, il cambiamento diviene la chiave di volta che orienta il percorso di ricerca, che ha come *outcomes* l'avvio di percorsi di emancipazione dei partecipanti e di tutto il gruppo sociale. Vista la totale libertà d'azione, a questo livello è possibile ingaggiare tutti coloro che vertono in situazione di estrema vulnerabilità e oppressione. In genere queste ricerche sono l'esito di movimenti di utenti che acclamano l'emancipazione e che avviano percorsi di *auto-advocacy* (Beresford, 2010; Calcaterra, 2014; Warren, 2007a).

3.3. Le fasi della ricerca partecipativa

Come nella ricerca convenzionale, anche nella ricerca partecipativa si possono individuare diverse fasi del processo di lavoro. Le fasi che verranno di seguito presentate non devono essere considerate come una procedura, tanto che nella realtà possono essere attuate con una sequenza variabile, a seconda del contesto e delle esigenze di tutte le parti chiamate in gioco. La realizzazione di queste fasi, in base al "*participatory model*", corrisponde al livello in cui ricercatori e co-ricercatori collaborano insieme, ovvero quello del "*participant as actor*". Tuttavia nelle ricerche non sempre è possibile individuare tutte le fasi che verranno

presentate di seguito. Inoltre la dimensione grupppale non è sempre presente, ma alcune ricerche prevedono il coinvolgimento dei co-ricercatori singolarmente.

Nelle ricerche partecipative viene data molta enfasi al processo e non solo alla metodologia di lavoro e ai risultati, poiché risulta cruciale una partecipazione attiva dei co-ricercatori in cui si eviti la “*trappola*” della partecipazione solo di facciata (Panciroli, 2019).

Le fasi che verranno affrontate a breve si basano sulla proposta di Panciroli (2019) e consistono in:

1. Definizione della domanda di ricerca iniziale
2. Costituzione del gruppo guida
3. Primi incontri e ridefinizione della domanda di ricerca
4. Formazione del gruppo guida sul tema della ricerca sociale e sui possibili strumenti di ricerca
5. Scelta e costruzione degli strumenti di ricerca
6. Definizione del campione
7. Rilevazione dei dati
8. Analisi dei dati
9. Diffusione dei dati

3.3.1. Definizione della domanda di ricerca iniziale

La formulazione della domanda di ricerca può essere definita e sviluppata a partire da desideri e interessi personali o di studio, oppure può derivare dalla richiesta di un committente o di un gruppo di ricerca. Per poter connettere le esigenze iniziali con quelle della *ricerca partecipativa* è necessario formulare una domanda abbastanza ampia e generale. Per poter sviluppare un processo di reale partecipazione, la domanda dovrà essere discussa e ridefinita dal *gruppo guida*: quest’ultimo infatti necessita di una finalità condivisa che orienti la riflessione e l’azione (Panciroli, 2019).

Per garantire questa possibilità ai co-ricercatori, il ricercatore dovrà chiarire all’eventuale committente o gruppo di ricerca che questa domanda è flessibile e suscettibile delle modifiche necessarie per favorire un ampio grado di partecipazione. In letteratura questo passaggio viene definito delicato poiché non tutti i committenti sono disponibili a negoziare (Faulkner, 2004; Krishnaswamy, 2004). Inoltre, per lo stesso motivo si dovrà avere una certa flessibilità rispetto alla costruzione del disegno di ricerca, poiché in relazione alle scelte e alle esigenze del *gruppo guida* potrà essere oggetto di modifiche.

“Before a Participatory Research project is started, the research partners (researchers and community members) must have a clear understanding of the broader goals of the research project. It is also important to clarify the goals of the researcher, and how these relate to the goals of potential partners from the community. Without a clear sense of what the research project is trying to accomplish, it will be difficult to design a practical and effective Participatory Research project”. (Kirshnaswamy, 2004; p.2)

Il ricercatore in procinto di avviare una *ricerca partecipativa* è tenuto a chiarire sin da subito quali caratteristiche ed esigenze essa presenti in modo da avere la certezza di poter agire nell’interesse dei principi che la ricerca rappresenta.

3.3.2. Costituzione del gruppo guida

Per lavorare secondo l’approccio partecipativo alla ricerca, il ricercatore dovrà costituire un gruppo di lavoro al quale prenderanno parte coloro che vengono definiti come co-ricercatori (Cornwall et al., 1995; Redmond, 2005). Il gruppo ha la funzione di orientare e guidare concretamente la ricerca nelle varie fasi operative.

In letteratura esistono diverse definizioni: *gruppo guida* (Panciroli, 2019), *steering group* (Stevenson, 2014) o *research advisory group* (Maiter et al., 2012). Queste “etichette” pongono il focus sul lavoro congiunto tra ricercatore e co-ricercatore. Tuttavia viene privilegiata la definizione di *gruppo guida* poiché essa evidenzia maggiormente la dimensione di condivisione delle responsabilità sul processo di ricerca. Il gruppo è uno spazio all’interno del quale si sviluppano relazioni alla pari tra i membri, promuovendo uno scambio significativo tra *sapere tecnico* e *sapere esperienziale*. Si osserva una maggiore attenzione alla costruzione di un buon clima, ma anche di pratiche concrete volte a realizzare la partecipazione e la collaborazione effettiva.

I membri del gruppo saranno individuati in base a qualche attinenza alla domanda di ricerca o al tema di ricerca. Come affermato precedentemente, i co-ricercatori sono coloro che hanno sperimentato il tema oggetto di studio. In alcuni casi potrebbe trattarsi di chi vive o ha vissuto in passato il problema, ma potrebbero essere anche coloro che per attinenza professionale sono entrati in contatto direttamente o indirettamente con il tema. Per tale ragione in letteratura le esperienze si riferiscono alla costituzione sia di gruppi omogenei sia di gruppi eterogenei (Fleming et al., 2014; Shaw, 2005), i quali possono offrire maggiori punti di vista.

I co-ricercatori vengono ingaggiati rispetto alla motivazione e all'interesse a prendere parte alla ricerca: perciò è necessario dare loro le informazioni necessarie per valutarne la disponibilità. Inoltre le persone interessate dovranno condividere la disponibilità di tempo da dedicare alla ricerca, oltreché accettare di lavorare in gruppo su un tema specifico. Un elemento cruciale evidenziato dalla letteratura consiste nella retribuzione economica dei co-ricercatori per ricompensare il lavoro sia in termini di tempo sia in termini di competenze messe a disposizione (Faulkner, 2004). Quando viene impostata una *ricerca partecipativa* è da considerare questo fattore al fine di formulare un piano di lavoro che tenga in conto anche gli aspetti economici.

Le modalità di individuazione dei co-ricercatori possono essere le più varie poiché gli aspetti da tenere sotto controllo dal punto di vista metodologico sono connessi all'aver sperimentato in qualche misura l'oggetto di studio e garantire una certa disponibilità di tempo e al lavoro in gruppo. Le esperienze individuate in letteratura riferiscono sia all'aggancio attraverso contatti personali sia attraverso associazioni che si occupano del tema (Fleming, et al., 2014), oppure anche attraverso la pubblicazione di annunci a cui le persone interessate possono candidarsi liberamente. Successivamente il ricercatore potrebbe programmare un incontro individuale dedicato per informare sul processo di ricerca, verificare l'attinenza con il tema e la disponibilità e motivazione (*ibidem*). Il candidato a sua volta può valutare i suoi effettivi interesse e disponibilità a impegnarsi in un percorso così delicato. Infine non vi sono limiti specifici al numero di persone coinvolgibili, tuttavia ciò dipende sicuramente dalla finalità di ricerca e dei tempi necessari al lavoro.

3.3.3. Primi incontri e ridefinizione della domanda di ricerca

Una volta individuati i co-ricercatori è possibile avviare il lavoro di gruppo. Prima di procedere con la ridefinizione della domanda di ricerca è necessario costruire un clima di lavoro idoneo allo scambio e alla condivisione. Per consentire la *produzione democratica del sapere* (Ponic et al., 2010; Shaw, 2008), il gruppo necessita di un preliminare momento di conoscenza che favorisca la costruzione di relazioni di fiducia e di reciprocità tra i membri. Il ricercatore avrà il compito di avviare questo processo dialogico partendo dalla condivisione della motivazione alla partecipazione al progetto e delle esperienze legate al tema di vita. Krishnaswamy (2004) sottolinea l'importanza di curare questo passaggio definendolo essenziale per avviare tutto il processo di ricerca.

“Unlike conventional research processes, developing the research question is not the starting point of the PR process. Building trust is a necessary stage prior to developing the research question. Building community members trust in the research process which is so crucial in PR takes a lot of time and patience.” (Krishnaswamy, 2004; p.4)

Attraverso una comunicazione informale e serena tra i membri è possibile iniziare a ragionare sulla domanda di ricerca proposta dal ricercatore. In questa fase è necessario sviluppare una riflessione sul senso della domanda mediante le competenze ed esperienze di ciascun membro (Maiter et al., 2012; Narayan, 1996).

Questa fase consente anche la costruzione di un *linguaggio di gruppo* (Krishnaswamy, 2004) grazie alla condivisione del senso della propria esperienza e partecipazione. Questo passaggio evidenzia come gradualmente si stia concretizzando la partecipazione effettiva dei co-ricercatori.

3.3.4. Formazione del gruppo guida sul tema della ricerca e sui possibili strumenti di ricerca

Come si è descritto precedentemente, per incrementare il livello di partecipazione e per renderlo effettivo è necessario fornire a tutti i co-ricercatori gli strumenti e gli elementi adeguati. Sebbene si sia affermato che il loro sapere esperienziale occupa un posto fondamentale accanto a quello del ricercatore, in letteratura viene riservato un ruolo importante alla formazione dei co-ricercatori (Faulkner, 2004; Turner & Beresford, 2005). Per formazione si intende fornire tutte le informazioni rispetto a quali siano i passaggi metodologici per realizzare la ricerca. Per rendere più completa possibile questa trasmissione di informazioni, il ricercatore deve avere cura di offrire delle informazioni su: tipologie di strumenti di ricerca, tipologie di campionamento e tipologie di analisi dei dati che si potranno svolgere. Per poter rendere accessibili questi passaggi ai co-ricercatori è doveroso soffermarsi ad approfondire e strutturare uno o più incontri come una formazione. Aldridge (2015) afferma che la *ricerca partecipativa* si presta meglio a metodi di ricerca creativi, come per esempio: *story telling*, vignette, video, fotografie, ecc.. Questi metodi vengono definiti dall'autrice più efficaci nell'indagare i vissuti delle persone e inoltre agevolano la collaborazione tra i membri del gruppo nel processo di ricerca, poiché più accessibili a tutti;

inoltre permetterebbero di sviluppare un legame significativo tra co-ricercatore e campione della ricerca.

Il ricercatore potrebbe curare la formazione preparando del materiale scritto, avendo sempre cura di usare un linguaggio semplice (McLaughlin, 2009). Infatti, nell'organizzazione di questo momento, deve essere tenuto in considerazione il livello culturale e di preparazione delle persone, in modo da consentire loro una reale partecipazione (Faulkner, 2004; Heath et al., 2009). Per offrire un quadro ampio e completo deve essere anche presentato il contributo che la ricerca potrebbe apportare nel contesto di ricerca. Accanto alla parte metodologica, il compito del ricercatore è quello di fornire informazioni relative al tema e alla domanda di ricerca definiti dal gruppo.

3.3.5. Scelta e costruzione degli strumenti di ricerca

Grazie alla formazione i co-ricercatori potrebbero essere in grado di contribuire alla scelta e alla costruzione dello strumento per la rilevazione dei dati, identificato come ideale per poter rispondere alla domanda di ricerca. Si tratta di costruire il disegno della ricerca in modo partecipativo poiché all'interno del gruppo si discuterà e si rifletterà sull'opportunità di ciascuno strumento. In questo frangente i ricercatori dovranno aiutare a comprendere i reali benefici e limiti di ogni strumento di ricerca. Dall'altra parte i co-ricercatori contribuiranno con il loro *sapere esperienziale* offrendo suggerimenti su quale possa essere la strada migliore per rilevare le informazioni rispetto alla propria comunità d'appartenenza. Questa combinazione di sapere ha il pregio di sviluppare un disegno di ricerca che parta da un alto livello di consapevolezza e conoscenza del tema di ricerca (Zavir et al., 2009).

Una volta definito il disegno della ricerca, si dovrà procedere con la realizzazione dello strumento di ricerca. Il lavoro congiunto del gruppo avvia la costruzione di strumenti di ricerca che tengono in considerazione sin da subito elementi importanti nell'esperienza degli intervistati. La riflessione sulla propria esperienza in relazione alla costruzione dello strumento di ricerca amplifica la sua capacità di rilevare delle informazioni, che altrimenti rimarrebbero escluse dall'indagine o che emergerebbero limitatamente durante l'analisi dei dati. Inoltre, in letteratura è stata rilevata una maggiore capacità dello strumento di ricerca di rilevare le informazioni quando costruito con l'esperienza e con un linguaggio simile a quello di chi lo utilizza. Questa condizione influisce sull'apertura delle persone, che si sentono rassicurate (Barker & Welker, 2003).

L'ampio uso dell'esperienza di vita delle persone offre già al ricercatore un elevato numero di dati connessi al tema di ricerca. Glaser (2001) afferma che tutto ciò potrebbe essere considerato già come dati da cui attingere in fase di analisi. Sarà scelta dell'operatore comprendere se e come utilizzarli.

3.3.6. Costruzione del campione

Anche in questa fase i co-ricercatori potrebbero essere coinvolti nel processo di ricerca attivandosi in prima persona (Littlechild et al., 2015; Lushey & Munro, 2015). Il loro contributo risulta evidente quando il target è vulnerabile e pertanto difficile da raggiungere. Talvolta le sole risorse del ricercatore potrebbero essere insufficienti o la presenza stessa del ricercatore potrebbe essere d'ostacolo proprio per la natura intrinseca delle persone con alcune fragilità. Questo vale soprattutto quando si lavora con persone senza fissa dimora oppure con persone aventi qualche forma di dipendenza. Invece i co-ricercatori potrebbero avere maggiori opportunità di individuare persone con le loro medesime caratteristiche o comunque riuscirebbero ad agganciarle poiché suscitano in loro maggiore fiducia (Devotta et al., 2016). Infine, il loro contributo potrebbe rassicurare le persone rispetto alle intenzioni della ricerca.

3.3.7. Rilevazione dei dati

Una volta costruito lo strumento per la rilevazione e identificato il campione, sarà possibile definire in che misura prevedere la collaborazione dei co-ricercatori nella fase della rilevazione dei dati. Questa opzione è presente in diverse esperienze descritte in letteratura (Littlechild et al., 2015; Lushey et al., 2015), dove i co-ricercatori hanno contribuito concretamente alla raccolta delle informazioni. La letteratura osserva una maggiore efficacia e qualità dei dati rilevati attraverso l'impegno concreto dei co-ricercatori. La condivisione della medesima esperienza agevola la collaborazione e in caso di dubbio o perplessità i co-ricercatori riescono a offrire migliori spiegazioni. Peraltro favorirebbe un abbassamento delle difese e una riduzione del giudizio rispetto alla ricerca. Inoltre, in un clima in cui ci si sente sicuro e capiti, si potrebbe realizzare un ulteriore scambio di informazioni utili alla ricerca.

L'effettivo ingaggio dovrà in ogni caso essere valutato e concordato all'interno del gruppo, lasciando la libertà a ciascuno di poter affrontare anche diversamente questa fase (Abma et al., 2009; Bergold & Thomas, 2012; Cornwall et al., 1995)

Il ricercatore avrebbe comunque il compito di “preparare” *i co-ricercatori alla raccolta dei dati, fornendo loro informazioni sulle modalità di utilizzo di strumenti scientifici.*

Sebbene la letteratura suggerisca di lasciare ampio spazio di azione ai co-ricercatori, una buona prassi per garantire il giusto supporto e un controllo sulla qualità della ricerca deriverebbe dall'offrire momenti di monitoraggio (Bertozzi, 2007). Lo scopo sarebbe quello di condividere e riflettere sulle difficoltà emerse durante la rilevazione, favorendo lo scambio di azioni che hanno avuto buon esito e implementandole.

3.3.8. Analisi dei dati

Vista la complessità che l'analisi dati potrebbe raggiungere, per via delle numerose variabili rispetto alla scelta della tecnica e alla disponibilità dei co-ricercatori, potrebbe accadere che essa diventi un compito a carico del ricercatore (Panciroli, 2019). Tuttavia, in letteratura è possibile individuare esperienze in cui questa fase è stata affrontata in modo partecipativo (Narayan, 1996; Ponzoni, 2016; Stevenson, 2014) utilizzando tecniche e modalità differenti. Sicuramente non sono negabili le complessità che potrebbero emergere a causa dell'alto livello di competenze richiesto, talvolta anche di tipo informatico (Nind, 2011).

“Generating information in the age of computers is easy, but it is difficult to transform information into knowledge that is relevant to people's actual situation and needs.” (Narayan, 1996; p. 23).

Vista la delicatezza del compito, il ricercatore dovrà dimostrare particolare attenzione nel prendere accordi con il gruppo e cercare di rispettare i suoi membri, dovendo tenere anche in considerazione la tipologia di strumento di ricerca utilizzato, l'ampiezza del campione e il tempo a disposizione.

In generale le proposte individuate fanno riferimento a due modalità principali, anche se poi realizzate secondo le peculiarità di ciascun gruppo: condivisione del lavoro insieme ai *co-ricercatori* oppure condivisione a lavoro concluso. Vista la ricchezza offerta dai *co-ricercatori*, la loro totale esclusione provocherebbe un impoverimento della ricerca stessa. Tuttavia è possibile anche accettare che ricercatore e co-ricercatore abbiano competenze e livelli di lavoro differente in vista dell'analisi (Stevenson, 2014).

La condivisione del lavoro con tutti i membri del *gruppo guida* può prevedere l'elaborazione congiunta delle categorie da utilizzare per l'analisi e l'elaborazione successiva dei contenuti emersi. In letteratura sono presenti molte esperienze svolte attraverso la realizzazione delle ricerche qualitative. Per esempio, per sviluppare l'analisi, il *gruppo guida* individua le categorie per l'analisi, la svolge e conclude commentando congiuntamente il contenuto (Panciroli, 2019).

Anche nelle ricerche quantitative il coinvolgimento dei co-ricercatori è una strada percorribile. McLaughlin (2015) afferma che qualora fosse stato predisposto un questionario con domande chiuse, i co-ricercatori avrebbero potuto contribuire all'inserimento dati nelle piattaforme statistiche per l'analisi dei dati. L'autore inoltre sostiene l'utilità di svolgere una formazione specifica per apprendere le tecniche di analisi dei dati.

Tuttavia la scelta di realizzare una ricerca qualitativa anziché quantitativa è fortemente influenzata dalle abilità possedute dai membri del gruppo.

“Collaborative efforts and a team member with capability in a particular approach will not only contribute to solving this problem, but will also build capacity in the team for future endeavours.” (Fouché, 2015; p.64)

Le eventuali scarse abilità dei co-ricercatori non dovrebbero essere un deterrente a optare per metodi quantitativi, poiché è sempre possibile introdurli ad alcune tecniche statistiche di base di tipo descrittivo. Inoltre potrebbe essere il gruppo a introdurre un nuovo membro, offrendo così supporto nell'analisi (McLaughlin, 2009).

Fouché (2015) afferma che non è necessario coinvolgere ogni membro del *gruppo guida* poiché è possibile definire il contributo di ciascuno in relazione alle proprie abilità. Chi ha qualche abilità nell'analisi statistica dei dati potrebbe partecipare alla progettazione e analisi dei dati, mentre chi non le possiede potrebbe occuparsi maggiormente del commento dei risultati. Sicuramente curare questi passaggi affinché tutti siano a conoscenza di ciò che accade, potendo comunque esprimere la propria opinione, consente un'ulteriore implementazione del livello di partecipazione. Non solo, il coinvolgimento di tutti i membri in questa fase delicata favorirebbe l'aumentare degli effetti positivi, in particolare l'*empowerment*.

3.3.9. Diffusione dei risultati

La partecipazione dei co-ricercatori può rientrare anche in questa fase, evolvendo ancora una volta in percorsi di *empowerment*. Sebbene classicamente le ricerche convenzionali vedano la diffusione accademica dei risultati della ricerca, la *ricerca partecipativa* può ambire ad una diffusione diversa. Il *gruppo guida* potrebbe decidere di individuare diverse modalità di diffusione del contenuto e la platea a cui rivolgerla. I co-ricercatori potrebbero offrire dei contatti connessi al tema di ricerca non appartenenti all'ambiente accademico (Faulkner, 2004). La redazione di articoli o di report potrebbe diventare parte del lavoro del *gruppo guida*, trasformandosi anche in occasione di riflessione sul processo di ricerca realizzato. Peraltro la restituzione pubblica dei risultati acquisisce un ruolo centrale per rilanciare la partecipazione, poiché capace di intercettare nuovi interlocutori (Allegri, 2015).

3.4. Ricerca partecipativa e *mixed methods*

Poiché nel cap.4 verrà presentato il disegno della ricerca basato sui *mixed methods* e supportato dall'approccio della *ricerca partecipativa*, di seguito si svolgerà una breve riflessione sulla loro applicazione in relazione ad un approccio partecipativo alla ricerca. Nel capitolo successivo si avrà modo di approfondire i *mixed methods*.

I *mixed methods* consistono in una modalità di ricerca che combina sia metodi quantitativi sia qualitativi allo scopo di raggiungere un maggiore livello di conoscenza del tema di studio. Come vi vedrà, non si tratta semplicemente dall'accostamento di strumenti diversi, bensì di una combinazione nel processo di ricerca a livello della progettazione, della raccolta dei dati, dell'analisi e dell'elaborazione dei risultati (Amaturo & Punziano, 2016).

Anche se con modalità diverse e con basi metodologiche differenti, i *mixed methods* e la *ricerca partecipativa* presentano finalità simili: approfondire il tema di studio. Tutte le esperienze individuate di *ricerche partecipative* basate su un disegno di ricerca di tipo *mixed methods* vengono infatti giustificate con l'intento di raggiungere un livello maggiore di conoscenza dell'oggetto di studio (Aldridge, 2015).

Sicuramente i due modelli hanno peculiarità diverse, ma visto l'intento comune di promuovere maggiore conoscenza, la loro combinazione potrebbe amplificare il risultato per renderlo fattibile (*ibidem*). Come osservato, il ricercatore avrà il compito di fornire tutte le informazioni per agevolare i co-ricercatori.

Inoltre, come si vedrà nel cap. 4, la *ricerca partecipativa* amplificherebbe l'effetto della combinazione strumenti quantitativi e qualitativi grazie al contributo offerto dai co-ricercatori. Le informazioni derivanti dai partecipanti influiscono sulla strutturazione del disegno di ricerca e sull'analisi dei dati, facendo circolare maggiormente riflessioni e contenuti, intensificandone la combinazione. Secondo Aldridge (2014) l'utilizzo dei *mixed methods* potrebbe essere la soluzione più efficace per favorire la partecipazione dei co-ricercatori non solamente attraverso metodi qualitativi.

Grazie alla combinazione dei due modelli è possibile osservare una connessione tra la ricerca del *social work* e la ricerca sociale. Davanti alla complessità di intercettare persone difficili da raggiungere, l'approccio della *ricerca partecipativa*, che nasce dal *social work*, favorisce sia il potenziamento dell'intero processo di ricerca sia un reale "dare voce" a chi appartiene a categorie di persone vulnerabili (Ramon et al., 2019). La *produzione democratica del sapere* (Ponic et al., 2010; Shaw, 2008) generata dal *gruppo guida* si compone sia di rigore metodologico sia di un linguaggio utile a far raggiungere i risultati anche in campi di applicazione diversi da quelli scientifici. In tal senso il *social work* contribuisce in modo positivo al mondo della ricerca sociale.

Infine con la ricerca partecipativa si ha il riconoscimento delle diversità come elemento centrale per fare ricerca e per promuovere conoscenza senza strumentalizzare o perpetuare le discriminazioni, poiché la ricerca partecipativa diviene strumento per arricchire il *patrimonio collettivo* (Appadurai, 2014). La pratica della partecipazione alimenta percorsi di *empowerment*, che favoriscono il passaggio dalla condizione di represso alla condizione di cittadino che torna ad *aspirare al futuro* (*ibidem*).

II PARTE

4. Ricerca e sperimentazione

In questa sezione si affronterà il quadro teorico entro cui è stato sviluppato il disegno di ricerca. La finalità consiste nell'analisi delle caratteristiche dei *young caregivers* nel contesto italiano, per cercare di comprendere gli elementi principali che definiscono il fenomeno stesso. Sebbene il fenomeno sia stato ampiamente studiato all'estero, in Italia non gode ancora di visibilità. Sicuramente, come abbiamo visto, la motivazione è dettata sia dall'immagine dell'infanzia nel discorso pubblico sia dal regime di Welfare familistico.

Il ruolo residuale dello Stato nella definizione delle politiche per la famiglia riversa un numero notevole di responsabilità sulla famiglia stessa. Sebbene le responsabilità di cura siano principalmente associate alle figure adulte, in particolare alle donne, ma non ai bambini e agli adolescenti, quest'ultimi sembrano rappresentare una risorsa preziosissima per la famiglia e per il Welfare. Come abbiamo visto, il loro impegno nello svolgimento delle attività di cura sembra confermare quanto emerge dalla *nuova sociologia dell'infanzia*, la quale concepisce bambini e adolescenti come dotati di *agency* e pertanto attori sociali capaci di contribuire alla struttura sociale.

Al fine di esplorare al meglio il fenomeno si è ritenuto opportuno costruire un disegno della ricerca basato sui *mixed methods* (Amaturo & Punziano, 2016; Creswell & Creswell, 2017; Greene, 2006; Johnson, Wuegbuzie, & Turner, 2007; Plano Clark & Ivankova, 2016). Come visto nel cap.3, il disegno della ricerca è stato sviluppato attraverso l'approccio della *ricerca partecipativa* (Aldridge, 2015; Cornwall et al., 1995; Cornwall & Jewkes, 2010; Littlechild & Tanner, 2015); questo approccio è, infatti, ritenuto utile per raggiungere gruppi sociali vulnerabili e difficilmente contattabili per la ricercatrice.

In questo capitolo si descriveranno nel dettaglio il disegno di ricerca e tutte le azioni compiute per la sua realizzazione.

4.1. Disegno della ricerca

Come descritto nella rassegna della letteratura sui *young caregivers*, in Italia attualmente non vi sono studi o ricerche che forniscano informazioni di partenza capaci di offrire un quadro generale sul fenomeno (per maggiori dettagli si rimanda al cap. 2).

Nonostante siano pochissimi gli studi che vedono l'applicazione sia di metodi quantitativi sia di metodi qualitativi, la loro combinazione e la strutturazione di un disegno di ricerca basato sui *mixed methods* sembrerebbe opportuna per intraprendere lo studio del fenomeno

in un contesto dove si sa ancora poco sui *young caregivers*. Considerando peraltro che l'Italia viene definita come una nazione emergente nello studio e nell'identificazione del fenomeno, l'applicazione dei *mixed methods* e la *ricerca partecipativa* permetterebbero un approfondimento significativo utile per sviluppare progettualità a sostegno di famiglie fragili (Aldridge, 2014, 2016; Amaturò & Punziano, 2016; Creswell & Creswell, 2017; Greene, 2006; Johnson et al., 2007; Plano Clark & Ivankova, 2016).

Riprendendo il discorso relativo ai *mixed methods* e anticipato nel capitolo 3, la loro applicazione risulterebbe estremamente utile per raggiungere un elevato grado di approfondimento rispetto un tema di ricerca (Amaturò & Punziano, 2016; Creswell & Creswell, 2017; Greene, 2006; Johnson et al., 2007; Plano Clark & Ivankova, 2016).

“Gli studiosi definiscono, pertanto, la ricerca MM (mixed methods) come quel tipo di ricerca nella quale un ricercatore o un gruppo di ricercatori combina elementi di approcci di ricerca qualitativa e quantitativa (incluse visioni del mondo, raccolta analisi e tecniche di inferenza sui dati) al fine di migliorare la ricerca stessa in termini di ampiezza, profondità e validità nei risultati prodotti e nei livelli di comprensione raggiunti, sia in un singolo studio che in più studi tra loro correlati” (pag. 32, Amaturò & Punziano, 2016).

Relativamente alla peculiarità del metodo, i *mixed methods* vengono definiti “terza via” (Amaturò & Punziano, 2016) poiché si distinguono come una strada altra rispetto al semplice accostamento delle varie tecniche di ricerca. Lo scopo dei *mixed methods*, ovvero una migliore comprensione del fenomeno, è connesso alla domanda di ricerca, alle possibilità di combinazione delle tecniche e alle diverse modalità di analisi dei dati (*ibidem*).

Johnson, Onwuegbuzie e Turner (2007) hanno elaborato uno schema per presentare le molteplici posizioni esistenti nel panorama dei *mixed methods*. Concettualmente identificano il paradigma della ricerca sociale lungo un *continuum* su cui ogni ricercatore può identificarsi nelle combinazioni possibili, senza però doverle distinguerle in modo netto tra loro. Secondo gli autori vi sono complessivamente tre aree: una centrale definita come *pura*, due laterali dette *quantitativo misto* e *qualitativo misto*, e due poli (uno *quantitativo* e uno *qualitativo*). Nella zona *pura* si collocano tutti i ricercatori che attribuiscono la stessa importanza a ciascuna metodologia di ricerca; chi si colloca nella zona *quantitativo misto* riconosce l'importanza delle informazioni qualitative, viceversa chi nella zona *qualitativo*

mista riconosce l'utilità dei dati quantitativi (Johnson et al., 2007). Nello specifico la strutturazione del disegno di ricerca di tipo *mixed methods* è dovuta alla necessità di sviluppare una specifica domanda di ricerca, la quale induce alla scelta di tecniche più efficaci per rispondere allo scopo.

L'approccio utilizzato in questo lavoro tende ad essere di tipo *quantitativo misto (ibidem)* poiché si riconosce la necessità di esplorare il fenomeno anche attraverso tecniche qualitative. Per promuovere la combinazione delle diverse tecniche si è proceduto a integrare i dati nella fase conclusiva, mantenendoli invece separati nella fase di elaborazione. I dati provenienti dai diversi stadi della ricerca sono stati composti e valutati in una sintesi finale. L'analisi dei risultati della ricerca sarà basata sulla *logica sequenziale quantitativa* (Plano Clark & Ivankova, 2016). Tuttavia, come si descriverà in seguito, l'introduzione dell'approccio della *ricerca partecipativa* ha permesso di promuovere una combinazione anche durante la progettazione e realizzazione della ricerca. Il coinvolgimento di persone che hanno avuto l'esperienza di *caregiving* durante l'infanzia ha permesso infatti uno sviluppo più armonioso delle varie fasi di ricerca, non limitandosi alle conclusioni per effettuare la combinazione. L'interesse per la ricerca così condotta ha incentivato allo stesso tempo una maggiore partecipazione dei membri del *gruppo guida*. Come già affermato, si è deciso di introdurre questo approccio a fronte delle scarse informazioni a disposizione per procedere con l'intero processo di ricerca.

4.1.1. Domande, tecniche e approccio alla ricerca

Il problema di ricerca è volto a rispondere alla seguente domanda: “*quali caratteristiche ha il fenomeno dei young caregivers in Italia?*”. Vista la complessità del problema, alla domanda principale sono state associate delle sub-domande: “*quali attività di cura svolge il caregiver?*”, “*qual è il suo stile di vita?*” e “*quali necessità ha?*”. Lo studio, pertanto, si caratterizza come descrittivo della condizione degli young caregivers; la sua innovatività risiede nel fatto che sia il fenomeno sia la popolazione in analisi sono ancora scarsamente studiati in Italia.

Per poter rispondere alle domande è stata data alla ricerca la seguente struttura:

- a) *Analisi secondaria* mediante l'indagine multiscopo dell'Istat “*Aspetti della vita quotidiana* (2015)”;
- b) *Survey* nelle scuole secondarie di primo grado del Comune di Milano;
- c) *Focus group* con studenti di una scuola secondaria di primo grado del Comune di Milano.

La successione di queste tre fasi permette un graduale approfondimento rispetto al tema di ricerca. Si passa da un livello generale, quasi di costruzione di una cornice per descrivere il contesto italiano, a un livello intermedio, durante il quale si svolge un approfondimento su una specifica realtà (quella milanese), per finire su un livello particolare, grazie al quale si approfondisce ulteriormente l'esperienza del campione milanese. Milano è stata scelta come città per condurre lo studio di caso a fronte del suo sviluppo economico e sociale. Secondo l'Osservatorio Milano 2019¹, la città è paragonabile a diverse capitali europee, come Barcellona e Monaco, grazie sia allo sviluppo economico sia a quello sociale e culturale. Poiché le principali ricerche internazionali di riferimento sul fenomeno dei *young caregivers* fanno riferimento alle realtà europee, Milano, città metropolitana, si configura come luogo ideale per lo svolgimento della presente ricerca.

Per comodità di esposizione tuttavia si seguirà un ordine diverso nella descrizione delle tre fasi della ricerca, per agevolare la comprensione dei processi attuati secondo l'*approccio partecipativo*. Pertanto si procederà con la descrizione, nell'ordine, della *survey*, del *focus group* e dell'analisi secondaria.

Prima di procedere con la descrizione delle tre fasi, è necessario specificare alcuni aspetti legati all'approccio della *ricerca partecipativa*. In particolare è essenziale spiegare il livello di ingaggio del *gruppo guida* per comprendere al meglio la struttura del disegno della ricerca. Nei paragrafi successivi sarà dedicata attenzione alla descrizione del processo di lavoro con il *gruppo guida*.

Facendo riferimento al *participatory model*, l'approccio utilizzato nella presente ricerca è il "*participant as actor*" (Aldridge, 2015). Come si vedrà, il gruppo ha lavorato avendo potere decisionale all'interno della ricerca, seppure non a tutti i livelli e senza possibilità di contrattare alcuni aspetti del disegno di ricerca (domanda e tipi di strumenti di ricerca). Il *gruppo guida* inizialmente è stato costituito per focalizzarsi sul questionario destinato alla realizzazione della *survey* per le scuole secondarie di primo grado di Milano. Tuttavia, visti il notevole impegno, le abilità e la motivazione del gruppo, si è ritenuto opportuno ingaggiarlo anche su più livelli della ricerca. Parallelamente al lavoro con il *gruppo guida* sulla *survey* e sul *focus group*, la ricercatrice ha sviluppato l'analisi dei dati multiscopo dell'Istat. Pertanto in tale fase il *gruppo guida* non ha contribuito attivamente. La ricercatrice ha tratto dei suggerimenti utili per l'analisi secondaria e presentato i risultati ai membri del gruppo.

¹ Osservatorio Milano 2019 è promosso dal Centro di ricerca di Assolombarda.
<https://osservatoriomilanoscoreboard.it/obiettivi/dinamiche-sociali-ed-equita/dinamiche-sociali-ed-equita-2019>

4.2. *Survey* nelle scuole secondarie di primo grado del Comune di Milano

Per approfondire la domanda di ricerca, e nello specifico per poter rispondere alle sub-domande, è stato necessario prevedere nel disegno di ricerca uno strumento per indagare una realtà territoriale specifica, quella milanese. Per poter intervistare un numero significativo di persone si è optato per lo strumento del questionario. Non solo, questo strumento è stato privilegiato per consentire l'anonimato del compilatore (Gideon et al., 2012; Groves et al., 2004; Hox, 2008). Visto il tema delicato e la tendenza dei *young caregivers* a cercare di rimanere invisibili (Aldridge et al., 2017; Becker & Leu, 2014), la privacy è stata considerata come elemento centrale da garantire all'intervistato, specie trattandosi di un minore.

La *survey* è stata svolta nelle scuole secondarie di primo grado e non in quelle di secondo grado per ovviare al problema del *dropping out* scolastico che riguarda in particolare modo i *young caregivers* (Aldridge & Becker, 1993; Banks et al., 2002; Moore et al., 2009; Thomas et al., 2003). La legge italiana² sull'obbligo scolastico impone la frequentazione sino ai 16 anni e la formazione sino ai 18 anni. Pertanto, nelle scuole secondarie di primo grado (fascia di utenza 11-14 anni) dovrebbe essere più facile individuare potenziali *caregivers* in virtù dell'obbligo di legge che tutela l'istruzione nei confronti di studenti più a rischio di abbandono a causa di fragilità personali e familiari.

Infine, vista la giovane età e la scarsa consapevolezza del fenomeno da parte dei protagonisti (Leu & Becker, 2017; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal, Daniel, Koller, & Mayer, 2014; Stamatopoulos, 2015), la *survey* è stata rivolta a studenti frequentanti le classi terze, i quali hanno maggiori capacità riflessive (Tessaro, 2002) per rispondere a domande su questioni a cui potrebbero non aver mai pensato.

4.2.1. Costituzione del gruppo guida

Il *gruppo guida* è stato costruito partendo da una richiesta rivolta a persone maggiorenne potenziali *young caregivers* durante l'infanzia. In questo modo si è potuto ovviare al problema della autorizzazione dei genitori, prevista in caso di minore età. La criticità di questa scelta è l'accesso al ricordo passato da parte di persone adulte. Come già visto nel

² L'obbligo scolastico è regolamentato dalla L. 296 del 2006, dal D.M. 139 del 2007 e dalla Circolare Ministeriale 101 del 2010. <https://miur.gov.it/obbligo-scolastico>

cap.2, Lackey e Gates (2001) affermano che le persone potrebbero riferirsi alla loro esperienza passata secondo l'interpretazione adulta.

È stato costituito un *gruppo guida* omogeneo composto esclusivamente da *ex-young caregivers*, privilegiando il criterio di identificazione e di condivisione di una medesima condizione di vulnerabilità (Aldridge, 2014). Per tale ragione non sono stati coinvolti familiari di *young caregivers*, professionisti, volontari e cittadini, poiché la domanda di ricerca è mirata a comprendere le caratteristiche di coloro che svolgono attività di cura. Tuttavia, seppur all'interno della stessa categoria, si è cercato di garantire l'eterogeneità delle esperienze dei membri, individuandoli nell'ambito di contesti differenti. Per tale ragione la ricerca dei co-ricercatori è proceduta mediante canali formali e informali da novembre 2017 a febbraio 2018. I canali formali a quali ci si è rivolti per venire a contatto con i potenziali *caregiver* sono:

servizi socio-sanitari (SerD, CPS, Consulteri familiari, Consulteri adolescenti, centri di riabilitazione fisica e neuropsichiatrica e ospedali);

associazioni di promozione sociale o volontariato e cooperative sociali (connesse sia al mondo dell'auto mutuo/aiuto sia a problematiche specifiche: tossico e alcool dipendenza, malattie croniche o terminali);

associazioni e cooperative legate direttamente e indirettamente al *caregiving* svolto durante l'infanzia (COMIP³, Progetto Semola⁴, Coop. Anziani e non solo⁵).

Non sono stati volutamente ricercati potenziali candidati nel circuito dei servizi di tutela minori poiché si sarebbero individuate persone che potrebbero aver già rielaborato la propria esperienza familiare anche in modo negativo. La ricercatrice ha preferito individuare persone che potessero ragionare liberamente e fuori da schemi.

I canali informali attivati sono:

- colleghi, ex colleghi, amici, conoscenti della ricercatrice e un parroco.

Per entrambi i tipi di canali la richiesta (scritta e orale) è stata fatta partendo da una generale e semplice descrizione del fenomeno e delle ragioni della ricerca di soggetti con queste caratteristiche. Quando i vari canali esigevano una richiesta ufficiale, veniva inviata una relazione contenente tutti i dettagli della ricerca. Per i contatti informali invece è stato avviato un passaparola (anche attraverso i social media).

³ <http://www.comip-italia.org>

⁴ <http://www.retisocialinaturali.it/it/p-27/progetto-semola>

⁵ <https://www.anzianienonsolo.it>

Una volta ricevuta la segnalazione dei possibili candidati (6 in tutto), è stato svolto un preliminare scambio di informazioni via mail o telefono per valutare la disponibilità all'impegno e la corrispondenza con il profilo cercato. Questo passaggio ha portato alla scrematura di due persone, a causa di mancanza di tempo e perché non se la sentivano di riaprire questioni del passato.

Infine, sono stati svolti colloqui individuali con 4 candidati. I colloqui hanno avuto la finalità di esplorare meglio l'esperienza, la motivazione personale e la motivazione a lavorare in gruppo (Panciroli, 2019). Una persona è stata esclusa poiché si trattava di una giovane donna (30 anni) con in corso l'esperienza di *caregiving*. Sebbene fossero state raggiunte persone sia di genere maschile o femminile, l'ingaggio di uomini non ha avuto esito positivo.

Al termine, si è costituito un *gruppo guida* con tre co-ricercatrici, numero sufficiente per avviare il lavoro (*ibidem*). La difficoltà a raggiungere più persone potrebbe essere connessa alla natura stessa del fenomeno: invisibilità e senso di vergogna per l'esperienza (Aldridge & Becker, 1993; Leu et al., 2018). Pertanto, le *co-ricercatrici* sono⁶:

- Samia Ibrahim, educatrice professionale di 29 anni. Sin da bambina si è occupata della mamma; prima con l'aiuto della nonna, poi da sola. La madre ha problemi di salute mentale e Samia si è sempre adoperata affinché la madre riuscisse a integrarsi adeguatamente e ottenesse le migliori cure. Il suo impegno è stato volto sia al supporto emotivo, ma anche alla gestione finanziaria.
- Margherita Garelo: studentessa di 32 anni, *“Sono di Genova e da 3 anni vivo in provincia di Bergamo. Da bambina ero molto timida, introversa e sempre attenta a controllare ogni mia parola e ogni mio gesto. Ho vissuto in un clima di terrore fino all'età adulta: ogni mia azione aveva il potere di fare arrabbiare immediatamente mia madre, persona autoritaria, violenta e con problemi di alcolismo. Mio padre è sempre stato invisibile, solo da adulta ho scoperto che soffre di schizofrenia, nessuno aveva mai voluto parlarmene. Mi sono presa cura dei miei genitori da quando avevo circa 12 anni: oltre ad occuparmi delle faccende di casa, facevo compagnia a mio padre quando tornava dal lavoro, preparavo da mangiare per lui quando mia madre non c'era e per entrambi quando erano troppi intenti a litigare, ascoltavo mia madre ogniqualvolta avesse bisogno di sfogarsi, mi assicuravo che in casa fosse tutto a posto perché la responsabilità era affidata a me e cercavo di mantenere una situazione il*

⁶ Margherita Garelo e Chiara Menescalchi hanno elaborato personalmente la loro presentazione. Nella presente tesi tutte tre le co-ricercatrici hanno consentito di riferirsi a loro con nomi e cognomi reali e non di fantasia.

più possibile tranquilla per ridurre al minimo discussioni, violenze e insulti, sentendomi costantemente sola, incompresa e in colpa perché mi veniva detto che non facevo né ero mai abbastanza”.

- Chiara Menescalchi: psicologa di 30 anni, *“Quando avevo sei anni, mia mamma ha scoperto di avere il primo tumore al seno; lei ne aveva 38. Non ho dovuto sin da piccola sbrigare faccende domestiche. La mia adolescenza, poi, è stata solo segnata dalla costante preoccupazione sulla salute di mia mamma, unita ad obblighi, responsabilità, terrore per il futuro. Poi la sua salute è peggiorata e ho cominciato ad occuparmi dei pasti, delle pulizie in casa, la accompagnavo in auto al lavoro (camminava con il bastone), la rimettevo in piedi se cadeva... Abbiamo scelto assieme di farle passare gli ultimi cinque mesi della sua vita a casa ed assieme a mia nonna, mio zio e (l’associazione) Vidas l’abbiamo accudita con amore fino alla sua morte”.*

La partecipazione di Chiara non è stata continuativa poiché per motivi personali ha dovuto sospendere il percorso. Si è deciso di rispettare la sua esigenza poiché la ragazza ha contribuito intensamente nelle fasi cruciali della ricerca. Tutte le co-ricercatrici hanno accettato di collaborare senza nessuna forma di retribuzione (Faulkner, 2004), poiché non vi è stata la possibilità di individuare alcuna forma di finanziamento. Ovviamente fa parte del gruppo anche la ricercatrice.

4.2.2. Primi incontri e ridefinizione della domanda di ricerca

Le persone individuate sono state invitate a partecipare ad incontri di gruppo, allo scopo di procedere alla *produzione democratica del sapere* (Ponic et al., 2010; Shaw, 2008). Il gruppo si è incontrato da febbraio 2018 a settembre 2019; inizialmente (da febbraio a giugno 2018) con cadenza settimanale o quindicinale, successivamente la frequenza è stata rallentata incontrandosi una volta al mese, per poi aumentare in vista della conclusione della ricerca (settembre 2019). Gli incontri hanno avuto una durata media di circa 2 ore, mentre nelle fasi di costruzione degli strumenti sono state raggiunte le 2,30/3 ore. Per gli incontri più importanti e cruciali sono state redatte delle sintesi da mettere a disposizione delle partecipanti per offrire loro del materiale di riflessione. Anche gli strumenti che gradualmente venivano costruiti sono stati resi disponibili.

I primi incontri hanno avuto la finalità di avviare la conoscenza reciproca, oltreché discutere la domanda di ricerca. Sono stati strutturati seguendo una *facilitazione* della comunicazione tra i membri (Folgheraiter, 1998, 2007) permettendo lo sviluppo di relazioni di fiducia e un

senso di reciprocità e di parità, caratteristiche utili al lavoro. La *facilitazione* è stata costituita da uno stile sia direttivo che non-direttivo (*ibidem*), per agevolare il raggiungimento degli obiettivi degli incontri e per garantire la correttezza metodologica della ricerca (Aldridge, 2015; Beebejaun et al., 2014).

Conclusa la discussione sulla finalità (costruzione di uno strumento per la ricerca) e chiarite le regole del funzionamento del lavoro in gruppo (privacy, non giudizio, rispetto dei turni, ecc.), si è manifestata nelle co-ricercatrici l'esigenza di approfondire, condividere e riflettere sull'esperienza personale di *caregiving*. Vista la quasi estraneità del fenomeno, le co-ricercatrici hanno necessitato di tempo e di uno spazio di riflessione per identificarsi con una nuova definizione di sé stesse e per capire di cosa si trattasse. I temi discussi in questa fase non sono esito di stimoli preliminarmente preparati per soddisfare la curiosità della ricercatrice, bensì sono nati dall'esigenza di confronto delle co-ricercatrici. Le riflessioni sono state condotte principalmente sui seguenti punti:

- ambivalenza tra senso di colpa ed esigenza di occuparsi di qualcuno;
- incomunicabilità del dolore e delle proprie responsabilità;
- attività di cura: pratiche e supporto emotivo;
- visione incerta del proprio futuro, ma graduale consapevolezza delle risorse acquisite;
- rapporto con i genitori.

La condivisione delle esperienze di vita è stata strategica anche per tutto il processo di ricerca. Mettere a fuoco sin da subito le peculiarità del *caregiving* è stato utile per la costruzione di una nuova identità, l'accrescimento del senso di appartenenza al gruppo e la ricerca in generale (Aldridge, 2015). Lo sviluppo di un linguaggio comune ha consentito di partire dallo stesso punto per strutturare la ricerca (Krishnaswamy, 2004). Il lungo e produttivo confronto ha portato a sviluppare velocemente delle dinamiche di mutualità tra le co-ricercatrici: con la narrazione delle storie di vita, le ragazze hanno iniziato a identificarsi in alcune comunanze (sia esperienze concrete sia vissuti ed emozioni), che hanno favorito il vicendevole supporto e la ridefinizione delle loro storie e delle loro identità (Folgheraiter, 1998, 2007).

“Siamo passati da una visione negativa del nostro passato ad una più positiva, che ci ha fatto sentire capaci” (Chiara Menescalchi).

“Noi siamo come gatti: abbiamo tante vite” (Samia Ibrahim).

“Non svalutare tutto, ciò che hai passato ti ha permesso di diventare ciò che sei” (Chiara Menesclachi).

Le affermazioni delle co-ricercatrici evidenziano i passaggi appena delineati: la rivisitazione delle loro storie e delle loro identità ha avviato quanto descritto nel cap.3. I temi affrontati e utili a tale processo hanno permesso l’esplorazione del fenomeno anche per la ricerca.

L’alto interesse per la condivisione di esperienze e di reciproco supporto ha richiesto circa un mese e mezzo, tanto da far sospettare un maggiore interesse al confronto anziché alla ricerca da parte delle co-ricercatrici. Ciò ha richiesto di rilanciare la proposta iniziale di lavoro al gruppo al fine di continuare con la ricerca. Per consentire comunque un buono spazio di confronto, è stato sempre lasciato un tempo di circa 20/30 minuti iniziali prima di concentrarsi sul lavoro della ricerca.

Il passaggio ha richiesto di riprendere la finalità e le modalità di lavoro da seguire per la costruzione del questionario. Al gruppo è stato presentato l’intero disegno di ricerca così come descritto nel paragrafo 4.2.1. La partecipazione del gruppo era connessa alla costruzione dello strumento del questionario, mentre il campionamento delle scuole medie sarebbe stato una competenza della ricercatrice. In virtù dei gradi di partecipazione possibili nella ricerca (Amestein, 1979; Hart, 1992, 2008; Warren, 2007; Wilcox, 1994), la separazione dei compiti è stata necessaria per non richiedere alle co-ricercatrici un eccessivo onere di lavoro su questioni complesse. Per condensare e strutturare le riflessioni precedenti è stato necessario costruire una definizione di *young caregivers* a partire dalle loro esperienze vita.

“I young caregivers sono bambini e adolescenti (minori di 18 anni), che per necessità e per sopravvivenza svolgono compiti di cura, all’interno del proprio nucleo familiare, che solitamente non spettano ai minori. Il loro compito si svolge in funzione del raggiungimento del benessere psico-fisico dell’intero nucleo familiare. L’acquisizione del loro ruolo è legata a situazioni di fragilità della famiglia, a prescindere dalla presenza di una malattia o di una disabilità”
(Gruppo guida).

La definizione ha agevolato il percorso verso la riformulazione della domanda di ricerca secondo le loro parole e punti di vista, senza mutarla nella sostanza. Per favorire questo percorso sono state formulate domande orientative al gruppo, come per esempio: “cosa

vogliamo studiare?” “cosa ne pensate del questionario?” “cosa ne pensate dei destinatari?”. La discussione ha fatto nascere l’esigenza nel gruppo di *costruire un profilo del young caregiver*. Sostanzialmente la domanda è stata formulata in: “chi sono?”, “cosa succede nella loro vita?”, “cosa fanno?”, “perché lo fanno?” e “come stanno?”, con l’intento interno al gruppo di produrre conoscenza per avviare buone prassi per *l’individuazione, la prevenzione e il sostegno* degli attuali *young caregivers*. Durante l’intero processo di ricerca con il *gruppo guida*, oltre alla alta motivazione alla ricerca, si è manifestata l’esigenza di procedere verso un cambiamento sociale (Aldridge, 2015; Pancioli, 2019). Quest’ultima è esito spontaneo delle profonde relazioni tra le *ex young caregivers*. Il gruppo ha condiviso l’esigenza di lavorare su uno strumento quantitativo per riuscire a dare voce a più ragazzi. Per rendere più accessibile e funzionale lo strumento a dei preadolescenti è stato ipotizzato sin da subito l’utilizzo di “emoticon⁷”(Chaplin et al., 2008; Hoey et al., 2017; Lohmann, 2018; Moorthy et al., 2012). Inoltre, si è optato per uno strumento *self-completion* per offrire un maggiore grado di privacy allo studente durante la rilevazione. Il questionario, compilato autonomamente e somministrato attraverso il canale della scuola, viene utilizzato spesso nelle ricerche individuate e analizzate nel cap. 2 (Dearden & Becker, 2003; Howard, 2010; Leu et al., 2018; Warren, 2007; Wong, 2017). Pur condividendo la riflessione sul *dropping out* scolastico nelle scuole superiori, le co-ricercatrici hanno manifestato una preferenza a incontrare persone di una fascia di età più alta in quanto dotate di maggiore consapevolezza del proprio ruolo in famiglia; consapevolezza non ritracciabile anche nei ragazzi più piccoli, come peraltro confermato dalla letteratura (Leu & Becker, 2017; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal et al., 2014; Stamatopoulos, 2015). In questo caso è stata spiegata l’esigenza di rivolgersi comunque a studenti più giovani al fine di ovviare al problema del *dropping out* scolastico. Infine, anche l’indagine rivolta agli studenti più piccoli ha accolto interesse e motivazione da parte del *gruppo guida*.

4.2.3. Formazione del gruppo guida sul tema di ricerca e sulla metodologia di ricerca

Alla formazione dei *co-ricercatrici* rispetto alla metodologia della ricerca è stato dedicato un incontro. Per agevolare questa fase sono state preparate delle *slides* generiche (ogni membro aveva a disposizione una copia del materiale) per offrire informazioni sul disegno

⁷ Emoticon: espressione simbolica in forma grafica di stati d’animo.

di ricerca e sull'esistenza di altri strumenti (vari tipi di interviste, osservazione partecipante, il diario, ecc.).

Per favorire fluidità e dinamicità al lavoro di gruppo, le informazioni relative alla metodologia della ricerca sociale e al fenomeno sono state fornite gradualmente in base alla fase di lavoro e alle esigenze. Durante il lavoro sul questionario è stata svolta una rapida scansione dei passaggi necessari per realizzare dello strumento (Corbetta, 1999, 2014; Gideon et al., 2012; Groves et al., 2004; Hox, 2008; Ostrow et al., 2017) e sono stati sintetizzati alcuni dei principali articoli accademici di riferimento sul tema (Aldridge & Becker, 1993; Becker & Leu, 2014; Joseph et al., 2009). Di questi ultimi è stata fornita una copia per ciascun partecipante, in modo che potessero consultarli in ogni momento.

Viste le abilità e le conoscenze linguistiche possedute dai membri del gruppo, si è ritenuto opportuno offrire direttamente le tracce dei questionari reperiti in letteratura. In particolare:

- la scala di misurazione delle attività di cura MACA-YC18 e la scala di misurazione degli outcomes PANOC-YC20 riferite al lavoro di cura dei *young caregivers* (Joseph et al., 2009).
- Il questionario YC-QST-20 “Young caregivers: Questionnaire and Screening Tool (identifying and Recognising Young Carers)” messo a disposizione dal centro di ricerca sui young caregivers dell'Università di Loughborough (Aldridge & Becker, 2003; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2000).

La *Multidimensional Assessment of Caring Activities Checklist* (MACA-YC18) (Tabella 4.1) è uno strumento validato dal gruppo di ricerca dell'Università di Nottingham (Joseph et al., 2009). La scala MACA-YC18 è costituita da 18 quesiti ai quali rispondere autonomamente. La scala è stata validata per ottenere un punteggio finale (Index) derivante dall'identificazione di alcune delle attività di cura presenti nel questionario. Questo si compone di una batteria di 18 domande a tre modalità di risposta: “never”, “sometimes” e “a lot of time”. La scala si compone di 6 aree: attività domestiche, attività di gestione della casa e della famiglia, attività di supporto emotivo, attività di cura diretta alla persona, attività di accudimento di fratelli e sorelle e attività di gestione e supporto finanziario. Queste aree sono utili per costruire le sub-scale durante l'analisi. La validazione ha permesso di osservare delle evidenze empiriche rispetto ai seguenti punteggi:

- punteggio compreso da 1 a 10: basso carico di lavoro di cura;
- punteggio compreso da 11 a 14: moderato carico di lavoro di cura;
- punteggio compreso da 15 a 17: alto carico di lavoro di cura;
- punteggio compreso da 18 a 36: altissimo carico di lavoro di cura.

Tabella 4.1 - MACA-YC18, pag. 520, Joseph et al., 2009

Appendix 1: MACA-YC18 © Author

Below are some jobs that young carers do to help. Think about the help you have provided over the last month. Please read each one and put a tick in the box to show how often you have done each of the jobs in the last month.

	Never	Some of the time	A lot of the time
1. Clean your own bedroom			
2. Clean other rooms			
3. Wash up dishes or put dishes in a dishwasher			
4. Decorate rooms			
5. Take responsibility for shopping for food			
6. Help with lifting or carrying heavy things			
7. Help with financial matters such as dealing with bills, banking money, collecting benefits			
8. Work part time to bring money in			
9. Interpret, sign or use another communication system for the person you care for			
10. Help the person you care for to dress or undress			
11. Help the person you care for to have a wash			
12. Help the person you care for to have a bath or shower			
13. Keep the person you care for company e.g. sitting with them, reading to them, talking to them			
14. Keep an eye on the person you care for to make sure they are alright			
15. Take the person you care for out e.g. for a walk or to see friends or relatives			
16. Take brothers or sisters to school			
17. Look after brothers or sisters whilst another adult is near by			
18. Look after brothers or sisters on your own			

La *Positive and Negative Outcomes of Caring Questionnaire* (PANOC-YC20) (Tabella 4.2) si basa sul medesimo principio di funzionamento: questionario con una batteria di 20 domande e con tre modalità di risposta (“never”, “sometimes” e “a lot of time”). Il suo scopo è quello di produrre un Index per evidenziare effetti positivi o negativi nella vita del *young carer* (Joseph et al., 2009). PANOC-YC20 si compone di due scale di misurazione: una positiva (10 domande) e una negativa (10 domande). I punteggi inferiori a 13 nella scala positiva e a 8 nella scala negativa sono indicatori di un malessere significativo per il *young carer*. Nella tabella 3 sono riportate le domande previste dalla scala di misurazione.

Tabella 4.2 - Panoc- YC20, pag.520, Joseph et al., 2009.

Appendix 2: PANOC-YC20 © Author

Below are some things young carers like you have said about what it feels like to have to look after someone. Please read each statement and tick the box to show how often this is true for you. There are no right or wrong answers. We are just interested in what life is like for you because of caring.

	Never	Some of the time	A lot of the time
1. Because of caring I feel I am doing something good			
2. Because of caring I feel that I am helping			
3. Because of caring I feel closer to my family			
4. Because of caring I feel good about myself			
5. Because of caring I have to do things that make me upset			
6. Because of caring I feel stressed			
7. Because of caring I feel that I am learning useful things			
8. Because of caring my parents are proud of the kind of person I am			
9. Because of caring I feel like running away			
10. Because of caring I feel very lonely			
11. Because of caring I feel like I can't cope			
12. Because of caring I can't stop thinking about what I have to do			
13. Because of caring I feel so sad I can hardly stand it			
14. Because of caring I don't think I matter			
15. Because of caring I like who I am			
16. Because of caring life doesn't seem worth living			
17. Because of caring I have trouble staying awake			
18. Because of caring I feel I am better able to cope with problems			
19. I feel good about helping			
20. Because of caring I feel I am useful			

Secondo gli autori ciascuna scala promette di essere utile nelle ricerche sul fenomeno e per i servizi socio-sanitari impegnati nell'identificazione (Joseph et al., 2009).

Infine, il questionario del *Young carers research group* dell'Università di Loughborough⁸ è stato strutturato per sviluppare ricerche e per offrire uno strumento per gli operatori sociali. Il suo scopo è di identificare bambini e adolescenti impegnati in attività di cura a domicilio. Questo strumento è pensato per essere usato con coloro che possiedono un familiare malato o con disabilità, e volge particolare attenzione nel verificare la consapevolezza e il livello di responsabilità assunto a casa. Il centro di ricerca offre inoltre una guida per il suo impiego e per l'interpretazione dei risultati (Aldridge & Becker, 2003; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2000). Di seguito (Tabella 4.3) vengono riportate alcune delle domande ritenute interessanti dal gruppo.

Tabella 4.3 - *YC-QST-20, Young carers: Questionnaire and Screening Tool (Identifying and Recognising Young Carers)*, pag 2 e 3, *Young Carers Research Group*

Do you provide any practical help in the house because of your relative's problem (such as cooking, cleaning, helping, with household chores?)	Do you provide any emotional help to your relative (such as sitting with them, trying to make them laugh, cheer them up, talking to them about their problems)?
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know

4.2.4. Costruzione del questionario

Chiariti la definizione del fenomeno, la domanda di ricerca e il percorso da seguire, il gruppo ha ragionato sulle ipotesi da verificare, necessarie per sviluppare il prodotto finale. Partendo dalla domanda di ricerca, dall'esperienza personale e dallo studio dei materiali relativi al tema, il gruppo ha formulato delle ipotesi e svolto il processo di operativizzazione.

- Tutti i ragazzi possono svolgere lavoro di cura, anche occasionalmente, senza essere necessariamente *young caregivers*. Si ipotizza che la maggioranza degli intervistati risulteranno scarsamente ingaggiati in attività di cura, mentre la minoranza presenterà più responsabilità (mostrando sia esiti negativi che positivi), secondo quanto definito dal *continuum* di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008).

- Fra questa minoranza sarà individuabile un gruppo più ristretto fortemente attivo in relazione alla presenza di familiari che necessitano di assistenza. In questo caso gli effetti sono prevalentemente negativi. Le principali ricadute sono connesse al mondo scolastico, al tempo libero e alla salute psicologica (Aldridge & Becker, 1999; Hamilton & Adamson, 2013; Joseph et

⁸ Risorsa reperibile da www.ycrg.org.uk/resources.html

al., 2009; Lloyd, 2013). Nonostante gli effetti negativi, i *young caregivers* sviluppano considerevoli effetti positivi, come maggiore maturità e senso di responsabilità (Cassidy et al., 2014; Moore et al., 2009). Complessivamente il campione di potenziali *young caregivers* sarà caratterizzato da una scarsa consapevolezza rispetto al proprio ruolo.

- Lo status socio-economico non viene definito come elemento scatenante l'assunzione delle responsabilità, bensì ha un ruolo capace di peggiorare o migliorare lo svolgimento dei compiti da parte dei *young caregivers* (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004).

Per procedere con la strutturazione del questionario, il gruppo ha individuato dei concetti generali (in questa sede chiamati macro-aree), i quali sono stati operativizzati in indicatori. Infine si è giunti alla definizione delle variabili e alla formulazione di domande (Corbetta, 1999, 2014). Per compiere questa operazione il gruppo guida è partito dalle domande di ricerca e dalle ipotesi formulate precedentemente. La Tabella 4.4 riporta la sintesi del lavoro di operativizzazione (*ibidem*) compiuto dal gruppo.

Tabella 4.4 - Operativizzazione svolta dal gruppo guida

Domande di ricerca	Concetti/macro-area	Variabili
Chi sono?	Dati anagrafici	<ul style="list-style-type: none"> - personali (genere, età, luogo di nascita e cittadinanza) - caratteristiche della famiglia (numero di componenti e conviventi, stato civile dei genitori e livello socio-economico della famiglia).
Cosa succede nella loro vita?	Scuola	<ul style="list-style-type: none"> - rendimento scolastico - soddisfazione frequentazione scolastica - numero assenze - rapporto con i compagni di classe e con gli insegnanti
	Fragilità familiari	<ul style="list-style-type: none"> - familiari con problemi di salute e disabilità - familiari con problemi psicologici e psichiatrici - familiari con problemi di dipendenze - problemi sociali in famiglia
Cosa succede nella loro vita?	Tempo Libero	<ul style="list-style-type: none"> - partecipazione ad attività aggregative e sportive; - attività individuali: film, musica, ecc.
	Attività di aggregazione	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di persone su cui fare affidamento; - frequentazione di amici, parenti e vicini di casa (individualmente e con la famiglia); - rapporto con i genitori.

Domande di ricerca	Concetti/macro-area	Variabili
Cosa fanno?	Attività di cura	<ul style="list-style-type: none"> - percezione della propria responsabilità di cura; - identificazione di diverse attività di supporto, di accudimento e domestiche; - identificazione delle persone a cui sono rivolte le attività.
Come stanno?	Motivazione e percezione del ruolo	<ul style="list-style-type: none"> - come percepiscono il proprio impegno; - percezione del loro futuro; - soddisfazione della propria vita.

Ogni macro-area è stata elaborata facendo riferimento alle competenze esperienziali di ciascuno, alle competenze tecniche della ricercatrice e al materiale disponibile in letteratura (Aldridge, 2015; Panciroli, 2019). Lungo il lavoro di formulazione delle domande è stato necessario fare affidamento anche ad altro materiale bibliografico: “*Coping is difficulties, but I fell proud. Perspectives on mental health and wellbeing of young carers*” (Watt et al., 2017) e “*Psychosocial support for promoting mental health and wellbeing among adolescent young carers in Europe*”⁹, ricerche svolte in ambito europeo che hanno previsto lo svolgimento di una *survey* sia nelle scuole che direttamente a domicilio dei *young caregivers*.

Poiché Il possesso di informazioni di un gruppo “*non caregivers*” contribuisce allo sviluppo *continuum del caregiving* (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008), si è deciso di sottoporre il questionario a tutti gli intervistati e non solo ai soggetti effettivamente *caregivers*. Il questionario è stato suddiviso in sezioni seguendo le macro-aree elencate nella *tabella 3*. Ciascuna di esse è stata disposta in modo da alternare aree più “leggere” ad altre più “complesse” in relazione ai contenuti trattati. Ciascuna possiede una successione di domande che permette di affrontare gradualmente l’argomento indagato (da domande generali a più specifiche) (Gideon et al., 2012; Groves et al., 2004; Hox, 2008). Il *gruppo guida* ha ritenuto di elaborare un questionario composto prevalentemente da domande chiuse al fine di rendere più semplice la compilazione al rispondente (*ibidem*). Per la loro formulazione, il gruppo ha tenuto in considerazione l’utilizzo di un linguaggio accessibile e comprensibile per studenti di 3° media, anche in relazione al diverso bagaglio linguistico e culturale (Caselli, 2010). Il gruppo ha formulato frasi brevi connesse a questioni concrete, anche grazie al supporto di esempi. Talvolta sono presenti anche delle indicazioni su come rispondere alla domanda, sempre per garantire al massimo la comprensione dei quesiti

⁹ <https://me-we.eu>

(*ibidem*). I riferimenti temporali inseriti seguono la scansione dell'anno scolastico per aiutare a recuperare efficacemente i ricordi (Groves et al., 2004). Come si vedrà nei paragrafi 4.3.6. e 4.3.7., il *gruppo guida* ha affinato questo lavoro grazie ai momenti di consultazione e al pre-test.





Le modalità di risposta a disposizione prevedono l'utilizzo di scale Likert, autoancoranti e modalità dicotomiche: sì o no (Caselli, 2010; Corbetta, 2014). Nel prossimo paragrafo sarà spiegato dettagliatamente il loro impiego.

4.2.5. Struttura del questionario

La costruzione delle modalità di risposta è stata svolta nella maggior parte dei casi mediante l'inserimento di scale Likert (Corbetta, 2014) per guidare i giovani studenti a individuare più efficacemente la risposta idonea alle loro esigenze (in particolare con le seguenti modalità: per niente, poco, indifferente, abbastanza e molto). La scala Likert vincola le risposte a dei valori maggiormente comprensibili rispetto ad una scala autoancorante considerando l'età dei rispondenti (Caselli, 2010). A molte scale Likert sono state associate delle *emoticon* (Figura 4.1 - Scala Likert con applicazione di emoticon). Il loro utilizzo è consigliato per agevolare la comprensione del meccanismo di compilazione delle scale di misurazione degli atteggiamenti, anche in virtù delle caratteristiche cognitive e sociali del campione. Vi sono stati numerosi campi di applicazione: malattie terminali e croniche, disabilità cognitive e infanzia e adolescenza (Chaplin et al., 2008; Hoey et al., 2017; Lohmann, 2018; Moorthy et al., 2012). Vista l'età del campione, le *emoticon* sono state scelte dal repertorio di *WhatsApp* per rendere ancora più immediata la comprensione della scala. La selezione dell'immagine è stata svolta seguendo la spiegazione di ciascuna di essa fornita dal medesimo social media¹⁰. Questa strategia è stata usata nelle aree relative al rapporto con genitori, insegnanti, compagni di classe, frequentazione scolastica, livello economico e prospettive per il futuro.

¹⁰ Spiegazione reperibile dal sito web <https://www.emoticonsignificato.it>.

Figura 4.1 - Scala Likert con applicazione di emoticon

				
Per niente soddisfacente	Poco soddisfacente	Indifferente	Soddisfacente	Molto soddisfacente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Per quanto concerne le aree della socializzazione, del tempo libero e delle attività di cura è stata utilizzata ancora una scala Likert (Corbetta, 1999, 2014) associata a una scansione temporale (mai, una volta al mese, una volta alla settimana e più volte alla settimana) (Figura 4.2). Tali riferimenti permettono al rispondente di riflettere maggiormente sul proprio tempo, guidandolo nel ricordo attraverso criteri concreti (Groves et al., 2004). In questo caso non sono state applicate le *emoticon* per evitare distorsioni nell'interpretazioni delle modalità disponibili.

Figura 4.2 - Esempio di scala Likert con scansione temporale

E1) Prendersi cura può significare cose diverse. Di seguito troverai un elenco di attività di cura.
 Negli ultimi 3 mesi, nel tuo tempo libero (dopo la scuola, nel week-end e durante le festività), ti è capitato di ...
 COMPILA LA TABELLA.

	MAI	UNA VOLTA AL MESE	UNA VOLTA A SETTIMANA	PIÙ VOLTE A SETTIMANA
tenere in ordine e pulire la tua camera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulire e tenere in ordine altre stanze della casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La parte inerente ai problemi famigliari è stata costruita attraverso una batteria di domande (Corbetta, 1999, 2014) legate alla questione dei possibili problemi famigliari: disabilità, salute fisica, salute mentale o psicologica, dipendenze e problematiche sociali. A ciascuna area sono stati accompagnati esempi per guidare lo studente, il quale dispone di due modalità di risposta: no o sì. In caso di risposta affermativa, si chiede di specificare il rapporto di parentela. A seguire sono state inserite domande volte a comprendere l'eventuale presenza di persone non auto-sufficienti e la responsabilità di cura del minore, come previsto dal questionario YC-QST-20 (Aldridge & Becker, 2003; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2000) (Figura 4.3). A differenza di quest'ultimo, che prevede risposte come sì, no e non so, sono state inserite le seguenti modalità: sì, molto; sì, un po'; no. Il gruppo ha dunque valutato

l'esigenza di guidare il rispondente attraverso modalità precise ma allo stesso tempo che prevedessero un margine di variabilità tra molto e poco nel caso di risposta affermativa.

Figura 4.3 - Esempio modalità di risposta per domanda su responsabilità di cura

C4) Può capitare che ragazzi/e della tua età abbiano il compito di aiutare e di assistere qualcuno della famiglia con costanza assicurandosi che stia bene. Questo compito viene chiamato "prendersi cura". Per esempio: ascoltare, accompagnare, somministrare farmaci, vestire, cucinare per qualcuno, ecc.
Nell'ultimo anno ti è capitato di prenderti cura di qualcuno della tua famiglia?

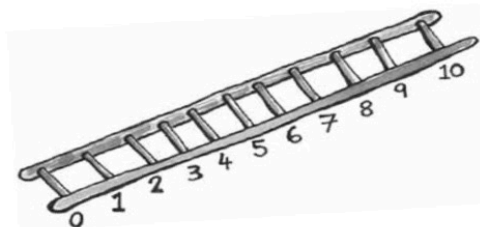
- sì, molto _____ (Specificare rapporto di parentela)
 sì, un po' _____ (Specificare rapporto di parentela)
 no

Come previsto anche dal questionario utilizzato dalla ricerca "Psychosocial support for promoting mental health and wellbeing among adolescent young carers in Europe¹¹", il gruppo guida ha deciso di introdurre una spiegazione preliminare del "concetto di prendersi cura" e alcuni esempi concreti per aiutare il rispondente a comprenderlo.

Infine, per la valutazione del proprio benessere precipito, è stata costruita una scala autoancorante (Corbetta, 1999, 2014), la quale possiede diversi valori numerici di riferimento e due valori semantici (uno massimo e uno minimo) per guidare il rispondente. In questo caso è stata utilizzata l'immagine di una scala con dieci gradini, ciascuno dei quali numerato. Nella Figura 4.4 è possibile osservare la domanda e la scala utilizzata. La scala autoancorante è stata scelta per offrire maggiore libertà d'orientamento al rispondente. Il gruppo ha individuato questa opzione consultando il questionario utilizzato nella survey "Coping is difficult, but I fell proud. Perspectives on mental health and wellbeing of young carers" (Watt et al., 2017).

Figura 4.4 - Esempio con scala autoancorante con immagine

C1) Questa è l'immagine di una scala. **10** corrisponde al **migliore livello di vita possibile**, invece **0** corrisponde al **peggior livello possibile**. Negli ultimi 3 mesi, come è stato il tuo livello di vita? CERCHIA IL NUMERO CHE PIU' TI RAPPRESENTA.



Particolare attenzione merita la batteria di domande sulle attività di cura (Figura 4.2). La batteria deriva dalla scala MACA-18 ed è stata modificata secondo le indicazioni del gruppo guida. Oltre ad aver modificato le modalità risposta (nell'originale sono presenti *never*,

¹¹ <https://me-we.eu>

sometimes, a lot), il *gruppo guida* ha deciso di rivedere la strutturazione della scala individuando items più conformi all'esperienza di *caregiving* poiché molte voci presenti sembravano non individuare le attività essenziali. La struttura ha mantenuto la divisione in sei aree, inserendo però attività capaci di rappresentare maggiormente il *caregiving*. Complessivamente vi sono 18 domande divise non equamente per le 6 aree, poiché le *co-ricercatrici* hanno voluto inserire più domande legate all'area del supporto emotivo, il quale è riconosciuto come più faticoso e stressante per i *young caregivers*. Le nuove domande inserite sono state selezionate comunque da una lista disponibile dalla MACA-18 (Joseph et al., 2009). Inoltre in alcune domande, dove è generico il riferimento ad un familiare, viene richiesto di specificare il rapporto di parentela. Tale precisazione permette di comparare le risposte con le domande relative alla presenza di fragilità in famiglia e alla responsabilità di cura, potendo così individuare se le attività di cura vengono rivolte direttamente alla persona non auto-sufficiente o ad un altro membro. Invece si è ritenuto utile proporre la medesima scala PANOC-YC20, allo scopo di rendere più agile la compilazione anche in assenza di riferimenti temporali precisi. Tuttavia come si vedrà in seguito, è stata fatta una selezione di 4 items positive e 4 items negativi su 20 complessivi. È stata fatta una selezione per evitare di allungare troppo il questionario.

Di seguito sono elencate le aree che compongono il questionario e alcune indicazioni sulle domande presenti. Partendo da quanto descritto nella Tabella 4.4, il questionario si compone complessivamente di sei aree a cui sono stati attribuiti dei titoli per accompagnare il lettore nella compilazione (Gideon et al., 2012; Groves et al., 2004; Hox, 2008).

1. “Introduzione”. Il lettore riceve delle informazioni relative al tema dell'indagine. Per evitare la tendenza dei *young caregivers* a nascondere la propria condizione (Aldridge & Becker, 2003; Aldridge et al., 2017; Becker et al., 1998; Becker & Leu, 2014; Dearden & Becker, 2000) si è deciso spiegare agli studenti che il tema dell'indagine è relativo allo stile di vita di tredici-quattordicenni milanesi. La copertina contiene anche un'immagine per creare maggiore vicinanza con ragazzi di terza media.
2. “Iniziamo con qualche informazione su di te e la tua famiglia”. In questa sezione vi sono domande di tipo socio-anagrafico relative al nucleo familiare. Sono state inserite anche domande relative allo status socio-economico e alla percezione della soddisfazione della propria vita.
3. “Qui parliamo di scuola”. Domande legate alla frequentazione scolastica, agli esiti e al rapporto con i compagni e gli insegnanti.

4. “Ora parliamo della tua salute e di quella della tua famiglia”. A partire da questa sezione si inizia a svelare il tema della ricerca. In particolare viene inserita una domanda sulle responsabilità di cura (si veda la figura 3), con lo scopo di comprendere l’eventuale consapevolezza e disponibilità a dichiarare la propria condizione. Tali domande, volte a rilevare la presenza di problemi di qualsiasi natura in famiglia e di persone che necessitano di assistenza e accudimento, si basano, come le precedenti, sulla consapevolezza e sulla volontà di dichiarare questioni delicate.
5. “Qui invece ci occupiamo del tuo tempo libero e delle tue abitudini”. Quest’area comprende due batterie di domande per ricostruire le informazioni relative al livello di aggregazione, della famiglia e del tempo libero.
6. “Ora invece parliamo di attività di cura”. Per realizzare la rilevazione di queste informazioni è stata redatta una batteria di domande sulle attività di cura. Inoltre è stata utilizzata una versione ridotta della scala PANOC-YC20.
7. “Abbiamo finito... solo qualche domanda su di te!”. In quest’area sono state inserite domande anagrafiche.
8. Conclusione. Il compilatore viene ringraziato per la collaborazione. Anche in questo caso è stata utilizzata un’immagine allo scopo di lasciare un ricordo positivo. Inoltre è stata prevista una lista di contatti e di persone alle quali rivolgersi in caso di necessità o di bisogno di confronto a seguito della compilazione del questionario. Le *co-ricercatrici* hanno insistito molto su questo punto: il questionario potrebbe avere l’effetto di far maturare nel compilatore la consapevolezza rispetto al proprio ruolo, lasciando allo stesso l’incombenza di gestire il vissuto e la frustrazione conseguente in solitudine, motivo per cui hanno ritenuto utile offrire uno strumento per chiedere eventualmente “aiuto”.

Complessivamente il questionario si compone di nove pagine con ventotto domande. Pertanto la lunghezza costituisce un elemento di criticità che incide sull’impegno e la concertazione del rispondente (Groves et al., 2004). Per ovviare a questo problema, durante la rilevazione gli alcuni sono stati assistiti affinché riuscissero a completare il questionario.

4.2.6. Consultazione e sperimentazione del questionario

Terminata la progettazione dello strumento, il *gruppo guida* ha avviato tre momenti di consultazione preliminari al pre-test ufficiale (Groves et al., 2004). Tali incontri sono spazi

di confronto e condivisione con persone non appartenenti al *gruppo guida* e hanno la finalità di incrementare le riflessioni sullo strumento. Dal punto di vista della letteratura possono trovare giustificazione vari gradi di partecipazione (Amestein, 1979; Hart, 1992, 2008; Warren, 2007; Wilcox, 1994).

Il gruppo ha sentito l'esigenza di realizzare questi incontri per diversi motivi: consapevolezza di rappresentare solo in parte il campione (sia per età sia per esperienze) e necessità di ricevere un *feedback* sulla chiarezza dello strumento.

Il primo incontro è stato realizzato con la collaborazione di otto persone di età tra i 18 e i 30 anni, di cui sei donne e due uomini, sia con esperienza di *caregiving* da minorenni (e in atto) che non. Le persone invitate sono state individuate attraverso il passaparola, dando loro informazioni generiche sul questionario e sul tema di ricerca, per non influenzare le risposte o le riflessioni che avrebbero elaborato. A loro è stato chiesto di testare il nostro questionario. In media hanno impiegato circa tra i 10 e i 15 minuti per la compilazione. Al termine il gruppo guida ha facilitato un momento di riflessione con i partecipanti per raccogliere a caldo le prime impressioni, punti di forza e criticità.

L'esito è stato positivo: generalmente le persone hanno trovato il questionario chiaro. Le domande legate all'attività di *caregiving* sono state percepite come pertinenti sia da chi è stato (o lo è allo stato attuale) un *caregiver* sia da chi non ha questa esperienza. In particolare, la domanda principale (sull'assunzione di responsabilità di cura) è stata ritenuta capace di identificare un potenziale *caregiver*. Per quanto riguarda le domande relative allo svolgimento di attività concrete, esse sono state trovate idonee e corrispondenti all'esperienza di un *caregiver*. Infine, rileggendo domanda per domanda, abbiamo cercato di individuare eventuali espressioni poco chiare o esempi poco calzanti, per poi provare a riformularli insieme. Concluso l'incontro, ai potenziali *ex young caregivers* è stata avanzata la proposta di entrare a far parte del *gruppo guida*; purtroppo nessuno ha potuto aderire per difficoltà ad elaborare la propria storia o per mancanza di tempo.

Le altre due esperienze di consultazione hanno visto il coinvolgimento di adolescenti frequentanti le scuole medie (dalla 1° alla 3°). In entrambi i casi erano adolescenti residenti nella provincia di Milano (Cassina de' Pecchi e Cernusco sul Naviglio), ma appartenenti a status socio-economici differenti. Nel caso dell'incontro svolto a Cassina de' Pecchi, i cinque adolescenti di 12-14 anni (tre ragazze e due ragazzi) provenivano da famiglie con uno status medio-alto. I ragazzi e le loro famiglie non presentavano particolari fragilità. L'incontro ha seguito la medesima strutturazione di quello svolto con gli adulti. L'attività è stata molto proficua poiché i ragazzi hanno permesso di decodificare e semplificare concetti

e termini con un linguaggio più adeguato all'età. Per esempio, è stato oggetto di riflessione il concetto di “livello economico” e la definizione di “prendersi cura di qualcuno della tua famiglia”. Hanno impiegato 20 minuti per la compilazione e non hanno trovato complicate le domande.

Nell'ultimo incontro i ragazzi coinvolti erano utenti del Centro di Aggregazione Giovanile di Cernusco sul Naviglio gestito dalla Cooperativa Farsi Prossimo¹². L'utenza accede al servizio esclusivamente mediante segnalazione del servizio sociale comunale a causa di importanti fragilità individuali e familiari (sia dal punto di vista sociale che psicologico). All'incontro hanno partecipato sedici adolescenti (otto di genere maschile e sei di genere femminile) di 11-14 anni. L'incontro ha avuto una strutturazione differente rispetto a quelli precedenti poiché il luogo in cui è avvenuto non è stato adeguato allo svolgimento dell'attività e il tempo a disposizione è stato esiguo. Per la somministrazione e compilazione sono stati impiegati dai 20 minuti fino ad un'ora. Per ovviare alla mancanza di spazio per il confronto finale, i ragazzi sono stati invitati a evidenziare le domande non perspicue e a chiedere immediatamente dei chiarimenti. Parecchi ragazzi, soprattutto quelli di origine straniera (molti erano in Italia da meno di un anno), hanno avuto bisogno del sostegno dell'educatore per poter rispondere alle domande. Inoltre, la lunghezza del questionario e alcune domande particolarmente dettagliate hanno reso la compilazione complicata.

A seguito di ogni incontro il *gruppo guida* si è riunito per concordare le modifiche e per rielaborare l'esperienza. Il gruppo ha espresso apprezzamento per questa fase di consultazione, che ha permesso un confronto e un approfondimento con altre persone con diverse esperienze ed età.

Queste sperimentazioni hanno consentito una rivisitazione del questionario per renderlo più adeguato a tutte le caratteristiche del campione. Diverse domande sono state eliminate o riformulate. Soprattutto si è lavorato per accorciarlo e renderlo il più fluido possibile: per esempio, sono state eliminate le domande sul ciclo del sonno.

4.2.7. Campionamento

Accanto alla realizzazione dello strumento, si è proceduto con il campionamento delle scuole secondarie di primo grado. Il *gruppo guida* ha svolto una funzione di *consultazione* (Amestein, 1979; Hart, 1992, 2008; Warren, 2007a; Wilcox, 1994), offrendo informazioni sulle modalità di aggancio e di proposta di partecipazione delle scuole alla ricerca.

¹² <https://www.farsiprossimo.it>

Il campionamento eseguito è di tipo probabilistico a scelta ragionata (Corbetta, 1999, 2014), poiché è stato realizzato in due fasi che verranno spiegate di seguito.

In via preliminare sono state campionate le scuole dei quartieri di Milano, utilizzando la suddivisione per Nil (Nuclei di identità locale)¹³. I Nil hanno la funzione di catalogare zone della città in relazione alla storia e al progetto del quartiere permettendo una differenziazione tra di essi. I dati utilizzati sono quelli del Censimento Istat del 2011¹⁴.

Per il campionamento dei Nil è stato creato un indice statistico (Corbetta, 1999, 2014) denominato "*indice di fragilità*" allo scopo di individuare tre Nil con caratteristiche socio-economiche differenti. Sono state utilizzate delle variabili che permettessero l'individuazione di una popolazione fragile, in cui sarebbe stato possibile riscontrare un maggior numero di *young caregivers*. Poiché la questione economica gioca un ruolo nell'emersione del fenomeno, sono state scelte delle variabili connesse alla povertà o alla fragilità sociale (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017). La decisione di individuare tre quartieri con caratteristiche differenti ha lo scopo di studiare la presenza del fenomeno in contesti diversi, non necessariamente connessi alla povertà, e di attuare dei confronti.

Le variabili incluse sono:

- popolazione straniera, a cui si associano maggiori difficoltà socio-economiche (Barbiano di Belgiojoso & Rimoldi, 2006; Bárcena-Martín & Pérez-Moreno, 2017; Reyneri, 2007);
- basso titolo di studio, a cui si associa una precaria condizione di vita (Cozzolino, 2014; Negri & Saraceno, 2000);
- edifici in discreto/pessimo stato, a cui si associa uno scarso livello economico (Agustoni et al., 2015; Briziarelli, 2013; Saraceno & Negri, 2003);
- popolazione disoccupata, a cui si associano problemi sociali ed economici contingenti (Moramarco & Paccagnella, 2004; Negri & Saraceno, 2000; Rovati, 2006; Saraceno, 2015).

Una volta creato l'indice, la matrice dei Nil è stata organizzata in ordine decrescente in funzione dell'*indice di fragilità*. Tale passaggio ha permesso l'individuazione di tre gruppi, secondo la seguente logica:

- indice di fragilità > 0.5 (Nil in cui vi è un maggiore tasso di fragilità),

¹³ http://dati.comune.milano.it/it/dataset/ds61_infogeo_nil_localizzazione

¹⁴ <https://www.istat.it/it/archivio/77877>

- $-0.5 < \text{indice di fragilità} < 0.5$ (Nil in cui vi è un medio tasso di fragilità),
- $\text{indice di fragilità} < -0.5$ (Nil in cui vi è un minore tasso di fragilità).

All'interno di ogni gruppo è stato selezionato il Nil con lo scostamento maggiore dalla media e con più alternative nella scelta della scuola¹⁵.

In conclusione, i Nil selezionati sono:

- Lodi- Corvetto (tre scuole),
- Stadera (tre scuole),
- San Vittore - Magenta (tre scuole).

La fase di individuazione delle scuole ha visto la collaborazione con l'Ufficio Territoriale Scolastico, con il quale si è proceduto alla selezione degli istituti con il numero maggiore di studenti attraverso l'ausilio dei siti web del Comune di Milano¹⁶ e del MIUR¹⁷.

Una volta individuate le scuole, un referente dell'Ufficio Territoriale Scolastico (dott.ssa Scordo) ha invitato la scuola a partecipare alla ricerca.

Nonostante l'interesse iniziale, tutte le tre scuole del quartiere Magenta - San Vittore hanno respinto la collaborazione. I Dirigenti hanno motivato affermando che la scuola era già molto impegnata e che ritenevano troppo delicata la domanda sulla percezione del livello economico familiare. Pertanto, si è proceduto con la scelta di un altro Nil, avente le stesse caratteristiche: Pagano (due scuole). La Tabella 4.5 riassume le informazioni relative alle scuole secondarie di primo grado campionate.

Tabella 4.5 - Riepilogo Nil – Scuole

Nil	Nome Scuola	Numero Studenti	N° Sezioni III Media	N° Studenti Classe III
Pagano	ICS Linneo	874	12	274
Stadera	ICS Palmieri	391	6	119
Lodi - Corvetto	ICS Candia	365	6	128

¹⁵ Informazioni ottenute dal database del Comune di Milano. <https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/urbanistica-ed-edilizia/pgt-vigente/piano-dei-servizi/catalogo-schede-nil-elenchi-dei-servizi>

¹⁶

<https://geoportale.comune.milano.it/MapViewApplication/Map/App?config=%2FMapViewApplication%2FMap%2FConfig4App%2F387&id=ags>

¹⁷ <http://cercalatuascuola.istruzione.it/cercalatuascuola/>

La popolosità dell'ICS Moscati - Mameli è dovuta alla composizione dell'istituto su tre succursali, le quali però appartengono a due Nil differenti:

1. Via Linneo: Nil Pagano, 6 classi,
2. Via Moscati: Nil Sarpi, 3 classi,
3. Via Monviso: Nil Sarpi, 3 classi.

Si è valutato di accedere comunque alle due succursali appartenenti al Nil Sarpi, vista la disponibilità del Dirigente. Il Nil Sarpi possiede un punteggio dell'*indice di fragilità* differente rispetto al Nil Pagano, rientrando in una posizione diversa tra quelli selezionati per il campionamento: si classifica dopo la fascia dei Nil aventi media fragilità, ma non rientra nella fascia di quelli aventi una bassa fragilità, nonostante l'eterogeneità della popolazione residente (Saibene, 2017).

Infine, è stata individuata la scuola per svolgere il pre-test (Groves et al., 2004), appartenente al Nil Lodi-Corvetto. Questo Nil è stato scelto per l'opportunità di testare il questionario con un campione che avrebbe potuto riscontrare maggiori difficoltà nella compilazione, trattandosi di un Nil con alto tasso di fragilità.

La scuola scelta è quella locata in via Martinengo, che possiede otto sezioni di classe III per un totale di 501 studenti. Nonostante questa scuola disponga di un numero maggiore di alunni, non è stata selezionata per la somministrazione poiché posizionata al confine geografico con un altro Nil, Rogoredo: infatti Rogoredo possiede un tasso di fragilità simile a quello di Sarpi¹⁸.

Attraverso la somministrazione del pre-test sono stati raccolti 167 questionari su 184. A seconda delle capacità di ciascun ragazzo la durata è risultata variabile: da 15 minuti a 50 minuti. A seguito del pre-test sono state attuate le modifiche definitive al questionario.

È stata eliminata una domanda connessa al tempo dedicato al lavoro di cura poiché gli alunni più fragili facevano fatica a comprendere il concetto di tempo espresso in ore. Infine, la domanda per identificare i vari problemi della famiglia è stata esemplificata per essere più comprensibile. Queste modifiche sono state discusse con il *gruppo guida* valutando le risorse e le criticità di ciascuna domanda.

¹⁸ Informazioni ottenute dal database del Comune di Milano. <https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/urbanistica-ed-edilizia/pgt-vigente/piano-dei-servizi/catalogo-schede-nil-elenchi-dei-servizi>

4.2.8. Somministrazione dei questionari

Tra fine novembre e dicembre 2018 si è svolta la somministrazione nelle cinque scuole selezionate raggiungendo 439 studenti di 3° media su 521 (Tabella 4.6). Il tempo per la compilazione è stato variabile in base alle caratteristiche della classe e di ciascuno studente: da 10 minuti a 1 ora.

Presso l'ICS Palmieri si è registrato un numero inferiore di questionari compilati poiché molti genitori non avevano dato l'autorizzazione a partecipare all'indagine. Inoltre, a causa dell'influenza dilagante a dicembre, molti alunni erano assenti.

Come ipotizzato inizialmente dal *gruppo guida*, durante la compilazione i ragazzi con situazioni familiari complesse hanno maturato la consapevolezza della propria situazione critica. A coloro che sono stati immediatamente identificati come potenziali *caregivers* è stata fornita un'ulteriore copia del questionario, allo scopo di lasciare indicazioni per chiedere un confronto o aiuto (si veda struttura questionario, paragrafo 4.2.5.). Molti studenti, soprattutto ragazze, hanno domandato chiarimenti sulla finalità della ricerca e hanno manifestato il bisogno di potersi confrontare con qualcuno sulle loro fragilità. Altri hanno commentato il questionario riferendo soddisfazione per il proprio ruolo in famiglia, come membro utile e indispensabile.

Nonostante la disponibilità del *gruppo guida* a partecipare alla rilevazione, per vari motivi personali (salute o impegni lavorativi) le co-ricercatrici non hanno potuto essere presenti. Il gruppo è stato comunque aggiornato sull'andamento di questa fase.

Tabella 4.6 - Riepilogo rilevazione

Scuola	Numero studenti	Numero studenti partecipanti
ICS Candia	128	115
ICS Palmieri	119	71
ICS Via Linneo	143	136
ICS Via Monviso	63	54
ICS Via Moscati	68	63
TOT	521	439

4.2.9. Analisi dei dati

Come descritto nel cap.3, nel processo di elaborazione dei dati è stato possibile coinvolgere le co-ricercatrici in vari modi (Aldridge, 2014; Pancioli, 2019; Stevenson, 2014).

Il *gruppo guida* ha ragionato sul contenuto dell'analisi e preso delle decisioni per permettere alla ricercatrice di agire concretamente attraverso il software statistico "SPSS" – versione 25. La collaborazione delle *co-ricercatrici* è avvenuta alla pari con la ricercatrice (Amestein, 1979; Hart, 1992, 2008; Warren, 2007; Wilcox, 1994), nonostante non sia stato possibile ingaggiarle concretamente nell'utilizzo del software. Infatti, la ricercatrice ha guidato il gruppo nel comprendere quale fosse l'obiettivo di lavoro delle co-ricercatrici, per poi spiegare quale tecnica di analisi potesse essere utile o a quali esiti portasse. Una delle co-ricercatrici, che dispone di competenze base di statistica, ha aiutato ad approfondire la riflessione e a individuare meglio l'obiettivo di lavoro.

Questa delicata fase ha necessitato di tempi lunghi (gennaio – settembre 2019) poiché svolta simultaneamente con altre fasi della ricerca.

Contemporaneamente è stato preparato il *codebook* (Di Franco, 2009) al fine di realizzare il *database* necessario per l'analisi. Dopo aver svolto tutte le operazioni preparatorie, sono state compiute le prime verifiche e modifiche per rendere agevole la fruizione del *database* nelle fasi successive (*ibidem*). Questa operazione ha portato anche ad una riduzione del campione da 439 a 424 unità¹⁹. Sono stati eliminati 15 questionari perché i rispondenti possedevano delle disabilità cognitive oppure perché residenti in Italia da circa tre mesi, manifestando scarsa affidabilità nel rispondere.

Il gruppo è partito riprendendo la domanda di ricerca, le ipotesi e le variabili a disposizione. Per facilitare una più ampia partecipazione, durante i tre incontri è stata fornita a ciascun membro una scheda riassuntiva dei passaggi che sarebbero stati affrontati. Ad ogni incontro venivano riprese la domanda di ricerca, le ipotesi di lavoro e le variabili disponibili. Il gruppo ha elaborato delle riflessioni con l'obiettivo di costruire il profilo del *young caregiver* italiano. Pertanto, è stata concordata la volontà di affrontare un'analisi per individuare le caratteristiche del campione in relazione all'indice calcolato a partire dalla batteria di domande sulle attività di cura. L'indice, che procede da 0 a 100, costituisce il *continuum* di caregiving (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008) ed è stato realizzato attraverso le domande sulle attività di cura. Tutte le operazioni di seguito descritte sono state

¹⁹ Aapor RR1=0,814. Il tasso di copertura è stato calcolato secondo le linee guida messe a disposizione da Aapor (2016).

realizzate seguendo la letteratura relativa alla scala MACA-18 (Joseph et al., 2009; Leu et al., 2019).

Le domande sono poi state aggregate in 6 aree omogenee per ciascuna delle quali è stato costruito un indice su base 0-100. A ciascuna di queste è stato attribuito un peso che varia a seconda di quanto incidano nella vita dei *young caregivers* (Aldridge, 2006; Aldridge et al., 2017; Aldridge et al., 2016). L’operazione è stata compiuta a partire dall’opinione delle co-ricercatrici e dalla letteratura. Oltre a considerare questi aspetti, nell’attribuzione del peso si è tenuto conto anche numero di domande presente per area, poiché non divise in quantità uniformi (Tabella 4.7).

Tabella 4.7 - Processo costruzione del sistema di pesi

Aree	N° di domande	Peso		Esito	%
Domestic	2	basso	5	10	6%
Household	3	basso	5	15	9%
Sibling care	4	basso	5	20	11%
Financial	3	medio	10	30	17%
Personal care	2	medio	10	20	11%
Emotional care	4	alto	20	80	46%
Tot	18			175	100%

Conclusa l’operazione, è stato costruito un indice sintetico come media degli indici di ciascuna area, (Joseph et al., 2009) generando per ciascun caso un punteggio. L’indice perciò esprime il *continuum* con punteggio che varia da 0, se non vengono svolte attività di cura, a 100, che esprime il massimo impegno.

Lo stesso procedimento è stato seguito per la costruzione dell’indice relativo dello stato d’animo relativo allo svolgimento di attività di *caregiving* (definito in questa tesi come indice di *mood*). Alle batterie di 8 domande, suddivise tra 4 rivolte al positivo e 4 rivolte al negativo, sono stati attribuiti punteggi per ciascuna modalità di risposta. Questo indice ha valori compresi tra -0,75 e 1, derivante dalla media dei punteggi di ciascun caso.

Successivamente la ricercatrice ha riportato un livello preliminare di analisi al *gruppo guida*. A ciascuna *co-ricercatrice* è stato fornito un documento contenente i grafici e tabelle delle suddette analisi. Le informazioni illustrate sono state commentate e sono state la base per decidere come proseguire l’analisi. In questa fase il gruppo ha ribadito la volontà di descrivere dei profili di *caregiving*. L’operazione è stata compiuta per mezzo del confronto

delle medie, gli esiti delle associazioni e delle correlazioni tra le variabili deputate a descrivere il fenomeno e gli indici di *caregiving* e di *mood*.

Il *gruppo guida* pertanto ha deciso quali variabili utilizzare per costruire i profili: familiari che necessitano di assistenza, scuola, rapporto genitori, soddisfazione vita e percezione della vita futura. Inoltre, è stata data attenzione al livello di consapevolezza di ciascuno studente attraverso la variabile “Ti prendi cura di qualcuno?”.

Infine, è stato svolto un confronto tra le variabili status socio-economico e Nil e Scuola, per individuare eventuali associazioni con l’indice.

Successivamente i risultati sono stati presentati alle *co-ricercatrici*, le quali hanno commentato quanto emerso. Dall’osservazione dei profili, il *gruppo guida* ha definito le modalità per identificare i *young caregivers*.

Questi passaggi hanno previsto la realizzazione di un’analisi descrittiva. Oltre a confrontare percentuali e medie, prevede lo svolgimento del test dell’Anova *a una via* (Girden, 2018) e di alcune correlazioni.

4.3. *Focus group con un gruppo di potenziali caregivers*

Il *focus group* è stato realizzato nel mese di aprile 2019 e ha visto il coinvolgimento di studenti di terza media a cui era già stato somministrato il questionario. La scelta dello strumento è legata all’obiettivo di ottenere informazioni con maggiore profondità e osservare il processo di formazione di opinioni (Acocella, 2012; Morgan, 1996) in persone che condividono, forse per la prima volta, la propria esperienza come *young caregivers* (e senza sapere di esserlo). Attraverso il *focus group* vi è infatti la possibilità di raggiungere un numero elevato di informazioni grazie alle dinamiche di gruppo che si generano e che hanno l’effetto di potenziare la riflessione del singolo, raggiungendo ambiti che altrimenti rimarrebbero inesplorati. In letteratura sono presenti diverse sperimentazioni che evidenziano l’efficacia della tecnica anche con bambini e adolescenti, soprattutto nelle situazioni delicate e di fragilità, come abusi o gravi malattie (Alderson & Morrow, 2011; Barbour & Kitzinger, 2011; Charlesworth & Rodwell, 1997; Earley et al., 2007). Nell’ambito del *caregiving* svolto da adolescenti e bambini, il *focus group* viene usato per approfondire questioni delicate, come la problematica che induce all’assunzione del ruolo di cura (Butler et al., 2005; Robson et al., 2006; Sainsbury, 2009).

Come si vedrà successivamente, per potenziare gli esiti del *focus group* ci si è serviti anche dello strumento della vignetta (Bloor & Wood, 2006; Marradi, 2005; Marradi & Gasperoni, 2002), tecnica utilizzabile sia con strumenti quantitativi che con strumenti qualitativi, in quanto può assumere diverse forme: composizione scritta, immagine, video, ecc. Questa produzione può raffigurare scenari o esempi concreti volti a stimolare una reazione sul contenuto (Barter & Renold, 2000; Hughes & Huby, 2004; O'Dell et al., 2015). In sintesi, lo scopo della breve narrazione è quello di guidare il rispondente nell'immaginarsi come la storia evolverà, partendo dalla propria esperienza personale. Il suo impiego all'interno della presente ricerca è stato finalizzato a dare uno stimolo iniziale e favorire la discussione su argomenti delicati (Bloor & Wood, 2006; Marradi, 2005; Marradi & Gasperoni, 2002). La tecnica ha il pregio di mettere l'intervistato nelle condizioni di rispondere in modo "coperto" senza esporsi o senza che la sua risposta sembri troppo personale (Barter & Renold, 2000). Inoltre aiuta a mettere a proprio agio l'intervistato perché la vignetta agisce sul clima di lavoro rendendo la conversazione di gruppo naturale e fluida (Marradi & Gasperoni, 2002). In letteratura la vignetta viene indicata come particolarmente utile per intervistare dei bambini, specie se si tratta di affrontare argomenti delicati (Barter & Renold, 2000; Palaiologou, 2017)(Barter & Renold, 2000; Palaiologou, 2017)(Barter & Renold, 2000; Palaiologou, 2017), come lo svolgimento delle attività di cura.

4.3.1. Ridefinizione della domanda di ricerca

Per condurre il *gruppo guida* nella realizzazione di questa fase di ricerca sono state offerte nuovamente delle schede contenenti il percorso necessario da seguire. Il primo passaggio è stato ridefinire con il linguaggio del gruppo la domanda di ricerca (Krishnaswamy, 2004). Sono state riportate sia la domanda di ricerca per come definita in origine dalla ricercatrice sia quella definita dal gruppo (costruire un profilo del *young caregiver* italiano). Il gruppo ha ribadito la necessità di proseguire su questa strada, rivolgendo anche particolare attenzione all'indagine sulla consapevolezza e il giudizio che i potenziali *caregivers* hanno delle loro responsabilità. Questo ragionamento è stato sostenuto anche dai primi risultati della *survey*, che hanno mostrato due elementi interessanti: la scarsa consapevolezza (Leu et al., 2017; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal et al., 2014; Stamatopoulos, 2015) e la vergogna (Leu et al., 2019; Lloyd, 2013) a dichiarare le proprie responsabilità. Pertanto gli interrogativi che hanno orientato la costruzione del *focus group* sono: "chi sono?", "cosa succede nella loro vita?", "cosa fanno?", "perché lo fanno?" e infine "come stanno?". Per

favorire un ambiente sereno in cui i giovani *caregivers* potessero esprimersi senza temere di doversi esporre in prima persona, si è proposto alle co-ricercatrici di utilizzare lo strumento della vignetta (Bloor & Wood, 2006; Marradi, 2005; Marradi & Gasperoni, 2002).

4.3.2. Formazione del gruppo sulle tecniche: *focus group* e vignetta

La spiegazione relativa alla tecnica del *focus group* è stata realizzata con le stesse modalità della formazione svolta precedente. Per accompagnare le *co-ricercatrici* a comprendere lo strumento si è discusso sulle modalità di realizzazione della conduzione del *focus group* (Cataldi, 2009).

La vignetta è stata introdotta come strumento utile per andare in profondità pur garantendo l'anonimato agli studenti (Cardano, 2011; Marradi, 2005; Marradi & Gasperoni, 2002). Per apprendere e comprendere la tecnica, la ricercatrice e una co-ricercatrice hanno partecipato a un seminario dedicato. Ciò che è stato appreso in questa sede è stato poi riportato ai membri del gruppo per favorire la piena partecipazione di ciascuno.

4.3.3. Selezione dei partecipanti

La selezione dei partecipanti è avvenuta secondo una strategia a scelta ragionata (Corbetta, 1999, 2014). Si è deciso di coinvolgere solamente gli studenti del Nil Lodi-Corvetto poiché residenti in una zona con un alto tasso di fragilità, secondo l'indice precedentemente costruito, il quale viene associato ad una maggiore probabilità di individuare potenziali *young caregivers*.

Inizialmente l'invito di partecipazione al *focus group* era destinato a tutti gli studenti di terza media, con l'obiettivo di realizzare più gruppi costituiti in modo omogeneo e per compiere comparazioni tra potenziali *young caregivers* e non.

Non avendo ottenuto alcuna adesione, si è scelto di procedere attraverso una selezione più mirata al fine di raggiungere al meglio la sottopopolazione (Cardano, 2011).

Pertanto la selezione è avvenuta costituendo un gruppo di 15 potenziali *caregivers* attraverso l'Index della scala MACA-18 (Joseph et al., 2009), ottenuto tramite il questionario della *survey*. La selezione di un gruppo relativamente piccolo è stata dettata dalla necessità di facilitare la scuola nel raggiungimento delle persone in modi e tempi contenuti. Per la costruzione del gruppo sono stati considerati gli appartenenti alle classi medio-alta e alta (n. 47 alunni). Inoltre, dalla *survey* sono state selezionate le persone tenendo in considerazione le seguenti informazioni:

- tipo di problema familiare dichiarato (sanitario, psicologico, sociale, ecc.),
- intensità nello svolgimento delle attività di cura,
- percezione personale rispetto alle proprie responsabilità di cura,
- genere,
- provenienza.

Il gruppo è stato ristretto cercando di tenere in considerazione la tipologia di problemi emersa dalla *survey*:

- separazione dei genitori e conseguente senso di solitudine di uno di essi,
- famiglia numerosa (più di 4 membri),
- condizioni di salute precarie di un familiare,
- nessun problema apparente.

Inoltre, si è data attenzione all'origine e al genere degli alunni. Da questa selezione è stato circoscritto un gruppo di 15 studenti, a cui è stato rivolto un invito diretto da parte della vicepresidente. All'invito hanno aderito alla proposta 5 studenti.

In sintesi è stato costruito un gruppo omogeneo (Cardano, 2011) rispetto alla conoscenza ed esperienza del tema, poiché nella *survey* tutti i partecipanti hanno dimostrato di svolgere intense attività di cura. La tutela della privacy in questo caso è stata garantita dall'utilizzo di brevi narrazioni, ovvero le vignette, che ha consentito la libera espressione attraverso la storia di altri (Marradi, 2005; Marradi & Gasperoni, 2002).

In sintesi, considerando che il gruppo dei partecipanti è stato costruito partendo dalle informazioni della *survey*, è possibile osservare la combinazione dei metodi di ricerca dei vari fasi già nella fase della progettazione e non solo in quella finale, come previsto nei *mixed methods* (Greene, 2006).

4.3.4. Progettazione del *focus group*

Chiarite le caratteristiche dei partecipanti, i membri del gruppo guida hanno iniziato a predisporre la struttura del *focus group*. Le co-ricercatrici hanno deciso di partire dalla definizione di *young caregivers* da loro elaborata per individuare gli elementi da indagare. Tali elementi sono costituiti da *parole chiave* (Cataldi, 2009) o *proprietà* (Cardano, 2011), che sono: *sopravvivenza, compiti degli adulti, benessere, competenze, bisogni, fragilità familiare, consapevolezza, fatiche*. Sondando queste *proprietà* si è provato a comparare gli esiti con la definizione formulata dalle *ex young caregivers*. La strutturazione della traccia è di livello medio (Acocella, 2012; Cardano, 2011) al fine di garantire un clima non troppo impostato e di lasciare liberi gli intervistati di esplorare le aree, in considerazione della giovane età e all'oggetto di studio. Il gruppo ha deciso di costruire una vignetta che prendesse in considerazione le principali caratteristiche dei partecipanti. Considerando che le co-ricercatrici possedevano esperienze di vita simili ai possibili partecipanti, non si è ritenuto necessario testare preliminarmente la vignetta; scelta sostenuta dalla letteratura sulla *ricerca partecipativa* (Avancini, 2019; Pancioli, 2019). Per evitare di appesantire la partecipazione, il livello di salienza è stato tenuto sotto controllo evitando domande superflue rispetto all'argomento (Acocella, 2012).

4.3.5. Organizzazione del *focus group*

Oltre avere progettato un *focus group* con un livello medio di strutturazione, è stato realizzato anche un livello medio di moderazione nella discussione. La discussione nascente non è stata né autogestita né completamente concentrata sul moderatore. Infatti la conduzione lascia spazio alla libera interazione tra i partecipanti per cercare di rispondere ai quesiti o per affrontare una riflessione (Acocella, 2008, 2012; Cardano, 2011).

L'organizzazione prevede delle parti principali: accoglienza, spazio di aggregazione e di presentazione, introduzione all'argomento, domande chiave e domande di chiusura (Acocella, 2012). In sintesi l'organizzazione si compone nel seguente modo:

1. accoglienza: momento facilitato con l'apertura di buffet e di conversazione non impegnata.
2. Introduzione al lavoro: ringraziamenti per la loro partecipazione e spiegazione dell'obiettivo di lavoro.
3. Presentazioni: momento di conoscenze attraverso giochi rompi ghiaccio per distendere il clima all'interno del gruppo.

4. Introduzione dell'argomento di ricerca: lettura della vignetta.

Anna ha 11 anni e Marco ha 14 anni, sono due fratelli e frequentano la stessa scuola media del quartiere. Ogni giorno dopo la scuola vanno a mangiare dal nonno. Anna va direttamente dopo la scuola, mentre Marco passa prima da casa per portare fuori il cane, che tanto hanno desiderato. Nel frattempo, Anna si occupa del nonno, che ha bisogno di essere aiutato ad alzarsi dal letto e a vestirsi, e inizia a preparare la tavola. Marco li raggiunge, prepara il pranzo. Al termine Anna rimane a fare compagnia al nonno e Marco torna a casa per fare i compiti. A casa c'è la mamma che come al solito è chiusa in camera perché non sta bene, Marco cerca sempre di tenerle compagnia.

5. Apertura dibattito: raccolta a caldo delle prime sensazioni e riflessioni, stimolazione attraverso le seguenti domande:

- perché hanno deciso di aiutare il nonno?
- Anna non fa i compiti?
- Marco come riesce a farli?
- Perché la mamma ha bisogno?
- Non vedono gli amici?
- Non fanno altro?
- Il papà?
- Gli insegnanti cosa ne pensano?
- Come stanno?

In caso di difficoltà a far partire la discussione sarebbero state poste le seguenti domande:

- Come sta Anna?
- Come sta Marco?
- Come sta il nonno?
- Come sta la mamma?
- Dove è il papà?
- Cosa ne pensate dei compiti della scuola?
- Cosa ne pensate del tempo libero?
- Cosa delle attività che svolgono? Come le percepiscono?

6. Breve esplorazione diretta delle aree di interesse: richieste di definizione delle seguenti *parole-chiave* attraverso l'uso di post-it, fogli e pennarelli colorati:

- Sopravvivenza,
 - Compiti degli adulti,
 - Benessere,
 - Competenze,
 - Bisogni,
 - Fragilità familiare,
 - Consapevolezza,
 - Fatiche.
7. Chiusura: breve restituzione del lavoro fatto e ringraziamenti per la disponibilità. A ciascun partecipante vengono consegnate delle indicazioni per contattare l'associazione *El Modernista*²⁰, dove è presente una co-ricercatrice, in caso di desiderio di parlare con qualcuno della propria esperienza.

4.3.6. Realizzazione del *focus group*

Al fine di potenziare i risultati si è ritenuto utile far partecipare alla conduzione del *focus group* anche una co-ricercatrice. La sua partecipazione è stata indotta da due ragioni. Innanzitutto, la co-ricercatrice è un'educatrice professionale con competenze nella conduzione di gruppi in ambito psico-pedagogico e ha esperienza con pre-adolescenti e adolescenti; inoltre, in qualità di *esperta per esperienza* (McLaughlin, 2009) di *caregiving* svolto in giovane età, possiede un alto livello di conoscenza del tema utile per stimolare la discussione; infine, anche la sua esperienza all'interno del gruppo di ricerca le ha permesso di acquisire una buona conoscenza della domanda di ricerca e delle fasi di lavoro da seguire. Il *focus group* ha avuto una durata di 2 ore e 20 minuti e vi hanno partecipato 4 alunni su 5 (poiché un alunno era assente). L'attività si è svolta all'interno della scuola in una sala dedicata: la discussione in un luogo familiare e conosciuto ha ridotto l'artificialità del contesto di ricerca (Acocella, 2008, 2012). Le moderatrici hanno affrontato la discussione stimolando il dibattito, chiedendo di chiarire le informazioni emerse e sollecitando l'interazione sia di tipo reattivo che non (*ibidem*). Per facilitare l'esplorazione dei temi, i partecipanti sono stati incentivati attraverso il contatto visivo e cenni di apprezzamento, la tecnica dell'eco e la formulazione di probes (Cataldi, 2009). Generalmente le domande sono state rivolte al gruppo (noi o voi) per esortare la discussione e il confronto tra gli intervistati.

²⁰ Associazione per la promozione sociale El Modernista <https://www.facebook.com/elmodernistaAPS/>

I singoli venivano interpellati se si osservava un'espressione non-verbale che esprimesse dissenso oppure per incoraggiare i più timidi (Morgan, 1996).

La sessione di *focus* ha avuto un buon clima di lavoro e di confronto tra i partecipanti, nonostante il tema di discussione delicato. La vignetta ha permesso loro di esporsi e di interagire anche attraverso argomentazioni molto elaborate e con elevato contenuto emotivo. Vista la capacità della vignetta nello stimolare una discussione, molte domande non sono state poste poiché i partecipanti le introducevano spontaneamente. Molto spesso i partecipanti hanno manifestato opinioni divergenti, le quali sono state sottolineate per spingerli a ragionare ulteriormente. Il gruppo è stato tranquillizzato e incentivato a continuare a ragionare attraverso quelle modalità (Acocella, 2008).

Sebbene gli intervistati abbiano un'età giovane, hanno dimostrato un alto livello di attenzione per tutta la sessione. Infine, si è osservata una fortissima partecipazione di due intervistati (Francesca e Luca), per via del loro carattere più forte, che ha spinto le moderatrici a intervenire per allargare la partecipazione. Di seguito viene riportata la scheda dei profili interattivi ²¹dei partecipanti.

Tabella 4.8 - Profili interattivi dei partecipanti

Partecipante	Profili
Francesca	Esperto, curioso e leader
Luca	Esperto, curioso e leader
Evelyn	Escluso, frettoloso, distaccato e timido
Fatima	Presunto esperto e timido

Il ruolo della co-ricercatrice è stato decisivo per aprire scenari di discussione attraverso esempi e con un linguaggio vicini all'esperienza dei potenziali *young caregivers*. Di seguito sono elencati alcuni esempi di questa funzione svolta dalla co-ricercatrice.

"[...] Dall'altra parte però si sentono parte di un insieme, no? Quindi si rema tutti insieme nella buona e nella cattiva sorte e dall'altro qualcuno che, però, in questo remare tutti insieme fa il bene della famiglia ma toglie un pezzettino a se stesso, giusto? No?" (Samia Ibrahim)

²¹ I profili interattivi sono stati elaborati a partire dalla classificazione di Acocella (2008).

“[...] Avere una famiglia! Ok quindi la cosa positiva di questa storia è che tutto sommato non sono soli, hanno qualcuno. Un po' acciaccato, un po' malmesso, ma qualcuno c'è”. (Samia Ibrahim)

Inoltre, davanti all'esplicitazione di contenuti estremamente complessi e difficili, la co-ricercatrice è intervenuta a sostegno dell'espressione anche di umori e pensieri negativi nei confronti delle responsabilità assunte dai protagonisti della vignetta. La sua esposizione ha favorito un clima di discussione in cui si potessero affermare liberamente le frustrazioni e i sentimenti negativi.

“[...]vi assicuro che una persona malata adulta sa, si rende conto che è molto impegnativo supportarla. Quindi la ragazza di 11 anni che aiuta il nonno ha tutto il diritto di dire “Sono stufa” e il nonno la capisce. [...] Vedo invece molto sano, giusto e corretto che chi ha un compito così grande e così importante abbia anche il diritto, oltre che di essere felice, di farlo per amore anche di dire Sai che c'è?! Oggi che fatica!! Vorrei proprio andare farmi un giro, c'è un sole bellissimo, è venerdì pomeriggio, i miei compagni vanno a mangiare il gelato e io, che voglio molto bene a mio nonno, però devo rimanere qua, anche se oggi vorrei tanto fare un'altra cosa “che barba”. Posso dirlo!” (Samia Ibrahim)

Infine, come è possibile intuire dalla citazione appena riportata, l'ex *young caregiver* ha svolto una funzione di supporto rispetto alle frustrazioni manifestate dagli intervistati. Non solo, ha cercato anche di spronarli per riconoscere i desideri e le aspettative non pronunciati temendo di ferire i propri cari.

“[...] avete parlato moltissimo di Anna e Marco come appartenenti ad un gruppo, ad un nucleo familiare quasi un po' come se Anna e Marco esistessero soltanto appartenendo a quel nucleo familiare, facendo delle cose per quel nucleo familiare... ma avete anche detto che questa è l'età in cui si cerca chi si è, cosa si vuole fare, la direzione... e questa cosa contrasta un po' con l'essere identificato solo e soltanto con la propria famiglia, col proprio nucleo familiare e con quello che si fa per la propria famiglia, per il proprio nucleo familiare... vi farei ragionare su quello che è il benessere di Anna e Marco intesi come persone... [...] sono dei giovani adulti che hanno una vita davanti e mi sembra che ci stiano pensando un po' poco alla loro vita. [...] da come me li avete descritti voi,

sembra che pensino più alla vita del nonno, della mamma, dello zio, del fratello e così via. Allora mi piacerebbe... secondo me se io avessi dovuto compilare questa cosa avrei scritto che il benessere di Anna e Marco è pensare al loro futuro, al futuro di Anna e Marco, non in funzione per forza del nonno, della mamma, del papà e così via perché Anna e Marco esistono indipendentemente da... ho detto una cosa che non è chiara e che vi stona?" (Samia Ibrahim)

Dalla citazione riportata sopra è osservabile la tendenza al cambiamento sociale (Aldridge, 2015; Pancioli, 2019). L'esigenza di cambiare qualcosa partendo dalla *produzione democratica del sapere* (Ponic et al., 2010; Shaw, 2008) spinge verso un processo di *empowerment* negli stessi partecipanti (Fouché, 2016): dapprima rileggono la propria storia di vita e successivamente sperimentano l'esigenza di contribuire (Aldridge, 2015). In questo caso si tratta del desiderio di contribuire al benessere di coloro che attualmente stanno sperimentando la funzione di *caregiving*.

4.3.7. Analisi dei dati

L'analisi dei dati è avvenuta seguendo lo stesso schema di lavoro utilizzato per quello della *survey* per quanto riguarda l'*approccio partecipativo*. Al gruppo è stata consegnata una scheda riportante tutti i passaggi necessari per svolgere l'analisi. Il lavoro si è basato sul commentare la trascrizione dell'intero *focus group*, previa consultazione del documento da parte di ogni membro. La fase della produzione del *materiale empirico* è stata realizzata dalle due co-ricercatrici non presenti al *focus group*, anche per offrire loro l'opportunità di prendere maggiormente dimestichezza con il testo. Alle co-ricercatrici sono state fornite semplici regole per produrre il testo; la ricercatrice si è poi occupata di aggiungere le note di campo e le informazioni paralinguistiche (Acocella, 2008, 2012; Cardano, 2011; Cataldi, 2009).

Come ad ogni incontro, sono stati ripresi la domanda di ricerca e lo scopo prefissato per questo livello di analisi: costruzione del profilo del *young caregiver* italiano. In particolare il gruppo ha deciso di procedere con l'analisi del processo di segmentazione e qualificazione secondo la *template analysis* (Brooks & King, 2014; Cardano, 2011; King, 1998). Cardano definisce questa procedura nel seguente modo:

“L’apposizione di glosse [...] prevede la preliminare definizione di un insieme di categorie analitiche, di codici, desunti sia dalle domande da cui muove la propria ricerca, sia da quanto sedimentato nella produzione teorica e metodologica (penso a codici che considerano gli aspetti formali dei testi) della comunità scientifica. Queste categorie costituiscono il tempo, la griglia analitica con la quale il ricercatore affronta la lettura del materiale empirico” (Cardano, 2011, pag. 266)

L’analisi è stata realizzata servendosi delle *parole chiave* (Cataldi, 2009) o *proprietà* (Cardano, 2011) presenti nella definizione di *young caregivers* e connesse alla domanda di ricerca. In tal senso è stata utilizzata la procedura di *template analysis* (Brooks & King, 2014; Cardano, 2011; King, 1998). Inizialmente il gruppo ha avuto la possibilità di esprimere la propria opinione in generale sul materiale empirico e successivamente è stata condotta una riflessione su ciascuna proprietà. Da ciascuna di esse il gruppo ha individuato dei sottocodici connessi al materiale empirico. Per compiere questo passaggio il gruppo disponeva di una copia cartacea della trascrizione, che è stata consultata anche per citare e individuare direttamente alcuni segmenti ai quali collegare la *parola chiave* (Cataldi, 2009) e i sottocodici. Il materiale grafico e testuale prodotto dai ragazzi sono stati oggetto di riflessione, così come il tono della voce e alcuni atteggiamenti dei partecipanti. Ciascuna proprietà è stata messa in relazione con i sottocodici, sviluppando una sorta di logica interna. Infine è stata realizzata una mappa che evidenziasse la relazione tra i codici, valutando eventuali argomentazioni.

Questo lavoro ha prodotto una scheda riassuntiva dei codici e delle riflessioni scaturite nella sessione di lavoro del *gruppo guida*.

Successivamente la ricercatrice ha concluso l’analisi attraverso il software informatico MAXQDA – standard – versione 2018.2. Infine è stata eseguita l’analisi del contenuto del testo utilizzando i codici prodotti dal gruppo guida (Panciroli, 2019) e sono state compiute le seguenti attività: record biografico, matrice delle adiacenze, sociogramma, tabella del grado di estensione di un tema e riassunto tematico. Le prime operazioni sono state necessarie per ponderare le tematiche emergenti (Acocella, 2008, 2012; Cardano, 2011; Farnsworth & Boon, 2010; Fern, 2001; Morgan, 1996). Il riassunto del contenuto è stato realizzato mediante il processo di segmentazione e qualifica (Cardano, 2011).

4.4. Analisi secondaria: multiscopo Istat “Aspetti della vita quotidiana” 2015

Come anticipato, in questa fase di ricerca non è stato programmato un coinvolgimento del gruppo guida. Il gruppo ha commentato i risultati presentati, senza partecipare alle decisioni prese dalla ricercatrice. Il basso coinvolgimento nell’analisi secondaria è dipeso dall’entità del lavoro svolto dal gruppo sulla survey e sul focus group; inoltre una più cospicua partecipazione avrebbe richiesto un maggiore livello di formazione del gruppo in merito all’analisi secondaria, cosa che avrebbe potuto appesantire e demotivare le co-ricercatrici.

Il vantaggio di sviluppare un’analisi secondaria in questa ricerca è quello di partire da dati già raccolti per cercare di sviluppare la teoria e la conoscenza di un problema sociale (Biolcati Rinaldi & Vezzoni, 2012). Si è partiti dalla domanda di ricerca e dalle ipotesi per giungere ad una definizione operativa del fenomeno (*ibidem*). Una volta terminata l’operazione, il processo ha richiesto l’individuazione delle variabili più interessanti rispetto agli obiettivi di questa ricerca, fra tutte quelle contenute nel database originario. Inoltre sono state selezionati i casi all’interno del campione complessivo (avvenuto mediante la ristrutturazione del database), e infine è stata condotta l’analisi dei dati.

4.4.1. Base empirica e domanda di ricerca

La base empirica di questa fase di ricerca è costituita dall’indagine multiscopo dell’Istat “Aspetti di vita quotidiana del 2015²²”. L’individuazione del database è avvenuto attraverso l’esplorazione delle informazioni preliminari presenti sul sito Istat e del questionario (Biolcati Rinaldi & Vezzoni, 2012), che indaga le abitudini e le difficoltà dei cittadini nella quotidianità. È stato scelto questo database poiché mette a disposizione informazioni su il lavoro di cura, la scuola, il tempo libero, l’aggregazione (con riferimento alle relazioni significative con familiari e amici), la composizione del nucleo familiare e della famiglia, le condizioni di salute di ciascun membro della famiglia. Peraltro l’indagine è stata svolta a livello nazionale nel 2015 su un campione di circa 24.000 famiglie (italiane e di origine straniera) per un totale di 45.226 individui. Un ulteriore elemento che ha motivato il suo utilizzo è il coinvolgimento di minorenni in modalità autonoma nella fase di intervista. Le domande sullo svolgimento di attività di cura sono state rivolte solamente ai minori dai 14 ai 17 anni; in totale hanno risposto 2.363.915 minori (1.725 se non si utilizza il coefficiente di riporto all’universo) di cui 223.863 cittadini di origine straniera (114 se non si utilizza il

²² <https://www.istat.it/it/archivio/91926>

coefficiente di riporto all'universo). Nonostante lo studio di caso nelle scuole secondarie di primo grado preveda il coinvolgimento di studenti di 12-13 anni, si è deciso comunque di utilizzare questo dataset poiché l'analisi avrebbe dato l'opportunità di osservare eventuali differenze del lavoro cura tra adolescenti di varie età.

Sebbene questa fase di lavoro non sia stata sviluppata attraverso l'*approccio partecipativo*, le domande di ricerca e le ipotesi sviluppate dal *gruppo guida* per la survey rimangono valide (si veda il paragrafo 4.3.4.). Poiché in questa indagine non si potrà contare sull'indice di *caregiving* come per la survey, il *continuum* sarà ricostruito attraverso le variabili "ore settimanali dedicate al lavoro domestico" e "minuti settimanali dedicati al lavoro domestico".

4.4.2. Organizzazione del dataset: operativizzazione e campionamento

Successivamente alla definizione delle ipotesi, si è proceduto con l'operativizzazione e la selezione dei casi all'interno del campione complessivo.

Il processo di operativizzazione si è svolto individuando prima le dimensioni idonee, poi gli indicatori e infine le conseguenti variabili. Le dimensioni individuate sono:

- dati anagrafici,
- formazione,
- status socio-economico,
- attività domestiche e di cura,
- socializzazione,
- tempo libero,
- salute.

All'interno di ciascuna dimensione sono stati selezionati alcuni indicatori²³ e le relative variabili. I criteri seguiti sono quelli di coerenza teorico-semantiche (appartenenza semantica a prescindere dai dati) e di funzionamento empirico (validità del costrutto e coerenza con gli altri indicatori) (Biolcati Rinaldi et al., 2012). La multiscopo è molto ampia e riporta numerosissime informazioni connesse al tema di ricerca "Aspetti di vita quotidiana". Tutto

²³ Per compiere la selezione delle variabili si è utilizzato un documento messo a disposizione da UNIDATA (unitamente al database, inserire link di Unidata). Il documento contiene il nome, l'etichetta e alcune informazioni descrittive di tutte le variabili. Da questo documento è stato possibile comprendere il significato della variabile e quali modalità avesse a disposizione. In caso di incertezza è stato consultato il questionario originario Istat per visionare la formulazione delle domande, le modalità di risposta e per verificare se si trattasse domande filtro.

ciò che non era strettamente coerente con la domanda di ricerca è stato rimosso; delle 181 variabili disponibili, sono state considerate utili 96²⁴.

Il database della multiscopo prevede come unità d'analisi il singolo caso, collegando ciascun individuo agli altri membri del nucleo familiare mediante un codice univoco, che tuttavia non è utile per compiere le analisi previste. Pertanto sono stati selezionati prima tutti i soggetti di età compresa tra 14 e 17 anni, poi sono state individuate le informazioni utili per l'analisi relative agli altri membri della famiglia²⁵.

I minori tra 14 e 17 anni presenti nella multiscopo sono in totale 1.737. Tuttavia, per agevolare l'operazione, non sono stati selezionati coloro che appartengono a piccoli gruppi. La selezione ha prodotto il seguente sub-campione composto da 1.725 individui:

- figlio di PR (Persona di Riferimento) nato dall'ultimo matrimonio o convivenza (1610 casi);
- figlio di PR (Persona di Riferimento) o del coniuge nato da precedente matrimonio o convivenza (58 casi);
- nipote (figlio del figlio/a) di PR (o del coniuge o convivente di PR) (51 casi);
- nipote (figlio del fratello/sorella) di PR (o del coniuge o convivente di PR) (6 casi).

Per ciascun individuo sono state riportate le informazioni relative ai membri del nucleo familiare (ovvero sono stati spostati sulla stessa riga del dataset).

Poiché l'Istat compie una differenziazione tra famiglia e nucleo familiare²⁶, dove per nucleo si intendono i legami stretti e diretti di parentela e per famiglia si intende l'insieme di più nuclei, per agevolare l'operazione sono stati considerati solo i nuclei familiari, escludendo le informazioni relative alla connessione tra più nuclei.

La tabella 14 riporta le informazioni dei famigliari riportate nel dataset, espresse in termini di parentela con PR.

²⁵ L'operazione è stata realizzata mediante il software *R studio* dal team di UNIDATA dell'Università degli Studi Milano-Bicocca. <https://www.unidata.unimib.it/?lang=it>

²⁶ Il nucleo familiare è definito come l'insieme delle persone che formano una relazione di coppia o di tipo genitore-figlio. Si intende la coppia coniugata o convivente, senza figli o con figli mai sposati, o anche un solo genitore assieme ad uno o più figli mai sposati. Il concetto di nucleo familiare è normalmente più restrittivo rispetto a quello di famiglia; infatti nell'ambito di una famiglia possono esistere uno o più nuclei familiari; può anche non esservene alcuno, come nel caso ad esempio delle famiglie unipersonali. Una famiglia può essere composta da più nuclei, ma può anche essere costituita da un nucleo e da uno o più membri isolati (altre persone aggregate) <https://www.istat.it/it/files/2018/12/C03.pdf>.

Tabella 4.9 - Caratteristiche dei casi trasformati in variabili espresse
in relazioni di parentela con PR

Etichetta	Parentela effettiva
Persona di riferimento	Genitori o altri parenti
Coniugi o conviventi di PR	Genitori o altri parenti
Figlio di PR nato dall'ultimo matrimonio o convivenza e figlio di PR e del coniuge nato da precedente matrimonio o convivenza	Fratelli
Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) di PR e Genitore (coniuge del genitore, convivente del genitore) del coniuge o convivente di PR.	Nonni
Nipote (figlio del figlio/a) di PR (o del coniuge o convivente di PR), nipote (figlio del fratello/sorella) di PR (o del coniuge o convivente di PR)	Nipoti e cugini
Coniuge del figlio di PR (o del coniuge o convivente di PR), convivente del fratello/sorella di PR (o del coniuge o convivente di PR), altro parente di PR (o del coniuge o convivente di PR) e persona legata da amicizia, fratello/sorella di PR e Fratello/sorella del coniuge o convivente di PR.	Zii, cognati, altro parente e persona legata da amicizia.

In sintesi, il dataset riporta solo i 1.725 casi di adolescenti tra 14 e 17 anni (con le relazioni di parentela specificate precedentemente). Per ogni caso (sulla stessa riga del dataset) sono presenti le variabili con le informazioni relative ai membri del nucleo familiare (coloro che sono stati elencati nell'ultima tabella).

Mediante la variabile "progressivo famiglia" sono osservabili 166 casi su 1725 che possiedono lo stesso numero progressivo, cioè appartengono allo stesso nucleo familiare: si tratta di fratelli o cugini. Per questa ragione molte informazioni si ripetono due o tre volte perché riferite allo stesso nucleo familiare. Per ovviare a questo problema è stato creato un filtro che consente di non considerare più di una persona con lo stesso progressivo; il filtro assume valore 1 quando il caso è il primo di una coppia o di un trio appartenente a uno stesso nucleo familiare. In questo modo il numero totale di famiglie è 1.559 su 1.725 individui del campione. Questo filtro è stato attivato quando è stato necessario lavorare su variabili riferite a informazioni legate alla famiglia e non individuali. Per esempio, possesso di automobili o di pc in famiglia.

4.4.3. Progettazione del lavoro di analisi

Concluso il lavoro di campionamento e operativizzazione, si è progettato il lavoro di analisi. L'analisi ha lo scopo di esplorare il campione: è stata quindi sviluppata una fase descrittiva (Di Franco, 2009), con l'intento di osservare la distribuzione del lavoro domestico e di cura in funzione di caratteri sociodemografici e non solo. L'analisi descrittiva viene condotta mediante il confronto di percentuali, medie e deviazione standard e il commento dei grafici box-plot (Di Franco, 2009). Nell'analisi è stata dedicata attenzione alla variabile "genere".

Le operazioni di analisi dei dati sono state effettuate mediante software informatico SPSS – versione 25. In particolare, si è lavorato sulla variabile principale: "minuti a settimana dedicati al lavoro domestico e di cura della famiglia", ottenuta per aggregazione delle variabili Istat "ore a settimana dedicati al lavoro domestico e di cura della famiglia" e "minuti a settimana dedicati al lavoro domestico e di cura della famiglia". Altre variabili prese in esame sono relative alla presenza di bisogni di assistenza in famiglia, al background familiare e alla vita quotidiana. Per comprendere l'interazione delle variabili con l'oggetto di analisi, è stato sviluppato un modello di regressione lineare multipla (Corbetta et al., 2001; De Lillo et al., 2007; Pisati, 2003). All'interno del cap. 5 saranno approfonditi meglio i dettagli.

4.4.4. Partecipazione del gruppo guida e commento dei risultati

Come anticipato nell'introduzione, molte informazioni derivanti dal gruppo sono state utili alla ricercatrice per ragionare sull'analisi secondaria. Inoltre, le *co-ricercatrici* hanno commentato i dati emergenti dall'analisi secondaria. L'impostazione dell'incontro del *gruppo guida*, in cui sono discussi gli esiti, ha avuto le stesse caratteristiche degli incontri precedenti: alle *esperte per esperienza* (McLaughlin, 2009) è stato consegnato un documento contenente le indicazioni rispetto agli obiettivi dell'incontro e i passaggi che si sarebbero compiuti. Come da consuetudine, sempre attraverso il supporto del materiale consegnato, sono stati consultati i grafici raffiguranti le caratteristiche del campione e alcuni risultati.

4.5. Conclusione del lavoro con il gruppo guida

Concluse tutte le operazioni di analisi e di commento dei dati svolte con le co-ricercatrici, il gruppo si è riunito per elaborare una conclusione sui risultati complessivi e progettare la diffusione dei dati (Faulkner, 2004) e le azioni mirate al cambiamento sociale (Aldridge, 2015; Panciroli, 2019).

La *ricerca partecipativa* ha prodotto come esito sia la realizzazione della ricerca sia l'esigenza di intraprendere delle azioni volte al cambiamento sociale (Aldridge, 2015; Panciroli, 2019). Alla chiusura della ricerca, le co-ricercatrici hanno espresso il bisogno di impegnarsi nell'istituzione di un'associazione dedicata al sostegno dei *young caregivers* e alla progettazione di interventi e iniziative sociali dedicate alle famiglie in situazione di fragilità.

5. Analisi secondaria: indagine multiscopo “aspetti di vita quotidiana” 2015

Questo capitolo intende dare conto dei risultati derivanti dall’analisi secondaria dell’indagine multiscopo Istat “Aspetti di vita quotidiana – 2015”. Il capitolo è strutturato per aree tematiche: lavoro domestico e di cura, informazioni socio-demografiche sugli adolescenti, elementi di vulnerabilità, *continuum* di responsabilità e possibili esiti. Come già descritto nel capitolo teorico, l’analisi non è frutto di un lavoro congiunto con il *gruppo guida*, poiché le co-ricercatrici hanno contribuito unicamente nel commento dei risultati. Pertanto le considerazioni delle co-ricercatrici saranno riportate alla fine.

Le analisi descrittive¹ che seguiranno hanno lo scopo di mettere in luce le condizioni entro le quali si manifesta il fenomeno; si proporranno percentuali, medie, deviazioni standard e l’uso dei box plot² (Di Franco, 2009), attraverso il confronto tra variabili³; in particolare si darà attenzione al confronto per genere.

Per comprendere quale sia la relazione tra le variabili prese in esame, soprattutto quelle riferite all’emersione del fenomeno, è stato realizzato un modello di regressione lineare multipla (Corbetta et al., 2001; De Lillo et al., 2007; Pisati, 2003). In generale si può anticipare che i risultati mostrano un contesto di vulnerabilità iniziale che contribuisce significativamente all’emersione del *caregiving*, a prescindere dalla causa per cui un familiare necessita di assistenza (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014). Grazie alla variabile “lavoro domestico e di cura” è stato possibile ricostruire un *continuum* di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008), utile anche per comprendere l’assenza di esiti negativi connessi al *caregiving*.

Nonostante le famiglie vertano in condizioni di vulnerabilità sociale, lo Stato lascia alla famiglia l’intero onere della responsabilità di risolvere i problemi (Esping-Andersen, 1999,

¹ L’analisi descrittiva non ha tenuto in considerazione la significatività statistica dell’associazione delle variabili prese in esame a causa dell’elevata numerosità dei casi (Pisati, 2002).

² La popolazione rappresentata nei box plot è prevalentemente concentrata nella parte inferiore dei grafici, poiché la maggioranza dei casi svolge scarsissimo lavoro domestico e di cura. Inoltre, per compiere un confronto più accurato, i grafici sono stati elaborati tenendo in considerazione tre variabili, due delle quali sono sempre genere e minuti di lavoro domestico e di cura. La prima è stata presa in considerazione a fronte della rilevanza assunta dal genere femminile nel lavoro di cura (Costa, 2007; Saraceno, 2009).

³ La variabile principale su cui si basano i confronti tra medie è “minuti di lavoro domestico e di cura”. Per consentire una più facile comprensione dei risultati le informazioni riportate nel testo e nelle tabelle riferiscono alle ore mentre, tuttavia i grafici *box plot* riportano i minuti.

2000; Saraceno, 2009). Peraltro, come sostengono Becker, Dearden e Aldridge, tali condizioni di partenza costituirebbero i cosiddetti fattori *push and pull* (descritti nel paragrafo 5.1.3) i quali spingono i più giovani a partecipare alla costruzione del benessere familiare laddove essi vivano una situazione di fragilità e sentano il bisogno di adoperarsi per supportarla (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden et al., 2004). L'inesorabile assenza di alternative (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009) o, come definirebbe Saraceno, un contesto di *familismo coatto* (Saraceno, 2002), genera un processo di *deprivazione secondaria* (Kittay, 2001) a carico dei *caregivers*, che a sua volta determina condizioni di fragilità e vulnerabilità sociale (Costa, 2007).

5.1. Lavoro domestico e di cura degli adolescenti italiani nel 2015

La descrizione che seguirà si servirà innanzitutto delle variabili socio-demografiche utili per esplorare la natura del fenomeno. Viene data maggiore attenzione al genere femminile e all'età 16 e 17 anni: al primo gruppo per la tendenza culturale ad attribuirgli una predisposizione ad occuparsi della cura (Saraceno, 2009); al secondo in considerazione del principio dalla "*age appropriateness*", che individua maggiori responsabilità all'aumentare dell'età dei *caregivers*, poiché dispongono di maggiori strumenti cognitivi per assolvere alle richieste (Becker & Becker, 2008; Evans & Becker, 2009).

Anche l'origine culturale, espressa mediante la variabile cittadinanza, potrebbe determinare un ulteriore incremento del lavoro informale di cura non retribuito. Gli adolescenti appartenenti alle *seconde generazioni*⁴ (Ambrosini & Molina, 2004) contribuiscono al benessere familiare supportando la famiglia nell'orientarsi nel nuovo contesto territoriale, culturale e legislativo, a prescindere dalla presenza di una persona malata cronica: tale compito è riconducibile ad una vera e propria funzione di *caregiving* (Aldridge, 2008; Aldridge et al., 1999; Diaz et al., 2007; Jones et al., 2002; Schofield et al., 2010; Shah et al., 1999).

Un ulteriore elemento generatore di disuguaglianza è legato alla dimensione del nucleo familiare. Secondo i report dell'Istat sulla povertà (dati Istat 2017)⁵, i nuclei monogenitoriali e quelli numerosi incorrono maggiormente in tal rischio. Si presume che in tali condizioni

⁴ Per seconde generazioni si fa riferimento ai figli delle persone di origine straniera che sono nati o che hanno affrontato un percorso consistente di studi in Italia (Ambrosini & Molina, 2004).

⁵ <https://www.istat.it/it/files/2018/06/La-povertà-in-Italia-2017.pdf>

non vi siano alternative per le famiglie che impiegare ogni membro disponibile per affrontare situazioni di fragilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009).

Nel secondo capitolo si è parlato della prospettiva *Cross-National* (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Leu et al., 2017), la quale descrive come il *caregiving* emerga a prescindere dallo sviluppo socio-economico e delle politiche di Welfare dei diversi territori. Per osservare questa condizione l'analisi prende in considerazione le variabili "aree territoriali" e "regioni di residenza".

5.1.1. Alcune caratteristiche socio-demografiche

Prima di procedere con il confronto tra le medie del lavoro domestico e di cura degli adolescenti italiani, sarà data qualche informazione sul campione oggetto di analisi (Tabella 5.1).

La popolazione in esame si compone di 2.363.915 adolescenti (valore pesato), di cui il 52,2% ha dai 16 ai 17 anni, mentre il 47,8% ha dai 14 ai 15 anni; inoltre il 48,2% è di genere femminile e il 51,8% maschile. Per quanto riguarda la cittadinanza, la popolazione si suddivide tra adolescenti di origine straniera (9,5%) e cittadini italiani (90,5%). Gli adolescenti studiati sono equamente distribuiti per zone geografiche: 24,2% nord-ovest, 18,2% nord-est, 17,6% centro, 25,9% sud e 13,7% isole. Il 49,1% appartiene a famiglie di dimensioni medie (4 componenti) (Tabella 5.1).

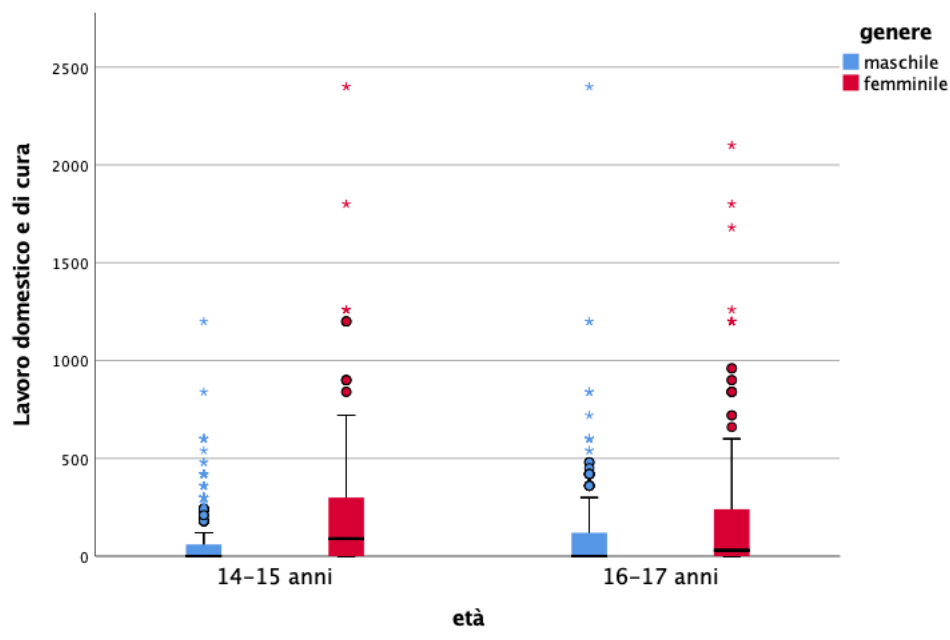
Nonostante nell'immaginario comune l'infanzia sia vista come un momento di spensieratezza in cui bambini e adolescenti sono subalterni agli adulti (Satta, 2012), i dati evidenziano, soprattutto nelle questioni delicate o in compiti di cura, la collaborazione degli stessi nella vita familiare. In media la popolazione oggetto di analisi svolge 2 ore alla settimana di lavoro di cura e domestico, con una deviazione standard di 4 ore. In generale la popolazione degli adolescenti si divide tra il 57,5% di non attivi (o attivi sotto 1 ora di lavoro) e il 42,5% che compie attività di cura (Tabella 5.1).

Sull'intera popolazione il valore medio del lavoro di cura per il genere femminile è di circa 3 ore alla settimana con una deviazione standard di circa 5 ore, mentre per il genere maschile è di circa 1 ora e 30 minuti con una deviazione standard di circa 3 ore e 30 minuti (Tabella 5.2).

Per quanto riguarda l'età, i due gruppi 14-15 anni e 16-17 anni non presentano differenze significative rispetto alle medie di lavoro domestico e di cura (Tabella 5.2). Il Grafico 5.1 mette in evidenza la quasi assenza di variabilità tra i gruppi appena descritti secondo la

variabile età, ma permette comunque di osservare le differenze secondo la variabile genere. Peraltro il box che include le informazioni relative agli adolescenti di età 14-15 anni e di genere femminile esibisce baffi⁶ più estesi rispetto al gruppo 16-17 anni, raggiungendo circa 12 ore di lavoro. Il gruppo degli adolescenti più grandi di genere maschile vede una crescita maggiore del proprio impegno, rispetto ai più piccoli, raggiungendo circa 4 ore. Tuttavia, come si osserverà negli altri grafici, in tutti i gruppi la maggioranza degli adolescenti è collocata nella parte bassa del grafico, proprio perché il 60% della popolazione non è particolarmente attivo. Infine, si possono osservare per tutti e 4 i gruppi molti valori *outliers* che rappresentano casi estremi.

Grafico 5.1 - Lavoro domestico e di cura per età e genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)

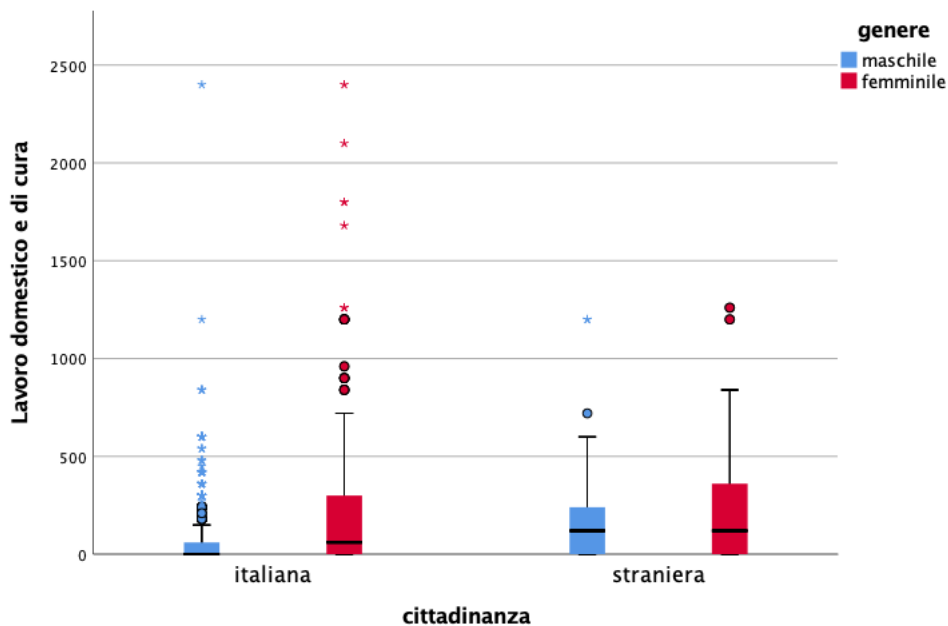


Proseguendo con una rapida descrizione del campione per mezzo delle variabili socio-demografiche, ci si sofferma ora sulla variabile “cittadinanza”. Gli adolescenti di cittadinanza straniera svolgono in media maggiore lavoro di cura rispetto a coloro che hanno la cittadinanza italiana (Tabella 5.2). Il marcato coinvolgimento di adolescenti di provenienza straniera tuttavia presenta delle similitudini con quella degli italiani (Grafico 5.2): in entrambi i casi gli adolescenti di genere femminile sono impegnati intensamente. Lo

⁶ I baffi del box plot costituiscono le linee che si estendono dal primo e dal terzo quartile. La loro lunghezza ha la funzione di descrivere le code della distribuzione (Barbaranelli & D’Olimpio, 2006).

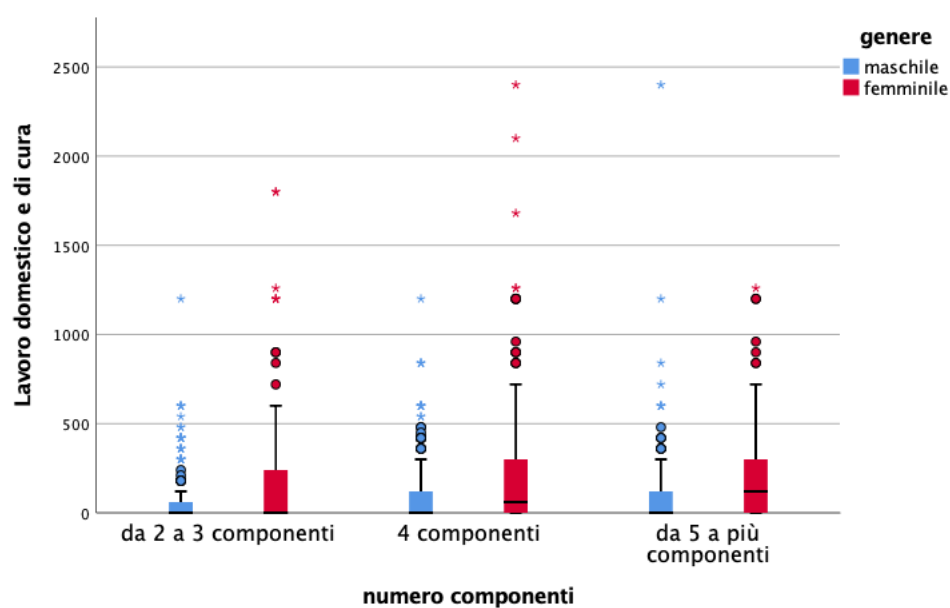
stesso non vale per gli adolescenti di genere maschile, i quali risultano essere maggiormente ingaggiati se cittadini stranieri, arrivando fino ad 8 ore di lavoro di cura a settimana. Peraltro, il gruppo di adolescenti italiani di genere maschile presenta ancora una volta notevoli valori *outliers*.

Grafico 5.2 - Lavoro domestico e di cura per cittadinanza e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



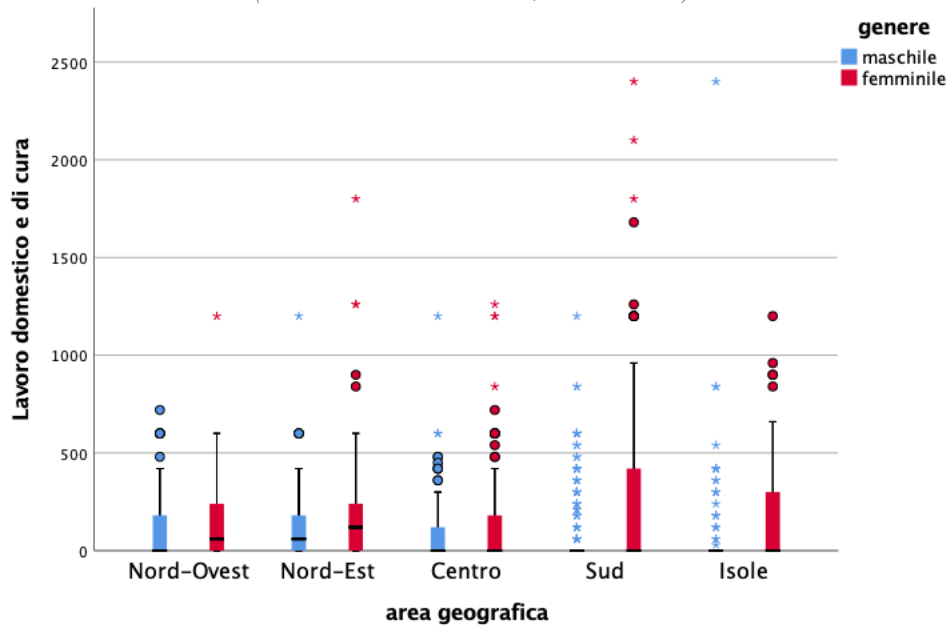
Gli adolescenti in esame appartengono a famiglie di varie dimensioni: da famiglie monogenitoriali a famiglie molto numerose. Tuttavia non vi sono presenti delle differenze considerevoli tra le medie delle ore dedicate alla famiglia: la media del lavoro svolto è di 2 ore alla settimana (Tabella 5.2). Il Grafico 5.3 evidenzia una variabilità tra il genere maschile e femminile all'interno dei gruppi. Altra differenza prodotta dal genere: le adolescenti sono decisamente più attive in famiglia. I gruppi “4 membri” e “5 o 6 membri” risultano equivalenti al loro interno: 13 ore per il genere femminile e circa 5 per quello maschile. Nel gruppo “da due a tre componenti” il genere femminile arriva a circa 10 ore alla settimana, invece il genere maschile si ferma a circa 3 ore, anche se dispone ancora una volta di numerosi valori *outliers*.

Grafico 5.3 - Lavoro di cura e domestico per numero componenti e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



Infine, per quanto riguarda la distribuzione a livello nazionale, il fenomeno coinvolge tutte le regioni, anche se in quantità differenti. Le medie riferite all'intera popolazione descrivono adolescenti residenti in diverse aree geografiche impegnati per circa 2 ore alla settimana, anche se con deviazioni standard diverse (Tabella 5.2). Una maggiore variabilità è osservabile attraverso il Grafico 5.4, dove, al netto della variabile riferita al genere, è possibile osservare delle differenze sia tra i gruppi sia all'interno dei gruppi stessi. Il sud e le isole vedono la quasi assenza di partecipazione del genere maschile alle responsabilità familiari, a discapito delle coetanee di genere femminile. Peraltro, gli adolescenti di genere maschile impegnati in famiglia aumentano man mano che ci sposta verso il nord Italia. In tutte le aree i baffi dei box riferiti al genere femminile sono più corposi per estensione.

Grafico 5.4 - Lavoro domestico e di cura per area geografica e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



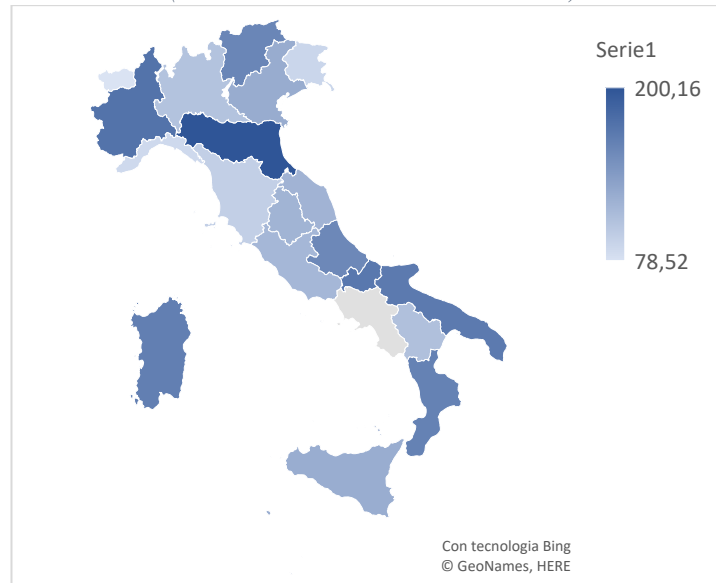
La Figura 5.1 rappresenta la media delle ore di lavoro domestico e di cura svolto dagli adolescenti su base regionale. Si evidenziano valori più alti, corrispondenti a circa 3 ore alla settimana, in Emilia-Romagna, Piemonte, Molise e Puglia. La differenziazione tra il Grafico 5.4 e la Figura 5.1 getta luce su diverse condizioni regionali a prescindere dall'area geografica.

Si prendono a paragone l'Emilia-Romagna e il Piemonte: nonostante queste due regioni dispongano di diverse politiche di Welfare e diverso sviluppo economico, entrambe hanno un numero consistente di adolescenti ingaggiati in lavoro informale non retribuito. Infatti l'Emilia-Romagna ha un PIL più alto del Piemonte (dati Istat 2017) e, in termini di produzione di servizi per l'infanzia e servizi sociali, l'Emilia-Romagna si identifica come regione virtuosa, mentre il Piemonte come regione meno attenta a questi aspetti del Welfare (dati Istat 2015)⁷. Sebbene possiedano caratteristiche strutturalmente diverse, entrambe presentano i valori medi più alti di lavoro domestico e di cura. Lo stesso vale per Molise e Puglia: quest'ultima regione in generale offre maggiori opportunità in termini di servizi per la famiglia (servizi per l'infanzia e servizi sociali) (dati Istat 2015), classificandosi anche tra le prime regioni del Mezzogiorno nella produzione del PIL (dati Istat 2017), a differenza del

⁷ http://noi-italia.istat.it/index.php?id=3&tx_usercento_centofe%5Bcategoria%5D=18&tx_usercento_centofe%5Bdove%5D=REGIONI&tx_usercento_centofe%5Baction%5D=show&tx_usercento_centofe%5Bcontroller%5D=Categoria&cHash=beee5c0a3c5b55bfa14648be85490d2a

Molise, che al contrario non offre particolari interventi nelle politiche di Welfare, e si caratterizza per un basso PIL (dati Istat 2017) (Tabella 5.2).

Figura 5.1 - Lavoro domestico e di cura per Regioni italiane
(elaborazione dati Istat 2015, valori medi)



Pertanto l'impegno delle regioni potrebbe risultare ancora insufficiente per rispondere ai bisogni delle famiglie. Questa tendenza è confermata anche a livello europeo, poiché a seguito della crisi economica i Paesi hanno avviato politiche di austerità nell'ambito del Welfare (Esping-Andersen, 1999, 2000). In sintesi, le politiche regionali, a prescindere dal livello di sviluppo socio-economico, faticano ancora a rispondere ai *nuovi rischi sociali* (*ibidem*), spingendo ogni membro a collaborare nella quotidianità della famiglia.

In sintesi il profilo che si sta definendo conferma quanto finora descritto: il genere e la provenienza rappresentano elementi determinanti per l'assunzione delle responsabilità in adolescenti che, per questioni strutturali della società, sono già di per sé oggetto di disuguaglianze, come evidenziato dalla *nuova sociologia dell'infanzia* (James et al., 2002; Satta, 2012). Peraltro il lavoro di cura e domestico sottolinea anche le altre disuguaglianze riferite al genere (Decataldo & Ruspini, 2014) e all'etnia (Eve et al., 2003), che vanno a confluire verso un processo di deprivazione secondaria generante vulnerabilità sociale (Costa, 2007). Tuttavia l'area geografica o la regione di appartenenza non sembrano giocare un ruolo determinante per l'emersione del fenomeno, confermando così la prospettiva Cross-National (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017).

Tabella 5.1 - Percentuali informazioni socio-anagrafiche (elaborazione dati Istat 2015)

		Frequenza	%
Genere	maschile	1224644	51,81
	femminile	1139271	48,19
	Totale	2363915	100,00
Età	14-15 anni	1129565	47,78
	16-17 anni	1234350	52,22
	Totale	2363915	100,00
Cittadinanza	Italiana	2140052	90,53
	Straniera	223863	9,47
	Totale	2363915	100,00
Numero componenti della famiglia	da 2 a 3 componenti	614065	25,98
	4 componenti	1161854	49,15
	da 5 a più componenti	587995	24,87
	Totale	2363915	100,00
Area geografica	Nord- Ovest	571370	24,26
	Nord-Est	431285	18,31
	Centro	417208	17,71
	Sud	611737	25,97
	Isole	323978	13,75
	Totale	2355578	100,00
Regione di residenza	Piemonte	145432	6,17
	Valle d'Aosta	4317	0,18
	Lombardia	363991	15,45
	Trentino-Alto- Adige	49654	2,11
	Veneto	164312	6,98
	Friuli-Venezia Giulia	53589	2,27
	Liguria	57629	2,45
	Emilia-Romagna	163730	6,95
	Toscana	96430	4,09
	Umbria	28349	1,20
	Marche	55282	2,35
	Lazio	237146	10,07
	Abruzzo	47519	2,02
	Molise	10208	0,43
	Campania	260832	11,07
	Puglia	179133	7,60
	Basilicata	25092	1,07
	Calabria	88952	3,78
	Sicilia	259784	11,03
	Sardegna	64194	2,73
Totale	2355578	100,00	
Lavoro di cura	non svolgono attività	1287490	57,53
	svolgono attività	950434	42,47
	Totale	2237924	100,00

Tabella 5.2 - Medie lavoro domestico e di cura per informazioni socio-demografiche (Elaborazione dati Istat 2015)

Ore settimanali di lavoro domestico e di cura		N	Media	Deviazione std.	Min	Max
Genere	maschile	1164979	01:30:06	03:19:05	0:00:00	72:00:00
	femminile	1072945	03:05:38	04:51:00	0:00:00	40:00:00
	Totale	2237924	02:15:54	04:12:01	0:00:00	72:00:00
Età	14-15 anni	1045289,63	02:10:41	04:08:29	0:00:00	72:00:00
	16-17 anni	1192634,15	02:20:29	04:14:58	0:00:00	40:00:00
	Totale	2237923,78	02:15:54	04:12:01	0:00:00	72:00:00
Cittadinanza	Italiana	2027441,811	02:09:31	04:05:32	0:00:00	30:00:00
	Straniera	210481,9737	03:17:23	05:00:37	0:00:00	40:00:00
	Totale	2237923,785	02:15:54	04:12:01	0:00:00	72:00:00
Numero componenti della famiglia	da 2 a 3 componenti	576021,7122	02:08:48	04:18:02	0:00:00	72:00:00
	4 componenti	1119497,569	02:15:37	04:00:01	0:00:00	20:00:00
	da 5 a più componenti	542404,5037	02:24:02	04:28:55	0:00:00	30:00:00
	Totale	2237923,785	02:15:54	04:12:01	0:00:00	21:00:00
Area geografica	Nord- Ovest	541609,9461	02:01:31	02:52:27	0:00:00	40:00:00
	Nord-Est	428799,2852	02:33:22	03:52:29	0:00:00	40:00:00
	Centro	393259,8348	01:51:55	03:41:26	0:00:00	40:00:00
	Sud	557692,498	02:32:04	05:09:05	0:00:00	20:00:00
	Isole	308224,773	02:12:27	04:46:58	0:00:00	10:00:00
	Totale	2229586,337	02:15:06	04:08:39	0:00:00	10:00:00
Regione di residenza	Piemonte	138916,4631	02:54:33	03:48:48	0:00:00	21:00:00
	Valle d'Aosta	4316,844	01:18:31	02:14:01	0:00:00	10:00:00
	Lombardia	343633,4713	01:46:07	02:21:02	0:00:00	10:00:00
	Trentino-Alto- Adige	48654,7999	02:37:56	03:30:30	0:00:00	10:00:00
	Veneto	164312,3932	02:05:33	02:14:54	0:00:00	30:00:00
	Friuli-Venezia Giulia	52101,6247	01:29:44	02:08:09	0:00:00	21:00:00
	Liguria	54743,1677	01:26:58	02:38:36	0:00:00	10:00:00
	Emilia-Romagna	163730,4674	03:20:09	05:17:13	0:00:00	20:00:00
	Toscana	89054,7689	01:35:24	03:31:41	0:00:00	20:00:00
	Umbria	25832,2549	01:59:09	02:38:31	0:00:00	20:00:00
	Marche	50499,0746	01:59:19	03:41:01	0:00:00	35:00:00
	Lazio	227873,7364	01:55:55	03:50:51	0:00:00	30:00:00
	Abruzzo	42937,4167	02:36:03	04:50:38	0:00:00	40:00:00
	Molise	10062,4205	02:50:19	06:27:38	0:00:00	20:00:00
	Campania	242594,8483	02:21:03	04:54:08	0:00:00	28:00:00
	Puglia	157047,7126	02:48:14	05:48:59	0:00:00	40:00:00
	Basilicata	22650,9993	01:48:22	03:49:46	0:00:00	14:00:00
	Calabria	82399,1006	02:41:22	04:45:10	0:00:00	40:00:00
	Sicilia	247776,7643	02:04:44	05:02:34	0:00:00	72:00:00
	Sardegna	60448,0087	02:44:06	03:28:22	0:00:00	40:00:00
Totale	2229586,337	02:15:06	04:08:39	0:00:00	72:00:00	

5.1.2. Vulnerabilità familiari

In questo paragrafo vengono analizzate le variabili identificate teoricamente come capaci di stimolare l'assunzione di responsabilità di *caregiving*. Come osservato nel cap. 2, il lavoro di cura messo in atto da bambini e adolescenti, a prescindere dall'età, viene principalmente influenzato dalla presenza di familiari che richiedono assistenza e accudimento (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014). La causa più evidente è la presenza di persone malate croniche o con disabilità nel nucleo familiare. Tuttavia la rassegna della letteratura ha evidenziato anche altre condizioni come problemi psicologici di un membro della famiglia oppure sociali del nucleo (*ibidem*). Nel quadro generale del fenomeno, si associano a questi fattori la scarsità di risorse di Welfare ed economiche. Il loro insieme sono il risultato dei *nuovi rischi sociali* generati dalla condizione post-moderna (Esping-Andersen, 1999, 2000). Il mancato reperimento delle risorse necessarie genera condizioni di vulnerabilità (Castel, 1997; Ranci, 2002) che impattano su tutti i membri della famiglia poiché ricadono sui modelli di organizzazione della vita quotidiana (Ranci, 2002). Per tale ragione nel presente paragrafo le condizioni determinanti il *caregiving* vengono definite "vulnerabilità familiari".

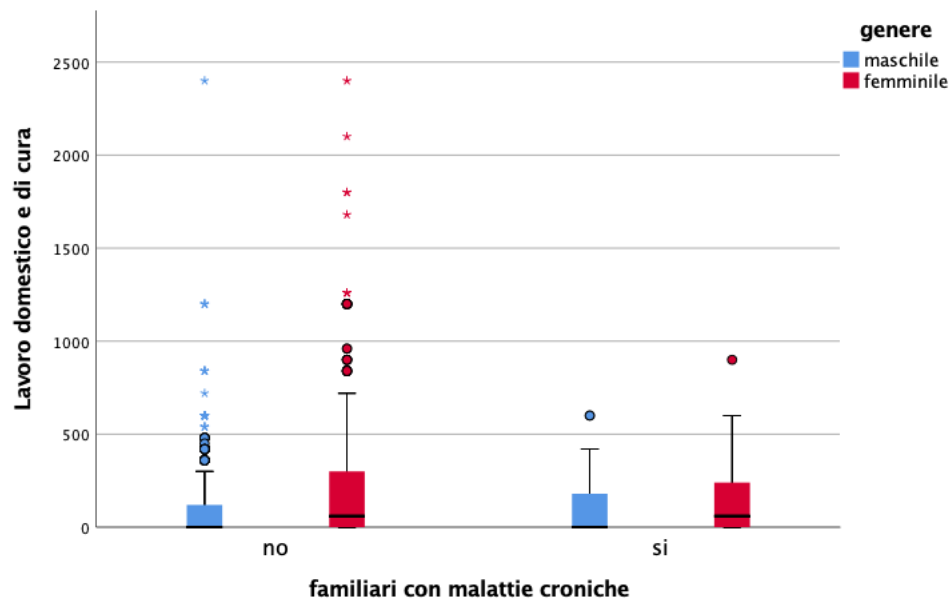
Partendo dalle condizioni di salute, nel dataset dell'Istat è stato possibile lavorare unicamente con due variabili che permettono di focalizzarsi su condizioni di salute precarie generanti fragilità: "familiari con una malattia cronica" e "familiari con almeno una limitazione nella quotidianità".

In generale i parenti degli adolescenti che presentano malattie croniche sono adulti, in particolare nonni, genitori e infine zii. Poiché non tutti i malati cronici hanno conseguenze limitanti nella quotidianità, è stata interpellata la variabile "parenti con limitazioni". Peraltro si presume che chi ha delle limitazioni potrebbe avere l'esigenza di essere assistito a causa di una ridotta autonomia (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009): questa condizione risulta utile per verificare l'eventuale presenza di un potenziale giovane *caregiver* in famiglia.

Il 4,1% degli adolescenti ha un familiare con una malattia cronica (Tabella 5.3), tuttavia dedica minor tempo alle attività di cura rispetto ai coetanei che vertono nella condizione opposta (Tabella 5.4).

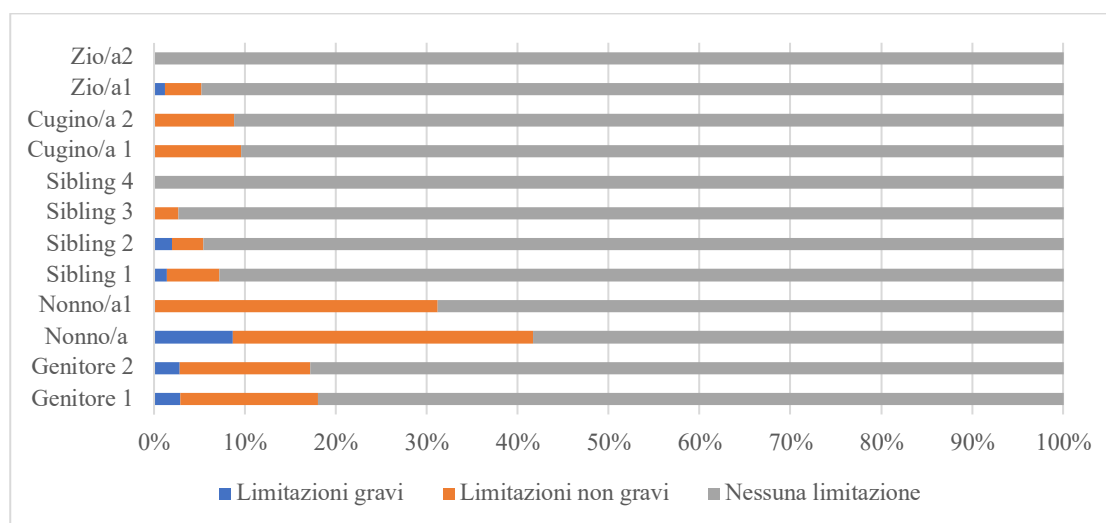
A prescindere dal maggior coinvolgimento femminile, gli adolescenti aventi familiari con "malattie croniche" raggiungono più di 10 ore settimanali di lavoro. Tuttavia l'altro gruppo di adolescenti svolge maggiore lavoro di cura nonostante non abbiano parenti con patologie (Grafico 5.5).

Grafico 5.5 - Lavoro domestico e di cura per presenza di familiari con malattie croniche
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



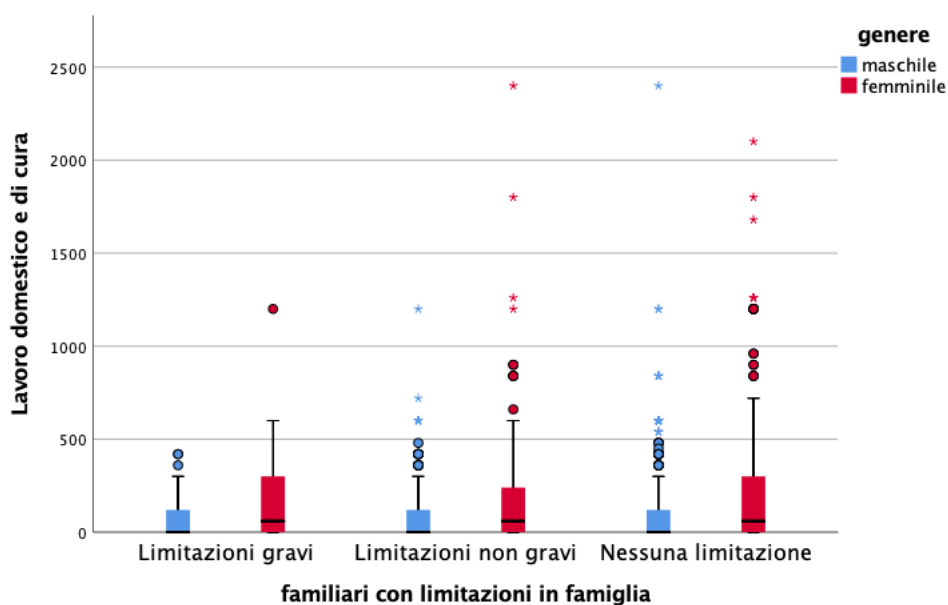
Il Grafico 5.6 illustra la distribuzione di parenti appartenenti al nucleo familiare degli adolescenti con diversi gradi di limitazioni nella quotidianità. In questo caso vi è una situazione variegata poiché, nonostante siano in maggioranza gli adulti a possedere delle limitazioni, altri membri giovani della famiglia (sia maggiorenni che non) sono nella medesima condizione (meno del 10%). Tuttavia appare interessante osservare che sono comunque gli adulti a necessitare di assistenza nella quotidianità e non necessariamente bambini o anziani. Inoltre, si evidenzia come molte famiglie ospitino nonni anche in situazione di fragilità (più del 40% possiede delle limitazioni). Tali elementi sono da ricondurre alla spinta *familiistica* dell'Italia (Saraceno, 2009), dove le famiglie sono operative nel supporto di familiari e si strutturano spesso per accogliere altri parenti. Non solo, questa fotografia rispecchia le condizioni demografiche italiane, dove il progressivo invecchiamento della popolazione e l'allungamento della vita generano adulti più vulnerabile, la quale molto spesso non può individuare nel Welfare delle risposte a questi *nuovi rischi sociali* (Esping-Andersen, 1999, 2000; Ferrera, 1996).

Grafico 5.6 - Familiari con limitazioni nella quotidianità (elaborazione dati Istat 2015).



Complessivamente il 6,2% degli adolescenti ha un familiare con limitazioni gravi e il 24,2% con limitazioni lievi (Tabella 5.3). Il valore medio delle ore settimanali di lavoro di cura e domestico è maggiore nei casi in cui vi siano limitazioni non gravi (Tabella 5.4). Questo esito è riconducibile alla spiegazione secondo cui chi ha persone con gravissime limitazioni in famiglia potrebbe godere di aiuti esterni, evitando quindi un notevole ingaggio dei membri più giovani. Tuttavia nel Grafico 5.7 non si apprezzano significative variabilità fra i gruppi. Infine il genere maschile rimane costante nei tre gruppi.

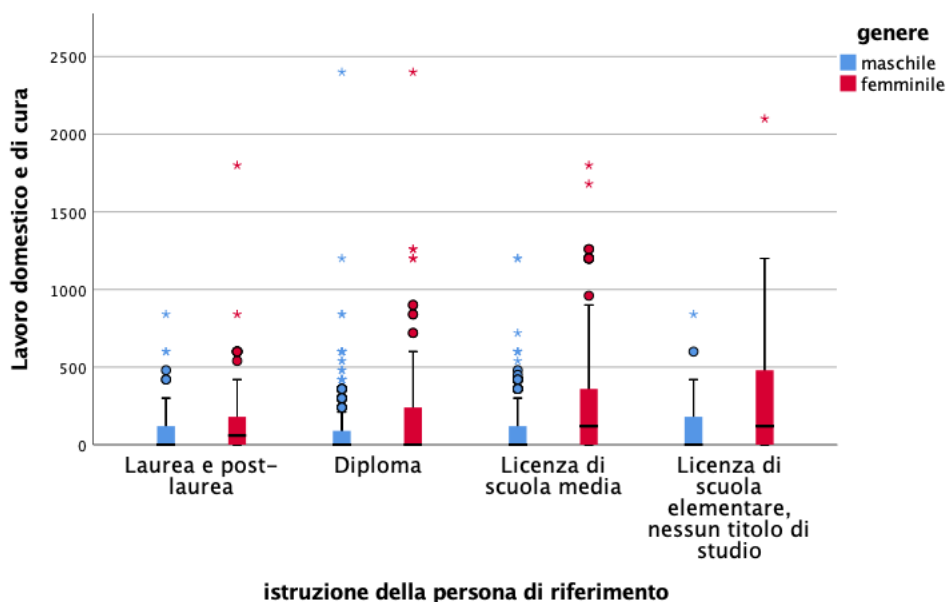
Grafico 5.7 - Lavoro domestico e di cura per familiari con limitazioni nella quotidianità (Elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



Proseguendo con la descrizione delle possibili cause, ci si sofferma ora sul *background* familiare attraverso le variabili riferite alla “persona di riferimento”. In particolare sono state esplorate le variabili relative al livello di istruzione e alla tipologia di inquadramento contrattuale. Gli sbocchi professionali e quindi la posizione contrattuale sono influenzati dal titolo di studio, pertanto costituiscono informazioni capaci di descrivere il *background* di partenza delle famiglie (Barone et al., 2011; Schizzerotto et al., 2006) e consentono di studiare eventuali differenziazioni del lavoro domestico e di cura a seconda delle dotazioni iniziali della famiglia. Peraltro, gli adulti con più alto livello professionale sono anche coloro che tendono a trascorrere molte ore al giorno lontano dall’abitazione: in tal senso la variabile “inquadramento contrattuale” consente anche di verificare l’attività domestica e di cura di adolescenti in relazione alla presenza di adulti intensamente impegnati al lavoro (*ibidem*).

Il 45,9% degli adolescenti è connesso ad un livello basso di istruzione della “persona di riferimento”: licenza di scuola media, elementare o nessun titolo (Tabella 5.3). I valori medi del lavoro settimanale si innalzano al diminuire del livello di istruzione dell’adulto di riferimento. Gli adolescenti corrispondenti al gruppo con un basso livello di scolarizzazione lavorano in media per circa 3 ore settimanali e con una deviazione standard di 4 ore: in media circa 1 ora in più alla settimana rispetto a coloro che invece hanno una persona di riferimento con un altissimo titolo di studio (Tabella 5.4). Questa situazione è ben descritta dal Grafico 5.8, il quale consente anche di osservare il consueto coinvolgimento del genere femminile nel lavoro casalingo. Le adolescenti appartenenti a famiglie con basso titolo di studio contribuiscono fino a 20 ore alla settimana. Il genere maschile rimane invece pressoché invariato nella distribuzione nei diversi gruppi.

Grafico 5.8 - Lavoro domestico e di cura per livello di istruzione dell'adulto di riferimento e per genere (elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



La stessa tendenza è visibile attraverso le variabili riferite all'inquadramento contrattuale. Il 38,2% degli adolescenti ha un genitore che svolge la mansione di operaio (capo operaio, operaio subalterno e assimilati; apprendista; lavorante a domicilio per conto d'impresa); il 12,6% invece ha un genitore con una posizione di dirigente (Tabella 5.3). Il valore medio delle responsabilità svolte dal primo gruppo corrisponde a 3 ore alla settimana e con una deviazione standard di 5 ore; si noti la differenza rispetto alle 2 ore settimanali (deviazione standard pari a 3 ore) svolte in media dagli adolescenti aventi familiari inquadrati come dirigente (Tabella 5.4). Nonostante le famiglie con un *background* elevato possano essere portate a trascorrere molto tempo lontane da casa, gli adolescenti non risultano penalizzati nello svolgere incombenze domestiche e di cura. Sicuramente godere di un migliore *background* permette alle famiglie di accedere al sistema privato di assistenza (per esempio retribuendo badanti) (Bettio et al., 2006; Costa, 2013), tutelando in questo modo i figli.

Confrontando la variabile attraverso il genere, il Grafico 5.9 evidenzia ancora una volta un carico superiore sulle spalle degli adolescenti di genere femminile. In corrispondenza del gruppo costituito da “capo operaio, operaio subalterno e assimilati; apprendista; lavorante a domicilio per conto d'impresa” le adolescenti arrivano ad essere impegnate fino a 16 ore alla settimana, il doppio rispetto ai loro coetanei dell'altro genere. Peraltro il gruppo delle adolescenti è più corposo anche nel caso di situazioni lavorative migliori.

Gli esiti appena illustrati aprono uno scenario differente rispetto a quanto ipotizzato: le condizioni socio-economiche hanno un ruolo nell'emersione del fenomeno.

Grafico 5.9 - Lavoro domestico e di cura per Inquadramento contrattuale e per genere (elaborazioni dati Istat 2015, valori assoluti)

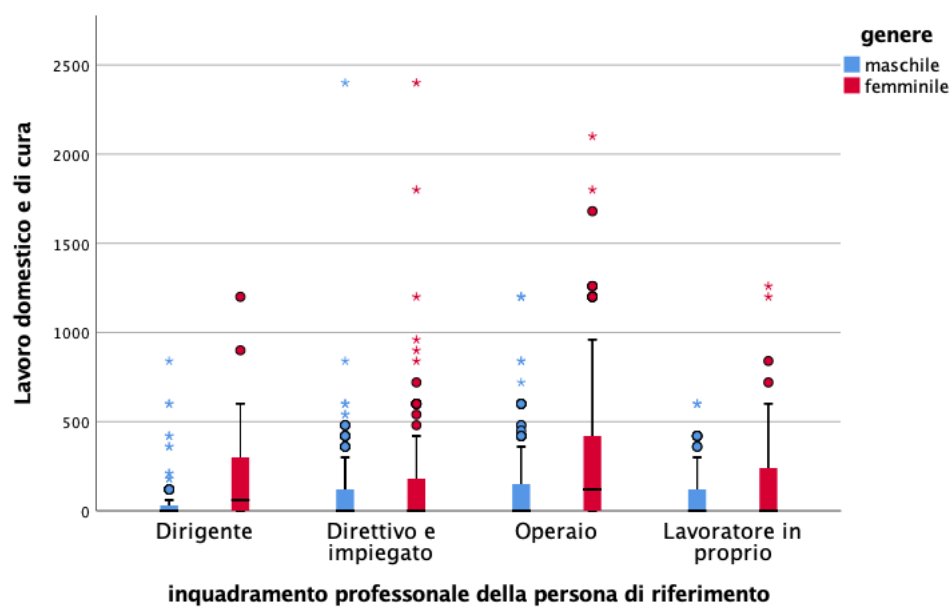


Tabella 5.3 - Percentuali vulnerabilità familiare (elaborazione dati Istat 2015)

		Frequenza	%
Familiari con malattie croniche	no	2254456	95,84
	si	97864	4,16
	Totale	2352321	100,00
Familiari con limitazioni	Limitazioni gravi (almeno 1 componente)	144758	6,25
	Limitazioni non gravi (almeno 1 componente)	561165	24,22
	Nessuna limitazione	1611355	69,54
	Totale	2317278	100,00
Livello di Istruzione della persona di riferimento	Laurea e post-laurea	324594	13,73
	Diploma	955607	40,42
	Licenza di scuola media	888037	37,57
	Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	195676	8,28
	Totale	2363915	100,00
Inquadramento professionale della persona di riferimento	Dirigente	276849	12,55
	Direttivo/impiegato	689909	31,28
	Operaio	843223	38,23
	Lavoratore in proprio	395714	17,94
	Totale	2205694	100,00

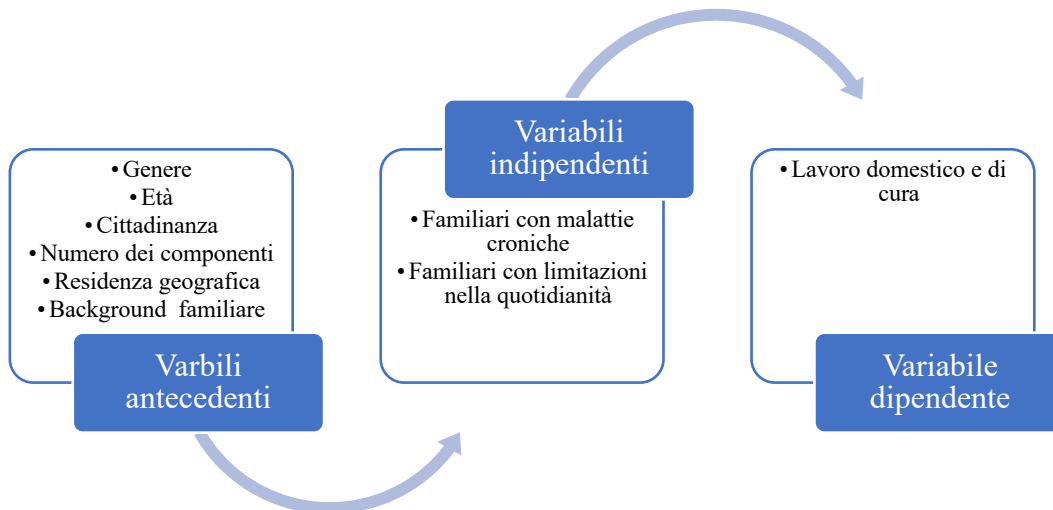
Tabella 5.4 - Lavoro domestico e di cura e condizioni di vulnerabilità (elaborazione dati Istat 2015)

		Lavoro domestico e di cura				
		N	Media	Deviazione std.	Min	Max
Familiari malati cronici	no	2133621	02:14:51	04:12:29	0:00:00	30:00:00
	si	96161	02:19:51	03:18:18	0:00:00	40:00:00
	Totale	2229782	02:15:04	04:10:23	0:00:00	72:00:00
Familiari con limitazioni	Limitazioni gravi (almeno 1 componente)	140561	02:07:31	03:28:11	0:00:00	20:00:00
	Limitazioni non gravi (almeno 1 componente)	529828	02:21:25	04:30:53	0:00:00	72:00:00
	Nessuna limitazione	1527759	02:14:31	04:08:06	0:00:00	40:00:00
	Totale	2198149	02:15:44	04:11:30	0:00:00	72:00:00
Titolo di studio della persona di riferimento	Laurea e post-laurea	313880	01:50:19	03:23:09	0:00:00	35:00:00
	Diploma	909152	02:01:35	04:07:03	0:00:00	72:00:00
	Licenza di scuola media	835479	02:33:41	04:28:02	0:00:00	20:00:00
	Licenza di scuola elementare, nessun titolo di studio	179413	02:50:26	04:27:02	0:00:00	72:00:00
	Totale	2237924	02:15:54	04:12:01	0:00:00	35:00:00
Inquadramento contrattuale della persona di riferimento	Dirigente	257954	01:51:06	03:11:20	0:00:00	21:00:00
	Direttivo e quadro	664427	01:58:10	04:27:59	0:00:00	72:00:00
	Capo operaio	801148	02:55:16	04:47:33	0:00:00	16:00:00
	Lavoratore in proprio	368751	01:49:55	02:55:05	0:00:00	72:00:00
	Totale	2092280	02:17:42	04:15:28	0:00:00	30:00:00

5.1.3. Fattori *push and pull*: una breve sintesi

Finora è stata condotta un'analisi descrittiva sia per rispondere alle ipotesi di ricerca (cap. 4) sia per offrire un quadro più chiaro sul fenomeno. L'analisi tra le variabili relative al lavoro di cura e familiari con malattie croniche o limitazioni non ha permesso di rilevare risultati significativi; tuttavia sono emersi aspetti altrettanto interessanti: in particolare, il *background* familiare ha riaperto la riflessione con i membri del *gruppo guida*. Le variabili che costituiscono il *background* sono elementi che hanno il potere di migliorare o peggiorare la condizione di *caregiving*. Inoltre i grafici *box plot* hanno consentito di riconoscere l'importanza centrale svolta dal genere, altro elemento utile per comprendere l'oggetto di studio.

Figura 5.2 - Schema ordine variabili



Per proseguire con l'analisi allo scopo di fornire maggiori informazioni e indicazioni sulla relazione (forza e verso) tra le variabili rispetto al fenomeno, è stato definito un modello di regressione lineare multipla (Corbetta et al., 2001; De Lillo et al., 2007; M. Pisati, 2003). Al fine di procedere con la definizione del modello di regressione, le variabili presentate sono state modificate in *dummy* (1= modalità interessata per l'analisi; 0= modalità assente) poiché considerate categoriali (De Lillo et al., 2007; Pisati, 2003).

La Figura 5.2 presenta lo schema teorico per classificare le variabili rispetto al loro ordine nel legame tra x_i e y , e successivamente saranno presentati i risultati della regressione.

La figura riporta anche variabili che non hanno dimostrato variabilità nella distribuzione o fluttuazione delle medie con la variabile dipendente. La scelta è motivata dalla volontà di

individuare i contributi che queste potrebbero comunque apportare nella emersione del fenomeno.

Nel primo riquadro della Figura 5.2 vengono descritte le variabili antecedenti. Il genere, l'età e la cittadinanza definiscono una serie di condizioni preliminari, che costituiscono un terreno fertile per la germinazione del fenomeno. In particolare si fa riferimento al genere femminile e alla fascia di età 16-17 anni. Tali elementi confermano il quadro teorico per cui le bambine e le adolescenti vengono socializzate da subito alle responsabilità familiari, le quali subiscono un incremento all'aumentare dell'età (Aldridge & Becker, 1993; Becker & Becker, 2008; Evans & Becker, 2009). La cittadinanza straniera è stata scelta per valutare la relazione a seguito degli esiti delle analisi descrittive: alta media di ore di impegno settimanale per coloro che hanno una provenienza diversa da quella italiana. La variabile "numero dei componenti" è stata inserita nel modello tenendo in considerazione i nuclei familiari medio-grandi (a cui corrisponde un lieve aumento del valore medio del lavoro di cura). Le variabili relative alla residenza geografica sono state considerate come antecedenti poiché dall'analisi descrittiva è emerso che al Sud (e nelle Isole) gli adolescenti svolgono in media maggiore lavoro di cura, anche se alcune regioni del Nord e del Centro sembrano mostrare valori medi altrettanto elevati. Infine, il *background* familiare si compone delle variabili "grado di istruzione della persona di riferimento" e "posizione contrattuale della persona di riferimento". Dalla precedente analisi descrittiva si osserva una maggiore media di lavoro a carico di coloro che hanno una persona di riferimento con un basso titolo di studio e una posizione contrattuale come "capo operaio, operaio subalterno e assimilati; apprendista; lavorante a domicilio per conto d'impresa". Si osserva una condizione per cui in presenza di uno scarso livello di *background* familiare vi sia una spinta dai membri della famiglia a ricercare aiuti al suo interno. Soprattutto l'assenza di Welfare induce le persone a fare affidamento sulle proprie risorse, in corrispondenza di minori risorse finanziarie (Hoffmann, et al., 2013). Le informazioni rispetto a "familiari con malattie croniche" e "familiari con limitazioni nella quotidianità" hanno il ruolo di variabili indipendenti; infatti queste descrivono uno stato di salute critico di alcuni membri che potrebbe influenzare l'assunzione di responsabilità dei giovani (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014). Infine, la variabile dipendente è il lavoro domestico e di cura, espressa attraverso l'unità di misura

“minuti di lavoro settimanale”⁸. Concluso l’iter di verifica degli assunti iniziali⁹ (*ibidem*), si è proceduto alla definizione dei modelli di regressione sviluppati¹⁰.

La Tabella 5.5 riporta i valori di r^2 e la sua conseguente variazione a seguito dell’introduzione dei due gruppi di variabili antecedenti. Infatti, per valutare la variabilità introdotta nel modello di regressione da parte delle variabili riferite al *background*, queste ultime sono state inserite separatamente rispetto alle altre antecedenti generando in questo modo il 3° modello.

Il primo modello, che tiene in considerazione unicamente le variabili indipendenti, presenta un r^2 pari a 0,00 (*ibidem*). Nel 2° modello r^2 ha subito un incremento del 4,2% a seguito dell’introduzione del primo gruppo di variabili antecedenti: genere, età, cittadinanza e numero componenti. Il *background* familiare contribuisce nel 3° modello con un ulteriore incremento di r^2 dell’1,1% (Tabella 5.5).

Pertanto non è confermata l’ipotesi per cui il lavoro di cura e domestico dipenda esclusivamente dalla presenza di persone malate o con limitazioni. Tuttavia tale analisi permette di individuare un contesto di vulnerabilità che può favorire l’attivazione dei giovani. Questa affermazione è supportata dai valori di beta standardizzato in tutti i 3 modelli (Tabella 5.6).

⁸ Si ribadisce che pur avendo lavorato con l’unità di misura minuti, per agevolare la lettura dei dati si farà riferimento alle ore.

⁹ A seguito della definizione delle variabili *dummy* (Corbetta et al., 2001; De Lillo et al., 2007; Pisati, 2003), sono stati verificati i requisiti preliminari per potere definire il modello (*ibidem*): la normale distribuzione della popolazione rispetto alla variabile dipendente; l’assenza di relazioni tra le variabili indipendenti, antecedenti e assenza di multicollinearità; l’omoschedasticità; la normale distribuzione dei residui di regressione.

Per quanto riguarda il primo punto, purtroppo l’assunto non può essere garantito poiché, come abbiamo visto, la maggioranza del campione possiede valori bassissimi nella variabile indipendente, evidenziandosi così una distribuzione *leptocurtica* (Di Franco, 2009). Pertanto nello sviluppo dei modelli si terrà conto di questa caratteristica che sicuramente potrebbe generare distorsioni. Il test di Tolleranza evidenzia valori alti per quasi tutte le variabili, tranne per quelle riferite all’area geografica di residenza. Nel test di VIF solo le variabili relative alla residenza geografica presentano valori non rientranti nel range di riferimento. Per contrastare la tendenza delle due variabili ad influenzare la variabilità complessiva nel modello, le stesse sono state rimosse per garantire uno degli assunti iniziali. L’assenza di correlazione tra le variabili è rispettata per quasi tutte le circostanze. Due variabili presentano valori che si avvicinano a 1, tuttavia si è deciso di mantenerle entrambe nella prosecuzione dei modelli. Si tratta delle variabili “familiari con malattie croniche” e “con limitazioni nella quotidianità”. Tuttavia l’ipotesi dell’omoschedasticità non viene garantita a causa della distribuzione non causale dei valori previsti dalla regressione. Infine, viene garantita l’ipotesi di normale distribuzione poiché la media dei residui corrisponde a 0. Tuttavia i valori preliminari derivanti dall’iter di verifica sono bassi, pertanto per una migliore esplicazione opportuno sviluppare un modello differente di regressione, aspetto che sarà tenuto in considerazione per pubblicazioni e ricerche future.

¹⁰ Nel presente modello non si terrà in considerazione il test di significatività statistica a causa dell’estensione numerica della popolazione (Pisati, 2002).

I valori dei coefficienti delle variabili indipendenti sono molto vicini allo 0, talvolta anche negativi, evidenziando perciò una debole relazione; peraltro i valori dell'intervallo di confidenza non comprendono 0.

Introducendo il primo gruppo delle variabili antecedenti, i valori di beta standardizzato crescono anche se non raggiungono il valore 1. A livello delle variabili "età 16-17 anni" e "famiglie numerose" si osservano bassissimi valori di beta standardizzato, che evidenziano una debolissima relazione con la variabile dipendente al netto delle altre variabili. Infine, le variabili indipendenti non subiscono delle modificazioni significative.

L'introduzione nel 3° modello di variabili relative al basso *background* familiare, come abbiamo visto, comporta un miglioramento nella capacità di spiegazione della variabilità ($r^2 = 5,4\%$) (Tabella 5.5). Tale esito sembra però essere determinato dall'inquadramento contrattuale anziché dal titolo di studio poiché mostra un beta standardizzato più basso. Tuttavia gli intervalli di confidenza di B non includono il valore 0.

Le variabili antecedenti non subiscono particolari incrementi del valore di beta standardizzato. Infine, per le variabili indipendenti peggiorano i valori dei coefficienti, diminuendo sensibilmente il loro contributo nel modello. Peraltro la variabile "persone con malattie croniche" azzerà il valore di beta standardizzato, indicando la sua totale ininfluenza, esito confermato dalla presenza del valore 0 nell'intervallo di confidenza (Tabella 5.6).

La variabile dummy con maggiore capacità di predizione è il genere femminile sia nel secondo che nel terzo modello. In quest'ultimo il genere femminile presenta un intervallo di confidenza che oscilla tra 93,260 e 94,548. Peraltro, il genere femminile svolge in media circa 1 ora e 30 minuti in più di lavoro domestico e di cura, con un errore standard pressoché nullo, rispetto al genere maschile e al netto di tutte le altre condizioni inserite nel modello (Tabella 5.6). Nel 3° modello tale stima rimane pressoché invariata.

Le stime riferite agli adolescenti di origine straniera mutano tra il 2° e il 3° modello. Nel primo caso gli adolescenti stranieri svolgono in media circa 70 minuti settimanali in più rispetto ai coetanei italiani, con una deviazione standard di circa 1 ora. Nel secondo caso invece svolgono in media 1 ora di compiti in più rispetto al gruppo degli italiani, con una deviazione standard di circa 1 ora. Infine, la stima del lavoro domestico e di cura degli adolescenti legati ad una persona di riferimento con "basso" inquadramento contrattuale corrisponde in media a 50 minuti (con una deviazione standard pressoché nulla) in più rispetto a chi verte in altre condizioni (Tabella 5.6).

In sintesi che le incombenze familiari sono compito delle donne (Hoffmann, et al., 2013; Saraceno, 2009) già a partire dall'età giovanile. Bambine e ragazze vengono socializzate sin

da subito a questi compiti. Inoltre questi non necessariamente aumentano all'aumentare dell'età, contrariamente a quanto ipotizzato dal criterio di “*age appropriateness*” (Becker & Becker, 2008; Evans & Becker, 2009). Le famiglie italiane tendono a socializzare le adolescenti verso una sorta di vocazione o “*election*” per l'aiuto in famiglia già in giovane età (Aldridge, 1993), perpetuando le disuguaglianze di genere (Decataldo & Ruspini, 2014). I cittadini stranieri dimostrano di essere complessivamente più coinvolti in questioni familiari, esito che non stupisce in considerazione delle numerose sfide che attendono le *seconde generazioni* (Ambrosini & Molina, 2004; Besozzi et al., 2009). Il basso livello economico, che accompagna generalmente le famiglie di provenienza straniera¹¹, gioca un forte ruolo nell'assunzione di responsabilità negli adolescenti. Inoltre molto spesso ai giovanissimi spetta il compito di introdurre e facilitare la propria famiglia nel percorso di inclusione sociale, tanto da svolgere un ruolo di *caregivers* anche se non causato necessariamente dalla presenza di familiari non autosufficienti; in caso contrario, il carico di lavoro potrebbe risultare addirittura più gravoso rispetto ai coetanei italiani, poiché viene richiesto loro sia di occuparsi di una persona in difficoltà sia di supportare la famiglia nel comprendere ed accedere al sistema legislativo, sanitario e dei servizi sociali, perché differenti da quelli del Paese di provenienza (Aldridge, 2008; Aldridge & Becker, 1999; Diaz et al., 2007; Jones et al., 2002; Schofield & Walsh, 2010; Shah & Hatton, 1999). Peraltro anche in queste circostanze si alimentano le disuguaglianze derivante dalla condizione di straniero (Eve et al., 2003).

Viene confermata la prospettiva *Cross-National* proposta da Becker, Evans e Leu che mira a spiegare come il fenomeno del lavoro di cura non dipenda necessariamente dai tipi di Welfare o dallo sviluppo socio-economico dei territori, bensì si tratti di un insieme di fattori che pongono gli adolescenti a non avere alternative se non impegnarsi in famiglia (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014; Evans & Becker, 2009).

¹¹ Le famiglie straniere sono più frequentemente soggette a condizioni di povertà assoluta e relativa rispetto a nuclei composti da soli italiani secondo i dati Istat del 2018. <https://www.istat.it/it/files/2019/06/La-povertà-in-Italia-2018>

Tabella 5.5 - Riepilogo del modello (elaborazione dati Istat 2015)

Modello	R	R-quadrato	R-quadrato adattato	Errore std. della stima
1	0,013	0,000	0,000	249,649
2	0,188	0,035	0,035	245,201
3	0,222	0,049	0,049	243,452

Tabella 5.6 - Modello di regressione lineare relativo al lavoro di cura (elaborazione dati Istat 2015)

Modello		Coefficienti standardizzati		95,0% Intervallo di confidenza per B	
		Beta	Sign.	Limite inferiore	Limite superiore
1	(Costante)		0,000	133,090	133,885
	Familiari con limitazioni	0,011	0,000	5,318	6,774
	Familiari con malattie croniche	-0,009	0,000	-12,362	-9,059
2	(Costante)		0,000	70,039	71,723
	Familiari con limitazioni	0,007	0,000	2,954	4,394
	Familiari con malattie croniche	-0,006	0,000	-9,194	-5,838
	Genere	0,184	0,000	91,411	92,710
	Età	0,020	0,000	9,285	10,587
	Numero componenti	0,032	0,000	17,755	19,306
3	(Costante)		0,000	43,905	45,686
	Familiari con limitazioni	0,007	0,000	3,159	4,590
	Presenza persone con malattie croniche	-0,001	0,051	-3,330	0,005
	Genere	0,185	0,000	91,701	92,991
	Età	0,026	0,000	12,345	13,640
	Numero componenti	0,029	0,000	15,656	17,200
	Livello istruzione della persona di riferimento	0,028	0,000	13,405	14,809
	Inquadramento contrattuale persona di riferimento	0,104	0,000	53,472	54,930

In sintesi si può concludere descrivendo il profilo degli adolescenti impegnati in lavoro domestico e di cura, con particolare riferimento a coloro che strutturalmente appaiono più svantaggiati (genere femminile e cittadinanza straniera) e che per giunta vivono anche in condizioni economiche e sociali tali per cui appare complesso potersi svincolare da un destino di vulnerabilità (Ranci, 2002) che incomincia da giovanissimi (Nandy & Minujin, 2012). Peraltro questa fotografia si dimostra coerente con i dati della povertà assoluta a carico di minori: nel 2017 il 12,1% dei minori italiani (1.208.000) vive in condizioni di estrema povertà, che vede un incremento con l'aumentare del numero di fratelli minori in famiglia (dati Istat 2017)¹².

L'insieme di queste considerazioni consente di descrivere il quadro entro il quale gli adolescenti si sentono "costretti" a intervenire in assenza di alternative utili alla famiglia, quali risorse finanziarie e di Welfare. Tale cornice di vulnerabilità agisce sicuramente a prescindere dalla presenza di persone malate o con limitazioni, così come ipotizzato inizialmente. Ne conseguono tre riflessioni: la prima è relativa alla natura stessa delle variabili studiate, che descrivono i cosiddetti fattori *push and pull*, i quali intervengono come condizione preliminare ma non necessaria all'emersione del fenomeno. Si intende affermare che questi elementi non sono la causa principale che spinge gli adolescenti italiani a impegnarsi in famiglia: tutt'al più sono condizioni che acquisiscono la vulnerabilità iniziale delle loro famiglie. La seconda considerazione riguarda la natura del fenomeno: il mancato contributo offerto dalle variabili indipendenti all'interno dei modelli di regressione potrebbe dipendere dalla loro natura intrinseca. La presenza di malattie croniche o di limitazioni non denota necessariamente una condizione di non-autosufficienza tale da richiedere l'assistenza anche dei più giovani. Inoltre, il lavoro di cura svolto da bambini e adolescenti potrebbe essere causato non necessariamente da condizioni di salute precarie per così dire tangibili, come una malattia cronica o una disabilità, come accade per i *caregivers* adulti; piuttosto potrebbe essere causato da un insieme di fattori relativi alla fragilità sociale e psicologica, e, da ultimo, anche da problemi di salute. Tale condizione pertanto non è riassumibile in variabili così specifiche come quelle individuate per realizzare l'analisi. Infine, la stessa variabile dipendente potrebbe aver generato delle distorsioni nell'esito finale: si parla infatti genericamente di lavoro domestico e di cura, sovrapponendo i due concetti. Pertanto il lavoro di cura potrebbe essere stato fin troppo connesso alle faccende domestiche, che sicuramente sono un modo per prendersi cura della propria famiglia, ma non sono l'attività

¹² <https://www.istat.it/it/files/2018/06/La-povertà-in-Italia-2017.pdf>

principale del *caregiving*, così come viene affermato dal *gruppo guida*. La terza considerazione è connessa alla tecnica utilizzata per realizzare la regressione. Per descrivere al meglio il fenomeno sarebbe necessario scegliere un modello di regressione multipla che descriva un andamento non lineare.

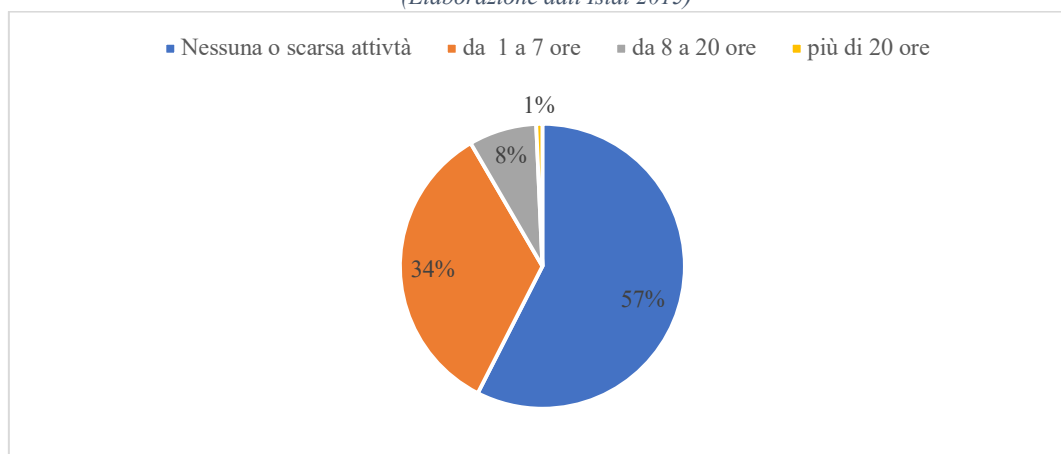
Il lavoro di cura osservato lungo l'analisi denota che gli adolescenti contribuiscono allo svolgimento dell'importante funzione di ammortizzatore sociale (Bertani, 2015) così come gli adulti. Questo sfruttamento delle risorse interne al nucleo familiare, dove i giovani non sono solo un peso ma sono una risorsa, rischia di esacerbare gli esiti dal momento in cui il contributo degli stessi non viene riconosciuto. Il *familismo* italiano trasforma le relazioni sociali della famiglia da risorsa a trappola per la società stessa. Continuare a negare l'esistenza o minimizzare il fenomeno del *caregiving* svolto da bambini e adolescenti induce a bruciare il capitale sociale familiare nascente soprattutto in condizioni di vulnerabilità. Le politiche di Welfare pertanto dovrebbero supportare la famiglia valorizzando e non sfruttando il *caregiving* e tutte le relazioni sociali che ne conseguono: ciò significa che è necessario guardare a un sistema che produca *sussidiarietà* (Donati, 2007).

5.1.4. Il continuum di responsabilità

Le principali ricerche che hanno provato a quantificare il fenomeno del *caregiving* sulla base di ore di lavoro settimanali o giornaliere svolte (Aldridge et al., 2017; Becker, 2007), classificano come giovani *carers* coloro che sono impegnanti già a partire da un'ora alla settimana.

Seguendo il medesimo criterio si struttura un *continuum* di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008), come è stato già detto, composto dal 57% del subcampione che non svolge praticamente attività di cura e il 43% degli adolescenti che svolge in media 2 ore alla settimana. Per confrontare le stime della presente ricerca con altri dati, è necessario dividere questo gruppo in classi di ore (Grafico 5.10). Nello specifico l'8% contribuisce in famiglia da 8 a 20 ore alla settimana. L'1% svolge più di 20 ore alla settimana di lavoro domestico e di cura.

Grafico 5.10 - Ore settimanali di lavoro domestico di cura
(Elaborazione dati Istat 2015)



Confrontando le stime con il Census inglese del 2001, nonostante ci siano 20 anni di differenza, (dati elaborati da Becker nel 2007) si osservano distribuzioni simili a quelle italiane. Peraltro il Census fa riferimento unicamente alla percezione dei giovani intervistati rispetto al proprio contributo familiare. Complessivamente la stima di potenziali *young caregivers* derivante da questa analisi, sebbene faccia riferimento alla fascia di età 5-17 anni, si aggira intorno al 2-3%, ovvero 166.000 *young caregivers* (Aldridge et al., 2017; Becker et al., 2008). Per quanto riguarda l'Italia, se si considerano potenziali *caregivers* coloro che svolgono più di 8 ore alla settimana, il 9% (186.763 su 2.237.924) degli adolescenti potrebbe essere identificato come tale. Svolgere più di 8 ore alla settimana di lavoro domestico e di

cura significa un impegno superiore a 1 ora al giorno per 7 giorni alla settimana; impegno che potrebbe indicare un coinvolgimento che va oltre l'adempimento di semplici attività domestiche, le quali sono generalmente richieste dalla famiglia in relazione all'età (Evans & Becker, 2009).

Tale percentuale risulterebbe in linea con la recente *survey* svolta in Svizzera, che ha stimato la presenza di giovani *caregivers* intorno all'8% (35.352) tra i 9 e i 15 anni (Leu et al., 2019). Infine, confrontando le percentuali con quelle degli adulti *caregivers*, le stime europee evidenziano maggiori responsabilità degli adulti rispetto agli adolescenti, poiché il 43% degli adulti *caregivers* svolge 14 ore alla settimana e il 29% svolge 28 ore alla settimana (Dati ECHP del 2001, elaborati da Costa & Ranci, 2010). Anche i dati sui *caregivers* italiani riferiscono di una media di 9 ore alla settimana per gli uomini e di 20 ore alla settimana per le donne (dati SHARE 2011) (Hoffmann et al., 2013).

La differenza tra adulti e minorenni tuttavia potrebbe essere dovuta a varie cause. Innanzitutto la rilevazione delle informazioni dei potenziali *young caregivers* italiani è avvenuta in modo indiretto, pertanto non si ha la certezza che questi ragazzi svolgano prevalentemente attività di cura. Inoltre, i *young caregivers* sono considerati come un *hidden group* (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2005, 2007, 2008), caratteristica che tende a far sottostimare il fenomeno (Becker et al., 2008; Becker & Leu, 2014; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013). Infine, secondo il criterio dell' "*age appropriateness*" (Becker & Becker, 2008; Evans & Becker, 2009), le responsabilità aumentano con la transizione all'età adulta, spiegando così le differenze tra adolescenti e adulti.

5.2. Esiti e risorse

Come descritto più volte, lo svolgimento di lavoro di cura genera la presenza di esiti sia positivi sia negativi. Per esiti si intendono le conseguenze derivanti dall'esercizio delle incombenze familiari, come per esempio ridotte opportunità di aggregazione con i coetanei e relazioni con i pari oppure scarse opportunità di praticare attività extra-scolastiche (Dearden & Aldridge, 2010; Moore et al., 2009). Inoltre si registra anche una tendenza all'abbandono scolastico, poiché questi ragazzi hanno poche energie da dedicare allo studio (Banks et al., 2002; Henwood, 1993; Moore et al., 2009; Thomas et al., 2003). Infine, un elemento riconosciuto come fondamentale dal *gruppo guida* è l'intensità delle relazioni personali e familiari. In base all'intensità delle relazioni è possibile osservare sia la presenza di eventuali reti relazionali di supporto sia la fiducia riposta nelle altre persone. Peraltro secondo Ranci (2002) la scarsa intensità di relazioni personali e familiari determina la vulnerabilità delle famiglie, poiché rappresenta una debolezza.

Questi aspetti sono stati indagati mediante le variabili: attività extra-scolastiche, attività sportive e fisiche, frequentazione di amici, possibilità di lezioni private di recupero, titolo di studio e persone su cui poter fare affidamento (amici, parenti e vicini).

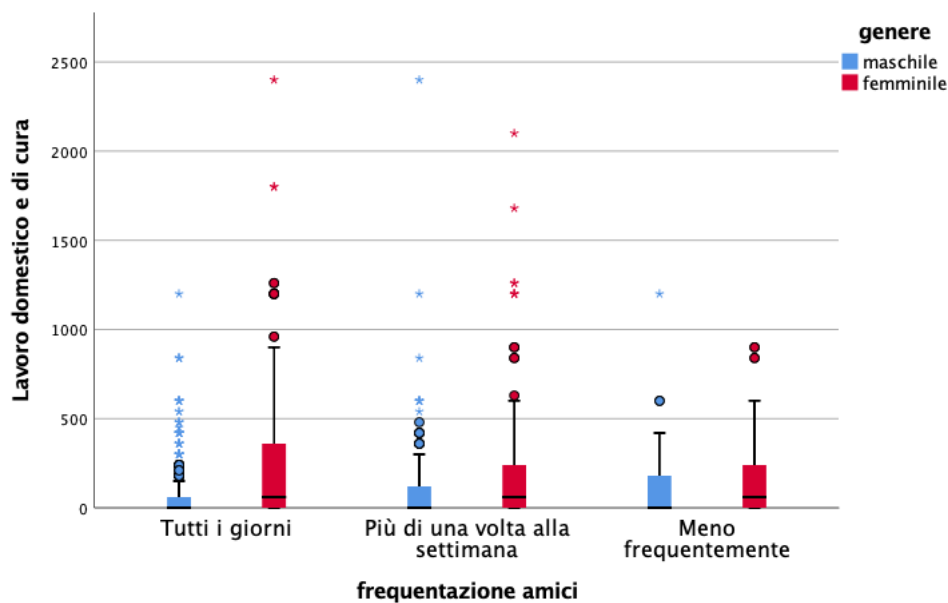
Partendo dal tempo libero, sfera importante nell'adolescenza che si realizza soprattutto nella frequentazione di amici e nella pratica di attività sportive, non sembrano manifestarsi particolari esiti negativi nei confronti di coloro che sono assiduamente coinvolti in compiti di cura.

In generale l'80,9% degli adolescenti ha dichiarato di frequentare gli amici assiduamente, al contrario del 19,1%, che ha dichiarato di avere una scarsa socialità (Tabella 5.7). Confrontando i valori medi del lavoro domestico e di cura è possibile osservare l'assenza di differenze tra i gruppi. In generale i valori medi indicano che gli adolescenti svolgono in media 2 ore alla settimana con una deviazione standard di 4 ore (Tabella 5.8). Il Grafico 5.11 evidenzia che paradossalmente le adolescenti quanto più contribuiscono alla quotidianità della famiglia tanto più sembrano ritagliarsi uno spazio per il loro tempo libero, a differenza dei coetanei di genere maschile. Questo gruppo mostra l'ultimo quartile maggiormente esteso rispetto agli altri, poiché vengono raggiunte fino a 15 ore di lavoro domestico e di cura.

La maggioranza degli adolescenti non dimostra di svolgere attività extra-scolastiche, come la frequentazione di corsi di lingue, di informatica e di arte; solo il 14% risulta essere

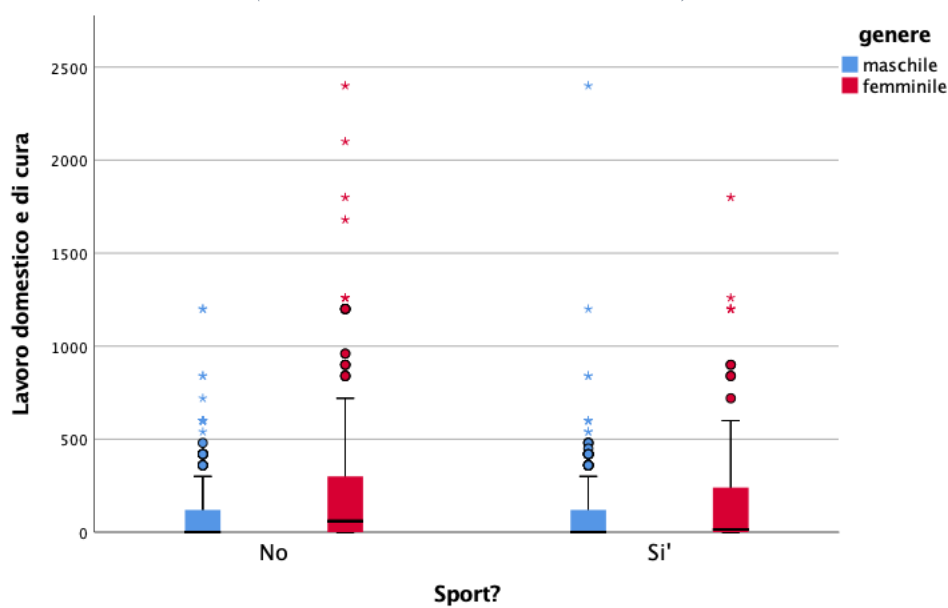
ingaggiato in almeno una di queste (Tabella 5.7). Il confronto tra le medie dei gruppi non ha dato esiti: non vi sono differenze significative (Tabella 5.8).

Grafico 5.11 - Lavoro domestico e di cura per frequentazione amici e per genere (elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



Infine, la popolazione degli adolescenti si divide equamente tra coloro che praticano sport e no (Tabella 5.7). Inoltre, non vi sono delle differenze significative tra i valori medi dei gruppi (Tabella 5.8). Il Grafico 5.11 evidenzia una maggiore attivazione nel lavoro di cura a carico del genere femminile. Le adolescenti che non praticano sport sono più attive a casa, anche se la differenza non è considerevole rispetto a coloro che invece praticano sport.

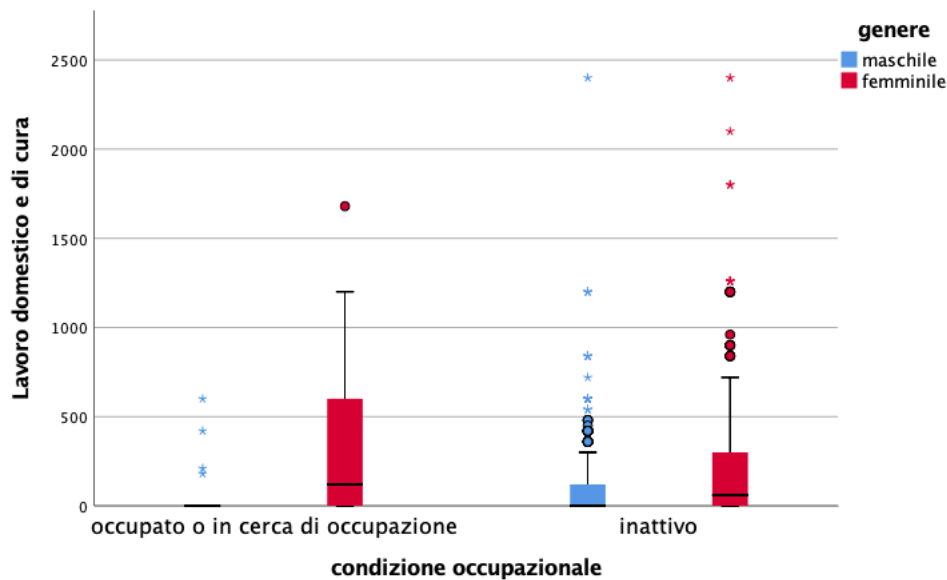
Grafico 5.12 - Lavoro domestico e di cura per sport e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



Procedendo verso il rendimento scolastico, sono state scelte le variabili “situazione occupazionale” e “frequenziazione di lezioni di recupero” delle materie scolastiche per descrivere eventuali situazioni di abbandono scolastico o difficoltà di studio. La prima variabile si basa sull’informazione dello stato occupazionale: il 97,7% è “inattivo”, mentre il 2,3% è “in cerca di occupazione o è occupato” (Tabella 5.7). Il primo caso corrisponde potenzialmente alla condizione di studente o di NEET¹³, al contrario l’altra modalità indica un potenziale abbandono scolastico. Gli adolescenti presi in esame svolgono in media poco meno di 4 ore, con una deviazione standard di 7 ore, ben 2 ore in più di coloro che invece sono inattivi (quindi presumibilmente studenti) (Tabella 5.8). Confrontando la variabile per il genere, in entrambi i gruppi quello femminile è mediamente più attivo. Inoltre, coloro che sono in cerca di un’occupazione collaborano intensamente in famiglia (Grafico 5.13).

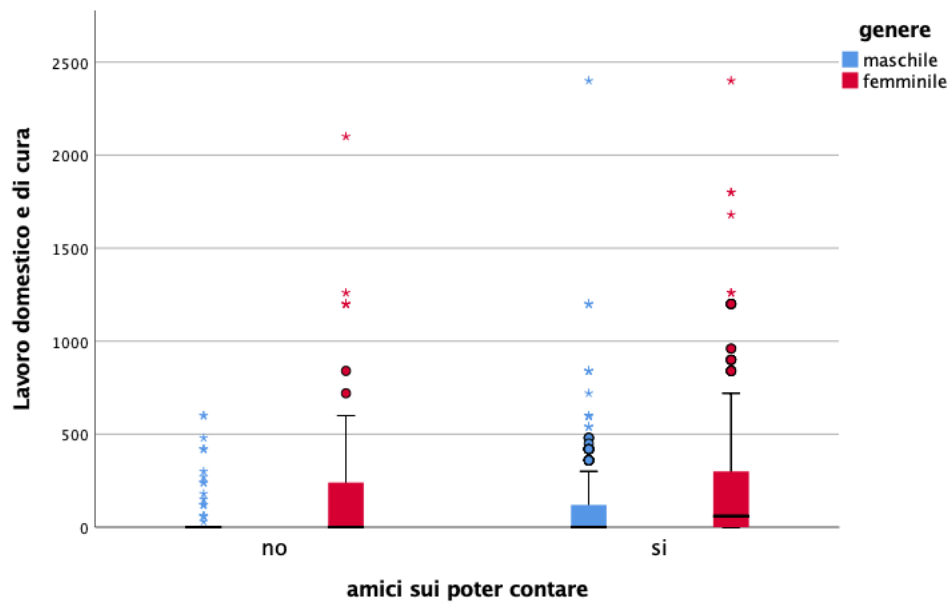
¹³ I NEET sono i giovani non occupati e non in istruzione e formazione. Nel 2017 sono circa 2 milioni i giovani tra i 15 e i 24 anni in questa condizione (dati Istat 2017). dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=21096

Grafico 5.13 - Lavoro domestico e di cura per condizione occupazionale e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



Proseguendo con la variabile riferita alla frequentazione di lezione private in generale su tutta la popolazione in esame, il 14,2% degli adolescenti accede a questo servizio (Tabella 5.7). Tuttavia non si osservano significative differenze tra le medie dei gruppi (Tabella 5.8). La maggioranza degli intervistati ha riferito di possedere amici, parenti e vicini di casa come persone sulle quali contare. Queste variabili sono state inserite nel presente ragionamento per valutare il livello di percezione rispetto alla propria rete sociale entro la quale è possibile chiedere supporto. Secondo quanto affermato dal *gruppo guida*, il grado di intensità delle relazioni e di fiducia tende ad essere minore in caso di fragilità familiare a causa dello stigma e della vergogna per la condizione personale (Evans & Becker, 2009). Anche se il 17% degli adolescenti ha dichiarato di non possedere amici sui quali poter contare (Tabella 5.7), tuttavia, le medie presenti nella Tabella 5.8 non esibiscono differenze rilevanti tra i gruppi. Per esempio il Grafico 5.14 consente di osservare un aumento di persone sulle quali poter contare, soprattutto nel genere maschile, a carico di coloro che svolgono lavoro domestico e di cura.

Grafico 5.14 - Lavoro domestico e di cura per amici su cui poter contare e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)

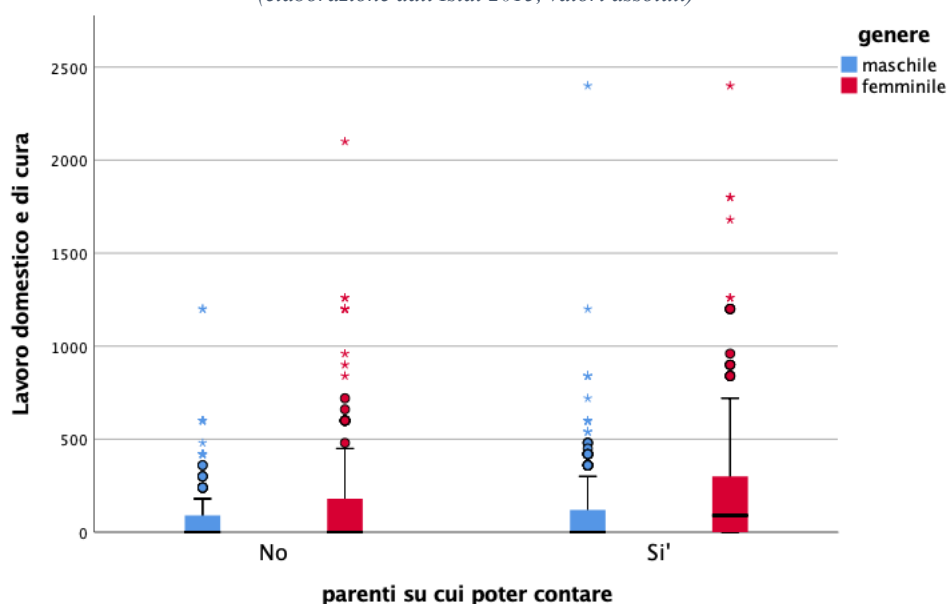


Per quanto riguarda la presenza di parenti non appartenenti al nucleo familiare che possano svolgere la funzione di supporto, il 36,9% ha dichiarato di avere parenti sui quali poter contare (Tabella 5.7). Le medie però non specificano particolari differenze tra i gruppi (Tabella 5.8). Dal Grafico 5.15 è possibile osservare che coloro che dispongono di parenti su cui fare affidamento sono anche coloro che svolgono maggiori ore di lavoro di cura. Inoltre, per questo gruppo nell'ultimo quartile i casi raggiungono fino a 12 ore alla settimana. Tuttavia gli adolescenti che pensano di avere vicini sui quali contare corrispondono al 34,1% (Tabella 5.7), e i valori medi delle ore di lavoro non sono particolarmente differenti tra i gruppi (Tabella 5.8).

Tali esiti possono sembrare lontani dalle ipotesi formulate precedentemente rispetto alla ridotta intensità delle relazioni e di fiducia in corrispondenza ad alto lavoro di cura. Tuttavia, l'assenza di variabilità tra i gruppi potrebbe essere causata dalle relazioni familiari estese, caratteristica tipica dell'Italia (Di Tullio & Lorenzini, 2014).

Inoltre viene confermata un'altra caratteristica dei *young caregivers* che potrebbe aver mitigato i risultati: la tendenza a tenere separati i vari *network* relazionali a fronte di una forte percezione di resilienza e di auto-sufficienza (Barry, 2011). Pertanto tale caratteristica potrebbe far sì che non vi sia un incremento della media del lavoro di cura in corrispondenza di una ridotta rete sociale di supporto.

Grafico 5.15 - Lavoro domestico e di cura per rete parentale e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)



Infine, anche la salute fisica e psicologica subisce delle conseguenze a fronte di intenso lavoro domestico e di cura (Becker & Leu, 2014). Questa dimensione è stata analizzata mediante la variabile “condizione di salute”. La distribuzione del campione osserva una maggioranza soddisfazione per la propria salute, mentre solo il 6,3% ha dichiarato di non esserlo (Tabella 5.7). La percezione del personale stato di salute peggiora in concomitanza con l’aumento di ore di impegno casalingo. Gli adolescenti che sentono di non godere di un buon stato di salute svolgono in media circa 11 ore alla settimana con una deviazione standard di circa 18 ore (Tabella 5.8): su questo gruppo si osservano le principali differenze rispetto agli altri. Peraltro all’interno di questo gruppo gli adolescenti di genere maschile sono più coinvolti (Grafico 5.16).

Grafico 5.16 - Lavoro domestico e di cura per condizioni di salute e per genere
(elaborazione dati Istat 2015, valori assoluti)

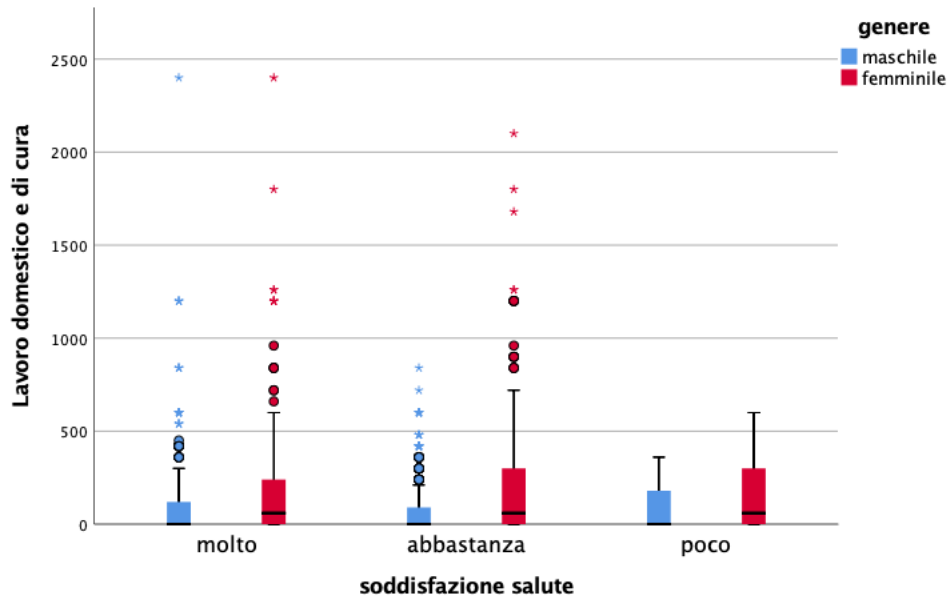


Tabella 5.7 -Percentuali esiti (elaborazione dati Istat 2015)

		Frequenza	%
Frequentazione amici	Tutti i giorni	1216260	52,01
	Più di una volta alla settimana	675769	28,90
	Meno frequentemente	446559	19,10
	Totale	2338589	100,00
Attività extrascolastiche: info, lingue e arte/cultura	no	2079133	87,95
	si	284782	12,05
	Totale	2363915	100,00
Sport	No	1202646	51,12
	Si'	1149889	48,88
	Totale	2352535	100,00
Condizione occupazionale	occupato o in cerca di occupazione	55071	2,33
	inattivo	2308844	97,67
	Totale	2363915	100,00
Lezioni private: recupero scolastico	no	2013693	87,62
	si	284548	12,38
	Totale	2298241	100,00
Amici sui quali poter contare	no	372139	17,01
	si	1815833	82,99
	Totale	2187972	100,00
Altri parenti sui quali poter contare	No	852856	36,86
	Si'	1461100	63,14
	Totale	2313956	100,00
Vicini sui quali poter contare	no	782094	34,06
	si	1514139	65,94
	Totale	2296233	100,00
Soddisfazione salute	Molto bene	1081418	45,75
	bene	1132726	47,92
	non soddisfacente	149771	6,34
	Totale	2363915	100,00

Tabella 5.8 - Media lavoro domestico e di cura per esiti caregiving (elaborazione dati Istat 2015)

Totale minuti di lavoro domestico e di cura		N	Media	Deviazione std.	Min	Max
Frequenziazione amici	Tutti i giorni	1156889	02:13:49	04:22:53	00:00:00	40:00:00
	Più di una volta alla settimana	648420	02:24:22	04:28:26	00:00:00	72:00:00
	Meno frequentemente	418963	02:09:47	03:06:34	00:00:00	20:00:00
	Totale	2224271	02:16:08	04:12:04	00:00:00	72:00:00
Attività extrascolastiche: info, lingue e arte/cultura	no	1964527	02:16:50	04:19:30	00:00:00	72:00:00
	si	273397	02:09:10	03:09:35	00:00:00	21:00:00
	Totale	2237924	02:15:54	04:12:01	00:00:00	72:00:00
Sport	No	1129611	02:36:11	04:28:50	00:00:00	40:00:00
	si	1099404	01:56:09	03:52:31	00:00:00	72:00:00
	Totale	2229015	02:16:26	04:12:22	00:00:00	72:00:00
Condizione occupazionale	occupato o in cerca di occupazione	53330	03:54:51	07:32:02	00:00:00	72:00:00
	inattivo	2184594	02:13:29	04:04:36	00:00:00	40:00:00
	Totale	2237924	02:15:54	04:12:01	00:00:00	72:00:00
Lezioni private: recupero scolastico	no	1914438	02:18:36	04:21:57	00:00:00	72:00:00
	si	272897	02:06:20	03:01:33	00:00:00	20:00:00
	Totale	2187335	02:17:05	04:13:21	00:00:00	72:00:00
Amici sui quali poter contare	no	348774	01:43:35	03:57:57	00:00:00	35:00:00
	si	1760837	02:23:56	04:17:23	00:00:00	72:00:00
	Totale	2109610	02:17:16	04:14:43	00:00:00	72:00:00
Altri parenti sui quali poter contare	No	807943	01:51:54	03:42:40	00:00:00	35:00:00
	Si	1420563	02:29:48	04:26:46	00:00:00	72:00:00
	Totale	2228506	02:16:04	04:12:20	00:00:00	72:00:00
Vicini sui quali poter contare	no	746587	01:51:21	03:43:07	00:00:00	35:00:00
	si	1465849	02:28:36	04:25:25	00:00:00	72:00:00
	Totale	2212436	02:16:02	04:12:34	00:00:00	72:00:00
Soddisfazione salute	molto	946420	02:19:58	04:35:18	00:00:00	40:00:00
	abbastanza	1159968	02:12:35	03:52:50	00:00:00	35:00:00
	poco	86488	01:55:46	02:17:41	00:00:00	10:00:00
	Totale	2192876	02:15:06	04:09:20	00:00:00	40:00:00

Gli esiti illustrati evidenziano una situazione variegata dell'oggetto di studio. Gli adolescenti che lavorano in famiglia non sono necessariamente portatori di esiti negativi sul piano delle relazioni. In generale non si osservano particolari ricadute negative, anzi coloro che sono più attivi in famiglia dispongono anche di una rete maggiore di amicizie, di parentato e di vicinato. Per godere di maggiori considerazioni è necessario condurre l'analisi sul 9% identificato come potenziali *young caregivers*.

Come effetto negativo si potrebbe registrare l'abbandono scolastico poiché coloro che svolgono maggiore lavoro di cura sono individuabili nel gruppo "in cerca di un'occupazione". Tuttavia in questa analisi non è possibile osservare se a seguito dell'abbandono degli studi gli adolescenti siano stati ingaggiati per aiutare in famiglia o viceversa se abbiano volontariamente abbandonato gli studi per curare qualche parente. Allo stesso tempo l'elevata media dei compiti di cura a carico degli adolescenti che non praticano sport potrebbe indicare un effetto negativo sul tempo libero. Tuttavia, l'attività sportiva dipende anche dalla disponibilità finanziarie della famiglia. Avendo osservato una forte dipendenza tra responsabilità di cura e *background* familiare, ne consegue che anche lo sport viene influenzato da una condizione di scarsità economica.

Questi risultati possono essere ricondotti al *continuum* di responsabilità: non tutti gli adolescenti attivi in famiglia sono anche necessariamente *caregivers* e allo stesso tempo non è detto che tutti i *caregivers* manifestino sin da subito degli esiti negativi (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008). Sicuramente quest'ultimo gruppo è quello che necessita interventi urgenti, onde evitare che la loro funzione di ammortizzatore sociale gli si ritorca contro (Bertani, 2015). Infatti, coloro che hanno dichiarato di non essere soddisfatti della propria salute dispongono di una media di ore maggiore, indice di come in qualche modo la fatica del carico di lavoro abbia delle ricadute anche sui più giovani. Dall'altra parte coloro che svolgono numerose ore di lavoro, ma non dimostrano ancora effetti negativi, richiedono interventi di prevenzione, sia per evitare un peggioramento sia per evitare di bruciare il capitale sociale che sembrano possedere a fronte della presente rete amicale, familiare e di vicinato (Donati, 2007).

6. *Survey* nelle scuole secondarie di primo grado nel comune di Milano

All'interno di questo capitolo saranno presentati gli esiti della *survey*, discussi interamente con il *gruppo guida*. L'obiettivo dell'analisi condotta è di definire dei profili di *caregiving*, inerenti al *continuum* di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008), al fine di individuare un gruppo di possibili *caregivers* e per analizzarne le caratteristiche. La descrizione sarà compiuta attraverso le variabili socio-anagrafiche, le variabili indicanti le problematiche familiari, le variabili riferite al livello socio-economico e, infine, le variabili riferite alla vita quotidiana dell'adolescente, dalla scuola al rapporto con i genitori. Successivamente saranno presentati i quattro profili delineati.

I profili emergenti dall'analisi descrivono una spiccata collaborazione al benessere della famiglia messa in atto dai minorenni. Anche se espresso in diversi gradi di intensità, il *caregiving* genera percezioni e stati d'animo differenti che determinano pertanto situazioni di rischio per la salute stessa del minore.

6.1. Adolescenti e lavoro di cura

Come descritto nel par. 4.3., la *survey* ha coinvolto studenti frequentanti l'ultimo anno di scuole secondarie di primo grado di Milano. Il campione si compone di 424 alunni di 4 Nil (Nucleo di Interesse Locale) di Milano, di cui il 25% appartiene a Lodi-Corvetto, il 16,98% a Stadera, il 30,42% a Pagano e il 27,59% a Sarpi (Tabella 6.2). Si ricorda che all'interno del NIL Sarpi sono stati somministrati i questionari in due scuole (Istituto Monviso e Istituto Moscati) (Figura 6.1).

Figura 6.1 - Nil di Milano e scuole secondarie di I grado coinvolte nell'indagine



Il campione non è equamente distribuito nelle scuole poiché varia a seconda del numero degli studenti frequentanti e a seconda della presenza degli stessi al momento della rilevazione (Tabella 6.2).

I generi femminile e maschile sono equamente distribuiti; trattandosi di studenti frequentanti la classe terza della scuola secondaria di I grado, vi è una maggiore presenza di studenti di 12-13.

Infine, l'informazione rispetto al paese di provenienza risulta essere incompleta. Questa è stata rilevata attraverso due variabili: luogo di nascita e cittadinanza. La prima offre un'informazione parziale poiché non tutti gli studenti di origine straniera sono necessariamente nati nel paese di origine dei genitori; la seconda invece risulta essere poco affidabile, poiché connessa alla consapevolezza rispetto al proprio status e identità culturale. Peraltro molte persone appartenenti alle minoranze etniche rimangono radicate alla loro cultura d'origine, nonostante abbiano acquisito la cittadinanza italiana. Per molti intervistati la cittadinanza formale e quella sociale coincidono (Colombo et al., 2009), al punto che si definiscono italiani pur appartenendo ad un'altra nazione. Seppure aiutati a recuperare l'informazione, attraverso domande ed esempi pratici, solo in pochi sono riusciti a ricostruire la propria cittadinanza formale. In generale, la tendenza emersa è di sentirsi italiani perché

nati o cresciuti in Italia. Pur considerando questa problematicità, l'85% degli studenti ha dichiarato di essere nato in Italia e il 15% in un altro Paese; mentre i cittadini italiani sono il 67,7% e gli studenti con un'altra cittadinanza sono il 32,3%.

Come più volte è stato affermato, in letteratura per definire e comprendere il *caregiving* svolto da bambini e adolescenti viene utilizzato il concetto di *continuum* di *caregiving* o di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008). La scala MACA-18 (Joseph et al., 2009) è stata creata dai suoi autori come strumento operativo (sia in ambito di ricerca che di lavoro sociale) per ricostruire il lavoro di cura, concependolo appunto lungo un *continuum*: il suo punteggio può essere ricondotto in classi di lavoro descrivendone il livello di impegno dei minorenni. Le classi previste dalla scala riconducono alla struttura teorica del *continuum* di responsabilità, il quale procede da un minimo, al quale non sono connessi particolari carichi di lavoro ed esiti negativi, ad un massimo, al quale corrispondono elevati livelli di responsabilità ed esiti negativi. Per raggiungere il medesimo livello di descrizione, il *gruppo guida* ha realizzato a sua volta un indice. Si ricorda che il *gruppo guida* ha dato volutamente maggiore peso all'area del supporto emotivo. L'indice va da 0 a 100 e ha un valore medio di 19,77, con una deviazione standard di 13,9 (Tabella 6.1).

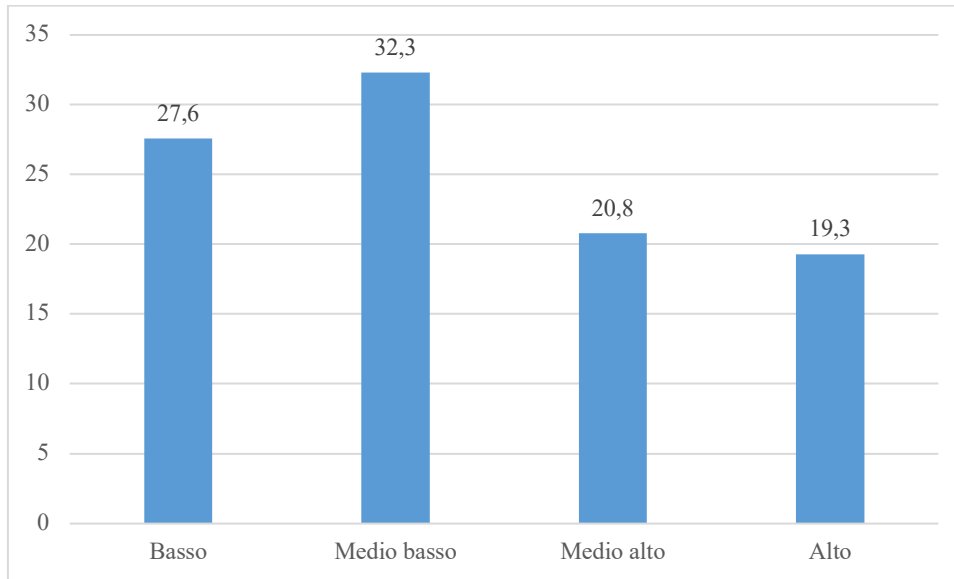
Per permettere una migliore lettura dei risultati, all'indice sono state attribuite delle classi di intensità di *caregiving*. Seguendo l'impostazione della scala MACA-18 (*ibidem*), le classi sono: basso (da 0 a 9,99), medio-basso (da 10 a 19,99), medio-alto (da 20 a 29,9) e alto (da 30 a 100). Nello specifico le classi¹ sono: "basso" e "medio-basso" impegno di cura prevedono un quasi assente coinvolgimento degli adolescenti in questioni familiari (punteggio 0 - 10) fino a raggiungere un impegno corrispondente a una o due volte al mese (punteggio tra 10 e 20); le classi "medio-alto" e "alto" descrivono un impegno quasi settimanale (tra 30 a 40), fino a raggiungere lo svolgimento di compiti di cura in modo quasi quotidiano (da 40 a 100) (Grafico 6.1)².

Sintetizzando il Grafico 6.1, l'indice costruito dal *gruppo guida* permette di individuare risultati simili a quelli del *continuum* di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008) e di cura dei dati Istat (analizzati nel cap. 5): il 60% scarsamente attivo e il 40% molto attivo in famiglia. Lo stesso esito è riscontrabile nell'indagine svizzera, dove il 60% rientra nelle classi con punteggio inferiore e la minoranza (anche se non trascurabile) invece svolge consistente e intenso lavoro di cura (Leu et al., 2019).

¹ Il punteggio corrisponde al numero di volte al mese in cui si svolgono delle attività di cura. Al crescere dell'intensità aumenta il punteggio dell'indice.

² La divisione in classi viene usata a titolo esplicativo. Tuttavia nell'analisi viene usato l'indice senza la divisione in classi.

Grafico 6.1 - Classi di caregiving (valori percentuali)



A differenza di quanto è possibile fare con i dati Istat, la batteria di domande per rilevare attività concrete permette di descrivere l'impegno degli intervistati. L'indice consente di ragionare in termini di quantità di attività svolte e non solo su un generico impegno orario che non fornisce informazioni sul tipo di responsabilità assunte. L'esercizio di specifiche attività di cura indica con maggiore precisione quali siano le modalità di coinvolgimento degli adolescenti nella vita quotidiana della famiglia. Tuttavia è corretto precisare che l'indice ha un'estrema propensione a rilevare il supporto emotivo e pertanto potrebbe aver influenzato i rispondenti con l'effetto di desiderabilità sociale (Caselli, 2010; Corbetta, 1999, 2014) per dimostrare la loro indole collaborativa.

6.1.1. Oltre il genere

Nel presente paragrafo sarà analizzato il lavoro di cura a partire dalle variabili socio-demografiche: genere, età, luogo di nascita, numero di componenti del nucleo familiare, quartiere di residenza e scuola frequentata. Attraverso queste variabili si vuole andare ad osservare la presenza di associazioni statistiche con il lavoro di cura.

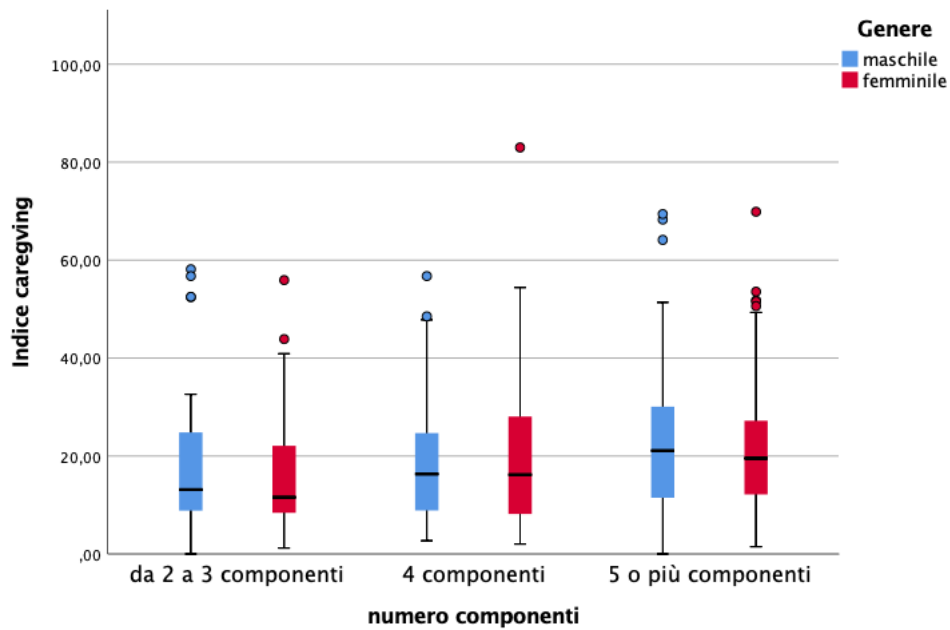
Con riferimento alla variabile genere, distribuzione e media non presentano caratteristiche rilevanti per l'analisi (Tabella 6.2). Al 50,6% del genere maschile e al 49,4% di quello femminile corrisponde la classe "medio -alta" dell'indice di *caregiving*. Dai valori minimi e massimi del punteggio si può osservare un leggero incremento di impegno del genere femminile (Tabella 6.2). Tuttavia, viene confermata l'assenza di associazione tra variabili a

seguito del test dell'Anova, il quale accoglie l'ipotesi nulla (0,730). Tale risultato richiede una riflessione rispetto ai risultati a livello nazionale rilevati mediante l'analisi secondaria, nella quale il genere ha acquisito rilevanza nello spingere all'emersione del fenomeno. Nonostante nel cap. 5 si sia affermato che adolescenti di genere femminile vengono socializzati precocemente alla cura e ai lavori domestici, la presente *survey* rileva che l'assunzione di responsabilità in giovane età è un evento che si manifesta a prescindere dal genere. A supporto di questo risultato l'*Omnibus Report* (Aldridge et al., 2017; Aldridge et al., 2016) e la recente indagine Svizzera (Leu et al., 2019) hanno confermato l'assenza di associazioni con questa variabile.

Per valutare l'informazione sulla cittadinanza è stata utilizzata la variabile "luogo di nascita", che come detto essere più funzionale rispetto alla variabile "cittadinanza", sebbene non completa poiché non guarda alla totalità delle persone di origine straniera: questi ultimi sono il 15% del campione e corrispondono alla classe "medio-alta" dell'indice di *caregiving*: 21,80 e con una deviazione standard di 14,92. Anche i coetanei italiani condividono un simile valore medio e la classe di *caregiving* (Tabella 6.2). Peraltro il test dall'Anova accoglie l'ipotesi nulla (0,219).

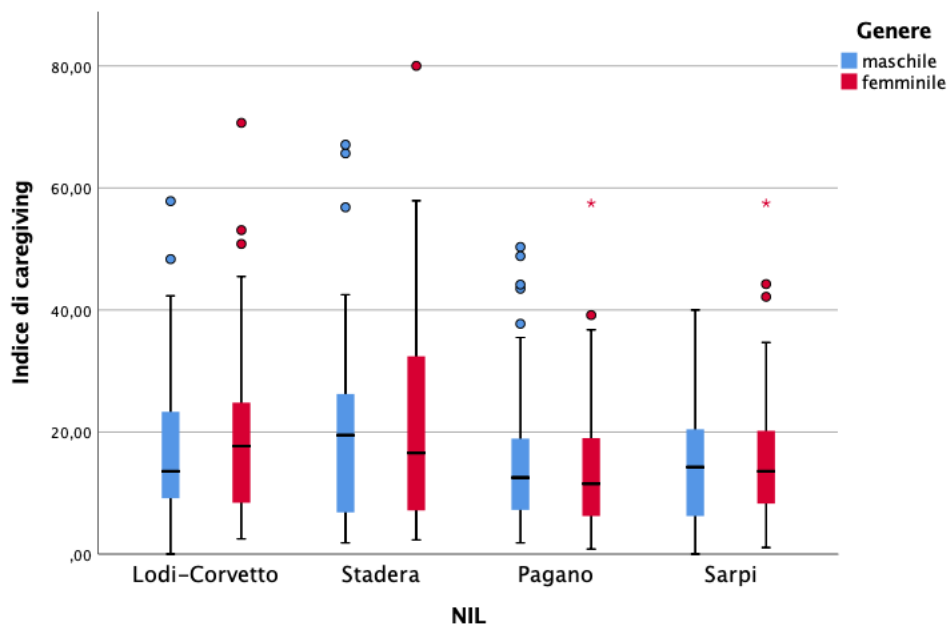
Proseguendo con le variabili socio-anagrafiche, ci si sofferma sulla numerosità del nucleo familiare convivente. Il 46,2% degli adolescenti appartiene a nuclei composti da 4 persone e il valore medio del *caregiving* corrisponde alla classe "alta" (media 19,02 con deviazione standard corrispondente a 13,33) (Tabella 6.2). Nonostante il 36,6% appartenga a nuclei composti da 5 o più persone, ai quali corrisponde la medesima classe di *caregiving* del gruppo precedente, il suo valore medio dispone di 4 punti in più (media 22,93 con deviazione standard di 15,21). Inoltre il Grafico 6.2 conferma la crescita del lavoro di cura all'aumentare del numero dei famigliari. Se si osservano questi gruppi, in relazione al genere non si individuano differenze significative, confermando quanto descritto precedentemente. Infine i *box plot*, relativi ai gruppi aventi 4 o 5 membri, hanno i baffi dell'ultimo quartile che raggiungono la classe "alta" dell'indice di *caregiving*. Pertanto si osserva un discreto livello di varianza tra i gruppi descritti, che viene confermata dal test dell'Anova. L'ipotesi alternativa rileva l'esistenza di differenze statisticamente significative fra i gruppi (0,004) (Tabella 6.3).

Grafico 6.2 - Continuum di responsabilità per numero familiari e per genere
(valori assoluti)



Come ipotizzato precedentemente, il lavoro di cura è presente in quantità diverse e in tutti i quattro Nil e le cinque scuole analizzate. Osservando le differenze per singolo Nil, è possibile definire una classificazione del lavoro di cura per zone della città di Milano. Nonostante il Nil Stadera non sia né benestante né eccessivamente fragile (si veda il cap. 4), il campione afferente a questa area geografica si colloca nella classe “alta” (media: 24,50 con deviazione standard pari a 18,43). I Nil che lo seguono per intensità di lavoro di cura sono Lodi-Corvetto, appartenente alla “medio-alta” (media: 21,17 con deviazione corrispondente a 14,30), gli studenti di Pagano, corrispondenti alla classe “medio-bassa” (media: 17,87 con deviazione standard di 12,10), e quelli di Sarpi, ai quali corrisponde la “medio-bassa” (media: 17,68 con deviazione standard di 11,55) (Tabella 6.2). Inoltre Lodi-Corvetto vede il genere femminile più intensamente coinvolto (Grafico 6.3). Il test dell’Anova accoglie l’ipotesi alternativa, definendo la significatività della associazione (0,002) (Tabella 6.3).

Grafico 6.3 - Continuum di responsabilità per Nil e per genere (valori assoluti)



Considerando poi la variabile “scuola”, tutte le valutazioni precedentemente compiute sono state confermate (Tabella 6.2). Il test dell’Anova rifiuta l’ipotesi nulla, confermando la significatività dell’associazione tra le variabili, poiché non viene superato il valore limite (0,003) (Tabella 6.3).

Rispetto all'analisi svolta nel precedente capitolo con dati nazionali si profila un fenomeno differente. Nella prima parte della ricerca sono state descritte principalmente le cause che complessivamente determinano uno stato preliminare di vulnerabilità capace di influenzare il fenomeno. Nella *survey* invece si circoscrive maggiormente l'oggetto di studio, riuscendo a individuarne delle peculiarità. Come già detto, genere, età e cittadinanza non sono fattori associati al lavoro di cura, mentre lo sono la numerosità dei componenti, il quartiere di residenza e la scuola.

La scuola diviene luogo privilegiato sia per far maturare sia per prevenire il fenomeno: infatti, il *caregiving* ha il potere di ridurre le energie necessarie alla scuola. In assenza di interventi o di prevenzione, la frustrazione per la propria condizione aumenta, amplificando gli effetti negativi (Dearden et al., 2010; Moore et al., 2009).

Tabella 6.1 - Media indice di caregiving

	N	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Indice di caregiving	424,00	19,77	13,97	0,00	83,00

Tabella 6.2 - Lavoro di cura e informazioni socio-demografiche

				Indice caregiving			
		N	%	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Genere	maschile	212	50,60	19,55	13,84	0,00	69,41
	femminile	207	49,40	20,03	14,28	1,20	83,00
	Totale	419	100,00	19,79	14,05	0,00	83,00
Età	12 - 13 anni	356	84,56	19,57	13,49	0,00	69,87
	14-15 anni	65	15,44	20,75	16,74	1,17	83,00
	Totale	421	100,00	19,75	14,02	0,00	83,00
Luogo nascita	Italia	358	85,04	19,45	13,84	0,00	83,00
	Altra provenienza	63	14,96	21,80	14,92	2,70	69,41
	Totale	421	100,00	19,80	14,02	0,00	83,00
Numero componenti	da 2 a 3 componenti	97	22,88	17,02	12,81	0,00	58,13
	4 componenti	196	46,23	19,02	13,33	2,04	83,00
	5 o più di 5 componenti	131	30,90	22,93	15,21	0,00	69,87
	Totale	424	100,00	19,77	13,97	0,00	83,00
Nil	Lodi-Corvetto	106	25,00	21,17	14,30	0,00	69,87
	Stadera	72	16,98	24,50	18,43	2,28	83,00
	Pagano	129	30,42	17,87	12,10	1,20	56,73
	Sarpi	117	27,59	17,68	11,55	0,00	54,42
	Totale	424	100,00	19,77	13,97	0,00	83,00

Scuola	Candia	106	25,00	21,17	14,30	0,00	69,87
	Palmieri	72	16,98	24,50	18,43	2,28	83,00
	Linneo	129	30,42	17,87	12,10	1,20	56,73
	Monviso	55	12,97	16,00	10,10	0,00	48,50
	Moscato	62	14,62	19,17	12,60	0,00	54,42
	Totale	424	100,00	19,77	13,97	0,00	83,00

Tabella 6.3 - Anova: lavoro di cura per informazioni socio-demografiche

		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Numero componenti	Tra gruppi	2150,44	2,00	1075,22	5,63	0,00
	Entro i gruppi	80457,80	421,00	191,11		
	Totale	82608,24	423,00			
		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Nil	Tra gruppi	2795,27	3,00	931,76	4,90	0,00
	Entro i gruppi	79812,97	420,00	190,03		
	Totale	82608,24	423,00			
		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Scuola	Tra gruppi	3087,68	4,00	771,92	4,07	0,00
	Entro i gruppi	79520,56	419,00	189,79		
	Totale	82608,24	423,00			

6.1.2. Alla radice del *caregiving*

La definizione del fenomeno degli *young caregivers*, utilizzata all'interno di questa tesi, connette tale condizione a malattie o altre situazioni che richiedono la supervisione e il supporto di altri membri della famiglia, anche adulti (Becker, 2007). Il *gruppo guida* ha riflettuto sulle motivazioni che generano bisogni di assistenza di un familiare, indipendentemente dalla natura del problema. Per verificare la presenza di condizioni di questo tipo è stata utilizzata la variabile "persone necessitanti di assistenza nell'ultimo anno", la quale dispone di tre modalità: *no; sì, un po'; sì, molto*. Il 74% del campione intervistato ha dichiarato che nell'ultimo anno non ha avuto familiari in questa condizione e dispone di un valore medio del lavoro di cura corrispondente alla classe "medio-bassa" (media di 18 con deviazione standard 12,48); il 17,69% ha dichiarato di avere un familiare avente bisogno di un po' di aiuto, classificandosi nella classe "medio-alta" (media di 23,83 con deviazione standard pari a 15,17); infine l'8,3% ha un familiare che ha bisogno di molto aiuto a cui corrisponde la classe "medio-alta" (media di 26,44 con deviazione standard di 19,64) (Tabella 6.4). L'incremento dell'indice di *caregiving* evidenzia l'associazione significativa tra le variabili, confermata dal test dell'Anova (0,045) (Tabella 6.5).

Nel 54,55% dei casi si tratta di nonni che richiedono di molta assistenza. Per questi adolescenti il valore medio del lavoro di cura si colloca nella classe "medio-alta" (media di 20,33 con deviazione standard di 16,11). Nel 15,15% dei casi si tratta di zii, per cui la media di lavoro di cura svolta dagli adolescenti rientra nella classe "medio-bassa" (media di 18,84 con deviazione standard di 19,03). Infine nel 12,12% della casistica il familiare in difficoltà è risultato essere la propria madre, la cui classe di lavoro corrisponde ad "alta" (media di 54,49 con deviazione standard di 16,24)³ (Tabella 6.4).

Il campione ha avuto anche l'opportunità di indicare la parentela con i familiari richiedenti uno scarso livello di assistenza. Sono stati indicati come principali riceventi delle cure: nonni (53,5%), mamma (15,5%) e infine sorelle e fratelli (19,7%). A quest'ultimo gruppo corrisponde un valore medio del punteggio del lavoro di cura pari a 34,61 con una deviazione standard di 19,65, media afferente alla classe "alta" del lavoro di cura (Tabella 6.4).

³ Per le variabili che riferiscono della tipologia di parentela con la persona che richiede molta o scarsa assistenza, non è stato svolto il test dell'Anova. In considerazione dello squilibrio della distribuzione, non sussistono i prerequisiti per svolgere il test (Barbaranelli et al., 2006).

Sebbene il *gruppo guida* abbia riconosciuto l'esigenza di non vincolarsi necessariamente ad una specifica problematica, sono state rilevate le informazioni sui tipi di fragilità presenti in famiglia; quelle che hanno acquisito maggiore rilevanza sono: famigliari con problemi di salute e/o disabilità (35,6%) e famigliari con dipendenze (9%). In entrambe le circostanze ne consegue una media di "alto" lavoro di cura per l'adolescente presente in famiglia (Tabella 6.4). Come si vedrà successivamente, i nonni sono coloro che dimostrano avere maggiori problemi di salute e di conseguenza richiedere un maggiore impegno di cura, anche se non residenti con il nucleo.

Inoltre, la presenza di un familiare tossicodipendente non viene semplicemente subita dagli intervistati: questi ultimi infatti sono attivi nel curare e sostenere i membri più fragili (Moore et al., 2011). Nella maggioranza dei casi si tratta di fratelli e sorelle. Confrontando le medie, il test dell'Anova ha evidenziato la significatività dell'associazione per entrambe le variabili indicate (rispettivamente 0,009 e 0,006) (Tabella 6.5).

Continuando con le altre problematiche, il 14,7% degli adolescenti ha dichiarato di avere un genitore con problemi di salute mentale o psicologici, mentre il 16,5% ha fatto riferimento a problemi di natura sociale (momenti di crisi generati dalla perdita di lavoro, separazioni, lutti o perdita della casa, ecc.) (Tabella 6.4). Tuttavia il test dell'Anova non ha rilevato significatività nell'associazione. L'assenza di significatività della relazione tra lavoro di cura e problemi di tipo psichiatrico e psicologico (0,619) sembra essere causata sia dallo stigma che dalla mancata consapevolezza degli intervistati sulla natura delle difficoltà presentate dai parenti. Potrebbe trattarsi proprio del cosiddetto "*stigma by association*" (Evans & Becker, 2009), che riguarda particolarmente i problemi di salute mentale (Aldridge, 2006; Dearden & Aldridge, 2010). Per giunta il *gruppo guida* ritiene possano esserci anche altre motivazioni. La difficoltà di riconoscimento e il ritardo (o l'assenza) nella diagnosi dei disturbi (*ibidem*) non consentono alla famiglia di identificare il tipo di fragilità. Peraltro la giovane età non favorisce il riconoscimento di fragilità psicologiche e psichiatriche, così come è accaduto nell'esperienza delle co-ricercatrici.

L'esito relativo ai problemi sociali (0,319) potrebbe essere caratterizzato dalle stesse condizioni descritte precedentemente. Peraltro spesso vengono indicati entrambi i genitori come coloro che rientrano in questa voce, evidenziando soprattutto situazioni di separazioni/divorzi conflittuali.

Questi esiti sono riconducibili a quanto definito precedentemente e confermano le ipotesi del *gruppo guida*: l'assunzione di responsabilità di *care* dipende dalla presenza di persone che richiedono supervisione o accudimento, a prescindere dal tipo di problema.

Proseguendo con altre circostanze che incrementano la situazione di vulnerabilità familiare (Castel, 1997; Ranci, 2002), ci si sofferma sulle variabili riferite allo status socio-economico familiare. Questo è stato rilevato attraverso domande riferite al possesso di beni, alle caratteristiche dell'abitazione e al numero di vacanze svolte nell'estate precedente. È stato costruito un indice attraverso un punteggio attribuito alle varie modalità di risposta⁴.

Il test dell'Anova ha rifiutato l'ipotesi nulla (0,000) tra l'indice di *caregiving* e lo status socio-economico (Tabella 6.5). La media dell'indice cresce in corrispondenza di un basso status socio-economico. Avere a disposizione maggiori redditi potrebbe aiutare a ridurre o a limitare l'intensità del *caregiving* (Tabella 6.4), poiché la famiglia potrebbe accedere al sistema privato di assistenza. Pertanto, come osservato anche dall'analisi secondaria, è necessario parlare di un insieme di fattori che concorrono all'emersione del fenomeno (De Roos et al., 2017; Leu et al., 2019).

Concepire lo status socio-economico come unica causa spinge ad associare il lavoro di cura squisitamente all'impossibilità di accedere al mercato privato dell'assistenza. L'esigenza di occuparsi del proprio nucleo è predominante e aumenta davanti all'assenza di alternative (sia pubbliche che private), imponendo il coinvolgimento anche dei membri più piccoli. Pertanto la mancata integrazione delle risorse derivanti dallo Stato, dalla famiglia e dal mercato (Ranci, 2002) determina negli adolescenti il ruolo di ammortizzatore sociale (Bertani, 2015); ne consegue un circolo vizioso poiché bambini e adolescenti *caregivers*, sostenendo le famiglie senza il supporto delle politiche di Welfare, vanno incontro ad un enorme sacrificio che produce ingenti costi sociali (Becker, 2007; Becker, Aldridge, & Dearden, 1998; Dearden & Becker, 2004). Dall'altra parte concepire la presenza di un familiare malato o fragile come causa sufficiente a scatenare l'impegno di un *caregiver* rischia di stimare più adolescenti di quanti effettivamente ce ne siano.

Il *gruppo guida* conferma questo risultato: secondo le co-ricercatrici, essere in condizioni di vulnerabilità (Castel, 1997; Ranci, 2002) significa avere l'esigenza di sostenere la propria famiglia, sia per affetto sia per assenza di alternative rispetto al prodigarsi per un parente fragile (a prescindere dal rapporto). L'assenza di opzioni si è tradotta per le co-ricercatrici nella sensazione di essere obbligate ad intervenire per evitare un peggioramento.

Infine, l'assunzione di responsabilità di cura in giovane età si esplicita con l'esigenza di promuovere il benessere familiare (Aldridge et al., 1994; Becker et al., 1998; Evans et al., 2009; Leu et al., 2017; Newman, 2002; Wates, 2002). Pertanto gli elementi che rafforzano

⁴ Le variabili relative allo status socio-economico sono state aggregate in un indice con un punteggio che va 0 a 6.

questa dinamica sono circoscrivibili all'interno di un *framework* che comprende diversi fattori: presenza di un familiare che richiede assistenza, basso status socio-economico, numerosità del nucleo familiare, problemi di salute e di dipendenze, quartiere di residenza e scuola frequentata. Quest'ultimo risultato è determinato dalla composizione dei quartieri: alcuni sono popolati da specifiche categorie di persone.

Tabella 6.4 - Percentuali relative alle vulnerabilità familiari e medie lavoro di cura

		Indice caregiving					
		N	%	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Familiari richiedenti assistenza	nessuno	314	74,06	18,06	12,48	0	83,00
	si, un po'	75	17,69	23,82	15,17	2,70	69,41
	si, molto	35	8,25	26,44	19,64	1,50	69,87
	Totale	424	100	19,77	13,97	0	83,00
Familiari che richiedono molta assistenza	mamma	4	12,12	54,49	16,24	33,37	69,87
	fratello	3	9,09	28,95	19,70	15,63	51,58
	zii	5	15,15	18,84	19,03	2,70	49,31
	nonni	18	54,55	20,33	16,11	1,50	54,42
	almeno 2 persone	3	9,09	29,11	14,22	16,90	44,72
	Totale	33	100	25,83	19,34	1,50	69,87
Familiari che richiedono poca assistenza	mamma	11	15,49	17,54	10,31	2,70	30,32
	sorella e fratello	14	19,72	34,61	19,65	6,99	69,41
	altri (papà, zii, nipoti o più familiari)	8	11,27	28,48	16,05	7,37	56,73
	nonno/a	38	53,52	20,50	12,47	4,45	51,77
	Totale	71	100	23,72	15,26	2,70	69,41
Problemi sanitari e/o disabilità	no	273	64,39	18,46	13,09	0	64,13
	si	151	35,61	22,15	15,20	0	83,00
	Totale	424	100	19,77	13,97	0	83,00
Problemi di salute mentale e psicologici	no	361	85,34	19,67	14,22	0	83,00
	si	62	14,66	20,63	12,45	0	56,73
	Totale	423	100	19,81	13,97	0	83,00
Dipendenze	no	386	91,04	19,19	13,58	0	83,00
	si	38	8,96	25,68	16,57	0	68,27
	Totale	424	100	19,77	13,97	0	83,00
Problemi sociali	no	354	83,49	19,51	13,86	0	69,87
	si	70	16,51	21,06	14,59	1,75	83,00
	Totale	424	100	19,77	13,97	0	83,00
Status socio-economico	basso	56	13,2	26,25	17,17	2,70	69,87
	medio-basso	125	29,5	21,11	15,49	0	83
	medio	85	20	18,62	12,36	3,30	51,77
	medio-alto	93	21,9	18,11	12,08	0	53,57
	alto	65	15,3	15,45	9,81	0	43,90
	Totale	424	100	19,77	13,97	0	83

Tabella 6.5 - Anova: lavoro di cura per vulnerabilità familiari

		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Familiari richiedenti assistenza	Tra gruppi	3703,15	2,00	1851,57	9,88	0,00
	Entro i gruppi	78905,09	421,00	187,42		
	Totale	82608,24	423,00			
		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Problemi di salute mentale e psicologici	Tra gruppi	1325,46	1,00	1325,46	6,88	0,01
	Entro i gruppi	81282,78	422,00	192,61		
	Totale	82608,24	423,00			
		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Dipendenze	Tra gruppi	1456,79	1,00	1456,79	7,58	0,01
	Entro i gruppi	81151,45	422,00	192,30		
	Totale	82608,24	423,00			
		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Status socio- economico	Tra gruppi	4156,401	4	1039,100	5,550	0,000
	Entro i gruppi	78451,839	419	187,236		
	Totale	82608,240	423			

6.2. Vita quotidiana

In questa sezione del capitolo 6 si approfondiranno la percezione e la consapevolezza degli intervistati rispetto al proprio lavoro di cura, oltre che la tipologia di attività svolte e le conseguenze derivanti.

I risultati riportati andranno a contribuire alla descrizione e alla definizione dei quattro profili di *caregiving* precedentemente individuati.

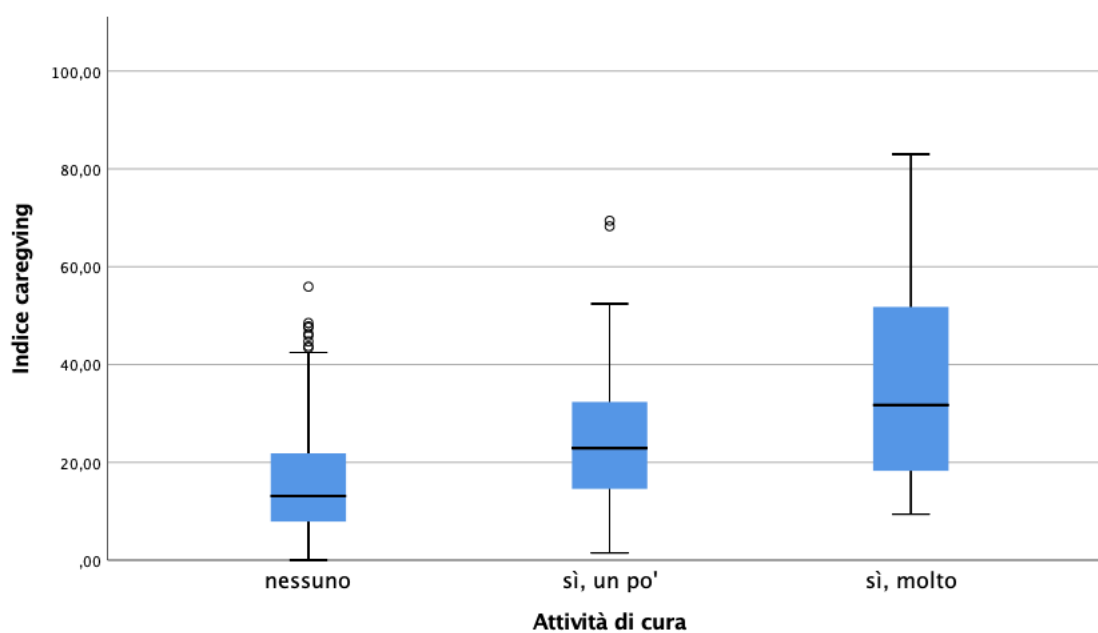
6.2.1. Consapevolezza e percezione del ruolo

In questo paragrafo si affronterà lo stato d'animo del campione rispetto allo svolgimento del lavoro di cura. Questa informazione è stata rilevata mediante una batteria di domande, da cui è stato prodotto un indice del *mood* (si veda cap. 4). Oltre all'indice è stata anche verificata la consapevolezza del ruolo assunto in famiglia. Quest'ultima è stata indagata attraverso la domanda diretta "Svolgi attività di cura?". Le modalità a disposizione del

rispondente sono: *no; si, un po'; si, molto*. Vista la giovane età degli intervistati, gli esiti potrebbero essere influenzati dalla scarsa percezione del proprio ruolo in famiglia (Leu et al., 2017; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal et al., 2014; Stamatopoulos, 2015). Le co-ricercatrici affermano che durante gli anni della scuola secondaria di I grado, avendo pochi parametri di confronto con le altre famiglie, hanno faticato a riconoscere la “non normalità” della propria condizione di *caregivers*. Inoltre, le co-ricercatrici hanno anche evidenziato il problema opposto: gli adolescenti consapevoli delle criticità vissute dalla famiglia potrebbero non aver risposto in modo sincero per timori derivanti dallo *stigma by association* (Evans et al., 2009).

Complessivamente il Grafico 6.4 mostra una buona consapevolezza del proprio ruolo in famiglia, poiché si osserva una progressiva crescita dell'indice di cura nei gruppi (non svolgo attività di cura, svolgo poche attività di cura, svolgo molte attività di cura). Tutti coloro che hanno dichiarato di occuparsi “molto” di qualcuno (corrispondente al 9% del campione), dispongono di 11 punti in più nella media dell'indice di *caregiving*, rispetto a chi si occupa “poco” di un familiare (23,8%) (Tabella 6.6 - Percentuali relative a consapevolezza e al rapporto di parentale con la persona sostenuta e media di *caregiving*). Nonostante il 67,22% abbia dichiarato di non essere attivo in famiglia, il quarto quartile del gruppo, rappresentato nel Grafico 6.4, indica la presenza di adolescenti che svolgono intenso lavoro di cura, corrispondente alla classe medio-alta e alta dell'indice (punteggio 40); lo stesso avviene nel gruppo che si identifica come poco responsabile in famiglia, composto dal 23,8% del campione. Questa discrasia potrebbe essere causata dai fattori prima descritti: stigma (Evans et al., 2009) e scarsa consapevolezza (Leu et al., 2019; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal et al., 2014; Stamatopoulos, 2015). Il test dell'Anova ha rifiutato l'ipotesi nulla, evidenziando una significatività statistica dell'associazione (0,000) tra consapevolezza e lavoro di cura (Tabella 6.7).

Grafico 6.4 - Indice di caregiving per "percezione attività di cura" (valori assoluti)



I parenti indicati come riceventi scarse cure sono per il 32% nonni, a cui corrisponde una media⁵ di *caregiving* pari alla classe “medio-bassa”; per il 17,4% sorella/e e per il 14,1% mamma, con una media corrispondente alla classe “medio-alta” (Tabella 6.6). Lo scenario si modifica invece per coloro che vengono assistiti maggiormente: la percentuale dei nonni (20,6%) diminuisce e aumentano quelle riferite ai fratelli/sorelle (26,5%) o “più famigliari” (26,5%). Anche se la percentuale legata alla madre rimane invariata (14,7%), la corrispondente media del lavoro di cura aumenta di 23 punti (media di 47,01 con deviazione standard di 15,33) (Tabella 6.6). Peraltro l’altro genitore (il padre) non appare indicato tra i destinatari delle cure, se non incluso nella modalità “almeno due persone” (anche se in una percentuale inferiore). Tale esito va in controtendenza con altre indagini che rilevano le attività di cura anche a favore dei padri, seppur in quantità inferiore rispetto alle madri.

In sintesi la partecipazione degli adolescenti italiani alle cure dei nonni è paragonabile a quella svizzera (53%) e molto più elevata di quella inglese (5%). Altro elemento in comune con l’indagine svizzera è la tendenza ad occuparsi contemporaneamente di più persone, registrando fino al 12% degli *young caregivers* attivi per 4 persone (Aldridge et al., 2017; Leu et al., 2019). Infine, gli adolescenti del campione analizzato si occupano anche di familiari non co-residenti: infatti non tutti coloro che sono stati indicati come destinatari di *care* risiedono col campione, aspetto osservato anche dall’indagine inglese (*ibidem*).

⁵ Il test dell’Anova richiede che sia garantito il prerequisito della numerosità dei casi all’interno dei gruppi messi a confronto. Pertanto a causa dello scarso numero di casi presenti in alcuni gruppi, il test non è stato svolto (Barbaranelli et al., 2006).

Tabella 6.6 - Percentuali relative a consapevolezza e al rapporto di parentale con la persona sostenuta e media di caregiving

				Indice caregiving			
		N	%	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Attività di cura	nessuno	285	67,22	15,89	10,83	0,00	55,92
	sì, un po'	101	23,82	24,63	13,80	1,50	69,41
	sì, molto	38	8,96	35,94	19,18	9,40	83,00
	Totale	424	100,00	19,77	13,97	0,00	83,00
Familiari molto supportati	mamma	5	14,71	47,01	15,33	29,82	64,13
	sorella e fratello	9	26,47	38,11	21,50	12,95	83,00
	altri (zii, cugini e nipoti)	4	11,76	29,63	21,39	10,01	53,57
	nonna/o	7	20,59	33,70	18,47	9,40	54,42
	almeno due persone	9	26,47	30,90	20,35	11,33	69,87
	Totale	34	100,00	35,60	19,42	9,40	83,00
Familiari poco supportati	mamma	13	14,13	24,16	10,75	2,95	38,10
	sorella	16	17,39	24,90	10,15	8,22	43,88
	fratello	10	10,87	30,17	18,53	7,19	69,41
	altri (zii e cugini)	10	10,87	27,63	21,22	7,37	68,27
	nonni	30	32,61	19,63	12,08	1,50	52,43
	almeno 2 familiari	13	14,13	25,83	14,13	6,23	46,55
	Totale	92	100,00	24,08	14,00	1,50	69,41

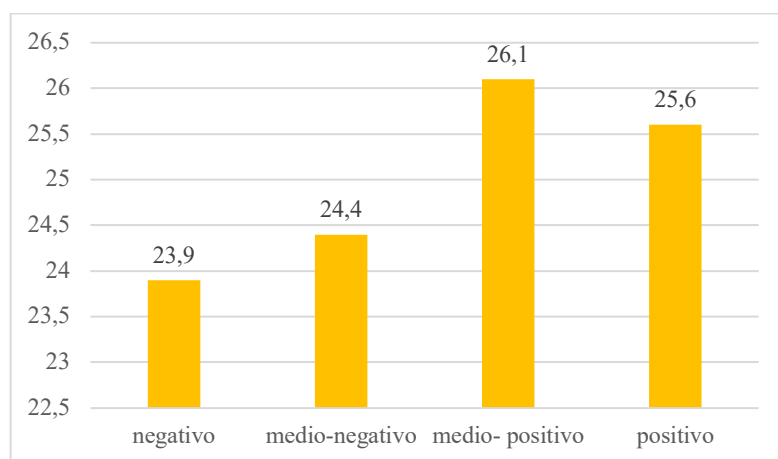
Tabella 6.7 - Anova: consapevolezza per indice di caregiving

		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Attività di cura	Tra gruppi	16619,51	2,00	8309,76	53,02	0,00
	Entro i gruppi	65988,73	421,00	156,74		
	Totale	82608,24	423,00			

Per comprendere il vissuto degli adolescenti rispetto al lavoro di cura si è partiti dall'indice del *mood* costruito mediante una batteria di domande definite dal *gruppo guida* (si veda il cap. 4). Lo scopo dell'indice è quello di individuare il punto di vista degli adolescenti per capire quanto "pesi" svolgere *caregiving* in famiglia, descrivendone lo stato d'animo conseguente. Esso si costituisce di un intervallo di valori che procedono da -1,63 a 1; il suo valore medio è di 0,032 con una deviazione standard di 0,555. All'indice sono state attribuite 4 classi per agevolarne la lettura: negativo (da -1,63 a -0,30), medio-negativo (da -0,33 a 0), medio-positivo (da 0 a 0,40) e positivo (da 0,40 a 1)⁶ (Grafico 6.5).

⁶ La divisione in classi viene usata a titolo esplicativo. Tuttavia nell'analisi viene usato l'indice senza la divisione per procedere con il confronto tra medie.

Grafico 6.5 - Indice del mood per classi (valori percentuali)



Nonostante vi sia un'associazione significativa dal punto di vista statistico tra indice di *caregiving* e consapevolezza delle proprie responsabilità, lo stesso non vale tra l'indice di *caregiving* e l'indice del *mood*.

Nonostante la media dell'indice di *caregiving* aumenti in relazione a un *mood* negativo (Tabella 6.8), il test dell'Anova ha accolto l'ipotesi nulla tra questi due indici (0,544). Sulla base dei dati presentati le co-ricercatrici hanno proposto come possibile interpretazione che la giovane età possa influenzare anche lo stato d'animo (Leu et al., 2017; Leu et al., 2019; Lloyd, 2013; Nagl-Cupal et al., 2014; Stamatopoulos, 2015). Gli studenti che svolgono intenso lavoro di cura accettano le responsabilità da un lato perché vogliono impegnarsi, dall'altro perché la ritengono una situazione comune a tutte le famiglie. Per questo motivo gli studenti intensamente impegnati nel *caregiving* potrebbero non sentirne il carico, dichiarando di non provare fatica. Pertanto sono osservabili 4 tendenze: all'alto lavoro di cura può corrispondere un *mood* sia negativo che positivo; allo stesso modo, anche al basso lavoro di cura è associabile un *mood* sia negativo che positivo. A seguito di questa osservazione è possibile definire quattro profili, così come richiesto e voluto dal *gruppo guida*, i quali saranno analizzati successivamente.

Sempre attraverso l'indice del *mood* si è andati ad osservare eventuali differenze tra le medie connesse alle persone riceventi aiuto. Coloro che hanno dichiarato di assistere scarsamente i nonni esibiscono un valore medio del *mood* corrispondente alla classe "medio-negativa" (media di -0,03 con deviazione standard di 0,51); nel caso di sorelle, il valore medio raggiunge la classe "positiva" del *mood* (media di 0,09 con deviazione standard di 0,54)⁷

⁷ Così come per l'indice di *caregiving*, anche per l'indice di *mood* non è possibile compiere il test dell'Anova, poiché le variabili non presentano i prerequisiti necessari (Barbaranelli et al., 2006).

(Tabella 6.9). Gli adolescenti che assistono intensamente nonni, mamma o più parenti esibiscono valori medi di *mood* tendenti alla classe medio-negativa o negativa (Tabella 6.9). Anche in questo caso viene confermato che il *caregiving* viene offerto a qualsiasi parente della famiglia a prescindere dallo stato d'animo conseguente.

Tabella 6.8- Media indice di caregiving per indice di mood

		Indice di Caregiving				
		Media	N	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Indice di Mood	negativo	21,49	101	14,82	2,28	64,13
	medio-negativo	19,53	103	13,83	0	83
	medio- positivo	19,28	110	12,99	0	69,87
	positivo	18,85	108	14,42	0	69,41
	Totale	19,77	422	14	0	83

Tabella 6.9 - Medie indice del mood per rapporto di parentela con le persone assistite

		Indice di Mood				
		Media	N	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Familiari molto supportati	mamma	0,28	5,00	0,52	-0,50	0,75
	sorella e fratello	-0,01	9,00	0,71	-1,13	1,00
	altri (zii, cugini e nipoti)	-0,50	4,00	0,67	-1,38	0,25
	nonna/o	-0,13	7,00	0,58	-0,88	0,75
	almeno due persone	-0,08	9,00	0,64	-1,50	0,63
	Totale	-0,07	34,00	0,63	-1,50	1,00
Familiari poco supportati	mamma	-0,21	13,00	0,51	-1,38	0,50
	sorella	0,09	16,00	0,54	-0,88	1,00
	fratello	-0,06	10,00	0,57	-0,75	0,75
	altri (zii e cugini)	0,00	10,00	0,74	-1,25	0,88
	nonni	-0,03	29,00	0,51	-1,38	0,63
	almeno 2 familiari	-0,46	12,00	0,53	-1,38	0,25
	Totale	-0,09	90,00	0,56	-1,38	1,00

6.2.2. Tipologia di attività

L'indice di *caregiving*, così come la scala MACA-18 (Joseph et al., 2009), si compone di 6 sub-scale⁸ che descrivono diversi tipi di lavoro di cura. Le sub-scale consentono di osservare quali attività possano generare conseguenze migliori o peggiori (Leu et al., 2019). Le sub-scale descrivono: attività domestiche, attività di gestione della quotidianità, attività finanziarie, cura diretta alla persona (*personal care*), supporto emotivo e accudimento di sorelle e fratelli.

Confrontando le medie delle singole sub-scale (Tabella 6.10), le attività domestiche e di gestione della quotidianità vengono svolte con maggiore intensità rispetto alle altre; a seguire vi sono le attività di supporto emotivo e di accudimento di sorelle e fratelli; infine vi sono le attività finanziarie e di cura diretta alla persona.

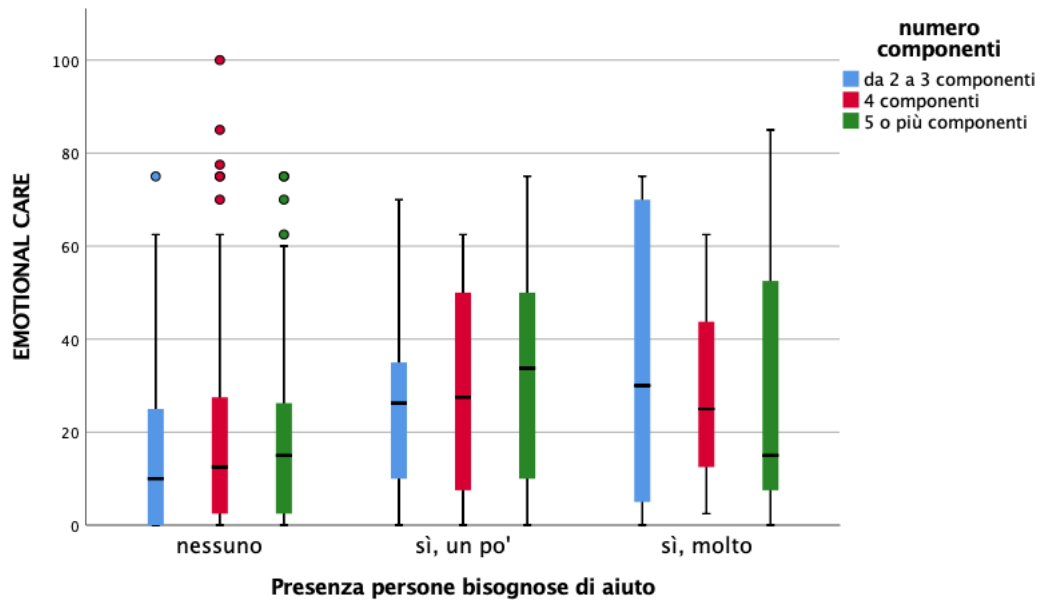
Le medie della sub-scala emotiva e di quella della cura diretta alla persona aumentano in presenza di una persona che necessita di assistenza all'interno del nucleo familiare (sia lieve che intensa) (Tabella 6.11). Questa peculiarità viene confermata dal test dell'Anova, descrivendo un'associazione significativa tra le variabili (rispettivamente 0,000 e 0,007) (Tabella 6.12).

Il Grafico 6.6 conferma l'incremento del supporto emotivo in relazione alla presenza di persone che necessitano di vari livelli di assistenza. L'introduzione della variabile riferita al numero dei componenti⁹ evidenzia che l'incremento del supporto emotivo in relazione a famiglie numerose. Tuttavia, gli adolescenti appartenenti a famiglie piccole o monogenitoriali svolgono comunque intense attività di cura in presenza di una persona che richiede molta assistenza.

⁸ Le sub-scale sono state costruite nel medesimo modo dell'indice di *caregiving* (si veda cap. 4) e con lo scopo di contribuire a realizzare l'indice.

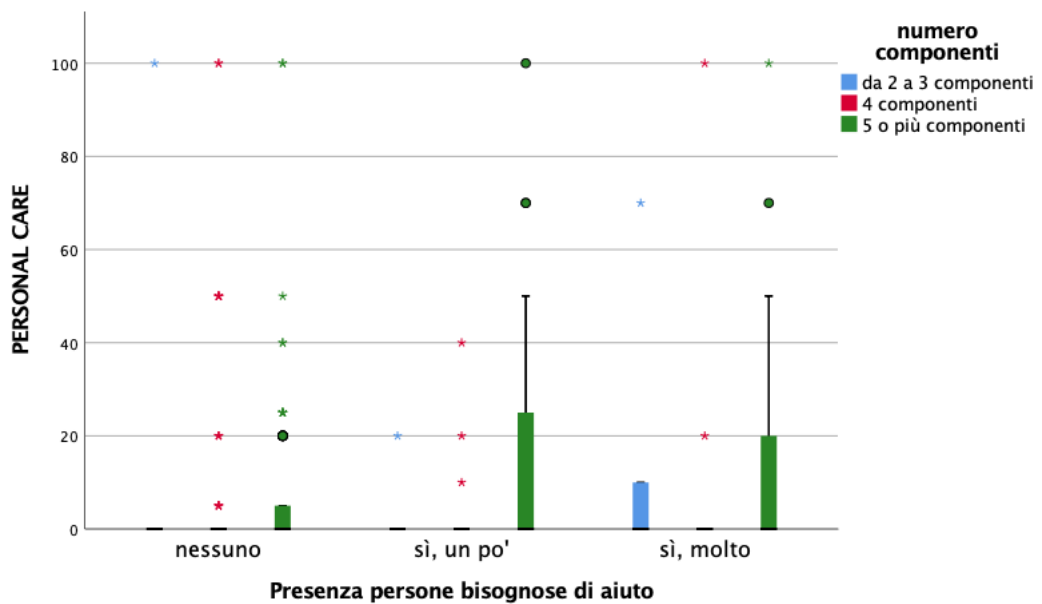
⁹ Anziché compiere confronti con la variabile "genere", che non è associata con l'indice di *caregiving*, si è deciso di utilizzare la variabile "numero componenti", che invece ha mostrato di possedere associazione con l'indice.

Grafico 6.6 - Supporto emotivo per persone che necessitano di assistenza e per numero di componenti (valori assoluti)



Al contrario il Grafico 6.7 mostra una totale attivazione degli adolescenti nella cura diretta alle persone non-autosufficienti appartenenti a famiglie numerose.

Grafico 6.7 - Attività "personal care" per persone che necessitano di assistenza e per numero componenti (valori assoluti)



Le sub-scale non hanno una relazione significativa con l'indice del mood. Come è stato affermato precedentemente, lo svolgimento delle attività di cura genera effetti diversi a

prescindere dalla loro intensità. Tale esito viene confermato dall'indagine Svizzera, in cui l'indice di *caregiving* non ha trovato correlazione con la scala del benessere psicologico degli intervistati (Leu et al., 2019).

In sintesi le attività domestiche, che descrivono le “*Instrumental Activity of Daily Living*” (Becker, 2007; Morrow, 2005), ottengono medie più alte e percentuali più consistenti anche in altre indagini svizzere e inglese (Aldridge et al., 2017; Leu et al., 2019).

Concludendo, le sub-scale descrivono dettagliatamente il *caregiving*. Il supporto emotivo si conferma come attività centrale del *caregiving*, insieme alle attività di personal care (quest'ultima va contro le previsioni del *gruppo guida*). A breve questi dettagli saranno approfonditi.

Tabella 6.10 - Medie sub-scale e correlazioni con indice di *caregiving* e del mood

	N	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo	Indice <i>caregiving</i>	
						Corr.	Sign.
Domestic	424	45,85	32	0	100	0,390	0,000
Household	424	40,53	24	0	100	0,513	0,000
Financial	424	7,07	13	0	80	0,388	0,000
Personal care	424	5,52	17	0	100	0,484	0,000
Emotional care	424	21,21	21	0	100	0,919	0,000
Sibling care	424	16,42	24	0	100	0,573	0,000

Tabella 6.11 - Medie sub scale per familiari che richiedono assistenza

Familiari richiedenti assistenza		Domestic	Household	Financial	Personal care	Emotional care	Sibling care
nessuno	Media	45,08	39,62	6,52	4,14	18,54	15,42
	N	314	314	314	314	314	314
	Deviazione std.	32,125	23,407	11,882	15,052	19,676	22,915
	Minimo	0	0	0	0	0	0
	Massimo	100	100	80	100	100	100
sì, un po'	Media	47,73	42,89	7,11	7,80	28,17	18,80
	N	75	75	75	75	75	75
	Deviazione std.	31,228	25,287	13,867	19,035	21,155	25,513
	Minimo	0	3	0	0	0	0
	Massimo	100	100	67	100	75	100
sì, molto	Media	48,71	43,71	11,90	13,00	30,21	20,29
	N	35	35	35	35	35	35
	Deviazione std.	33,218	26,920	17,551	28,393	25,770	24,984
	Minimo	0	0	0	0	0	0
	Massimo	100	100	67	100	85	100

Tabella 6.12 -Anove: sub-scale per familiari richiedenti assistenza

			Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Personal care	Tra gruppi	(Combinato)	2946	2	1473,01	4,956	0,007
	Entro i gruppi		125140	421	297,24		
	Totale		128086	423			
			Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Emotional care	Tra gruppi	(Combinato)	8701	2	4350,40	10,355	0,000
	Entro i gruppi		176873	421	420,13		
	Totale		185574	423			

6.2.3. Conseguenze

Per indagare le conseguenze sono state prese in considerazione le variabili relative al rendimento scolastico e a tutto ciò che gli è connesso, al livello di soddisfazione per la propria vita e del rapporto con i genitori, alla progettazione per il proprio futuro.

Partendo dal rendimento scolastico e dal mondo della scuola sono state prese in considerazione le seguenti variabili: esito anno scolastico precedente, assenze, soddisfazione per la frequentazione della scuola e rapporto con insegnanti e compagni. Come descritto precedentemente, la scuola è un luogo dove gli esiti del *caregiving* possono amplificarsi o diminuire (Dearden & Aldridge, 2010; Moore et al., 2009). Secondo le co-ricercatrici lo studente *caregiver*, all'interno della scuola può ricevere da un lato gratificazioni derivanti dallo sperimentare la normalità, ormai abbandonata a casa (essere trattato per la propria età); dall'altro però la scuola può trasformarsi in luogo in cui è difficile sperimentare relazioni positive. Proprio in queste circostanze si può creare il terreno fertile per promuovere comportamenti di bullismo o di forte scontro tra compagni e con gli insegnanti (Dearden & Aldridge, 2010; Kaiser, Schulze, & Von Ossietzky, 2015; Moore et al., 2009).

Tuttavia le medie dell'indice di *caregiving* non hanno evidenziato particolare variabilità (Tabella 6.13). Peraltro il test dell'Anova ha accolto l'ipotesi nulla tra le variabili riferite al mondo scolastico e all'indice di *caregiving*.

Tabella 6.13 - Percentuali area scuola e medie dell'indice di caregiving

		Indice caregiving					
		N	%	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Esito anno scolastico precedente	promosso con insufficienze	102	24,46	20,03	14,58	0,00	83,00
	promosso	315	75,54	19,44	13,53	0,00	69,87
	Totale	417	100,00	19,59	13,78	0,00	83,00
Numero assenze da inizio anno (3 mesi)	mai	232	55,11	19,03	13,29	0,00	68,27
	una volta al mese	134	31,83	19,57	13,79	1,50	69,41
	Una o più volte alla settimana	55	13,06	22,68	16,78	2,97	83,00
	Totale	421	100,00	19,68	13,97	0,00	83,00
Soddisfazione frequentazione scuola	per niente	40	9,43	16,47	11,29	0,00	51,58
	poco	76	17,92	17,32	11,50	0,00	52,50
	indifferente	113	26,65	19,92	14,71	0,00	68,27
	abbastanza	158	37,26	21,20	15,08	1,50	83,00
	molto	37	8,73	21,81	13,31	2,98	58,13
	Totale	424	100,00	19,77	13,97	0,00	83,00
Soddisfazione rapporto con insegnanti	per niente soddisfacente	12	2,84	14,88	11,52	6,00	46,55
	poco soddisfacente	26	6,15	15,52	8,36	5,50	37,67
	indifferente	63	14,89	19,36	14,43	0,00	58,13
	soddisfacente	175	41,37	20,49	13,73	0,00	69,87
	molto soddisfacente	147	34,75	20,34	14,93	1,20	83,00
	Totale	423	100,00	19,81	13,97	0,00	83,00
Soddisfazione rapporto con compagni di classe	per niente soddisfacente	12	2,84	14,59	9,83	1,20	28,97
	poco soddisfacente	36	8,53	18,57	12,27	0,00	46,30
	indifferente	146	34,60	18,54	13,18	0,00	68,27
	soddisfacente	172	40,76	20,16	14,33	1,17	69,87
	molto soddisfacente	56	13,27	23,43	16,19	5,00	83,00
	Totale	422	100,00	19,74	14,00	0,00	83,00

L'indice di *mood* ha dato invece esiti differenti. Il rendimento scolastico e le assenze non evidenziano variazioni delle medie, motivo per cui il test dell'Anova ha accolto l'ipotesi nulla (rispettivamente 0,077 e 0,127) (Tabella 6.14 Tabella 6.15).

Tuttavia le medie del *mood* subiscono un incremento positivo in relazione all'aumento di soddisfazione per la frequentazione della scuola. Coloro che invece non sono soddisfatti dalla frequentazione scolastica presentano medie del *mood* con orientamento negativo, indicando un altissimo livello di insoddisfazione (Tabella 6.14). Pertanto l'Anova rifiuta l'ipotesi nulla (0,001) (Tabella 6.15). Secondo il *gruppo guida* la frequentazione scolastica

durante la scuola secondaria di primo grado inizia a pesare a causa del carico di lavoro prestato a casa e per l'assenza di un clima di accoglienza e di supporto.

Allo stesso modo le medie del *mood* aumentano all'aumentare del grado di soddisfazione per il rapporto con gli insegnanti e con i compagni di classe (Tabella 6.14). Tale osservazione viene confermata ancora una volta dal test dell'Anova, essendo presente la significatività dell'associazione tra *mood* e rapporto con insegnanti (0,001) e compagni (0,004) (Tabella 6.15). Le co-ricercatrici condividono questo risultato: l'assenza di fiducia nei confronti di coetanei e adulti deriva dalle condizioni di fragilità sperimentate in famiglia.

Cambiando area tematica, ora saranno analizzati il rapporto con i genitori, la soddisfazione per la propria vita e le prospettive future (vita dopo i 18 anni e soddisfazione per la vita dopo i 18 anni). In generale non vi sono relazioni tra le variabili citate e l'indice di *caregiving*. Il coefficiente di correlazione indica l'assenza di una relazione lineare tra l'indice e la soddisfazione per la propria vita (-0,036). Peraltro anche il test dell'Anova conferma l'assenza di associazione tra l'indice di *caregiving* e le variabili riferite alla soddisfazione per il rapporto con i genitori (0,524), alle prospettive di vita dopo 18 anni (0,313) e soddisfazione per la vita dopo 18 anni (0,740), non registrando nessuna variabilità tra le medie (Tabella 6.19).

Le stesse variabili invece descrivono un'altra relazione con l'indice di *mood*. Le sue medie vantano un incremento all'aumentare della soddisfazione per la relazione con i genitori. Chi invece dichiara di non essere soddisfatto del rapporto con i genitori ha una media alta, orientata negativamente, del *mood*, che riferisce di una situazione di forte sofferenza (Tabella 6.16). Il test dell'Anova conferma la significatività della relazione rifiutando l'ipotesi nulla (0,000) (Tabella 6.17).

La variabile volta a comprendere la soddisfazione per la propria vita¹⁰ (sia in termini di salute mentale sia in termini di salute fisica) è stata correlata con l'indice del *mood* (0,372). L'assenza di correlazione con l'indice di *caregiving* conferma quanto sottolineato precedentemente: la quantità di *caregiving* non è intrinsecamente connessa agli esiti negativi. Questi ultimi sono piuttosto l'esito della percezione personale: ne consegue la correlazione positiva tra *mood* e soddisfazione per la propria vita. La media del *mood* cresce positivamente al crescere della soddisfazione per la propria vita (Tabella 6.18).

Infine, la progettazione futura della propria vita è stata indagata attraverso le variabili "vita dopo 18 anni" e "soddisfazione per la vita dopo i 18 anni". Il *gruppo guida* ha ritenuto

¹⁰ Si ricorda che la scala ha un punteggio che procede da 0 a 10 (0 corrisponde all'assenza di soddisfazione e 10 invece corrisponde alla massima soddisfazione).

necessario introdurre queste variabili nell'analisi poiché le co-ricercatrici hanno condiviso l'esperienza di aver spesso pensato a come sarebbe stata la loro vita al raggiungimento della maggiore età. Questo rappresentava per loro un momento in cui avrebbero potuto liberarsi dai carichi di lavoro e iniziare a godere della libertà senza dover pensare al benessere di qualche familiare. Pertanto la vita dopo i 18 anni avrebbe rappresentato un'occasione per migliorare la propria condizione. Le riflessioni del *gruppo guida* hanno trovato conferma nella significatività delle relazioni tra le variabili appena descritte e l'indice del *mood* (rispettivamente 0,006 e 0,001), (Tabella 6.19 e Tabella 6.21). La media del *mood* subisce un incremento all'aumentare dell'intensità con cui si pensa al futuro. Pertanto gli adolescenti che non pensano mai al futuro sono anche coloro che hanno una visione positiva del lavoro di cura. Al contrario coloro che pensano intensamente alla loro vita al raggiungimento della maggiore età sono coloro che hanno una visione frustrata e affaticata del loro impegno in famiglia. Lo stesso risultato è descrivibile dal confronto tra le medie del *mood* e del *caregiving* in relazione all'idea della propria vita dopo i 18 anni. Tuttavia, nonostante gli intervistati pensino intensamente al proprio futuro, non sempre ne hanno una visione positiva: le medie del *mood* sono infatti orientate negativamente in relazione ad una scarsa soddisfazione per la vita futura; al contrario, sono positive in relazione ad una visione rosea (Tabella 6.20).

Tabella 6.14 - Medie indice del mood e area scolastica

		Indice mood				
		Media	N	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Esito anno scolastico precedente	promosso con insufficienze	-0,04	101	0,55	-1,63	1,00
	promosso	0,07	314	0,55	-1,63	1,00
	Totale	0,04	415	0,55	-1,63	1,00
Numero assenze da inizio anno (3 mesi)	mai	-0,01	232	0,58	-1,63	1,00
	una volta al mese	0,11	133	0,51	-1,38	1,00
	una o più volte a settimana	-0,004	54	0,54	-1,63	1,00
	Totale	0,03	419	0,56	-1,63	1,00
Soddisfazione frequentazione scuola	per niente	-0,21	40	0,61	-1,50	0,88
	poco	-0,12	76	0,52	-1,63	0,63
	indifferente	0,09	112	0,54	-1,63	1,00
	abbastanza	0,10	157	0,55	-1,50	1,00
	molto	0,14	37	0,56	-1,00	1,00
	Totale	0,03	422	0,56	-1,63	1,00
Soddisfazione rapporto con compagni di classe	per niente soddisfacente	-0,33	12	0,74	-1,38	0,50
	poco soddisfacente	-0,24	26	0,67	-1,63	0,63
	indifferente	-0,04	63	0,55	-1,50	0,88
	soddisfacente	0,02	174	0,55	-1,63	1,00
	molto soddisfacente	0,15	146	0,49	-1,38	1,00
	Totale	0,03	421	0,56	-1,63	1,00
Soddisfazione rapporto con compagni di classe	per niente soddisfacente	-0,45	12	0,68	-1,38	0,50
	poco soddisfacente	0,07	36	0,48	-1,50	1,00
	indifferente	-0,03	146	0,56	-1,63	1,00
	soddisfacente	0,07	171	0,54	-1,63	1,00
	molto soddisfacente	0,16	55	0,52	-1,13	1,00
	Totale	0,03	420	0,55	-1,63	1,00

Tabella 6.15 - Anova: area scolastica per indice del mood

	Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
	5,61	4	1,40	4,706	0,001
Soddisfazione frequentazione scuola	124,36	417,00	0,30		
	129,97	421,00			
	Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
	6,02	4,00	1,51	5,073	0,001
Soddisfazione rapporto con insegnanti	123,44	416,00	0,30		
	129,46	420,00			
	Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
	4,58	4,00	1,14	3,865	0,004
Soddisfazione rapporto con compagni di classe	122,90	415,00	0,30		
	127,47	419,00			

Tabella 6.16 - Percentuale e medie soddisfazione per il rapporto con genitori per indice di caregiving e del mood

		N	%	Indice di caregiving				Indice del Mood				
				M	STD	Min	Max	M	N	STD	Min	Max
Rapporto genitori	scarsamente	59	13,92	18,78	11,91	1,20	54,42	-0,34	59	0,64	-1,63	0,88
	indifferente	66	15,57	18,55	14,59	0,00	58,13	-0,09	66	0,60	-1,38	1,00
	abbastanza	202	47,64	19,64	14,00	0,00	83,00	0,06	200	0,49	-1,63	1,00
	molto	97	22,88	21,47	14,68	1,17	68,27	0,29	97	0,46	-1,13	1,00
	Totale	424	100,00	19,77	13,97	0,00	83,00	0,03	422	0,56	-1,63	1,00

Tabella 6.17 - Anova: rapporto genitori per indice del mood

	Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Tra gruppi	15,84	3,00	5,28	19,336	0,000
Entro i gruppi	114,13	418,00	0,27		
Rapporto genitori Totale	129,97	421,00			

Tabella 6.18 - Media soddisfazione per la vita e correlazioni indice del mood

	N	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo	Indice mood	
						Corr.	Sign.
Soddisfazione vita	424	0,879	0,325	1	10	0,372	0,000

Tabella 6.19 - Percentuali vita futura e media dell'indice di caregiving

				Indice caregiving			
		N	%	Media	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Vita dopo i 18 anni	per nulla	64	15,17	21,31	16,97	0,00	69,87
	poco	134	31,75	18,13	13,36	0,00	68,27
	abbastanza	134	31,75	19,61	12,48	1,17	56,73
	molto	90	21,33	21,20	14,70	1,80	83,00
	Totale	422	100,00	19,74	14,00	0,00	83,00
Soddisfazione vita dopo i 18 anni	poco soddisfacente	39	9,20	17,26	13,22	0,00	54,42
	soddisfacente	170	40,10	19,82	14,46	0,00	83,00
	molto soddisfacente	84	19,80	21,36	13,78	2,70	64,13
	non riesco a immaginarmela	131	30,90	19,44	13,70	1,20	56,73
	Totale	424	100,00	19,77	13,97	0,00	83,00

Tabella 6.20 - Medie vita futura e indice del mood

		Indice mood				
		Media	N	Deviazione std.	Minimo	Massimo
Immaginare la vita dopo 18 anni	per nulla	0,13	64,00	0,50	-1,25	1,00
	poco	0,12	133,00	0,54	-1,63	1,00
	abbastanza	0,00	133,00	0,53	-1,63	1,00
	molto	-0,12	90,00	0,62	-1,63	0,88
	Totale	0,03	420,00	0,56	-1,63	1,00
Idea vita dopo 18 anni	poco soddisfacente	-0,30	39	0,63	-1,63	0,75
	soddisfacente	0,06	170	0,54	-1,63	1,00
	molto soddisfacente	0,11	82	0,59	-1,50	1,00
	non riesco a immaginarmela	0,04	131	0,51	-1,50	1,00
	Totale	0,03	422	0,56	-1,63	1,00

Tabella 6.21 - Anova: vita futura e indice del mood

		Somma dei quadrati	gl	Media quadratica	F	Sign.
Immaginare la vita dopo 18 anni	Tra gruppi	3,86	3,00	1,29	4,270	0,006
	Entro i gruppi	125,35	416,00	0,30		
	Totale	129,21	419,00			
Idea vita dopo 18 anni	Tra gruppi	6,02	5,00	1,20	4,040	0,001
	Entro i gruppi	123,95	416,00	0,30		
	Totale	129,97	421,00			

In sintesi è stata svolta una descrizione delle conseguenze relative alle attività di cura e ai loro *outcomes*. I risultati emersi mostrano che le principali conseguenze sono legate al *mood* che ciascun adolescente prova a prescindere dalla quantità di lavoro. Le co-ricercatrici hanno descritto la giovane età degli intervistati come momento in cui non si è ancora iniziato a confrontare pienamente la propria realtà familiare con quella degli altri, e di conseguenza si tende a normalizzare e accettare ciò che accade in casa. La scuola rappresenta un luogo in cui è possibile sperimentare la normalità dell'adolescenza mediante le relazioni con gli insegnanti, che rappresentano un'occasione di gratificazione derivante dal sentirsi apprezzato a seguito dei risultati conseguiti. L'andamento scolastico viene curato dai potenziali *caregivers* per evitare che un altro problema precipiti sulla famiglia già in difficoltà. Si registrano conseguenze rilevanti nell'area della soddisfazione per la frequentazione scolastica e per le relazioni con insegnanti, coetanei e genitori. Tali risultati non sono connessi all'intensità del *caregiving* bensì allo stato d'animo degli adolescenti. L'assenza di fiducia nei confronti degli adulti e dei coetanei è un tema cruciale secondo l'opinione delle co-ricercatrici: coloro che sperimentano fatica e frustrazione per il proprio ruolo casalingo tendendo a chiudersi in se stessi respingendo persone a causa sia della vergogna e sia per evitare di sentirsi traditi (Leu et al., 2019; Lloyd, 2013). Il *gruppo guida* ha convenuto che a questa condizione ne consegue un desiderio di aspirare al cambiamento al conseguimento dei 18 anni; anche se per molti potenziali *caregivers* non corrisponde ad un futuro migliore, probabilmente perché percepito già minato dalle avversità della famiglia. In conclusione, non evidenziandosi ingenti esiti negativi sulla vita scolastica e quotidiana, pur osservando alcuni campanelli d'allarme, secondo il *gruppo guida* l'età del campione rappresenta il momento ideale per prevenire conseguenze maggiori e irreversibili, anche nella transizione alla vita adulta (Aldridge et al., 1993; Becker et al., 2008; Cassidy, et al., 2014; Rose et al., 2010), come per esempio problemi di salute mentale e abbandono scolastico (Abraham et al., 2010; Dearden et al., 2010; Kaiser et al., 2015; Moore et al., 2009).

6.3. Profili di *caregiving*

A seguito delle precedenti conclusioni riferite al lavoro di cura svolto dagli adolescenti che hanno partecipato all'indagine, è possibile definire quattro profili di *caregiving*. Il *gruppo guida*, a seguito della definizione dei profili, ha dibattuto per comprendere quali di questi sia definibile come gruppo di potenziali *young caregivers* e quale profilo sia meritevole di maggiore attenzione per eventuali forme di sostegno.

I profili si dipanano lungo un *continuum* di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008) poiché tengono conto anche dello stato d'animo che le singole azioni di cura generano in ciascun adolescente. Pertanto i profili, esito dell'osservazione delle due scale principali (*caregiving* e *mood*) (Tabella 6.1), si dividono per intensità di *caregiving* (alto e basso) e per orientamento del *mood* (negativo o positivo), a delineare le quattro possibilità descritte nella (Tabella 6.22).

Tabella 6.22- Profili di *caregiving*

		PROFILI DI CAREGIVING			
		BASSO CAREGIVING MOOD POSITIVO	BASSO CAREGIVING MOOD NEGATIVO	ALTO CAREGIVING MOOD POSITIVO	ALTO CAREGIVING MOOD NEGATIVO
INDICI	CAREGIVING	Minore <i>Caregiving</i> in presenza di persone con bisogni di assistenza Minore supporto emotivo e di cura diretta alla persona	Minore <i>Caregiving</i> in presenza di persone con bisogni di assistenza Minore supporto emotivo e di cura diretta alla persona	Maggiore <i>Caregiving</i> in presenza di persone con bisogni di assistenza Maggiore supporto emotivo e di cura diretto alla persona	Maggiore <i>Caregiving</i> in presenza di persone con bisogni di assistenza Maggiore supporto emotivo e di cura diretto alla persona
	MOOD	Migliore Rapporto con i compagni di classe e insegnanti Migliore soddisfazione per la frequentazione della scuola Migliore rapporto con i genitori Migliori aspettative per il futuro	Peggior rapporto con i compagni di classe e insegnanti Peggior soddisfazione per la frequentazione della scuola Peggiori aspettative per il futuro	Migliore Rapporto con i compagni di classe e insegnanti Migliore soddisfazione per la frequentazione della scuola Migliore rapporto con i genitori Migliori aspettative per il futuro	Peggior rapporto con i compagni di classe e insegnanti Peggior soddisfazione per la frequentazione della scuola Peggiori aspettative per il futuro
Continuum di responsabilità		<i>Light end</i>	→ →	→ →	<i>Very heavy end</i>

Di seguito si procederà con la descrizione di ciascun profilo al fine di generare alcune riflessioni sul fenomeno. Si precisa che la loro definizione è frutto delle osservazioni proposte nei capitoli precedenti.

6.3.1. Alto *caregiving* e *mood* positivo

Gli adolescenti che contribuiscono intensamente in famiglia con il lavoro di cura e hanno un *mood* positivo costituiscono il 20,6% del campione; sono in maggioranza di genere maschile (48) e di età compresa tra i 12 e 13 anni (77).

Procedendo con la descrizione, 28 studenti su 87 hanno dichiarato di avere una persona che necessita di assistenza (a prescindere dal livello dei bisogni) e in 38 hanno dichiarato di prendersi cura di qualcuno (anche in questo caso a prescindere dal livello di assistenza). Questo gruppo dispone della seconda media più alta rispetto all'indice di *caregiving*, ma la terza rispetto all'indice del *mood*. Nel primo caso la media corrisponde ad attività svolte meno di una volta alla settimana, collocandosi nella classe di un alto lavoro di cura; nel secondo caso la media si classifica come *mood* decisamente positivo (Tabella 6.23).

La media delle attività connesse al supporto emotivo e di assistenza diretta alla persona è più alta rispetto ai gruppi con basso lavoro di cura. Inoltre, all'interno di questo profilo vi è una reazione positiva alle responsabilità, nonostante le medie del lavoro di cura aumentino in presenza di persone con esigenza di assistenza nella quotidianità.

Peraltro il *mood* positivo indica la presenza di condizioni di vita migliori rispetto ai profili con *mood* negativi: nonostante l'intenso lavoro di cura, gli adolescenti sono soddisfatti della frequentazione scolastica, del rapporto con insegnanti, compagni e genitori. La conseguenza di tale risultato deriva dalla significatività dell'associazione con il *mood* piuttosto che con il *caregiving*. Peraltro chi dispone di un *mood* positivo ha pensato limitatamente al proprio futuro e alla vita al raggiungimento della maggiore età. Il *gruppo guida* indica tale risultato come derivante dalla scarsa consapevolezza delle conseguenze del *caregiving*. Infine, all'interno di questo gruppo sono presenti adolescenti che hanno dichiarato di essere soddisfatti della propria vita sia in termini di salute mentale che fisica. La correlazione tra *mood* e punteggio della soddisfazione per la vita è positiva, indicando un incremento della soddisfazione in relazione ad una percezione positiva del proprio ruolo in famiglia.

Sebbene sia un profilo caratterizzato da intenso *caregiving*, il *mood* sembra mitigare le conseguenze negative del *caregiving* nei contesti di vita: dalla scuola al rapporto con la famiglia.

6.3.2. Alto *caregiving* e *mood* negativo

Il 19,1% degli adolescenti intervistati appartiene al profilo caratterizzato da alto lavoro di cura e *mood* negativo. All'interno di questo profilo 45 studenti su 81 appartengono al genere femminile e in maggioranza (66) appartengono alla fascia 12-13 anni. Tuttavia, si osserva un incremento del lavoro di cura a carico della fascia 14- 15 anni (15). Tra gli intervistati, 66 su 81 sono caratterizzati da famiglie aventi persone con fragilità tali da richiedere l'assistenza quotidiana. Allo stesso tempo 49 su 81 intervistati hanno dichiarato di occuparsi di qualcuno costantemente (a prescindere dell'intensità).

Rispetto agli altri profili, quello preso in esame presenta la media più alta sia per il lavoro di cura sia per il *mood* negativo (Tabella 6.23). Come per il profilo sopra descritto, gli adolescenti svolgono maggiori attività di supporto emotivo e di cura diretta alla persona. Il *gruppo guida* ritiene che si tratti di un compito altamente stressante che genera maggiori esiti negativi. Infine, come per il precedente profilo, le medie di *caregiving* aumentano in relazione alla presenza di un familiare che richiede assistenza.

Ne consegue la descrizione di un gruppo con maggiori elementi predittivi di vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002), rispetto a quello precedente. A conferma di questa affermazione, di seguito saranno descritti ulteriori elementi di fragilità.

Ciò che rende critico questo profilo è invece lo scarso livello di soddisfazione per la frequentazione scolastica, il rapporto con genitori, insegnanti e compagni di classe. Questi esiti derivano dal confronto tra le medie dell'indice del *mood*, e non di quello di *caregiving*. Per giunta gli appartenenti a questo profilo non nutrono molta soddisfazione per la frequentazione della scuola, così come quella per la propria salute è minima. Allo stesso tempo però hanno dichiarato di rivolgere spesso il pensiero verso il futuro, che tuttavia non viene descritto positivamente.

Infine, questo profilo appare essere quello maggiormente colpito dal ruolo di cura in famiglia.

6.3.3. Basso *caregiving* e *mood* positivo

Il presente profilo si compone del 31% degli adolescenti intervistati: 67 su 131 sono di genere maschile e 114 su 131 hanno un'età compresa tra i 12 e 13 anni. All'interno di questo gruppo, 21 hanno dichiarato di avere un familiare che necessita di assistenza. Sono sempre 21 gli adolescenti che si occupano attivamente di qualcuno all'interno del proprio nucleo familiare.

Le medie dell'indice di *caregiving* e di quello del *mood* sono sensibilmente inferiori rispetto a quelle precedenti. Confrontandole con il profilo che svolge altrettanto lavoro domestico, la media del lavoro di cura è inferiore, mentre è maggiore quella del *mood* (Tabella 6.23).

Peraltro le medie di *caregiving* non aumentano all'aumentare della presenza di un familiare richiedente assistenza.

Complessivamente anche il rapporto con insegnanti, compagni e genitori risulta essere positivo: all'aumentare di una percezione positiva del ruolo familiare assunto, aumenta anche la soddisfazione per le relazioni con gli adulti di riferimento e con gli amici di scuola. A fronte di un alto *mood* positivo aumenta anche la soddisfazione per la propria vita; all'interno di questo gruppo la maggioranza degli adolescenti non ha pensato alla propria vita dopo i 18 anni, anche se considerano di avere davanti a sé uno scenario positivo.

In questo profilo il basso lavoro di cura e il *mood* positivo tutelano gli adolescenti dall'insorgenza di esiti negativi nella loro vita.

6.3.4. Basso *caregiving* e *mood* negativo

Quest'ultimo profilo si compone del 29,1% degli intervistati e si divide equamente tra genere maschile e femminile. Sebbene il profilo si componga di 99 adolescenti aventi 12-13 anni, vi è un incremento della fascia 14-15 anni (24 su 123 studenti) rispetto agli altri profili. In 34 su 123 hanno dichiarato di occuparsi di qualcuno, mentre in 29 hanno una persona che richiede cure quotidiane. Come sarà ormai facile intuire, questo profilo si caratterizza per una bassa media dell'indice di *caregiving* e da una media che indica un *mood* negativo.

A questo profilo viene associato un minor svolgimento di attività di cura, in particolare di quelle di supporto emotivo e di cura diretta alla persona. Sebbene questo gruppo condivida una scarsa media di *caregiving*, come il precedente, dispone di una media maggiore di questo tipo di attività (Tabella 6.23).

Il rapporto con genitori, insegnanti, compagni e il livello di soddisfazione per la frequentazione scolastica vengono giudicati negativamente in corrispondenza di un *mood* negativo. Allo stesso tempo si osserva la tendenza a pensare intensamente al proprio futuro, pur non nutrendo speranze positive. Infine, vi è un basso livello di soddisfazione per la vita.

Tabella 6.23 - Medie profili per indice di caregiving, del mood e sub-scale

Profili di caregiving		Indice caregiving	Indice effetti	Domestic	Household	Financial	Personal care	Emotional care	Sibling care
Alto caregiving e mood positivo	Media	32,2725	0,4382	57,36	52,84	8,81	12,18	39,48	27,96
	N	87	87	87	87	87	87	87	87
	Deviazione std.	11,73041	0,26198	31,859	25,097	13,583	26,056	18,004	27,024
	Minimo	20,20	0,13	0	7	0	0	0	0
	Massimo	69,87	1,00	100	100	67	100	85	100
Alto caregiving e mood negativo	Media	34,6251	-0,4568	54,81	52,43	12,92	10,56	42,62	33,21
	N	81	81	81	81	81	81	81	81
	Deviazione std.	12,20838	0,41887	34,464	22,448	17,539	24,520	18,766	30,660
	Minimo	20,02	-1,63	0	7	0	0	5	0
	Massimo	83,00	0,00	100	100	67	100	100	100
Basso caregiving e mood positivo	Media	10,3075	0,4685	37,29	31,60	3,56	1,41	7,65	8,59
	N	131	131	131	131	131	131	131	131
	Deviazione std.	5,28764	0,25913	28,878	19,604	7,513	6,830	9,187	14,176
	Minimo	0,00	0,13	0	0	0	0	0	0
	Massimo	19,93	1,00	100	80	37	50	35	60
Basso caregiving e mood negativo	Media	11,2083	-0,3955	40,28	33,22	5,53	1,75	8,86	5,39
	N	123	123	123	123	123	123	123	123
	Deviazione std.	4,95492	0,40649	29,721	21,581	11,498	6,559	8,614	9,861
	Minimo	0,00	-1,63	0	0	0	0	0	0
	Massimo	19,92	0,00	100	100	80	50	28	48
Totale	Media	19,7660	0,0328	45,66	40,45	7,01	5,49	21,28	16,37
	N	422	422	422	422	422	422	422	422
	Deviazione std.	14,00770	0,55563	31,956	24,020	12,791	17,415	20,968	23,547
	Minimo	0,00	-1,63	0	0	0	0	0	0
	Massimo	83,00	1,00	100	100	80	100	100	100

Osservando gli esiti critici derivanti dai profili con un *mood* negativo, risulta ragionevole considerare questi gruppi con maggiore attenzione. Infatti, il *continuum* di responsabilità (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Warren, 2008) individua come critico lo svolgimento di intense attività di cura alle quali sono associati esiti negativi. Peraltro per il *gruppo guida* il profilo caratterizzato da alto lavoro di cura e *mood* positivo rappresenta un potenziale rischio per la salute dell'adolescente. Allo stesso tempo le co-ricercatrici esprimono solo parzialmente preoccupazioni per chi svolge poche attività e ha un *mood* negativo.

Se si tiene conto della procedura utilizzata dal gruppo di ricerca svizzero (Leu et al., 2019) per identificare il gruppo di adolescenti più critico e definibile come *young caregivers*, è necessario prendere in considerazione la presenza di una persona che necessiti di assistenza in famiglia.

Questa procedura, che viene confermata dalla definizione teorica di *young caregivers* (Becker, 2007), permette di circoscrivere un gruppo di adolescenti definibile come tale, partendo dai profili appena descritti. Pertanto all'interno del gruppo "alto *caregiving* e *mood* negativo" vengono selezionati solo i casi di coloro che hanno familiari con bisogni di assistenza. Nella presente analisi rispondono a tali requisiti 26 studenti su 424, ovvero il 6,1% del campione. Secondo Leu e Becker (2017) la stima del fenomeno in ciascuna nazione appartenente ai Paesi industrializzati si aggira dal 2% all'8%. Pertanto tale risultato rientra in quanto individuato e studiato in altre ricerche internazionali.

Il *mood* negativo associato ad uno scarso livello di soddisfazione per la salute indica un'assenza di benessere generale del *caregiver*. Tale condizione si trasforma in un circolo vizioso: la scarsa soddisfazione si accompagna alla presenza di relazioni non sempre soddisfacenti (genitori) che vanno a incidere sulla progettazione futura (Dearden & Aldridge, 2010; Moore et al., 2009). Infatti, i potenziali *caregivers* percepiscono in modo negativo il futuro, pur pensandoci intensamente.

Peraltro, come già detto altre volte, oltre al quartiere in cui si vive, la scuola gioca un ruolo centrale nell'incentivare l'emersione o il peggioramento del fenomeno. La resilienza (Tim Booth & Booth, 1998) potrebbe consumarsi sotto la spinta del lavoro di cura e di un ambiente scolastico non adeguato a supportare i potenziali *caregivers* (Rose et al., 2010a), specie in assenza di insegnanti formati e capaci di identificare e comprendere il fenomeno.

Il *gruppo guida* ritiene che per i potenziali *young caregivers* sia necessario intervenire con diversi supporti: dal sostegno psicologico al concreto aiuto in casa (per esempio con aiuti pratici per il familiare non auto-sufficiente).

Le co-ricercatrici pensano che il solo confronto con una figura professionale, che tra l'altro non ha mai avuto esperienze simili a quelle dei *young caregivers*, rischi di sembrare fuori luogo e distante dalla realtà dell'adolescente (aspetto confermato anche durante il focus group, si veda il capitolo successivo). Per tali ragioni a loro avviso sono necessari interventi multi-disciplinari pratici a domicilio, allo scopo sia di alleviare il carico di cura del minore sia di migliorare le relazioni in famiglia (Moore et al., 2007). Alleviare il carico senza però escludere il *caregiver* dal processo decisionale: molti interventi socio-sanitari si concentrano infatti sulla persona malata, senza però tenere in considerazione il *caregiver*, soprattutto perché minore (Nagl-Cupal et al., 2018; Watt et al., 2017). In tal senso si andrebbe a promuovere la sua *agency* (James et al., 1998, 2002; Satta, 2012).

Inoltre, il *gruppo guida* riconosce soprattutto l'utilità di proporre gruppi di auto/mutuo aiuto per coloro che esibiscono un *mood* negativo a prescindere dal carico di lavoro. All'interno del gruppo i potenziali *young caregivers* condividono il medesimo linguaggio, da cui deriva la possibilità di sentirsi compresi e non giudicati (Moore et al., 2009).

Non solo, la scuola viene considerata come luogo privilegiato per promuovere azioni di prevenzione in collaborazione con i servizi sociali (Dearden & Aldridge, 2010; Moore et al., 2009).

Infine, si conferma un quadro di *Welfare familistico* che lascia alla famiglia l'onere di gestire qualsiasi tipo di fragilità, anche a costo di impegnare i più giovani. Situazione aggravata dall'emergenza del *long-term care* per persone non autosufficienti, a cui lo stesso Welfare non riesce a trovare delle soluzioni (Bettio et al., 2004; Naldini et al., 2008; Pavolini et al., 2008; Ranci et al., 2013). Le conseguenze includono un elevato costo sociale: dove il welfare è assente, il mancato investimento sul futuro di bambini e adolescenti con responsabilità di cura riduce le possibilità di crescita personale e professionale (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Howard, 2010; Leu & Becker, 2017; Stamatopoulos, 2015).

7. Focus group con un gruppo di potenziali *caregivers*

Nel presente capitolo sarà analizzato il contenuto del *focus group* seguendo le *proprietà* utilizzate per la sua costruzione. La narrazione del contenuto, resa possibile dall'operazione di segmentazione e qualifica (Cardano, 2011), sarà compiuta utilizzando sia la logica dei codici maggiormente utilizzati sia la logica della presenza di relazioni tra codici (Cataldi, 2009). Per osservare la relazione sono state utilizzate una mappa¹ composta dal *gruppo guida* (Figura 7.2) e altre realizzate mediante il software MAXQDA. La consultazione delle mappe generate dal programma informatico, che hanno messo in evidenza la co-presenza dei codici nello stesso segmento e la vicinanza degli stessi nei documenti, è servita per valutare delle relazioni aggiuntive rispetto a quelle formulate dal *gruppo guida*². Nella descrizione dei contenuti emersi si farà riferimento alla storia della vignetta (in particolare ad Anna e Marco), alle riflessioni elaborate dal *gruppo guida* e a quelle sviluppate dagli studenti intervistati. Questi ultimi, dopo aver acquisito fiducia negli interlocutori, hanno iniziato ad esprimersi in prima persona e non più attraverso i personaggi della vignetta, a volte anche esplicitando l'utilizzo di esempi derivanti dalla vita personale.

Prima di procedere con la descrizione del contenuto sarà compiuta una panoramica sulle caratteristiche del gruppo dei partecipanti, ai quali è stato attribuito un nome di fantasia, sulla quantità e intensità degli interventi, e infine sulla tipologia di interazione.

7.1. Caratteristiche e interazione degli studenti

I partecipanti al *focus group*, selezionati attraverso le informazioni raccolte dalla *survey*, sono studenti frequentanti la classe terza della scuola secondaria di primo grado del Nil Lodi – Corvetto³. Nella Tabella 7.1 osserva l'andamento dell'interazione tra i partecipanti con lo scopo di comprendere con l'analisi come si sono realizzati la formulazione e lo sviluppo dei contenuti, ed eventualmente anche l'introduzione di nuovi argomenti durante la sessione del

¹ La mappa è stata costruita a seguito dell'elaborazione della trascrizione del focus group. Il suo scopo è di mettere in evidenza le connessioni tra codici secondo il punto di vista delle esperte per esperienza (Beresford, 2010).

² La mappa elaborata dal *gruppo guida* è stata considerata in via prioritaria rispetto a quella di MAXQDA a seguito della impostazione teorica dell'approccio partecipativo della ricerca (Aldridge, 2015; Cornwall et al., 1995; Cornwall & Jewkes, 2010; Littlechild & Tanner, 2015)

³ Come descritto nel cap. 4.3.3. si è scelto unicamente il Nil Lodi-Corvetto poiché composto da cittadini con alto tasso di fragilità, secondo l'indice descritto nel cap. 4.2.7.. Tale condizione permetterebbe di individuare maggiori potenziali *caregivers*.

focus group. Seguendo anche la Tabella 4.1 del cap. 4, l'interazione all'interno del gruppo è stata elevata, soprattutto a seguito degli stimoli offerti dalle moderatrici e dai contributi di due partecipanti (Francesca e Luca), i quali hanno dimostrato un profilo di esperto, curioso e leader. Nonostante l'intento delle moderatrici di non strutturare eccessivamente l'incontro, il loro ruolo è stato necessario per accompagnare i giovani studenti a esprimersi e a procedere nella discussione. La tabella evidenzia anche una scarsa partecipazione di Evelyn, la quale ha reagito prevalentemente agli stimoli di un moderatore. Il suo profilo è risultato essere escluso, frettoloso, distaccato e timido, cosa in parte causata dal malessere fisico manifestato durante i lavori. Infine Fatima, pur non raggiungendo i livelli di Francesca e Luca, ha realizzato lo stesso un buon numero di ricezioni e interazioni, confermando il profilo di presunto esperto e timido, poiché la sua interazione è aumentata a metà del *focus*, avendo dimostrato maggiore fiducia nei confronti dei partecipanti (Acocella, 2008).

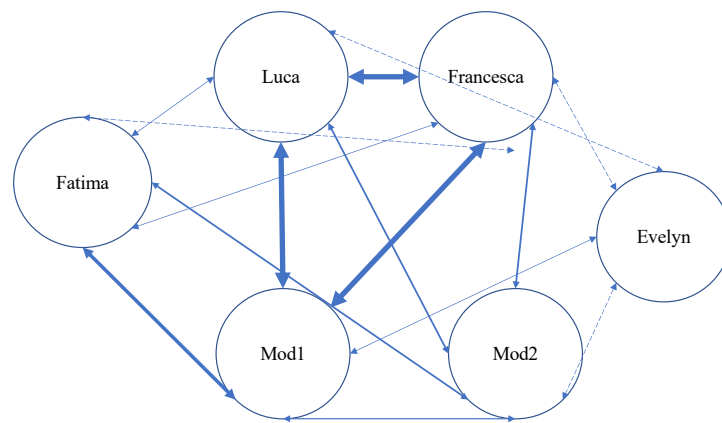
Tabella 7.1 - Matrice delle adiacenze *focus group*

	Mod A	Mod B	Francesca	Luca	Evelyn	Fatima	Tot. emissioni
Mod. A		1	37	40	23	26	127
Mod. B	2		21	22	0	21	66
Francesca	3	0		25	0	4	32
Luca	6	1	32		0	3	42
Evelyn	1	0	0	1		0	2
Fatima	2	1	4	6	0		13
Tot. recezioni	14	3	94	94	23	54	282

Il sociogramma (Acocella, 2008; Cataldi, 2009) della Figura 7.1 evidenzia che, nonostante i differenti profili dei partecipanti, i membri hanno saputo ragionare partendo da idee proprie o del gruppo, dimostrando attenzione e interesse per la discussione. Per tale ragione nella Figura 7.1 l'intensità di interazione è rappresentata da frecce bidirezionali con spessore e tratteggio diverso a seconda dei partecipanti. La costruzione del sociogramma ha seguito le informazioni delle adiacenze e delle osservazioni sul campo.

Considerando il caso di Evelyn, che ha risposto solo direttamente alle domande poste dal moderatore, le sue frecce sono tratteggiate e raggiungono gli altri partecipanti poiché ha preso in considerazione le idee degli altri. Essendo la partecipazione di Fatima meno assidua, le frecce non tratteggiate raggiungono tutti ma hanno uno spessore ridotto. Infine, vista la forte interazione di Francesca e Luca anche con le moderatrici, le frecce sono molto spesse.

Figura 7.1 - Sociogramma focus group



La Tabella 7.2 invece riporta le informazioni sui partecipanti relative alle caratteristiche socio-demografiche e sul *caregiving* e la loro attività nel *focus group*. La tabella mette in luce che Francesca e Evelyn provengono da famiglie con membri aventi dipendenze, mentre Luca affronta le problematiche generate da una separazione che ha lasciato un genitore solo in difficoltà. Infine Fatima, nonostante l'alto indice di *caregiving*, ha dichiarato di non soffrire di problemi specifici e di non percepirsi impegnata nel *caregiving*, a differenza dei compagni che invece si sentono responsabili di qualcuno.

Come descritto anche attraverso la **Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.** e Figura 7.1, Francesca ha generato numerosi interventi brevi, poiché spesso è intervenuta per completare le affermazioni altrui. Seppur con profili simili, gli interventi di Luca si sono dimostrati essere di qualità, con affermazioni complete e sostanziose; sicuramente la vicinanza rispetto alla storia della vignetta, lo ha stimolato a contribuire significativamente alla discussione con esempi e opinioni molto concreti.

Tabella 7.2 - Informazioni partecipanti

Partecipanti	Genere	Età	Cittadinanza	Index	Fragilità Familiare	Percezione responsabilità cura	Affermazioni	Caratteri
Francesca	Femminile	13	Italia	20	Dipendenze e problemi di salute	Si	206	12791
Luca	Maschile	13	Italia	27	Separazione e Genitore solo	Si	168	13341
Evelyn	Femminile	13	Filippine	23	Dipendenze e problemi di salute	Si	41	2328
Fatima	Femminile	13	Egitto	22	Nessuno specifico	No	74	7938

Fatima invece è intervenuta durante il *focus group* in modo mirato e con riflessioni consistenti rispetto al numero di caratteri. Nonostante Fatima non abbia dichiarato di possedere specifiche fragilità familiari, ha dimostrato di riuscire a intervenire su tutte le *proprietà* (Cardano, 2011) investigate. Inoltre, sebbene non possedesse lo stesso numero di interventi e quantità di caratteri di Francesca e Luca nelle tabelle 7.2 e 7.3, i suoi contributi hanno portato avanti sia le sue idee che quelle elaborate dal gruppo. Vista la qualità dei suoi interventi, la dichiarazione di non possedere particolari problemi in famiglia potrebbe indicare in realtà la tendenza dei *young caregivers* a nascondere la propria situazione per vergogna o per paura di ripercussioni (Leu et al., 2019; Lloyd, 2013).

La Tabella 7.3 permette di osservare la quantità dei contributi offerti dai partecipanti per ciascun tema affrontato durante la discussione. Le informazioni riportate evidenziano quanto già osservato precedentemente: maggiore partecipazione di Francesca e Luca, a seguire di Fatima e infine di Evelyn, la quale non ha offerto contributi su tre tematiche.

Tabella 7.3 - Segmenti identificati per partecipante

	Compiti di cura	Benessere	Fragilità familiari	Fatiche	Bisogni	Compiti degli adulti	Consapevolezza	Competenze	Sopravvivenza	Tot
Francesca	8	18	18	40	6	6	2	15	16	129
Luca	13	11	33	23	7	3	4	11	22	127
Evelyn	4	4	7	6	2	0	0	0	3	26
Fatima	5	15	3	7	6	5	4	4	9	58
Tot	30	48	61	76	21	14	10	30	50	340

Procedendo con la Tabella 7.4 si ha una panoramica dei codici, dei sub-codici ⁴e della frequenza di utilizzo. Alcuni codici e sub-codici sono stati aggiunti durante l'analisi dalla ricercatrice, in particolare il codice "compiti di cura", poiché durante la discussione i partecipanti hanno offerto diversi esempi delle responsabilità che i protagonisti della vignetta avrebbero potuto assumersi.

⁴ Per maggiori indicazioni sulle modalità di costruzione dei codici e dei sub-codici fare riferimento al cap. 4.3.7..

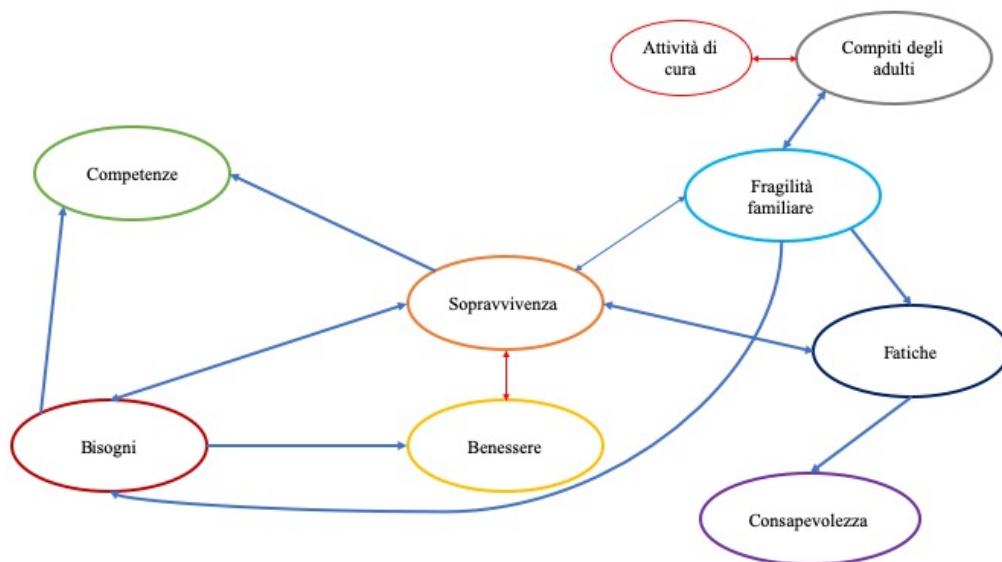
Tabella 7.4 - Codici e sub-codici

Nome codici e sub-codici	Frequenza	percentuale
Competenze	-	-
Capacità riflessiva e di problem solving	6	2,67
Capire i bisogni degli altri	8	3,56
Resilienza	18	8,00
Fatiche	-	-
Poco tempo per se stessi e stanchezza	7	3,11
Figure adulte: poca fiducia nelle figure professionali e non	4	1,78
No spensieratezza	7	3,11
Non fidarsi di coloro che non sono della famiglia	11	4,89
Benessere	-	-
Guardare avanti	11	4,89
Avere una famiglia nonostante i problemi	25	11,11
Fragilità familiari	-	-
Possibili cause problemi	17	7,56
Forte incertezza su più fronti	6	2,67
Compiti di cura	0	0,00
Tipi di responsabilità	9	4,00
Divisione compiti	7	3,11
Bisogni	-	-
Bisogno: tempo svago - divertimento e sfogo	8	3,56
Interventi/aiuti	6	2,67
Bisogno di essere capiti e di sfogarsi	12	5,33
Bisogno di capire cosa accade	3	1,33
Compiti degli adulti	-	-
Vita quotidiana	6	2,67
Protezione e supporto	8	3,56
Consapevolezza	-	-
No consapevolezza ma alto senso di colpa	3	1,33
Dovere nei confronti della famiglia	5	2,22
Sopravvivenza	-	-
Evitare di soffrire: limitare amicizie e relazioni	5	2,22
Dualismo: aiuto-sofferenza	12	5,33
Quotidiana lotta per andare avanti	7	3,11
Impegno e responsabilità	14	6,22
TOTALE	225	100

Dalla Tabella 7.4 è possibile osservare un maggiore interesse degli studenti ai temi del benessere, con particolare attenzione all'esigenza di possedere una famiglia nonostante i problemi; e delle competenze; indirettamente hanno fatto riferimento ad abilità che rimandano alla resilienza (Booth et al., 1998); si sono concentrati anche sulle fragilità familiari, ragionando sulle possibili cause, e inoltre sul tema della sopravvivenza, intesa come espressione delle attività di *caregiving*.

Infine la Figura 7.2 - Mappa dei codici conseguita dal gruppo guida rappresenta le relazioni tra i codici delineate dal gruppo guida. La freccia tra benessere e sopravvivenza e il codice "attività di cura" sono stati aggiunti successivamente dalla ricercatrice, a seguito del processo di segmentazione e qualifica della trascrizione del focus group. Le relazioni tra i codici verranno spiegate nei paragrafi successivi.

Figura 7.2 - Mappa dei codici conseguita dal gruppo guida



7.2. Tra sopravvivenza e benessere

Di seguito saranno descritti i codici relativi a fragilità familiari, benessere e sopravvivenza. La relazione tra i codici permette di delineare un quadro di fattori che incidono sull'assunzione delle responsabilità di cura. La riflessione su questi temi ha permesso di introdurre il tema della genitorialità.

7.2.1. Motivazioni e cause

Partendo dal codice “fragilità familiari”, il sub-codice “possibili cause dei problemi” introduce il tema delle motivazioni che potrebbero indurre l’assunzione di responsabilità di cura (17/205). Il *gruppo guida* ha osservato la descrizione di famiglie fragili da più punti di vista. Oltre alle ipotesi alla base del *caregiving*, i ragazzi hanno delineato rappresentazioni spesso negative dei nuclei familiari che vertono a loro avviso in condizioni di vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002).

Gli studenti hanno ragionato a lungo sulle motivazioni delle responsabilità dei protagonisti della vignetta, Anna e Marco, giungendo a diverse ipotesi con esempi concreti. Infatti, hanno riconosciuto nella madre delle fragilità legittime, anche se molto gravi, tali da giustificare l’impegno dei ragazzi, senza sminuire i bisogni del nonno, ma tuttalpiù riconducendoli alla normale condizione di anziano. La figura del padre per gli studenti ricopre un ruolo marginale nella vicenda; sebbene non venga intenzionalmente nominato nella storia, gli studenti non riconoscono in lui una fonte di aiuto poiché potrebbe aver abbandonato la famiglia perché non capace di affrontare le difficoltà o perché semplicemente è deceduto; oppure lo concepiscono molto impegnato al lavoro, e di conseguenza privo del tempo per sostenere i figli.

“Forse è morto. [...] Forse è andato via...” (Evelyn)

“O magari può averli abbandonati...” (Luca)

“Esatto è scappato... [...] Si fa un’altra vita ...” (Francesca)

“Oppure li ha abbandonati quando la madre aveva più bisogno... ad esempio, quanti anni, tre anni di differenza. Facciamo caso che Marco e sua madre e suo padre vivevano assieme, facciamo il caso che il padre se ne voleva andare perché boh... per stare con un’altra donna, o per motivi... [...] Ah può essere... eh però lavori di giorno, di sera torni stanco, non hai tempo e voglia di parlare con i propri figli ...” (Luca)

“Io per me credo che si sono lasciati forse perché la mamma sta male credo che ha un problema molto serio quindi il padre non sopporta questa cosa qua e si deve...” (Fatima)

Per descrivere le fragilità famigliari, in particolare quelle della mamma di Anna e di Marco, gli studenti parlano di problemi di natura psichiatrica o fisici: per esempio depressione a seguito di un lutto di figli o di altri parenti o a seguito di separazioni da coniugi, oppure schizofrenia e/o tentato suicidio, oppure tumori.

“È il fatto che c’è scritto che la madre rimane chiusa in camera. [...] beh, perché sofferenza, solitudine, odio, anche può essere. Quindi non so... depressione, malattia...” (Luca)

Oltre alle cause specifiche come quelle appena descritte, la discussione presenta anche altri tipi di fragilità che concorrono a causare l’attivazione del *caregiving*. Il sub-codice denominato dal gruppo guida “forte incertezza su più fronti” offre diverse possibilità: dimensione della famiglia (al nucleo mono-genitoriale o numeroso corrisponde un maggiore ingaggio da parte di tutti), problemi relazionali genitori-figli (in particolare madre-figlia), problemi economici che spingono eventualmente il padre fuori casa o inducono la famiglia ad accedere alla pensione del nonno per affrontare le varie spese o problemi abitativi per cui i protagonisti della storia potrebbero vivere in un appartamento abusivamente.

“Cioè che magari essendo che sono solo in 4 persone, [...]. Essendo che magari il nonno sta male, la madre è andata in depressione.” (Francesca)

“Oh... a meno che non sono abusivi...” (Francesca)

Il codice “fragilità famigliari” offre una panoramica derivante dall’esperienza dei partecipanti che trova fondamento anche nella letteratura. I problemi di salute e psichiatrici rientrano come le principali cause dell’assunzione di responsabilità di cura descritte nelle ricerche citate nel cap. 2 (Aldridge & Becker, 1999; Becker, 2007; Cree, 2003). Tuttavia, nonostante i partecipanti abbiano dichiarato nella *survey* di avere esperienza con parenti affetti da dipendenza, ciò non sembra emergere, probabilmente a causa della vergogna e del tabù rispetto ad alcune problematiche (Leu et al., 2019; Lloyd, 2013). La scarsa disponibilità economica perciò non viene individuata come elemento principale per l’assunzione di responsabilità di cura, bensì riveste valore secondario rispetto ad altri tipi di problemi, che concorrono direttamente all’emersione del fenomeno di cura svolto da bambini e adolescenti. In virtù di questa affermazione i membri del *gruppo guida* hanno ribadito che la condizione economica non ha determinato il loro ruolo in famiglia, piuttosto in alcuni casi ha esacerbato la situazione. La povertà si conferma essere un fattore che determina l’intensità di coinvolgimento dei minori nelle attività di cura, ma non l’elemento principale (Aldridge

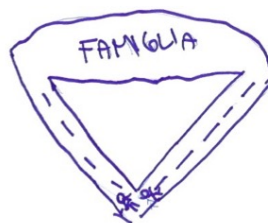
& Becker, 1994; Becker et al., 1998; Butler et al., 2005; Newman, 2002; Stamatopoulos, 2015; Wates, 2002).

Procedendo con altri codici, il benessere si compone dei sub-codici “avere una famiglia nonostante i problemi” e “guardare avanti”. Il *gruppo guida* ha evidenziato attraverso i sub-codici come l’idea di benessere degli intervistati sia strettamente connessa al loro ruolo di aiuto. Aiutare la propria famiglia risulta essere la chiave per poter stare bene con sé stessi, e a maggior ragione il bene dell’intera famiglia risulta essere l’obiettivo di vita. La percezione del benessere è connessa a beni immateriali piuttosto che a qualche bene di consumo, come ci si potrebbe aspettare per ragazzi di 14 anni. Dalla trascrizione le *co-ricercatrici* hanno colto l’esigenza dei partecipanti al *focus group* di preservare e mantenere la propria famiglia nonostante ciò sia fonte di fatica e sofferenza; inoltre l’assunzione del ruolo di *caregivers* sembra risultare un dovere fondamentale per stare bene con sé stessi. Il sub-codice “avere una famiglia nonostante i problemi” viene espresso numerose volte come concetto base per tutti i ragionamenti sviluppati: la famiglia è la risposta alle fatiche e alle responsabilità, sebbene possa generare la sensazione, come vedremo in seguito, di difficile sopravvivenza e il bisogno di cercare sempre una soluzione e una via di uscita alle difficoltà.

“Se c’è una cosa che in questo testo, l’unico punto che... tante strade, tante difficoltà, può essere volersi bene, sempre la famiglia, il punto principale [...]” (Luca)

I partecipanti alla discussione hanno espresso molto chiaramente questo concetto attraverso dei disegni. La Figura 7.3 illustra come Fatima esprime il concetto di come Anna e Marco insieme percorrono delle strade in salita, per raggiungere il sostegno alla famiglia stessa.

Figura 7.3 - Compiti di cura e benessere per Fatima



Le condizioni di difficoltà affrontate per il bene comune vengono anche identificate come mezzo necessario per rafforzare il rapporto tra i fratelli e tra gli altri protagonisti della storia. Più il legame è forte più la famiglia raggiunge il benessere e di conseguenza anche i protagonisti della storia. Lo svilupparsi di relazioni significative in famiglia è connesso non

solo tra chi condivide le responsabilità di cura, ma anche tra gli stessi riceventi la cura, come afferma Francesca, la quale si occupa della madre.

“E poi ho scritto una frase che sarebbe “un’anima e due corpi”. Praticamente è la frase che uso con mia mamma, è come dire che sono, loro sono in due corpi diversi, ma l’anima è la stessa, cioè sono la stessa persona, si capiscono. È un po’ ... (ride) [...] È un modo per rafforzare il loro rapporto” (Francesca)

L’unione tra i membri della famiglia, anche se in condizioni precarie e difficili da accettare, diviene così forte che i membri si percepiscono come parti di un unico insieme e solamente stando insieme e aiutandosi a vicenda raggiungono la serenità. Il raggiungimento del benessere impone ad Anna e Marco di attivarsi in prima persona. Il rapporto solido tra i due incrementa anche le possibilità di superare le avversità e di ottenere risultati migliori, come illustrato nella Figura 7.4.

Figura 7.4 - Rapporto e benessere per Luca



Anche se non sempre da parte di tutti gli studenti, la discussione a volte è stata orientata al positivo, con la speranza di trovare sempre una soluzione o la spinta per andare avanti. Il sub-codice “guardare avanti” esprime la tendenza, in particolare di Francesca e Luca, a spiegare come il benessere sia raggiungibile provando a percorrere tante strade per cercare una soluzione ai problemi.

“[...] magari quando tu stai male ci sono sempre vie d’uscita anche se non si trovano” (Francesca)

Soprattutto se la condizione diviene ardua e complicata, gli studenti riferiscono l’esigenza di andare avanti per non soccombere. La tendenza ad andare avanti nonostante gli ostacoli evidenzia la competenza della resilienza (Booth & Booth, 1998). Sebbene non venga

affrontata apertamente attraverso la *proprietà* “competenze”, la resilienza, come si vedrà in seguito, emerge indirettamente attraverso affermazioni come la precedente. Essa si conferma abilità indispensabile per affrontare situazioni delicate (Cassidy et al., 2014; Mcandrew et al., 2012; Newman, 2002).

In assenza della ricerca del benessere individuale connesso a quello familiare, le responsabilità di cura non sarebbero accolte. Cercare di procedere e di provare quotidianamente ad affrontare le sfide sono quindi aspetti che vengono alimentati dal desiderio di benessere comune e dall’esigenza di guardare sempre avanti. Peraltro le fragilità familiari determinano l’attivazione del minore in vista di incrementare il benessere dell’intero nucleo: per questo il *caregiver* percepisce l’assenza di alternative, sentendo sia il dovere sia il bisogno di intervenire.

In sintesi con le proprietà “fragilità familiari” e “benessere” vengono individuati i fattori *push and pull*, rientranti nel *framework* determinante l’assunzione di responsabilità di cura (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004). Come visto precedentemente, all’emersione del fenomeno contribuiscono anche altre vulnerabilità sociali (Castel, 1997; Ranci, 2002). Le dinamiche familiari (problemi genitori-figli o tra genitori) e la condizione di fragilità economica (disoccupazione, problemi abitativi, famiglia monoreddito) concorrono a produrre l’assenza di alternative se non quella di individuare nei figli giovani il giusto supporto per gli adulti in difficoltà, conseguendo così la funzione di ammortizzatore sociale (Bertani, 2015). Bambini e adolescenti, nonostante nell’immaginario comune occupino una posizione subalterna agli adulti (James et al., 2002; Satta, 2012), esprimono la loro *agency* attivandosi per fronteggiare le preoccupazioni con la finalità di raggiungere il benessere collettivo (Butler & Astbury, 2005; Evans & Becker, 2009; Warren, 2007).

Infine, l’idea di benessere è molto spesso associata all’esigenza di andare avanti per sopravvivere, pertanto non assume completamente un’accezione positiva. Le *co-ricercatrici* affermano che il forte desiderio di sostenere la propria famiglia, con il tempo si trasforma in risentimento e frustrazione per non essersi sentite tutelate dalla famiglia e dalla società. Il codice “sopravvivenza” si compone dei sub-codici “lotta quotidiana per andare avanti”, “impegno e responsabilità”, “dualismo: aiuto- sofferenza”, ed “evitare di soffrire: limitare amicizie e relazioni”. Dalle espressioni utilizzate dagli studenti durante la sessione del *focus group*, il *gruppo guida* ha osservato una forte esperienza di vita, la quale viene descritta come una lotta quotidiana per cercare di tirare avanti: “lotta” in termini di impegno, di responsabilità ma anche in termini di sofferenza che ne consegue. Le *co-ricercatrici* hanno descritto questa dinamica come “una bontà sofferente” come esito del loro impegno

quotidiano. Il disegno di Luca, raffigurato nella Figura 7.5, rappresenta molto chiaramente questo concetto.

Figura 7.5 - Disegno di Luca sul dualismo: aiuto-sofferenza



Il sub-codice “lotta quotidiana per andare avanti” si riferisce alla tendenza degli studenti a leggere la storia di Anna e Marco come fase durissima a cui i protagonisti devono dedicare tutte le energie indispensabili per perseguire il loro benessere. Gli studenti descrivono Anna e Marco in una condizione di vita che è capitata loro, di fronte alla quale però non possono fare altro che accettare la loro condizione e portare avanti il loro compito, anche se doloroso.

“Ah beh, “Sopravvivere” nel senso di non morire.. [...] Dare il massimo per non morire.” (Luca)

“[...] Andare avanti...” (Francesca)

Tale sub-codice si compone a sua volta del sub-codice: “impegno e responsabilità”. La lotta quotidiana si esprime nel compiere il proprio dovere in famiglia, per cui Anna e Marco vengono rappresentati come persone estremamente responsabili, dal momento che si assumono un impegno così elevato. Le parole responsabilità e impegno vengono citate spesso durante la discussione, delineando una descrizione molto precisa del *caregiving*: non è una responsabilità a cui ci si può sottrarre, ma che si trasforma in un dovere simile a quello che delle persone adulte. Tuttavia, anche se imprescindibile dal loro benessere, l’impegno e la responsabilità generano comunque sofferenza e dolore. Questo passaggio viene ben descritto dal codice “dualismo: aiuto-sofferenza”. I compiti di cura di Anna e Marco, descritti come un tentativo per sopravvivere alle difficoltà famigliari e allo stesso tempo come strada per raggiungere il benessere, generano sentimenti ambivalenti tra voglia di aiutare e sofferenza nel farlo.

“Intendo, cioè, un esempio è come quando non riesci a fare una cosa, cioè tu provi a fare, dai tutto il tuo massimo, per fare una cosa che fai vedere per te, per qualcun altro membro della tua famiglia, ma non ce la fai quindi porti tristezza dietro e quindi quella strada che tu dici “mi porta all’orgoglio” viene bloccata” (Luca)

L’aiuto implica impegno anche attraverso la messa in campo di diversi tentativi; come si vedrà in seguito, si evidenziano delle abilità di *problem solving*, per riuscire a trovare la strada adeguata. Tuttavia l’impegno non sempre viene ripagato, portando a vivere sentimenti di forte frustrazione, esperienza confermata dalle *co-ricercatrici*. Con la **Figura 7.6** Luca ha voluto rappresentare la responsabilità assunta da Anna e Marco come qualcosa che da un lato ti fa bene e dall’altro invece infligge dolore, come una freccia nel cuore. Da un lato la freccia rappresenta simbolicamente l’amore profondo per la famiglia, dall’altro lato produce sofferenza e dolore anche fisico.

Figura 7.6 - Dualismo aiuto-sofferenza secondo Luca



Tuttavia ancora una volta emergono le abilità di resilienza (Booth & Booth, 1998) degli studenti, i quali descrivono che il dolore è la chiave per andare avanti e sopravvivere: infatti Luca aggiunge che le frecce danno la forza per affrontare le avversità. La tendenza a guardare al positivo viene espressa anche da altri studenti, come già descritto nel sub-codice “guardare avanti” (Figura 7.7).

[...] Tipo questo è per formare il cuore, c'è una parte che è triste, la parte triste è tipo il dolore, la mancanza delle persone, tipo la sofferenza, ma la parte felice è le cose belle nella vita. Le cose che tipo... non lo so, tipo, la parte brutta possiamo dire che è morto qualcuno che era molto importante per noi, ma la cosa bella è che forse lui è andato da una parte molto più bella di questa che ci sono io o tutti, però tutti e due formano il cuore, cioè, formano la vita.” (Fatima)

Figura 7.7 - Dualismo aiuto- sofferenza secondo Fatima.



Infine, per gli studenti sopravvivere significa anche evitare di stringere relazioni con persone non meritevoli della loro fiducia. Tale argomento è stato spesso oggetto di discussione del *gruppo guida*, tanto da dedicare nella *survey* una batteria di domande sul livello di socializzazione tra coetanei, parenti e vicini di casa. Le *co-ricercatrici* hanno descritto quanto in passato abbiano limitato le loro amicizie solo a coloro che si erano dimostrati persone leali, tutelando i loro segreti. Per le adolescenti ciò si è tradotto nell'assenza di amicizie per lungo tempo o nella creazione di legami strettissimi e duraturi nel tempo. Per gli studenti ciò viene prefigurato sia per Anna e Marco sia per loro stessi, riferendosi a loro esperienze dirette. Alla base vi è l'angoscia di proteggere la loro famiglia e di evitare giudizi da parte di coetanei (Aldridge, 2006, 2008; Becker & Becker, 2008; Dearden & Becker, 2000a, 2000b; Evans & Becker, 2009).

“ lei, era un'altra persona, non lo so si era trasformata, cioè ha tolto la maschera. Però adesso lei si pente ma anch'io però quando lei la vedo in giro a volte in giro con altri amici, io mi pente di aver conosciuto una persona come lei, ma va beh...” (Fatima)

7.2.2. Responsabilità e compiti degli adulti

Il *gruppo guida* si è interrogato a lungo rispetto al ruolo degli adulti, riflettendo spesso sulle capacità genitoriali, con affondi sia rispetto alla propria storia sia rispetto alle reazioni avute dagli studenti durante la sessione del *focus group*. Le *co-ricercatrici* riconoscono nei propri genitori dei ruoli deficitari per non averle tutelate dallo stress derivante dal *caregiving*. Allo stesso tempo due di loro riconoscono che, nonostante la malattia, i loro genitori hanno trasmesso loro affetto e alcuni insegnamenti. Lo stesso sentimento emerge dal *focus group*, attraverso l'esplorazione della *proprietà* "compiti degli adulti" espressa tramite i sub-codici "protezione e sostegno" e "vita quotidiana". Il *gruppo guida* ha commentato come gli studenti percepiscano in modo limitato le funzioni solitamente svolte dagli adulti. Oltre alla percezione complessiva, dalla discussione gli studenti provano a descrivere le funzioni dei genitori, sebbene non espresse a causa delle condizioni di salute precarie.

"[...] ma il problema è anche il fatto che, ad esempio, sua madre che rimane a casa chiusa non ha tutto il tempo per occuparsi dei figli, per stare lì attenta, a vedere cosa fanno, se soffrono o meno... quindi è anche un altro problema che non può risolvere, quindi Marco e Anna si dovrebbero arrangiare per conto loro..." (Luca)

In generale, secondo le *co-ricercatrici*, agli occhi degli studenti gli adulti non godono di molta fiducia, tuttalpiù sono coinvolgibili esclusivamente in casi di estrema emergenza, anche se è difficile ammetterlo. Infatti in alcuni casi è l'adulto che viene protetto dal minore, il quale non vuole sovraccaricarlo di problemi.

Le funzioni di protezione e sostegno, generalmente svolte dagli adulti, sono citate per esempio per descrivere il dovere dei genitori di non coinvolgere i figli in questioni molto delicate e faticose.

"Tipo nascondere magari dei problemi abbastanza grandi ai figli, sarebbe giusto nascondere a volte...non sempre eh però" (Francesca)

Inoltre, alcuni partecipanti al *focus* riconoscono che i compiti cura svolti da bambini e adolescenti dovrebbero essere in realtà una responsabilità degli adulti.

"Compiti degli adulti come vedere se stanno bene il nonno e la madre"
(Fatima)

“Ho capito, ma metti un’undicenne che invece di magari, che ne so, stare con le amiche a giocare oppure a passarsi un’infanzia normale, già a 11 anni deve occuparsi del nonno che è una cosa che di solito dovrebbe fare la madre, no?!” (Francesca)

Per quanto riguarda i compiti legati alla quotidianità e relegati agli adulti, gli studenti parlano di azioni riferite alla gestione della famiglia o alla crescita di un adolescente, come occuparsi della scuola. Un’intervistata (Evelyn) riferisce spesso come l’accudimento di un’altra persona attraverso la preparazione dei pasti non dovrebbe essere competenza assidua di un bambino o di un adolescente, il quale dovrebbe occuparsi dei compiti scolastici.

I codici descritti rinviano ai sentimenti descritti dalle *co-ricercatrici* nei confronti dei genitori. In alcuni casi da un lato il legame è forte, per cui è difficile immaginare una separazione dalla propria famiglia, dall’altro però la sofferenza è altissima. Pertanto gli interventi sociali dovrebbero guardare alla tutela del minore, valutando azioni mirate secondo ciascun caso. Davanti a un legame così forte è necessario ascoltare l’opinione del minore, riconoscendo la sua *agency* (James, Jenks, & Prout, 1998; James et al., 2002; Satta, 2012), al fine di valutare un intervento che tenga conto dell’idea di benessere sia come previsto dalla legge sia come percepito per un *young caregiver* (sto bene solo se sta bene anche la mia famiglia) (Nagl-Cupal et al., 2018; Watt et al., 2017).

7.3. Compiti di cura e consapevolezza

L’utilizzo della vignetta ha permesso di analizzare alcuni tipi di compiti che potrebbero essere svolti da *young caregivers*. La capacità degli studenti di individuare degli esempi concreti lascia trasparire ancora una volta il loro reale impegno casalingo. Il commento del *gruppo guida* al codice “compiti di cura” si è realizzato indirettamente attraverso la descrizione del concetto di sopravvivenza, poiché aggiunto successivamente dalla ricercatrice. Nell’analisi i compiti di cura sono stati rappresentati dai sub-codici “tipi di responsabilità”, i quali descrivono esempi di attività concrete, e “divisione dei compiti”, che elencano le modalità di acquisizione di alcuni compiti. Gli esempi riportati sono riconducibili alle *“Instrumental Activity of Daily Living”* e *“Activities of Daily Living”* (Becker, 2007; Morrow, 2005) poiché gli studenti hanno riferito attività legate alla cura diretta e intima alla persona, per esempio igiene, vestire, ecc.; attività domestiche, per esempio cucinare per qualcuno; attività di supporto emotivo, per esempio fare compagnia

evitando che la persona rimanga solo; azioni di supporto e protezione, per esempio evitare che un fratello/sorella veda un genitore in difficoltà.

“Ho pensato più che altro a Anna perché lei aiuta il nonno a vestirlo, a preparare il pranzo, cambiarlo, ad alzarlo dal letto, invece Marco non soltanto è più grande, ma fa compagnia a sua madre perché non sta bene” (Luca)

“Magari il fratello non sta col nonno anche perché non vorrebbe far vedere alla sorella più piccola che comunque la mamma è in un certo stato, perché comunque avere, cioè, tua madre che è in depressione... tua madre che è in depressione o ha dei problemi magari questo va un po' a pungere la figlia, [...]” (Francesca)

Inoltre gli studenti hanno descritto come queste attività possano essere intense tanto da intralciare la normale quotidianità dei protagonisti.

“[...] Mah. Per me non credo che lei (Anna) torna a casa. [...] Non credo. Perché vedendo che il nonno non riesce ad alzarsi quindi se di notte vuole andare in bagno o qualcosa non può andare, cioè non riesce, quindi forse lei dovrebbe restare con lui, per me non è che ritorna a casa” (Fatima)

“Magari non lo dice nel testo, ma lei magari li fa tarda sera” (Francesca)

Oltre ai tipi di attività analizzate, uno studente ha introdotto una riflessione sulle modalità di divisione della cura tra i due protagonisti. La divisione viene percepita come naturale perché i fratelli dovrebbero aiutarsi a vicenda. Tuttavia le modalità e le motivazioni di divisione delle mansioni non trovano d'accordo tutti gli studenti.

“E quindi è normale che tipo si dividono i compiti, tipo si aiutano l'un con l'altro [...]” (Luca)

Tuttavia tra i partecipanti sono nate diverse posizioni sulle modalità di divisione dei compiti. Gli studenti hanno anche cercato di comprendere chi viva una situazione di maggiore stress. Gli elementi che portano alla ripartizione sono: complessità della situazione e abilità personali. Le opinioni si sono polarizzate in due posizioni rispetto a ciò che è più complesso da affrontare. Francesca e Luca definiscono la situazione di Marco difficile perché affronta la situazione più complessa, assumendosene gli oneri. Evelyn e Fatima affermano che Anna

invece si occupa delle mansioni più complicate e impegnative perché il nonno è più grave, e tutto sommato Marco ha tempo di andare a casa e di stare con la mamma.

“È anche pesante vedere tua mamma magari in un certo stato. Magari in quell’anno è andata in depressione, la figlia non l’ha mai vista così quindi potrebbe far male, creare problemi pure alla figlia e magari il fratello vuole evitare questa cosa qui” (Francesca)

“Perché è più giovane, poi come dici te, quando finisce scuola va direttamente dal nonno e si occupa del nonno” (Evelyn)

Viene considerata anche un’altra opzione per comprendere le modalità di divisione dei compiti: il grado di soddisfacimento della relazione con la persona che ha bisogno di cure. In particolare gli studenti ipotizzano il rapporto negativo tra madre e figlia, che potrebbe spingere Anna a occuparsi del nonno.

“[...] Cioè, ma se facciamo caso che entrambi i fratelli non hanno buoni rapporti. Ad esempio, la sorella non ha un buon rapporto con la madre (ride). [...] Tipo non ha un buon rapporto con la madre e infatti preferisce stare col nonno che, anche se è vecchio e si deve occupare di lui, per lo meno... [...] Sta più tranquilla, sta serena un po’. A differenza del fratello che magari preferisce stare con la madre perché boh, il nonno non gli sta simpatico oppure perché boh... Certo, un conto è che lo va a vedere, a visitare qualche volta però, cioè...” (Luca)

Le cure volte al sostegno psicologico ed emotivo e quelle dirette alla persona sono considerate la causa di maggior stress per i *young caregivers* poiché implicano una maggiore intensità e responsabilità (Aldridge, 2006; Aldridge et al., 2017; Aldridge et al., 2016). Tale aspetto viene anche confermato sia dai risultati della *survey* (cap.6) e sia dal pensiero espresso dalle *co-ricercatrici* (in particolare per il supporto emotivo). Inoltre, le diverse posizioni espresse dagli studenti sulle modalità di divisione dei compiti rimandano al concetto di “*election*”, il quale spiegherebbe che bambini e adolescenti sono scelti dalla famiglia secondo le loro abilità e perché vengono socializzati alle responsabilità di cure (Aldridge & Becker, 1993).

La *proprietà* “consapevolezza” è stata oggetto di riflessioni da parte del *gruppo guida*, il quale ha individuato negli studenti una certa consapevolezza rispetto all’esigenza di assumersi delle responsabilità, ma non rispetto alla possibilità di cercare aiuto e o di potere

rinunciare al proprio ruolo. Nella discussione tra gli studenti, quest'ultimo aspetto molto spesso lascia il posto al senso di colpa nel sentirsi sofferenti o frustrati dalla situazione. Tuttavia la consapevolezza rispetto al proprio ruolo diviene per i ragazzi un'importante chiave di lettura per comprendere quanto accade in famiglia.

I sub-codici individuati sono “dovere nei confronti della famiglia” e “senso di colpa”. Pertanto la questione del dovere risulta essere un'arma a doppio taglio: da un lato infatti i *young caregivers* sono orgogliosi di sé per il contributo che sanno dare, dall'altro invece intravedono le conseguenze negative che ciò comporta.

“Il fatto che magari crescendo invece di pentirsi, comunque molte volte ... potranno spiegare ai loro figli comunque che è giusto aiutare per mandare avanti un po' la società” (Francesca)

“Per me tutti noi dobbiamo sapere cosa stiamo facendo e abbiamo fatto e prima di tutto avere la consapevolezza di chi siamo e cosa facciamo.”
(Fatima)

“Lo sanno cosa stanno facendo. [...] Tipo il pericolo di quanto impegno stanno dando...” (Luca)

“Sono loro che si devono preoccupare di loro nonno, tenere compagnia alla mamma. Ma i genitori sono gli adulti. Sono molto giovani e non hanno tempo.” (Evelyn)

Dal dovere al senso di colpa, che emerge quando gli studenti discutono sull'opportunità di riferire agli adulti quanto sia difficile occuparsi della famiglia con ritmi molto intensi. L'opzione viene respinta per paura di ferire l'adulto. Questa posizione viene espressa in particolar modo da una partecipante, Fatima.

“[...] perché non è che sei obbligato a farlo, tu lo fai perché vuoi farlo, però non è che... perché forse quell'amico va dal tuo nonno e gli dice e il nonno rimane molto male perché è una cosa che lo fa molto soffrire”
(Fatima)

Il senso di colpa si connette agli effetti generati dal *caregiving*. Elevate responsabilità e stress indeboliscono la resilienza e aumentano il senso di colpa per aver cercato di evitare di intervenire o per essersi ribellati (McAndrew et al., 2012b; Moore et al., 2007; Nagl-Cupal et al., 2018; Stamatopoulos, 2016).

7.4. Limiti e Risorse

I limiti individuabili nella trascrizione fanno riferimento al codice “fatiche”. Il *gruppo guida* ha interpretato le parole dei partecipanti come la percezione di avere poco tempo a disposizione ed essere stanchi per potersi godere l’adolescenza come i coetanei. La stanchezza sarebbe generata dalle molte incombenze da affrontare, fino a far dimenticare la spensieratezza tipica dell’età a causa dell’assenza di occasioni di confronto e di crescita derivanti dal tempo libero. Sebbene abbiano manifestato il desiderio di “avere una vita normale”, gli studenti non ripongono comunque abbastanza fiducia nelle figure adulte, soprattutto per chiedere supporto. Il codice fatica si compone dei sub-codici: “poco tempo per sé stessi e stanchezza”, “no fiducia nelle persone non della famiglia (anche adulti)” e “no spensieratezza”.

Gli studenti comprendono che Anna e Marco hanno poco tempo per dedicarsi alla scuola e ad altre attività, e affrontano il tema con un tono molto malinconico lasciando intravedere una sorta di invidia o nostalgia per la “libertà”.

“Ad esempio, Marco... Se lui ha più tempo per fare i compiti, non avrà più tempo per fare qualcos’altro. Stessa cosa anche Anna: lei avrà tempo di stare con suo nonno però ha tipo meno tempo per fare qualcos’altro. Tutto... è un circolo vizioso!” (Luca)

L’intenso impegno di Anna e Marco nelle riflessioni viene descritto come causa che impedisce ai protagonisti di vivere un’infanzia e un’adolescenza normali. La mancanza di tempo e la stanchezza assumono sempre di più i connotati dell’assenza di spensieratezza. Il sub-codice “no spensieratezza” spiega come gli studenti interpretino gli esiti negativi connessi al *caregiving*.

“Ho capito, ma metti un’undicenne che invece di magari, che ne so, stare con le amiche a giocare oppure a passarsi un’infanzia normale, già a 11 anni deve occuparsi del nonno che è una cosa che di solito dovrebbe fare la madre, no?!?” (Francesca)

“Nostalgia di comunque non avere un’infanzia uguale a altri ragazzi, magari ci sono i tuoi compagni che ogni giorno alle 4 vanno al parco a giocare invece loro vanno ad aiutare la famiglia quindi nostalgia” (Fatima)

Queste citazioni descrivono gli effetti negativi in termini di salute, soprattutto psicologica, poiché si osserva una certa tristezza, stanchezza e rammarico nell'essere *caregivers* (Moore et al., 2009). Questi sentimenti nei confronti di una vita normale sono generalmente dovuti anche al notevole dispendio di energie nella cura, non lasciandone altre per la scuola e il tempo libero (Thastum et al., 2008). Inoltre la paura di essere giudicati a causa dello “*stigma by association*” (Evans et al., 2009) impone una sorta di isolamento amplificando il senso di perdita, soprattutto perché questi ragazzi nutrono scarsa fiducia nelle persone che non sono della famiglia e negli adulti, in particolare negli operatori sociali e negli insegnanti (Rose et al., 2010). Più la situazione diviene complessa, più assumono responsabilità, perché sentono di doverlo fare, più vivono la frustrazione della loro condizione: dimensione che tuttavia li spinge a non fidarsi con nessuno, perché, come abbiamo visto, da un lato vogliono evitare di soffrire, temendo un tradimento, e dall'altro vogliono evitare ripercussioni sulla loro famiglia.

“No io mi fido veramente pochissimo anche degli psicologi, mi so aprire meglio con le mie amiche... non so perché, ma il fatto di parlare con sconosciuti, cioè soprattutto gli psicologi, da quel che ho capito non sono proprio affidabili... eh...” (Francesca)

“Non affidabili... perché certi possono causarti più problemi” (Luca)

“[...] magari cioè possono chiamare gli assistenti sociali su una cosa che tu hai detto o possono riferirlo ai tuoi genitori oppure agli insegnanti...”
(Francesca)

“Pensano di darti una mano, perché non è sempre così, la maggior parte...” (Luca)

Attraverso il codice “sopravvivenza” è stato affrontato il tema “evitare di soffrire limitando relazioni e amicizie”. Anche se in modo diverso, gli studenti lo riprendono parlando di assenza di fiducia nel confrontarsi con i coetanei (Ibidem).

“A volte fidarsi troppo è male, magari un conto è aprirsi ma non fin troppo, perché se azzecchi la persona sbagliata, magari parla delle tue cose private che ne so a tutta la scuola, cioè...” (Francesca)

“Beh, fiducia perché tu dai la possibilità di dire cose che per te sono delicate a persone che conosci da tanto, ma non conosci del tutto bene

quindi è anche un fatto di fiducia, di aspettative anche, perché ti puoi aspettare di tutto. Ad esempio, se tu dici qualcosa a una persona che per te è importante.” (Luca)

Per affrontare il senso di colpa e la frustrazione della vita l'unico appiglio sono gli stessi membri della famiglia, perché solo in questo modo non si tradisce la famiglia stessa e si è sicuri di essere compresi, come nel caso di Anna e Marco.

“Per me possono sfogarsi ma non con amici oppure con un amico molto affidabile oppure si sfogano tipo... lei e Marco si sfogano assieme perché di certo c'è fiducia tra di loro e nessuno va in giro a dire perché sono fratelli...quindi per me, se ero Anna o ero Marco, mi sfogavo con le mie sorelle” (Fatima)

Le risorse sono state individuate dal *gruppo guida* grazie alle le competenze maturate attraverso il *caregiving*, peraltro deducibili dai racconti degli studenti sull'intera discussione. Si evidenzia una forte tendenza a comprendere e giustificare i bisogni degli altri, anche se non sempre si tratta di personaggi positivi. Le capacità di riflessione e di *problem solving* mostrate per analizzare la vignetta evidenziano dapprima una certa dimestichezza con il tema e in seguito una certa abilità nell'approfondire e ragionare su questioni molto delicate. Nonostante l'alto grado di sofferenza raccontato, gli studenti dimostrano delle competenze grazie all'abilità di immedesimazione con la vita dei personaggi. Il gruppo ha osservato negli studenti atteggiamenti di sensibilità e di comprensione, elementi specifici dell'essere *young caregivers*, e successivamente anche maturità, responsabilità e rispetto. Queste risorse influenzano e incidono sull'identità, incrementando l'autostima e l'immagine di ragazzi coraggiosi e orgogliosi. Inoltre, le forti relazioni intra-famigliari alimentate dal *caregiving* non migliorano solo il rapporto con i membri della famiglia bensì accrescono la competenza di saper stringere relazioni affettive stabili e durature (Becker et al., 2014; Dearden et al., 2000a). Inoltre, come già affermato lungo questa trattazione, la resilienza alimenta e rafforza la motivazione e la determinazione nel perseguire i propri doveri (Cassidy et al., 2014; Mcandrew, Warne, Fallon, & Moran, 2012; Newman, 2002).

Tali risorse sono espresse attraverso il codice “competenze” e i sub-codici “capire i bisogni degli altri”, “capacità riflessive e di *problem solving*” e “resilienza”. Gli studenti hanno saputo identificare i bisogni di Anna e Marco, della mamma e del nonno, ma anche di coloro che non appartengono alla famiglia. In prima analisi descrivono come il ruolo di Marco sia volto a tutelare la sorella in modo che non rimanga sconvolta dalle condizioni della madre.

Successivamente descrivono come il nonno e la madre abbiano bisogno di continua assistenza, motivo per cui non dovrebbero essere sovraccaricati di altri problemi, e infine riescono a descrivere quali potrebbero essere i bisogni diretti di Anna e Marco (questi ultimi saranno descritti nel paragrafo successivo). Secondo gli studenti le competenze costituiscono degli strumenti che ciascuno utilizza per affrontare una situazione, come se si trattasse di un “kit per la sopravvivenza” ovvero necessario per “andare avanti”.

“Allora avere modi di fare diversi l’uno dall’altro, cioè quindi avere proprietà oppure usi che ti aiutano ad andare avanti” (Luca)

Inoltre si dimostrano anche comprensivi di coloro che invece potrebbero giudicarli per la situazione familiare.

“Oppure tipo, se.... per me se un bullo cioè va a bullizzare qualcuno non è per, non lo fa per cattiveria, perché noi non siamo nati cattivi, forse perché un amico l’ha tradito, quindi quando vede due amici che stanno insieme, lui soffre tanto però non vuole farlo vedere alla gente... quindi lui, questa cosa che c’ha nel cuore la fa con cattiveria, perché a lui...” (Fatima)

Le capacità riflessive e di *problem solving*, osservabili lungo tutta la discussione, sono espresse mediante la costruzione di scenari della vignetta. Sebbene molti esempi derivino dalla loro esperienza diretta, gli studenti hanno mostrato una buona competenza nel ragionare, confrontarsi e trovare anche delle soluzioni.

“Mettilo caso che il nonno, che ne so, va in un ospizio, ok, in una casa di riposo e magari la vita dei bambini più quella della mamma si possa riprendere e poi tutti stanno bene cioè non si sa [...]” (Francesca)

“[...] (riferito al padre) ad esempio però non so qualche volta li porta in giro un po' a svagarsi, oppure se ha tipo bisogno di qualche cosa di soldi, dal punto di vista economico comunque lui c’è, ovviamente non sempre cioè, non sempre in quel momento ma comunque c’è” (Luca)

Le competenze sono strettamente connesse al concetto di sopravvivenza e di benessere: se vogliamo andare avanti e cercare di stare tutti bene, dobbiamo obbligatoriamente individuare qualche strada percorribile che ci faccia intravedere qualche speranza per il futuro.

Più si è resilienti, maggiori sono le possibilità per affrontare questa sfida. Inoltre, la resilienza si esprime nella abilità di sapere individuare delle spiegazioni che mettano ordine e giustificano la sofferenza e i problemi. Questa modalità di sopravvivenza è stata discussa anche dal *gruppo guida* in fase di costruzione della *survey*. Alcune *co-ricercatrici* hanno spesso dichiarato che solo attraverso l'accettazione del dolore e della sofferenza è stato possibile affrontare tutte le avversità.

“Io una cosa che ho sempre pensato è che nel mondo ci sono tante persone che si lamentano sempre, magari, che ne so, c'è la guerra oppure c'è la mancanza di soldi. Cioè, nel senso, nessuno è sempre felice, ci sono anche problemi, però se fosse così che magari tutti ricchi, tutti felici, ci son sempre delle conseguenze, non è che il mondo va benissimo. Perché metta caso, tutti sono ricchi, poi tutti litigano per una certa cosa, questa cosa magari, che ne so, non ci sarà più quindi la guerra c'è sempre, perché il mondo, anche problemi, con le cose positive e le cose negative, crea un certo equilibrio. Quindi per forza nel mondo ci devono essere cose sbagliate e cose giuste, non può essere tutto giusto. È sempre una cosa che ho pensato” (Francesca)

7.5. Bisogni

Conseguentemente alle fatiche espresse a favore di Marco e di Anna, il *gruppo guida* ha individuato i bisogni connessi al *caregiving*. Le *co-ricercatrici* hanno evidenziato come a loro avviso i partecipanti al focus abbiano dimostrato diversi bisogni riferendosi ad Anna e Marco. Sicuramente gli studenti hanno manifestato l'esigenza di comprendere la situazione, con l'obiettivo di riuscire a dare un senso ai vissuti e agli avvenimenti che hanno portato la famiglia in condizioni precarie. Non solo, le *co-ricercatrici* hanno registrato da un lato il bisogno di trascorrere del tempo svagandosi e sfogandosi, dall'altro invece l'esigenza di avere dei punti di riferimento adulti, che possano effettivamente scardinare la percezione derivante dallo "*stigma by association*" (Evans et al., 2009). La presenza di persone che possano capire effettivamente la loro condizione è realizzabile anche e soprattutto mediante coloro che hanno avuto la medesima esperienza. Ciò da un lato permette di sentirsi effettivamente capiti, anche perché si parla con un linguaggio comune e di esperienze simili, e dall'altro di conoscere persone che sono "sopravvissute" dignitosamente alle difficoltà. Questo aspetto risulta essere fondamentale anche per la costruzione di interventi sociali che pongano al centro l'ascolto dei bisogni individuali e quelli della famiglia evitando di dare per scontata la situazione (Nagl-Cupal et al., 2018; Watt et al., 2017), offrendo anche occasioni di confronto con chi ha vissuto la stessa esperienza. Inoltre, si evince anche l'esigenza di avere del tempo libero, sapendo che la situazione a casa non sta precipitando (Moore et al., 2009). Infine, è stata rilevata non solo l'esigenza di essere sostenuti nei compiti di cura bensì anche quella di comprendere meglio le cause dei problemi, per riuscire ad affrontare al meglio la situazione (Nagl-Cupal et al., 2018; Watt et al., 2017).

I bisogni sono stati analizzati mediante i sub-codici "tempo, svago, divertimento", "interventi/aiuti", "bisogno di essere capiti e di sfogarsi", "bisogno di capire cosa accade". Partendo dal bisogno di avere del tempo per sé stessi, per svagarsi, per divertirsi, e di sfogarsi, gli studenti hanno commentato le esigenze di Anna e Marco prestando ancora una volta attenzione alla scuola, sapendo che si tratta di un trampolino di lancio per il loro futuro.

"Stare anche in compagnia l'uno dell'altro, anche in senso di aiutarsi a scuola ... pensare anche un po' del proprio futuro" (Luca)

"[...] hanno bisogno di tempo per loro stessi, di qualcuno e di aiuto"
(Evelyn)

“[...] più spazio, svago, più libertà, più aiuti, più tempo, più speranze come fabbisogno” (Luca)

Sfogarsi e essere capiti sono concetti connessi tra di loro: da un lato si cerca qualcuno con cui parlare senza sentirsi giudicati, dall'altro vi è l'esigenza di esprimere in qualunque modo la frustrazione e la rabbia. Per tale ragione l'idea di sfogo tuttavia è rappresentata da momenti in cui non vi è un reale dialogo con qualcuno. Alcuni affidano le sofferenze a un diario segreto, altri invece si sfogano attraverso la lettura, praticando sport, o dedicandosi ad attività domestiche, talvolta anche riversando la rabbia su altri.

“Io mi sfogo leggendo.” (Francesca)

“[...] io praticamente ho un diario di notte ci vado a scrivere cosa ho bisogno di fare e cosa avrei potuto fare” (Francesca)

“[...] uso le parole, parlo a me stessa e pulisco casa” (Evelyn)

“Io mi sfogo facendo uno sport, tipo anche il basket, il calcio o proprio insultando qualcuno” (Luca)

Anche se l'esigenza di essere capiti è molto forte, gli studenti ribadiscono che il bisogno può essere soddisfatto solo se incontri chi ha vissuto la tua stessa situazione. Questa sensazione non è solamente rivolta ai coetanei ma anche agli adulti, come è stato già detto, nei quali però è riposta scarsa fiducia.

“[...] avere il bisogno di sfogarsi con persone che possano capire la tua situazione (Francesca)”

“Non può capire... qual è il sentimento” (Fatima)

“Esatto alla fine devi parlare con persone che hanno avuto il tuo stesso problema e che magari sono riusciti ad uscire da questa situazione, quindi secondo me è così” (Francesca)

Gli studenti esplicitano anche il bisogno di ottenere degli aiuti pratici per essere esentati o supportati nelle loro funzioni. Tuttavia la ricerca di aiuto è percepita come un tradimento della famiglia stessa, poiché si teme che i problemi vengano divulgati, incrementando il senso di colpa per aver cercato sostegno e per essersi sentiti stanchi.

“Che poi nel testo non c’è scritto che loro ... Anna, per esempio, non sta 24 ore su 24 o solo dopo la scuola tutto il giorno a casa de nonno. Può essere anche l’idea che magari, che ne so, il nonno ha una badante che viene a un certo tipo di orario e poi lei magari (si libera)” (Francesca)

In sintesi le co-ricercatrici hanno concluso l’elaborazione del materiale empirico esprimendo un forte senso di dispiacere per il vissuto e le riflessioni riportate dagli intervistati. Sentire direttamente dalle parole dei potenziali *young caregivers* sentimenti di frustrazione e dispiacere ha incrementato in loro il desiderio utilizzare questo lavoro per aiutare adolescenti che si trovano in questa situazione.

8. Conclusioni

Nonostante siano stati presi in considerazione età differenti per l'analisi, la presente tesi offre un quadro di insieme del fenomeno che coinvolge un gruppo fragile della popolazione: bambini e adolescenti. L'analisi secondaria ha messo in luce i fattori strutturali (o *push and pull*) (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden et al., 2004) che amplificano la vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002), mentre la survey e il focus group hanno descritto gli elementi principali (o il *framework*) (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017) caratterizzanti i giovanissimi *caregiver* (12 anni). L'analisi condotta su due gruppi di adolescenti appartenenti a differenti fasce d'età ha permesso di descrivere l'evoluzione del fenomeno lungo il corso di vita degli stessi.

L'acquisizione di responsabilità di cura da parte degli adolescenti di 12 anni avviene con l'obiettivo di supportare la famiglia. Il bisogno emerge soprattutto in relazione alla presenza di una familiare che necessita di assistenza, a prescindere dal tipo di fragilità. Successivamente fattori di carattere economico e l'assenza di supporti sociali e scolastici intervengono ad esacerbare le conseguenze negative. Con il passare del tempo il *background* familiare, il genere e l'appartenenza a gruppi etnici minoritari influiscono sulle responsabilità di cura assunte dai minorenni a prescindere dalla presenza di familiari che necessitano di assistenza. Pertanto la fascia di età 14-17 anni viene maggiormente influenzata da condizioni strutturali della società, le quali generano ulteriore vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002). Peraltro l'assenza di un sistema di Welfare capace di supportare la famiglia nel gestire i *nuovi rischi sociali* (Esping-Andersen, 1999, 2000) comporta ulteriori condizioni di disuguaglianza sociale.

8.1. Vulnerabilità sociale

L'analisi dei dati relativi all'indagine multiscopo dell'Istat "aspetti di vita quotidiana 2015" ha contribuito a descrivere un quadro di vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002) che influisce sull'emersione del *caregiving* conseguito da bambini e adolescenti (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014).

Secondo la definizione del fenomeno dei *young caregivers*, le responsabilità di cura vengono assunte da bambini e adolescenti per rispondere al bisogno di assistenza di un familiare fragile (Becker, 2007). La causa generante di tale condizione ha importanza secondaria, il nodo centrale sono le conseguenze derivanti dalla fragilità di almeno uno dei familiari.

All'interno della presente analisi sono state utilizzate tuttavia solo variabili riconducibili a problemi di salute escludendo così altre problematiche, come la disabilità, o le dipendenze oppure problemi di natura sociale. Tuttavia le medie dei minuti dedicati al lavoro domestico e di cura, in relazione alle variabili riferite alle condizioni di salute di alcuni familiari della popolazione in esame, non subiscono variazioni particolari, come invece accade con le variabili deputate a descrivere il *background familiare*. In aggiunta anche alcune caratteristiche socio-demografiche confluiscono a costituire uno status di vulnerabilità sociale. Genere e cittadinanza hanno l'effetto di incrementare la possibilità di assumere delle responsabilità in famiglia, a volte anche a prescindere dal *background familiare*. Davanti ai *nuovi rischi sociali* le famiglie si trovano da sole ad affrontare in solitudine le difficoltà della vita quotidiana: lo Stato svolge un ruolo residuale (Esping-Andersen, 1999, 2000; Saraceno, 2009). L'imperante welfare *familiistico* italiano favorisce la difficoltà a integrare le risorse derivanti da Stato, mercato e famiglia, esacerbando la vulnerabilità (Ranci, 2010). Agli adolescenti oggetto di analisi non rimane altro che attivarsi poiché la famiglia non ha a disposizione risorse aggiuntive (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004).

L'insieme delle variabili analizzate descrivono che nel 2015 il 40% adolescenti italiani tra i 14 e i 17 anni sono stati impegnati a contribuire alla funzione di ammortizzatore sociale (Bertani, 2015), generalmente attribuita solamente ai membri adulti della famiglia. Peraltro l'8% svolge da 8 a 20 ore alla settimana e l'1% svolge più di 20 ore, per un massimo di 72 ore alla settimana di lavoro domestico e di cura. Tra questi giovanissimi risultano essere più penalizzati coloro che sono di genere femminile, svolgendo in media 1 ora e 30 minuti alla settimana in più dei coetanei del genere opposto. Inoltre si è osservato maggiore tempo dedicato alla cura, pari ad un'ora in più all'interno della settimana, fra quanti appartengono a minoranze etniche. Infine, chi proviene da famiglie con un basso *background familiare* svolge circa un'ora in più alla settimana in attività di cura rispetto alle famiglie con un livello superiore di *background*. Tale evidenza lascia intendere che non si tratta di semplice svolgimento di attività domestiche appropriate per l'età, bensì di funzioni determinanti per il benessere dell'intero nucleo familiare (Aldridge & Becker, 1994; Becker et al., 1998; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017; Newman, 2002; Wates, 2002). Il destino dei *teenagers* sembra pertanto essere segnato precocemente (Nandy & Minujin, 2012), anche perché in fasi cruciali della vita vengono amplificate disuguaglianze di genere (Decataldo & Ruspini, 2014) ed etniche (Eve et al., 2003).

Bambine e adolescenti di genere femminile vengono socializzate precocemente al lavoro di cura determinando così un loro maggiore impegno nella vita quotidiana (Hoffmann, et al., 2013; Saraceno, 2009).

Inoltre, le *seconde generazioni* sono significativamente ingaggiate nel permettere alle proprie famiglie di consolidare il loro percorso di integrazione (Aldridge, 2008; Aldridge & Becker, 1999; Diaz et al., 2007; Jones et al., 2002; Schofield & Walsh, 2010; Shah & Hatton, 1999).

Procedendo con la sintesi, si ricorda che non è stata riscontrata nessuna variazione delle medie del lavoro informale di cura in relazione all'area geografica e alla regione di residenza. Nonostante le regioni dispongano di differenti livelli di PIL e di interventi sociali per le famiglie, il fenomeno sussiste a livello nazionale, anche se non è distribuito equamente. La prospettiva *Cross-National* (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017) sottolinea che globalmente per ciascuna nazione siano presenti dal 2 all'8% di bambini e adolescenti impegnati in lavoro informale di cura non retribuito. Ne consegue che a prescindere dalle politiche di welfare, i giovanissimi con responsabilità di cura residenti in tutta Italia si trovino davanti alla condizione di non avere alternative, se non di rimboccarsi le maniche e darsi da fare.

L'indispensabile funzione di ammortizzatore sociale (Bertani, 2015), tuttavia, non viene riconosciuta e tantomeno tutelata per allievarne le conseguenze. Lo Stato pur risparmiando inizialmente, si troverà successivamente a fare i conti con futuri adulti fragili con scarse chance di partecipare attivamente alla società (Becker, 2007; Evans & Becker, 2009; Howard, 2010; Leu & Becker, 2017; Stamatopoulos, 2015).

Pertanto gli elementi che hanno un ruolo cruciale nell'emersione del fenomeno in questa fase di analisi costituiscono, come detto più volte, i cosiddetti fattori *push and pull* (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004).

È possibile affermare che le variabili riferite ai problemi di salute non presentino nessuna relazione con il lavoro domestico e di cura degli adolescenti; dimostrando che il fenomeno non dipenda da cause specifiche, ma dal bisogno di assistenza di un membro della famiglia. Al contempo l'esito permette di riflettere in maniera più ampia sui risultati dell'analisi secondaria. Infatti è possibile supporre che i fattori *push and pull* definiscano la struttura per comprendere quale sia il terreno fertile affinché un adolescente consegua responsabilità di cura. Tale condizione è l'esito di un Welfare prevalentemente *familista*, dei mutamenti demografici e della crisi economica (Esping-Andersen, 1999, 2000; Hoffmann et al., 2013;

Saraceno, 2009). I fattori *push and pull* in questo caso acquiscono le condizioni iniziali di fragilità che potrebbero favorire la germogliazione del fenomeno.

Infine, le relazioni familiari nascenti dal lavoro di cura non dovrebbero essere sfruttate e abbandonate a se stesse, ma convogliate in un sistema di Welfare di tipo sussidiario (Donati, 2007): Stato, mercato (per l'Italia il Terzo Settore) e famiglia collaborano per preservare e tutelare i beni relazionali emergenti (Donati et al., 2011).

8.2. Infanzia e adolescenza nascosta

La survey svolta in 5 scuole secondarie appartenenti a 4 Nil della Città di Milano offre l'opportunità di approfondire e di sviluppare delle riflessioni più specifiche rispetto al lavoro di cura.

I dati consentono di descrivere il *framework* di riferimento (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017) utili all'identificazione, non solo del lavoro di cura, ma anche di circoscrivere un gruppo specifico definibile come “*young caregivers*”. All'interno del *framework* troviamo le variabili riferite alla numerosità del nucleo familiare, al Nil e alla scuola frequentata. Non rientrano all'interno di questa cornice il genere, l'età e la cittadinanza. Pertanto gli elementi inizialmente individuati nell'analisi secondaria non vengono confermati (genere femminile e cittadinanza straniera). Si conferma l'ipotesi per cui si siano individuati elementi strutturali che creano solamente il terreno fertile in preparazione all'emersione del fenomeno, senza esserne l'elemento portante.

L'indagine ha permesso di sottolineare la rilevanza sia dello status socio-economico familiare sia le condizioni di fragilità a carico di uno o più membri della famiglia (co-residenti e non).

Il *gruppo guida* ha cercato di offrire un ordine di importanza a questo insieme di fattori (De Roos et al., 2017; Leu et al., 2019). Alla radice del *caregiving* è individuabile l'assenza di alternative: bambini e adolescenti esprimono il bisogno di intervenire davanti alle difficoltà espresse da un familiare, al fine di contribuire al benessere complessivo (Aldridge & Becker, 1994; Becker et al., 1998; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017; Newman, 2002; Wates, 2002). Successivamente intervengono la dimensione economica e il quartiere di residenza in termini di accesso alle risorse (economiche, sociali e relazionali). Le limitate risorse esacerbano non solo le condizioni di vulnerabilità iniziali, bensì peggiorano il decorso del *caregiving*, sviluppando la deprivazione secondaria (Kittay, 2001). Non solo viene confermata la funzione di adolescenti come ammortizzatori sociali (Bertani, 2015), anzi è possibile anche prevederne le conseguenze. Queste ultime riguardano sia il singolo

adolescente, in procinto di affrontare la transizione alla vita adulta, sia l'intera società che si troverà a gestire i costi sociali (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004) generati da persone che da sempre sperimentano la vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002).

Pertanto all'interno del *framework* di riferimento i fattori *push and pull* non possono essere considerati separatamente, ma vanno concepiti come un sistema che genera un circolo vizioso a carico dei *caregivers* e delle loro famiglie (Becker, 2007; Becker & Leu, 2014; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017). All'interno del cosiddetto *framework* è iscrivibile l'istituzione scolastica: luogo sia privilegiato per mitigare gli effetti del *caregiving* sia per implementarli (Dearden & Aldridge, 2010; Moore, McArthur, & Morrow, 2009)

Il *gruppo guida* attraverso l'indagine è riuscito a descrivere diverse modalità per l'esercizio delle responsabilità di cura, da cui sono stati teorizzati 4 profili di *caregiving*. Questi ultimi sono l'evidenza empirica del *continuum* di responsabilità: tutti gli adolescenti svolgono attività di cura ma non tutti lo fanno in maniera continuativa e soprattutto solo in pochi esibiscono delle conseguenze. Partendo dall'intensità con cui vengono svolti compiti di cura, il questionario ha rilevato diversi tipi di attività, sviluppando una comprensione più accurata delle "*Instrumental Activity of Daily Living*" e "*Activities of Daily Living*" (Becker, 2007; Morrow, 2005). Le prime si compongono principalmente di attività domestiche e di gestione della quotidianità della famiglia. Queste attività sono le più praticate dal campione ma tuttavia costituiscono anche quelle che generano meno stress. Lo stato d'animo degli adolescenti si connota negativamente quando vi è l'esercizio intenso di attività appartenente al secondo gruppo (Aldridge, 2006; Aldridge et al., 2017; Aldridge et al., 2016). In particolare, le attività di supporto emotivo e di cura diretta alla persona vengono chiamate in cause per definire profili connotati da intenso lavoro di cura. Le medie dell'indice di *caregiving* sono associate alla presenza di persone che necessitano di assistenza. Il profilo viene caratterizzato da un altro aspetto: al crescere delle medie del lavoro di cura non corrispondono necessariamente stato d'animo negativi. Pertanto, nel campione si possono osservare 4 modalità di espletamento delle funzioni di cura: alto lavoro di cura e stato d'animo (o mood) positivo, alto lavoro di cura e stato d'animo (o mood) negativo, basso lavoro di cura e stato d'animo (o mood) positivo, basso lavoro di cura e stato d'animo (o mood) negativo (**Errore. L'origine riferimento non è stata trovata.**). L'aver individuato quattro profili che descrivono diverse tipologie di *caregiving* e di stato d'animo, non implica affermare che tutti i 424 adolescenti intervistati siano *young caregivers*. Tuttalpiù i profili permettono di comprendere il fenomeno e di identificare quali siano gli elementi predittivi

di eventuali condizione di deprivazione secondaria (Kittay, 2001). Infatti, grazie all'approfondimento dei profili stessi, il gruppo ha potuto identificare una parte del campione come potenziali *young caregivers*. Mediante il supporto della letteratura, si ipotizza che il 6% degli studenti intervistati siano riconducibili al cosiddetto “*hidden group*”. Per raggiungere questa evidenza sono stati compiuti dei passaggi preliminari.

I profili si distinguono per intensità dell'esercizio di cura e per il conseguente stato d'animo. In aggiunta vengono caratterizzati per le conseguenze sulla vita quotidiana: dalla scuola ai progetti per il futuro. Tuttavia non è stato possibile osservare ingenti conseguenze in queste aree: basso rendimento scolastico oppure ridotta socializzazione e tempo libero (Dearden & Aldridge, 2010; Moore et al., 2009). I principali *outcomes* sono associati allo stato d'animo generato dalle responsabilità a prescindere dall'intensità del *caregiving*. Pertanto i profili caratterizzati da “alto” lavoro di cura definiscono l'esercizio dei compiti in modo assiduo, in particolare di attività di supporto emotivo e di cura della persona. Le attività aumentano in presenza di una persona che richiede assistenza. Quelli caratterizzati da uno stato d'animo negativo hanno dimostrato una generale insoddisfazione nella frequentazione scolastica e del proprio stato di salute. Allo stesso tempo non sono soddisfatti del rapporto con i genitori, con gli insegnanti e con i compagni di classe. Infine, gli appartenenti ai profili con “*mood*” negativo, seppur pensino intensamente al raggiungimento dei 18 anni, non si aspettano un futuro roseo. Il *gruppo guida* ha stabilito che a fronte delle caratteristiche presentate, coloro che appartengono al profilo “alto *caregiving* di cura e *mood* negativo” e che hanno dichiarato di avere effettivamente una persona richiedente di assistenza, sono identificabili come *young caregivers*, ovvero il 6% del campione. Per le *co-ricercatrici* è necessario comunque non trascurare gli altri profili, in particolare coloro che pur avendo un *mood* positivo hanno un alto *caregiving*. Secondo le *ex- young caregivers* potrebbero sviluppare problemi nel lungo periodo, a differenza del profilo precedente che potrebbe invece avere bisogno nell'immediato.

8.3. La bontà sofferente

Il percorso realizzato mediante il focus group, seppur abbia previsto la partecipazione di solo 4 studenti delle scuole secondarie di I grado, ha consentito di realizzare un ulteriore approfondimento sul tema. La sintesi del contenuto e della sua relativa analisi può essere espressa mediante la seguente espressione: *bontà sofferente*. Nonostante gli studenti fossero guidati da una vignetta (cap. 4), hanno compiuto un'attenta analisi sia dei fattori *push and pull* (Becker, 2007; Becker et al., 1998; Dearden & Becker, 2004) che delle conseguenze

(Dearden & Becker, 2004; Kaiser et al., 2015; Knecht et al., 2015; Nagl-Cupal et al., 2014)(Dearden & Becker, 2004; Kaiser et al., 2015; Knecht et al., 2015; Nagl-Cupal et al., 2014) . Il focus group ha permesso di comprendere ulteriormente come l'assenza di alternative spinga all'iniziativa in caso di vulnerabilità sociali (Castel, 1997; Ranci, 2002). La ricerca del benessere per la famiglia indirizza i *young caregivers* a rispondere alla chiamata d'aiuto (esplicita e non); tuttavia l'attivazione corrisponde ad un ingente sacrificio tramutandosi in una condizione di sopravvivenza. Non è necessario che i *young caregivers* siano consapevoli delle conseguenze derivanti dal loro sacrificio, piuttosto risultano essere coscienti dell'esigenza e dell'indispensabilità del loro ruolo. In queste circostanze emerge la "bontà sofferente".

Da un lato vi è la ricerca del benessere perché vi è la necessità di sostenere la famiglia, dall'altro la frustrazione e la stanchezza derivanti dal carico di cura.

Infine, nonostante nell'immaginario comune i *teenagers* siano ritratti in posizione subalterna agli adulti, dimostrano di essere capaci di contribuire in famiglia e di essere coscienti delle esigenze. La *agency* "nascosta" agli occhi degli adulti consente di decidere in prima persona e di partecipare al conseguimento del bene collettivo (Butler & Astbury, 2005; Evans & Becker, 2009; Warren, 2007)

8.4. Alcune proposte operative

A seguito dell'intero processo di ricerca il *gruppo guida* ha riflettuto a lungo sulle modalità di sostegno da offrire ai protagonisti della ricerca. Risulta cruciale il ruolo della scuola e degli insegnanti, i quali hanno sia la possibilità sia il dovere di intervenire affinché non si dia luogo al peggioramento della situazione. Oltre a prevedere formazione e sensibilizzazione sul tema, è necessario che la scuola non rimanga isolata allo scopo di sviluppare reti di sostegno (Cassidy et al., 2014; Dearden & Aldridge, 2010; Moore et al., 2009; Pakenham et al., 2007) con gli organi del territorio.

Secondo le *co-ricercatrici*, gli interventi e i progetti sociali dovrebbero ambire alla formulazione di aiuti ad ampio respiro. Si propone sia un supporto psicologico sia un confronto tra pari, come per esempio gruppi di auto-mutuo aiuto. La dimensione dello scambio alla pari permette un reale confronto senza sentirsi giudicati e avendo la percezione di sentirsi capiti (Moore et al., 2009). Infatti, secondo le *co-ricercatrici* il mero aiuto psicologico verrebbe percepito come distante e poco affine alla vita dei *young caregivers*. Davanti a queste considerazioni il gruppo guida ha valutato l'esigenza di interventi

multidisciplinari a domicilio che provvedano ad alleggerire il carico di lavoro (Moore et al., 2007) senza però mettere da parte il minore (Nagl-Cupal et al., 2018; Watt et al., 2017).

8.5. Considerazioni conclusive

La ricerca condotta insieme a *gruppo guida* ha consentito di porre l'attenzione sul fenomeno del *caregiving* svolto da bambini e adolescenti.

Il loro preziosissimo lavoro di cura fatica ad emergere ed a essere riconosciuto in virtù della posizione di sub-alternanza agli adulti e perché considerati privi di *agency* (James et al., 1998, 2002; Satta, 2012). In generale le politiche dell'infanzia promuovono servizi più che altro utili per i genitori e con lo scopo di crescere il “cittadino del futuro” (Belotti et al., 2010).

Nonostante le scelte politiche occidentali siano in contrapposizione con la *nuova sociologia della infanzia* (James et al., 1998, 2002; Satta, 2012), queste disattendono comunque i loro obiettivi. Sebbene guardino al futuro, il loro disinteresse al presente, soprattutto in presenza di ingenti compiti di cura, produce l'effetto di complicare la transizione alla vita adulta (Aldridge & Becker, 1993; Becker & Becker, 2008; Cassidy et al., 2014; Dearden & Becker, 2000; Rose & Cohen, 2010). In sintesi lo Stato risparmia nell'immediato ma perde in prospettiva futura avendo contribuito a trasmettere le condizioni di vulnerabilità sociale (Castel, 1997; Ranci, 2002) alle “future generazioni”. Non essere riconosciuti come parte integrante nella produzione del benessere familiare (Aldridge & Becker, 1994; Becker et al., 1998; Evans & Becker, 2009; Leu & Becker, 2017; Newman, 2002; Wates, 2002), rende i *young caregivers* un gruppo nascosto e invisibile. La posizione di subalternanza agli adulti, proprio perché “minorenni”, rende ancora più complicato accettare che non solo dispongano di *agency* (James et al., 1998, 2002; Satta, 2012) ma che per di più siano indispensabili sia alla famiglia che alla società. Pertanto i *young caregivers* subiscono una doppia ingiustizia. Già di per sé l'infanzia genera disuguaglianza a causa sia della subalternanza agli adulti e ai loro processi decisionali (*ibidem*), sia perché bambini e adolescenti sono considerati solo in prospettiva futura e non nel presente (Belotti & La Mendola, 2010). Per di più l'assenza di riconoscimento del ruolo di *caregivers* induce negli stessi la tendenza a nascondersi per “tutelarsi” e per la “vergogna”. Da un contesto di vulnerabilità iniziale si generano le basi per far germogliare sia disuguaglianza quotidiana che futura. Questa doppia ingiustizia è iscrivibile nelle circostanze di mancato riconoscimento e rispetto dei diritti sanciti dalla Convenzione internazionale del/lla fanciullo/a. In uno dei primi incontri del *gruppo guida*, le *co-ricercatrici* hanno fatto inaspettatamente riferimento alla loro infanzia e adolescenza

per mezzo della Convenzione, descrivendole come momento buio e privo del rispetto delle norme internazionali.

Infine, il focus group ha consentito di verificare delle conseguenze che attraverso l'analisi secondaria e la survey invece non erano emerse. La socialità e il tempo libero vengono dibattuti all'interno del focus: da un lato vi è la scarsa fiducia verso i pari e gli adulti, dall'altro invece viene espresso il rammarico per non godere della libertà come i coetanei. Apparentemente le famiglie godono di relazioni estese con parenti e vicini di casa, anche in condizioni di sofferenza (si vedano cap. 5 e cap. 6). A pagarne il prezzo, tuttavia, sono i *young caregivers*, i quali rinunciano ad una fetta importante per la loro vita.

8.6. From participant as actor to participant led

Come descritto nel capitolo 4, la ricerca si è sviluppata mediante un *approccio partecipativo* (Aldridge, 2015; Cornwall et al., 1995; Cornwall & Jewkes, 2010; Littlechild & Tanner, 2015) che ha visto la collaborazione delle co-ricercatrici (Cornwall et al., 1995; Lushey et al., 2015; Redmond, 2005), con le quali si è costituito il *gruppo guida* (Pancioli, 2019).

La sperimentazione del lavoro di gruppo nella conduzione di una ricerca ha comportato sia risorse che limiti.

La partecipazione dell'“oggetto di ricerca” sin dalle prime fasi di lavoro ha permesso di acquisire velocemente un notevole bagaglio di informazioni utili per conoscere il fenomeno. I contributi hanno permesso di sviluppare strumenti di ricerca indirizzati a individuare specifiche informazioni senza attendere le fasi successive. Per esempio, durante la preparazione del questionario il *gruppo guida* ha ragionato a lungo sul tema delle prospettive future di vita al compimento dei 18 anni, aspetto trattato diversamente in letteratura.

Non solo, il contributo delle co-ricercatrici è risultato cruciale anche per gestire e commentare risultati inaspettati a tutti i livelli di ricerca. La potenzialità della loro partecipazione concerne l'aver a disposizione la voce dell'oggetto di ricerca anche nei momenti successivi alla rilevazione, permettendo di chiarire o approfondire passaggi.

La conoscenza del fenomeno ha seguito un percorso graduale da parte della ricercatrice, la quale aveva delle conoscenze derivanti solo dalla letteratura. In assenza delle *co-ricercatrici* la ricerca si sarebbe sviluppata in difesa delle famiglie, rischiando di normalizzare le responsabilità di cura conseguite da bambini e adolescenti. Le riflessioni, soprattutto quelle iniziali, hanno permesso di ampliare la prospettiva e di individuare sia criticità sia risorse derivanti dalle condizioni di vulnerabilità e dal lavoro di cura.

Tuttavia l'applicazione dell'*approccio partecipativo* a un disegno di ricerca predefinito ha richiesto un sacrificio alla creatività delle co-ricercatrici. Le persone coinvolte hanno dimostrato sin da subito entusiasmo e voglia nel realizzare la ricerca proponendo strade e scenari diversi. Davanti alle richieste e ai percorsi proposti, la ricercatrice ha faticato a riportarle sul lavoro previsto chiedendo di fare un passo indietro su qualcosa che non era negoziabile.

Se il lavoro di gruppo genera da un lato ricchezza dall'altro lato richiede un notevole dispendio di energia e di tempo. La gran parte delle decisioni, anche operative, relative alla ricerca sono state prese in gruppo. Si sono così allungati i tempi e i processi di lavoro. Sono conseguite perciò continue rivisitazioni e riflessioni su questioni già affrontate, talvolta molto tempo addietro.

La collaborazione nella realizzazione di una ricerca complessa e con strumenti quantitativi non ha dato esito a un percorso lineare e veloce. Le co-ricercatrici si sono dovute confrontate anche con un mondo distante dal loro. La costruzione del questionario e l'analisi dei dati ha richiesto certamente un notevole sforzo. La passione e la motivazione per la ricerca hanno permesso di superare gli ostacoli seguendo la ricercatrice anche in ragionamenti difficili e duri. Per esempio a volte il gruppo ha discusso per molto tempo per costruire una singola domanda prestando estrema attenzione nell'individuare parole ed esempi ottimali. Ancora più delicata è stata l'analisi dei dati di tipo quantitativo. Essendo presenti in letteratura scarsissime indicazioni su come compiere questo processo con un approccio partecipativo, si è proceduto per tentativi ed errori. Il desiderio di garantire la totale partecipazione delle co-ricercatrici a volte ha rischiato di rallentarla. La condivisione di alcune questioni tecniche ha appesantito il ragionamento e reso più complicata la formulazione di una riflessione. Inoltre, l'inesperienza della ricercatrice ha sicuramente influito sul processo.

Nonostante le criticità presentate, il *gruppo guida* ha saputo costruire due strumenti (questionario e vignetta) capaci di generare l'effetto desiderato. Il questionario si è infatti dimostrato realmente capace di identificare i potenziali *caregivers* (basti pensare ai partecipanti del *focus group*); in futuro potrebbe essere usato (con le dovute modifiche) come strumento di screening utile a scuole e a servizi sociali. La vignetta, invece, ha permesso agli intervistati di aprirsi e confrontarsi con la sicurezza di non dover parlare in prima persona. Infine, il desiderio di partecipazione è rimasto in loro costante lungo tutto il percorso nonostante il carico di lavoro richiesto loro, poiché hanno manifestato il desiderio di utilizzare i risultati della ricerca per sostenere gli attuali *caregivers*. Il gruppo ha iniziato a ragionare sul suo futuro immaginando anche scenari ulteriori per la ricerca, passando quindi

da un livello di *participant as actor* a *participant led* (Aldridge, 2015). Infatti, in questa fase le co-ricercatrici stanno guidando la ricercatrice ad un percorso da seguire, sia in termini di ricerca sia in termini di azioni sociali da realizzare (*ibidem*).

Bibliografia

- A. – A. A. for P. O. (2016, January). *Standards Definitions. Final Dispositions of Case Codes and Outcome Rates for Surveys, 9th edition, Aapor*. Retrieved from https://www.aapor.org/AAPOR_Main/media/publications/Standard-Definitions20169theditionfinal.pdf
- Abma, T., Nierse, C. J., & Widdershoven, G. A. M. (2009). *Patients as Partners in Responsive Research: Methodological Notions for Collaborations in Mixed Research Teams*. 401–415.
- Abma, Tineke, Banks, S., Cook, T., Dias, S., Madsen, W., Springett, J., & Wright, M. T. (2019). Participatory Research for Health and Social Well-Being. In *Participatory Research for Health and Social Well-Being* (pp. C1–C1). https://doi.org/10.1007/978-3-319-93191-3_13
- Abraham, K., & Aldridge, J. (2010). The Mental Well-being of Young Carers in Manchester. Who Cares About Me? In *Loughborough Univeristy - Department of Social Science*. Retrieved from http://info.lut.ac.uk/microsites/socialsciences/ycrg/youngCarersDownload/MCF_Full_Report_2.pdf
- Acocella, I. (2008). *Il focus group : teoria e tecnica*. Milano: Franco Angeli.
- Acocella, I. (2012). The focus groups in social research: Advantages and disadvantages. *Quality and Quantity*, 46(4), 1125–1136. <https://doi.org/10.1007/s11135-011-9600-4>
- Adams, R., Dominelli, L., & Payne, M. (2009). *Practising social work in a complex world*. London: Macmillan International Higher Education.
- Agustoni, A., Alietti, A., & Cucca, R. (2015). Neoliberalismo, migrazioni e segregazione spaziale : politiche abitative e mix sociale nei casi europeo e italiano. *Sociologia urbana e rurale : XXXVII, 106, 2015*. <https://doi.org/10.3280/SUR2015-106009>
- Alderson, P., & Morrow, V. (2011). *The ethics of research with children and young people : a practical handbook*. Retrieved from <http://login.proxy.unimib.it/login?url=http://methods.sagepub.com/book/ethics-of-research-with-children-and-young-people>
- Aldridge, J. (2006). Children Living with and Caring for Parents with Mental Illness. *Child Abuse Review*, Vol. 15, pp. 79–88. <https://doi.org/10.1002/car.904>
- Aldridge, J. (2008). All work and no play? Understanding the needs of children with caring responsibilities. *Children and Society*, 22(4), 253–264. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2007.00094.x>
- Aldridge, J. (2014). Working with vulnerable groups in social research: dilemmas by default and design. *Qualitative Research*, 14(1), 112–130. <https://doi.org/10.1177/1468794112455041>
- Aldridge, J. (2015). *Participatory Research. Working with vulnerable groups in research and practice*. Bristol: Policy Press.
- Aldridge, J. (2017). Where are we now? Twenty-five years of research, policy and practice on young carers. *Critical Social Policy*, 38(1), 026101831772452. <https://doi.org/10.1177/0261018317724525>
- Aldridge, J., & Becker, S. (1993). Punishing Children for Caring: The Hidden Cost of Young Carers. *Children & Society*, 7(4), 376–387. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.1993.tb00293.x>
- Aldridge, J., & Becker, S. (1994). My child, my carer: the parents' perspective.

Loughborough Univeristy - Department of Social Science.

- Aldridge, J., & Becker, S. (1996). Disability Rights and the Denial of Young Carers: The Dangers of Zero-Sum Arguments. *Critical Social Policy*, 16(55).
<https://doi.org/10.3868/s050-004-015-0003-8>
- Aldridge, J., & Becker, S. (1999). Children as carers: The impact of parental illness and disability on children's caring roles. *Journal of Family Therapy*, 21(3), 303–320.
<https://doi.org/10.1111/1467-6427.00121>
- Aldridge, J., & Becker, S. (2003). *Children caring for parents with mental illness: Perspectives of young carers, parents and professionals*. Policy Press.
- Aldridge, J., Cheesbrough, S., Harding, C., Webster, H., & Taylor, L. (2017). The Lives of Young Carers in England. Omnibus survey report. In *Government Social Research*. Retrieved from
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/582575/Lives_of_young_carers_in_England_Omnibus_research_report.pdf
- Aldridge, J., Cheesbrough, S., & Harding, C. (2017). The lives of young carers in England: omnibus survey report: research report. *Government Social Research*, (January), 59. Retrieved from <https://www.gov.uk/government/publications/the-lives-of-young-carers-in-england>
- Aldridge, J., Cheesbrough, S., Harding, C., Webster, H., & Taylor, L. (2016a). The lives of young carers in England: omnibus survey report: research report. *Loughborough University Institutional Repository*, 59. Retrieved from
<https://www.gov.uk/government/publications/the-lives-of-young-carers-in-england>
- Aldridge, J., Cheesbrough, S., Harding, C., Webster, H., & Taylor, L. (2016b). *The lives of young carers in England: omnibus survey report. Research brief*. Retrieved from
<https://dspace.lboro.ac.uk/2134/24037>
- Allegri, E. (2015). *Il servizio sociale di comunità*. Roma: Carocci Faber.
- Amaturo, E., & Punziano, G. (2016). *I Mixed Methods nella ricerca sociale*. Roma: Carocci.
- Ambrosini, M., & Molina, S. (2004). *Seconde generazioni: un'introduzione al futuro dell'immigrazione in Italia*. Torino: Fondazione Giovanni Agnelli.
- Amestein, S. R. (1979). Eight rungs on the ladder of citizen participation. *Journal of The American Institute of Planners*.
- Appadurai, A. (2014). *Il futuro come fatto culturale : saggi sulla condizione globale (Culture e)*. Milano: Cortina.
- Archer, M. S. (2003). *Structure, agency, and the internal conversation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Arnkil, T. E., & Seikkula, J. (2015). Developing dialogicity in relational practices: Reflecting on experiences from open dialogues. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(1), 142–154. <https://doi.org/10.1002/anzf.1099>
- Atkinson, D. (2005). *Research as Social Work : Participatory Research in Learning Disability*. 425–434. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch189>
- Avancini, G. (2019a). Caring for a person with dementia : The results of a participatory research study. *Relational Social Work*, 3(April), 50–67.
<https://doi.org/10.14605/RSW311904>
- Avancini, G. (2019b). *Conoscere le prime fasi della demenza. Una ricerca partecipativa con anziani e caregiver*. Trento: Erickson.
- Balbo, L. (1982). Patchwork: una prospettiva sulla società di capitalismo maturo. In *In*

- Balbo L., Bianchi M., Ricomposizioni. *Il lavoro di servizio nella società della crisi*. Milano: Franco Angeli.
- Banks, P., Cogan, N., Riddell, S., Deeley, S., Hill, M., & Tisdall, K. (2002). Does the covert nature of caring prohibit the development of effective services for young carers? *British Journal of Guidance & Counselling*, 30(3), 229–246. <https://doi.org/10.1080/030698802100002281>
- Barbaranelli, C., & D'Olimpio, F. (2006). *Analisi dei dati con SPSS (Vol. 2)*. Milano: Led.
- Barbiano di Belgiojoso, E., & Rimoldi, S. (2006). Povertà e immigrazione straniera: resoconto dell'esperienza di un'indagine pilota nella realtà Lombarda. In *Le Dimensioni della povertà: strumenti di misura e politiche*.
- Barbour, R., & Kitzinger, J. (2011). Are Focus Groups Suitable for 'Sensitive' Topics? In *Developing Focus Group Research* (pp. 47–63). <https://doi.org/10.4135/9781849208857.n4>
- Bárcena-Martín, E., & Pérez-Moreno, S. (2017). Immigrant–native gap in poverty: a cross-national European perspective. *Review of Economics of the Household*, 15(4), 1105–1136. <https://doi.org/10.1007/s11150-015-9321-x>
- Barker, J., & Welker, S. (2003). "Is it Fun?" Developing Children Centred Research Methods. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(1), 6–8. <https://doi.org/10.16309/j.cnki.issn.1007-1776.2003.03.004>
- Barnes, M. (1999). *Utenti, carer e cittadinanza attiva : politiche sociali oltre il Welfare state*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05062a&AN=bic.000045678&site=eds-live>
- Barone, C., Lucchini, M., & Schizzerotto, A. (2011). Career mobility in Italy: A growth curves analysis of occupational attainment in the twentieth century. *European Societies*, 13(3), 377–400. <https://doi.org/10.1080/14616696.2011.568254>
- Barry, M. (2011). 'I realised that I wasn't alone': the views and experiences of young carers from a social capital perspective. *Journal of Youth Studies*, 14(5), 523–539. <https://doi.org/10.1080/13676261.2010.551112>
- Barter, C., & Renold, E. (2000). "I wanna tell you a story": Exploring the application of vignettes in qualitative research with children and young people. *International Journal of Social Research Methodology*, 3(4), 307–323. <https://doi.org/10.1080/13645570050178594>
- Bartlett, R., Hick, C., Houston, A., Gardiner, L., & Wallace, D. (2015). Privileging place: Reflections on involving people with dementia in a residency. *Dementia*, 14(6), 788–799. <https://doi.org/10.1177/1471301213512116>
- Becker, S. (2007). Global perspectives on children's unpaid caregiving in the family: Research and policy on "young carers" in the UK, Australia, the USA and sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*, 7(1), 23–50. <https://doi.org/10.1177/1468018107073892>
- Becker, S. (2008). Informal family cares. In K. Wilson, G. Ruch, M. Lymbery, A. Cooper, S. Becker, A. Brammer, ... R. Smith (Eds.), *Social Work: An introduction to contemporary practice* (p. 748). Harlow: Pearson Education.
- Becker, S., Aldridge, J., & Dearden, C. (1998). *Young carers and their families*. Retrieved from <http://sro.sussex.ac.uk/id/eprint/74970>
- Becker, S., & Becker, F. (2008). Service needs and delivery following the onset of caring amongst children and young adults: evidence based review. *Sociology The Journal Of*

- The British Sociological Association*, 41. Retrieved from <http://saulbecker.co.uk>
- Becker, S., Dearden, C., & Aldridge, J. (2000). Young carers in the UK: research, policy and practice. *Research, Policy and Planning*, 8(2), 13–22.
- Becker, S., & Leu, A. (2014). Young carers. *Oxford Bibliography*, 1. Retrieved from <http://www.oxfordbibliographies.com/view/document/obo-9780199772810/obo-9780199772810-0003.xml>
- Beebeejaun, Y., Durose, C., Rees, J., Richardson, J., & Richardson, L. (2014). “Beyond text”: Exploring ethos and method in co-producing research with communities. *Community Development Journal*, 49(1), 37–53. <https://doi.org/10.1093/cdj/bst008>
- Bell, K. (2013). Participants’ motivations and co-construction of the qualitative research process. *Qualitative Social Work*, 12(4), 523–539. <https://doi.org/10.1177/1473325011429020>
- Belotti, V., & La Mendola, S. (2010). *Il futuro nel presente: Per una sociologia delle bambine e dei bambini*. *Guerini scientifica*. (V. Belotti & S. La Mendola, Eds.). Milano: Guerini scientifica.
- Beresford, P. (2000). Service Users’ Knowledges and Social Work theory: conflict or collaboration? *British Journal of Social Work*, 30, 489–503.
- Beresford, P. (2010). Re-Examining Relationships Between Experience, Knowledge, Ideas and Research: A Key Role for Recipients of State Welfare and Their Movements. *Social Work & Society*, 8(1), 6–21. Retrieved from <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0009-11-26956>
- Bergold, J., & Thomas, S. (2012). Participatory Research Methods : A Methodological Approach in Motion. *Historische Sozialforschung*, 37(4), 191–222.
- Bertani, M. (2015). *Famiglia e politiche familiari in Italia. Conseguenze della crisi e nuovi rischi sociali: Conseguenze della crisi e nuovi rischi sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Bertozzi, R. (2007). La ricerca partecipata di Save the Children con i minori migranti. In *Minori al lavoro. Il caso dei minori migranti* (pp. 117–176). Roma: Ediesse.
- Bertozzi, R. (2010). A Participatory Approach to Research with Migrant Working. *Migration Letters*, 7(1), 57–67.
- Besozzi, E., Colombo, M., & Santagati, M. (2009). *Giovani stranieri, nuovi cittadini. Le strategie di una generazione ponte*. Milano: FrancoAngeli.
- Bettio, F., & Plantenga, J. (2004). Comparing Care Regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85–113+187. <https://doi.org/10.1080/1354570042000198245>
- Bettio, F., Simonazzi, A., & Villa, P. (2006). Change in care regimes and female migration: The “care drain” in the Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271–285. <https://doi.org/10.1177/0958928706065598>
- Biolcati Rinaldi, F., & Vezzoni, C. (2012). *L’analisi secondaria nella ricerca sociale: Come rispondere a nuove domande con dati già raccolti*. Bologna: il Mulino.
- Bloor, M. (2010). The Researcher’s Obligation to bring about Good. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 9(1), 17–20. <https://doi.org/10.1177/1473325009355616>
- Bloor, M., & Wood, F. (2006). *Keywords in qualitative methods : a vocabulary of research concepts*. Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Boccaletti, L. (2013). *Giovani Caregiver familiari. I primi risultati del progetto Toyac*.
- Boccaletti, L. (2014). Sostenere i giovani con responsabilità di cura. *Welfare Oggi*, Vol. 4, p. 4. Santarcangelo di Romagna: PeriodiciMaggioli.it.

- Boccaletti, L., Mattioli, E., & Mazzocchi, F. (2014). *I giovani con responsabilità di cura in Italia*. 1–33.
- Booth, Tim, & Booth, W. (1998). Resilience and competence. In Timothy Booth & W. Booth (Eds.), *Growing up with Parents Who Have Learning Difficulties* (pp. 20–92). London: Routledge.
- Braye, S., & McDonnell, L. (2013). Balancing powers: university researchers thinking critically about participatory research with young fathers. *Qualitative Research*, 13(3), 265–284. <https://doi.org/10.1177/1468794112451012>
- Briziarelli, M. (2013). The Moral Neoliberal: Welfare and Citizenship in Italy. In *Journal of Modern Italian Studies* (Vol. 18). <https://doi.org/10.1080/1354571x.2013.810832>
- Brooks, J., & King, N. (2014). Doing Template Analysis: Evaluating an End-of-Life Care Service. *Doing Template Analysis: Evaluating an End-of-Life Care Service*. <https://doi.org/10.4135/978144627305013512755>
- Buoni, S. (2018). “Quando mamma o papà hanno qualcosa che non va.” *Miniguida alla sopravvivenza per i figli di genitori con un disturbo mentale*. (Le collana). Terni: Umbria Volontariato Edizioni.
- Butler, A. H., & Astbury, G. (2005). The caring child: an evaluative case study of the Cornwall Young Carers project. *Children & Society*, 19(4), 292–303. <https://doi.org/10.1002/chi.851>
- Butler, I. (2002). A Code of Ethics for Social Work and Social Care Research. *British Journal of Social Work*, 32(2), 239–248. <https://doi.org/10.1093/bjsw/32.2.239>
- Butler, I. (2003). Doing good research and doing it well: Ethical awareness and the production of social work research. *Social Work Education*, 22(1), 19–30. <https://doi.org/10.1080/02615470309126>
- Calcaterra, V. (2014). *Il portavoce del minore: Manuale operativo per l'advocacy professionale*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: il Mulino.
- Carey, M. (2011). Should I Stay or Should I Go? Practical, Ethical and Political Challenges to ‘Service User’ Participation within Social Work Research. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 10(2), 224–243. <https://doi.org/10.1177/1473325010362000>
- Caselli, M. (2010). *Indagare con il questionario. Introduzione alla ricerca sociale di tipo standard* (Trattati e). Milano: V&P.
- Cassidy, T., Giles, M., & McLaughlin, M. (2014). Benefit finding and resilience in child caregivers. *British Journal of Health Psychology*, 19(3), 606–618. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12059>
- Castel, R. (1997). Diseguaglianze e vulnerabilità sociale. *Rassegna Italiana Di Sociologia*, 38(1), 41–56. <https://doi.org/10.1423/2446>
- Cataldi, S. (2009). *Come si analizzano i focus group*. Milano: Franco Angeli.
- Chaplin, J. E., Koopman, H. M., Schmidt, S., Bullinger, M., Petersen, C., Baars, R., ... Müller-Godeffroy, E. (2008). DISABKIDS Smiley questionnaire: The TAKE 6 assisted health-related quality of life measure for 4 to 7-year-olds. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 173–180. <https://doi.org/10.1002/cpp.570>
- Charlesworth, L. W., & Rodwell, M. K. (1997). Focus groups with children: A resource for sexual abuse prevention program evaluation. *Child Abuse and Neglect*, 21(12), 1205–1216. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(97\)00095-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(97)00095-1)
- Checkoway, B. (2011). What is youth participation? *Children and Youth Services Review*,

- 33(2), 340–345. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2010.09.017>
- Ciccarelli, N., & Van Soest, A. (2018). Informal Caregiving, Employment Status and Work Hours of the 50+ Population in Europe. In *Economist (Netherlands)* (Vol. 166). <https://doi.org/10.1007/s10645-018-9323-1>
- Cleaver, H., & Nicholson, D. T. (2007). The Provision of Services and Outcomes for Children. In *Parental Learning Disability and Children's Needs: Family Experiences and Effective Practice* (pp. 65–104). London and Philadelphia: Jessica Kingsley.
- Collins, S. B. (2005). An understanding of poverty from those who are poor. *Action Research*, 3(1), 9–31. <https://doi.org/10.1177/1476750305047983>
- Colombo, E., Domaneschi, L., & Marchetti, C. (2009). *Una nuova generazione di italiani. L'idea di cittadinanza tra i giovani figli di immigrati*. Milano: FrancoAngeli.
- Cook, T. (2012). Where Participatory Approaches Meet Pragmatism in Funded (Health) Research: The Challenge of Finding Meaningful Spaces. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13(1).
- Cooke, B., & Kothari, U. (2001). Participation: :the case for participation as tyranny. In B. Cooke & U. Kothari (Eds.), *The New Tyranny?* (pp. 1–15). London: Zed Books.
- Corbetta, P. (1999). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- Corbetta, P. (2014). *Metodologia e tecniche della ricerca sociale / Piergiorgio Corbetta*. Bologna: il Mulino.
- Corbetta, P., Gasperoni, G., & Pisati, M. (2001). *Statistica per la ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- Cornwall, A, Jewkes, R., Jewkes-, R., Wcjh, L., Promotion, H., Unit, S., & Medicine, T. (1995). What is participatory research? *Soc Sci Med*, 41(12), 1667–1676. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00127-s](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00127-s)
- Cornwall, Andrea, & Jewkes, R. (2010). Erratum to: “What is participatory research.” *Social Science and Medicine*, 70(5), 794. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.005>
- Costa, G. (2007). *Quando qualcuno dipende da te. Per una sociologia della cura*. Roma: Carocci.
- Costa, G. (2013). Long-term care Italian policies: A case of inertial institutional change. In R. Costanzo & E. Pavolini (Eds.), *Reforms in long-term care policies in Europe : investigating institutional change and social* (pp. 221–241). New York: Springer.
- Costa, G., & Ranci, C. (2010). Disability and Caregiving: A Step Toward Social Vulnerability? In *Social Vulnerability in Europe* (pp. 159–185). London: Palgrave Macmillan.
- Cozzolino, M. (2014). MOTIVAZIONE ALLO STUDIO E DISPERSIONE. In *Strumenti per il lavoro psico-sociale ed educativo*. Milano: Franco Angeli.
- Cree, V. E. (2003). Worries and problems of young carers: issues for mental health. *Child Family Social Work Family Social Work*, 8(4), 301–309.
- Creswell, J. W., & Creswell, J. W. (2017). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Cunningham, L. C., Shochet, I. M., Smith, C. L., & Wurfl, A. (2017). A qualitative evaluation of an innovative resilience-building camp for young carers. *Child & Family Social Work*, 22(2), 700–710. <https://doi.org/10.1111/cfs.12286>
- Dalrymple, J., & Horan, H. (2010). L'advocacy nella tutela minorile. *Lavoro Sociale*, 2, 195–211.

- de Boer, A., & de Roos, S. (2016). *Well-being and support of adolescent's with a chronically ill family member*.
- De Leonardis, O. (1996). I welfare mix. Privatismo e sfera pubblica. *Stato e Mercato*, 51(75).
- De Lillo, A., Argentin, G., Lucchini, M., Sarti, S., & Terraneo, M. (2007). *L'analisi multivariata per le scienze sociali*. Milano: Pearson Education.
- De Roos, S. A., De Boer, A. H., & Bot, S. M. (2017). Well-being and Need for Support of Adolescents with a Chronically Ill Family Member. *Journal of Child and Family Studies*, 26(2), 405–415. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0574-7>
- Dearden, C., & Aldridge, J. (2010). Young Carers : Needs , Rights and Assessments. *The Children World: The Comprehensive Guide to Assessing Children in Need*, 214–228.
- Dearden, C., & Becker, S. (1998). *Young carers in the United Kingdom: A profile*. (Carers Nat). London.
- Dearden, C., & Becker, S. (2000a). *Growing up Caring: Vulnerability and Transition to Adulthood – Young Carers' Experiences* (Leicester).
- Dearden, C., & Becker, S. (2000b). *Young carers' transitions into adulthood*. (June), 626–630.
- Dearden, C., & Becker, S. (2003). Young Carers and Education. *Carers UK*, 1–27. Retrieved from http://oxfordsfx.hosted.exlibrisgroup.com/oxford?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%2526+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%2526+Theses%253A+UK+%2526+Ireland&atitle=&title=Young+carers+and+education
- Dearden, C., & Becker, S. (2004). Young carers in the UK : The 2004 report. *Carers UK*, 18.
- Dearden, C., Becker, S., & Aldridge, J. (1995). Children who care: a case for nursing intervention? *British Journal of Nursing*, 4(12), 698–701.
- Decataldo, A., & Ruspini, E. (2014). *La ricerca di genere* (Studi Supe). Roma: Carocci Editore.
- Devotta, K., Woodhall-Melnik, J., Pedersen, C., Wendaferew, A., Dowbor, T. P., Guilcher, S. J., ... Matheson, F. I. (2016). Enriching qualitative research by engaging peer interviewers: a case study. *Qualitative Research*, 16(6), 661–680. <https://doi.org/10.1177/1468794115626244>
- Di Franco, G. (2009). *L'analisi dei dati con Spss. Guida alla programmazione e alla sintassi dei comandi: Guida alla programmazione e alla sintassi dei comandi*. Milano: Franco Angeli.
- Di Tullio, M., & Lorenzini, C. (2014). Per linee orizzontali Parentela e famiglia in Italia settentrionale. *Popolazione e Storia*, 9–20.
- Diaz, N., Siskowski, C., & Connors, L. (2007). Latino young caregivers in the United States: Who are they and what are the academic implications of this role? *Child and Youth Care Forum*, 36(4), 131–140. <https://doi.org/10.1007/s10566-007-9040-4>
- Dominelli, L. (2002). *Anti-oppressive social work theory and practice*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Dominelli, L. (2004). *Il nuovo femminismo nel servizio sociale*. Trento: Edizioni Erickson.
- Dominelli, L., & Holloway, M. (2006). Ethics and Governance in Social Work Research in the UK. *British Journal of Social Work*, 38(5), 1009–1024. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm123>

- Donati, P. (2007). Sussidiarietà. *Laovoro Sociale*, 7(2), 275–283.
- Donati, P., Folgheraiter, F., & Rainer. (2011). *La tutela dei minori. Nuovi scenari relazionali*. Trento: Edizioni Erickson.
- Donati, P., & Solci, R. (2011). *I beni relazionali : che cosa sono e quali effetti producono*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Earley, L., Cushway, D., & Cassidy, T. (2007). Children’s perceptions and experiences of care giving: A focus group study. *Counselling Psychology Quarterly*, 20(1), 69–80. <https://doi.org/10.1080/09515070701217830>
- Ermisch, J., & Francesconi, M. (2005). Parental employment and children’s welfare. *Women at Work*.
- Esping-Andersen, G. (1999). Social foundations of postindustrial economies. In *Studi e Ricerche* (Vol. 3). New York: Oxford University Press Inc.
- Esping-Andersen, G. (2000). *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*. Bologna: il Mulino.
- Esping-Andersen, G., & Venzo, C. (1995). Il welfare state senza il lavoro . L ’ ascesa del familismo nelle politiche sociali dell ’ Europa continentale. *Stato*, 45(3), 347–380.
- Evans, R. (2010). Children’s Caring Roles and Responsibilities within the Family in Africa. *Geography Compass*, 4(10), 1477–1496. <https://doi.org/10.1111/j.1749-8198.2010.00386.x>
- Evans, R., & Becker, S. (2009). *Children caring for parents with HIV and AIDS: Global issues and policy responses*. Bristol: Policy Press.
- Eve, M., Favretto, A. R., & Meraviglia, C. (2003). *Le disuguaglianze etniche. Le disuguaglianze sociali*. Roma: Carocci Editore.
- Falkow, A. (1998). *Crossing bridges: Training resources for working with mentally ill parents and their children*. (Reader-for). UK: Department of Health.
- Farinella, A. (2015). *Siblings: essere fratelli di ragazzi con disabilità*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson.
- Farnsworth, J., & Boon, B. (2010). Analysing group dynamics within the focus group. *Qualitative Research*, 10(5), 605–624. <https://doi.org/10.1177/1468794110375223>
- Faulkner, A. (2004). The Ethics of Survivor Research: Guidelines for the Ethical Conduct of Research Carried Out by Mental Service Users and Survivors Alison ,. In *Psychiatric Bulletin*. <https://doi.org/10.1192/pb.29.10.398>
- Federica Aleotti. (2013). L’impatto che il prendersi cura di una persona cara malata ha su bambini e adolescenti - Introduzione -. In *Regione Emilia Romagna*.
- Fern, E. (2011). Group Composition, Individual Characteristics, and Cohesion. In *Advanced Focus Group Research* (pp. 23–48). <https://doi.org/10.4135/9781412990028.d15>
- Fern, E. F. (2001). *Advanced focus group research*.
- Ferrera, M. (1996). The “Southern Model” of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy*, 6(1), 17–37. <https://doi.org/10.1177/095892879600600102>
- Ferrera, M. (2013). Neowelfarismo liberale: Nuove prospettive per lo stato sociale in Europa. *Stato e Mercato*, (97), 3–36. <https://doi.org/10.1425/73006>
- Fleming, J. (2011). Young people’s involvement in research: Still a long way to go? *Qualitative Social Work*, 10(2), 207–223. <https://doi.org/10.1177/1473325010364276>
- Fleming, J., Beresford, P., Bewley, C., & Croft, S. (2014). *Working together – innovative collaboration in social care research*. <https://doi.org/10.1177/1473325013506929>

- Fleming, J., Beresford, P., Bewley, C., Croft, S., Branfield, F., Postle, K., & Turner, M. (2014). Working together – innovative collaboration in social care research. *Qualitative Social Work, 13*(5), 706–722. <https://doi.org/10.1177/1473325013506929>
- Folgheraiter, F. (1998). *Teoria e metodologia del servizio sociale: la prospettiva di rete*. Milano: Franco Angeli.
- Folgheraiter, F. (2007). *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*. Edizioni Erickson. Trento: Erickson.
- Fosti, Giovanna, & Notarnicola, E. (2018). *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care: 1° rapporto Osservatorio Long Term Care*. Milano: EGEA spa.
- Fouché, C. (2016). Practice research partnerships in social work: Making a difference. *Aotearoa New Zealand Social Work, 28*(4), 118. <https://doi.org/10.11157/anzswj-vol28iss4id291>
- Frank, J. (1995). Couldn't care more: a study of young Carers and their needs. *Children's Society, London*.
- Frank, J., Tatum, C., & Tucker, S. (1999). On small shoulders: Learning from the experiences of former young carers. *Children's Society, London*.
- Fujisawa, R., & Colombo, F. (2009). The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand. *OECD Health Working Papers, OECD Publi*(44), 1–3. <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
- Gays, M. (2000). Getting it right for young carers in the ACT. *Family Futures: Issues in Research and Policy. 7th Australian Institute of Family Studies Conference; Sydney*.
- Giddens, A. (1990). *The consequences of modernity* (Polity). Cambridge: Policy Press.
- Gideon, L., Kleck, G., & Roberts, K. (2012). *Handbook of Survey Methodology for the Social Sciences*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3876-2>
- Girden, E. R. (2018). *Single-Factor Studies*.
- Goddard, J., McNamee, S., James, A., & James, A. J. (2005). The Politics of Childhood. International Perspectives, Contemporary Developments. In *Childhood Socialization*. <https://doi.org/10.4324/9781315081410-2>
- Greene, J. C. (2006). Toward a Methodology of Mixed Methods Social Inquiry. *Research in the Schools, 13*(1), 94–99.
- Groves, R. M., Fowler, F. J., Lepkowski, J. M., Tourangeau, R., Wilks, S., Groves, E. R. M., ... Skinner, C. (2004). *Survey Methodology*. New Jersey: Wiley- Interscience.
- Hamilton, M. G., & Adamson, E. (2013). Bounded agency in young carers' lifecourse-stage domains and transitions. *Journal of Youth Studies, 16*(1), 101–117. <https://doi.org/10.1080/13676261.2012.710743>
- Hart, R. A. (1992). Children's Participation: From tokenism to citizenship. *Innocenti Essay, International Child Development Centre, Florence, 4*.
- Hart, R. A. (2008). *Stepping back from "The ladder": Reflections on a model of participatory work with children*.
- Heath, S., Brooks, R., Cleaver, E., & Ireland, E. (2009). *Researching young people's lives*. London: Sage publications.
- Henwood, M. (1993). Children Who Care: Inside the World of Young Carers. *Department of Social Sciences, Loughborough University, 23*(1), 128–129. Retrieved from https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0047279400021516/type/journal_article

- Hockley, J., Froggatt, K., & Heimerl, K. (2013). *Participatory research in palliative care: Actions and reflections*. Oxford: University Press.
- Hoey, H., Lange, K., Skinner, T., Mortensen, H., Swift, P., Aanstoot, H. J., ... de Beaufort, C. (2017). Hvidoere Smiley Faces: International diabetes quality of life assessment tool for young children. *Pediatric Diabetes*, (September 2017), 553–558. <https://doi.org/10.1111/pedi.12602>
- Hoffmann, F., Huber, M., & Rodriguez, R. (2013). Policies to Support Carers. In *Family Well-Being: european perspectives*. Berlin: Springer Science & Business Media.
- Howard, D. (2010). Cameron warns on child care cuts. *Bcc News*, 16.
- Hox, J. J. (2008). International Handbook of Survey Methodology. *International Handbook of Survey Methodology*, 387–402. <https://doi.org/10.4324/9780203843123>
- Hughes, R., & Huby, M. (2004). The construction and interpretation of vignettes in social research. *Social Work and Social Sciences Review*, 11(1), 36–51. <https://doi.org/10.1921/17466105.11.1.36>
- Hunt, G. G., Levine, C., & Naiditch, L. (2005). *Young caregivers in the US: Findings from a national survey*.
- James, A. (2009). Agency. In J. Qvortrup, W. A. Corsaro, & M. Honig (Eds.), *The Palgrave Handbook of Childhood Studies*. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-0-230-27468-6_3
- James, A., & Christensen, P. (Eds.). (2000). *Research with children : perspectives and practices*. London: Routledge.
- James, A., & James, A. L. (2004). *Constructing Childhood*. London: Palgrave Macmillan.
- James, A., Jenks, C., & Prout, A. (1998). *James, A., Jenks, C., & Prout, A. (1998). Theorizing childhood*. New York. Cambridge: Policy Press.
- James, A., Jenks, C., & Prout, A. (2002). *Teorizzare l'infanzia. Per una nuova sociologia dei bambini*. Roma: Donizelli Editore.
- Johnson, R. B., O., Wuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2), 112–133.
- Jones, A., Jeyasingham, D., & Rajasooriya, S. (2002a). *Invisible Families: The Stengths and Needs of Black Families in Which Young People Have Caring* (Joseph Row). Retrieved from <internal-pdf://jones-2066819330/jones.pdf>
- Jones, A., Jeyasingham, D., & Rajasooriya, S. (2002b). *Invisible Families: The Stengths and Needs of Black Families in Which Young People Have Caring*. 1–48.
- Joseph, S., Becker, F., & Becker, S. (2009). Manual for Meassures of Caring Activities and Outcomes For Children and Young People. *Children*, 28.
- Joseph, S., Becker, S., Becker, F., & Regel, S. (2009). Assessment of caring and its effects in young people: Development of the Multidimensional Assessment of Caring Activities Checklist (MACA-YC18) and the Positive and Negative Outcomes of Caring Questionnaire (PANOC-YC20) for young carers. *Child: Care, Health and Development*, 35(4), 510–520. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00959.x>
- Kaiser, S., Schulze, G. C., & Von Ossietzky, C. (2015). Between Inclusion and Participation: Young Carers Who Are Absent From School Steffen. *Journal of Cognitive Education and Psychology*, 14(3), 314–329.
- Keigher, S., Zabler, B., Robinson, N., Fernandez, A., & Stevens, P. E. (2005). Young caregivers of mothers with HIV: Need for supports. *Children and Youth Services Review*, 27(8), 881–904. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2004.12.010>

- Keith, L., & Morris, J. (1995). Easy targets : a disability rights debate. *Critical Social Policy*, 36–57.
- King, N. (1998). King, N. (1998). Template analysis. In n G. Symon & C. Cassell (Eds.), *Qualitative methods and analysis in organizational research: A practical guide* (pp. 118–134). Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd.
- Kittay, E. F. (2001). A Feminist Public Ethic of Care Meets the New Communitarian Family Policy. *Ethics*, 111(3), 523–547. <https://doi.org/10.1086/233525>
- Knecht, C., Hellmers, C., & Metzinger, S. (2015). The Perspective of Siblings of Children With Chronic Illness. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 102–116. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.010>
- Knijn, T., & Saraceno, C. (2010). Changes in the regulation of responsibilities towards childcare needs in Italy and the Netherlands: Different timing, increasingly different approaches. *Journal of European Social Policy*, 20(5), 444–455. <https://doi.org/10.1177/0958928710380481>
- Krishnaswamy, A. (2004). Participatory Research: Strategies and Tools. *Practitioner: Newsletter of the National Network of Forest Practitioners*, 22, 17–22. Retrieved from http://nature.berkeley.edu/community_forestry/Workshops/powerpoints/tools_and_strategies_of_PR.pdf
- Lamarque, E. (2016). *Prima i bambini : il principio dei best interests of the child nella prospettiva costituzionale*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05062a&AN=bic.000301958&site=eds-live>
- Landi, C. (2017a). « The future is now »: An experience of future dialogue in a community mediation intervention. *Relational Social Work*, 1(April 2017), 80–89. <https://doi.org/10.14605/RSW111606>
- Landi, C. (2017b). La tecnica dei Dialoghi sul futuro in un progetto di mediazione sociale. *Lavoro Sociale*, 7(6 (17)), 93–103. <https://doi.org/10.14605/LS51>
- Landi, C. (2019). *L'affido familiare in Lombardia Una ricerca quantitativa nel Tribunale per i minorenni di Milano*. Trento: Erickson.
- Leira, A., & Saraceno, C. (2008). Childhood: Changing contexts. In S. Chiara, A. Leira, & C. Saraceno (Eds.), *Childhood: Changing Contexts* (pp. 1–24). [https://doi.org/10.1016/S0195-6310\(07\)00016-6](https://doi.org/10.1016/S0195-6310(07)00016-6)
- Leu, A., & Becker, S. (2017). A cross-national and comparative classification of in-country awareness and policy responses to ‘young carers.’ *Journal of Youth Studies*, 20(6), 750–762. <https://doi.org/10.1080/13676261.2016.1260698>
- Leu, A., Becker, S., Jung, C., Sempik, J., Laura, H., & Frech, M. (2017). *Gli esperti desiderano maggiori informazioni*.
- Leu, A., Frech, M., & Jung, C. (2018a). “You don’t look for it”—A study of Swiss professionals’ awareness of young carers and their support needs. *Health and Social Care in the Community*, 26(4), e560–e570. <https://doi.org/10.1111/hsc.12574>
- Leu, A., Frech, M., & Jung, C. (2018b). Young carers and young adult carers in Switzerland: Caring roles, ways into care and the meaning of communication. *Health and Social Care in the Community*, 26(6), 925–934. <https://doi.org/10.1111/hsc.12622>
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L., ... Jung, C. (2019). Counting Young Carers in Switzerland - A Study of Prevalence. *Children & Society*, 33(1), 53–67. <https://doi.org/10.1111/chso.12296>
- Leu, A., Jung, C., Frech, M., Sempik, J., Moser, U., Verner, M., & Becker, S. (2018).

- Study protocol: Young carers and young adult carers in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2981-5>
- Leu, A., Wepf, H., Elger, B., Wangmo, T., Jung, C., Frech, M., ... Shiller, J. (2011). The ethics of research with children and young people: a practical handbook. *Qualitative Social Work*, 31(1), 24–26. <https://doi.org/10.1080/09687599.2016.1208986>
- Lewin, K. (1946). Action Research and Minority Problems. *Journal of Social Issues*, (2), 34–46. Retrieved from http://bscw.wineme.fb5.uni-siegen.de/pub/nj_bscw.cgi/d759359/5_1_ActionResearchandMinorityProblems.pdf
- Lilly, M. B., Laporte, A., & Coyte, P. C. (2010). Do they care too much to work? The influence of caregiving intensity on the labour force participation of unpaid caregivers in Canada. *Journal of Health Economics*, 29(6), 895–903. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2010.08.007>
- Littlechild, R., & Tanner, D. (2015). *Co-research with older people : Perspectives on impact*. <https://doi.org/10.1177/1473325014556791>
- Littlechild, R., Tanner, D., & Hall, K. (2015). Co-research with older people: Perspectives on impact. *Qualitative Social Work*, 14(1), 18–35. <https://doi.org/10.1177/1473325014556791>
- Lloyd, K. (2013). Happiness and Well-Being of Young Carers: Extent, Nature and Correlates of Caring Among 10 and 11 Year Old School Children. *Journal of Happiness Studies*, 14(1), 67–80. <https://doi.org/10.1007/s10902-011-9316-0>
- Lohmann, K. (2018). *Smiling Devices : The Effects of Smileys in Situations*. 8–10.
- Lushey, C. J., & Munro, E. R. (2015). Participatory peer research methodology: An effective method for obtaining young people’s perspectives on transitions from care to adulthood? *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 14(4), 522–537. <https://doi.org/10.1177/1473325014559282>
- Lux, K., & Eggert, S. (2017). *ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie*. Berlin: ZQP-Report Junge Pflegende, 1st edn. ZQP.
- Maci, F. (2011). *Lavorare con le famiglie nella tutela minorile: il modello delle Family group conference*. Trento: Edizioni Erickson.
- Maguire, P. (1987). *Doing participatory research: a feminist approach*. Amherst, Mass: Center for International Education, School of Education, University of Massachusetts.
- Maiter, S., Joseph, A. J., Shan, N., & Saeid, A. (2012). Doing participatory qualitative research: development of a shared critical consciousness with racial minority research advisory group members. *Qualitative Research*, 13(2), 198–213. <https://doi.org/10.1177/1468794112455037>
- Marradi, A. (2005). *Raccontar storie: un nuovo metodo per indagare sui valori*. Roma: Carocci.
- Marradi, A., & Gasperoni, G. (2002). *Costruire il dato 3* (Volume 390; A. Marradi & G. Gasperoni, Eds.). Milano: FrancoAngeli.
- Mayall, B. (2015). *Understanding inter-generational relations : the case of health maintenance by children*. 37(2), 312–324. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12227>
- McAndrew, S., Warne, T., Fallon, D., & Moran, P. (2012). Young, gifted, and caring: A project narrative of young carers, their mental health, and getting them involved in education, research and practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 12–19. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00762.x>
- Mclaughlin, H. (2006). *Involving Young Service Users as Co-Researchers : Possibilities* ,

- Benefits and Costs*. 1395–1410. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch420>
- McLaughlin, H. (2009). Practical Issues and Stumbling Blocks: From Data Analysis to Dissemination. In *Service-User Research in Health and Social Care* (pp. 108–126). <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4135/9780857028068.d7>
- Mertens, D. M., & Ginsberg, P. E. (2008). Deep in Ethical Waters. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 7(4), 484–503. <https://doi.org/10.1177/1473325008097142>
- Micheli, G. (2001). La configurazione dei legami forti e la gestione delle emergenze. In *Irer. Quattro studi sulla vulnerabilità sociale : rapporto dell'indagine sociale lombarda 2000* (pp. 17–58). Milano: Guarini e Associati.
- Moore, T. (2005). Young Carers and Education: Identifying the Barriers to Satisfactory Education for Young Carers. *Youth Studies Australia*, 24(4), 50–55.
- Moore, T., & McArthur, M. (2007). We're all in it together: Supporting young carers and their families in Australia. *Health and Social Care in the Community*, 15(6), 561–568. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00719.x>
- Moore, T., McArthur, M., & Morrow, R. (2009). Attendance, achievement and participation: Young carers' experiences of school in Australia. *Australian Journal of Education*, 53(1), 5–18. <https://doi.org/10.1177/000494410905300102>
- Moore, T., McArthur, M., & Noble-Carr, D. (2011). Different but the same? Exploring the experiences of young people caring for a parent with an alcohol or other drug issue. *Journal of Youth Studies*, 14(2), 161–177. <https://doi.org/10.1080/13676261.2010.522561>
- Moorthy, L. N., Weiss, E., Peterson, M. G. E., Hassett, A. L., & Lehman, T. J. A. (2012). An update on cross-cultural adaptation of US English SMILEY. *Lupus*, 21(13), 1450–1454. <https://doi.org/10.1177/0961203312461965>
- Moramarco, V., & Paccagnella, B. (2004). *L'età e il lavoro : i percorsi professionali dei disoccupati over 40 a Milano* (V. Moramarco & B. Paccagnella, Eds.). Milano: Vita e Pensiero.
- Morgan, D. (1996). Focus groups Focus Groups. *Annual Review of Sociology*, 22(1996), 129–152.
- Morris, J. (1997). A Response to Aldridge & Becker - Disability Rights and the Denial of Young Carers: The Dangers of Zero-Sum Arguments. *Critical Social Policy*, 17(133). <https://doi.org/10.3868/s050-004-015-0003-8>
- Morrow, R. (2005). *A profile of known young carers and identification and snapshot of the ones who are hidden*. Retrieved from http://www.carers.co.nz/files/Final_091205_A__profile_of_know.dat.pdf
- Nagl-Cupal, M., Daniel, M., Koller, M. M., & Mayer, H. (2014). Prevalence and effects of caregiving on children. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2314–2325. <https://doi.org/10.1111/jan.12388>
- Nagl-Cupal, M., & Hauprich, J. (2018). Being we and being me: Exploring the needs of Austrian families with caring children. *Health & Social Care in the Community*, 26(4), e532–e540. <https://doi.org/10.1111/hsc.12567>
- Naldini, M. (2019). PART ONE. In *Chronicles of a Radical Hag (with Recipes)* (pp. 1–110). <https://doi.org/10.5749/j.ctvd58v4q.2>
- Naldini, M., & Saraceno, C. (2008). Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen but Far from Structural Reforms. *Social Policy & Administration*, 42(7), 733–748. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2008.00635.x>

- Nandy, S., & Minujin, A. (2012). *Global Child Poverty and Well-being : Measurement, Concepts, Policy and Action*. Bristol: Policy Press.
- Narayan, D. (1996). *Toward participatory research*. (Vol. 307). Washington D.C.: The World Bank.
- Negri, N., & Saraceno, C. (2000). Povertà, disoccupazione ed esclusione sociale. *Stato e Mercato*, (59), 175–210. <https://doi.org/10.1425/446>
- Newman, T. (2002). “Young carers” and disabled parents: Time for a change of direction? *Disability and Society*, 17(6), 613–625. <https://doi.org/10.1080/0968759022000010407>
- Nind, M. (2011). *Participatory data analysis: a step too far?* <https://doi.org/10.1177/1468794111404310>
- O’Dell, L., Crafter, S., Cline, T., & Abreu, G. de. (2015). *Using vignette methodology : young people’s social identities*.
- O’Neill, A. (1988). *Young Carers: The Tameside Research*. Tameside.
- Oakley, A. (2002). Women and Children First and Last: Parallels and Differences between Children’s and Women’s Studies. In *Children’s Childhoods: Observed and Experienced*.
- Olsen, R. (1996). Young carers: Challenging the facts and politics of research into children and caring. *Disability and Society*, 11(1), 41–54. <https://doi.org/10.1080/09687599650023317>
- Olsen, R., & Parker, G. (1997). A Response to Aldridge and Becker - Disability Rights and the Denial of Young Carers: The Dangers of Zero-Sum Arguments. *Critical Social Policy*, 17(125). <https://doi.org/10.3868/s050-004-015-0003-8>
- Oreb, M. (2001). *Children as Carers: An Overview of Literature and Projects on Children as Carers*.
- Ostrow, L., Penney, D., Stuart, E., & Leaf, P. J. (2017). Web-based Survey Data Collection With Peer Support and Advocacy Organizations: Implications of Participatory Methods. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 11(1), 45–52. <https://doi.org/10.1353/cpr.2017.0006>
- Paci, M. (1992). *Il mutamento della struttura sociale in Italia*. Bolgona.
- Page, R. (1988). *Report on the Initial Survey Investigating the Number of Young Carers in Sandwell Secondary Schools*. Sandwell.
- Pakenham, K. I., & Bursnall, S. (2006). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes for children of a parent with multiple sclerosis and comparisons with children of healthy parents. *Clinical Rehabilitation*, 20(8), 709–723. <https://doi.org/10.1191/0269215506cre976oa>
- Pakenham, K. I., Chiu, J., Bursnall, S., & Cannon, T. (2007). Relations between social support, appraisal and coping and both positive and negative outcomes in young carers. *Journal of Health Psychology*, 12(1), 89–102. <https://doi.org/10.1177/1359105307071743>
- Palaiologou, I. (2017). The use of vignettes in participatory research with young children. *International Journal of Early Years Education*, 25(3), 308–322. <https://doi.org/10.1080/09669760.2017.1352493>
- Panciroli, C. (2019). *La ricerca partecipativa nello studio della povertà. Lo sguardo del Social Work*. Trento: Erickson.
- Pavolini, E., & Ranci, C. (2008). Restructuring the welfare state: Reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy*, 18(3), 246–

259. <https://doi.org/10.1177/0958928708091058>
- Perobelli, E., & Notarnicola, E. (2018). Il settore Long Term Care: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato. In Giovanni Fosti & E. Notarnicola (Eds.), *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care. 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care* (pp. 19–45). Milano: EGEA spa.
- Perry, B., Dockett, S., & Einarsdo, J. (2012). Young children 's decisions about research participation : opting out. *International Journal of Early Years Education*, 20(3), 244–257.
- Pinter, A., & Zandian, S. (2015). 'I thought it would be tiny little one phrase that we said, in a huge big pile of papers': children's reflections on their involvement in participatory research. *Qualitative Research*, 15(2), 235–250. <https://doi.org/10.1177/1468794112465637>
- Pisati, M. (2003). *L'analisi dei dati. Tecniche quantitative per le scienze sociali*. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10281/13085>
- Pisati, Maurizio. (2002). Nelle stime non c'è certezza: Uso, abuso e non uso dell'inferenza statistica nella ricerca sociale. *Rassegna Italiana Di Sociologia*, 43(1), 115–142. <https://doi.org/10.1423/2595>
- Plano Clark, V. L., & Ivankova, N. V. (2016). *Mixed methods research : a guide to the field*. Thousand Oaks: SAGE Publications Ltd.
- Pocar, V., & Ronfani, P. (2008). *La famiglia e il diritto*. Bari: Edizioni Laterza.
- Ponic, P., Reid, C., & Frisby, W. (2010). Cultivating the power of partnerships in feminist participatory action research in women's health P Ponic, C Reid and W Frisby Cultivating partnerships. *Nursing Inquiry*, 17(4), 324–335.
- Ponzoni, E. (2016). Windows of understanding: broadening access to knowledge production through participatory action research. *Qualitative Research*, 16(5), 557–574. <https://doi.org/10.1177/1468794115602305>
- Pregliasco, R. (2014). Le Autorità garanti per l'infanzia in Italia: caratteristiche e prerogative. *Autonomie Locali e Servizi Sociali. Quadrimestrale Di Studi e Ricerche Sul Welfare*, 1, 147–156. <https://doi.org/10.1447/77518>
- Raineri, M. L. (2011). Il valore delle conoscenze esperienziali. In P. Donati, F. Folgheraiter, & M. L. Raineri (Eds.), *La tutela dei Minori. Nuovi scenari relazionali* (pp. 87–101). Trento: Erickson.
- Raineri, M. L., Calcaterra, V., & Folgheraiter, F. (2018). "We are caregivers, too": Foster siblings' difficulties, strengths, and needs for support. *Child & Family Social Work*, 23(4), 625–632. <https://doi.org/10.1111/cfs.12453>
- Raineri, M. L., & Corradini, F. (2019). *Linee guida e procedure di servizio sociale. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione - Terza edizione aggiornata*. Trento: Erickson.
- Ramon, S., Moshe Grodofsky, M., Allegri, E., & Rafaelic, A. (2019). Service users' involvement in social work education: focus on social change projects. *Social Work Education*, 38(1), 89–102. <https://doi.org/10.1080/02615479.2018.1563589>
- Ranci, C. (2002). Fenomenologia della vulnerabilità sociale. *Rassegna Italiana Di Sociologia*, 43(4), 521–552. <https://doi.org/10.1423/8191>
- Ranci, C. (2010). *Social vulnerability in Europe: The new configuration of social risks*. London: Palgrave Macmillan.
- Ranci, C., Colombo, E., Migliavacca, M., & Navarini, G. (2002). *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia* (Vol. 489). Vol. 489. Bologna: Il mulino.

- Ranci, C., & Pavolini, E. (2013). *Reforms in long term care Policies in Europe*. New York: Springer.
- Ranci, C., & Pavolini, E. (2015). Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, 25(3), 270–285. <https://doi.org/10.1177/0958928715588704>
- Redmond, M. (2005). Co-researching with Adults with Learning Disabilities. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 4(1), 75–86. <https://doi.org/10.1177/1473325005050200>
- Reupert, A., Maybery, D., Nicholson, J., Göpfert, M., & Seeman, M. V. (2015). *Parental psychiatric disorder: Distressed parents and their families*. (III; A. Reupert, D. Maybery, J. Nicholson, M. Göpfert, & M. V. Seeman, Eds.). Cambridge University Press.
- Reyneri, E. (2007). La vulnerabilità degli immigrati. In *Disuguaglianze economiche e vulnerabilità in Italia* (pp. 1–39). Retrieved from [http://www.portalecnel.it/Portale/indlavdocumenti.nsf/0/89C71BCC298B52A4C125737F0050AA48/\\$FILE/Reyneri- La vulnerabilità degli immigrati.pdf](http://www.portalecnel.it/Portale/indlavdocumenti.nsf/0/89C71BCC298B52A4C125737F0050AA48/$FILE/Reyneri- La vulnerabilità degli immigrati.pdf)
- Robson, E. (2000). Invisible carers: Young people in Zimbabwe's home-based healthcare. *Area*, 32(1), 59–69. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4762.2000.tb00115.x>
- Robson, E. (2004). Hidden Child Workers: Young Carers in Zimbabwe. *Antipode*, 36(2), 227–248.
- Robson, E. (2007). Interviews Worth the Tears? Exploring Dilemmas of Research with Young Carers in Zimbabwe. *Ethics, Place & Environment*, 4(2), 135–142. <https://doi.org/10.1080/713665943>
- Robson, E., Ansell, N., Huber, U. S., Gould, W. T. S., & van Blerk, L. (2006). Young caregivers in the context of the HIV/AIDS pandemic in sub-Saharan Africa. *Population, Space and Place*, 12(2), 93–111. <https://doi.org/10.1002/psp.392>
- Rogers, J. (2012). Anti-Oppressive Social Work Research: Reflections on Power in the Creation of Knowledge. *Social Work Education*, 31(7), 866–879. <https://doi.org/10.1080/02615479.2011.602965>
- Rose, H. D., & Cohen, K. (2010a). The experiences of young carers: a meta-synthesis of qualitative findings. *Journal of Youth Studies*, 13(4), 473–487. <https://doi.org/10.1080/13676261003801739>
- Rose, H. D., & Cohen, K. (2010b). The experiences of young carers: A meta-synthesis of qualitative findings. *Journal of Youth Studies*, 13(4), 473–487. <https://doi.org/10.1080/13676261003801739>
- Ross, F., Donovan, S., Brearley, S., Victor, C., Cottee, M., Crowther, P., & Clark, E. (2005). Involving older people in research : methodological issues. *Health and Social Care in the Community*, 13(3), 268–275.
- Rovati, G. (2006). *Le dimensioni della povertà : strumenti di misura e politiche* (G. Rovati, Ed.). Roma: Carocci.
- Saibene, A. (2017). Via Paolo Sarpi Milano. *Il Mulino*, 6(novembre-dicembre 2017). <https://doi.org/10.1402/88560>
- Sainsbury, R. (2009). Young adult carers in the UK: Experiences, needs and services for carers aged 16-24. In *Benefits* (Vol. 17). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24133078>
- Saraceno, C. (2002). *Social assistance dynamics in Europe : national and local poverty regimes* (C. Saraceno, Ed.). Bristol: Policy Press.

- Saraceno, C. (2009a). L'assistenza senza il Welfare. *Il Mulino*, 553–560. <https://doi.org/10.1402/29926>
- Saraceno, C. (2009b). Le politiche della famiglia in Europa: tra convergenza e diversificazione. *Stato e Mercato*, 3–30. <https://doi.org/10.1425/29255>
- Saraceno, C. (2015). *Il lavoro non basta. La povertà in Europa negli anni della crisi* (Compi del). Milano: Feltrinelli.
- Saraceno, C. (2018). Aging Women under Pressure in Italian Families. *Ethnologie Française*, 171(3), 439. <https://doi.org/10.3917/ethn.183.0439>
- Saraceno, C., & Negri, N. (2003). *Povert  e vulnerabilit  sociale in aree sviluppate*. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat05062a&AN=bic.000213371&site=eds-live>
- Satta, C. (2012). *Bambini e adulti: la nuova sociologia dell'infanzia*. Carocci. Roma: Carocci Editore.
- Schizzerotto, A., & Barone, C. (2006). *Sociologia dell'istruzione. Il mulino*. Bologna: il Mulino.
- Schofield, G., & Walsh, J. (2010). Young carers - all children in need of care? Decision making for children of parents with mental health problems. *Child and Family Law Quarterly*, 22(2), 223–233. Retrieved from <http://www.jordanpublishing.co.uk/publications/family-law/child-and-family-law-quarterly>
- Shah, R., & Hatton, C. (1999). *Caring alone : young carers in South Asian communities*. Ilford: Barnardo's.
- Shaw, I. (2005). Practitioner research: Evidence or critique? *British Journal of Social Work*, 35(8), 1231–1248. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch223>
- Shaw, I. (2008). Ethics and the practice of qualitative research. *Qualitative Social Work*, 7(4), 400–414. <https://doi.org/10.1177/1473325008097137>
- Siskowski, C. (2006). Young caregivers: effect of family health situations on school performance. *The Journal of School Nursing : The Official Publication of the National Association of School Nurses*, 22(3), 163–169. Retrieved from <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L44361336>
- Smith, L. J. (2008). How ethical is ethical research? Recruiting marginalized, vulnerable groups into health services research. *Journal of Advanced Nursing*, 62(2), 248–257. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04567.x>
- Stamatopoulos, V. (2015). One million and counting: the hidden army of young carers in Canada. *Journal of Youth Studies*.
- Steinberg, D. M. (2002). *L'auto/mutuo aiuto. Guida per i facilitatori di gruppo*. Trento: Edizioni Erickson.
- Stevenson, M. (2014a). Participatory data analysis alongside co-researchers who have down syndrome. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(1), 23–33. <https://doi.org/10.1111/jar.12080>
- Stevenson, M. (2014b). *Participatory Data Analysis Alongside Co-researchers who have Down Syndrome*. (Nind 2008), 23–33.
- Strier, R. (2007). Anti-Oppressive research in social work: A preliminary definition. *British Journal of Social Work*, 37(5), 857–871. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl062>
- Tanner, D. (2012). *Co-research with older people with dementia : Experience and*

- reflections*. 21(June), 296–306. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.651658>
- Targ, D. B., & Meyer, M. H. (2002). Care Work: Gender, Labor, and the Welfare State. *Contemporary Sociology*, 31(3), 273. <https://doi.org/10.2307/3089658>
- Tessaro, F. (2002). *Metodologia e didattica dell'insegnamento secondario*. Roma: Armando Editore.
- Thastum, M., Johansen, M. B., Gubba, L., Olesen, L. B., & Romer, G. (2008). Coping, Social Relations, and Communication: A Qualitative Exploratory Study of Children of Parents with Cancer. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(1), 123–138. <https://doi.org/10.1177/1359104507086345>
- Thiollent, M. (2011). *Action Research and Participatory*. 7(2), 160–174. <https://doi.org/10.1688/1861-9916>
- Thomas, N., Stainton, T., Jackson, S., Cheung, W. Y., Doubtfire, S., & Webb, A. (2003a). ‘Your friends don’t understand’: Invisibility and unmet need in the lives of ‘young carers’ Correspondence: *Child and Family Social Work*, 8(1995), 35–46.
- Thomas, N., Stainton, T., Jackson, S., Cheung, W. Y., Doubtfire, S., & Webb, A. (2003b). “Your friends don’t understand”: Invisibility and unmet need: In the lives of “young carers.” *Child and Family Social Work*, 8(1), 35–46. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.2003.00266.x>
- Thompson, N. (2016). *Anti-discriminatory practice: Equality, diversity and social justice*. London: Macmillan International Higher Education.
- Thomson, P. (2009). *Doing visual research with children and young people* (P. Thomson, Ed.). London and New York: Routledge.
- Tronto, J. (2006). *Confini morali, un argomento politico per l’etica della cura*. Reggio Emilia: Diabasis.
- Turner, M., & Beresford, P. (2005). *IUser Controlled Research. Its meanings and Final Report. Its meanings and potential. Final Report*.
- Vinet, L., & Zhedanov, A. (2011). A ‘missing’ family of classical orthogonal polynomials. *Journal of Physics A: Mathematical and Theoretical*, 44(8), 085201. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Warren, J. (2005). Carers. *Research Matters*, Apr-Oct(19), 5.
- Warren, J. (2007a). Service User and Care Participation in Social Work. In *LearningMatters*.
- Warren, J. (2007b). Young carers: Conventional or exaggerated levels of involvement in domestic and caring tasks? *Children and Society*, 21(2), 136–146. <https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2006.00038.x>
- Warren, J. (2008). Young carers: still ‘hidden’ after all these years? *Research, Policy and Planning*, 26(1), 45–56.
- Wates, M. (2002). Supporting disabled adults in their parenting role. *Joseph Rowntree Foundation 2002*, pp 1-86. Retrieved from <http://www.inclusionireland.ie/sites/default/files/attach/basic-page/818/supportingdisabledadultsinparentinguk000.pdf>
- Watt, G., Ibe, O., Edginton, E., & Whitehead, R. (2017). “Coping is difficult, but I feel proud” *Perspectives on mental health and wellbeing of young carers*.
- Wilcox, D. (1994). Community participation and empowerment: putting theory into practice. *RRA Notes*, (21), 78–82.
- Winter, J. (2008). Young carers. *Paediatric Nursing*, 20(3), 6–6.

<https://doi.org/10.7748/paed.20.3.6.s12>

Wong, S. (2017). Young carers in the NHS. *British Journal of General Practice*, Vol. 67.
<https://doi.org/10.3399/bjgp17X693425>

Zaviršek, D., & Videmšek, P. (2009). Service users involvement in research and teaching: Is there a place for it in Eastern European social work. *Ljetopis Socijalnog Rada*, Vol. 16, pp. 207–222.

Sitografia

<https://www.istat.it/it/files/2018/06/La-povert%C3%A0-in-Italia-2017.pdf>
<http://www4.istat.it/it/immigrati/prodotti-editoriali/disuguaglianze>
http://noi-italia.istat.it/index.php?id=3&tx_usercento_centofe%5Bcategoria%5D=18&tx_usercento_centofe%5Bdove%5D=REGIONI&tx_usercento_centofe%5Baction%5D=show&tx_usercento_centofe%5Bcontroller%5D=Categoria&cHash=beee5c0a3c5b55bfa14648be85490d2a
<https://www.istat.it/it/files/2018/06/La-povert%C3%A0-in-Italia-2017.pdf>
<https://www.istat.it/it/files//2018/12/C03.pdf>
<https://www.unidata.unimib.it/?lang=it>
<https://www.istat.it/it/archivio/91926>
<https://www.facebook.com/elmodernistaAPS/>
<https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/urbanistica-ed-edilizia/pgt-vigente/piano-dei-servizi/catalogo-schede-nil-elenchi-dei-servizi>
<http://cercalatuascuola.istruzione.it/cercalatuascuola/>
<https://geoportale.comune.milano.it/MapViewApplication/Map/App?config=%2FMapViewApplication%2FMap%2FConfig4App%2F387&id=ags>
<https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/urbanistica-ed-edilizia/pgt-vigente/piano-dei-servizi/catalogo-schede-nil-elenchi-dei-servizi>
<https://www.istat.it/it/archivio/77877>
http://dati.comune.milano.it/it/dataset/ds61_infogeo_nil_localizzazione
<https://www.farsiprossimo.it>
<https://www.emoticonsignificato.it>
<https://me-we.eu>
<https://miur.gov.it/obbligo-scolastico>
<http://www.garanziegiovani.gov.it/Pagine/default.aspx>
<https://www.istat.it/it/archivio/219807>
<http://www.retisocialinaturali.it/it/p-27/progetto-semola>
<https://buonacausa.org/cause/libro-quando-mamma-o-papa-hanno-qualcosa-che-non-va>
<http://www.comip-italia.org>
<http://www.comip-italia.org>
<https://www.care2work.org>
<http://www.youngadultcarers.eu>
<https://www.anzianienonsolo.it>
<https://www.childrenssociety.org.uk/advice-hub/what-is-a-young-carer>
<https://carers.org/article/help-and-advice-former-babble-and-matter-members?fbclid=IwAR2o4B1jUwh69B8PfKEm9gBEIb4LGLp644A8M4geYnPvfXp2gcpZijdxamc>
<https://www.childrenssociety.org.uk>
<https://www.garanteinfanzia.org>
<https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=46065>

https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/caregiver_familiare_ecco_cosa_dice_il_testo_in_senato_dalla_nomina_ai_contributi?UA-11580724-2

<https://www.altalex.com/documents/news/2018/06/26/caregiver-familiare>

<http://www.handylex.org/news/2018/12/30/la-legge-di-bilancio-2019-e-le-persone-con-disabilita#caregiver>

<https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2018/maggio/anziani-e-persone-con-disabilita-il-welfare-invisibile-dei-caregiver-la-regione-li-sostiene-con-una-legge-e-aiuti-concreti>

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-community-household-panel>

<https://osservatoriomilanoscoreboard.it/obiettivi/dinamiche-sociali-ed-equita/dinamiche-sociali-ed-equita-2019>

<https://www.istat.it/it/archivio/236714>

Allegati

Allegato n°1- Questionario



Università degli Studi di MILANO-BICOCCA

LINNEO



Ciao!

Questo questionario presenta diverse domande, alcune legate alla tua persona (ad esempio data di nascita, con chi vivi, ecc.), altre sulla tua famiglia e sulle cose che potresti fare a casa.

Ci aiuterai a capire lo stile di vita di alcuni adolescenti italiani.

Leggi tutte le parti del questionario e rispondi sinceramente. Nessuno ti giudicherà, non ci sono risposte giuste o sbagliate.

Il questionario è anonimo: nessuno vedrà le tue risposte (né insegnanti né genitori) e i dati saranno utilizzati esclusivamente per finalità di ricerca.

Ti ringraziamo per l'aiuto che ci darai!

Questionario per studiare lo stile di vita degli studenti delle scuole secondarie di primo grado di Milano.

A. Iniziamo con qualche informazione su di te e la tua famiglia ...

A1) Attualmente con chi vivi?

Puoi scegliere più risposte.






- Mamma
- Papà
- Sorella/e (specifica quante sorelle hai _____)
- Fratello/i (specifica quanti fratelli hai _____)
- Zia/Zio
- Cugino/a
- Nonni
- Nuovo/a compagno/a di uno dei genitori
- Figlio/a del nuovo/a compagno/a di uno dei genitori
- Famiglia affidataria
- Struttura di accoglienza per minori
- altro. Chi? _____ (Specificare)

A2) Attualmente i tuoi genitori sono...

- sposati/conviventi
- separati/ divorziati
- vedovi
- altro. Cosa? _____ (Specificare)

A3) Negli ultimi 3 mesi quanto senti di essere andato d'accordo con i tuoi genitori (o altri adulti di riferimento)?

COMPILA LA TABELLA

 Per niente	 Poco	 Indifferente	 Abbastanza	 Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A4) Attualmente nella casa in cui vivi, hai una cameretta solo tua che non condividi con nessuno?

- Sì
- No

A5) Attualmente nella casa in cui vivi, quanti bagni ci sono?

- Nessuno
- Uno
- Due
- Più di due

A6) Attualmente nella casa in cui vivi, c'è una lavastoviglie?

- Sì No Non so

A7) Attualmente la tua famiglia possiede almeno una macchina?

- Sì No Non so






A8) Attualmente quanti computer possiede la tua famiglia? (per computer considera pc portatili e fissi, tablet ma non smartphone)

- Nessuno Uno Due Più di due

A9) Dove sei andato in vacanza durante l'estate scorsa?

A10) Come valuti il livello economico (i soldi a disposizione) della tua famiglia negli ultimi 3 mesi?

COMPILA LA TABELLA



 Per niente soddisfacente	 Poco soddisfacente	 Indifferente	 Soddisfacente	 Molto soddisfacente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A11) Durante l'estate appena passata ti è capitato di pensare alla tua vita dopo i 18 anni?

- per nulla poco abbastanza molto

A12) Attualmente come immagini sarà la tua vita al compimento dei 18 anni?

COMPILA LA TABELLA.

 Per niente soddisfacente	 Poco soddisfacente	 Indifferente	 Soddisfacente	 Molto soddisfacente	 Non riesco ad immaginarla
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Qui parliamo di scuola ...

B1) Come si è concluso il tuo precedente anno scolastico?

- bocciato
- promosso con alcune materie insufficienti
- promosso
- altro. Cosa? _____ (Specificare)

B2) Negli ultimi 3 mesi ti è piaciuto andare a scuola? Sentiti libero di rispondere ...

COMPILA LA TABELLA.

				
Per niente	Poco	Indifferente	Abbastanza	Molto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3) Negli ultimi 3 mesi quante volte **non** sei andato a scuola?

- mai o quasi mai
- una volta al mese
- una volta alla settimana
- più volte a settimana

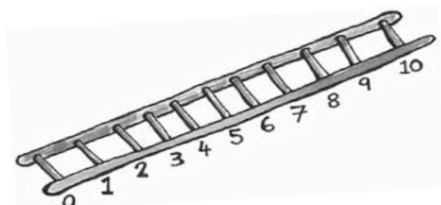
B4) Negli ultimi tre mesi quanto ti senti soddisfatto per il rapporto con...

COMPILA LA TABELLA.

					
	Per niente soddisfatto	Poco soddisfatto	Indifferente	Soddisfatto	Molto soddisfatto
i tuoi compagni di classe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i tuoi insegnanti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Ora parliamo della tua salute e quella della tua famiglia ...

C1) Questa è l'immagine di una scala. **10** corrisponde al migliore livello di vita possibile, invece **0** corrisponde al peggior livello possibile. Negli ultimi 3 mesi, come è stato il tuo livello di vita? CERCHIA IL NUMERO CHE PIU' TI RAPPRESENTA.



C2) Nell'ultimo anno nella tua famiglia qualcuno ha sofferto di un **problema di salute o di altro genere**?

COMPILA LA TABELLA.

	NO	SI
<p>• Disabilità fisica o problemi di salute/malattie sanitarie</p> <p><i>Per esempio: uso della sedia a rotelle, diabete, patologie cardiovascolari, non vedente, non udente, ecc.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ <i>(Specificare rapporto di parentela)</i>
<p>• Problemi di salute mentale o psicologici</p> <p><i>Per esempio: depressione, irritabilità, forte aggressività, sbalzi d'umore, disturbi alimentari, ecc.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ <i>(Specificare rapporto di parentela)</i>
<p>• Dipendenze</p> <p><i>Per esempio: canne, altre droghe, alcool, giochi d'azzardo, giochi online, dipendenza da internet e da smartphone, ecc.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ <i>(Specificare rapporto di parentela)</i>
<p>• Altri tipi di problemi sociali</p> <p><i>Per esempio: separazione/divorzio conflittuale, lutto in famiglia, genitore solo, disoccupazione, perdita della casa, intervento dei servizi sociali, ecc.</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____ <i>(Specificare rapporto di parentela)</i>

C3) Nell'ultimo anno, nella tua famiglia, qualcuno ha avuto bisogno di attenzioni e di aiuto nella quotidianità?

Per esempio essere aiutato a prendere delle medicine, a vestirsi, a essere confortato, ecc.

- si, molto _____ *(Specificare rapporto di parentela)*
- si, un po' _____ *(Specificare rapporto di parentela)*
- no

C4) Può capitare che ragazzi/e della tua età abbiano il compito di aiutare e di assistere qualcuno della famiglia con costanza assicurandosi che stia bene. Questo **compito** viene chiamato "**prendersi cura**". Per esempio: ascoltare, accompagnare, somministrare farmaci, vestire, cucinare per qualcuno, ecc..

Nell'ultimo anno ti è capitato di prenderti cura di qualcuno della tua famiglia?

- si, molto _____ *(Specificare rapporto di parentela)*
- si, un po' _____ *(Specificare rapporto di parentela)*
- no

C5) Se ti è capitato di prenderti cura di qualcuno della tua famiglia (ALTRIMENTI PROCEDI ALLA DOMANDA SUCCESSIVA), nell'ultimo anno quanto hai potuto chiedere aiuto, sostegno o un confronto a...

COMPILA LA TABELLA.

	MAI	UNA VOLTA AL MESE	UNA VOLTA A SETTIMANA	PIÙ VOLTE A SETTIMANA
genitore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sorella/fratello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
amici/ vicini di casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medico di base/ pediatra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
educatore/ assistente sociale/psicologo/ volontario/insegnante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro, _____ (Specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Qui invece ci occupiamo del tuo tempo libero e delle tue abitudini ...

D1) Negli ultimi 3 mesi, nel tuo tempo libero (dopo la scuola, nel week-end e durante le festività), ti è capitato di ...

COMPILA LA TABELLA.

	MAI	UNA VOLTA AL MESE	UNA VOLTA A SETTIMANA	PIÙ VOLTE A SETTIMANA
frequentare amici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequentare amici a casa tua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequentare parenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequentare parenti a casa tua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequentare amici di famiglia/ vicini di casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequentare amici di famiglia/ vicini di casa a casa tua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2) Negli ultimi 3 mesi, nel tempo libero (dopo la scuola, nel week-end e durante le vacanze) ti è capitato di ...

COMPILA LA TABELLA.

	MAI	UNA VOLTA AL MESE	UNA VOLTA A SETTIMANA	PIÙ VOLTE A SETTIMANA
praticare sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suonare uno strumento musicale, praticare attività artistiche e ricreative (disegnare, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frequentare centri di aggregazione (oratorio, dopo scuola, CAG, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
guardare la televisione e ascoltare musica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leggere libri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
studiare per la scuola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
giocare con le console elettroniche (PSP, PS4, XBOX ONE, WII, PC, SMARTPHONE, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
parlare con gli amici tramite WhatsApp o altri social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
navigare su internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
altro, _____ (Specificare)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Ora invece parliamo di attività di cura ...

E1) Prendersi cura può significare cose diverse. Di seguito troverai un elenco di attività di cura.

Negli ultimi 3 mesi, nel tuo tempo libero (dopo la scuola, nel week-end e durante le festività), ti è capitato di ...

COMPILA LA TABELLA.

	MAI	UNA VOLTA AL MESE	UNA VOLTA A SETTIMANA	PIÙ VOLTE A SETTIMANA
tenere in ordine e pulire la tua camera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulire e tenere in ordine altre stanze della casa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua ...Grazie!	MAI	UNA VOLTA AL MESE	UNA VOLTA A SETTIMANA	PIÙ VOLTE A SETTIMANA
fare la spesa da solo/a o accompagnare qualcuno a fare la spesa per aiutarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cucinare nell'arco della giornata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendere o portare tuo fratello e/o sorella a scuola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prendere o portare tuo fratello e/o tua sorella da attività sportive, ricreative, ecc..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
occuparti di fratello e/o tua sorella quando siete da soli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
occuparti di tuo fratello e/o tua sorella anche in presenza di adulti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tenere compagnia a qualcuno della tua famiglia per evitare che rimanga solo. Per esempio chiacchierando, guardando la televisione e/o giocando. - specificare il rapporto di parentela _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aiutare persone della tua famiglia a raggiungere luoghi. Per esempio banca, posta, ambulatorio medico, ecc.. - specificare il rapporto di parentela _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aiutare a vestire e svestire qualcuno della tua famiglia. - specificare il rapporto di parentela _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aiutare qualcuno della tua famiglia a lavarsi. - specificare il rapporto di parentela _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Continua ...Graziel	MAI	UNA VOLTA AL MESE	UNA VOLTA A SETTIMANA	PIÙ VOLTE A SETTIMANA
<p>stare attento a qualcuno della tua famiglia per essere sicuro/a che vada tutto bene durante la giornata.</p> <p>- specificare il rapporto di parentela</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>stare attento a qualcuno della tua famiglia per essere sicuro/a che vada tutto bene durante la notte.</p> <p>- specificare il rapporto di parentela</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>aiutare a sollevare pesi in casa.</p> <p>Per esempio: sollevare borse della spesa, persone, mobili, ecc..</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>pagare bollette o altre cose per la casa e per la famiglia.</p> <p>Per esempio pagare le bollette della luce o del gas, l'affitto, la mensa, ecc..</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>svolgere piccoli lavori in cambio di un pagamento.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>aiutare qualcuno della tua famiglia a comunicare.</p> <p>Per esempio persona non udente, non vedente oppure che non conosce l'italiano, ecc..</p> <p>- specificare il rapporto di parentela</p> <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E3) Negli ultimi 3 mesi, come ti sei sentito a svolgere le attività che hai indicato precedentemente?

COMPILA LA TABELLA.

	MAI	POCO	SPESSO
Mi fa sentire che sto facendo qualcosa di buono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fa sentire che sto aiutando la mia famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fa sentire che sto imparando qualcosa di utile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fa sentire che mi piace chi sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fa sentire che sono solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fa sentire che qualcosa non funziona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fa sentire che sono in colpa se non lo faccio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi fa sentire che non posso fare a meno di pensare a quello che devo fare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Abbiamo finito... solo qualche domanda su di te!

F1) Qual è la tua data di nascita?

 (giorno/mese/anno)

F2) Sei ...

Maschio Femmina

F3) Qual è il tuo luogo di nascita?

- Milano o provincia di Milano
 altro comune italiano
 stato estero, _____ (Specificare)

F4) Quale è la tua cittadinanza?

In caso di doppia cittadinanza scegli o indica più risposte

- italiana
 straniera, _____ (Specificare)



Grazie per aver completato il questionario!

Ciao!

--

Se volessi parlare con qualcuno del tuo impegno in famiglia o di altri problemi, puoi rivolgerti a:

- genitori;
- insegnante di riferimento;
- educatore o psicologo scolastico;
- servizio sociale del municipio (via Aldini n. 72, tel. 02 884.44240 - 44243 – 46673 - 54829);
- associazione EL MODERNISTA (<http://www.artepassante.it/el-modernista.html>).