



FAMIGLIE, ANZIANI, LAVORO DI CURA



a cura di
Patrizia Taccani

i Quid
ALBUM

INDICE

1 *Premessa*

P. Taccani

ANZIANI FRAGILI E FAMIGLIE CHE SE NE PRENDONO CURA: ANNI DI CHIAROSCURO

5 *Anziani non autosufficienti e famiglia*

P. Taccani

PSS n. 5/1986

8 *Project management nei servizi di assistenza domiciliare*

G. Pellizer

PSS n. 10/1995

UNA SVOLTA: VERSO LA VISIBILITÀ DEL LAVORO DI CURA

13 *Curare oggi, curare domani. Il "care" degli anziani*

P. Taccani

PSS n. 3/1999

16 *Gruppi di auto-mutuo aiuto in istituzioni pubbliche*

A. Tissot

PSS n. 7/1998

21 *L'assistenza dei familiari agli anziani disabili*

M. G. Melchiorre, S. Quattrini, M. Mengani, G. Lamura PSS n. 10/2000

24 *Pazienti anziani complessi e rete dei servizi*

F. Giunco

PSS n. 1/2000

30 *Il caregiver di anziani non autosufficienti*

E. Noci

PSS n. 2/2010

C'È CHI RACCOGLIE IL MESSAGGIO: RIFLESSIONI, PROGETTI, SPERIMENTAZIONI

37 *Lavoro di cura: oltre il fai da te*

S. Pasquinelli

PSS n. 1/2008

39 *La casa, le relazioni, il quartiere*

S. Brusamolino, B. Cantini

PSS n. 2/2001

43 *Malato demente e caregiver: possibili interventi*

AA. VV.

PSS n. 16/2007

47 *L'albero e il bosco*

P. Taccani

PSS n. 12/2004

50 *Familiari di anziani non più autosufficienti*

M. Giorgetti, G. Rozzi

PSS n. 1/2004

55 *Le badanti nei sistemi di cura: tasselli o stampelle?*

G. Costa

PSS n. 17-18/2004

57 *Servizi per familiari caregiver di anziani*

M. G. Melchiorre, S. Quattrini, C. Balducci, G. Lamura PSS n. 1/2008

63 *L'assegno di cura per la signora Piera*

R. Tidoli

PSS n. 21/2009

SE LO SGUARDO SI ALLARGA

69 *Il mal-trattamento psicologico dell'anziano nel caregiving familiare*

G. Perucci, P. Taccani, D. Zenobio

PSS n. 4/2012

74 *Dopo la cura: la vita riprende il cammino*

F. Boccaletti, L. Boccaletti, B. Leonardi, L. Ligabue PSS n. 4-5/2011

i Quid album 3

Supplemento al n. 4/2014 di
Prospettive Sociali e Sanitarie

Direttore responsabile:
Emanuele Ranci Ortigosa

ISTITUTO PER LA RICERCA SOCIALE
Via XX Settembre 24, 20123 Milano

Registrazione presso il Tribunale di
Milano n. 83 del 5-3-1973.

È vietata la riproduzione dei testi,
anche parziale, senza autorizzazione.

WWW.PROSPETTIVESOCIALIESANITARIE.IT

«La cura non è una preoccupazione particolaristica delle donne, un tipo di questione morale secondaria o il lavoro delle persone socialmente più svantaggiate. La cura è una preoccupazione centrale della vita umana. È tempo di iniziare a cambiare le nostre istituzioni politiche e sociali per riflettere questa verità.» (Tronto, 2006)

Un'affermazione come questa è segno di un lungo percorso teorico ed esperienziale attuato, i cui protagonisti sono stati i soggetti stessi implicati nella cura, ricercatori e studiosi, operatori dei servizi. Il termine "cura" di cui ci occuperemo contiene una pluralità di significati e molteplici sfumature riferite a gesti, sentimenti, interazioni, valori che si traducono in una pratica complessa, innestata sulla relazione interpersonale, rivolta alla promozione e al mantenimento di una buona qualità della vita del destinatario (Mortari, 2006). Abbiamo oltrepassato il concetto di cura sanitaria (*cure*) e ci siamo immersi nel mondo del lavoro di cura (*care*). In particolare in queste pagine sarà presa in considerazione la cura rivolta ad anziani da parte di loro familiari.

Quando si riflette sui problemi che un sistema familiare può trovarsi a fronteggiare a seguito della sopravvenuta diminuzione o perdita di autonomia di un membro, troppo spesso si resta colpiti dall'evento in sé, dalla gravità della malattia o della conseguente disabilità. Ad esempio gli elementi oggettivi certificabili sul piano sanitario sono i primi a essere valutati per stilare graduatorie di accesso ai servizi della persona anziana non autosufficiente. L'esperienza ha mostrato che altrettanta attenzione in realtà deve ricevere il ruolo che malattia e disabilità giocano nelle relazioni familiari, l'influenza che esercitano, le modificazioni che inducono a livello organizzativo, relazionale, emotivo. Una lettura multidimensionale aiuta gli operatori dei servizi a distinguere tra situazioni in cui attraverso il dare e ricevere cura i soggetti implicati costruiscono un rapporto caratterizzato da reciproca accettazione, o comunque da capacità di sopportarne limiti e ambivalenze, e situazioni dove invece la tutela della qualità della vita dell'anziano da parte di un familiare viene meno, e la cura emerge come pratica vissuta male da chi la mette in atto e mal sopportata dal destinatario. Spesso alla radice di disfunzioni come quest'ultima si trovano storie

familiari mai riviste e rielaborate, connotate da reciproche incomprensioni, antiche conflittualità, distanza emotiva, quando non da abbandoni o forme di violenza assistita o subita (Caritas Ambrosiana, 2011). Vi sono inoltre situazioni nelle quali la vulnerabilità del sistema familiare è legato alla "tenuta a oltranza" (Costa, 2008). Sono i sistemi familiari che sotto un'apparente capacità di continuare a fronteggiare il peso di una lungo-assistenza e gli eventi critici inevitabilmente connessi, nascondono bisogni - inconsapevoli o taciuti - di sostegno e di "sollevio". Sono considerazioni come queste che portano con sé una feconda prospettiva da cui osservare i contesti familiari: in letteratura anglosassone è denominata *dual focus of caring*. Essa consiste, in senso generale, nello sguardo contestuale sui bisogni di chi cura e su quelli di chi è curato, con l'attenzione alle loro peculiarità, per cercare soluzioni che non pongano in aspro conflitto i soggetti implicati. In tal senso si specifica che tra le buone pratiche dedicate al sostegno del lavoro di cura informale, deve essere costantemente presente l'esplorazione degli effetti di qualunque intervento dei servizi sulla vita della diade, *caregiver* e *cared for* (Twigg, 1996; Parker, Clarke, 2002). Tra gli esempi più comuni abbiamo la situazione in cui, mentre da un lato si evidenzia il bisogno di "sollevio" di chi cura, dall'altro si palesa (o va comunque esplorato) il desiderio/bisogno della persona anziana di non avere sostituiti nell'assistenza quotidiana, né tanto meno, di affrontare cambiamenti di vita, cosa che accadrebbe con l'inserimento in servizi semiresidenziali o residenziali, anche se per un periodo a termine. Su questi aspetti risulta chiara l'importanza della mediazione di una figura professionale che lavori con un'ottica familiare e per progetti, tanto da aiutare i soggetti implicati a cogliere la loro interdipendenza, attenuare gli eventuali attriti e rendere palesi le risorse interne alla famiglia stessa (Payne, 1998).

Di un dato storico occorre tener conto per comprendere appieno la significatività del cammino fatto. Nell'area anziani lo sviluppo del welfare italiano, a partire dalla metà degli anni Settanta, si è caratterizzato per un'offerta di servizi rivolti all'anziano "solo". Il loro sviluppo nel territorio nazionale è avvenuto al di fuori di una reale pianificazione e ha portato a una distribuzione a macchia di leopardo. In tutte le realtà, comunque, pur nello sforzo di migliorare la qualità degli interventi, di professionalizzare

e riqualificare gli operatori, di innescare processi d'integrazione e coordinamento, tuttavia sullo scenario del welfare rivolto alla popolazione anziana, il "sistema familiare curante" ha continuato a rimanere lontano dallo sguardo degli operatori, vincolati a norme amministrative e a vincoli di spesa che hanno fortemente limitato, se non escluso, dall'accesso a servizi (ad esempio l'assistenza domiciliare) gli anziani dotati di una pur minima rete familiare.

ANZIANI FRAGILI E FAMIGLIE CHE SE NE PRENDONO CURA: ANNI DI CHIAROSCURO

Venendo ai materiali prodotti dalla rivista, possiamo affermare che nei suoi primi vent'anni di vita *PSS* si è occupata di anziani e vecchi in linea con la cultura e l'atteggiamento sociale tipico di quel periodo: in modo più frammentato e sporadico alla fine anni Settanta e inizio anni Ottanta, via via intensificando la presenza di contributi legati al mondo dei servizi, con particolare riguardo al tema dei diritti alle cure sanitarie degli anziani. Numerosi i contributi pubblicati in un aperto confronto, con autori su posizioni anche nettamente contrastanti, su quali fossero, e come dovessero essere, "i luoghi e le pratiche di intervento sulla cronicità". Escono due numeri speciali dedicati al tema, il primo nell'autunno del 1986 (*PSS* n. 16-17) il secondo a maggio dell'anno successivo (*PSS* n. 8, 1987). Essi riportano voci di operatori ospedalieri e del territorio che, affrontando i problemi dal loro specifico punto di vista, proponevano soluzioni radicalizzate e opposte: "l'ospedale deve tenersi i suoi cronici", "l'ospedale deve limitarsi a curare l'acuzie". Tutto il problema del dopo ospedale con un "ritorno a casa" dalle pesanti ricadute sui membri della famiglia, qualche volta è appena sfiorato, sostanzialmente non è preso in esame. Infatti nella rilettura di tutto il materiale pubblicato si fa molta fatica a trovare qualche traccia significativa dei temi centrali di questo *Quid*: il lavoro di cura informale che le famiglie da sempre hanno svolto per i propri membri anziani, cronici, non autosufficienti, persone colpite nella loro autonomia, spesso proprio dopo un ricovero ospedaliero.

Il tema della cura informale svolta tra le mura domestiche entra nella cultura degli operatori sia sanitari sia sociali molto lentamente, quasi di soppiatto, ma non diventa subito oggetto di ricerca e di riflessione, e soprattutto, di scrittura. Riteniamo che tra i contributi fondamentali a smuovere le acque che del lavoro di cura informale avevano fatto storicamente un dato sommerso, vi sia stata la traduzione italiana del testo americano di John Weakland e John Herr, dal titolo *Counseling Elders and Their Families: Practical Techniques for Applied Gerontology*. Esce su *PSS* un breve articolo "Anziani non autosufficienti e famiglia", che inserendosi nel dibattito di cui si è detto poco sopra, coglie anche l'occasione per far conoscere l'evento editoriale, e getta un piccolo sasso nelle acque ancora opache che sommergono il *care* degli anziani. In esso, pur sostenendo che le famiglie rappresentano il sistema fondamentale di sostegno per la perso-

na anziana fragile, si suggerisce al tempo stesso di non dare per certa la loro tenuta. Nel "guardarle da vicino", infatti, ci si può render conto come nei lunghi anni di cura e assistenza essere giungano a rendere inutilizzabili le loro stesse risorse, prese in grovigli di disfunzioni interne, spesso incapaci di una diretta richiesta di aiuto (Taccani, 1986).

Ancora un breve tratto di viaggio lungo la cronologia. Siamo agli ultimi dieci anni del secolo scorso e nei numeri di *PSS* troviamo un panorama ricco di contributi che riguardano gli interventi sociali e sociosanitari rivolti agli anziani. È ripreso il tema dei diritti alle cure sanitarie, molti contributi si concentrano sulla residenzialità, affrontando il tema degli standard, quello della valutazione della qualità, quello degli spazi e della vita quotidiana. La domiciliarità (è di questi primi anni Novanta la coniazione del termine) non è certo ignorata e *PSS* accoglie lavori di analisi di esperienze territoriali: Assistenza Domiciliare Integrata, Servizi di Assistenza Domiciliare, Centri Diurni, Ospedalizzazione a Domicilio, Unità Valutativa Geriatrica. Insomma il panorama è ricco e variegato: i contributi che *PSS* accoglie in questo decennio danno conto della crescita d'interesse da parte di chi opera nei servizi a porre in evidenza luci e ombre degli interventi rivolti alla popolazione anziana, non mancano proposte di strumenti nuovi per raccogliere i bisogni degli anziani in condizioni di parziale o totale dipendenza. Tuttavia il tema centrale di cui in questo *Quid* ci stiamo occupando – il ruolo della famiglia nel lavoro di cura – non trova ancora lo spazio di cui ha diritto. Un esempio può essere costituito dall'interessante contributo di Gianni Pellizer dal titolo Project Management nei servizi di assistenza domiciliare, che affronta un punto dolente del sistema di welfare: la frammentazione degli interventi e la mancanza di coordinamento sia tra servizi, sia tra gli operatori stessi. L'autore propone un modello di progettazione dell'assistenza domiciliare indicandone con chiarezza gli aspetti temporali, organizzativi, economici e valutativi, con l'obiettivo della personalizzazione dell'intervento. È delineata prima una rete di soggetti istituzionali, poi lo staff dei professionisti (con la presenza anche del volontariato), infine il percorso che tutti insieme tracciano per raggiungere l'obiettivo di fornire risposte congrue ai bisogni (Pellizer, 1995). Tuttavia il progetto sembra essere pensato per anziani che vivano in un contesto vuoto di relazioni, quando i dati demografici e ricerche empiriche hanno ormai evidenziato l'ampia presenza nel nostro paese di famiglie di anziani (coppie anziane) e famiglie con anziani (convivenze o riconvivenze di persone anziane e figli adulti). La cura informale, tanta o poca che si presenti a seconda dei casi, non emerge come risorsa da "conteggiare", né il sistema famiglia, o, più precisamente il *caregiver* principale, è visto come soggetto da coinvolgere nell'ambito progettuale. Alcuni anni dopo, finalmente, trattando il tema del case management verrà scritto che esso "si colloca nel più ampio filone di metodologie d'intervento che pongono al cen-

tro la progettazione sul caso, per mettere in rete l'eterogeneo insieme delle risorse assistenziali presenti (familiari, servizi, operatori privati e altri)" (Gori, 2001).

UNA SVOLTA: VERSO LA VISIBILITÀ DEL LAVORO DI CURA

Dalla fine degli anni Novanta la cura informale acquista sempre maggiore visibilità. Anche *PSS* contribuisce al processo di cambiamento con la funzione che le è propria: ampliare le conoscenze, far circolare esperienze sul campo, provocare confronto e dibattito. A questo proposito sono cinque (scelti tra molti) i contributi pubblicati dalla rivista, tutti accomunati dall'obiettivo di far luce sui soggetti protagonisti della cura informale, sul loro rapporto con i servizi, e con l'intento di toccare l'aspetto di loro specifici bisogni. Per alcuni aspetti le prospettive dei diversi autori coincidono, per altre no, anche se possono considerarsi complementari. Vediamo in sintesi i punti salienti di ciascun contributo: 1) la complessità delle relazioni tra *caregiver* e *cared for* e la copresenza di "forza" e di "fragilità" nel sistema curante, con la conseguente necessità di valutare caso per caso il tipo di sostegno da fornire sia all'anziano sia al *caregiver* (Taccani, 1999); 2) la rilettura di un'esperienza in ambito pubblico di un gruppo di automutuo aiuto di familiari che assistono anziani colpiti da demenza i cui risultati portano l'autrice ad auspicare la crescita di questa risorsa a integrazione di altri interventi istituzionali (Tissot, 1998); 3) i supporti normativi a sostegno di chi assiste un familiare anziano disabile, una rilettura del Piano Sanitario dell'epoca con la menzione degli interventi territoriali integrati particolarmente adatti a fornire supporto e sollievo ai *caregiver*, e un riferimento a possibili ruoli alternativi delle strutture residenziali, ad esempio attraverso i ricoveri temporanei (Melchiorre, Quattrini, Mengani, Lamura, 2000); 3) la proposta di un modello di assistenza agli anziani definiti "complessi" in grado di eliminare, o almeno di rendere meno impervi, gli ostacoli che i familiari incontrano alla ricerca di risposte ai bisogni sanitari e sociali di chi stanno assistendo tra le mura domestiche. L'autore esplicita le motivazioni che lo hanno spinto alla ricerca di strade alternative alle attuali. Si tratta di un problema di giustizia sociale, di equità, poiché "la capacità di reperire soluzioni è direttamente proporzionale alla forza della rete familiare", e quindi ci sono famiglie dotate di risorse e strumenti che le mettono in grado di affrontare gli ostacoli, famiglie già marginalizzate e impoverite per le quali l'ostacolo diventa insormontabile (Giunco, 2000). 4) i risultati di un'indagine conoscitiva mirata alla figura del *caregiver*, che conferma la prevalenza delle donne nello svolgimento di questo ruolo. L'autrice evidenzia i vissuti dei *caregiver* e la loro personale lettura dei bisogni. Dalle narrazioni delle persone intervistate emergono infatti problemi di difficile accesso alle informazioni, la richiesta di semplificazione dei percorsi verso i servizi e di collaborazione con gli operatori, l'aspettativa che si appronti-

no risposte flessibili e personalizzate ai bisogni dell'anziano. Non manca il tema del supporto psicologico, del sollievo, dell'auto-mutuo aiuto come elementi di un progetto complessivo (Noci, 2010).

C'È CHI RACCOGLIE IL MESSAGGIO: RIFLESSIONI, PROGETTI, SPERIMENTAZIONI

Riguardando gli ultimi dodici/tredici anni di *PSS* diventa subito evidente un'ulteriore crescita di riflessione e di ricerca sul lavoro di cura informale: aumentano soprattutto i contributi di operatori che hanno messo in atto progetti orientati al sostegno congiunto dell'anziano non autosufficiente e della sua famiglia, o addirittura interventi specifici per i *caregiver*. Non è stato facile scegliere che cosa proporre tra i molteplici lavori pubblicati e sin da subito è utile chiarire che il criterio usato è stato quello di fornire al lettore la gamma più ampia possibile di quanto realizzato. Il filo rosso che unisce tutte le esperienze (anche quelle che qui non compaiono) è il convincimento della necessità di "andare oltre il fai da te familiare", come ben argomenta Sergio Pasquinelli in un editoriale di inizio 2008. Nella raccolta antologica di questa sezione, dopo l'Editoriale citato, iniziamo con il proporre la lettura del lavoro congiunto tra una cooperativa e un ente locale dove, oltre al rafforzamento di interventi più tradizionali, si sperimenta un "progetto *caregiver*" che offre *counselling* gerontologico familiare, sostegno nel gruppo di automutuo aiuto, percorsi di informazione mirata (Brusamolino, Cantini 2001), per proseguire con una ricerca svolta dall'équipe di un centro diurno integrato il cui obiettivo è stato quello di migliorare "la qualità della vita del malato di demenza e del suo *caregiver*" con azioni complementari e partecipate, con un forte coinvolgimento del familiare attraverso forme di rafforzamento delle competenze acquisite e apprendimento di nuove abilità pratiche e relazionali (AA. VV., 2007). Il lettore ha già incontrato l'indicazione di un articolo sul gruppo AMA nella precedente sezione, come segnale di apertura verso l'emersione dei bisogni di chi cura. Per approfondire il tema in questa parte del *Quid* si sono privilegiati due tra numerosi contributi pubblicati. Diamo conto delle ragioni della scelta. Per il primo si è tenuto conto della rivisitazione dell'esperienza finalizzata soprattutto a capire i rischi che l'automutuo aiuto rivolto a *caregiver* può correre. L'autrice, infatti, pone l'accento in primo luogo il rischio di strumentalizzazione di questa risorsa da parte dei decisori delle politiche sociali in quanto risposta poco costosa e di (apparente) semplice attuazione, in secondo luogo i rischi più "interni": quello di una cronicizzazione dei partecipanti su posizioni di dipendenza dall'esperto/facilitatore e quello della rigidità di quest'ultimo sordo alle esigenze del protagonismo della narrazione e dello scambio tra i membri (Taccani, 2004). Il secondo articolo è stato scelto per il particolare sviluppo che un gruppo AMA ha avuto a livello territoriale, dalla promozione sino alla costituzione di un'associa-

zione di familiari *caregiver* (evento molto raro nel nostro Paese) e all'attivazione di uno sportello di ascolto e orientamento gestito dai membri dell'associazione stessa (Giorgetti, Rozzi, 2004). Possiamo porre la figura della badante cui è stato passato – molto in sordina – il compito della cura di anziani fragili, malati, gravemente non autosufficienti, come una risposta di qualità ai bisogni dei familiari e dei loro anziani? *PSS* ha iniziato molto presto a occuparsene, molto prima che si passasse dal totale silenzio al molto “rumore”. Per questa ragione si propone la lettura di un contributo (dal titolo intrigante) che esamina il fenomeno sia a livello dell'impatto sul sistema curante sia a livello dei servizi e delle politiche sociali (Costa, 2004). Proseguiamo con uno studio europeo [Eurofamcare] realizzato in sei Paesi, tra cui l'Italia centrato sull'analisi dei servizi di supporto per *caregiver*, in particolare sugli aspetti cruciali della “diffusione, accesso, utilizzo, qualità e soddisfazione”, confrontando domanda e offerta (Melchiorre, Quattrini, Balducci, Lamura, 2008). La rassegna si chiude con un articolo che affronta il dibattito intervento (ormai quasi storico) dell'assegno di cura. L'autrice offre una puntualissima comparazione dei percorsi attuati in tre regioni italiane e ne evidenzia aspetti positivi e criticità. Non ultima, tra queste, la frequente sottovalutazione – da parte dei decisori – del carico di lavoro professionale necessario per inserire l'erogazione dell'assegno di cura in un progetto più ampio (Tidoli, 2009).

SE LO SGUARDO SI ALLARGA COMPAIONO NUOVE PISTE DA ESPLORARE

Per chiudere questo volume inteso come una sorta di percorso di ri-esplorazione del lavoro di cura svolto da familiari per i propri anziani non autosufficienti, sono proposti al lettore alcuni contributi che hanno ampliato la prospettiva più conosciuta e dibattuta della complessa dinamica bisogni/risposte. Con essi, infatti, gli autori hanno indagato alcuni temi specifici inseribili nel novero dei tabù tuttora presenti: il maltrattamento psicologico nella relazione di cura informale e la fine del lavoro di cura con la morte dell'anziano. Senza inutili forzature vorremmo tuttavia esprimere il pensiero che vi sia una sorta di “vicinanza” delle due tematiche: con il mal-trattamento (a volte episodico, a volte più continuativo), cioè con la caduta di capacità di un *caregiver* di tutelare la qualità della vita della persona fragile, si assiste a una perdita di ruolo e a una perdita di senso del curare; la morte della persona curata cancella addirittura il ruolo spezzando il legame di cura, lasciando invece intatte competenze, qualità e motivazioni del *caregiver*. In entrambi i casi i *caregiver* si trovano a fronteggiare un groviglio di sentimenti, di nodi non facili da sciogliere. Per contribuire a rompere in modo non ideologico, ma il più concreto e propositivo possibile, con i due tabù nominati, due gruppi di ricercatori li hanno indagati attraverso interviste in profondità rivolti ai *caregiver* stessi. *PSS* ha pubblicato due articoli di “sintesi” dei dati qua-

litativi emersi, ricchi di testimonianze e propositivi rispetto agli interventi possibili (Perucci, Taccani, Zenobio, 2012; Boccaletti, Boccaletti, Leonardi, Ligabue, 2011).

Dalla visione d'insieme di quanto, nel tempo, *PSS* ha messo a disposizione dei suoi lettori, senza dubbio si conferma – e torniamo così alle righe di apertura del *Quid* – come la cura non possa davvero essere considerata fenomeno particolaristico e secondario, ma debba costituire costante preoccupazione delle politiche sociali di oggi e del futuro, sia prossimo sia remoto.

In chiusura un ringraziamento a tutti gli autori di *PSS* – a quelli presenti con il loro contributo in questa rassegna e a tutti gli altri – perché riflettendo sul lavoro di cura e mettendo a disposizione le loro riflessioni attraverso la scrittura, hanno contribuito a valorizzarne l'esistenza e il significato.

Grazie alla Direzione e alla Redazione di *PSS* per l'incoraggiamento a riprendere in mano questo tema con l'obiettivo di renderlo ulteriormente visibile e accessibile a molti.

Bibliografia

- Caritas Ambrosiana (2011), *Ferite invisibili. Il maltrattamento psicologico nella relazione tra caregiver e anziano*, Franco Angeli, Milano
- Costa G. (2007), *Quando qualcuno dipende da te*, Carocci, Roma
- Gori C. (2001), “Quale case management per l'Italia”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 9
- Mortari L. (2006), *La pratica dell'aver cura*, Bruno Mondadori, Milano
- Payne M. (1998), *Case management e servizio sociale*, Erickson, Gardolo (TN)
- Parker G., Clarke H. (2002), “Making the ends meet: do carers and disabled people have a common agenda?”, *Policy and Politics*, 30, 3
- Tronto J. C. (2006), *Confini morali, un argomento politico per l'etica della cura*, Diabasis, Reggio Emilia
- Twigg J. (1992), “Carers in the service system”, in Twigg J. (a cura di), *Carers: Research and Practice*, HMSO, London
- Weakland J. H., Herr J. J. (1986), *L'anziano e la sua famiglia. Teoria e pratica dell'intervento psicologico*, Carocci, Roma

Volumi della collana i Quid sinora pubblicati:

1. *Piani di zona tra innovazione e fragilità*
a cura di U. De Ambrogio
ISBN 9788896947005
2. *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*
a cura di E. Ranci Ortigosa
ISBN 9788896947012
3. *Piani sociali di zona nei Balcani*
a cura di U. De Ambrogio
ISBN 9788896947029
4. *Assistente sociale. Uno sguardo sulla professione in cambiamento*
a cura di A. Casartelli, F. Merlini
ISBN 9788896947036
5. *Definire i livelli essenziali delle prestazioni di assistenza*
a cura di P. de Felici, G. Giorgi, C. Ranci, S. Sansonetti, N. Stame
ISBN 9788896947043
6. *Progettare nella frammentazione. Approcci, metodi e strumenti per il sociale*
a cura di U. De Ambrogio, S. Pasquinelli
ISBN 9788896947050
7. *Politiche per l'infanzia in due grandi Comuni. Genova e Torino a confronto*
a cura di S. Sabatinelli
ISBN 9788896947067
8. *I sistemi informativi per il sociale*
a cura di C. Castegnaro
ISBN 9788896947074
9. *Interazioni in rete. Costruire spazi interculturali e legami intergenerazionali*
M. G. Soldati, G. Crescini
ISBN 9788896947081
10. *Povert , esclusione sociale e politiche di contrasto*
a cura di D. Mesini, E. Ranci Ortigosa
ISBN 9788896947098
11. *Le mutilazioni genitali femminili. Rappresentazioni sociali e approcci sociosanitari*
I. Simonelli, M. G. Caccialupi
ISBN 9788896947104
12. *Primo monitoraggio dei Piani sociali di Zona della Regione Puglia*
a cura di D. Cicoletti, S. Stea
ISBN 9788896947111
13. *La continuit  del percorso dell'assistito tra cure primarie e cure specialistiche*
a cura di C. Scarcella, F. Auxilia, S. Castaldi, F. Lonati, R. Peasso, P. Peduzzi
ISBN 9788896947128

ESAURITO

i Quid album

1. *Metodi ed esperienze di valutazione nel sociale*
a cura di U. De Ambrogio, G. Sordelli
2. *Supervisione. Riflessioni ed esperienze nel sociale*
a cura di A. Casartelli, U. De Ambrogio
4. *Una professione alle corde? Assistenti sociali di fronte alla crisi del welfare*
a cura di A. Casartelli, C. Dessi