



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e
della Socializzazione**

**Corso di laurea Magistrale in Psicologia dello Sviluppo
e dell'Educazione**

Tesi di Laurea Magistrale

**Un'etica della cura per l'affido familiare
di Minori Stranieri Non Accompagnati**

**An ethic of care for family fostering of
unaccompanied minors**

Relatrice

Prof.ssa Pasian Pamela

Laureanda:

Apicella Alessandra

Matricola:

2023913

Anno Accademico 2022/2023

*La tua casa non è dove sei nato.
Casa è dove cessano i tuoi tentativi di fuga.*
Nagib Mahfuz

INDICE

Abstract	p. 7
Introduzione	p. 9
1. Affidamento familiare e sistema di accoglienza dei MSNA	p. 12
1.1 Tipologie	p. 13
1.2 Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)	p. 16
1.2.1 Il sistema di accoglienza: quando la “lotteria” va bene	p. 20
1.3 Affidamento familiare di MSNA: chi è coinvolto nell’affido?	p. 22
1.4 Ricadute, criticità e limiti della normativa e del sistema di accoglienza di MSNA: quando la “lotteria” va male	p. 26
1.4.1 Criticità nel processo di accoglienza dei MSNA	p. 28
1.4.2 La gestione dell’accoglienza: un’emergenza costante	p. 32
2. Etica della cura	p. 35
2.1 Chi dipende da chi?	p. 36
2.1.1 Cosa è accaduto alla cura?	p. 38
2.2 La prima generazione di teorie dell’etica della cura: Carol Gilligan e Nel Noddings	p. 42
2.3 La seconda generazione di teorie dell’etica della cura: Joan Tronto	p. 45
2.4 Il contributo del <i>The Care Collective</i>	p. 48
2.4.1 Etica della cura, affidamento familiare e accoglienza di MSNA: un dialogo possibile	p. 51
3. Illustrazione della ricerca	p. 55
3.1 Le realtà intercettate	p. 56
3.1.1 Metodologia e approcci	p. 58
3.2 L’intervista: i temi trattati	p. 59

3.2.1 I partecipanti	p. 62
3.2.2 Criticità nell'individuazione del campione	p. 64
3.3 Analisi delle interviste: il metodo seguito	p. 65
3.4 Restituzione ai partecipanti	p. 68
4. Analisi delle interviste	p. 70
4.1 Primo contatto con l'affido ed Esperienza di affido	p. 72
4.2 Architettura di rete	p. 77
4.3 Pratiche di cura	p. 81
4.4 Metanalisi dell'esperienza	p. 87
4.5 Affido familiare ed etica della cura: un contributo	p. 89
Conclusioni	p. 92
Bibliografia	p. 96

ABSTRACT

Cosa può offrire la prospettiva dell’“etica della cura” all’analisi dell’affido familiare di Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)? L’elaborato intende indagare queste dimensioni offrendo una panoramica sul sistema di accoglienza dei MSNA in Italia e sulle criticità rilevate al suo interno, in virtù delle quali emerge l’esigenza di ri-pensare l’approccio all’accoglienza stessa. Successivamente, si propone un focus sulla normativa che disciplina l’affido familiare dei MSNA. Infine, attraverso i racconti delle persone che hanno deciso di intraprendere un percorso di affido di MSNA, si analizzeranno le “pratiche di cura” che si generano nell’interazione con i minori, attraverso la lente prospettiva dell’“etica della cura”.

Keywords: etica della cura; affido familiare; minori stranieri non accompagnati; MSNA; pratiche di cura; sistema di accoglienza di MSNA in Italia

INTRODUZIONE

Questo lavoro ha origine dall'interazione tra vita accademica e vita privata, tra quanto appreso durante il percorso di studio e quanto emerso da un'esperienza di volontariato.

L'interesse per l'"etica della cura" si è sviluppato all'interno delle aule universitarie, ed è stato rafforzato da un personale approfondimento di quanto affrontato durante le lezioni in aula.

È accaduto, poi, che l'interesse si è svincolato dal contesto universitario per riversarsi e concretizzarsi nella scelta di intraprendere un'esperienza di volontariato presso l'Associazione Mimosa a Padova, nello specifico all'interno dell'"Area Accoglienza", che si rivolge a minori in stato di disagio, tra i quali anche minori stranieri non accompagnati (MSNA). Nel corso di questa esperienza si è resa, poi, possibile l'opportunità di partecipare a un corso di formazione sull'affido familiare dei MSNA, che si è configurata come occasione per iniziare a sviluppare quanto contenuto nel presente elaborato.

Il percorso seguito ha preso le mosse a partire dalla volontà di far dialogare questi ambiti di esperienza, ovvero di far dialogare l'"etica della cura" con il tema dell'affido familiare dei MSNA.

Nel primo capitolo viene presentata una panoramica sull'affido familiare e il sistema di accoglienza dei MSNA in Italia, portando il focus sulle novità introdotte dalla Legge Zampa, tra le quali rientrano novità relative all'affido familiare di MSNA. Un secondo focus viene riservato a quella che è la rete di figure che ruotano attorno all'affido e che condividono le responsabilità di cura nei confronti del minore. L'attenzione viene, poi, indirizzata su quelle che sono le criticità che hanno luogo all'interno del percorso di accoglienza del minore una volta arrivato in Italia.

Nel secondo capitolo si pongono le condizioni per generare un possibile dialogo con il paradigma dell'etica della cura. Un passaggio preliminare, però, è costituito dalla ricostruzione del dibattito, facendo riferimento ai lavori di Chiara Saraceno & Manuela Naldini (2021), e di Joan Tronto (2006). In un secondo momento, ai fini di mettere a disposizione l'impalcatura teorica su cui attualmente si fonda il dibattito sull'"etica della cura", si fa riferimento ai contributi di Carol Gilligan, Nel Noddings, Joan Tronto e al lavoro del *The Care Collective*.

Dalla ricostruzione del dibattito sulla cura emerge che la dimensione all'interno della quale viene resa possibile la cura è la relazione, motivo per cui, prima ancora di sviluppare una

riflessione sulla cura, ciò che serve è porre l'attenzione sulle relazioni all'interno delle quali la cura viene messa in atto.

In ragione di ciò, la relazione che è stata scelta come oggetto della ricerca è quella che si instaura tra le persone che decidono di intraprendere un'esperienza di affido familiare e il MSNA con cui portano avanti l'affido, e lo strumento che è stato utilizzato è quello dell'intervista discorsiva guidata (Cardano & Ortalda 2017).

Il terzo capitolo è dedicato, perciò, all'illustrazione della ricerca, della metodologia e degli approcci utilizzati, dei temi trattati nell'intervista e del metodo seguito nell'analisi dei "racconti di pratiche" (Bertaux 1999) emersi dalle interviste.

Nel quarto capitolo, infine, viene descritto e interpretato quanto emerso dall'analisi delle interviste, utilizzando come riferimento teorico il contributo di Tronto (2006) e del *The Care Collective* (2021).

Ciò che ci si chiede nel presente lavoro, rendendo spendibile in termini argomentativi la volontà di far dialogare l'"etica della cura" con uno modi in cui può articolarsi l'accoglienza dei MSNA – ovvero con l'affido familiare –, è quale possa essere il contributo dell'"etica della cura" tanto alla trattazione dell'affido familiare di Minori Stranieri Non Accompagnati, quanto alla formulazione di un approccio diverso all'accoglienza.

CAPITOLO 1

1. Affidamento familiare e sistema di accoglienza dei MSNA

Il primo riferimento normativo volto a definire l'affido familiare è la L. 4 maggio 1983, n. 184 "Diritto del minore ad una famiglia"¹. Secondo quanto definito dalla norma, l'affido familiare si configura come una forma di intervento che consiste nell'aiutare una famiglia ad attraversare un periodo difficile, prendendosi cura dei suoi figli (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2013, p.11)² e predisponendo diverse forme di separazione temporanea da essi, che possono andare dall'affidamento³ familiare diurno all'affidamento residenziale. La finalità di tale intervento è quella di riunificazione del bambino con la propria famiglia di origine, e di emancipazione della stessa (*ivi*, p.8). Con l'espressione "periodo difficile" si fa riferimento a una situazione di «[...] temporanea inabilità dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale, che ostacoli il diritto del minore alla propria famiglia» (Vassallo 2020). Si può trattare, ad esempio, di malattia di un genitore, la sua carcerazione, la fragilità psicologica, fino a giungere a franchi quadri psicopatologici di un genitore (Ferrer 2015).

La risorsa coinvolta nell'affidamento familiare risiede nella cooperazione di famiglie affidatarie e di diversi soggetti che si occupano della cura e della protezione dei bambini e del sostegno alla famiglia.

L'affido è temporaneo, non può superare la durata di due anni, ma è prorogabile dal Tribunale per i minorenni, qualora la sospensione dell'affidamento provochi un pregiudizio al minore.

Accade spesso che la durata dell'affidamento familiare si prolunga ben oltre i due anni previsti, con la conseguenza che, se il rientro nella famiglia di origine non è possibile, si dà l'avvio al procedimento di adozione e il minore conoscerà una terza famiglia. Tuttavia, in ragione della possibilità che nel frattempo possa essersi creato un legame significativo tra il bambino e le persone affidatarie, per evitare che questo legame debba essere reciso, la Legge n. 173/2015 "sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare" ha inserito alcune norme che tutelano la continuità dei rapporti che si sono instaurati durante il periodo dell'affidamento, se ciò corrisponde al "superiore interesse del fanciullo" (Save the Children

¹ Novellata dalla L. 28 marzo 2001, n. 149, e riformata dalla L. 19 ottobre 2015, n.173.

² Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2013). *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*.

³ "Affido" e "affidamento" sono sinonimi, pertanto, verranno utilizzati in modo interscambiabile.

1959). Dunque, se dopo un prolungato periodo di affidamento il minore è dichiarato adottabile, e la famiglia affidataria – avendo i requisiti richiesti dall’articolo 6 – chiede di adottarlo, il tribunale per i minorenni tiene conto dei legami affettivi significativi e del rapporto stabile e duraturo consolidatosi tra il minore e la famiglia affidataria (Vassallo 2020).

Il principio dell’affido è porre prioritaria attenzione ai legami e alle relazioni, oltre che – come precedentemente detto – al superiore interesse del minore (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2013, p.8).

La legge assegna la titolarità dell’affidamento familiare al Servizio Sociale pubblico «che nel suo operato è supportato dalle competenze professionali degli operatori dei Servizi e da un sempre maggior esercizio della responsabilità sociale esercitato da associazioni, realtà del terzo settore, famiglie affidatarie e reti di famiglie [...]» (*ivi*, pp.12-13).

Emerge, in virtù di ciò, un’architettura di servizi e una rete di cittadini (professionisti e non) che, ponendosi come risorse, contribuiscono all’affido familiare, condividendo la responsabilità dei diversi aspetti che riguardano la gestione di tale pratica.

Il termine “architettura” è un termine che «[...] rimanda ad una connessione, ad una rete che si costruisce tra diversi ruoli della Comunità (servizi, cittadini, istituzioni, aggregazioni informali, ecc.), ciascuno con il proprio contributo e valore; come in un’architettura, gli elementi di cui è composta, per stare insieme, seguono delle regole precise, pena il crollo della struttura» (Turchi & Vendramini 2021, p.320).

A seconda della natura dei bisogni del bambino, della sua famiglia e delle risorse che i servizi e la comunità locale sono in grado di mettere a disposizione, si delinea la modalità di affidamento familiare più adeguata a poter rispondere all’esigenza specifica⁴.

1.1 Tipologie

Una prima distinzione volta a definire l’affidamento familiare riguarda la provenienza dell’istanza di attivazione del progetto di affidamento familiare. Si può distinguere, quindi, tra un affidamento di tipo consensuale e uno di tipo giudiziale. Nel primo caso, l’affidamento è disposto dai Servizi sociali in accordo con la famiglia, con ratifica del Giudice Titolare e con la

⁴ Quanto segue è contenuto in: Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2013). *Linee di indirizzo per l’affidamento familiare*.

durata massima di ventiquattro mesi (due anni), periodo dopo il quale il Tribunale per i Minorenni può disporre una proroga; nel secondo caso, l'affidamento è disposto direttamente dal Tribunale per i Minorenni, nel caso non vi sia consenso da parte degli esercenti la potestà parentale.

Un'altra distinzione la si può fare in merito ai legami di parentela che il minore ha o meno con le persone a cui viene affidato. In tal senso, si distinguerà tra un affidamento intra-familiare e un affidamento etero-familiare. Nel primo caso, l'affidamento avrà luogo presso parenti fino al quarto grado, che si rendono disponibili e che vengono valutati idonei dai Servizi sociali e sanitari, per essere in seguito coinvolti in percorsi di accompagnamento e formazione: ai parenti che si rendono disponibili possono essere erogati i sostegni economici e gli interventi di supporto previsti dalle specifiche disposizioni regionali e territoriali; nel secondo caso, l'affidamento avrà luogo presso persone disposte all'affido e ad accogliere minori, che non hanno alcun legame di parentela con la persona che accoglieranno, riservando l'attenzione a prevedere rientri o incontri periodici con la famiglia del bambino.

Ulteriore distinzione la si fa in relazione al tempo che il bambino trascorre con le persone affidatarie. In tal senso, la distinzione sarà tra affidamento diurno, affidamento a tempo parziale e affidamento residenziale. Nel caso dell'affidamento diurno, nell'ottica di evitare l'allontanamento, si dispone di una brevissima separazione del bambino dalla famiglia di origine, in virtù della quale il bambino trascorre solo una parte della giornata con gli affidatari: questa tipologia di affidamento risponde a «un'esigenza di sostegno educativo e risocializzante orientato allo sviluppo di abilità sociali e relazionali del bambino» (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2013, p.50) e della sua famiglia. In questo caso, la finalità dell'affidamento è quella di prevenire il ricorso all'accoglienza residenziale.

L'affidamento diurno lo si può pensare come evoluzione di un affidamento residenziale per favorire il rientro del bambino in famiglia, inoltre, può essere attivato anche in forma di "vicinato solidale" alle famiglie in difficoltà con bambini, dove questa modalità di affidamento viene formalizzata individuando le modalità di aiuto quotidiano per l'organizzazione e la gestione della vita familiare.

Nel caso dell'affidamento a tempo parziale, si dispone di questa tipologia di affido nel momento in cui, in seguito a una indagine psicosociale sulla condizione di bisogno del bambino e della sua famiglia, si rileva una sufficiente competenza relazionale da sostenere e valorizzare nei rapporti con la famiglia affidataria; in questo caso il bambino trascorre un periodo di tempo

definito con gli affidatari, periodo che può consistere in qualche giorno durante la settimana o in un breve periodo durante l'anno, dove il sostegno è volto – anche in questo caso – ad evitare un allontanamento più duraturo del bambino dalla propria famiglia. Questa tipologia di affido viene scelta nel caso di problematiche legate a difficoltà nella gestione organizzativa dei bambini, come possono essere problemi di lavoro o famiglie monogenitoriali.

Vi è poi il caso dell'affidamento residenziale, in cui il minore vive stabilmente con gli affidatari, in vista della riunificazione con la famiglia di origine. Questa tipologia di affidamento viene proposta quando la permanenza nella propria famiglia o presso parenti viene definita pregiudizievole in virtù del rischio che corre il bambino.

Vi sono anche delle tipologie di affido che rientrano in una macrocategoria di “situazioni particolari”. È il caso di cinque tipologie di affidamento: affidamento di bambini piccoli (0-24 mesi); affidamento in situazioni di emergenza; affidamento di adolescenti di età superiore ai diciotto anni; affidamento in situazioni di particolare complessità; affidamento di minori stranieri non accompagnati.

L'affidamento dei bambini piccoli (0-24 mesi) è un affidamento di breve durata, nel caso di bambini per i quali risulta fondamentale da subito la presenza di una figura di accudimento stabile, che corrisponde al tempo necessario agli operatori per svolgere la valutazione delle capacità genitoriali e all'Autorità Giudiziaria per decidere in merito al percorso futuro del bambino (rientro in famiglia, affido familiare, adozione) nel più breve tempo possibile, fino a un massimo di otto mesi. In questi casi, agli affidatari verranno riconosciuti sostegni specifici da parte di personale socioeducativo e sanitario, oltre a un rimborso spese maggiorato rispetto a quello previsto per gli affidamenti residenziali a terzi, stante la tipologia di accoglienza richiesta.

L'affidamento familiare in situazioni di emergenza consiste nell'offrire un'accoglienza in famiglia a tutti quei bambini, in particolare di età compresa tra 0 e 10 anni, coinvolti in situazioni che sono improvvise e gravi tali da richiedere un “pronto intervento” immediato; il periodo previsto per questa tipologia di accoglienza non supera i tre mesi. Anche in questo caso, si riconoscono specifici sostegni e una quota di rimborso spese maggiorata

Nel caso di adolescenti in affido, vengono proposti modelli di relazione meno verticali. Difatti, si preferiscono forme di affidamento familiare diversificate attraverso l'attivazione di famiglie allargate, reti di famiglie, persone singole; nel caso, invece, di adolescenti già in affido, che

hanno raggiunto i diciotto anni, viene garantita la possibilità di prosecuzione dell'affidamento non oltre i ventun anni.

A fronte, poi, di un bambino che presenta bisogni particolarmente complessi associati a “situazioni di particolare complessità” come disabilità, disturbi psichiatrici, problemi di altro tipo, l'affido familiare si compone di interventi di sostegno educativo, riabilitativo e di assistenza domiciliare, a cura dei servizi sociali e sanitari, anche in collaborazione con l'associazionismo.

Si arriva, infine, all'affidamento familiare di una specifica categoria di minori, identificata dal termine *Minori Stranieri Non Accompagnati*⁵. Si tratta di minori, nella maggior parte dei casi tra i 14 e i 17 anni (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2023, 30 aprile) che, in virtù della condizione di vulnerabilità e dipendenza che li caratterizza al momento arrivo in un territorio diverso da quello in cui sono cresciuti e/o da cui sono partiti, richiede una presa in carico da parte di altri membri della comunità competenti nella gestione della richiesta in questione. Come si vedrà, si farà riferimento a specifiche figure professionali e non, che perseguono il “superiore interesse del fanciullo” (Save the Children 1959).

In merito a quest'ultima tipologia di affidamento familiare si esprime la Legge 47 del 7 aprile 2017 per la protezione dei minori stranieri non accompagnati.

1.2 Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA)

Ai sensi dell'art.2 della legge n.47/2017, con il termine *Minore Straniero Non Accompagnato* ci si riferisce al

minorenne non avente cittadinanza italiana o dell'Unione Europea che si trova per qualsiasi causa nel territorio dello stato o che è altrimenti sottoposto alla giurisdizione italiana, privo di assistenza e di rappresentanza da parte dei genitori o di altri adulti per lui legalmente responsabili in base alle leggi vigenti nell'ordinamento italiano

⁵ Ai quali ci si riferirà spesso nel testo utilizzando l'acronimo MSNA.

Molte sono le novità che sono state introdotte con il DDL Zampa – legge 7 aprile 2017, n.47 che regola il tema specifico dei Minori Stranieri Non Accompagnati – entrato in vigore il 6 maggio 2017.

Tra queste⁶:

1. Il divieto di respingimento del MSNA, già sancito dalla Convenzione ONU sui diritti del Fanciullo (20 novembre 1989) e dall'art.19 del Testo Unico sull'Immigrazione, e il permesso di soggiorno immediato per minore età, che può essere rilasciato dal questore anche su richiesta del minore stesso e prima della nomina del tutore.

NB: l'espulsione già prevista per motivi di sicurezza dello Stato, sarà praticabile solo se non comporta il rischio di gravi danni per il minore;

2. Un sistema organico e specifico di prima e seconda accoglienza integrata, con strutture dedicate alla prima accoglienza-identificazione dei minori, all'interno delle quali 30 giorni è il tempo massimo in cui i minori possono risiedere, prima di essere trasferiti nel sistema di seconda accoglienza in centri che aderiscono al SAI (Servizio Accoglienza Integrazione) diffusi sul territorio nazionale, mentre 10 è il numero di giorni massimo per le operazioni di identificazione del minore. L'identificazione viene effettuata dalle Autorità di Pubblica Sicurezza, coadiuvate da mediatori culturali e con la presenza del tutore.

Prima della legge i minori venivano identificati negli *hotspot*⁷ e spesso, data la disponibilità limitata di posti negli ex-SPRAR (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati), finivano poi in Centri per l'accoglienza straordinaria (CAS⁸), che non garantivano adeguati standard di accoglienza.

Anche per quanto riguarda la seconda accoglienza, viene esteso pienamente l'accesso all'ex-SPRAR (attualmente SAI) ai MSNA;

⁶ Integrazione di elementi presi da: Save The Children (2017) pp. 198-201; Open Migration (2017) <https://openmigration.org/analisi/la-legge-zampa-sui-minori-stranieri-non-accompagnati-in-5-punti/> (consultato in data 26/06/23).

⁷ Gli *hotspot* sono luoghi in cui si «svolgono le operazioni di soccorso, di prima assistenza sanitaria, di pre-identificazione e fotosegnalamento, di informazione sulle procedure dell'asilo» (<https://www.openpolis.it/parole/che-cosa-sono-i-cas-lo-sprar-e-gli-hotspot/>, consultato il 03 luglio 2023).

⁸ I Centri di Accoglienza Straordinaria sono luoghi «immaginati al fine di sopperire alla mancanza di posti nelle strutture ordinarie di accoglienza o nei servizi predisposti dagli enti locali, in caso di arrivi consistenti e ravvicinati di richiedenti» (<https://openmigration.org/glossary-term/centri-di-accoglienza-straordinaria-cas/>, consultato il 3 luglio 2023).

3. Viene attribuito agli Enti locali un ruolo centrale nella promozione dello sviluppo dell'affido familiare come strada prioritaria di accoglienza rispetto alla permanenza nelle strutture;
4. La definizione di procedure uniformi e multidisciplinari a livello nazionale per l'accertamento dell'età dichiarata del soggetto, con la presenza di un mediatore culturale durante i colloqui. Prima della legge non esisteva una procedura di attribuzione dell'età uniforme⁹;
NB: l'accertamento dell'età è un passaggio fondamentale per l'identificazione del minore e la conseguente applicazione delle misure di protezione;
5. Viene istituito un Sistema informativo nazionale dei minori stranieri non accompagnati (SIM) presso il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, nel quale confluiscono le cartelle sociali dei minori non accompagnati, compilate dal personale qualificato che svolge il colloquio con il minore nella prima fase di accoglienza
NB: la cartella include tutti gli elementi utili alla determinazione della soluzione di lungo periodo per il minore, che saranno comunicati al tutore, nel superiore interesse del minore;
6. Viene istituito il Fondo nazionale per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, a sostegno dei Comuni, presso il Ministero dell'Interno, attraverso il quale coprire i costi sostenuti dagli Enti locali per l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati¹⁰;
7. Le legge precisa che il rimpatrio assistito e volontario del minore può essere adottato qualora, a seguito di indagini familiari, il ricongiungimento nel paese di origine o in un paese terzo corrisponda al suo superiore interesse, e la competenza di rimpatrio assistito viene spostata al Tribunale per i Minorenni;
8. Viene introdotta la figura del tutore volontario di minori stranieri non accompagnati, e viene stabilito che presso tutti i tribunali per i minorenni debbano essere istituiti degli elenchi di tutori volontari disponibili ad assumere la tutela dei minori ponendosi come

⁹ Per una descrizione più precisa dei passaggi che la procedura in questione richiede, si rimanda ad “Atlante minori stranieri non accompagnati in Italia” redatto da Save The Children (2017), p.200.

¹⁰ Il Fondo per l'accoglienza dei minori reca uno stanziamento complessivo pari a circa 118 milioni per il 2023, 155 per il 2024 e 121 per il 2025 (Save The Children 2023, p.6).

figura adulta di riferimento¹¹. All'elenco possono essere iscritti i privati cittadini, selezionati e adeguatamente formati, da parte dei Garanti per l'Infanzia regionali.

NB: un tutore non può seguire più di tre minori;

9. Sono rafforzate le tutele per il diritto alla salute e all'istruzione dei minori, con procedure più semplici per l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che è obbligatoria, anche in assenza di nomina del tutore e, in merito al sistema scolastico, tutti i minori stranieri, anche se privi di permesso di soggiorno, hanno il diritto di essere iscritti a scuola (di ogni ordine e grado, non solo quella dell'obbligo). Essi sono soggetti all'obbligo scolastico secondo le disposizioni vigenti in materia. È prevista, in aggiunta, l'attivazione di specifiche convenzioni per l'apprendistato e la possibilità di acquisire i titoli conclusivi dei corsi di studio anche quando non si possiede più un permesso di soggiorno. Viene inoltre prevista la possibilità di supportare il neomaggiorenne fino ai 21 anni di età qualora questo necessiti di un percorso più lungo di integrazione;
10. Vengono disciplinate garanzie processuali e procedurali a tutela del minore straniero e si introducono ulteriori disposizioni all'art. 18 del decreto legislativo n. 142 del 2015, stabilendo che l'assistenza affettiva e psicologica dei minori stranieri non accompagnati è assicurata in ogni stato e grado del procedimento attraverso la presenza di persone idonee indicate dal minore, nonché di gruppi, fondazioni, associazioni od organizzazioni non governative di comprovata esperienza nel settore dell'assistenza ai minori stranieri, previo consenso del minore;
11. Viene riconosciuto il diritto del MSNA a partecipare – per mezzo di un suo rappresentante legale – ed essere ascoltato – con la presenza di un mediatore culturale – nei procedimenti amministrativi e giurisdizionali che lo riguardano. Si autorizzano, poi, gli enti e le associazioni che svolgono attività a favore dell'integrazione sociale degli stranieri, ad intervenire nei giudizi riguardanti i minori stranieri non accompagnati. Viene infine riconosciuto il diritto al gratuito patrocinio a spese dello Stato;
12. Si prevede che il tribunale per i minorenni possa disporre un'estensione dell'affidamento ai servizi sociali, nel caso di un minore che abbia raggiunto la maggiore età. Tale prolungamento viene previsto in ogni caso non oltre il compimento del ventunesimo anno di età;

¹¹ Prima della legge 47 tale compito era affidato al cosiddetto tutore istituzionale, generalmente il sindaco o un assessore del comune di accoglienza del minore. Il tutore istituzionale non era però in grado di seguire adeguatamente i casi, a cause del numero elevato di minori che era chiamato ad affiancare.

13. Vengono introdotte misure speciali che rafforzano l'assistenza legale per categorie particolarmente vulnerabili come i minori vittime di tratta (in questo caso anche ai fini del risarcimento del danno) e i richiedenti asilo, per i quali è previsto il gratuito patrocinio per l'assistenza anche in commissione.

1.2.1 Il sistema di accoglienza: quando la “lotteria”¹² va bene

In virtù dell'introduzione delle novità appena descritte, ai sensi dell'art. 4, legge 47/2017, il MSNA appena arrivato sul territorio italiano passa attraverso strutture di prima assistenza e prima accoglienza per MSNA (art.4, legge 47/2017)¹³. Si fa riferimento a Centri FAMI, CAS prefettizi, CAS comunali¹⁴ (Save the Children 2023, p.6) all'interno dei quali – ai sensi dell'art.5, legge47/2017 – hanno luogo l'identificazione e la comunicazione della sua presenza sul territorio italiano (art.5, legge 47/2017). Si tratta di una procedura a partire dalla quale viene aperta la tutela e nomina del tutore, e la ratifica di misure di accoglienza. In seguito – ai sensi dell'art.6, legge 47/2017 – vengono svolte le indagini familiari (art.6, legge47/2017) – cui sopra si faceva riferimento, in merito alle novità introdotte dalla legge Zampa –.

In seguito a questa prima accoglienza – ai sensi dell'art.19, comma 2, d.l.n.142/2015 – i MSNA passano attraverso una seconda accoglienza nell'ambito della rete SAI (Sistema di Accoglienza e Integrazione) – in particolare nei progetti specificamente destinati a tale categoria di soggetti vulnerabili – come accordato in sede di Conferenza Unificata del 2014, che ha sancito l'apertura dell'allora SPRAR (ora SAI) anche alla seconda accoglienza dei MSNA (*ivi*, p.5).

Il SAI consta di una rete strutturale di Enti locali che accedono al Fondo Nazionale per le Politiche e i Servizi dell'Asilo (FNPSA) del Ministero dell'interno – attraverso le modalità di accesso definite dal DM 18 novembre 2019 –, per realizzare progetti di accoglienza integrata: non si tratta solo di distribuzione di vitto e alloggio, ma anche di misure di informazione, di

¹² Il riferimento è a quella che Nancy D'Arrigo chiama “lotteria dell'accoglienza”, riferendosi alla condizione del MSNA che transita nel sistema di accoglienza in Italia, il cui destino dipende dalla fortuna, piuttosto che da una gestione efficace del suo percorso di accoglienza (Save the Children 2023, p.38).

¹³ Quelle che al punto 2 delle novità apportate dalla Legge Zampa sono state definite come “strutture dedicate alla prima accoglienza-identificazione dei minori”.

¹⁴ Si tratta sempre di strutture di prima accoglienza adibite a una permanenza temporanea delle persone migranti appena arrivate in Italia ma, nel caso dei MSNA, gli accolti dovrebbero avere una permanenza massima di 30 giorni, durante i quali dovrebbe avvenire l'identificazione del minore, a fronte delle disposizioni della legge 47/2017.

accompagnamento, assistenza e orientamento che si articolano in: attività di sostegno agli affidamenti familiari; servizi destinati a sostenere e accompagnare il minore verso l'autonomia; attività che favoriscano il raccordo con tutori volontari; servizi dedicati a minori con particolari fragilità.

Il coordinamento è affidato a una struttura tecnica, ovvero il Servizio Centrale¹⁵, e gli Enti locali si avvalgono della collaborazione delle “realità del terzo settore”¹⁶ per la realizzazione e l'attuazione dei progetti. Al SAI possono accedere: titolari di protezione internazionale; richiedenti di protezione internazionale; titolari PdS¹⁷ per: cure mediche, valore al merito, vittime di disastri ambientali; casi speciali: vittime di tratta, vittime di violenza domestica, vittime di sfruttamento lavorativo; minori stranieri non accompagnati richiedenti/titolari di protezione internazionale.

Nello specifico, in merito alla seconda accoglienza dei MSNA, tra gli Uffici da cui è formato il Sistema Centrale, troviamo l'Ufficio MSNA.

I MSNA vengono accolti all'interno del Sistema di Accoglienza e Integrazione, che ha l'obiettivo di accompagnare il minore nel suo percorso evolutivo di crescita, e di supportarlo nell'individuare e incrementare il proprio percorso di inclusione, anche alla luce delle sue inclinazioni e aspettative, per essere accompagnati nella transizione all'età adulta, attraverso l'avvio del proprio percorso di autonomia. A collaborare con gli enti locali alla seconda accoglienza di MSNA ci sono case-famiglia e comunità educative comunali, che rientrano nella categoria sopra menzionata di “realità del terzo settore” (Save the Children 2023, p.6).

In virtù dell'art.1, comma 1, legge n.47/2017¹⁸ e ai sensi dell'art.7, comma 1-bis, legge n.47/2017, quella che però viene delineata come possibilità in “via prioritaria” per il MSNA è l'affidamento familiare. In questo caso, la finalità dell'affidamento non risiede nella riunificazione del minore con la famiglia di origine – nonostante questa sia una possibilità per il minore al termine del periodo di affidamento –, quanto piuttosto accompagnare e supportare il MSNA sia nel percorso evolutivo di crescita che nel percorso di socializzazione all'interno

¹⁵ E' l'Ufficio Centrale del SAI, istituito per legge dal Ministero dell'Interno per coordinare le attività assistenza e monitoraggio dei progetti in capo agli EELL e dato in gestione all'ANCI (Associazione Nazionale Comuni Italiani).

¹⁶ Per una definizione di enti del terzo settore, si rimanda alla lettura dell'articolo nel seguente link: <https://italianonprofit.it/risorse/approfondimenti/7-tipologie-ets/> (consultato in data 26/06/23)

¹⁷ Permesso di Soggiorno.

¹⁸ Che recita che «I minori stranieri non accompagnati sono titolari dei diritti in materia di protezione dei minori a parità di trattamento con i minori di cittadinanza italiana o dell'Unione europea».

del nuovo contesto e dei nuovi ambienti in cui si trova a interagire con altri membri della comunità.

Si fa comunque riferimento a una tipologia di seconda accoglienza inclusa nel SAI, ai sensi del “DM 18 Novembre 2019”. Si tratta di un decreto che ha previsto che i progetti destinati all'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati sono tenuti a promuovere attività di sostegno agli affidamenti familiari, full-time (residenziale) e part-time (diurno e a tempo parziale), in linea con il progetto educativo individualizzato del minore, come intervento anche complementare all'accoglienza in struttura (Art. 35).

1.3 L'affido familiare di MSNA: chi è coinvolto nell'affido?

Ai sensi dell'art.7 della legge 47/2017, l'affidamento familiare viene definito come una via prioritaria rispetto al “ricovero in una struttura di accoglienza” (art.7, legge 47/2017), e in virtù di ciò, gli Enti locali possono promuovere sensibilizzazione e formazione degli affidatari¹⁹.

Le Amministrazioni, attraverso i propri servizi sociali e sanitari promuovono l'affidamento, sia full time che part time, di MSNA, presso famiglie e persone singole con cittadinanza italiana, dell'Unione Europea, o cittadinanza altra, attivando tutte le azioni necessarie a garantire il miglior abbinamento possibile²⁰ (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2013, p.57).

Anche nel caso dei MSNA la titolarità dell'affidamento familiare è assegnata per legge ai Servizi Sociali degli Enti Locali, supportati nel loro operato da competenze professionali di operatori dei Servizi, e un sempre maggior esercizio della responsabilità sociale, esercitata da associazioni, realtà del terzo settore, famiglie affidatarie, reti di famiglie.

Nell'ottica del perseguimento dell'obiettivo di accompagnare e supportare il MSNA sia nel percorso evolutivo di crescita che nel percorso di socializzazione e conoscenza del contesto sociale di accoglienza, l'affidamento familiare deve essere progettato in modo specifico e tenendo presenti: contesto, attori e progetto migratorio del ragazzo (*ivi*, p.58). In tal senso, le tipologie di affido di MSNA saranno identificabili in: affido residenziale/a tempo pieno; part-

¹⁹ Punto 3 delle novità che sono state introdotte con DDL Zampa (2017).

²⁰ ELFO (Tutela volontaria e affido familiare per la promozione dei diritti di minorenni soli. Breve panoramica sulla situazione in Italia.) Defence for Children.

time; per alcune ore della giornata o solo nel fine settimana²¹. Una ulteriore specificazione della tipologia di affido è quella inerente all'aspetto culturale, ovvero in virtù della condivisione o meno della stessa cultura tra minore e persona/e affidataria/e, si può distinguere l'affido omoculturale dall'affido etero-culturale.

Alla luce di ciò, risulta utile quanto previsto ai sensi dell'art.19, comma 1, d.l.n. 142/2015, in base al quale – in seguito a una fase di prima accoglienza –

è garantito un colloquio con uno psicologo dell'età evolutiva, ove necessario in presenza di un mediatore culturale, per accertare la situazione personale del minore, i motivi e le circostanze della partenza dal suo Paese di origine e del viaggio effettuato, nonché le sue aspettative future.

In merito alle attività di sostegno agli affidamenti familiari si fa riferimento a: promozione/sensibilizzazione dello strumento dell'affido nei territori dei progetti; supporto delle figure professionali coinvolte e integrazione di eventuali ulteriori figure impegnate nel sostegno degli affidamenti familiari; riconoscimento delle spese per il contributo previsto dal progetto di affido, in linea con la normativa nazionale/regionale e i regolamenti comunali.

In virtù dell'esigenza di porre prioritaria attenzione ai legami e alle relazioni, oltre che al superiore interesse del minore (richiamando quanto detto sopra), le persone che decidono di intraprendere l'affido di MSNA non sono lasciate sole nella gestione della quotidianità dell'affido. Difatti, caratteristica dell'affidamento familiare è il coinvolgimento di molti attori che condividono la responsabilità nei confronti del MSNA.

Si fa riferimento a:

*Famiglia/Persona affidataria*²². Tutte le famiglie (coppie, sposate, conviventi), singoli, ex MSNA – non sono previsti limiti di età –, che abbiano fatto un percorso di formazione, valutazione e conoscenza (colloqui e visita domiciliare con operatori sociali), al termine del quale siano risultati pronti all'affido. L'affidatario svolge un ruolo strategico, nella misura in cui garantisce un ambiente idoneo alla crescita individuale, e facilita «la conoscenza del contesto sociale di accoglienza e l'integrazione sul territorio» (*ivi*, p.57); nello specifico,

²¹ Nel caso del part-time e dell'affido di poche ore, si tratta di tipologie di accoglienza complementari a quello che può essere il servizio offerto dalla comunità residenziale del minore.

²² Si utilizzerà il termine “persona/e affidataria/e” o “affidatario” per non escludere le diverse possibilità.

accoglie il minore, provvede al mantenimento, all'educazione e all'istruzione, esercita i poteri connessi con la potestà parentale in relazione agli ordinari rapporti con l'istituzione scolastica e con le autorità sanitarie – ai sensi dell'art.5, legge 184/83 –, accompagna il minore nella quotidianità, nel rispetto del progetto di affido in collaborazione con gli altri attori coinvolti.

Servizio Tutela Minori. Responsabile di: valutare il bisogno del minore; stipulare con gli altri soggetti dell'affido un progetto; monitorare e verificare l'esperienza in atto in collaborazione con la/e persona/e affidataria/e, il tutore volontario e le organizzazioni del privato sociale (operatori di progetto), tenendo aggiornato il TM (Tribunale per i Minori); definire la chiusura del progetto.

Servizio Sociale. Su disposizione del giudice, oppure secondo le necessità del caso, svolge opera di sostegno educativo e psicologico, assicurando l'affiancamento agli affidatari e al minore straniero durante l'intero periodo di affidamento con una cura particolare al raccordo con le altre istituzioni; nel caso di quasi maggiorenni, predispone una valutazione accurata della condizione del ragazzo a cui sarà proposto l'affidamento, con un suo adeguato coinvolgimento nella predisposizione del progetto di affidamento, per garantirne la condivisione.

Stato, regioni ed enti locali. Nei limiti delle disponibilità finanziarie dei rispettivi bilanci, intervengono con misure di sostegno e di aiuto economico in favore della/e persona/e affidataria/e.

Servizio Affidi. Individua, forma e valuta le disponibilità delle risorse familiari presenti sul territorio e le sostiene durante le accoglienze.

Operatori di progetto. Operano contemporaneamente rispetto ai ragazzi e rispetto alle persone affidatarie. Rispetto ai ragazzi: individuano i ragazzi per i quali è appropriato il progetto di affido (contattando Servizi Sociali, la Comunità e Tutore volontario); garantiscono l'ascolto e la partecipazione del ragazzo coinvolto; garantiscono relazioni efficaci con la comunità di accoglienza, il Servizio Sociale e il tutore volontario. Rispetto alle persone affidatarie: ricercano persone accoglienti attraverso attività di promozione e di formazione; individuano e approfondiscono la conoscenza dei soggetti candidati; propongono il progetto ai Servizi Sociali del Comune di residenza della/e persona/e affidataria/e²³; mantengono costante raccordo con

²³ Secondo "Il Sussidiario per operatori e famiglie": il progetto di affido dei MSNA va costruito a partire dalla comprensione del: a) progetto migratorio di ogni ragazzo; b) delle ragioni che lo hanno portato nel Paese; c) del legame esistente con la sua famiglia. A partire dall'analisi approfondita, realizzata con il minore stesso, di almeno

gli altri operatori coinvolti nel progetto di affido (Comunità, Assistente Sociale, Tutore volontario). Tra queste cose, gli operatori di progetto:

- a) si occupano dell'abbinamento, valutando il miglior abbinamento possibile e proponendolo agli affidatari e al MSNA, in virtù del quale – in raccordo al Servizio Tutela Minori, che valuta il bisogno del minore –, viene costruito un progetto di affido e si avvia, così, la conoscenza tra affidatari e minore;
- b) fanno incontrare (solitamente presso il Servizio Sociale) per una breve presentazione e una prima conoscenza, il ragazzo accompagnato dal suo educatore di riferimento, la/e persona/e affidataria/e accompagnata dall'operatore di progetto, il servizio sociale della Tutela Minori, il Tutore Volontario;
- c) ci si incontra un po' di volte per un'uscita (pranzo, cena, altro);
- d) la/e persona/e affidataria/e ospita il ragazzo per uno o più fine settimana per fargli conoscere la nuova casa, i suoi spazi, il territorio;
- e) se tutto funziona, parte l'affido.

Tutor (si tratta di un operatore di progetto). Accompagna chi decide di assumersi la responsabilità dell'affido nel percorso di attivazione della formazione, lavoro e integrazione nel territorio, e monitora il processo in collaborazione con il Servizio Sociale e il Tutore Volontario; supporta il minore e gli affidatari nello svolgimento delle pratiche legali e amministrative, insieme al Servizio Sociale e al Tutore Volontario; sostiene e accompagna gli affidatari durante l'accoglienza con colloqui periodici e reperibilità costante, e allo stesso modo sostiene e accompagna il minore; facilita la relazione con i diversi servizi coinvolti.

Gruppo delle famiglie. Facilita l'elaborazione dei vissuti legati all'affido, sia quando questo è già in atto, sia in vista di esso; rende possibile un confronto con altre famiglie e/o altre realtà educative e/o persone affidatarie; favorisce uno scambio di esperienze e soluzioni diverse; è il luogo dove si cerca di rispondere ad alcuni bisogni emergenti degli affidatari nel corso dell'accoglienza proponendo una costante formazione e un approfondimento di "tematiche calde" nell'affido di MSNA.

questi tre fattori, sarà possibile scegliere la migliore forma di collocamento esterno, che può essere un affido omoculturale (quando un minore straniero non accompagnato viene accolto da una famiglia con la quale condivide la lingua e la cultura), ma anche un affido residenziale (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2014, p.42).

Gruppo dei ragazzi (presente o meno in base alle progettualità specifiche). Gruppo per promuovere confronto, socializzazione e condivisione di attività, esperienze, racconti, pensieri, aiutati da operatori di progetto che facilitano l'incontro.

Peer mentoring (presente o meno in base alle progettualità specifiche). Si tratta di un MSNA che ha già vissuto un'esperienza di affido familiare ed è "più avanti" nel suo percorso di socializzazione con il nuovo contesto, e che può diventare mentore di altri MSNA che si affacciano a questa esperienza, per favorire accompagnamento e condivisione dei vissuti.

Mediatori culturali. Coinvolti da parte del Centro per l'Affidamento familiare, col compito di facilitare la reciproca conoscenza e favorire i contatti e il coinvolgimento della famiglia di origine.

Centro per l'affidamento familiare. Promuove la conoscenza dell'affidamento in città e in tutto il territorio della regione; forma e qualifica le persone e/o le famiglie che chiedono di diventare affidatarie; sostiene le persone che accolgono temporaneamente un MSNA; collabora con i servizi sociali territoriali. In generale, i centri per l'affidamento familiare si configurano come strutturazione organizzativa cui è affidata la competenza di realizzare gli interventi per l'affidamento familiare, dove meglio (più efficacemente, più efficientemente e più economicamente) si possono realizzare tutte le funzioni di sostegno, raccordo, coordinamento e monitoraggio relative all'affidamento familiare (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2014, p.232). Per l'affidamento per i minori stranieri il Centro per l'affidamento familiare coinvolge i mediatori culturali che hanno il compito, tra gli altri, di facilitare la reciproca conoscenza e favorire i contatti e il coinvolgimento della famiglia di origine (*ivi*, p.242).

1.4 Ricadute, criticità e limiti della normativa e del sistema di accoglienza di MSNA: quando la "lotteria" va male

È il 30 gennaio 2016 e, in un articolo pubblicato su *The Guardian*, si fa riferimento a diecimila *refugee children* scomparsi a cavallo tra il 2015 e il 2016 dopo essere arrivati in Europa ed essere stati registrati dalle autorità dello stato. In merito all'Italia, Brian Donald parla di

cinquemila minori non accompagnati scomparsi in Italia, e mette in guardia rispetto alla presenza di una “infrastruttura criminale” pan-Europea che mirava ai rifugiati.

It's not unreasonable to say that we're looking at 10,000-plus children. Not all of them will be criminally exploited; some might have been passed on to family members. We just don't know where they are, what they're doing or whom they are with.²⁴

Emerge, dalla lettura dell'articolo, una delle questioni più pressanti che si impone come criticità da gestire il prima possibile, e che interessa trasversalmente molti degli stati europei in cui arrivano, fra gli altri, flussi migratori di MSNA di cui, però, si perdono le tracce. Ad esempio, in Svizzera, contestualmente ai numeri registrati in Italia, sono mille i minori che sono mancati all'appello, così come emerge da un report di *Europol*, a fronte dei duecentosettantamila minori arrivati in Europa nel 2015 – tra i quali ci sono anche minori accompagnati –, il numero di MSNA che sono scomparsi dopo essere arrivati in Europa, stimato sui diecimila, sembra essere una stima prudente rispetto a quello che potrebbe essere il numero effettivo di minori non accompagnati di cui non si sanno le sorti.

Alla luce di ciò, se da un lato il DDL Zampa del 2017 ha l'obiettivo di regolamentare il tema dei Minori Stranieri Non Accompagnati, e di fornire strumenti legali e amministrativi per la tutela di questa categoria di migranti, dall'altro lato, l'introduzione di tale normativa non ha impedito che uno stato di cose come quello descritto poco sopra, riemergesse come criticità non ancora gestita.

Difatti, a fronte del dato che «[a]lla data del 31 ottobre 2019 risultano presenti e censiti 6.566 MSNA dei quali l'86,1% tra i 16 ed i 17 anni di età, ogni dato risulta fortemente sottostimato a causa del dato decisamente allarmante rappresentato dalla scomparsa dai centri di accoglienza di 10.000 MSNA in Europa dei quali 4.700 in Italia²⁵». A conferma di ciò, anche il rapporto del 2019 “A un bivio: la transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia”, commissionato da UNICEF, UNHCR e OIM e realizzato da ISMU in collaborazione con Università di Roma Tre e Università degli Studi di Catania, che fa riferimento a “minori

²⁴ <https://www.theguardian.com/world/2016/jan/30/fears-for-missing-child-refugees> (consultato in data 23/06/2023).

²⁵ [Minori stranieri non accompagnati e minori separati-Affidamento Familiare e figure volontarie di riferimento. | Il portale giuridico online per i professionisti - Diritto.it](#) (consultato in data 22/06/23).

irreperibili”. In alcuni casi non si sa nulla, nemmeno il nome, in altri casi, sono poche le informazioni a disposizione.

È il caso di Adam che, sbarcato in Sicilia, non ha voluto passare nemmeno una notte in una struttura di accoglienza, in quanto diceva di dover andare verso nord dove ha parenti; è il caso di due fratelli che, dopo essersi ritrovati in accoglienza a Messina, due giorni dopo il ricongiungimento si sono dileguati (il loro scopo, riporta uno dei due fratelli prima di andare altrove, è quello di lavorare e di aiutare la famiglia); o ancora, è il caso di una ragazza afghana che, nel tentativo di fuggire, si è calata con le lenzuola annodate dal secondo piano, rompendosi il bacino e, una volta in ospedale, è fuggita anche da lì²⁶ (Save the Children 2023).

Ciò che si può dire è che ogni minore che scappa dai centri di accoglienza, lo fa in virtù di un progetto migratorio che non prevede l'accoglienza come una tappa utile al perseguimento dell'obiettivo, qualsiasi esso sia.

Si tratta di minori che

si lanciano fuori dai centri di accoglienza, scavalcando le recinzioni, calandosi dalle finestre, o semplicemente aprendo la porta della struttura, che non è un luogo detentivo. Viaggiano con treni, pullman o con qualche passeur che li aspetta in un punto concordato: così vanno avanti nel loro viaggio, alla tappa successiva e poi alla meta agognata. Francia, Germania, Inghilterra, Svizzera, Belgio, Olanda o Svezia che siano. Basta che ci sia qualcuno ad accoglierli. E basta che trovino presto un lavoro per ripagare i debiti del viaggio e, poi, cominciare una nuova vita. Vera. (ivi, pp.54-55)

1.4.1 Criticità nel processo di accoglienza dei MSNA

Provando, però, a fare ordine, e a seguire quello che è l'iter possibile per un MSNA che arriva in Italia e che rimane all'interno del sistema di accoglienza – ai sensi di quanto previsto dalla normativa –, si possono individuare cinque momenti che si configurano come snodi²⁷ durante

²⁶ In questo caso non ci sono dichiarazioni da parte della ragazza che consentono di sapere quali fossero i suoi progetti.

²⁷ Il termine “snodo” è inteso nell'accezione di articolazione (Treccani) dell'iter.

il processo di accoglienza di un minore. Si tratta di momenti che in virtù della gestione che ne viene fatta, possono generare risorse o criticità. Nello specifico, si fa riferimento a: arrivo, prima accoglienza, seconda accoglienza, affidamento familiare, compimento maggiore età.

A fronte della letteratura esaminata, per ogni snodo è possibile individuare delle criticità che non consentono né al MSNA di godere pienamente della protezione e delle tutele previste dalla normativa, né alla normativa di essere attuata in modo efficace²⁸.

Partendo dall'arrivo di un MSNA sul territorio italiano, la prima criticità riguarda la gestione inadeguata dei “numeri importanti” di minori che arrivano (Valente 2020, p.298), che non consente una loro equa distribuzione sul territorio (*ivi*, p.294). A conferma di ciò, in data 30 aprile 2023, a fronte dei 20.681 MSNA censiti nel territorio italiano, il 21.6% è presente in Sicilia con 4.473 MSNA, seguita dalla Lombardia con il 13,4% ovvero 2.780 MSNA, e dall'Emilia-Romagna con l'8,4% ovvero 1.739 MSNA, per arrivare al Veneto²⁹ con il 3,6% ovvero 748 MSNA (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 2023, p.4).

Nel momento in cui si passa alla prima accoglienza, in virtù delle criticità sopra menzionate, in riferimento a quanto scrive Cinzia Valente (2020), i periodi di permanenza nei centri di prima accoglienza si prolungano per una durata superiore a quella prevista di trenta giorni (Valente 2020, p.298), generando sia affollamento all'interno dei centri che si occupano della prima accoglienza dei MSNA, sia la possibilità per i minori di fuggire dai centri di prima accoglienza in cerca di soluzioni più immediate e con progetti diversi da quelli che la normativa prevede per loro. Altro aspetto in cui si rilevano criticità va rintracciato tra le strutture previste per la prima accoglienza, tra le quali mancano all'appello le “strutture governative” di prima accoglienza previste dall'art.4 della legge 47/2017. Si tratta di un aspetto che interagisce con un investimento nel sistema di accoglienza che, seppur ingente, non basta per accogliere tutti adeguatamente³⁰ (Save the Children 2023, p.6), generando delle criticità.

Restando ancora nell'ambito della prima accoglienza, altra criticità riguarda la figura del tutore volontario istituita dalla legge 47/2017: a fronte di una situazione di incertezza in merito ai criteri di stima relativi al numero dei tutori necessari per ogni regione, accade che il numero più

²⁸ Definizione di “efficacia”: capacità di produrre pienamente l'effetto voluto, e l'ottenimento stesso dell'effetto (Treccani).

²⁹ Che non è la regione con il minor numero di MSNA.

³⁰ A fronte di un sistema di accoglienza dei minori che viene finanziato attraverso il Fondo per l'accoglienza dei minori (che reca uno stanziamento complessivo pari a circa 118 mln per il 2023), con una quota del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo, e con poco più di 59 mln di risorse provenienti dal Fondo europeo asilo, migrazione e integrazione (FAMI) 2021-2027 (Save the Children 2023, p.6)

elevato di tutori non risieda nella zona che registra il maggior numero di minori, ponendo le condizioni per cui, nella gestione di tale carenza, «si richieda la disponibilità dello stesso tutore a coadiuvare più minori, con il rischio di livellare verso il basso l'efficienza del servizio» (Valente 2020, p.296).

Nello spazio procedurale tra la prima e la seconda accoglienza, la parziale mancanza di protocolli attuativi in merito all'accesso al servizio sanitario, «[...] richiede per la “registrazione” nel sistema sanitario il rilascio del codice fiscale e la residenza». Si tratta di attività propedeutiche alla registrazione che talvolta risentono di ritardi, a causa dei quali il rischio è quello di lasciare inattuata la tutela prevista dalla legge. Inoltre, ogni Regione applica prassi diverse nell'accelerare la soluzione di tale problema, e ciò potrebbe creare disparità di trattamento legate alla diversa collocazione geografica del minore (Valente 2020, pp. 297-298). Calcando l'onda delle disparità di trattamento, è il caso di menzionare quella che Nancy D'Arrigo³¹ chiama “lotteria dell'accoglienza”, riferendosi a ciò che può accadere a un MSNA che transita nel sistema di accoglienza. Il suo futuro dipende dal centro in cui verrà ospitato: può andare bene, con operatori che si occupano di te a 360 gradi, oppure può andare male (Save the Children 2023, p.38). Nonostante la presenza di una normativa specificamente formulata per tutelare i diritti dei MSNA, non vi è una garanzia in merito a ciò che accade nel momento in cui si accede all'interno del sistema di accoglienza.

In merito alla seconda accoglienza, a fronte di periodi troppo lunghi in prima accoglienza, ciò può comportare un mancato accesso per i minori ai progetti di seconda accoglienza, in virtù del fatto che o diventano maggiorenni prima di uscire dalla prima accoglienza o decidono di fuggire – come sopra accennato –.

Sempre in ambito di accoglienza, un aspetto da rilevare e da gestire in maniera più efficace ha a che fare con le gare per l'affidamento dei servizi di accoglienza (anche per gli adulti) che, non di rado, vanno deserte: tra le 570 gare indette e concluse nel 2022, ben 76 sono andate deserte, e su 66mila posti in accoglienza, soltanto poco più di 37.000 sono i posti andati a contratto, pari al 57 per cento del totale programmato (Save the Children 2023, p.7).

Passando all'affido familiare, questa misura – ai sensi dell'art.7 della legge Zampa – viene rimessa «all'ampia discrezionalità degli enti locali³²», influenzando, perciò, sulla promozione

³¹ Project manager basata a Catania nell'ambito di politiche giovanili con all'attivo anni di cooperazione internazionale e coordinamento di strutture per minori. (*ivi*, p.38)

³² [Minori stranieri non accompagnati e minori separati-Affidamento Familiare e figure volontarie di riferimento. | Il portale giuridico online per i professionisti - Diritto.it](#) (consultato in data 22/06/2023)

dell'affidamento familiare. A fronte del carattere facoltativo dell'attivazione di tale istituto, ciò che serve è la volontà da parte degli enti locali (Seghetti 2019). Accade, però, che la legislazione non risulta uniforme (*ibidem*), ma si dispone solamente di linee guida come quelle contenute in "Minimum Standard per l'Affido Familiare di Minori Stranieri Non Accompagnati. Linee guida", che variano in virtù delle esperienze di affido che nel tempo vengono raccolte.

Le ricadute si riscontrano nella carenza di persone che si candidano per l'affido, lasciando così parzialmente inattuato il ricorso a tale misura di accoglienza. Anche la mancanza di una efficace politica di divulgazione e formazione delle famiglie affidatarie svolge un ruolo nel delineare una tale situazione, con grave danno al minore sia per quanto riguarda la possibilità di ricevere cura ed educazione, sia per quanto riguarda gli obiettivi di integrazione e di inclusione (Valente 2020, p.298).

A questa situazione viene ad affiancarsi la carenza di personale nei Servizi Sociali (Seghetti 2019), che genera nelle persone affidatarie confusione e senso di abbandono. Alcune delle persone che sono state intervistate, infatti, raccontano di aver gestito in autonomia della circostanze che, in un primo momento, hanno generato in loro sconforto.

Anche quanto detto in merito alla carenza di persone che si candidano per l'affido di MSNA, è stato osservato in sede di raccolta dei dati. Durante la fase preliminare al di contatto con le persone intervistate³³, ciò che è emerso, a fronte delle numerose e-mail inviate e chiamate effettuate, è la scarsità del numero di realtà di affido familiare di MSNA³⁴.

Sono, invece, due gli scenari che si verificano più frequentemente. In alcuni casi, i MSNA che arrivano nel territorio, quando arrivano, hanno una lettera nella quale viene indicato il nome della persona referente -solitamente una persona vicina alla loro cerchia familiare o un parente stesso- che risiede sul territorio. In altri casi, vi è la collocazione in strutture di accoglienza residenziale³⁵.

Inoltre, la presenza di lacune sulla disponibilità e sulla gestione dei dati relativi ai MSNA genera (maggiori) difficoltà nel reperimento delle informazioni relative ai minori beneficiari di misure affido familiare (Fondazione ISMU 2019, p.74). In ragione di ciò, i numeri che possono essere forniti rispetto alla diffusione di tale istituto sono parziali.

³³ Nel terzo capitolo si entrerà nel merito di questa fase della ricerca.

³⁴ Si fa riferimento alla Regione Veneto.

³⁵ Come quella all'interno della quale opera l'Associazione Mimosa -che fa riferimento alla Cooperativa Equality- nella città di Padova, presso la quale la sottoscritta ha svolto il tirocinio accademico *pre-lauream*.

In merito, infine, ai MSNA che diventano maggiorenni, a fronte della semplificazione che ha sostituito le precedenti plurime tipologie di permessi di soggiorno, manca la «previsione di norme di “collegamento” al fine di consentire o quanto meno agevolare l’automatica permanenza nel territorio» (Valente 2020, p.294) del minore straniero appena diventato maggiorenne. Sono frequenti i casi in cui viene impedita così, la concessione del permesso di soggiorno se non vi siano diverse ragioni, rendendo perciò vano quanto stabilito dalla normativa e le garanzie di tutela applicate fino a quel momento, che vengono a interrompersi da un giorno all’altro. Si aggiunge, poi, la questione inerente alle limitazioni introdotte con il c.d. decreto sicurezza (D. l. 4 ottobre 2018 n. 113), le quali rischiano di vanificare l’opera di integrazione sociale dei minori al raggiungimento della maggiore età: in virtù di tale modifica gli ex minori stranieri non accompagnati che hanno richiesto la conversione del permesso di soggiorno non avranno garantita alcuna accoglienza (Valente 2020, p.297).

1.4.2 La gestione dell’accoglienza: un’emergenza costante

Preoccupa, poi, la previsione contenuta nella Legge Zampa in base alla quale, in merito all’attuazione delle disposizioni contenute nell’articolo nell’art.5³⁶, «si provvede nei limiti delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica³⁷». Se non vengono previsti fondi sufficienti per l’attuazione degli aspetti di legge che richiedono un impegno finanziario, alcune garanzie previste continueranno ad incontrare ostacoli nell’attuazione.

Al momento, quindi, la situazione permane fortemente incerta.

«A più di cinque anni dall’adozione della legge 47, abbiamo bisogno di fare una manutenzione straordinaria al sistema di accoglienza per non rischiare di rendere vani i bei principi enunciati nel testo normativo» (Save the Children 2023, p.64).

Alla luce di quanto detto, nel tentativo di risalire al punto dal quale hanno origine le difficoltà attuative e applicative del DDL Zampa, è possibile ricondurre quanto accade a un effetto a cascata generato da una mancata cura³⁸ nella prima accoglienza, negli *hotspot* e nei CAS che si

³⁶ Che riguardano l’“Identificazione dei Minori Stranieri Non Accompagnati”.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ Nel capitolo successivo si entrerà nel merito di ciò che si intende con il termine “cura”.

ripercuote all'arrivo nella seconda accoglienza (*ivi*, p.40), con ricadute sul percorso del MSNA che arriva in Italia. Difatti,

*[n]egli ultimi dieci anni almeno, nonostante periodi più o meno intensi, il numero dei minori non accompagnati in accoglienza è stato abbastanza regolare, con una media di circa 15mila presenze nel sistema di accoglienza [...] un approccio all'accoglienza ancora "emergenziale"³⁹ rischia di vanificare l'efficacia del sistema di protezione (*ivi*, pp.4-5).*

Dunque, se si osservano i dati sulla frequenza con cui da molti anni l'Italia rappresenta uno dei punti di approdo e di passaggio dei flussi migratori, ponendo il focus sui MSNA, si è indotti a pensare che la modalità di gestione di tali flussi sia stata nel tempo perfezionata per consentire alla normativa di essere applicata in modo sempre più efficace.

Tuttavia, a fronte delle criticità sopra menzionate⁴⁰, ciò che si può dire è che permane un sistema di gestione che non tiene conto né di una programmazione condivisa a livello nazionale dei passaggi che vengono messi in pratica per coordinare l'accoglienza delle persone che migrano, né di una anticipazione di quelli che potrebbero essere i numeri da gestire⁴¹.

Dunque, nonostante la promulgazione di una legge (legge 7 aprile 2017 n. 47) che «consente di inserire l'ordinamento italiano nell'elenco dei sistemi giuridici che nel panorama europeo si è dotato di una disciplina *ad hoc* per la protezione» (Valente 2020, p.290) dei MSNA, per riprendere il discorso di Nancy D'Arrigo, l'accoglienza dei MSNA è tutt'ora una lotteria.

Giunti a questo punto, a fronte di quanto raccolto, un approccio emergenziale all'accoglienza si delinea come inadatto, nella misura in cui non consente di gestire in modo adeguato i flussi migratori – sia di adulti che di MSNA –, con ripercussioni sull'intero percorso di accoglienza di un minore. Inoltre, ciò che accade è che tale approccio interagisce con le difficoltà attuative e applicative della legge 7 aprile 2017 n.47, rendendo il percorso di un MSNA che arriva in Italia più difficile.

³⁹ Definizione di "logica dell'emergenzialità": relativa a un tipo di gestione dei flussi migratori che avviene senza alcuna programmazione né anticipazione, compromettendo il lavoro a monte svolto dalle disposizioni.

⁴⁰ Che non esauriscono tutte le criticità attuative e applicative del DDL Zampa.

⁴¹ Una risorsa a cui fare riferimento nell'anticipazione dei numeri è quella fornita dai report mensili sui MSNA messi a disposizione dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (<https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Pagine/Dati-minori-stranieri-non-accompagnati.aspx>)

CAPITOLO 2

2. Etica della cura

A partire dalle teorie morali e politiche sviluppate da un gruppo di femministe statunitensi, tra le quali figurano Carol Gilligan e Nel Noddings (Brotto 2013), l'“etica della cura” è generalmente associata alla corrente “culturale” del femminismo «che muovendo dal riconoscimento di *differenze* tra uomini e donne tende a rivalutare le caratteristiche associate tradizionalmente al femminile» (Tronto 2006), tra le quali figura la dimensione della cura.

L'esigenza di una tale rivalutazione scaturisce a partire da un processo storico che ha prodotto come esito un ordine sociale che ha escluso dal dibattito pubblico e politico le donne e la gestione di istanze tradizionalmente associate al femminile. Le ricadute di un tale ordine sociale si riscontrano, ad esempio, in quello che è stato il confinamento di quanto concerne il lavoro di cura svolto dalle donne all'interno della casa ai margini del discorso politico⁴², nonostante la sua influenza sulla vita di tutte le persone.

In ragione di ciò, nel primo paragrafo si entrerà nel merito della descrizione di tale processo, facendo riferimento ai contributi di Joan Tronto in *I confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura* (2006), e di Chiara Saraceno e Manuela Naldini in *Sociologia della famiglia* (2021).

I primi contributi al dibattito sull'“etica della cura” si sono focalizzati sull'attribuire alle caratteristiche associate tradizionalmente al femminile una *different voice*⁴³, ovvero una “voce della cura”, attraverso la conoscenza della quale si può legittimamente stabilire l'esistenza di un'etica della cura. Con i contributi successivi, invece, l'“etica della cura” viene a configurarsi come un'esigenza per poter affrontare questioni politiche e pubbliche che riguardano la vita di tutte le persone.

In virtù di ciò, è possibile distinguere due generazioni di teorie: le “teorie della cura di prima generazione” elaborano una concezione della cura intesa come disposizione femminile/manifestazione di una “moralità femminile” (*ibidem*), opposta a un modello di

⁴² Non rientra negli obiettivi del presente lavoro un focus sui contributi del pensiero femminista alla riflessione sul lavoro domestico, motivo per cui si rinvia ai lavori di Christine Delphy, Angela Davis e Joan Tronto, rispettivamente a: *Per una teoria generale dello sfruttamento. Forme contemporanee di estorsione del lavoro* (2020); *Donne, razza e classe* (2018); *I confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura* (2006).

⁴³ Il riferimento è all'opera di Carol Gilligan, “*In a Different Voice*” (1982).

giudizio morale che «predilige il ragionamento astratto e un’*etica dei diritti*⁴⁴» (Casalini 2015, p.174); le “teorie della cura di seconda generazione” sono accomunate dal riferirsi alla cura nei termini di una “pratica sociale” (*ivi*, pp.181-182)⁴⁵, identificando e definendo le azioni e i fini che si intendono con “cura”, e mettendo a disposizione la possibilità di sviluppare una teoria morale e politica generale⁴⁶ (Brotto 2013, p.49).

Ad oggi, non si possiede ancora in termini sufficientemente condivisi un concetto di “cura” e un senso di un’“etica della cura” (*ivi*, p.5), motivo per cui verranno presentate alcune delle voci del dibattito intorno all’etica della cura.

2.1. Chi dipende da chi?

Sono molteplici le modalità con cui quotidianamente il nostro essere in società è consentito dalla presenza di una rete che supporta i nostri aspetti di vulnerabilità.

Si pensi a una persona che per necessità lavorative spende una buona parte del tempo fuori casa, e che ha uno o più figli a carico. Mettiamo che ha una disponibilità economica tale per cui può permettersi di assumere una persona che si prende cura dei figli e della casa quando gli impegni lavorativi non le consentono di svolgere personalmente queste attività.

L’immagine che viene a delinearsi è la seguente: ci sono uno o più bambini che, in quanto tali, hanno bisogno di una persona che li accudisca, li faccia mangiare, giocare, addormentare quando il *caregiver* principale⁴⁷ non può farlo, e che dunque sono vulnerabili nella misura in cui dipendono dal lavoro di cura di qualcuno; c’è una persona che sta svolgendo un lavoro di cura in cambio di una ricompensa; infine, c’è una persona che ha acquistato un servizio di cura e che, perciò, è nelle condizioni di svolgere quanto la sua occupazione le richiede.

A fronte di un tale stato di cose, si tende a pensare ai bambini come agli unici soggetti non autonomi, dipendenti e per questo vulnerabili, in quanto se venisse a mancare la persona e/o il servizio che gli fornisce la cura – che sia il *caregiver* principale, che sia la persona che fa da baby-sitter, che sia la ludoteca in cui i bambini passano il pomeriggio sotto la sorveglianza di

⁴⁴ Corsivo mantenuto dalla citazione.

⁴⁵ Si entrerà nel merito di tale distinzione nei paragrafi successivi.

⁴⁶ In questo caso, il riferimento specifico è al contributo apportato da Joan Tronto (1993) alla riflessione sulla cura, la quale ha aperto la strada alle “teorie della cura di seconda generazione” (Casalini 2015, pp.181-182).

⁴⁷ Madre biologica, padre biologico, madre adottiva, padre adottivo, ecc.

personale adeguatamente preparato, e altro ancora – incorrerebbero in una situazione di rischio. A una seconda lettura della situazione, tuttavia, si osserva che i soggetti coinvolti nella situazione suddetta sono in qualche modo interdipendenti gli uni dagli altri: la persona che lavora, senza la possibilità di poter contare su un'altra persona e/o servizio che si prendano cura dei figli in sua assenza, avrebbe maggiori difficoltà a portare avanti il proprio lavoro; la persona che fa da baby-sitter e/o la persona che lavora all'interno di un servizio educativo come la ludoteca, senza la possibilità di esercitare il proprio lavoro, non avrebbe opportunità di guadagno. A fronte di ciò, emerge una situazione in cui ogni singola persona coinvolta al suo interno dipende dall'altra, in quanto ricava benefici dall'altra persona, ognuna di esse sta fornendo una qualche forma di cura, senza la quale emergerebbero gli aspetti di vulnerabilità, che renderebbero la gestione della quotidianità più difficile.

Se si prendesse in considerazione un altro esempio, si potrebbe utilizzare lo stesso ragionamento per esercitarsi nell'osservare i legami di cura che intercorrono tra persone, e che solitamente ignoreremmo fino al momento in cui verrebbero a mancare le possibilità di poter fare riferimento a qualcuno che ci aiuti nella quotidianità.

Dunque, riprendendo quanto detto all'inizio, molteplici sono le modalità con cui quotidianamente il nostro essere in società è consentito dalla presenza di una rete di persone e/o servizi che supporta i nostri aspetti di vulnerabilità – intesi in senso ampio –, ma al tempo stesso le forme di cura, i livelli e i tipi di vulnerabilità non sono sempre evidenti allo stesso modo⁴⁸, motivo per cui servirebbe un allenamento quotidiano per riuscire a scorgerne quanti più possibile, e richiamare, così, l'attenzione sulla cura presente nelle nostre attività quotidiane.

Se lo stesso ragionamento si applicasse a quante più situazioni possibili, si riuscirebbe a osservare l'ecosistema umano di interdipendenza reciproca.

Proprio perché non tutte le forme di cura, i livelli e i tipi di vulnerabilità sono evidenti allo stesso modo, è accaduto in passato e accade ancora che alcune di queste forme di cura non vengano intese come tali, e vengano ignorate e delegittimate, tanto a un livello micro, nei discorsi di senso comune, quanto a un livello macro, nell'ambito delle politiche pubbliche a sostegno dei cittadini e della comunità.

⁴⁸ Per i bambini è più evidente, mentre lo è di meno per il genitore che assume una persona che fa da baby-sitter.

2.1.1 Cosa è accaduto alla cura?

La delegittimazione della cura e del lavoro di cura [...] ha una storia [...] antica. La cura è stata a lungo svalutata, soprattutto perché associata al concetto di donna, di femminilità e di attività “improduttiva” (The Care Collective 2021, p.19)

Prima di entrare nel merito del processo storico-culturale che ha generato la possibilità di confinamento della cura e del lavoro di cura, risulta utile specificare a cosa ci si riferisce quando si parla di cura e di lavoro di cura. In questo senso, un passaggio utile consiste nel distinguere tra “lavoro domestico”, “lavoro di riproduzione” e “lavoro di cura” (Del Re 2012, p.154).⁴⁹

Il “lavoro domestico” è associato ad attività come pulire, lavare, cucinare, fare la spesa, etc.; il “lavoro di riproduzione” consiste nella “riproduzione” della specie nella misura in cui si riferisce non solo alla riproduzione della prole, ma anche a crescerla e a creare le condizioni indispensabili per la continuità della vita; il “lavoro di cura” ha a che fare con le relazioni, la continuità dei rapporti e l’affetto. Nonostante la distinzione, ciò che accade nella quotidianità delle persone è che le attività afferenti a queste diverse tipologie di lavoro – domestico, di riproduzione, di cura – vengano a intersecarsi e a configurare una dimensione “lavorativa” e un mosaico di attività associate alla dimensione della cura. In tutti e tre i casi, si tratta di attività lavorative⁵⁰ che comportano il prendersi cura di diversi aspetti della vita di tutti i giorni, e che – a fronte della svalutazione a esse spesso associata – hanno influito e ancora influiscono in modo negativo sulla qualità della vita di alcune delle persone che si occupano di tali attività. In virtù di ciò, si utilizzerà il termine “lavoro di cura” come termine ombrello per tutte le tipologie di attività lavorative che comportano il prendersi cura.

Joan Tronto in *Confini morali* (2006) fornisce una descrizione del processo che ha reso possibile la svalutazione della cura, a favore – invece – della valorizzazione di aspetti come l’autonomia, l’autosufficienza e l’indipendenza, in virtù di qualità da perseguire nello sviluppo personale. Inoltre, per motivi di completezza della trattazione, ho ritenuto utile integrare al contributo di Tronto quello fornito da Saraceno e Naldini in *Sociologia della famiglia* (2021).

⁴⁹ L’impiego del termine “lavoro” è giustificato dal fatto che ci si sta riferendo a una forma di attività umana.

⁵⁰ Da “lavoro”: qualsiasi esplicazione di energia volta a un fine determinato. In senso più ristretto, attività umana rivolta alla produzione di un bene, di una ricchezza, o comunque a ottenere un prodotto di utilità individuale o generale (Treccani).

In una prima parte dell'*excursus* l'impressione sarà quella di star deragliando dai binari della trattazione dell'"etica della cura"; tuttavia, la rassicurazione è che si tratta di un deragliamento funzionale a fornire degli strumenti per orientarsi nella comprensione dei presupposti storico-culturali che hanno generato l'esigenza di un'"etica della cura".

Nel passato europeo la "famiglia" si presenta in maniera molto diversificata: segnata dai confini, distinzioni e destini diversi, tra città e campagna, tra i ceti sociali, e tra forme di accesso e distribuzione della proprietà.

Una delle strutture familiari presenti nel passato europeo è stata quella costituita dalla famiglia-unità produttiva⁵¹, che fa fronte alla riproduzione e garantisce la continuità delle generazioni, e che costituisce una vera e propria impresa la quale, a seconda dei ceti, può essere produttiva, finanziaria, politica (Saraceno & Naldini 2021, p.20). In virtù di questa struttura familiare le attività di "produzione dei beni" e di guadagno economico (produttive) e quelle di "riproduzione degli individui"⁵² (riproduttive) venivano spesso confuse ed effettuate nello stesso spazio (*ivi*, p.31).

Un ruolo fondamentale nel cambiamento di tale struttura, secondo Saraceno e Naldini, è stato quello del processo di industrializzazione. Non si tratta di intendere l'industrializzazione come la causa della trasformazione della famiglia-unità produttiva, ma come la circostanza che ha generato diverse possibilità di gestire quanto precedentemente veniva gestito all'interno di un unico nucleo familiare-unità riproduttiva. Ad esempio «[l]'introduzione del sistema di fabbrica [...] modifica la divisione del lavoro familiare» (*ibidem*), motivo per cui dal momento che non tutti possono accedere al salario di fabbrica «sono prevalentemente i maschi adulti e giovani di ambo i sessi a divenire lavoratori di fabbrica, mentre bambini, donne con carichi familiari, vecchi, si collocano piuttosto nell'area del lavoro agricolo, a domicilio, dei mille servizi informali che sostengono la vita urbana e il lavoro di fabbrica: dalla lavanderia alla pensione familiare, dalla preparazione e distribuzione dei pasti caldi al confezionamento dei vestiti⁵³». Si tratta di "servizi informali" che – rifacendosi alla definizione di "lavoro di riproduzione" – creano le condizioni indispensabili per la continuità della vita dei "lavoratori di fabbrica".

Emerge così la distinzione tra attività più prettamente riproduttive e attività produttive, che non possono più essere effettuate nello stesso spazio-tempo: in virtù di tale distinzione si delinea

⁵¹ Specifica rispetto al fatto che nel passato europeo la famiglia si presenta in maniera molto diversificata.

⁵² Con tale espressione ci si riferisce alle attività associate a: "lavoro domestico", "lavoro di riproduzione" e "lavoro di cura" come definiti sopra (Del Re 2012, p.154).

⁵³ Tutte attività che rientrano appieno nella categoria di "lavoro di riproduzione".

una più netta divisione dei compiti: le donne si occuperanno di tutto ciò che riguarda la cura della casa, dei bambini, della famiglia, la pulizia degli spazi e la preparazione del cibo, mentre gli uomini si occuperanno di svolgere il lavoro retribuito finanziariamente – dunque, “produttivo” di guadagno – fuori casa.

Un simile processo viene descritto da Tronto (2006) in *Confini morali*. A fronte dell’espansione del commercio, in seno al processo di industrializzazione, gli individui smisero di fare riferimento esclusivamente alle loro famiglie-unità riproduttive, in quanto vi era un’attività lavorativa da portare avanti che aveva luogo al di fuori della famiglia: si crea così una separazione tra economia domestica ed economia orientata al profitto. Si erige un primo confine tra lavoro produttivo e lavoro riproduttivo di cura, vita privata e vita pubblica, che sancisce la nascita della casalinga⁵⁴ e l’annessa ideologia della femminilità, associata alle attività che riguardano la sfera domestica e il “lavoro di cura”.

In tal modo sono state poste le condizioni per la formulazione di quello che sarà un resoconto essenzialista della moralità femminile, che relega la figura della donna nel contesto domestico, attribuendo le funzioni di cura ai soggetti femminili, e confinando quanto concerne la cura ai margini del discorso politico, dal momento che è stato culturalmente stabilito chi se ne sarebbe preso carico.

Inoltre, nel momento in cui il mercato richiede spirito di iniziativa e indipendenza e autonomia negli uomini, ciò che viene richiesto ai soggetti che sono coinvolti nell’*affare pubblico* – quello che produce profitti – è di non esser dipendenti da qualcuno. Dal momento, però, che anche i mercanti a loro volta sono in una relazione di interdipendenza con la propria famiglia, dato che ciò non produce profitto, è necessario che tutto ciò che ha a che fare con la famiglia venga tenuto separato. Si genera nel corso della storia un ordine politico che assume solo l’indipendenza e l’autonomia come caratteri distintivi della vita pubblica.

Infatti, assistiamo al paradosso di politiche del lavoro e di politiche sociali e familiari che operano con una concezione dell’individuo “indipendente”, cioè colui che opera sul mercato del lavoro libero da impegni familiari. In realtà la possibilità stessa di questo individuo di agire sul mercato dipende dal lavoro di cura, dal lavoro riproduttivo di qualcuna che, viceversa, è concepita come “dipendente” – sovente dal salario altrui – (Del Re 2012, p.168).

⁵⁴ Le “donne con carichi familiari” (Saraceno & Naldini 2021, p.31).

Il processo storico appena descritto ci tornerà utile nella misura in cui la critica di Carol Gilligan⁵⁵ (1982) è rivolta a una concezione della maturità morale come intesa da Kohlberg, la quale è resa possibile anche a fronte di quello che è un ordine politico che si basa su un'ideologia che assume l'indipendenza e l'autonomia come caratteri distintivi della vita umana.

Ciò che, ancora, alimenta l'ideologia moderna dell'autonomia e dell'autosufficienza, è la possibilità di soddisfazione dei bisogni di cura in misura sempre crescente entro la sfera pubblica attraverso il mercato, e in misura minore attraverso l'intervento dello Stato. La possibilità di soddisfare i bisogni di cura attraverso il mercato tende spesso a oscurare il ruolo delle persone ed è funzionale alla conservazione dell'immagine che chi "acquista" la cura sul mercato ha di sé come individuo indipendente in grado di provvedere autonomamente ai propri bisogni, a questo si associa spesso una scarsa remunerazione del lavoro di cura (Tronto 2006).

Ma se i ricchi possono dissimulare la loro dipendenza grazie all'accesso facile a una cura sempre più mercificata, come possiamo dare vita a sistemi di cura in cui l'interdipendenza sia accettata come «naturale» e la cura non sia a pagamento? (The Care Collective 2021, p. 11)

Accade che per sostenere l'immagine del soggetto come autonomo, autosufficiente, indipendente, le dimensioni della *vulnerabilità* e della *dipendenza* sono state rimosse e associate a una dimensione privata e domestica.

«Questa rimozione è servita a sostenere l'immagine del soggetto come autonomo, autosufficiente, indipendente; e, al tempo stesso, a stigmatizzare la dipendenza, associandola più alla dimensione del dominio e della gerarchia che alla metafora della rete, sulla quale piuttosto richiamerà la nostra attenzione l'etica della cura» (Casalini 2015, p.172).

Tant'è che, nonostante queste due dimensioni sono tratti universali, nelle società moderne siamo abituati a pensarli come propri di particolari gruppi: anziani fragili, bambini, disabili (*ibidem*), e come presenti solo in particolari contesti: infanzia, genitorialità, accudimento, anzianità, amicizia, malattia, disabilità (Brotto), giustificando una minore attenzione.

In ragione di ciò, nonostante l'interdipendenza e il bisogno di cura siano elementi costitutivi e pervasivi dell'esperienza umana, essi occupano una posizione marginale nella discussione

⁵⁵ Il cui contributo ha sollecitato la riflessione sull' "etica della cura".

pubblica e in quella politica. È, difatti, a partire dalla “denuncia” di un tale stato delle cose che emerge l’esigenza di portare all’attenzione quanto è stato ignorato per molto tempo.

2.2 La prima generazione di teorie dell’etica della cura: Carol Gilligan e Nel Noddings

Studiose dell’“etica della cura” come Sara Brotto (2013) e Brunella Casalini (2015) sono concordi nell’associare al contributo offerto da Carol Gilligan – con la pubblicazione di “*In a Different Voice*” (1982) – il merito di aver sollecitato la riflessione sul tema della cura⁵⁶. A sua volta, l’esigenza a partire dalla quale si è generata la riflessione di Gilligan sulla questione della cura emerge dall’ambito disciplinare della Psicologia evolutiva, nello specifico dalla teoria dello sviluppo morale formulata da Lawrence Kohlberg nella tesi del 1958⁵⁷. Kohlberg è stato mentore di Gilligan durante la scrittura della sua tesi di laurea, il cui tentativo è consistito nell’apertura di «una prospettiva nuova nella considerazione dello sviluppo morale rispetto a quella tracciata dal suo mentore» (Brotto 2013, p.16).

La critica di Gilligan è diretta alla visione del soggetto morale che emerge dalla teorizzazione del mentore, il quale ha assunto lo sviluppo maschile come caso paradigmatico per poter valutare la maturità morale di tutte le altre persone, tra le quali le donne; infatti, il campione considerato da Kohlberg nel suo studio si basava solo su partecipanti maschi (*ivi*, p.17), ai quali poneva dilemmi morali ipotetici. In virtù di ciò, «[a]ssumendo implicitamente come norma la vita del maschio», la pretesa è stata quella «di ritagliare la sagoma della donna da panni maschili» (Casalini 2015, p.174).

La teoria morale delineata da Kohlberg stabilisce che la maturità morale ha come traguardo il raggiungimento dell’*autonomia* e della *separatezza*, a fronte del quale la persona morale è in grado di assumere una *visione imparziale e distaccata* delle cose (Cita), senza farsi influenzare dalle relazioni personali.

⁵⁶ Brotto 2013, p.16; Casalini 2015, pp.171-172

⁵⁷ Per un approfondimento dell’articolazione della teoria formulata da Kohlberg, si rinvia alla lettura di quanto scritto da Tronto nel terzo capitolo de *I confini morali. Un argomento politico per l’etica della cura.* (2006), traduzione italiana di *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* (1993).

La risposta di Gilligan è stata quella di indagare l'opera di Kohlberg in cerca di un pregiudizio di genere, conducendo uno studio "sul campo" intervistando le donne e ricavando i dilemmi morali dalle vite dei suoi soggetti (Tronto 2006).

Nel confronto con i risultati ottenuti dal mentore, Gilligan ha etichettato il contrasto come la differenza tra un'"etica della giustizia e dei diritti" e un'"etica della cura e della relazione" (*ibidem*), associate rispettivamente a due diversi modelli di giudizio morale legati alle specifiche esperienze di socializzazione dei bambini e delle bambine (Casalini 2015, p.174).

Alla luce di ciò, lo sviluppo morale "maschile" viene associato alla comprensione dei diritti e delle norme, e al raggiungimento di una moralità intesa come equità; lo sviluppo morale "femminile" viene associato all'*attenzione per la relazione* (*ivi*, pp.174-175), e al raggiungimento di una moralità intesa come cura degli altri, ponendo al centro dello sviluppo morale la *comprensione della responsabilità e dei rapporti* (Tronto 2006).

In seguito all'individuazione di tale distinzione, nell'ultimo capitolo di *In a Different Voice*, Gilligan chiarisce che non c'è contrapposizione tra *cura* e *giustizia* in un soggetto morale che abbia raggiunto la piena maturità, e che, quindi, *etica della cura* ed *etica dei diritti* sono destinati ad apparire complementari (Casalini 2015, p.175).

Nel tentativo di rispondere alle critiche che le sono state mosse in relazione a un'etica della cura che sembra connotarsi come un'etica femminile correlata al genere, Gilligan distinguerà tra una *feminine ethic of care* «descritta come una variante del tema tradizionale per cui le donne sono naturalmente portate a un atteggiamento di sollecitudine verso l'altro», e una *feminist ethic of care* che «esprime un punto di vista critico sia verso una particolare concezione dell'autonomia (maschile) sia verso l'ideale del sacrificio di sé come disposizione femminile» (*ivi*, p.176).

Mentre in una cultura patriarcale la cura è espressione di un'etica femminile che riflette la dicotomia di genere e la gerarchia patriarcale, in una società democratica, basata sull'eguaglianza delle voci e il dibattito aperto, la cura è un'etica femminista: un'etica che conduce verso una democrazia liberata dal patriarcato e dai mali che sono ad esso associati, il razzismo, il sessismo, l'omofobia e tutte le altre forme di intolleranza e di assenza di cura. (ibidem)

Se con Gilligan, a fronte di differenze nell'esperienza di socializzazione dei bambini e delle bambine, emergono due diversi modelli di giudizio morale, con Nel Noddings la dimensione

della cura viene osservata in virtù del suo carattere universale. Difatti, dal momento che ognuno di noi ha esperito la cura almeno una volta nella propria vita, ovvero almeno una volta si è fatta esperienza di un sentimento di *to be cared for*⁵⁸, la cura si configura come un'attitudine innata, che consiste in preoccupazione ed empatia nei confronti dell'altro, associati ad un senso di responsabilità⁵⁹ per il destino dell'altro. (Tusino 2014)

Anyone who lives beyond infancy has at least an inkling of having been cared for; that inkling may not be enough to really understand what it means to be cared for, and certainly it is often inadequate to produce a fully caring adult. But it is the root of our responsibility to one another (Noddings 2012, p.232)

Più nello specifico, In *Caring: A Feminist Approach to Ethics and Moral Education* (1984), Noddings associa l'etica del *caring*⁶⁰ all'esperienza di essere donna, allo stesso modo in cui il tradizionale approccio logico ai problemi etici sorge in modo più ovvio dall'esperienza maschile (Casalini 2015, p.180). Emerge, in tal senso, un resoconto essenzialista di quella che è la dimensione della cura, che si configura come connaturata a una supposta "essenza" dell'essere donna, e una concezione della cura come di un atteggiamento che assorbe la persona che si prende cura.

Nel Noddings, difatti, fornisce una visione naturalista e differenzialista della cura. Il termine "differenzialista" sta a indicare una visione che pone una particolare attenzione al delineare una differenza tra modi maschilisti di riflettere sulla morale, e quello che invece dovrebbe essere un approccio femminista che si schiera a favore di un'etica della cura; il termine "naturalista" sta a indicare che l'etica della cura – all'interno del contributo di Noddings – nasce «dalla nostra esperienza di donne, allo stesso modo in cui il tradizionale approccio logico ai problemi etici sorge in modo più ovvio dall'esperienza maschile» (Noddings 2003, p.8).

A fronte di ciò, l'origine dell'azione etica è da rinvenire a partire da un sentimento naturale di cura e dalla memoria di essere stati curati da qualcuno (Brotto 2013, pp.20-21), e la concezione della cura intesa come una "esperienza universale" è funzionale affinché si possa

⁵⁸ Letteralmente "essere stati presi in cura"

⁵⁹ Dimensione presente anche nella teorizzazione di Gilligan.

⁶⁰ Traduzione di 'prendersi cura'.

costruire un'etica delineata da specifiche caratteristiche: sentimento morale di apertura verso gli altri; ricettività ai bisogni; deliberazione morale contestuale.

In ragione della dimensione contestuale dell'etica della cura come delineata dalla filosofa, vi è un rifiuto *tout-court* di quello che è il linguaggio della giustizia, e il prendersi cura si definisce in base alle specifiche esigenze di colui a cui è rivolta, richiedendo prossimità fisica rispetto alla persona che sta ricevendo cura. Questo aspetto si scontra con la possibilità di concepire una cura “a distanza” (Brotto 2013, p.22).

Tra le critiche viene osservato come questo particolarismo risulti controproducente per lo stesso femminismo, in quanto rifiutando in toto l'universalità del ragionamento morale non è nemmeno possibile rivendicare i cambiamenti dell'ordine sociale importanti per le esponenti del movimento femminista, in quanto manca completamente l'apparato concettuale e teoretico per affrontare questioni generali o intervenire nel dibattito pubblico (Tusino 2014, p.19).

Un aspetto dell'etica delineata da Noddings che, invece, la avvicina a quanto dirà Joan Tronto in merito alle fasi che la cura richiede per poter essere messa in pratica, consiste nell'attribuzione di importanza al *cared-for*⁶¹, nella misura in cui affinché si possa parlare di un atto di cura è essenziale che l'atto venga riconosciuto e percepito anche da chi sta ricevendo la cura⁶².

Tra le critiche ricevute, Sara Brotto (2013) fa riferimento alla vaghezza normativa della cura, in quanto manca un criterio in virtù del quale si può comprendere “come prendersi cura” di qualcuno senza che ciò abbia delle ricadute negative sul *the one-caring* e sul *the cared-for* (Brotto 2013, p.20). La possibilità che si genera a fronte di una tale teorizzazione della cura è che l'oppressione e il dominio possono nascondersi nelle relazioni di dipendenza e la prospettiva della cura da sola non può rispondere in modo adeguato a questi problemi.

Ciò che è assente in entrambi i contributi alla riflessione sull'“etica della cura” è la possibilità di prospettare un'integrazione tra un'etica della cura e un'etica dei diritti nel riconoscimento politico del diritto a ricevere e prestare cura (Casalini 2015, p.181).

2.3 La seconda generazione di teorie dell'etica della cura: Joan Tronto

⁶¹ Ovvero alla persona di cui ci si prende cura.

⁶² Joan Tronto si riferirà a questo aspetto con il termine “ricevere la cura”.

Tra le teorie di seconda generazione che hanno mostrato la rilevanza dell'“etica della cura” cura per la vita sociale – Joan Tronto, Selma Sevenhuijsen, Fiona Williams, Fiona Robinson – (Casalini 2015, pp.181-182), Joan Tronto rende chiaro perché l'etica della cura non dovrebbe venir pensata come confinata all'ambito personale (Brotto 2013, p.136).

Alla luce di un progetto di giustizia redistributiva e di etica pubblica, non è sufficiente assumere una posizione essenzialistica, secondo la quale per natura le donne sono più inclini alla cura, dove ciò rende necessaria la loro presenza in politica, in quanto portatrici di una *different voice*. Alcune suffragiste – così come Gilligan e Noddings – in passato, si sono appellate a questa posizione per rivendicare un proprio spazio nella vita politica (Davis 2018), ma Tronto dimostra che un'argomentazione che si basa su questa posizione, difficilmente riesce ad attecchire. Ciò è vero a maggior ragione nel contesto di una società patriarcale: se si dice che sull'attitudine alla cura agisce una distinzione di genere, questo potrebbe giustificare il relegare nuovamente la questione della cura a un ambito femminile e privato, giustificando le divisioni dei ruoli tipiche delle società patriarcali (Tusino 2014, p.18).

Condizione fondamentale per generare la possibilità per l'etica della cura di diventare etica pubblica, per Tronto, è il riconoscimento da parte di tutti i membri della comunità umana di transitare quotidianamente in un ecosistema umano di interdipendenza reciproca, dove la vulnerabilità è riconosciuta in quanto aspetto universale della vita umana, giustificando – così – un interesse pubblico e politico nei suoi confronti. Solo in questo modo si avrebbero a disposizione le condizioni affinché la cura diventi un qualcosa di interesse collettivo.

Motivo per cui, se per Noddings il più grave di tutti i problemi dalla prospettiva della cura «è una tendenza a impantanarsi in una discussione senza fine su regole procedurali e definizioni [...]» (Noddings 1990, pp.121-122), per Tronto, il dibattito sull'etica della cura dovrebbe concentrarsi sulla sua adeguatezza come teoria morale, tanto che essa si dota di una definizione di cura intesa come pratica che consente di identificare e definire le azioni e i fini che intendiamo con “cura” (Brotto 2023, p.49), e di poter intervenire su un miglioramento del modo di prestare e ricevere la cura, e su quelli che sono i diversi momenti e fasi in cui essa viene articolata (Casalini 2015, p.185).

A livello più generale, suggeriamo che la cura venga considerata una specie di attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro “mondo” in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile. Quel mondo include i nostri corpi, noi stessi

e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa a sostegno della vita (Fisher & Tronto 1990, p.40)

A fronte di tale definizione, nel tentativo di fare dell'etica della cura un'etica pubblica, è necessario dotarsi di criteri che consentano di comprendere come dovrebbe articolarsi la cura, in quanto attività pratica, per rispondere in modo adeguato al soddisfacimento dei bisogni di tutti i membri della comunità. Nel caso di Tronto, è possibile rinvenire tali criteri nelle “quattro fasi della cura”: “interessarsi a”, “prendersi cura di”, “prestare cura”, “ricevere cura”, la cui individuazione risulta funzionale/utile «affinché si possa provvedere alla cura in modo adeguato» (Tronto 2006)⁶³.

Un altro aspetto necessario risiede nella possibilità che la soddisfazione dei bisogni di cura fondamentali sia inclusa tra i compiti dello Stato; ciò è possibile nel momento in cui la giustizia viene ripensata per includere al suo interno una etica della cura (Tronto 2006). Infatti, Joan Tronto propone che la cura debba essere connessa a una teoria della giustizia: una teoria della cura è incompleta a meno di non essere inserita anche in una teoria della giustizia e, al tempo stesso, la giustizia senza una idea di cura è incompleta (Tronto 2006). La posizione che viene portata avanti è quella secondo la quale «[...] la cura possa servire sia come valore morale sia come base per la realizzazione politica di una buona società» (Tronto 2006, p.14), e non essere relegata all'ambito delle relazioni personali (Casalini 2015, p.182).

La cura è per la sua stessa natura una sfida all'idea che gli individui siano interamente autonomi e autosufficienti. Trovarsi nella situazione di avere bisogno di cura significa essere in una posizione di vulnerabilità (Tronto 2006).

Ma cos'è che finora ha impedito alla cura di entrare nella politica?

Seguendo il ragionamento di Tronto, a delimitare ciò che può entrare o meno a far parte della politica sono dei *moral boundaries*⁶⁴, ovvero «valori sociali ampiamente accettati [che] costituiscono il contesto nel quale interpretiamo tutti gli argomenti morali [e che] funzionano come confini escludendo alcune concezioni della morale dalla considerazione», come nel caso delle teorizzazioni su una “moralità femminile”⁶⁵. Se, infatti, si osserva per che cosa

⁶³ Nel capitolo 4 si delinearanno singolarmente le diverse fasi.

⁶⁴ I “confini morali” cui fa riferimento il titolo del testo omonimo di Joan Tronto (2006).

⁶⁵ Per motivi di non aderenza a quanto trattato nel presente lavoro, non si entrerà nel merito di un approfondimento dei “confini morali”, motivo per cui si rinvia il lettore al testo omonimo di Tronto (2006).

effettivamente sta il concetto di “moralità femminile” – facendo un resoconto dei vari contributi alla definizione di un tale costrutto –, ci si rende conto che essa ha a che fare con dimensioni che riguardano una maggiore sensibilità alle esigenze altrui, una maggiore empatia, una maggiore capacità di intercettare i bisogni degli altri, dunque una maggiore capacità di fornire la cura. Si tratta, però, di una argomentazione che non riesce a oltrepassare i “confini morali”, e che richiede uno svincolamento della cura – e della moralità che si basa su di essa – dall’associazione a un genere specifico, e la delineazione di regole morali, per far sì che diventi un principio morale universalistico – in quanto comune a tutti – ma allo stesso tempo particolare, dal momento che la costruzione di cosa sia una cura adeguata varia da cultura a cultura.

Dunque, se da un lato il dibattito sull’“etica della cura” dovrebbe concentrarsi sulla sua adeguatezza come teoria morale e sulla delineazione di regole morali, dall’altro lato la “cura” si configura come una pratica che richiede che riflessione e azione vadano di pari passo e che siano rivolte verso un fine (Tronto 2006), dunque, la “cura” non è un insieme di regole e principi astratti da seguire, ma è in itinere, e assume connotazioni diverse in relazione al contesto in cui la si mette in pratica. Si tratta di una cura che è sia universale che particolare, nella misura in cui è un aspetto universale della vita umana, ma la costruzione di cosa sia una cura adeguata varia da contesto a contesto

Proprio in virtù di ciò è fondamentale che tale concezione di “cura” possa far riferimento a un’“etica della cura” ben delineata nelle sue caratteristiche, nelle sue fasi, nelle sue finalità, nei suoi dilemmi e nei suoi rischi – come fa Tronto – come punto di riferimento per orientare la pratica.

Abbiamo bisogno, perciò, di un nuovo tipo di teoria sociale e politica, che parta dall’attribuire alla cura un ruolo centrale nella vita umana, così come l’esigenza è quella di richiamare l’attenzione sulla cura presente nelle nostre attività quotidiane.

Un tale passaggio consentirebbe di rilevare molteplici esperienze di cura, a partire dall’analisi quali si renderebbe possibile una descrizione adeguata dei bisogni e delle capacità che la cura richiede in quanto pratica, tenendo conto della sua dimensione processuale e multiforme.

2.4 Il contributo del *The Care Collective*

In potenza, chiunque può prendersi cura di chiunque,

Uno stato capace di riconoscerlo si prenderebbe cura tanto delle persone che prestano cura quanto di quelle che la ricevono, dando loro il riconoscimento necessario sul piano legale, sociale, culturale ed economico. A sua volta il riconoscimento istituzionale andrebbe a potenziare le nostre capacità di sostenere gli altri. [...] In altre parole la possibilità di sentirsi abbastanza al sicuro da potersi dedicare anche alla cura degli altri [...] (Collective 2021, p.53)

The Care Collective è un collettivo londinese per la cura nato nel 2017 e formato da persone con profili accademici e politici diversi tra loro. Alcune di queste persone, nel 2021, sollecitate dalla pandemia da Covid-19 e dagli esiti tragici da essa generati, a fronte di una gestione inadeguata della situazione pandemica, hanno deciso di collaborare nella stesura di “*Il Manifesto della cura. Per una politica dell’interdipendenza*”.

L’esigenza da cui scaturisce tale lavoro è quella di denunciare l’incuria (mancanza di cura) di una società neoliberista, le cui politiche configurano la cura nei termini di una preferenza individuale da scegliere sul mercato – la casa di riposo, la scelta della badante, l’asilo nido – secondo l’idea che il privato sia meglio del pubblico, seguendo una logica del “più paghi, più mi prendo cura di te”.

Uno dei primi dati che viene riportato con l’intento di denunciare una situazione di incuria è quello relativo al rapporto Istat del luglio 2020, che dimostra che le possibilità di cura discriminano: i poveri, infatti, sono state le vittime principali del Coronavirus in Italia (*ivi*, p.9). Non mancano nella rassegna altri fenomeni legati all’incuria; tra questi, per menzionarne alcuni: i rifugiati che annegano nel Mediterraneo; lo smog tossico che avvolge le città come New Delhi; gli omicidi di donne e uomini neri negli Stati Uniti; i femminicidi; la crisi climatica; ascesa allarmante di regimi autoritari e retoriche ultranazionaliste; i confini che vengono rafforzati per tenere fuori le persone (*ivi*, pp.22-23).

In uno scenario così delineato, tuttavia, *The Care Collective* menziona anche diverse iniziative, partite dal basso, direttamente dai cittadini, che hanno fornito un ‘assaggio’ del modo in cui potrebbe articolarsi una comunità di cura, sia in riferimento al periodo pandemico, sia in riferimento ad altre circostanze che hanno generato la necessità di agire.

Nel primo caso, il riferimento è a tutti quei gruppi di persone volontarie che hanno portato cibo a casa delle persone anziane o hanno offerto altre forme di vicinanza solidale a chi ne aveva

bisogno, oppure alle attività doposcuola gratuite per i bambini dei quartieri, per consentirgli di portare avanti lo studio; nel secondo caso, il riferimento è alla crisi economica e finanziaria del 2008 in Grecia e a *Skoros*⁶⁶, un collettivo ateniese anti-consumo che ha uno shop in cui ognuno può portare e prendere un numero limitato di abiti o altri oggetti in buono stato che non usa più e/o che gli servono, ed è tutto gestito da persone volontarie che non guadagnano da questa attività, se non dalle donazioni che utilizzano per pagare l'affitto. Questo spazio si configura come sistema alternativo di scambio curante, orizzontale, orientato alla cooperazione (ivi, p.84), associabile a quelle che nel testo *Labyrinths of care: The relevance of the ethics of care perspective for social policy* vengono denominate come pratiche di *caring citizenship*, in cui alcuni cittadini si assumono la responsabilità della cura di altri cittadini, attraverso la messa a disposizione di beni di largo consumo, tra i quali, in questo caso, vestiti. È importante sottolineare che questa realtà si posiziona tra le tante economie alternative dal basso, iniziative di mutuo soccorso e reti di solidarietà, che concepiscono il prendersi cura degli altri come un bene comune, un processo collettivo, un obbligo morale (ivi, p. 8). Tra queste economie alternative troviamo: «banche autorganizzate del cibo, ventuno cucine solidali per la distribuzione di centinaia di pacchi alimentari ogni settimana, quarantacinque reti senza intermediari per la distribuzione di oltre cinquemila tonnellate di prodotti e circa trenta progetti di solidarietà sul piano educativo» (ibidem), che si alternano nel fornire diverse tipologie di cura in un modo non dissimile da quello che ha avuto luogo in Italia durante il periodo pandemico generato dalla pandemia Covid-19.

Emerge, in virtù di ciò, una comunità che decide, in modo autonomo e volontario, di assumersi la responsabilità di cura di tutti i membri che vi orbitano all'interno.

Il termine che *The Care Collective* ha utilizzato per riferirsi a questa forma di cura è quello di “cura promiscua” (ivi, p.52). Si tratta di una cura che si pratica al di fuori della rete strettamente familiare e delle logiche di mercato; “cura promiscua” vuol dire indiscriminata, ovvero che non fa discriminazioni e può mettere in relazione persone non necessariamente vicine, nella direzione di promuovere uno stato di cura che orienta il suo agire sulla base dei bisogni collettivi (Otto & Keller, 2014). Il significato di promiscuità, in questo caso, non è sinonimo di “casuale” o “indifferente” ma di moltiplicazione e sperimentazione dei modi in cui è possibile fornire la cura.

⁶⁶ Si rinvia al video presente su YouTube per saperne di più: <https://youtu.be/z8fAmi0mHgA>

«Così, per [...] immaginare delle genuine politiche di cura, dobbiamo iniziare a riconoscere le miriadi di forme che dappertutto legano la nostra prosperità e la nostra sopravvivenza alla relazione con gli altri» (The Care Collective 2021, p.42).

2.4.1 Etica della cura, affidamento familiare e accoglienza di MSNA: un dialogo possibile

Il riferimento a un modo di intendere la presa in carico del Minore Straniero Non Accompagnato che si avvicina all'idea di una cura promiscua è presente nella normativa, in virtù della quale la questione dell'accudimento del minore viene a essere svincolata da una tradizione che vede nella famiglia tradizionale il prototipo tipo delle relazioni di cura, nella misura in cui l'affido può essere intrapreso anche da persone che vivono da sole, e che non rientrano in quella che la tradizione chiamerebbe come "famiglia": in questo caso la priorità sembra essere quella di rispondere ai bisogni dei MSNA.

A conferma di ciò un aspetto che richiede di essere portato all'attenzione è la previsione di un affiancamento alle persone affidatarie, le quali non vengono lasciate sole nell'esperienza di affido, e si trovano a collaborare con diverse figure a cui fare riferimento prima, durante e dopo l'affido. Si tratta di figure che condividono con l'affidatario la cura del percorso del MSNA, costituendosi come un'"architettura" «[...] i cui elementi, per stare insieme, seguono delle regole precise, pena il crollo della struttura» (Turchi, Vendramini 2021, p.320).

Questo scenario consente di associare ancora di più la cura presente nell'esperienza di affido a una cura promiscua che non fa discriminazioni e può mettere in relazione persone non necessariamente vicine, nella direzione di promuovere una rete di cura che orienta il suo agire sulla base dei bisogni collettivi (Otto & Keller, 2014).

Nel corso del capitolo è emersa, poi, la questione relativa alla necessità di rendere possibile che la soddisfazione dei bisogni di cura fondamentali sia inclusa tra i compiti dello Stato: affinché ciò accada, la giustizia deve essere ripensata per includere al suo interno una etica della cura (Tronto 2006).

Pertanto, data la condizione di vulnerabilità e dipendenza dei MSNA – in quanto minori, in quanto privi di una figura di riferimento e in quanto stranieri – , la questione dell'accoglienza

– al cui interno l’affido familiare si configura come uno degli snodi possibili – e della “lotteria” a essa associata (Save The Children 2023), si pongono come un’occasione a partire dalla quale prospettare una integrazione tra un’etica della cura e un’etica dei diritti e della giustizia, che confluisce nel riconoscimento del diritto a ricevere e prestare cura.

Ciò sembra necessario a fronte di quella che, invece, è la natura lacunosa e frammentaria di una normativa che, in alcuni suoi aspetti sembra affrontare la questione dei MSNA, come un problema di ordine pubblico rientrando nell’ambito delle politiche securitarie (Pasquale 2020, p.319).

Nel prospettare una tale integrazione, un ostacolo che si può interporre alla sua realizzazione è da rintracciare tra i membri della comunità e in uno Stato che mette al centro l’idea di appartenenza e la difesa dei confini in nome della sicurezza, nel momento in cui vi è un mancato riconoscimento di transitare quotidianamente in un ecosistema di interdipendenza reciproca.

A questo punto, se finora la questione dell’interdipendenza è stata affrontata facendo riferimento ai contributi di Joan Tronto e del *The Care Collective*, che descrivono le ricadute positive di vivere all’interno di una società che si prende cura di tutti i suoi membri, mettendo a disposizione la possibilità di prestare e ricevere la cura, ciò che nella presente sede ci si appresta a fare è affrontare la questione dell’interdipendenza prendendo in considerazione le ricadute negative associate a una società in cui le sorti delle persone sono legate sia in positivo che in negativo.

Questo passaggio risulta utile nella misura in cui andrà a sostenere l’argomentazione secondo la quale i risvolti negativi menzionati sono l’esito di un sistema che si approccia all’accoglienza ignorando che le criticità che hanno luogo al suo interno non rimangono circoscritte agli *hotspot* e ai centri di prima accoglienza, ma coinvolgono la comunità intera.

Difatti, le ricadute di un approccio emergenziale all’accoglienza investono la comunità sotto vari aspetti: dai MSNA che diventano maggiorenni e “invisibili” – a fronte delle difficoltà nella regolarizzazione della loro permanenza in Italia –, alle persone che lavorano nei centri di accoglienza e la cui retribuzione rispecchia un mancato riconoscimento economico del lavoro di cura⁶⁷; dalla mancanza di educatori e di posti all’interno delle strutture di seconda accoglienza, al numero insufficiente di tutori – in proporzione ai numeri dei MNSA – che risultano, pertanto, oberati di lavoro⁶⁸; dai comuni che, in qualità di soggetti deputati

⁶⁷ Che viene pagato meno di un qualsiasi altro lavoro, influenzando anche sulla qualità della cura che viene fornita.

⁶⁸ Influenando, anche in questo caso, sulla qualità della cura che viene fornita.

all'accoglienza del minore e all'attivazione della rete dei servizi sociali, hanno dovuto gestire l'imprevedibilità dei dirompenti flussi di MSNA, e hanno dovuto affrontare le complesse questioni relative alla loro presa in carico, alle questioni legate alla criminalità organizzata che adesci i minori in cerca di un guadagno immediato e li sfrutta in attività illecite (Pasquale 2020). Alla luce di ciò, si osserva come quello che sembra essere un fenomeno che riguarda solo i MSNA, intercetta invece anche altri ambiti e persone all'interno della comunità, in un modo che conferma la visione della comunità nei termini di un ecosistema umano di interdipendenza reciproca.

Quanto è stato argomentato ci consente di dire che non è più «bastevole affidarsi solo ai vari e numerosi dispositivi legislativi⁶⁹ per far fronte alla realtà dei flussi migratori»; serve pensare ad altri strumenti, «[o]ssia pensare a tutto ciò che [...] possa aprire a cosa vuol dire e cosa implica stare dentro alla comunità e quali siano le modalità che concorrono alla promozione della coesione sociale e, ancora, cosa serve per generare la comunità del futuro» (Turchi & Romanelli 2013, p.11).

Motivo per cui l'analisi dell'affido familiare di MSNA attraverso i “racconti di pratiche” (Bertaux 1999) coglie il suggerimento di Turchi & Romanelli di pensare a un ambito dell'esperienza umana che possa aprire a cosa vuol dire e cosa implica stare dentro a una comunità come quella delineata dalle persone affidatarie e da tutte le figure che si prendono cura dell'elaborazione e programmazione dell'affido familiare dei MSNA.

Portando, però, nuovamente all'attenzione l'intenzione dichiarata a inizio paragrafo⁷⁰, se l'obiettivo è quello di incrementare l'efficacia della normativa attuale, non è forse il caso di pensare e formulare un approccio diverso all'accoglienza? In tal caso, da dove partire? L'approccio a cui si fa riferimento potrebbe essere mutuato da un paradigma che intende la cura come “principio organizzatore in ogni aspetto della vita”? (Tronto 2006).

Riformulando la domanda per renderla maggiormente omogenea, e tenendo conto di quanto appena detto, nei capitoli che seguono si entrerà nel merito della domanda “cosa può offrire l'etica della cura tanto alla trattazione dell'affido familiare di Minori Stranieri Non Accompagnati, quanto alla formulazione di un approccio diverso all'accoglienza?”

⁶⁹ Il riferimento è alla Legge Zampa.

⁷⁰ Ovvero l'intenzione di prospettare un'integrazione tra un'etica della cura e un'etica dei diritti.

CAPITOLO 3

3. Illustrazione della ricerca

Alla luce dell'intento dichiarato alla fine del secondo capitolo⁷¹, e a partire da una considerazione secondo la quale

a perspective that recognises the significance of care to a range of contexts and relationships also suggest we need to develop an understanding of what care looks like in practice in contexts that are very different from those that have been the subject of the substantial body of research into care giving (Barnes 2012)⁷²

si è deciso di fare riferimento ai racconti delle persone che si sono rese disponibili a ospitare un MSNA in casa per un periodo di tempo limitato⁷³. Difatti, se al centro dell'etica della cura c'è la ricerca di un modo nuovo, più responsabile di guardare alle relazioni che ci legano alle altre persone (Gilligan 1982), porre il focus sull'affido familiare dei MSNA ha senso nella misura in cui tale pratica si configura come una delle possibili relazioni che ci legano alle altre persone, e che si inserisce all'interno delle molteplici forme che legano la nostra prosperità e sopravvivenza alla relazione con gli altri (Collective 2021).

Facendo, però, un passo indietro, la suggestione a trattare dell'affido familiare di MSNA proviene da una personale partecipazione al corso di formazione gratuito "Ohana – Famiglia vuol dire che nessuno viene abbandonato", rivolto a tutti coloro⁷⁴ che sono interessati al tema dell'affido e dell'accoglienza di Minori Stranieri Non Accompagnati, che si è tenuto online nel 2022 e ha coinvolto tre regioni: Lombardia, Veneto e Sicilia. Il percorso ha previsto tre momenti di formazione online – di cui uno di formazione socio-pedagogica, uno di formazione interculturale e un terzo di formazione giuridica – e due momenti di formazione in presenza per ognuna delle regioni coinvolte – di cui uno di formazione interculturale e uno di formazione

⁷¹ Ovvero, l'intento di far dialogare un paradigma come quello dell'"Etica della cura" con la questione relativa all'accoglienza dei MSNA.

⁷² Barnes, M. (2012). *Care in everyday life: An ethic of care in practice*. Policy Press.

⁷³ Il termine che si utilizzerà sarà quello di "persone affidatarie".

⁷⁴ Famiglie, persone singole, tutori volontari, operatori del sistema di accoglienza, cittadini.

socio-pedagogica –. Il corso in questione si colloca all'interno di una progettualità più ampia che prende il nome di “Ohana – In famiglia nessuno è solo”.

3.1 Le realtà intercettate

“Ohana – In famiglia nessuno è solo” è un progetto sull'affido familiare di MSNA accolti nelle strutture di seconda accoglienza, che è stato finanziato dal fondo FAMI e realizzato da CNCA⁷⁵ in collaborazione con altre realtà del terzo settore. L'iniziativa è stata realizzata in sette regioni (Sicilia, Puglia, Lazio, Lombardia, Veneto, Piemonte, Friuli-Venezia Giulia) che sono caratterizzate per la presenza di un alto numero di minorenni migranti soli. In base a quanto riportato sulla pagina web, «Il progetto intende incrementare il numero di minorenni migranti soli in affido familiare in tutti i contesti interessati e individuare un modello operativo replicabile»⁷⁶, motivo per cui si è basato sulla “formazione e potenziamento di reti di famiglie affidatarie quale forma ed espressione di cittadinanza attiva”⁷⁷. L'iniziativa è giunta al termine a settembre del 2022 ed ha avuto una durata di 18 mesi, durante i quali sono stati realizzati 38 affidi in totale, di cui 16 già avviati e 18 in fase di partenza.

Un'altra realtà con la quale mi sono interfacciata in una fase preliminare al contatto diretto con le persone da intervistare, è quella del progetto “Terrefirme”. Si tratta di un progetto che «intende sperimentare e definire un modello di affido familiare come risposta di seconda accoglienza per minorenni migranti soli nel suolo italiano⁷⁸, in un'ottica di corresponsabilità istituzionale nazionale», per far sì che questo compito non venga riservato solo alle regioni di approdo. Il progetto è realizzato da UNICEF e CNCA come parte della fase di sperimentazione della *Child Guarantee* in Italia e nell'ambito del programma di attuazione della legge 47/2017 e delle Linee di indirizzo per l'affidamento familiare⁷⁹. La sperimentazione è stata avviata nel

⁷⁵ Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza: si tratta di una federazione nata agli inizi degli anni Ottanta che si fonda su di un approccio laico e pluralista, e che persegue come principale finalità «quella di elaborare le posizioni che le organizzazioni aderenti esprimono in sede di dibattito nazionale e locale, sia sugli indirizzi politici, economici e sociali delle istituzioni e degli altri soggetti della comunità, sia sugli aspetti tecnici relativi alle politiche sociali e ai diversi settori di intervento», [Il CNCA - CNCA](#) (Consultato in data 16/07/2023)

⁷⁶ [Obiettivi e attività - OHANA \(progetto-ohana.com\)](#) (Consultato in data 31/07/2023)

⁷⁷ <https://progetto-ohana.com/le-reti-di-famiglie/> (Consultato in data 17/07/2023)

⁷⁸ Anche in questo caso si tratta di MSNA ospiti nelle strutture del sistema di accoglienza.

⁷⁹ [Terrefirme - CNCA](#)

2017 in tre regioni (Sicilia, Veneto e Lombardia, per poi coinvolgere Piemonte e Puglia) e terminerà a dicembre 2023. Ad oggi, sono 55 gli affidi totali realizzati, di cui 6 sono conclusi. Altra realtà che è stata contattata è quella dei CASF (Centro per l’Affido e la Solidarietà Familiare), che sono servizi ad alta integrazione sociosanitaria a sostegno di una politica sociale per la famiglia, volti a promuovere forme di solidarietà nell’ambito della comunità; fra queste, vi è l’affido familiare che si compone delle seguenti fasi di: promozione dell’affido familiare; conoscenza, formazione e sostegno alle famiglie affidatarie; affidi intrafamiliari ed eterofamiliari.

Infine, allontanandoci di poco dall’affido familiare vero e proprio, ma restando aderenti alla dimensione della cura presente nei percorsi di accoglienza dei MSNA, la “Rete delle Famiglie Accoglienti di MSNA e neomaggiorenni di Venezia” merita un focus. Si tratta di una rete di persone – coppie, famiglie con figli, persone che vivono da sole – che hanno dato disponibilità al Comune di Venezia ad accogliere o svolgere un servizio di appoggio per ragazzi e ragazze che si trovano nella città di Venezia. Qualcuno mette a disposizione delle ore del proprio tempo per accompagnare i ragazzi al cinema, ad esempio, qualcun altro offre la propria stanza per qualche giorno, qualcun altro aiuta i ragazzi nella ricerca di tirocini e stage, oppure nel caso di una delle persone intervistate, lei ha accolto e seguito per dieci giorni un ragazzo che in seguito al decimo giorno sarebbe diventato maggiorenne.

Ricapitolando, le risorse alle quali si è fatto riferimento, in una prima fase della ricerca, nella definizione dell’unità di raccolta, sono state “Ohana” e “Terreferme”, oltre ai CASF della Regione Veneto e ad altri enti e progettualità presenti nel territorio in questione e non solo. In questa prima fase, minimo comune denominatore nella scelta delle progettualità da contattare, risiedeva nel fatto che si trattasse di progetti di promozione dell’affido familiare e formazione degli affidatari, attivi sia nel territorio veneto che in altre regioni⁸⁰. I contatti sono stati presi telefonicamente, tramite e-mail e, nel caso del CASF di Padova, di persona.

La richiesta che è stata portata nella fase preliminare al contatto con gli intervistati e nella presentazione della ricerca, previa descrizione delle generalità della tesi di laurea, è stata quella di intervistare persone che hanno e/o hanno avuto in affido MSNA, senza specificare la tipologia di affido in funzione della cultura.

⁸⁰ Infatti, tra le progettualità e le realtà contattate rientrano anche le seguenti: “Embracin” (<https://embracin.eu/>); “Progetto Vesta” (<https://progettovesta.com/>); “Never Alone” (<https://minoristranieri-neveralone.it/news/never-alone-e-con-i-bambini-insieme-per-un-domani-possibile/>); Anfaa (<http://www.anfaa.it/#>).

In una seconda fase della ricerca si è deciso di restringere il campo alla sola regione Veneto e, in seguito a un riscontro non soddisfacente, si è fatto riferimento a un contatto personale. Infatti, a fronte di una personale esperienza di tirocinio *pre-lauream* presso la Cooperativa Equality di Padova⁸¹, è stato possibile usufruire del contatto messo a disposizione da un'operatrice della Cooperativa stessa. Il contatto in questione è stato quello della Educatrice Roberta Zanovello, Assistente Sociale del Comune di Venezia, che fa parte del Servizio Infanzia e Adolescenza e si occupa di Minori Stranieri Non Residenti, la quale si è resa fin da subito disponibile e interessata al lavoro che le è stato presentato, e ha fornito i contatti di due nuclei di persone affidatarie interessate a partecipare all'intervista, oltre al contatto di un'assistente sociale presso il Centro per l'Affido del Comune di ***, la quale attualmente fa parte della "Rete delle Famiglie Accoglienti di MSNA e neomaggiorenni di Venezia". Per quanto riguarda gli altri nuclei: in un caso è stato il CASF di Padova Ovest ad indicare una coppia di persone affidatarie disponibili a prendere parte all'intervista; in un altro caso è stata la conoscenza personale di una impiegata al Comune di Pieve di Soligo che ha fornito il contatto di una persona con una esperienza di affido, disposta a partecipare all'intervista.

Nonostante dalle telefonate ai diversi CASF e dalle e-mail inviate alle varie progettualità, quella dell'affido omo-culturale sembra essere la tipologia di affido più diffusa, la tipologia di affido in cui rientrano i racconti delle persone intervistate è quella etero-culturale e residenziale/a tempo pieno.

3.1.1 Metodologia e approcci

La ricerca è stata svolta attraverso l'utilizzo di una metodologia qualitativa che ha previsto la realizzazione di interviste discorsive guidate (Cardano & Ortalda 2017), ovvero seguendo una traccia che suggerisce i temi da trattare, mentre l'ordine e la formulazione delle domande aperte – ed eventualmente l'inserzione di altre domande – viene scelta di volta in volta dalla persona che intervista in virtù di valutazioni contingenti. Si tratta di una modalità che coglie il suggerimento di La Mendola (2009) in merito al «non mostrare attaccamento al proprio punto

⁸¹ Di cui si è accennato precedentemente.

di vista, impedendo l'accoglimento della narrazione dell'altro», seguendo, perciò, anche quelle parti di narrazione non previste dalle domande.

La pista che è stata seguita nella strutturazione dell'intervista è quella delineata da Salvatore La Mendola (2009), le domande contenute nella traccia di intervista si orientano verso una tipologia narrativo-descrittiva e aneddotico-situazionale, con una bassa spinta alla valutatività, ovvero con una bassa spinta alla formulazione di giudizi e valutazioni personali. Ciò di cui tener conto nel formulare una tale tipologia di domande è la scelta di termini che riducano il più possibile i condizionamenti posti al modo di raccontarsi del narra-attore: si tratta, infatti, di domande-cornice che suggeriscono i contorni entro i quali lasciar muovere la narrazione (La Mendola 2009, p.93).

Nell'approcciarsi ai racconti, si prende spunto dalla prospettiva etnosociologica veicolata dall'approccio di Bertaux all'indagine biografica (1999). In virtù di ciò, dato che si sta andando a studiare un frammento di realtà storico-sociale di cui a priori non si sa molto, dove il racconto è orientato alla descrizione di personali esperienze vissute, è più adeguato utilizzare il termine "racconti di pratiche" per riferirsi ai racconti costruiti dagli "informatori" (Bertaux 1999, pp.64-68).

3.2 L'intervista: i temi trattati

In una fase preliminare alla conduzione delle interviste, i nuclei di affidatari sono stati contattati tramite e-mail, messaggio e/o chiamata telefonica, con l'intento di fornire loro una breve descrizione del lavoro di tesi, indicare le tempistiche richieste dall'intervista e concordare un appuntamento per l'incontro.

Le interviste sono state condotte tenendo conto delle disponibilità ed esigenze delle persone con le quali è avvenuto il dialogo⁸².

In sede di intervista, prima di procedere, ci si è assicurati del consenso in merito alla audio-registrazione e la successiva trascrizione di quanto sarebbe stato raccontato.

⁸² Tali modalità consistono in interviste di persona, tramite videochiamata e tramite chiamata telefonica.

Nella formulazione delle domande, si è evitato il ricorso all'uso del "perché?" in quanto avrebbe potuto «[...] essere inteso come una richiesta di giustificare le proprie scelte, invece che un invito a manifestare le buone ragioni di una certa linea d'azione» (La Mendola 2009, p.159).

In virtù di ciò, l'intervista si apre con tre domande strettamente connesse tra di loro, formulate con l'intento di consentire alla persona di raccontare della prima volta che ha sentito parlare di affido familiare e di come si è preparata per intraprendere l'esperienza. Questa prima parte si configura come utile a conoscere i dettagli relativi all'esperienza di neofita nell'ambito dell'affido. In alcuni casi, non è stato necessario formulare tutte e tre le domande, in quanto queste sono state anticipate dalle persone intervistate.

Si procede poi con una domanda che ricorre all'espedito del farsi raccontare un aneddoto (La Mendola 2009) per dare avvio al racconto dell'esperienza vissuta. Difatti, quella che poi segue è una domanda che chiede di raccontare una situazione connotata da una certa implicita valutazione in merito alle interazioni che si sono generate nella relazione con il minore, con un focus su – riportando quanto presente nella domanda – “una situazione in cui tutto filava liscio e ti/vi sentivi/sentivate a tuo/vostro agio, e una in cui eri/eravate incert* e non sapevi/sapevate che fare”. Nella formulazione della domanda, l'anticipazione è stata quella di potersi far raccontare il processo attraverso il quale si è giunti alla gestione di alcuni momenti interattivi nella relazione con il minore.

Successivamente, attraverso due domande è stato proposto un focus sulla rete di cura del minore, sia in relazione alla famiglia di origine che in relazione a tutti quei soggetti che – come si è visto nel capitolo primo – sono coinvolti nel percorso di affido familiare del minore.

In una sola domanda si è reso più esplicito il riferimento alla questione della “cura”, ricorrendo nuovamente all'espedito dell'aneddoto e chiedendo di farsi raccontare degli episodi⁸³ in cui ci si è presi cura del minore. In questo caso si è fatto sì che la persona intervistata avesse la possibilità di focalizzarsi tanto su aspetti più legati alla cura “fisica”, quanto ad aspetti legati a una dimensione più relazionale. Per fare un esempio, nei racconti si è osservato sia il riferimento a episodi come la gestione di una febbre, che a episodi come la gestione delle attività da svolgere insieme.

In una seconda parte dell'intervista la richiesta è stata di condividere un resoconto dell'esperienza di affido vissuta⁸⁴, come se la si stesse descrivendo a qualcuno che non ne ha

⁸³ Non è stato posto un limite al numero di episodi.

⁸⁴ Sia che si tratti di una esperienza appena iniziata, che di una terminata.

mai sentito parlare. Sulla stessa scia del resoconto si inseriscono anche altre domande che rispettivamente intercettano i seguenti aspetti dell'affido: la temporaneità; il confronto tra le diverse esperienze⁸⁵ vissute in prima persona; le aspettative rispetto a cosa sarebbe successo in seguito all'affido confrontate con gli esiti effettivi⁸⁶.

Vi è poi una domanda di rito che ha l'intenzione di fornire al "narra-attore" una ulteriore occasione di raccontare quegli aspetti che potrebbero essere emersi solo in ultima istanza.

Infine, una domanda conclusiva ha a che fare con lo *snowball effect* (Cardano 2011), ovvero un metodo di campionamento utilizzato nella ricerca qualitativa per aumentare le probabilità di successo nella fase di contatto con le persone da intervistare. Tale metodo consiste nel chiedere a ciascuna persona contattata se conosce altre persone disposte a partecipare all'intervista, cosicché a ogni contatto l'elenco dei potenziali intervistati aumenta.

Attraverso questa domanda conclusiva, perciò, si chiede a chi è stato intervistato se conosce altre persone che hanno intrapreso un percorso di affido familiare di MSNA e, in caso di risposta affermativa, se eventualmente può metterci in contatto con queste ultime.

Le domande dell'intervista vengono riportate di seguito:

- 1) *Per cominciare, mi racconteresti/e della prima volta che hai/avete sentito parlare di affido?*
- 2) *Come sei/siete arrivati* all'affido familiare, e come è nata la scelta di accogliere un minore in affido?*
- 3) *Mi racconteresti/e come ti/vi sei/siete preparati* per l'affido?*
- 4) *Immagina/te di descrivere la scena della prima volta che hai/avete conosciuto X (nome minore): arrivo; saluti; come era vestito; come si presentava: mi racconteresti/raccontereste un aneddoto che colleghi/collegate al primo periodo di esperienza di affido?*
- 5) *Ti/vi va di raccontarmi una situazione in cui tutto filava liscio e ti/vi sentivi/sentivate a tuo/vostro agio, e una in cui eri/eravate incerti* e non sapevi/sapevate che fare?*
- 6) *C'è stato un contatto con la famiglia di origine del minore? Se sì, me lo racconteresti/e?*
- 7) *Come descriveresti/e il supporto che hai/avete ricevuto dai Servizi Sociali e da tutta la rete persone e professionisti coinvolti/e nell'affido familiare?*

⁸⁵ Nell'eventualità in cui qualcuno avesse vissuto più di una esperienza di affido familiare di un MSNA, tale per cui avrebbe avuto senso indagare l'eventuale i cambiamenti nella gestione dell'interazione con il minore.

⁸⁶ Nel caso di una esperienza di affido terminata.

- 8) *Immagina/te di dover descrivere l'esperienza di affido a chi non ne ha mai sentito parlare, cosa diresti/e?*
- 9) *Ti/vi andrebbe di raccontarmi uno/due/tre episodi(o) in cui ti/vi sei/siete preso/i cura del minore? Quali attività, comportamenti, gesti?*
- 10) *Immagina/te di intraprendere una nuova esperienza di affido familiare di un MSNA, tenendo presente la prima esperienza, come ti/vi vedresti/e nell'interazione con il minore? O, se hai/avete intrapreso più di una esperienza di affido, provando a confrontare le diverse esperienze, cosa diresti/e?⁸⁷*
- 11) *Come vivi/vivete la temporaneità dell'affido?*
- 12) *Cosa immaginavi/immaginavate sarebbe successo dopo il termine dell'affido del primo minore⁸⁸? Cosa è successo? Quali percorsi hanno intrapreso le persone che hai/avete ospitato?*
- 13) *Prima di concludere, vuoi/volete aggiungere qualcos'altro?*
- 14) *Conosci/conoscete qualcun altro che ha intrapreso l'esperienza di affido di MSNA? Se sì, potresti/e mettermi in contatto con questa/e persone?*

3.2.1 I partecipanti

Come si è accennato precedentemente, si è scelto di intervistare le persone che si sono rese disponibili ad ospitare e prendersi cura temporaneamente di MSNA nell'ambito della regione Veneto.

Si tratta di cinque nuclei di affidatari risiedenti nella regione Veneto che, in seguito a percorsi di formazione e incontri con vari professionisti e il minore che avrebbero ospitato, hanno intrapreso l'esperienza di affido familiare⁸⁹.

Un primo incontro è stato quello con Andrea e Laura, una coppia sposata che ha in affido Anbeta, una ragazza che ha 17 anni e viene dall'Albania, e che precedentemente aveva vissuto un periodo di un anno in una comunità educativa per minori. Andrea e Laura hanno raccontato di aver iniziato a parlare di affido da quando si sono conosciuti, per poi decidere di intraprendere

⁸⁷ Domanda da fare nel caso in cui la persona ha già portato a termine una delle esperienze di affido.

⁸⁸ Nel caso della persona che ha più di una esperienza di affido.

⁸⁹ I nomi che seguiranno sono nomi di fantasia.

il percorso attraverso il CASF di Mestre a cavallo tra l'anno 2022 e l'anno 2023. Al momento dell'intervista⁹⁰ erano passati un paio di mesi dall'inizio dell'affido.

Un altro incontro è stato quello con Gaia, che ha in affido Dennis, un ragazzo che ha 16 anni e viene dall'Albania, e che prima dell'affido – così come Anbeta – era stato in una comunità per minori non accompagnati. Gaia ha riportato di aver iniziato a sentir parlare di affido circa trentacinque anni fa, per poi decidere di iniziare a intraprendere personalmente il percorso, anche lei attraverso il CASF di Mestre, durante il periodo dell'invasione russa dell'Ucraina. Al momento dell'intervista⁹¹ erano passati sette mesi dall'inizio dell'affido.

Altra esperienza di affido è stata quella raccontata da Valeria, che ha avuto in affido per nove mesi Debora, una ragazza che viene dall'Albania e che al momento dell'affido aveva 17 anni. Si tratta di un caso diverso in quanto Valeria è entrata in contatto con la realtà dell'affido familiare di MSNA nel ruolo di assistente sociale presso il Centro per l'Affido del Comune di Venezia, per poi in un secondo momento seguire Debora in veste di affidataria.

L'esperienza di affido di Fiorella e della sua numerosa famiglia, invece, è stata condotta in modo autonomo rispetto alle diverse progettualità presenti nella regione Veneto. Si tratta di un affido che ha avuto luogo nel 2022 durante il periodo dell'invasione russa dell'Ucraina, durante il quale Fiorella era in contatto con una persona in Ucraina che le ha chiesto di ospitare contemporaneamente 7 minori provenienti da diverse città in Ucraina, fin quando non ci sarebbero state le condizioni per farli tornare senza mettere a rischio la loro vita. Di questi sette minori, al momento dell'affido due avevano 13 anni, tre avevano 16 anni e gli altri due avevano 17 anni. L'affido è iniziato a marzo del 2022, e per i più piccoli del gruppo si è concluso ad agosto dello stesso anno, mentre i ragazzi più grandi sono ritornati in Ucraina a febbraio del 2023. Nonostante i 7 minori siano arrivati in Italia grazie a una persona conosciuta dalle famiglie, che si è offerta di accompagnarli, una volta arrivati non avrebbero avuto alcuna rete di riferimento e/o legami di parentela con persone risiedenti in Italia, e il rischio sarebbe stato quello di venire abbandonati a loro stessi. In virtù di ciò, è stato necessario procedere con l'affido a Fiorella e alla sua famiglia.

Quella formata da Nadia e Iacopo, infine, è l'ultima coppia che è stata incontrata. Hanno raccontato di essere stati sollecitati a intraprendere il percorso per l'affido dal dialogo con alcuni amici. Il riferimento, nel caso di Nadia e Iacopo è stato al CASF di Selvazzano (PD), tramite il

⁹⁰ L'intervista è stata effettuata a metà maggio c.a.

⁹¹ L'intervista è stata effettuata a fine maggio c.a.

quale hanno portato avanti due esperienze di affido con Manuel, un ragazzo che viene dalla Romania e che al momento dell'affido aveva 17 anni, e con Denis un ragazzo che viene dall'Ucraina. Nel primo caso il ragazzo aveva vissuto per 6 anni in una comunità per minori, e la sua esperienza di affido è durata un anno e mezzo con un prosieguo dopo i 18 anni, nel secondo caso l'affido è durato un mese.

Nonostante il numero esiguo del campione, ciò che si osserva, in prima analisi, è la varietà delle esperienze di affido raccontate: si va da un affido che è stato intrapreso in modo autonomo rispetto alle progettualità presenti nel territorio, a un affido intrapreso da una persona ben inserita all'interno del contesto dei servizi sociali che, infatti, non ha necessitato della fase di formazione, a degli affidi che rientrano in quelle che più frequentemente vengono pensate come esperienze standard.

3.2.2 Criticità nella scelta del campione

Come si è osservato, il numero di nuclei affidatari ammonta a cinque, motivo per cui il presente paragrafo intende rendere brevemente conto dello scarso numero delle interviste.

In seguito all'individuazione di alcune realtà⁹² delle quali ci si è assicurati che intercettassero l'affido familiare di MSNA, da marzo 2023 ha avuto inizio la fase di contatto con tali realtà, tramite e-mail e chiamate telefoniche.

A fronte della richiesta di intervistare persone che hanno e/o hanno avuto in affido MSNA, tra gli elementi che hanno rallentato questa fase della ricerca si possono menzionare i seguenti: mancata risposta⁹³; intervallo di tempo molto ampio tra l'invio della richiesta e la risposta ricevuta⁹⁴; manifestazione di un iniziale interesse che è stato poi disatteso; impossibilità di soddisfare la richiesta in quanto in alcuni casi è stata riscontrata un'assenza di affidi attivati a favore di MSNA.

⁹² Tra le quali rientrano anche quelle sopra menzionate.

⁹³ Anche in seguito a una sollecitazione.

⁹⁴ Nonostante si trattasse, nella maggior parte dei casi, di una risposta "negativa", nella misura in cui la richiesta non poteva essere soddisfatta.

A fine maggio, perciò, non era ancora stata effettuata nessuna intervista, motivo per cui si è proceduto nelle modalità descritte precedentemente, ovvero si è fatto riferimento a contatti personali.

3.3 Analisi delle interviste: il metodo seguito

Le interviste sono state supportate da uno strumento di audio-registrazione, per poi essere trascritte integralmente e numerando i turni di interlocuzione (Cardano & Ortalda 2017).

In seguito alla raccolta dei dati, è stata realizzata un'analisi tenendo conto di un approccio carta e penna, focalizzato sull'individuazione di categorie.

Nell'analisi delle interviste si è tenuta come bussola l'intenzione di fornire una descrizione dei modi in cui viene negoziata un'etica della cura nei racconti delle persone intervistate (Barnes 2012, p.37) e, allo stesso tempo, ci si è lasciati anche guidare da quanto è emerso dalle narrazioni, seguendo un approccio *bottom-up* in base al quale nell'analisi qualitativa dei dati si parte dalla documentazione empirica che si è raccolta.

Dopo aver trascritto integralmente le audio-registrazioni delle interviste, il materiale è stato riletto per familiarizzare con esso e per ripercorrere quanto raccontato dalle persone affidatarie. Successivamente, ogni trascrizione di intervista è stata segmentata facendo ricorso a “marcatori lontani dall'esperienza dei partecipanti” (Cardano 2011, p.248), nello specifico, durante una rilettura dei racconti, sono emersi dei frammenti narrativi che è stato possibile ricondurre a delle macrocategorie che segmentassero alcune parti del racconto integrale di ognuno dei partecipanti in specifici “luoghi”⁹⁵ narrativi (Cardano 2011).

Tra i diversi “luoghi” narrativi sono stati scelti quelli da utilizzare per condurre l'analisi; si tratta di un passaggio che «conduce all'identificazione di specifici luoghi analitici⁹⁶ oggetto di qualificazione» (*ivi*, p.265).

Le macrocategorie individuate sono le seguenti:

- Primo contatto con l'affido
- Esperienza di affido

⁹⁵ L'impiego del termine “luoghi” narrativi per riferirsi ai frammenti narrativi è stato preso in prestito da Cardano (2011) quando parla di “luoghi analitici”.

⁹⁶ I “luoghi” narrativi che diventano “analitici”, nella misura in cui diventano oggetto di analisi.

- Architettura di rete
- Pratiche di cura
- Metanalisi dell'esperienza di affido.

Lo strumento utilizzato per raccogliere i “luoghi” narrativi è una tabella come quella riportata in *Figura 1*, a partire dalla quale sono, poi, stati contrassegnati con diversi colori i luoghi analitici, ricorrendo all'espedito di utilizzare lo stesso colore per contenuti afferenti allo stesso ambito di esperienza. Per maggior chiarezza, verrà riportato un esempio:

Esperienza di affido	Andrea e Laura	<p>- abbiamo condiviso assieme appunto con mia moglie e lei di provare a iscriverla a una scuola di formazione professionale triennale da settembre con indirizzo graphic-designer [...] abbiamo valutato assieme che potrebbe essere l'ideale per lei proprio fare una scuola dove avrà, abbia la possibilità di disegnare seppur appunto con strumenti informatici, eee, per esprimere appunto il suo talento e quindi comunque trarre soddisfazione anche da un potenziale futuro lavoro in questo ambito</p> <p>- noi siamo stati molto attenti all'aspetto interculturale perché diciamo che è uno di quelli che potrebbero creare dei delle difficoltà relazionali con il minore in affido, in quanto non bisogna mai dare per scontato che mmm diciamo la formazione culturale che ha questa persona può essere completamente diversa e lontana da, dagli standard diciamo indigeni tradizionali, no? [...] Poi spesso soprattutto nelle prime settimane bisogna come dire essere molto aperti al dialogo e avere, nel senso, ... si porre molta attenzione al comportamento, alle parole, alle espressioni del minore</p> <p>- Mentre situazioni, come dire gioiose, ce ne sono quotidianamente nel senso moltissime [...] diciamo che in ogni occasione che c'è stata e ci sarà di uscire assieme, anche per una normale bicicletta piuttosto che visita a qualche località nei dintorni, lei è sempre entusiasta perché ama uscire, ama, ama proprio essere attiva diciamo</p> <p>- ci siamo dati una mano per aiutare Anbeta ad avere le cose più banali, come un riferimento, un iban una banca un conto corrente, eeee adesso ci stiamo adoperando per la residenza, poi tutti quei servizi classici come il dentista di riferimento</p> <p>- l'unica cosa che lei fin dall'inizio chiedeva era quella di poter studiare [...] però noi abbiamo sempre modo di confrontarci, ogni sera soprattutto quando siamo a tavola abbiamo la nostra ora e mezza riservata al parlare al confrontarci, o per esempio fin dall'inizio a lei piace molto la musica [...] lei ama molto la musica quindi noi sia io che mio marito con lei abbiamo fatto, facciamo un gioco sostanzialmente, no? scegliamo un brano a testa e lo ascoltiamo in casa tutti e tre insieme [...] ormai è diventata una cosa di famiglia [...] Diciamo che [pensa] noi adesso siamo la sua famiglia</p>
----------------------	----------------	---

Figura 1

Nella prima colonna si trova il macro-argomento, segue il nucleo di affidatari, e in terza colonna sono presenti i frammenti narrativi⁹⁷ delle interviste con i contenuti colorati⁹⁸. Per fornire una idea di come è stato realizzato il confronto fra i diversi racconti, si riporta l'“Esperienza di affido” raccontata da un altro nucleo di affidatari:

⁹⁷ O “luoghi” narrativi.

⁹⁸ Ovvero i luoghi analitici (Cardano 2011).

Esperienza di affido	Fiorella	<p>- loro sono arrivati di sera molto tardi era quasi mezzanotte [...] io ero molto impaurita [...] questi sette ragazzi che sono arrivati e che erano molto più impauriti di me [...] chiaramente per quelle settimane sono diventati completamente parte della famiglia, no? [...] dovevamo andare in vacanza, cioè per dire li abbiamo portati a Gardaland, li abbiamo portati al mare, li abbiamo portati in montagna [...] Facevano parte della nostra famiglia [...] loro erano arrivati la sera tardi, poi li ho lasciati dormire. La mattina dopo c'era, chiaramente, da iniziare a sbrigare tutte le pratiche più burocratiche, no? e tra le cose che c'erano da fare, c'era da andare a fare il tampone per il covid [...] io mi ricordo la prima volta che sono arrivati era un martedì sera, e la domenica mi sembra abbiamo detto: «prendiamo la pizza!» e loro avevano chiesto la pizza con l'ananas. Io gli ho detto: «ragazzi, se vado in una pizzeria italiana e chiedo una pizza con l'ananas mi chiudono la pizzeria, cioè» [...] «vi faccio mangiare io la pizza» [...] conoscenza nelle prime settimane</p> <p>- momenti in cui uno dice loro facevano qualcosa di sbagliato, e quindi noi eravamo in una posizione da dovergli tra virgolette rimproverare, così, non ci sono mai state [...] era una domenica e, a un certo punto, ho visto che quasi contemporaneamente tutti hanno preso in mano i telefoni e un paio di ragazzi hanno iniziato a piangere perché era stato fatto un bombardamento molto vicino alle loro case [...] quelli erano i momenti più difficili, per noi [...] stargli vicino, di provarli a distrarre in qualche modo, non sapevamo cosa fare perché chiaramente non vedevano le loro famiglie, i loro amici, i loro affetti più cari</p> <p>- Eee un momento felice tra virgolette, bah, potrei dirne citarne, secondo me, un centinaio [...] si facevano gran canti, si cantava, si ballava, mmm si andava al mare insieme</p> <p>- è stato proprio un prendersi cura a livello pratico fatto di, c'era per dire una ragazza che soffriva, una delle bimbe soffriva di dermatite e di [...] quella malattia [...] che si riempie il corpo di macchie bianche [...] lei, ad un certo punto, aveva finito i medicinali, eee chiaramente era impossibile farli arrivare dall'Ucraina, era impensabile andare in una farmacia e farseli dare, quindi, ho dovuto chiamare il mio dermatologo e ho fissato un appuntamento</p> <p>- mi ricordo la notte prima che partissero abbiamo dormito tutti insieme e le bimbe soprattutto, che poi erano quelle che chiaramente erano più legate, cioè abbiamo pianto, ci siamo fatte prima i capelli, truccate, passato la notte insieme, cantato, ballato</p>
----------------------	----------	---

Figura 2

Nel caso delle due tabelle qui mostrate: il colore rosso indica le parti del racconto in cui il riferimento è a esperienze vissute insieme; il colore verde contrassegna gli episodi in cui le persone hanno raccontato di essersi presi cura del minore; il colore blu è stato utilizzato per rendere conto della ricorrenza a raccontare – da parte di alcuni dei partecipanti – di aver vissuto molti momenti gioiosi.

Il passaggio successivo è consistito nel mettere a tema quanto emerso dalle tabelle.

La macrocategoria “pratiche di cura” richiede un discorso a parte. In questo caso, l’intenzione iniziale è stata quella di procedere con un tipo di analisi integrata, partendo sia dai racconti stessi – con un approccio *bottom-up* –, sia guidati da un *template*⁹⁹ pertinente alla domanda che ci si è posti durante la stesura del lavoro.

In un primo momento dell’analisi con approccio *bottom-up*, si è adottato lo stesso procedimento utilizzato per gli altri nuclei tematici, ovvero, sono stati isolati all’interno di una tabella tutti i frammenti dei racconti relativi ad attività che riguardano la cura nei confronti del minore.

Tuttavia, a fronte di una definizione della “cura” che si focalizza su un aspetto processuale¹⁰⁰, la valutazione che si è fatta è stata quella di procedere – solo nel caso del corrente nucleo tematico – con una metodologia di *template analysis* (Cardano 2011, p.266).

Si tratta di una metodologia di analisi che consente di generare delle categorie analitiche a partire sia dalle domande da cui muove la ricerca, che «da quanto sedimentato nella produzione teorica e metodologica» disponibile (*ivi*, p.267). L’insieme delle categorie analitiche generate costituisce la griglia analitica (*template*) di riferimento, a partire dalla quale condurre l’analisi

⁹⁹ Ovvero da una griglia analitica (Cardano 2011, p.267)

¹⁰⁰ La definizione verrà fornita nel capitolo 4.

del materiale raccolto. In alcuni casi l'analisi confermerà le aspettative teoriche, in altri casi le categorie analitiche necessiteranno di essere modellate e ridefinite in virtù di quanto emerso, in altri casi – nel caso in cui la ridefinizione dovesse essere insufficiente – sarà opportuno formulare nuove categorie. In ragione di ciò, la *template analysis* si configura come una tipologia di analisi del testo «guidata, ma non confinata dai codici preliminari¹⁰¹» (*ivi*, p.268).

3.4 Restituzione ai partecipanti

Al termine dell'intervista, in sede di contatto diretto con le persone intervistate, ho espresso a ognuna di loro l'intenzione di condividere con loro quanto sarebbe emerso dall'analisi dei racconti che hanno deciso di condividere.

In virtù di ciò, una volta terminata la fase di analisi, ho contattato Andrea e Laura, Gaia, Valeria, Fiorella, Nadia e Iacopo riportando quanto segue: “Ti/vi/le scrivo perché ho ultimato il lavoro di analisi delle interviste, e mi farebbe piacere l'idea di restituirvi/le quanto hai/avete/ha condiviso e farti dare una lettura, ed eventualmente farmi sapere se ci son cose che non vuoi vengano riportate, oppure se ci sono considerazioni”, specificando poi a quale nome di fantasia sono stati associati e chiedendo la cortesia di scrivermi l'email alla quale avrei potuto inviare il file contenente l'analisi di quanto raccontato. Non appena ricevute le rispettive risposte, ho provveduto a inviare quanto prodotto tramite e-mail.

In alcuni casi il riscontro è consistito in un apprezzamento per il lavoro svolto, in altri casi è stato fatto presente il piacere provato nell'aver contribuito al lavoro che sto svolgendo, in altri casi è stata colta la sollecitazione a fornire considerazioni e ad apportare delle correzioni in merito ad alcuni aspetti dell'analisi inerenti informazioni personali.

¹⁰¹ Ovvero dalle categorie analitiche di partenza.

CAPITOLO 4

4.1 Analisi delle interviste

Nei seguenti paragrafi si analizzeranno le interviste, interpretando quanto raccontato dalle persone affidatarie facendo riferimento a cinque nuclei tematici – primo contatto con l’affido, esperienza di affido, architettura di rete, pratiche di cura, metanalisi dell’esperienza di affido – . Ognuno di questi macro-argomenti¹⁰² raccoglie al suo interno specifici “luoghi analitici”, ovvero specifici frammenti di racconto che saranno analizzati.

Il “Primo contatto con l’affido” si riferisce a parti dell’intervista che fanno riferimento al processo attraverso cui si è giunti all’affido.

“ne abbiamo parlato quando ci siamo conosciuti [...] entrambi abbiamo fatto sempre molto volontariato e continuiamo a farlo [...] poi abbiamo appunto così eee parlato di affido di adozione” (Andrea e Laura)

“quando comunque poi abbiamo deciso di intraprendere il percorso per ottenere persone in affido [...] abbiamo fatto diciamo il normale iter che prevede appunto una formazione [...] completato questo iter siamo stati inseriti ecco nella lista di attesa” (Andrea e Laura)

L’“Esperienza di affido” intercetta i momenti narrativi¹⁰³ in cui vi è un esplicito riferimento a interazioni, attività svolte insieme, routine, feste, inserimento scolastico e lavorativo, momenti di tensione e momenti gioiosi, che hanno avuto luogo durante l’esperienza stessa.

“Lui le prime volte che andava in doccia stava tre quarti d’ora sotto la doccia con l’acqua, dicevo: «mammamia che bolletta mi arriverà» [...] e poi dico io vorrei che tu capissi che è tutta acqua sprecata [...] ma allora non è tanto un discorso economico che io faccio, io vorrei che lui condividesse anche alcuni principi” (Gaia)

¹⁰² Il termine “macro-argomento” verrà utilizzato in modo interscambiabile con il termine “nucleo tematico”.

¹⁰³ Il termine “momento narrativo” viene utilizzato come sinonimo di “frammento di racconto”.

“L’idea è che appena possibile si farà una vacanza insieme perché ci vuole [...] la sua idea è questa di accumulare un bel po’ di soldi per aprire un resort in Albania dove io andrò a fare le vacanze” (Gaia)

L’“Architettura di rete” raccoglie quelle parti della narrazione in cui le persone affidatarie raccontano le interazioni con la famiglia di origine del minore – non sempre presenti – e con tutti gli attori con i quali condividono la responsabilità nei confronti del MSNA.

“il parere l’opinione è positiva [...] mi rendo conto che sono situazioni difficili, però conto anche che bisogna essere attenti, ed essere veri noi come coppia di affidatari [...] altrimenti c’è sempre il rischio che mmm ci sia un passaggio e dopo chi si è visto si è visto [...] noi abbiamo avuto contatti con persone brave, eee anche presenti devo dire [...] bisogna essere presenti” (Nadia e Iacopo)

Le “Pratiche di cura” consistono in gesti/attività/momenti/circostanze dalla descrizione delle quali emerge il prendersi cura del minore. In questo caso si può obiettare che i frammenti narrativi presi in considerazione siano quelli riferiti alla domanda esplicitamente formulata sulla questione della “cura”, tuttavia, episodi di cura sono emersi anche in situazioni in cui la questione non è stata apertamente sollecitata.

“Mi ricordo che siamo andati a Venezia quasi subito, li abbiam portati a Venezia, li abbiam portati a Gardaland. Siamo andati tre quattro volta al mare, mi ricordo che avevamo preso il pedalò, insomma tutto quello che potevamo fare” (Fiorella)

“Noi non sapevamo nulla tant’è che ti dirò di più, noi avevamo detto subito che li avremmo accompagnati a casa noi quando sarebbe finita la guerra [...] mmm quindi ti dirò proprio a livello pratico, io avevo il passaporto [...] i miei genitori sono corsi a farselo” (Fiorella)

“Metanalisi dell’esperienza di affido” è un modo per intendere i momenti narrativi in cui le persone intervistate hanno offerto valutazioni, considerazioni, suggerimenti in merito all’esperienza di affido e ad alcuni suoi aspetti.

“io l’ho vissuta anche come una forma di come dire di vicinanza tra le generazioni [...] dare una possibilità [...] poi la cura di una famiglia nella quotidianità: chi lava, chi stira, chi prepara il cibo, chi studia, puliamo casa, cioè così insomma dare una quotidianità [...] perché tu per loro diventi un punto di riferimento” (Valeria)

“L’accordo è quello [...] appunto la temporaneità, il fatto che finisca non vuol dire che finisce la relazione, ecco, soprattutto quando hai questi ragazzi che non sono dei bambini” (Valeria)

4.1 Primo contatto con l’affido ed Esperienza di affido¹⁰⁴

I molteplici cambiamenti che si verificano all’interno della comunità umana generano sia la possibilità di dare luogo a momenti di frammentazione e contrasto, sia quella di porsi come occasioni in cui la comunità stessa concorre alla gestione condivisa degli aspetti critici in virtù di obiettivi comuni (Turchi & Vendramini 2021). A fronte dei cambiamenti che si possono generare a partire dai processi migratori di MSNA, l’affido si configura come una delle possibili modalità di gestione di un aspetto del fenomeno migratorio – ovvero l’aspetto dell’accoglienza – che persegue un obiettivo di coesione sociale¹⁰⁵ della comunità stessa, ed è reso possibile dall’assunzione da parte delle persone affidatarie e di tutta la rete di soggetti coinvolti nell’affido di MSNA di una responsabilità sociale condivisa¹⁰⁶.

Quanto detto trova riscontro nei racconti relativi al “primo contatto con l’affido”, come presupposto della scelta di intraprendere effettivamente il percorso. Nel caso di Andrea e Laura la decisione di intraprendere il percorso di affido si è sostanziata a partire dal riconoscimento della possibilità di fornire una “forma di aiuto¹⁰⁷” che nel loro caso consiste in un affido residenziale, ma può anche trattarsi di una tipologia di affido che richiede un investimento di tempo inferiore.

“perché l’affido è improntato come un’azione sociale volta a sì, portare una forma di aiuto a queste persone” (Andrea e Laura)

¹⁰⁴ Nell’ottica di mantenere una certa continuità narrativa nella trattazione del “primo contatto con l’affido” e dell’“esperienza di affido”, i due nuclei tematici sono stati integrati in un unico paragrafo.

¹⁰⁵ Definizione di “coesione sociale”: stato di un sistema sociale misurato dal grado in cui gli individui fanno corpo in vista di un’azione o di una reazione comune (<https://journals.openedition.org/qds/886#tocto1n1>)

¹⁰⁶ Definizione di “responsabilità sociale condivisa”: abilità degli individui e delle istituzioni di agire e di essere responsabili delle conseguenze delle proprie azioni, in un contesto di impegno reciproco definito attraverso il consenso, l’accordo sui diritti e lo sforzo comune per proteggere la dignità umana, l’ambiente e i beni comuni (Sez. 1, art. 1, c); “c” sta per *Charter for a Europe of shared social responsibility* (<https://journals.openedition.org/qds/573>)

¹⁰⁷ Espressione utilizzata da Andrea e Laura.

Emerge poi una seconda modalità di assunzione di responsabilità, a fronte della possibilità e della volontà di mettere a disposizione uno spazio all'interno della propria abitazione per poter ospitare il minore, dove anche la normativa ribadisce che «il MSNA in quanto minore non accompagnato [...] deve essere collocato in luogo sicuro ai sensi dell'art 403 del cc.» (Ministero dell'Interno 2021, p.4).

Infatti, in tutti e tre i frammenti riportati, la disponibilità di un “posto fisico” viene vista come una condizione preliminare alla decisione di intraprendere un percorso di affidamento familiare e ospitare in casa un minore di cui potersi prendere cura a partire dal riservargli uno spazio personale.

*“[...] nel senso che in realtà io mi ero offerta di ospitare una mamma con un bambino a casa mia [...] o anche un bambino da solo, preferibilmente, o due bambini, visto che il posto fisico, visto che mio marito adesso è a ***¹⁰⁸, avevo la possibilità di fare questa cosa” (Gaia)*

“[...] abbiamo pulito a fondo questo appartamento che avevamo, questa porzione di casa che avevamo e l'abbiamo riempita di cibo [...]” (Fiorella)

“cavolo, abbiamo una casa così accogliente, perché non possiamo farla apprezzare ad altre persone?” (Nadia e Iacopo)

La volontà di ospitare una persona nella propria abitazione intercetta tre delle caratteristiche di quella che *The Care Collective* (2021) ha delineato come “comunità curante”: difatti, la condivisione della casa si configura sia come un'azione di “mutuo soccorso¹⁰⁹”, sia nei termini di messa a disposizione di uno “spazio per prendersi cura”, sia nei termini di “condividere cose” (Collective 2021, pp. 58-63).

Per quanto riguarda l'“Esperienza di affidamento”, i momenti vissuti e le esperienze fatte insieme al minore rivestono un ruolo centrale nelle narrazioni fornite dai nuclei di affidatari, tanto che il termine “insieme” viene utilizzato spesso. L'organizzazione di gite, attività da fare in casa, momenti di raccoglimento, progetti futuri – come nel caso di Gaia – viene intesa come una occasione per aumentare le possibilità di interazione con il minore.

¹⁰⁸ I tre asterischi verranno utilizzati per questione di privacy

¹⁰⁹ “Mutuo soccorso” sta a indicare tutte le possibili pratiche di mutualismo, ovvero tutte le possibili azioni che una comunità mette in atto nel momento in cui i suoi membri si forniscono sostegno reciproco (Collective 2021, pp.58-59).

“abbiamo valutato assieme”; “uscire assieme”; “lei ama molto la musica quindi noi sia che mio marito con lei abbiamo fatto, facciamo un gioco sostanzialmente, no? scegliamo un brano a testa e lo ascoltiamo a casa tutti e tre insieme” (Andrea e Laura)

“l’idea è che appena possibile si farà una vacanza insieme perché ci vuole [...] la sua idea è questa di accumulare un bel po’ di soldi per aprire un resort in Albania dove io andrò a fare le vacanze” (Gaia)

“dovevamo andare in vac, cioè per dire li abbiamo portati a Gardaland, li abbiamo portati al mare, li abbiamo portati in montagna [...] la notte prima che partissero abbiamo dormito tutti insieme e le bimbe soprattutto, che poi erano quelle che chiaramente erano più legate, cioè abbiam pianto, ci siamo fatte prima i capelli, truccate, passato la notte insieme, cantato, ballato” (Fiorella)

“siam stati via in montagna assieme [...] gli abbiamo organizzato la festa¹¹⁰ [...] abbiamo ballato tutta la sera [...] abbiam fatto baldoria [...] c’era una bellissima atmosfera” (Nadia e Iacopo)

Se nel “primo contatto con l’affido” l’enfasi è stata posta su un elemento concreto quale quello legato alla disponibilità di un luogo in cui ospitare il minore e la volontà di volerlo ospitare, durante l’“esperienza di affido” ci si rende conto che la condivisione riguarda anche tutto ciò che ha luogo all’interno e all’esterno della casa e che si genera nella relazione di cura: esperienze, progetti, attività, divertimento. Difatti, dacché la condivisione della casa si delinea come un gesto di cura unidirezionale nei confronti del minore, quanto raccontato ci consente di osservare la circolarità della cura, nella misura in cui il minore non è l’unica persona a beneficiare della relazione di cura.

Altro elemento che emerge riguarda un interesse coerente a quanto ci si aspetta dalla seconda accoglienza, ovvero un interesse rispetto a quelli che possono essere gli step presenti all’interno del percorso del minore utili «[...] per raggiungere la propria indipendenza lavorativa, sociale e culturale, contemplando anche progetti in grado di farsi carico di particolari vulnerabilità» (*ibidem*¹¹¹).

¹¹⁰ Si riferiscono alla festa di compleanno.

¹¹¹ Ministero dell’Interno 2021, p.4

L'esperienza di Fiorella richiede una specifica, nella misura in cui, se nelle esperienze di affidamento a cui finora si è fatto riferimento, ci si assume la responsabilità di provvedere a tutto quanto necessario affinché il minore conosca il contesto sociale e si integri sul territorio, le famiglie dei minori ospitati da Fiorella e la sua famiglia hanno chiesto loro la possibilità di accudirli fin quando non ci sarebbero state le condizioni per farli tornare senza mettere a rischio la loro salute. In virtù di ciò, gli aspetti dell'affido ai quali è stata data priorità sono stati modellati sulla base delle finalità dell'affido e dei bisogni dei minori¹¹². Motivo per cui la priorità è stata data alla possibilità di far vivere ai sette minori momenti di svago e divertimento – come quelli riportati nel frammento sopra menzionato –, nonostante abbiano continuato a seguire le attività scolastiche da remoto.

Ritornando a quanto espresso dal Ministero dell'Interno, per quanto riguarda la possibilità di raggiungere la propria indipendenza lavorativa, sociale e culturale, è il caso di menzionare sia quanto raccontato da Andrea e Laura, che quanto raccontato da Nadia e Iacopo:

*“l'unica cosa che lei fin dall'inizio chiedeva era quella di poter studiare [...] abbiamo condiviso assieme appunto con mia moglie e lei di provare a iscriverla a una scuola di formazione professionale triennale da settembre con indirizzo *** [...] per esprimere appunto il suo talento e quindi comunque trarre soddisfazione anche da un potenziale futuro lavoro in questo ambito”* (Andrea e Laura)

*“il primo ragazzo che abbiamo avuto era semi analfabeta [...] quando l'abbiamo conosciuto era estate eee ci ha detto che lui non voleva più andare a scuola perché lo prendevano in giro [...] quindi gli abbiamo trovato subito un lavoro e ha fatto l'apprendista *** [...] è ancora il suo lavoro”* (Nadia e Iacopo)

A fronte di questi frammenti di racconto, un aspetto che affiora è quello relativo al prendere in considerazione quelli che sono gli interessi e le esigenze del minore nel momento in cui si prendono delle decisioni che lo riguardano. Quest'ultimo aspetto si configura come rilevante in quanto tiene conto di quella che, nelle fasi di un'"etica" che pone al centro la cura, viene identificata col termine "ricevere cura".

Accade spesso, infatti, che agli occhi di chi sta prestando la cura, la persona che si trova in una situazione di vulnerabilità – in virtù della sua condizione – non è nella posizione di poter

¹¹² Ovvero la possibilità di accudire i minori finché non sarebbero tornati dalle rispettive famiglie in Ucraina.

manifestare i propri bisogni che, perciò, vengono dati per scontato. Si viene, in tal modo a delineare, uno dei pericoli con cui si confrontano le persone vulnerabili nel momento in cui si sta prendendo cura di loro arriva a ritenere di poter definirne i bisogni. (Tronto 2006)

In virtù di ciò, è fondamentale, invece che – affinché la cura sia adeguata ed efficace – i bisogni del destinatario della cura vengano considerati come lui li esprime e che il destinatario della cura venga preso sul serio e non ‘delegittimato’ (*ibidem*).

Una modalità di prendere in considerazione il punto di vista dei destinatari della cura nel processo di definizione dei loro bisogni, è rappresentato dall’inclusione del progetto migratorio del minore nella progettazione dell’affido.

Di contro a quanto appena argomentato, alcune delle persone intervistate hanno raccontato di momenti invece in cui è stato necessario mettere in discussione il punto di vista del minore in affido per poter negoziare una modalità diversa di soddisfare un bisogno quale può essere il bisogno di farsi la doccia.

Ad esempio, Gaia ha raccontato che, in una prima fase dell’affido, ha avuto da dire in merito al consumo di acqua di Dennis quando faceva le docce, sia per quanto riguarda i costi, ma soprattutto per quanto riguarda una questione di condivisione di alcuni principi. Aspetto dal quale si coglie la volontà di trasmettere a Dennis dei valori che potrà utilizzare in altri momenti della sua vita.

“Lui le prime volte che andava in doccia stava tre quarti d’ora sotto la doccia con l’acqua, dicevo: «mammamia che bolletta mi arriverà» [...] e poi dico io vorrei che tu capissi che è tutta acqua sprecata [...] ma allora non è tanto un discorso economico che io faccio, io vorrei che lui condividesse anche alcuni principi [...] ho anche una funzione educativa nei tuoi confronti per cui i principi che per me sono importanti io te li devo trasmettere in qualche modo, almeno devo cercare di farlo” (Gaia)

Fiorella, invece, racconta di un episodio in cui, la gestione è stata molto difficile: in seguito ad aver ricevuto notizie negative tramite telefono rispetto a un bombardamento che aveva avuto luogo vicino alle loro case, i ragazzi hanno avuto un momento di sconforto e di pianto. Quanto riportato, inoltre, si configura come un’occasione per osservare come la vulnerabilità, all’interno di una relazione di cura, possa essere parte dell’esperienza di tutte le persone coinvolte al suo interno.

“quelli erano i momenti più difficili, per noi [...] stargli vicino, di provarli a distrarre in qualche modo, non sapevamo cosa fare perché chiaramente non vedevano le loro famiglie, i loro amici, i loro affetti più cari” (Fiorella)

4.2 Architettura di rete

La condizione di vulnerabilità e dipendenza che caratterizza i MSNA al loro arrivo in un territorio diverso da quello in cui sono cresciuti o da cui sono partiti, viene presa in carico da parte di altri membri della comunità competenti nella gestione dell'accoglienza dei minori: si tratta di specifiche figure professionali¹¹³ e non, che perseguono il “superiore interesse del fanciullo” (Save The Children 1959).

Nella misura in cui

le teorizzazioni sulla cura intesa come presente solo o primariamente nel contesto di relazioni diadiche asimmetriche ignorano la natura collettiva del dare e ricevere cura che si verifica all'interno di gruppi in cui la cura diventa centrale nelle relazioni quotidiane¹¹⁴ (Barnes 2012, p.104),

gli attori coinvolti all'interno del progetto di affido familiare di Minori Stranieri Non Accompagnati costituiscono una grande rete di supporto¹¹⁵. All'interno di tale rete, la possibilità per la cura è che venga a configurarsi come una pratica sociale che richiede sostegno istituzionale e assunzione di una responsabilità collettiva (Casalini 2015).

In tutti i racconti, seppur in modi diversi, è emersa l'importanza del sostegno percepito da parte di alcune delle figure che – professionalmente o meno – sono coinvolte nel progetto e nell'esperienza di affido.

¹¹³ Elencare le figure in altro capitolo in cui si parla dell'affido svincolato dall'etica della cura?

¹¹⁴ Traduzione mia di: «[t]heorisations of care as occurring only or primarily in the context of unequal dyadic relationships misses the collective nature of caregiving and receiving that can occur [...] in groups [...] in which care becomes a key part of everyday relationships»

¹¹⁵ Formata da: famiglia di origine del minore (non sempre); famiglia affidataria; Servizi Istituzionali (Servizio Tutela Minori, Servizio Affidi); Tutore Volontario; Operatori di Progetto; Tribunale per i Minorenni; (eventualmente) Gruppo delle Famiglie e Gruppo dei Ragazzi (dipende dalla progettualità del corso di formazione all'affido).

Nel caso di Andrea e Laura il supporto ricevuto ha riguardato tanto gli operatori del CASF, quanto la comunità presso la quale Anbeta aveva vissuto per un anno, con la quale viene ancora mantenuto il contatto:

*“abbiamo contattato il CASF [...] il riscontro è stato molto positivo perché è stato rapidissimo, immediato e gestito con competenza ecco [...] sono molto preparati, eeee, molto anche presenti, nei primi giorni ci hanno chiesto diverse volte dei feedback per capire se tutto era partito al meglio [...] devo dire in questo c'è stata una reciproca collaborazione [...] idem vale anche con la comunità presso cui lei è stata. siamo in contatto anche con il responsabile della Comunità ***” (Andrea e Laura)*

Anche Gaia ha riportato una esperienza positiva rispetto al supporto che ha percepito da parte delle assistenti sociali, sia per quanto riguarda il periodo di preparazione all'affido che, per quanto riguarda l'esperienza stessa; infatti, nel momento in cui ha avuto la conferma della persona che avrebbe ospitato:

“mi è stato detto: «si prenda una settimana di tempo per pensarci, non mi deve dire adesso subito di sì, veda lei, può sempre dire di no in qualsiasi momento, sapendo comunque che anche quando dirà di sì, se dirà di sì, c'è sempre il nostro appoggio per qualsiasi problema» e devo dire che è così, devo dire la verità” (Gaia)

In entrambi i casi si può osservare come i circuiti di cura si moltiplicano e prescindono dalle mura domestiche nella misura in cui non sono solo i minori i destinatari della cura. Difatti, prima ancora di accogliere il minore in affido¹¹⁶ e durante l'accoglienza¹¹⁷, le figure coinvolte all'interno della pratica di affido familiare operano guidate da una responsabilità collettiva nel prendersi cura anche delle persone affidatarie, innescando un circolo virtuoso di cura.

Ad avvalorare tale considerazione, Gaia riporta di aver percepito il supporto fornito dalla possibilità di confrontarsi con altre persone all'interno del Gruppo di famiglie:

“poi c'è un'altra bella iniziativa che fanno i servizi del comune di Venezia, periodicamente ci troviamo tra famiglie affidatarie, con la presenza di due psicologhe e ci scambiamo le rispettive esperienze” (Gaia)

¹¹⁶ Nel caso di Gaia.

¹¹⁷ Nel caso di Andrea e Laura.

Anche nel caso di Fiorella, nonostante la sua esperienza rientri in una tipologia di affido a sé stante¹¹⁸, in quanto ha avuto luogo in modo autonomo rispetto ai Servizi offerti dal territorio della Regione Veneto e dal Comune di riferimento, è stata la presenza di una grande famiglia – come sostenuto da Fiorella stessa – che ha consentito di poter gestire le interazioni con i minori durante l’esperienza di affido:

“in realtà facciamo una famiglia molto grande, quindi, non ci spaventava la parte di gestione” (Fiorella)

Nel caso di Nadia e Iacopo emerge una considerazione scissa rispetto al supporto ricevuto e percepito dalla figure professionali che compongono la rete di riferimento. Motivo per cui, sotto certi aspetti

*“il parere, l’opinione è positiva [...] noi abbiamo avuto contatti con persone brave, eee anche presenti devo dire [...] è un buon servizio affidi quello di ***”* (Nadia e Iacopo)

Tuttavia, sotto altri aspetti, a fronte delle due esperienze di affido, Nadia e Iacopo si sono sentiti di condividere delle riflessioni che possono essere utilizzate per contribuire al miglioramento di alcuni aspetti inerenti la gestione del progetto del minore, e che verranno riportate nel paragrafo sulla “Metanalisi dell’esperienza”.

Per quanto riguarda la famiglia di origine dei minori, alla luce delle linee guida adottate dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 18 dicembre 2009 – con risoluzione A/RES/64/142, pubblicata il 24 febbraio 2010 (Guidelines for the Alternative Care of Children), che incoraggiano per i MSNA il mantenimento del legame con la famiglia di origine – , emerge che nella maggior parte dei racconti questa fa parte della rete di riferimento su cui può contare il minore e con la quale il minore comunica e ha contatti, ma non in tutti i casi il nucleo di origine interagisce direttamente con le persone affidatarie.

Riprendendo, infine, una considerazione riportata nel primo capitolo¹¹⁹, alcune delle persone intervistate hanno raccontato di aver provato un senso di sconforto in alcune circostanze, in cui il supporto della rete è stato carente.

¹¹⁸ Rispetto a quelle raccolte nel presente lavoro.

¹¹⁹ Riflessione relativa al fatto che «alcune delle persone che sono state intervistate, infatti, raccontano di aver gestito in autonomia della circostanze che, in un primo momento, hanno generato in loro sconforto/difficoltà»

Ad esempio, Gaia racconta di quando Dennis ha avuto la febbre e non gli era ancora stato assegnato un medico di base in Veneto, e del momento di panico che tale evento ha generato in lei, non sapendo a chi rivolgersi in un primo momento:

*sono andata direttamente a ***, perché io avevo il tempo e le possibilità di farlo, allora sono andata lì ho rotto le scatole hanno capito la situazione” (Gaia)*

Anche Nadia e Iacopo nella fase iniziale dell’esperienza di affidamento hanno riscontrato delle difficoltà in merito al documento di identità:

“il primo problema lo abbiamo avuto all’inizio dell’affido che [...] praticamente lui non aveva nessun documento di identità se non questo atto di nascita [...] il Comune non gli aveva mai fatto un documento di identità [...] volevano mandarcelo così da noi, e noi dovevamo trovargli un lavoro, fargli fare i colloqui, convincere qualcuno a prenderlo senza avere neanche un documento” (Nadia e Iacopo)

In entrambi i casi le criticità sono state gestite: nel caso di Gaia, un elemento che le ha consentito di portare a termine la gestione della criticità relativa all’assenza di un medico di base per Dennis, è stato sicuramente quello di aver potuto mettere a disposizione il proprio tempo; nel caso di Nadia e Iacopo, a fronte di una negligenza “a monte”, la gestione è stata resa possibile a partire da una sollecitazione portata all’assistente sociale, e a una successiva presa in carico di una parte della responsabilità nei confronti del minore.

I casi riportati fanno ulteriormente riflettere in merito alla questione dell’“Architettura di rete” nella misura in cui – a loro volta – tutte le professionalità che sono coinvolte nell’affido sono anche nella condizione di supportare le persone affidatarie. Accade, così, che l’architettura di rete non circonda solo il minore, ma anche le persone che direttamente hanno deciso di prendersi cura di lui, le quali possono fare riferimento a una rete competente nel prendere in carico le esigenze presentate.

Una situazione simile si verifica all’interno del gruppo degli Efe che abitano la foresta pluviale Ituri¹²⁰, nel momento in cui la madre biologica del *newborn infant* (Otto & Keller 2014) viene supportata nell’accudimento del figlio da altre figure femminili. Anche in questo caso, nonostante la cura venga prestata al neonato, la collaborazione nell’accudimento del *newborn* supporta anche la madre biologica nella misura in cui vi è una distribuzione della responsabilità

¹²⁰ Nello specifico, ci troviamo nella Repubblica Democratica del Congo, nella foresta pluviale Ituri. Qui vive il gruppo degli Efe, uno dei tre gruppi di pigmei che abitano la foresta.

di cura, e nella misura in cui essa può contare su di una rete supportiva e curante. Il termine che viene usato per riferirsi a questo stile di accudimento è *allomothering* o *allomaternal infant care*. I *newborn infants* passano, infatti, il 39% del loro tempo con le *allomothers* – che possono anche allattare al seno i *newborn infants* di altre madri biologiche –, e passano di caregiver in caregiver 3,7 volte all’ora; all’età di diciotto mesi, poi, gli *infants* passano il 60% del tempo con le *allomothers*, e passano di caregiver in caregiver 8,3 volte all’ora. La presenza di più persone che si prendono cura di un *newborn infant* consente alla madre biologica di gestire anche altri aspetti della vita della famiglia, che altrimenti avrebbe difficoltà a gestire.

Tale contributo porta all’attenzione un modo di interagire nella gestione di un evento quale può essere la nascita e l’accudimento di un neonato, che si avvicina all’idea di una cura promiscua e indiscriminata, che poggia su un’etica secondo la quale «soddisfare i bisogni di cura e prestare cura è una questione centrale [...] per ogni cittadino [/membro della comunità]» (Casalini 2015).

Allo stesso modo, quanto accade nel caso dell’affido familiare di un minore è reso possibile dal contributo di molteplici figure, le quali si assumono la responsabilità della gestione di specifici aspetti dell’affido, dando vita a un ecosistema di interdipendenza reciproca. Alla luce di ciò, il venir meno alla collaborazione da parte di una o più persone, lascia scoperti i ruoli da essa/esse precedentemente assunti – e i compiti annessi –, e affatica l’ecosistema nella misura in cui chi resta, ai fini del perseguimento dell’obiettivo, deve prendersi in carico la gestione di ulteriori aspetti del progetto di affido. Infatti, dato che la responsabilità è diffusa e condivisa, e se uno dei tasselli dell’architettura viene a mancare, la struttura tutta dell’affido procede con fatica.

Tale scenario descrive bene ciò che ha fatto Gaia quando ha scoperto che la comunità che precedentemente si era presa cura di Dennis, non gli aveva mai assegnato un medico di base.

4.3 Pratiche di cura

A fronte dell’intenzione di rendere possibile un dialogo tra l’“etica della cura” e la questione relativa all’accoglienza dei MSNA, partendo dalle “pratiche di cura” raccontate dalle persone

che hanno deciso di intraprendere il percorso per l'affido, un passaggio utile è quello di condividere una definizione di "pratica"¹²¹ di cura".

Lungi dal pensare la cura come principio o emozione (Tronto 2006), J. Tronto e B. Fisher definiscono la cura

"[...] una specie di attività che include tutto ciò che facciamo per mantenere, continuare e riparare il nostro "mondo", in modo da poterci vivere nel modo migliore possibile. Quel mondo include i nostri corpi, noi stessi e il nostro ambiente, tutto ciò che cerchiamo di intrecciare in una rete complessa a sostegno della vita" (Tronto 2006).

In virtù di tale definizione, ciò che rende la cura un'attività è la possibilità di metterla in atto, di praticarla. Tuttavia, dato che intesa in questo senso qualsiasi attività potrebbe essere intesa come attività di cura, l'utilità della definizione fornita risiede nella possibilità di impiegarla nella pratica.

Ci viene in supporto, in questo caso, il contributo di Joan Tronto al dibattito sull'"etica della cura"; difatti, il riferimento è alle "quattro fasi della cura" – "interessarsi a", "prendersi cura di", "prestare cura", "ricevere cura"¹²² – e alle virtù a esse corrispondenti – "attenzione", "responsabilità", "competenza" e "reattività", che sono «[...] necessarie affinché si possa provvedere alla cura in modo adeguato» (*ibidem*), e che verranno utilizzate come *template* per osservare e analizzare quanto raccontato dalle persone.

Prendendo in considerazione l'aspetto processuale su cui si impernia la definizione di "cura", il *template* è stato utilizzato come griglia di osservazione e interpretazione dell'intero processo narrativo emerso dalla trascrizione integrale delle interviste.

Per comprendere la cura dobbiamo guardare alle pratiche di cura o alle attività che la includono in situazione concrete, non solo ai principi che dovrebbero guidarla¹²³ (Barnes 2012, p.17), motivo per cui una domanda che suggerisce l'intenzione alla base di questo modo di procedere

¹²¹ Con il termine "pratica" si intende: attività volta a un risultato concreto in un certo campo, in un certo settore (Treccani).

¹²² "Interessarsi a" corrisponde alla percezione dell'esistenza dei bisogni degli altri e alla valutazione della necessità di fare qualcosa per soddisfarli; "prendersi cura di" implica il riconoscimento della possibilità di agire e la valutazione di come soddisfare quel bisogno; "prestare cura" richiede il soddisfacimento diretto dei bisogni di cura; "ricevere cura" prende in considerazione il destinatario e il modo in cui risponde alla cura come unico modo di sapere se i bisogni di cura sono stati soddisfatti, motivo per cui è fondamentale che i bisogni del destinatario della cura vengano considerati come lui li esprime (Tronto 2006).

¹²³ Traduzione mia di: «to understand care we must look at the practices of care or the activities that comprises care in concrete situations, not just the principles that should guide this» (Barnes 2012, p.17)

è la seguente: quali sono, se sono presenti, i diversi modi in cui attenzione, responsabilità, competenza e reattività¹²⁴ si snodano nei racconti delle persone affidatarie?

Dal momento che si utilizzerà il termine “bisogno”, risulta utile mettere a disposizione una definizione di questo costrutto, per fornire una idea del modo in cui verrà impiegato.

Parlare di “bisogno” indica la mancanza di qualche cosa; si può trattare di bisogni fisiologici, così come – se ci si colloca in ambito sociologico – di «ogni sensazione dolorosa derivante da un’insoddisfazione presente o prevista, accompagnata dalla conoscenza di mezzi atti a diminuire, rimuovere o evitare tale sofferenza, e dal desiderio di procurarseli» (Treccani)¹²⁵. Il riferimento – oltre ai bisogni individuali – è anche ai bisogni collettivi avvertiti dalla persona in quanto partecipa alla vita della società e in interazione con i membri della comunità umana, all’interno della quale l’interazione stessa rientra tra i bisogni da soddisfare, dal momento che è la dimensione interattiva a mettere a disposizione la possibilità di praticare la cura.

Si tratta di una definizione che include in sé anche la possibilità che chi sta manifestando il bisogno, sappia ciò di cui ha bisogno, sebbene non abbia in quel momento le risorse utili a soddisfare il bisogno.

La cura inizia a essere messa in atto/inizia a essere praticata già nel momento in cui Andrea e Laura raccontano del modo in cui si sono interessati all’affido. Quanto da loro condiviso consente di dire che la scelta di intraprendere il percorso per l’affido di un MSNA è stata resa possibile dalla percezione dell’esistenza dei bisogni degli altri e dalla valutazione della necessità di fare qualcosa per soddisfarli, che è il modo in cui viene definito l’“interessarsi a”.

“ne abbiamo parlato quando ci siamo conosciuti [...] tra i temi di discussione di dialogo che c’erano fin da quando ci siamo conosciuti c’era anche la parte relativa all’ambito sociale poi abbiamo appunto così eee parlato di affido di adozione [...] quando comunque poi abbiamo deciso di intraprendere il percorso per ottenere persone in affido [...] è un gesto sicuramente di gratuità di volontariato che aiuta delle persone” (Andrea e Laura)

Un discorso analogo può essere fatto per Gaia e Fiorella che, in concomitanza alla guerra in Ucraina, hanno valutato di poter mettere a disposizione le risorse che avevano a disposizione – sia in termini di tempo che in termini di spazio in casa –:

¹²⁴ In quanto virtù associate a un’“etica della cura”.

¹²⁵ <https://www.treccani.it/vocabolario/bisogno>

“la guerra in Ucraina ha innescato un po’ il meccanismo [...] ho detto: «vabbè senti visto che mi sento coinvolta in questa cosa, un bambino è un bambino, che sia ucraino o meno, se è in difficoltà è in difficoltà», e ho partecipato a una serie di incontri di preparazione per un eventuale affido” (Gaia)

“abbiamo degli amici [...] che sono ucraini [...] quando appunto è scoppiata questa guerra, quindi era a febbraio dello scorso anno, eee noi c’eravamo messi in contatto con loro per capire un attimo come stavano e che comunque per avvisarli che, se avevano bisogno di qualcosa, insomma, noi ci saremmo stati” (Fiorella)

Può accadere poi che oltre alla manifestazione dell’interesse, a fronte della valutazione che si è fatta, si riconosca anche la possibilità di “prendersi cura”, ovvero di agire e valutare come soddisfare il bisogno riscontrato. Nel caso di Valeria, l’interesse per l’oggetto di lavoro dell’affido familiare le ha consentito di intraprendere la carriera professionale all’interno dell’ambito stesso, così come – in un secondo momento – di assumersi personalmente la responsabilità di prendersi cura di Debora.

“io sono andata in pensione e i colleghi hanno pensato che insomma avrei potuto occuparmene io ed è stato così” (Valeria)

In riferimento alla definizione di “responsabilità sociale condivisa”, in virtù dell’azione di intraprendere l’esperienza di affido con Debora, Valeria si è assunta la responsabilità di ciò che la scelta compiuta avrebbe generato, e – così come gli altri nuclei di affidatari – si è impegnata per fornire a Debora ciò di cui avrebbe potuto aver bisogno nella quotidianità.

“A un certo punto ci eravamo anche informati se si potevano fare gli esami anche per dislessici, senza utilizzare test scritti ma con le domande guidate, qualcosa del genere” (Nadia e Iacopo)

Anche Nadia e Iacopo hanno riconosciuto la possibilità di “prendersi cura di” Manuel, e hanno valutato una modalità possibile per consentirgli di conseguire la patente di guida.

Allo stesso modo, nel momento in cui Fiorella ha riconosciuto di potersi attivare per riaccompagnare a casa i sette ragazzi che aveva in affido, ha valutato anche il modo in cui

soddisfare quello che aveva valutato potesse configurarsi come un bisogno per i ragazzi¹²⁶, procedendo con la richiesta del passaporto per i suoi genitori:

“noi avevamo detto subito che li avremmo accompagnati a casa noi quando sarebbe finita la guerra; io avevo il passaporto, quindi ero pronta, i miei genitori non ce lo avevano, e sono corsi a farselo” (Fiorella)

Quanto detto da Fiorella si colloca al confine tra il “prendersi cura di” e il “prestare cura” nella misura in cui riconosce la possibilità di agire e valuta il modo in cui agire, e al tempo stesso si mette a disposizione per riaccompagnare i ragazzi in Ucraina, e facendo ciò manifesta già l’intenzione di soddisfare quello che è stato riconosciuto come un bisogno.

Data la natura processuale della cura, un altro aspetto da tenere in considerazione nell’analisi delle esperienze di affidamento raccontate dalle persone affidatarie, è quello relativo al “prestare cura” che richiede che quanto è stato configurato come “bisogno” venga preso in carico e soddisfatto. «L’ideale della cura si esprime allora in una “attività di relazione, nel vedere e nel rispondere ai bisogni, nel prendersi cura del mondo sostenendo la trama delle connessioni in modo che nessuno sia lasciato solo”» (Gilligan 1982), e se diverse sono le relazioni in cui quotidianamente ci impegniamo, diversi sono i modi in cui si presta la cura.

“Ci siamo dati una mano per aiutare Anbeta ad avere le cose più banali, come un riferimento, un iban una banca un conto corrente, eeee adesso ci stiamo adoperando; per la residenza, poi tutti quei servizi classici come il dentista di riferimento” (Andrea e Laura)

Nel caso di Anbeta, “le cose più banali” sono tutte quelle risorse che non potrebbe richiedere e ottenere autonomamente in virtù della minore età, e che le saranno utili soprattutto al termine dell’affido nel momento in cui la gestione della quotidianità sarà a suo carico e sarà per lei necessario interfacciarsi con tutti quei servizi messi a disposizione dalla società – nonostante un eventuale mantenimento dei contatti con Andrea e Laura –. Si tratta, infatti, di risorse che anche gli altri nuclei di affidatari hanno provveduto a mettere a disposizione dei minori con i quali hanno condiviso l’esperienza di affido.

È il caso di Fiorella:

¹²⁶ Ovvero il bisogno di essere riaccompagnati a casa.

*“poi siamo andati anche nella Questura di *** [...] per poter fare i permessi di soggiorno temporanei” (Fiorella)*

così come è il caso di Nadia e Iacopo:

“lo abbiám accompagnato al consolato di Trieste per vedere se riuscivamo ad avere dei documenti [...] abbiamo organizzato un viaggio a Trieste, e lui tutto contento che andavamo per lui” (Nadia e Iacopo)

e, ancora, è il caso di Valeria:

“vabbè poi io l’ho seguita con la fisioterapia e ho sempre continuato a seguirla anche dopo l’affido; ho assicurato tutto quello che poteva essere l’extra, le facevo anche l’abbonamento, fisioterapista, i corsi, insomma tutte le cose extra per la sua salute, anche la ricarica. finché non ha poi trovato lavoro” (Valeria).

Un aspetto del praticare la cura che, poi, emerge dai racconti ci consente di vedere la cura come un processo nel quale i bisogni sono identificati attraverso un dialogo relazionale, e la cura è data e ricevuta attraverso le relazioni¹²⁷ (Barnes 2012, p.69). Si tratta di un dare e di un ricevere che contribuisce al benessere di tutte le persone che sono coinvolte nel processo di cura. Gaia, infatti, riporta un episodio che porta nuovamente all’attenzione la circolarità della cura nel momento in cui il dottore le dice di trovarla “in forma”:

“l’ultima volta che mi ha visto, era già qualche mese che avevo Dennis a casa, e dopo aver controllato gli esami del sangue eccetera, e dopo avermi visitato, mi ha detto: «sa che non l’ho mai trovata così in forma» e ho fatto, adesso le dico perché sono così in forma, perché ho uno stimolo a casa non da poco [...]” (Gaia)

In merito, infine, al “ricevere la cura”, questo aspetto è stato anticipato nel paragrafo 4.1¹²⁸ per una questione di continuità rispetto a quanto trattato nel paragrafo stesso.

¹²⁷ Traduzione mia di: «care [...] as a process in which needs are identified through relational dialogue and care is given and received through relationships» (Barnes 2012, p.69)

¹²⁸ Motivo per cui si rinvia la lettura al paragrafo stesso.

4.4 Metanalisi dell'esperienza

Per quanto riguarda il nucleo tematico in questione, in generale si può dire che tutti i partecipanti all'intervista hanno offerto e condiviso le loro considerazioni su diversi aspetti dell'esperienza.

Si ipotizza che un ruolo importante sia stato quello del corso di formazione che ha consentito a chi vi ha partecipato di poter utilizzare degli strumenti conoscitivi messi a disposizione dal corso stesso per gestire alcune delle situazioni che si sarebbero potute verificare.

Ad esempio, in seguito ad aver partecipato al corso di formazione messo a disposizione da "Ohana"¹²⁹, Andrea e Laura riportano come la conoscenza acquisita in merito all'aspetto interculturale sia stata utilizzata nell'anticipazione che alcune "difficoltà relazionali" sarebbero potute emergere a partire da "abitudini e consuetudini" diverse:

"abbiamo poi fatto il corso con Ohana [...] toccava un po' tutti gli ambiti, quello legale quello interculturale [...] siamo stati molto attenti all'aspetto interculturale perché diciamo che è uno di quelli che potrebbero creare delle difficoltà relazionali con il minore in affido [...] bisogna ovviamente anche essere pronti a considerare che la persona che entra in famiglia potrebbe avere delle abitudini e consuetudini completamente diverse da quelle che si è abituati" (Andrea e Laura)

Altra consapevolezza che emerge è quella relativa all'obiettivo dell'affido che consente di avere una visione chiara anche del suo carattere temporaneo. In virtù di ciò, a fronte dell'obiettivo condiviso all'interno della seconda accoglienza dei MSNA¹³⁰, dunque estendibile anche all'affido familiare, sembra chiaro sia ad Andrea e Laura che a Fiorella che:

"comunque l'obiettivo di fondo rimane sempre quello di permettere a questa persona di avere un futuro [...] la cosa minima che si può fare è cercare appunto di creare le condizioni perché almeno possano provare a costruirsi un futuro" (Andrea e Laura)

"era chiaro che era una situazione che necessitava di temporaneità e basta, perché comunque loro avevano bisogno di rientrare dalle loro famiglie. Mmm quindi, ecco,

¹²⁹ Che – tra i vari ambiti – ha toccato anche quello interculturale.

¹³⁰ Accompagnare il minore nel suo percorso evolutivo di crescita, supportarlo nell'individuare e incrementare il proprio percorso di inclusione, anche alla luce delle sue inclinazioni e aspettative.

sono stata contenta insomma che la questione fosse stata temporanea e che loro siano tornati dalle loro famiglie” (Fiorella)

È, pertanto, strettamente connessa ai contributi di Andrea e Laura e di Fiorella la considerazione portata da Nadia e Iacopo, secondo i quali nonostante la separazione al termine dell’esperienza possa generare dispiacere, la priorità consiste nel raggiungere “certi obiettivi”¹³¹:

“la prima domanda che molti mi han fatto è stata: «poi non ti dispiace quando va via?» [...] certo, comunque mi dispiace [...] comunque sono delle relazioni che puoi mantenere, non è che interrompi un rapporto [...] a me spiace se con l’interruzione del rapporto, se non sono stati raggiunti certi obiettivi, e quindi questa è la razionalità” (Nadia e Iacopo)

In merito agli aspetti che, in ragione della gestione che hanno richiesto, sono stati vissuti come critici, viene portato nuovamente all’attenzione l’episodio in cui Dennis ha avuto la febbre e in quel momento non gli era ancora stato assegnato un medico di base in Veneto.

Considerazioni più generali sono state fornite da Nadia e Iacopo, a fronte di alcuni aspetti legati alla gestione del progetto di affido di Manuel:

“il mio concetto era questo, che il genitore affidatario deve essere disponibile ad accogliere il minore eee per accompagnarlo verso mmm una un cammino che è già impostato [...] non che ti arriva il pacchetto così boh vabbè gestiscilo, non esiste gestiscilo, poi arriva senza documenti e non parla nemmeno, semianalfabeta, è un pacchetto questo, non è un essere umano che ti danno” (Nadia e Iacopo)

La criticità riportata in questo caso è stata fatta presente all’assistente nel momento stesso in cui si è generata, tant’è che

“là ci siamo beccati un po’ con l’assistente, poi alla fine gliel’hanno fatto per fortuna¹³², e da lì le cose son andate anche bene” (Nadia e Iacopo)

Quello che è accaduto nel caso di Nadia e Iacopo può essere ricondotto a una mancata condivisione di quanto previsto dal progetto di affido del ragazzo, a fronte della quale la quota di responsabilità da gestire è stata distribuita in modo non adeguato, generando delle ricadute

¹³¹ Che sono definiti all’interno del progetto di affido di ogni MSNA.

¹³² Si riferiscono al documento di identità, a partire dal quale è stato possibile fare anche un contratto di tirocinio.

negative sul percorso di Manuel. La criticità rilevata è stata, però, adeguatamente condivisa con l'assistente sociale, come dimostrato dal frammento narrativo sopra riportato.

Quanto raccontato da Nadia e Iacopo, si configura come una occasione per corroborare quanto riportato sopra in merito alla questione della cura che si esprime in una attività di relazione¹³³, all'interno della quale ciò che genera la possibilità di portare avanti le pratiche di cura all'interno di una comunità umana – che si fonda sull'interdipendenza e le interazioni tra i suoi membri – è il suo aspetto collettivo e comunitario (Barnes 2012, p.104). La comunità umana alla quale ci si riferisce in questo momento è quella costituita dalla trama di connessioni che si instaurano tra tutti coloro che esercitano una responsabilità condivisa nei confronti del MSNA.

4.5 Affidamento familiare ed etica della cura: un contributo

“An ethic of care [...] necessitates an understanding of different types of relationships and of the characteristics of the relationships in which the giving and the receiving of care contributes to nurturing, growth and well-being, and to making a world that we can live in together as well as possible” (Barnes 2012, p.85)

L'analisi svolta è consistita nell'osservare come viene praticata la cura in un contesto diverso da quelli che sono stati oggetto di una buona parte della ricerca sulla cura. In tal senso, riconoscere la cura nell'esperienza di affidamento di MSNA consente di ammettere nuove possibilità di pensare alla cura nei termini di un processo all'interno del quale la cura è presente in forme nuove e diverse, non legate necessariamente all'aspetto più familiare¹³⁴ del “prestare cura”. In virtù di ciò, a fronte dell'analisi condotta, la cura può assumere le seguenti forme: “interessarsi a”, “prendersi cura”, “prestare la cura” e “ricevere la cura”. Ciò che non deve trarre in confusione è la dimensione “familiare” che si crea tra il minore e le persone affidatarie.

Richiamare l'attenzione, osservare e analizzare la cura presente nei “racconti di pratiche” (Bertaux 1999) delle persone affidatarie, ci fornisce una duplice immagine di quanto accade all'interno dell'affidamento. Da un lato, se l'osservazione si limita a cogliere la relazione di cura che

¹³³ <https://it.pearson.com/aree-disciplinari/agora/filosofia/filosofia-nostro-tempo/cura-paradigma-etico-nostri-tempi.html> (Consultato il 14/08/2023)

¹³⁴ Inteso nel senso di “frequente”.

si instaura tra il minore e la/le persona/e affidataria/e nella quotidianità delle attività svolte, la cura che avrà luogo al suo interno verrà intesa come un supporto o un rimpiazzo ai meccanismi familiari di cura¹³⁵, giustificando un confino della cura all'ambito delle relazioni personali e un mancato riconoscimento istituzionale.

Un tale modo di osservare l'affido – restringendo l'ambito di applicazione della cura alla dimensione del “familiare” – ridurrebbe il lavoro di cura svolto dalle persone affidatarie al solo momento del “prestare la cura”¹³⁶, e lascerebbe fuori il contributo di tutte le altre figure coinvolte nella progettazione e realizzazione dell'affido.

Il riferimento è a: chi opera nel Servizio Tutela Minori; operatrici e operatori dei Servizi Sociali e del Servizio Affidi; operatrici e operatori di progetto; tutore del minore; gruppo delle famiglie; mediatori e mediatrici culturali; operatrici e operatori del Centro per l'affidamento familiare.

Emerge da questo elenco una rete di persone – che include anche le persone affidatarie – che condivide la responsabilità della cura dei MSNA in affido, nell'ottica di accompagnarli nel percorso evolutivo di crescita, supportarli nell'individuare e incrementare il percorso di inclusione, anche alla luce delle inclinazioni e aspettative manifestate, a partire dalla possibilità per il minore di vivere in un ambiente – quale quello domestico messo a disposizione dalle persone affidatarie – che lo tuteli.

Si concorderà, perciò, in merito al fatto che un modo di osservare l'affido familiare che tenga conto dell'aspetto processuale della cura, e delle diverse forme che essa assume, produrrà una immagine maggiormente inclusiva di aspetti che una visione “familiare” dell'affido non riuscirebbe a cogliere.

In questo senso, la cura presente nell'affido familiare dei MSNA – nella progettazione, nella realizzazione e nell'esperienza di affido – verrà a configurarsi come espressione di cittadinanza attiva, partecipante e responsabile, da collocarsi all'interno di un sistema curante. Tale sistema potrebbe – a sua volta – configurarsi come curante, in virtù del fatto che al suo interno verrebbe messa in pratica una cura promiscua, in funzione della quale ogni componente del sistema si auto-assume come responsabilità la cura dei membri che vi orbitano all'interno.

¹³⁵ Motivo per cui si è scelto di utilizzare l'espressione “persona affidataria” piuttosto che “famiglia affidataria”.

¹³⁶ Ignorando la dimensione processuale della cura.

CONCLUSIONI

A più di cinque anni dall'adozione della Legge Zampa, molto di ciò che è previsto nella norma appare inattuato e inattuabile.

Nonostante la presenza di una normativa specificamente formulata per tutelare i diritti dei Minori Stranieri Non Accompagnati, la rilevazione delle criticità presenti in tutti gli snodi dell'accoglienza ha consentito di osservare la mancata cura di un sistema di accoglienza che si appropria in modo emergenziale e securitario alla gestione dei flussi migratori – ponendo come prioritaria la difesa dei confini in nome della sicurezza – e che non consente alla normativa di essere applicata in modo efficace.

Ciò a cui si assiste è una gestione inadeguata dei 'numeri importanti' di minori che arrivano in Italia, che genera una condizione di affollamento all'interno dei centri di prima accoglienza, in virtù della quale il tempo di permanenza del minore in questi centri è superiore a quanto previsto dalla legge; ad aggravare questa circostanza si aggiungono la mancanza di "strutture governative" di prima accoglienza previste dalla normativa (Art.4) e la carenza di tutori volontari. Una diretta conseguenza si riscontra in un mancato accesso ai progetti di seconda accoglienza, anche in funzione del raggiungimento della maggiore età prima ancora di lasciare i centri di prima accoglienza.

L'esperienza vissuta dai minori viene, infatti, associata a una "lotteria" dell'accoglienza (Save the Children 2023), in virtù della quale gli esiti del percorso migratorio del minore dipendono in misura maggiore dalla fortuna di trovarsi nel posto giusto al momento giusto. Inoltre, anche in seguito all'accesso ai progetti di seconda accoglienza – come raccontato da alcune delle persone intervistate – è frequente per il minore riscontrare delle difficoltà nell'accesso al servizio sanitario, oltre a una bassa probabilità di poter beneficiare dell'affido familiare, in quanto si tratta di una misura parzialmente inattuata.

Tale scenario ci informa in merito a un sistema di accoglienza dei MSNA non efficace, e che richiede di essere ripensato.

Alla luce di ciò, ci si è chiesti se fosse possibile pensare a un approccio all'accoglienza maggiormente orientato alla tutela effettiva dei minori (piuttosto che al mantenimento della sicurezza pubblica), e se nel fare ciò fosse possibile fare riferimento a un paradigma – come quello dell'"etica della cura" – che intende la cura come "principio organizzatore in ogni aspetto della vita" (Casalini 2015).

Affinché, però, la cura venga presa sul serio, un passaggio preliminare consiste nel prendere coscienza dei modi in cui si può stare in una società all'interno della quale ognuno di noi, in quanto parte di un ecosistema umano di interdipendenza reciproca, è impegnato nel prestare e ricevere cura.

A tal fine, il focus sull'affido familiare di MSNA – in quanto snodo all'interno del processo di accoglienza – è stato funzionale a portare l'attenzione su una delle possibili forme che una comunità curante può assumere, attraverso i “racconti di pratiche” (Bertaux 1999) delle persone che hanno intrapreso il percorso di affido con un minore.

In virtù di ciò, con l'intento di entrare nel merito di un dialogo possibile tra l’“etica della cura” e il tema dell'affido familiare di MSNA, il contributo di Joan Tronto è stato utilizzato come riferimento nella conduzione dell'analisi dei racconti. Nello specifico, l'articolazione della cura in quattro fasi è stata presa in prestito per fare ordine e analizzare i racconti sull'affido condivisi dai cinque nuclei di affidatari, con l'obiettivo di svincolarsi da una visione che pone l'accento sulla dimensione “familiare” e privata della cura. Emerge, pertanto, una immagine dell'affido che viene a configurarsi come pratica di cittadinanza attiva, partecipante, responsabile e curante.

Se nel caso dell'affido è fondamentale il contributo della rete nel portare avanti pratiche private e pubbliche di cura, un discorso analogo si può fare per il sistema di accoglienza dei MSNA, in ragione del fatto che esso ha bisogno di essere sostenuto da un impegno politico istituzionale che supporti tutti coloro che decidono di assumersi la responsabilità di pratiche private e/o pubbliche di cura (Tronto 2006).

Dunque, avendo rilevato l'esigenza di pensare a un approccio all'accoglienza che si rifaccia ai principi di un’“etica della cura”, occorre porre come assunzione di partenza l'idea che, prima di tutto, si sta parlando di un sistema di cura, che si sostanzia a partire dall'assunzione di responsabilità e dalla diffusione di una cura promiscua e indiscriminata. Seguendo tale ragionamento, la trattazione dell'affido familiare dei MSNA ha messo a disposizione una riflessione sulle implicazioni associate allo stare dentro a una comunità curante, e sui vantaggi pratici di un’“etica della cura” che si configura come una base a partire dalla quale costruire politiche sociali e pubbliche che consentano l'accudimento, la prosperità e il benessere, e che supportino le pratiche di tutte le persone che cercano di ‘fare la cura’ nelle loro vite private e nel lavoro professionale (Barnes 2012).

Alla luce di ciò, dal presente lavoro si ricava la proposta di continuare a osservare come si presenta la cura in contesti diversi da quelli che sono stati oggetto di una parte importante della ricerca sul *caregiving* e, contestualmente, indagare le possibili forme che una comunità curante può assumere. La prospettiva in cui tale proposta si colloca è quella di fornire una base a partire dalla quale riconoscere la dimensione dell'interdipendenza che lega una comunità – anche quando si tratta di accogliere un MSNA –, e mettere a disposizione le condizioni materiali, sociali, culturali affinché il percorso di accoglienza del minore in Italia si basi su un'“etica” in cui la cura è prioritaria a qualsiasi altro aspetto.

BIBLIOGRAFIA

- Andreis, E. (2022, 22 ottobre). Minori a rischio, a Milano comunità al collasso: mancano posti ed educatori. Un ospite su due è straniero, *Corriere della Sera*. [Minori a rischio, a Milano comunità al collasso: mancano posti ed educatori. Un ospite su due è straniero | Corriere.it](#), consultato il 07/09/2023.
- Atlante SIPROIMI. (2019). *Rapporto annuale SIPROIMI. Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati*. [atlante-siproimi-2019.pdf \(immigrazione.it\)](#)
- Barnes, M. (2012). *Care in everyday life: An ethic of care in practice*. Policy Press.
- Bertaux, D. (1999). *Racconti di vita. La prospettiva etnosociologica* (R. Brichi, Trad.). Milano: FrancoAngeli.
- Bertola, M. C. (n.d.). *La cura: un paradigma etico per i nostri tempi*. Pearson. [La cura: un paradigma etico per i nostri tempi \(pearson.com\)](#), consultato il 07/09/2023.
- Brotto, S. (2013). *Etica della cura. Una introduzione*. Napoli: Orthoted Editrice.
- Campomori, F. (2016). *Le politiche per i rifugiati in Italia: dall'accoglienza all'integrazione. Missione impossibile. Social cohesion papers, 2*.
- Cardano, M. (2011). *La ricerca qualitativa*. Bologna: il Mulino.
- Cardano, M., & Ortalda, F. (2017). *Metodologia della ricerca psicosociale*. Novara: De Agostini Scuola Spa.
- Casalini, B. (2015). *L'etica della cura e il pensiero femminista: tra dipendenza e autonomia*. In T. Casadei (Cur.), *Donne, diritto, diritti. Prospettive del giusfemminismo* (pp. 171-192). Giappichelli.
- Ceri, P. (2008). *Quanto è possibile e desiderabile la coesione sociale?* *Open Edition Journals*, 46, 137-147. <https://doi.org/10.4000/qds.886>
- Collective, C. (2021). *Manifesto della cura. Per una politica dell'interdipendenza*. Roma: Edizioni Alegre.
- Davis, A. (2018). *Donne, razza e classe* (A. Prunetti, Trad.). Edizioni Alegre. (Originariamente pubblicato nel 1981).
- Del Re, A. (2012). *Questioni di genere. Alcune riflessioni sul rapporto produzione/riproduzione nella definizione del comune*. *AG About Gender-International Journal of Gender Studies*, 1(1).

- Defence for Children (2018). *ELFO Tutela volontaria e affido familiare per la promozione dei diritti di minorenni soli*. [dci_elfo_ita.pdf \(defenceforchildren.it\)](http://www.defenceforchildren.it/dci_elfo_ita.pdf)
- Engster, D. (2005). Rethinking Care Theory: The Practice of Caring and the Obligation to Care. *Hypatia*, 20(3), 50–74. <http://www.jstor.org/stable/3811114>
- Ferrer, G. (2015, 2 ottobre). Affido familiare: la sfida della co-genitorialità. Tra processo di separazione e attaccamento. *STATE OF MIND*. <https://www.stateofmind.it/2015/10/affido-familiare-cogenitorialita/>, consultato il 09/05/2023.
- Fondazione ISMU. (2019). *A un bivio. La transizione all'età adulta dei minori stranieri non accompagnati in Italia*. [A-un-bivio MSNA Report SHORT ITA BouRE.pdf \(ismu.org\)](http://www.ismu.org/A-un-bivio_MSNA_Report_SHORT_ITA_BouRE.pdf)
- Friuli VG bengodi per i minori stranieri. Sono 1576 e ci costano 60 milioni di euro all'anno. (2023, 13 gennaio). *Il Giornale di Udine*. <https://www.ilgiornalediudine.com/cronaca/friuli-vg-bengodi-per-i-minori-stranieri-sono-1576-e-ci-costano-60-milioni-di-euro-allanno/>, consultato il 08/09/2023.
- Gilligan, C. (1982). *In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press.
- Importanti novità per i minori non accompagnati e i neomaggiorenni: pubblicato decreto attuativo della Legge 47/2017*. (2022, 23 dicembre). Gruppo CRC. <https://grupprocrc.net/importanti-novita-per-i-minori-non-accompagnati-e-i-neomaggiorenni-pubblicato-uno-tra-i-piu-importanti-decreti-attuativi-della-legge-47-2017/>, consultato il 08/09/2023.
- La legge Zampa sui minori stranieri non accompagnati in 5 punti*. (2017, 7 aprile). Open migration. <https://openmigration.org/analisi/la-legge-zampa-sui-minori-stranieri-non-accompagnati-in-5-punti/>, consultato il 07/09/2023.
- La Mendola, S. (2009). *Centrato e aperto. Dare vita a interviste dialogiche*. Novara: De Agostini Scuola Spa.
- Manna, E. (2022, 18 luglio). Minori stranieri soli a Genova: un'odissea tra alberghi, comunità, mense per i poveri e notti in strada. *la Repubblica*. [Minori stranieri soli a Genova: un'odissea tra alberghi, comunità, mense per i poveri e notti in strada - la Repubblica](https://www.repubblica.it/2022/07/18/news/minori-stranieri-soli-a-genova-270111111/), consultato il 07/09/2023.
- Ministero dell'Interno. (2021). *Vademecum operativo per la presa in carico e l'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati*. [Vademecum operativo per LA PRESA IN CARICO E L'ACCOGLIENZA DEI MINORI STRANIERI NON ACCOMPAGNATI \(interno.gov.it\)](http://www.interno.gov.it/it/vademecum-operativo-per-la-presa-in-carico-e-laccoglienza-dei-minori-stranieri-non-accompagnati)

- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2013). *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2014). *Parole nuove per l'Affidamento Familiare. Sussidiario per operatori e famiglie*. [Parole nuove per l'affido familiare - Sussidiario.indd \(regione.basilicata.it\)](#)
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2023). *Quaderni della ricerca sociale. Bambini e ragazzi in affidamento familiare e nei servizi residenziali per minorenni. Esiti della rilevazione coordinata dei dati in possesso delle Regioni e Province autonome*. [QRS-49-Minorenni-affidamento-servizi-residenziali-2019.pdf \(lavoro.gov.it\)](#)
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2023). *Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia. Dati al 31 marzo 2023*. [report-msna-mese-marzo-2023.pdf \(lavoro.gov.it\)](#)
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. (2023). *Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia. Dati al 30 aprile 2023*. [report-mensile-minori-stranieri-non-accompagnati-italia-al-30 \(lavoro.gov.it\)](#)
- Minori Stranieri Non Accompagnati: in vigore da oggi il DPR 191/2022*. (2022, 28 dicembre). Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali. <https://www.lavoro.gov.it/notizie/Pagine/Minori-Stranieri-Non-Accompagnati-in-vigore-da-oggi-il-DPR-191-2022-che-interviene-su-permessi-di-soggiorno.aspx>, consultato il 08/09/2023.
- Noddings, N. (1986). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Noddings, N. (2003). *Happiness and Education*. Cambridge University Press.
- Noddings, N. (2012). *Philosophy of Education*. Boulder, Colo: Westview Press.
- Otto, H., & Keller, H. (Eds.). (2014). *Different faces of attachment: Cultural variations on a universal human need*. Cambridge University Press.
- Paltrinieri, R. (2020). *Dagli stakeholders ai community holders: una diversa visione della responsabilità sociale di impresa*. *Assemblea Plenaria Galileo, 18 settembre*. (IN FORSE)
- Paquale, G. (2020). *L'accoglienza dei minori stranieri non accompagnati in Italia: ambivalenze normative e istanze educative*. *Education Sciences & Society*, 306-345.
- Praetorius, I. (2019). *L'economia è cura: una vita buona per tutti: dall'economia delle merci alla società dei bisogni e delle relazioni*. Altra Economia soc. coop..

- Rizzo, M. (2020, 9 gennaio). Minori stranieri non accompagnati a un bivio: in Italia l'incubo di diventare adulti invisibili. *La Repubblica*. [Minori stranieri non accompagnati a un bivio: in Italia l'incubo di diventare adulti invisibili - la Repubblica](#), consultato il 07/09/2023.
- Salinaro, M. (2020). Quale tempo per la cura? La relazione nelle pratiche di accoglienza e inclusione dei migranti. *Journal of Health Care Education in Practice*, 2(1).
- Saraceno, C., & Naldini, M. (2021). *Sociologia della famiglia*. Il Mulino.
- Save the Children. (1959). *Dichiarazione Universale dei Diritti del Fanciullo (Dichiarazione di New York 1959)*. ONU, New York - Novembre 1959.
- Save the Children. (2017). *Atlante minori stranieri non accompagnati in Italia. Prima di tutto bambini*. [Atlante minori stranieri non accompagnati in Italia | Save the Children Italia](#)
- Save the Children. (2023). *Nascosti in piena vista. Minori migranti in viaggio (attra)verso l'Europa*. [Nascosti in piena vista - Frontiera Sud | Save the Children Italia](#)
- Seghetti, F. (2019, 26 dicembre). Minori stranieri non accompagnati e minori separati-Affidamento Familiare e figure volontarie di riferimento. *Diritto.it*. [Minori stranieri non accompagnati e minori separati-Affidamento Familiare e figure volontarie di riferimento. | Il portale giuridico online per i professionisti - Diritto.it](#), consultato il 07/09/2023.
- Sevenhuijsen, S. (2003). The Place of Care: The Relevance of the Feminist Ethic of Care for Social Policy. *Feminist theory*, 4(2), 179-197.
- Townsend, M. (2016, 30 gennaio). 10,000 refugee children are missing, says Europol. *The Guardian*. [10,000 refugee children are missing, says Europol | Refugees | The Guardian](#), consultato il 07/09/2023.
- Tronto, J. C., & Fisher, B. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring. In E. Abel, & M. Nelson (Eds.), *Circles of Care* (pp. 36-54). SUNY Press.
- Tronto, J. (2006). *Confini morali. Un argomento politico per l'etica della cura* (N. Riva, Trad.). Reggio Emilia: Diabiasis. (Originariamente pubblicato nel 1993)
- Turchi, G. P., e Romanelli, M. (2013). *Flussi migratori, comunità e coesione sociale. Nuove sfide per la mediazione: Nuove sfide per la mediazione*. FrancoAngeli.
- Turchi, G.P., & Vendramini, A. (2021). *Dai corpi alle interazioni: la comunità umana in prospettiva dialogica*. Padova University Press.
- Tusino, S. (2014). *Il concetto di cura tra etica e medicina. Un'analisi del contributo dell'etica della cura alla filosofia morale e alla bioetica clinica* [Tesi di Dottorato, UNIPD]. https://www.research.unipd.it/handle/11577/3423485?1/tusino_silvia_tesi.pdf

- Valente, C. (2020). Minori stranieri non accompagnati: ordinamenti a confronto. *Miscellanea Historico-Iuridica*, 19(1), 289-315.
- Valenti, M. A. (n.d.). La famiglia di origine nell'affidamento familiare. *Medicina e Società*. [LA FAMIGLIA DI ORIGINE NELL'AFFIDAMENTO ETEROFAMILIARE - Medicina e Società \(medisoc.it\)](#), consultato il 09/05/2023.
- Vassallo, G., (2020, 28 gennaio). L'affido familiare. Guida all'istituto disciplinato dalla Legge 4 maggio 1983, n. 184. *Altalex*. <https://www.altalex.com/guide/affido-familiare>, consultato il 09/05/2023.