CARTOGRAFIE SOCIALI

RIVISTA DI SOCIOLOGIA E SCIENZE UMANE ANNO VII, N. 13, 2022

LAVORARE CON...

ESPERIENZE, EXPERTISE E SAPERI NEL MERCATO CHE VERRÀ



A CURA DI
STEFANIA FERRARO
ANNA D'ASCENZIO

MIMESIS

CARTOGRAFIE SOCIALI
Rivista di sociologia e scienze umane
Anno VII, n. 13, 2022

Direzione scientifica
Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

Direttore responsabile
Arturo Lando

Redazione
Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Fabrizio Greco

Staff di supporto alla Redazione
Giuseppina Della Sala, Federica Graziano, Luca Manunza, Andrea Postiglione

Staff di supporto alla Redazione per le attività di internazionalizzazione
Lucio Castracani, Laura Giovinazzi

Coordinamento redazionale
Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli)

Comitato di redazione
Manuel Anselmi (Unitelma Sapienza), Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm),Tugba Basaran (Kent University), Davide Caselli (Università Milano-Bicocca), Valentina Castellini (Università di Toronto), Alberto De Nicola (Alma Mater Studiorum Università di Bologna),Nick Dines (Robert Schuman Centre – European University Institute), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Alessandro Mazzola (University of Liège),Domenico Perrotta (Università di Bergamo),Valeria Piro (Università degli Studi di Milano), Ciro Pizzo (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa – Napoli), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre)

Comitato scientifico
Maurizio Bergamaschi (Alma Mater Studiorum Università di Bologna), Emiliano Bevilacqua (Università del Salento), Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain-la-Neuve), Sandro Busso (Università degli Studi di Torino), Alessandro Dal Lago (già professore presso Università di Genova),Davide De Sanctis (Università degli Studi Federico II – Napoli), Vincent Dubois (Université de Strasbourg), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Domenico Fruncillo (Università degli Studi di Salerno), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Giulio Moini (Sapienza Università di Roma), Carlotta Mozzana (Università Milano-Bicocca), Laurent Mucchielli (CNRS – Centre national de la recherche scientifique), Fabio Quassoli (Università di Milano Bicocca), Salvatore Palidda (già professore presso Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS – Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles), Giuseppe Ricotta (Sapienza Università di Roma), Francesca Vianello (Università degli Studi di Padova)

"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal

LAVORARE CON…

Esperienze, expertise e saperi nel mercato che verrà

A cura di Anna D'Ascenzio e Stefania Ferraro

MIMESIS

SUOR ORSOLA
UNIVERSITY
PRESS

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 – Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca – Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Cartografie sociali è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa
Via Suor Orsola 10 – 80132 Napoli (Italy)
www.unisob.na.it
cartografiesociali@unisob.na.it
cartografiesociali.rivista@gmail.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
DIPARTIMENTO DI
SCIENZE FORMATIVE
PSICOLOGICHE E DELLA
COMUNICAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857596129
Issn: 2499-7641

© 2022 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

INDICE

Editoriale: lavorare per…
Riflessioni sociologhe sulle politiche e sulle rappresentazioni del lavoro alla luce del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
di Anna D'Ascenzio, Stefania Ferraro 7

MAPPE

Con/figurare il conflitto: appunti per una ricerca
Pittura e arti visive alla prova della lotta
di Generoso Bruno 27

Disabilità, anzianità e "non autosufficienza"
Problematizzazione di un campo e il nuovo Welfare nel PNRR
di Ciro Pizzo 61

Una questione di governance
Il PNRR e il "Water Service Divide" tra Centro-Nord e Mezzogiorno
di Sergio Marotta 83

ROTTE

What job prospects for the italian university students after the pandemic?
Some data from a sociological research
di Anna D'Ascenzio, Stefania Ferraro 103

Troppa grazia, poca cura
Il lavoro nel welfare esternalizzato tra nuove emergenze e contraddizioni strutturali
di Davide Caselli 125

Operatori-attivisti, burocrazie e migranti
di Tindaro Bellinvia 147

RILIEVI

Industria 4.0 e lavoro improduttivo nella manifattura
di Barbara Ambrogio 165

Stellantis: lavoro dipendente nell'inverno della classe operaia
di Elisabetta Della Corte 181

Sorvegliare e punire i poveri
Il trattamento degli assistiti nella politica sociale neoliberista
di Federica Graziano 195

WUNDERKAMMER

Con/figurare il conflitto: appunti visivi
di Generoso Bruno 213

L'esperienza della documentazione come pratica di memoria: il caso dell'archivio audiovisivo del movimento operaio e democratico
di Vincenzo Vita, testo a cura di Andrea Postiglione 223

Il deposito.Org: memoria di una resistenza in musica
di Sergio Durzu e Roberta Mella, testo a cura di Andrea Postiglione 231

TRAVELOGUES

Tra relazioni esasperate e volontà di affermazione collettiva
Echi di vita violenta nella working class britannica
recensione di Giancarlo De Marco 249

Insorgiamo
La ricchezza del possibile
recensione di Fabrizio Greco 253

La rivoluzione della cura
di Gabriele Winker, Mathias Neuman, premessa e traduzione di Anna Cotone 259

Ciro Pizzo

DISABILITÀ, ANZIANITÀ E "NON AUTOSUFFICIENZA"

Problematizzazione di un campo e di un nuovo Welfare nel PNRR

Abstract:

A survey of this double glance is what we want to examine in the paper. The issue of disability continues to be vital for understanding the construction mechanisms of "minor" populations, groups of people who are not recognized full rights and for whom a "government" regime has been established. The government of these populations looks like it increased. It has introduced a dual channel in which these subjects have been introduced. The management of services envisaged through the reforms of assistance and disability thanks to the NRRP seems to continue to suffer from a double glance, the care that leaves the person in a condition of "object" of care and the care that makes the person "subject" put in a position to take care of himself.

Keywords

Disability; Old Age; Not Self-Sufficient; National Recovery and Resilience Plan.

1. *Introduzione*

Il tema della disabilità ha visto negli ultimi decenni una profonda trasformazione, connessa ai grandi mutamenti cui non poco ha contribuito la grande stagione dei diritti e delle contestazioni delle pratiche istituzionalizzanti. Il grande movimento che ha messo al centro il tema dei diritti, sia a livello nazionale che internazionale, anche per il mondo della disabilità ha fatto emergere con forza la necessità di trattare queste persone proprio come tali e non più come "oggetti", riconoscendoli come soggetti che partecipano al proprio progetto di vita, che "prendono la parola" e contribuiscono a scegliere quel che riguarda la propria vita e la propria condizione.

Questa lunga trasformazione, che è culminata nella sottoscrizione della Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità[1], ha cambiato e continua a contribuire a innovare le pratiche e a contrastare ogni forma di discriminazione.

Si è trattato di un lungo processo che ha contribuito a riscrivere sia gli status che i posizionamenti delle persone con disabilità ma anche degli altri soggetti che si ritrovano inseriti nel campo sociale in una posizione marginale e/o precaria. Un universo plurale di figure cui attengono regimi giuridici speciali e a libertà limitata. La disabilità è diventata sempre più la condizione che davvero rende più immediatamente visibili le dinamiche di costruzione e di iscrizione delle identità dei soggetti nello spazio sociale. Seguire quindi il movimento che la categoria di disabilità continua a vivere nelle nostre società rende più immediatamente visibile quale sia la trasformazione in corso e la posta in gioco di questa stessa trasformazione.

2. *Che ne è della disabilità*

Se proviamo a osservare la realtà italiana, possiamo constatare che probabilmente vi sono alcune traiettorie molto specifiche che hanno visto alcuni campi avanzare molto nel percorso di riconoscimento dei diritti, come il campo della salute mentale e quello della scuola, mentre il campo dell'assistenza sembra aver conservato con più forza una visione "paternalistica", "familistica" e "custodialistica", iscrivendo la disabilità sotto questa cifra nel campo del welfare. La categoria che forse accomuna e al contempo separa le due visioni sembra essere quella della cura.

Da una parte il prendersi cura, che però vede il soggetto come oggetto di cura, ma anche come soggetto che deve curarsi, e dall'altro la cura come attenzione e categoria fondativa delle pratiche di sé. Per comprendere la differenza tra le due dimensioni del concetto che portano a due percorsi completamente opposti, possiamo rifarci alle riflessioni di Heidegger, che non a caso mette al centro della sua riflessione esistenziale la "cura" come elemento fondante il rapporto con l'altro e anzi Heidegger (1976) arriva a dire: l'essere dell'Esserci è la Cura. Essa comprende in sé l'effettività (esser gettato), l'esistenza (progetto) e la deiezione (*Ivi*, p. 339). Il filosofo tedesco presenta anche i modi positivi dell'aver cura:

1 Cfr. https://www.un.org/development/desa/disabilities/

> Quanto ai modi positivi dell'aver cura ci sono due possibilità estreme. L'aver cura può in certo modo sollevare l'altro dalla «cura» sostituendosi a lui nel prendersi cura, *intromettendosi* al suo posto. Questo aver cura assume, per conto dell'altro, ciò di cui ci si deve prendere cura. L'altro risulta allora espulso dal suo posto, retrocesso, per ricevere a cose fatte e da altri, già pronto e disponibile, ciò di cui si prendeva cura, risultandone del tutto sgravato. In questa forma di aver cura l'altro può essere trasformato in dipendente e in dominato, anche se il predominio è tacito e dissimulato per chi lo subisce. Questo aver cura, che solleva l'altro dalla «cura», condiziona largamente l'essere-assieme e riguarda per lo più il prendersi cura degli utilizzabili.
>
> Opposta a questa è la possibilità di aver cura la quale, anziché intromettersi al posto degli altri, li *presuppone* nel loro poter essere esistentivo, non già per sottrarre loro la «cura», ma per inserirli autenticamente in essa. Questa forma di aver cura, che riguarda essenzialmente la cura autentica, cioè l'esistenza dell'altro e non *qualcosa* di cui egli si prenda cura, aiuta l'altro a divenire trasparente *nella* propria cura e libero *per* essa (*Ivi*,154)[2].

Questo doppio movimento sembra ancora oggi ben riconoscibile, con un effetto anche mimetico e di utilizzo delle categorie dell'uno nel campo dell'altro. Da una parte abbiamo una evoluzione dei servizi e delle pratiche nel campo della disabilità che mira a mettere al centro la persona. Dall'altra abbiamo una progressiva sanitarizzazione dei servizi alla persona, con la grande cifra della cura che diventa cura medica *tout court*, quella nel lessico heideggeriano è la *Kur*, lontana dalla *Sorge*. Dopo i grandi movimenti di contestazione della medicalizzazione delle condizioni di svantaggio, abbiamo assistito negli ultimi anni a un progressivo riemergere di questa tendenza, con una patologizzazione di tante condizioni, da una parte, e una gestione dei casi problematici con "trattamenti" che anche nel lessico ricordano le pratiche ed esercizi di sanitarizzazione di stampo fordista.

Abbiamo così assistito negli ultimi decenni a un ritrarsi dei servizi sociali e dei servizi territoriali e a una implementazione delle azioni sanitarie, che hanno presa sui corpi e i soggetti fin dalla più tenera età.

Se osserviamo l'assistenza ai disabili, per esempio, abbiamo da una parte la promozione di prestazioni che mettono al centro la persona, "con" la persona, nel senso di promozione di servizi comunitari. Forse il campo dove è più visibile questa situazione è quello del "dopo di noi", in cui la strutturazione dei servizi dovrebbe proprio garantire l'indipen-

2 Per una discussione degli stessi passi di Heidegger e delle differenze a partire da quella tra prendersi cura (*Besorgen*) che riguarda qualcosa e l'aver cura (*Fürsorge*) che riguarda qualcuno, si faccia riferimento a Tarantino 2021.

denza della persona che deve essere al centro di un personale progetto di vita. Ma in realtà le pratiche realmente comunitarie in questo ambito sembrano essere molto residuali

Dove poi sembra di assistere concretamente all'effettivo corto circuito è nell'assistenza residenziale. Molti dei servizi territoriali sembrano ormai residuali rispetto alla pratica di essa, con lo spostamento dei soggetti all'interno di Residenze Sanitarie. Si tratta di un campo prestazionale dove scompare anche la diversa condizione di anzianità e disabilità[3]. Anche nella raccolta dati, infatti, i soggetti disabili che compiono 65 anni transitano nella condizione di anzianità, rendendo molto complicato la delimitazione di dati relativi al fenomeno della disabilità. Il passaggio di condizione da disabile a quello di anziano coincide troppo spesso anche con un trasferimento di questi soggetti da strutture pensate per persone con disabilità in strutture pensate per un generico anziano. Questa sovrapposizione, legata probabilmente a una immagine dell'anzianità come momento di uscita dai circuiti del lavoro, e quindi come condizione bisognosa ormai di assistenza, propria, effetto probabilmente, di una cultura che legge la "terza età" in termini di senescenza, che a sua volta, sembra risultare utile anche per l'assorbimento dei disabili in questa estesa categoria. Il processo è tale che la persona disabile sia collocato all'interno di un esteso ordine concettuale, che trova proprio nella "incapacità lavorativa" e nel "bisogno di assistenza" gli elementi chiave per la propria istituzione come macro-categoria.

La chiave sembra in effetti essere quella della "non autosufficienza", che diventa la cifra dentro cui sovrapporre due categorie in sé problematiche.

La diffusione delle strutture residenziali per "non autosufficienti" ha permesso molto spesso poi l'inserimento in queste strutture anche di persone non ancora anziane, che essendo configurate come "non autosufficienti" risultano assegnate a questi circuiti.

Sembra quindi di poter identificare in pratica una doppia visione della disabilità. Da una parte continua a funzionare la visione della disabilità come condizione di soggetti che "mancano" di una qualche caratteristica richiesta dal contesto e dal gruppo sociale. Un processo che possiamo riconoscere attivo in ogni produzione di norma e che ha accompagnato per secoli la visione della stessa, andando a incarnarsi in quello che, dalla nascita del modello sociale della disabilità, si può definire "modello medico della disabilità".

3 La distribuzione numerica del fenomeno è qui rappresentata mediante l'uso di tabelle statistiche.

Si tratta di un processo che possiamo riconoscere come parte di una strutturazione della normalità, che sovrappone norma statistica e norma sociale. Per chiarire questa costruzione, credo si possa far rapidamente riferimento alla costruzione dell'uomo medio di Quételet (1835). Lo studioso sostiene che le differenze tra gli individui si distribuiscono secondo un principio di normalità statistica, ovvero con frequenze più elevate nei valori centrali e con frequenze variabili progressivamente minori verso gli spazi estremi. Il principio teorico, anche detto curva di Gauss[4], consolida e cristallizza lo spazio della "normalità", in opposizione lo spazio della deviazione standard personifica il campo della devianza[5]. Si attiva così una polarizzazione tra il soggetto "normale", qui inteso come variabile di riferimento all'interno di un raggruppamento statistico, e il processo di riproduzione sociale. L'altro statistico diviene un soggetto "deviante", perché si discosta dalla norma[6]. Nel caso specifico, l'altro statistico ci serve per pensare la concreta incarnazione del "disabile", permettendoci così, di comprendere la produzione di quella che oggi chiamiamo disabilità all'interno del campo sociale[7].

Nel principio teorico finora espresso è possibile rintracciare quella che sembra essere l'origine della discriminazione negativa mediante l'uso di un attributo psico-fisico e sociale. La condizione è caratterizzata da una distribuzione di tratti statisticamente meno frequenti all'interno di un ordine sociale che diventa "moralmente" negativo. Nel mantenere tale condizione di discriminazione si rende meno desiderabile perseguire le proprie aspirazioni personali rispetto ai valori medi e alle aspirazioni/aspettative del gruppo di riferimento, presentando tale discostamento dalla norma sempre come colpa individuale. Ciò rende statisticamente nullo il fatto che la devianza (tale è il discostamento dalla norma) risulti volontaria sia che essa risulti effetto di un'anormalità involontaria.

La visione della disabilità che qui abbiamo attribuito a un "modello medico"[8], che ne fa una condizione individuale, sembra mantenere sem-

4 Per il consapevole utilizzo della teoria della probabilità applicata alle scienze di osservazione, tra cui l'antropologia si faccia rifermento a Quételet (1853). La linea interpretativa trova poi una propria continuità teorica nel pensiero di Galton (1883) e nella psicologia differenziale.

5 Sulla critica al concetto, cfr. Tomeo (1979), ma anche la relativa discussione in Melossi (2002), Berzano e Prina (2005).

6 Su educazione e socializzazione, cfr. come punto di partenza, Besozzi (2019).

7 Una lettura critica, che si discosta da quella qui presentata, di questo nesso tra disabilità e devianza è presente in Medeghini 2015.

8 Naturalmente sui modelli e paradigmi della disabilità la letteratura è ormai sterminata. Come punti di partenza critici si rinvia a Ferrucci (2004); Ville, Fillon e

pre sullo sfondo il ruolo del gruppo, del contesto. Non interrogando il gruppo o la società sul proprio funzionamento. Il meccanismo sociale sembra voler aggregare solo soggetti simili, integrando soltanto chi è disposto a cancellare le proprie differenze, magari attraverso l'adesione a uno dei tanti percorsi specifici e a tal fine implementati. Si tratta di quel processo che possiamo riconoscere come proprio della macchina di produzione dell'esclusione, che ha come esito proprio i tanti esclusi interni alla società stessa. Soggetti che possono aspirare a una partecipazione limitata e che li espone, nella maggior parte dei casi, a potenti dinamiche di stigmatizzazione (Goffman 2003). In questo modello il *focus* resta ben fissato esclusivamente sulla stigmatizzazione del singolo individuo. Questo modello lo possiamo definire come modello dell'"integrazione" (Pizzo 2021). Esso è volto al mantenimento di differenze, dentro o fuori lo spazio della norma, cioè anche all'interno del campo della normalità, mediante pratiche segregative (Merlo, Tarantino 2018) o attraverso l'uso dell'esclusione interna o dell'inserimento differenziato. Quest'ultima rappresenta una forma di accoglimento differenziale, ed è quella che possiamo vedere in azione il più delle volte, quando l'ente sociale assume una visione della cura del soggetto come "oggetto di cura". Se proviamo a spostare lo sguardo verso l'altra "cura", quell'azione che fa essere nella sua libertà l'altro, possiamo ancora una volta connettere questa idea a una specifica visione della disabilità. Attraverso la quale possiamo anche introdurre una nuova idea della relazione tra soggetto disabile e contesto. Un tipo di rapporto sociale che possiamo definire come "inclusione", un concetto terminologico in sé opposto a quello di integrazione. Se dovessimo procedere proprio per differenza, potremmo dire che l'inclusione, rispetto alla logica integrativa, che chiede a chi è fuori di "normalizzarsi", attraverso quelli che possiamo considerare processi di disciplinamento e ammaestramento (*dressage*) (cfr. Foucault 1976; 2003), richiede invece di estendere i confini interpretativi del soggetto di cura fuori dal campo cristallizzato della "normalità". La logica dell'inclusione punta a tener dentro attributi e/o potenziali caratteristiche del soggetto che insistono in un determinato spazio, superando di fatto il campo delle tassonomie sociali per normalità e devianza, fino a far coincidere tale campo con un più generale campo sociale. Rispetto al tradizionale processo di produzione della normalità, si tende, accettando una logica tesa all'eliminazione di limiti, confini e barriere, al

Ravaud (2014); Goodley (2017); Hughes (2019).

superamento delle regolarità statistiche enunciate nel trattato di "scienza morale" di Quételet (1835).

Si tratta, ovviamente, di un processo complesso in cui viene meno l'accento posto sulla produzione della norma, concentrandosi sulla diversa delimitazione di uno spazio sociale. Continuando nel confronto tra modelli, possiamo ora mettere in relazione questo modello inclusivo con il modello sociale della disabilità. Il modello sociale della disabilità, in effetti, pone fin da subito l'accento sulla produzione della disabilità da parte della società, facendone effetto di procedimenti di "disabilitazione". Procedure che sono risultati di processi generali connessi alla creazione di altra norma e altra relativa normalità. Il modello sociale della disabilità si sofferma sul processo di disabilitazione piuttosto che sull'effetto procedurale attivato dal processo stesso, cioè "la disabilità". La disabilità non è una condizione immodificabile, che segna per sempre, come condizione "cronica" la vita del soggetto. Concentrarsi sulla processualità del fenomeno sociale significa anche spostare il focus interpretativo dalle deviazioni rispetto al campo della "norma" e allo standard sociale verso le pratiche di sganciamento del soggetto. Processo di deviazione che, come già annunciato, consegnano il soggetto a un destino di fluttuazione tra il "dentro", che è poi anche il "centro" e il "fuori" dello stesso spazio sociale. Si tratta di un processo che spesso è a un tempo un destino condiviso da tutte le popolazioni che non raccolgono le soggettività *pleno jure* così come fissate dal gruppo sociale. Questi processi di disabilitazione si possono considerare l'analogo dei processi di disaffiliazione esaminati da Robert Castel (2019; 2007); non a caso, messi in relazione con il processo di esclusione, qui interpretata come categoria fissa nel tempo, scontano la perdita proprio del momento della processualità. Il recupero della dimensione processuale della disabilitazione rende, d'altra parte, fin dall'inizio pensabile anche il processo di ri-affiliazione. Pensare alla possibilità di una ri-affiliare del soggetto "a rischio" di esclusione vuol dire poter lavorare sui fili che possono tenere legato il soggetto al gruppo e al contesto in cui vive. Questa attenzione al contesto che "produce" condizioni, modello che accompagna i grandi movimenti per il riconoscimento dei diritti di quelle che diventano appunto "persone con disabilità", implica soggetti di pari dignità rispetto a tutti gli altri, la cui considerazione negativa è frutto di complesse dinamiche relazionali tra la persona stessa e il contesto.

I movimenti cui si accennava, che arrivano alla "presa di parola" autonoma delle persone con disabilità[9] si iscrivono in un'epoca storica in cui si stavano già riscrivendo i diritti di tante popolazioni fin lì discriminate. Su questi processi hanno sicuramente influito gli strascichi delle guerre mondiali, con la successiva ricostruzione demografica, materiale e culturale. Si tratta di processi che hanno preparato, possiamo dire, il consenso delle generazioni uscite dalle guerre o cresciute subito dopo le guerre, alla stagione dei "diritti sociali". Una stagione politica che coincide con l'epoca d'oro del welfare[10], un'epoca che, sulla scia della "mondialità" delle guerre consolida anche la prospettiva "internazionale" di questi movimenti. Il moltiplicarsi di discorsi come "Dichiarazioni internazionali", oltre a consolidare la legittimità di tali movimenti, all'interno di istituzioni sovranazionali, contribuisce a indirizzare e rafforzare scelte di tipo stampo progressista e keynesiano in tante parti del mondo[11].

Il modello sociale della disabilità trova in questo *humus* terreno fertile per una propria legittimazione in campo scientifico, aprendo il confronto con il campo medico e con le discipline medicalizzanti, che fino a questo momento hanno monopolizzato la gestione della disabilità, con pratiche votate alla istituzionalizzazione e alla segregazione.

Questo movimento ha come effetto ulteriore la modificazione del concetto di salute, che l'Ordine Mondiale della Sanità (ora in poi anche OMS) già nella sua costituzione aveva definito in questo modo: «la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità». Pertanto, l'istituzione sanitaria, negli anni successivi, aveva scelto di concentrare parte del suo interesse governamentale sul concetto di benessere[12] generale della persona in relazione a uno specifico contesto. Sulla scia di queste modificazioni al centro non c'è più l'idea della malattia e dell'infermità come condizione individuale ma ci sono le relazioni del soggetto con il contesto, introducendo l'idea del funzionamento e lavorando

9 Cfr. tutto il numero monografico «Minority Reports. Cultural Disability Studies», n. 1, *La presa di parola/The capture of speech*, 2015.

10 Sul nesso tra diritti sociali e mondo del lavoro, si rimanda a Zilio Grandi (2006). Sulla storia dei diritti sociali, si rinvia invece, come punti di partenza, a Baldassarre (1989); Benvenuti (2012); Biscaretti Di Ruffia (1968); Mazziotti (1964); Giorgis (2006); Rimoli (2004); Rodotà (1997).

11 Cfr. il numero monografico «Minority Reports. Cultural Disability Studies», n. 2. *La guerra in carne e ossa / The War in the Flesh*, 2016.

12 Sul concetto di benessere, oggetto di una diffusione amplissima e su cui vi è una letteratura ampia e da prospettive molti differenti, si può partire, per una prospettiva sociologica, da Secondulfo (2016).

sul funzionamento del soggetto in un dato ambiente/contesto, tanto che nell'ICF-CY (cfr. OMS 2002), strumento chiave di questa visione bio-psico-sociale della salute, si divide in una prima parte che si occupa di Funzionamento e Disabilità e una seconda che si occupa dei fattori contestuali. Questo modello sembra poter quindi favorire l'implementazione del modello inclusivo, che opera appunto sulla modificazione del contesto, lavorando al superamento di barriere mediante l'utilizzo di facilitatori della partecipazione. Lo stesso ha attivato un sistema volto alla promozione di un approccio descrittivo delle varie dimensioni in gioco che permettono di inquadrare il rapporto del soggetto con la propria condizione personale e con il proprio ambiente di vita, e più in generale di lavoro e di esistenza sociale. Oggi essi contendono il campo della gestione della disabilità ad attori la cui visione coincide con un sistema di "cura" la cui presa in carico rende il disabile solo "oggetto di cura".

3. *Disabilità e gestione assistenziale: una rappresentazione statistica*

Ritornando all'oggetto del presente articolo, e in particolare ai dati finora disponibili (gli stessi sono stati presentati nella Relazione al Parlamento del 2022 del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale), possiamo osservare *in primis* una diversa ripartizione di persone con disabilità e anziani all'interno di strutture residenziali. Per quel che riguarda la rappresentatività del dato, bisogna anche ricordare che la rappresentazione degli stessi, da parte dell'Istat, si basa su una diversa distribuzione delle presenze all'interno di strutture, ripartite secondo un ordine per utenza e tipo di residenzialità.

La residenzialità familiare rappresenta una forma di assistenza attivata mediante l'uso di strutture di piccole dimensioni, che dovrebbe consentire una più facile riproduzione della vita familiare, mentre la struttura comunitaria si presenta come un'organizzazione più istituzionalizzata e anomica perché dotata di funzioni e dimensioni maggiori. È necessario a questo punto sottolineare che la grande differenza dimensionale delle strutture tra le regioni italiane rende complesso l'inquadramento statistico, a livello nazionale, per tipologie stabili e omogenee.

Al 31 dicembre del 2019, la distribuzione di ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per tipo di utenza e carattere della residenzialità, risultano essere:

Tipo di utenza	Carattere della residenzialità		
	Familiare	Comunitario	Totale
Anziani autosufficienti	7.380	53.125	60.505
Anziani non autosufficienti	6.644	225.981	232.625
Adulti con disabilità e patologia psichiatrica	3.708	45.317	49.025
Minori con disabilità e disturbi mentali	710	2.421	3.131

Dati provvisori – Fonte Istat 2020

Questi invece i numeri complessivi delle popolazioni presenti nei Presidi per tipologia di utenza e di disagio e la distribuzione per carattere di residenzialità.

Tipo di utenza e tipo di disagio	Carattere della residenzialità			
	Familiare	Comunitario	Non indicato	Totale
Anziani autosufficienti	7.380	53.125	0	60.505
Anziani non autosufficienti	6.644	225.981	0	232.625
Adulti con disabilità e patologia psichiatrica	3.708	45.317	0	49.025
Adulti tossicodipendenti/alcolisti	205	7.108	0	7.313
Adulti coinvolti in procedure penali o in custodia alternativa	44	1.059	0	1.104
Adulte gestanti o madri maggiorenni con figlia carico	373	1.522	0	1.895
Adulti con altre problematiche	1.739	8.387	0	10.127
Minori con nessuna problematica	2.098	8.021	0	10.119
Minori con disabilità e disturbi mentali	710	2.421	0	3.131
Minori tossicodipendenti/alcolisti	9	102	0	111
Minori con altro tipo di disagio	1.095	4.593	0	5.688

Tabella 1: Ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per tipo di utenza, tipologia di disagio e carattere della residenzialità al 31 dicembre 2019 (valori assoluti)*Dati provvisori

Se ci soffermiamo sulla presenza degli anziani nelle strutture, abbiamo uno sbilanciamento dei dati verso gli anziani non autosufficienti nelle strutture di tipo comunitario.

Tipo di utenza	Maschi	Femmine	Totale (a)	di cui Stranieri		
				Maschi	Femmine	Totale
	Valori assoluti					
Anziani autosufficienti	17.806	42.699	60.505	160	172	332
Anziani non autosufficienti	59.789	172.836	232.625	211	402	613
Totale anziani	77.595	215.536	293.130	371	574	945
	Tassi per 100.000 ab.					
Anziani autosufficienti	294,58	546,4	436,58	192,7	105,53	134,99
Anziani non autosufficienti	989,15	2.211,70	1.678,50	254,03	247,12	249,46
Totale anziani	1.283,73	2.758,11	2.115,08	446,73	352,65	384,44

Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per genere, cittadinanza presenti il 31 dicembre 2019 (valori assoluti e tassi per 100.000 ab.)*
Dati provvisori – Fonte Istat

Se aggiungiamo i dati sulla tipologia delle strutture, abbiamo i seguenti dati:

Tipo di utenza	Carattere della residenzialità		Totale
	Familiare	Comunitario	
			Valori assoluti
Anziani autosufficienti	7.380	53.125	60.505
Anziani non autosufficienti	6.644	225.981	232.625
Totale anziani	14.025	279.106	293.130
			Tassi per 100.000 ab.
Anziani autosufficienti	53,25	383,32	436,58
Anziani non autosufficienti	47,94	1.630,56	1.678,50
Totale anziani	101,19	2.013,88	2.115,08

Anziani ospiti nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per carattere della residenzialità delle unità di servizio dei presidi presenti il 31 dicembre 2019 (valori assoluti e tassi per 100.000 ab.)* Dati provvisori – Fonte Istat

Se però vogliamo inquadrare quella che è la struttura territoriale dei servizi residenziali possiamo confrontare i dati dei presidi residenziali per regione e per posti letto, con in seguito anche lo spacchettamento dei dati territoriali per unità operative, per comprendere forse meglio quella dimensione comunitaria che diventa una dimensione enorme per posti letto, ricordando strutture non troppo lontane nel tempo che fungevano da contenitori complessivi del disagio presente nella società.

Regione	Presidi residenziali	Totale posti letto	Ospiti			
			Minori	Adulti	Anziani	Totale
Piemonte	1.235	50.392	1.419	5.378	40.635	47.433
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	56	1.420	46	237	995	1.278
Liguria	520	17.585	795	3.443	11.998	16.236
Lombardia	1.651	86.264	2.371	13.405	67.448	83.224
Trentino-Alto Adige/Südtirol	584	14.298	644	3.031	9.610	13.285
Bolzano-Boz	207	6.202	202	1.204	4.437	5.843
Trento	377	8.096	442	1.827	5.173	7.442
Veneto	931	44.655	989	5.895	34.739	41.623
Friuli-Venezia Giulia	328	13.726	414	1.620	10.390	12.423
Emilia-Romagna	1.870	42.740	2.141	5.968	30.128	38.237
Toscana	859	22.762	1.220	3.950	15.837	21.008
Umbria	277	5.791	310	1.704	3.234	5.247
Marche	458	12.209	126	1.870	9.016	11.012
Lazio	936	24.888	2.080	5.347	14.604	22.032
Abruzzo	137	5.335	106	933	3.555	4.594
Molise	70	1.952	171	287	1.244	1.701
Campania	438	10.601	604	3.079	5.459	9.142
Puglia	572	15.793	931	3.157	10.258	14.346
Basilicata	169	4.164	232	773	2.402	3.408
Calabria	308	7.469	467	1.897	3.960	6.324
Sicilia	1.107	26.079	3.449	6.978	12.081	22.509
Sardegna	310	8.201	535	1.246	5.539	7.319
Nord Ovest	**3.462**	**155.661**	**4.631**	**22.463**	**121.076**	**148.170**
Nord Est	**3.713**	**115.419**	**4.187**	**16.514**	**84.866**	**105.568**
Centro	**2.531**	**65.651**	**3.736**	**12.871**	**42.691**	**59.298**
Sud	**1.694**	**45.313**	**2.511**	**10.125**	**26.877**	**39.514**
Isole	**1.417**	**34.280**	**3.984**	**8.224**	**17.620**	**29.828**
ITALIA	**12.816**	**416.324**	**19.050**	**70.198**	**293.130**	**382.378**

Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, posti letto, tipologia di utenza e Regione. Dati al 31 dicembre 2019 (valori assoluti)[13].

13 A partire dal 2009 l'analisi dell'offerta residenziale viene condotta dall'Istat a livello di "unità di servizio" che eroga diverse tipologie di assistenza all'inter-

Regione	Classi di posto letto					
	Fino a 6 posti letto	Da 7 a 20 posti letto	Da 21 a 50 posti letto	Da 51 a 100 posti letto	Oltre 100 posti letto	Totale
Piemonte	215	785	482	222	57	1.761
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	6	37	20	2	1	66
Liguria	108	217	219	77	13	634
Lombardia	233	810	286	361	242	1.931
Trentino-Alto Adige/Südtirol	273	184	79	76	21	633
Bolzano-B	51	65	51	33	7	207
Trento	222	119	28	43	14	426
Veneto	218	426	188	162	129	1.122
Friuli-Venezia Giulia	58	147	122	45	29	400
Emilia-Romagna	888	630	356	200	36	2.111
Toscana	217	415	305	98	7	1.042
Umbria	63	172	59	17	2	313
Marche	174	371	181	11	1	738
Lazio	119	592	256	88	17	1.072
Abruzzo	7	84	59	21	5	176
Molise	14	55	19	4	2	94
Campania	79	308	141	16	5	549
Puglia	79	268	243	52	8	650
Basilicata	17	111	44	12	2	186
Calabria	16	220	108	13	1	358
Sicilia	69	808	353	44	5	1.279
Sardegna	22	195	145	15	2	380
Nord Ovest	**563**	**1.849**	**1.006**	**662**	**312**	**4.393**
Nord Est	**1.437**	**1.387**	**745**	**483**	**215**	**4.266**
Centro	**573**	**1.550**	**800**	**214**	**27**	**3.165**
Sud	**212**	**1.047**	**614**	**119**	**23**	**2.014**
Isole	**91**	**1.003**	**498**	**59**	**8**	**1.659**
ITALIA	**2.875**	**6.837**	**3.663**	**1.537**	**585**	**15.497**

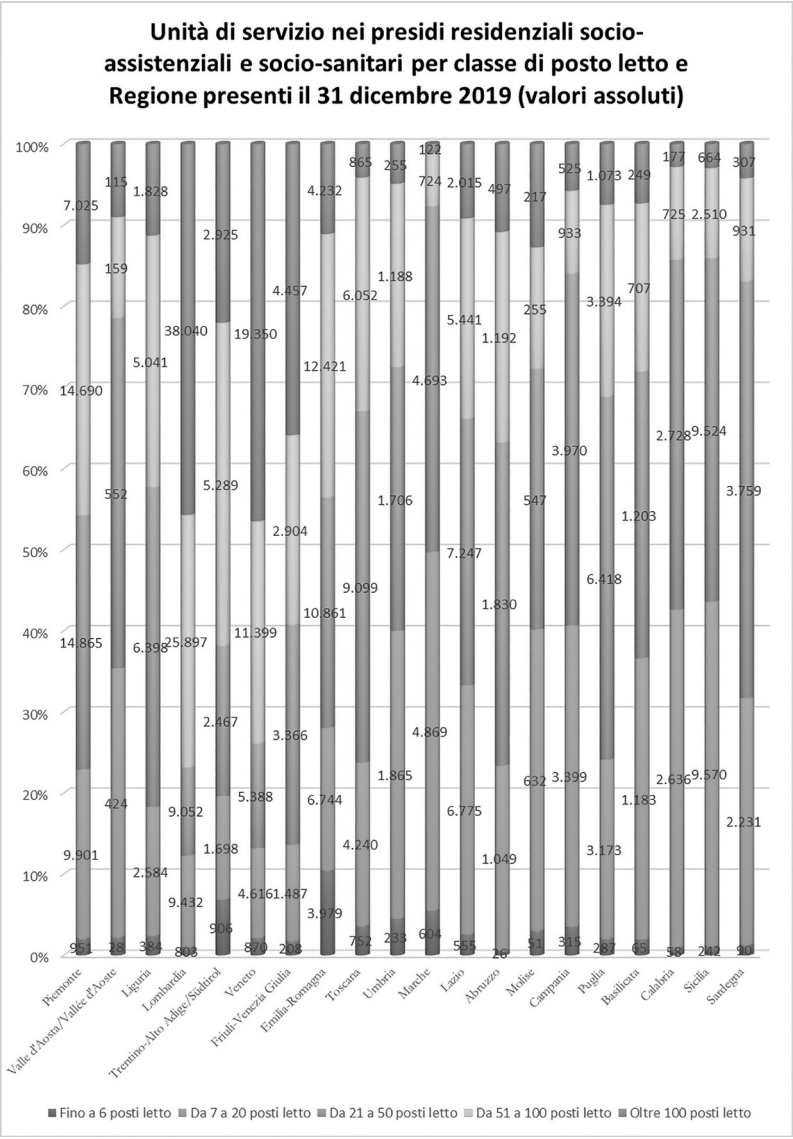
Unità di servizio nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per classe di posto letto e Regione. Dati al 31 dicembre 2019 (valori assoluti). Fonte: Istat. Dati provvisori in attesa di pubblicazione.

no di ciascun presidio: si tratta di moduli funzionali in cui può essere suddiviso quest'ultimo. Come previsto dal "Nomenclatore interregionale degli interventi e dei servizi sociali", le "unità di servizio" vengono classificate secondo tre livelli: la funzione di protezione sociale, il livello di assistenza sanitaria erogata, il carattere della residenzialità. Ai tre criteri di classificazione viene inoltre associato il target d'utenza prevalente. L'obiettivo della classificazione è quello di consentire una descrizione dell'offerta residenziale che non risenta dei diversi criteri definitori e classificatori adottati a livello regionale. È da rilevare, inoltre, che il totale delle "unità di servizio" non coincide con il totale dei presidi residenziali perché all'interno di un presidio residenziale possono esserci più "unità di servizio".

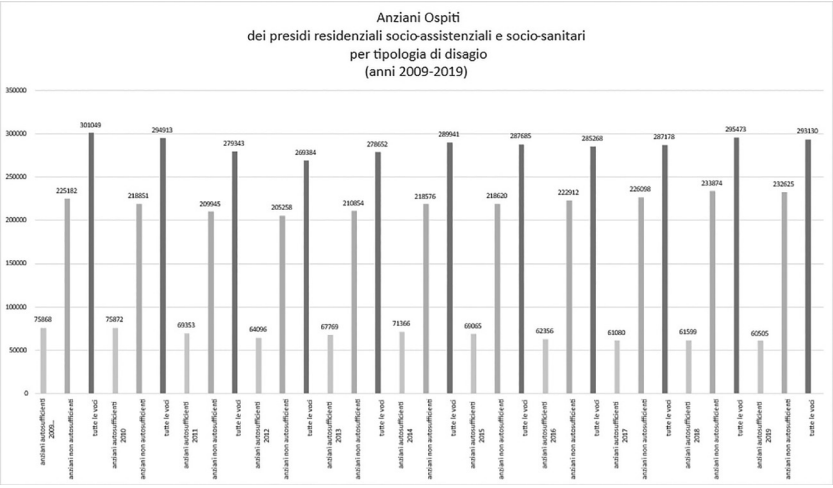
Le tre rappresentazioni allegate di seguito restituiscono il rapporto tra le tipologie all'interno delle singole regioni e poi si può vedere come la presenza delle grandi strutture (come sicuramente possono definirsi le Unità di servizio con 100 e più posti letto) si concentra in aree del Paese ben definite. Se proviamo a guardare anche l'andamento della serie storica delle presenze degli anziani in Strutture, vediamo come calano gli anziani autosufficienti e mantengono un livello molto elevato gli anziani non autosufficienti negli ultimi anni.



Unità di servizio nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per classe di posto letto e Regione presente il 31 dicembre 2019. Classi posto oltre 100



Unità di servizio nei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per classe di posto letto e Regione presenti il 31 dicembre 2019 (valori assoluti).



Anziani Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per tipologia di disagio (anni 2009-2019)

4. *Che ne è del campo della disabilità nell'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*

A partire dai dati finora rappresentati, sembra evidente che se da una parte c'è una visione della disabilità che sceglie di lasciare i soggetti, siano essi disabili e anziani, in particolare quelli non autosufficienti, nel proprio contesto, vi è per contrappunto statistico la necessità di favorire la partecipazione delle persone con disabilità alle proprie scelte. La stessa visione si affianca a una idea della disabilità che, nonostante la formale adesione ai principi della Convenzione per i diritti delle persone con disabilità, sembra continuare a privilegiare la funzione procedurale dei servizi e non l'uso di queste da parte persone. Tale interpretazione si evince a partire da una lettura incrociata dei dati, i cui risultati evidenziano una il sostegno da parte degli enti regionali a una offerta di strutture di tipo residenziale e diffusa sul territorio.

Il dato tace sulla principale criticità della residenzialità, ovvero alto rischio, soprattutto in strutture molto grandi, di istituzionalizzazione e soprattutto di segregazione dei soggetti fragili (cfr. Merlo e Tarantino 2018). L'azione segregativa, come analizzato da Merlo (2019, p. 12), diviene, rispetto ai soggetti stigmatizzati, una separazione forzata dal resto della

comunità. Per tali soggetti, essa significa costringerli, per dirla con la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, «a vivere in una particolare sistemazione, senza poter scegliere dove e con chi vivere ed essere obbligati a frequentare certi luoghi e certi ambienti solo "a causa" della propria disabilità».

Ancora, analizzando il modello di welfare "familistico" italiano, per le persone con disabilità questa caratterizzazione sembra ancora più evidente. Il care giver che affianca il disabile è spesso un familiare e quando questi viene meno, il sistema di cura familiare ne risulta distrutto. È in questo stato che frequentemente si palesa la via servizi residenziali. Essi non risultano percettivamente differenti dalle tradizionali "strutture". La similitudine percettiva li rende agli occhi dei familiari non desiderabili come prima opzione nell'assistenza del disabile. L'elevato tasso di sanitarizzazione (Merlo 2019) restituisce come dato attitudinale diretto un abbassamento nella qualità di vita e rispetto del disabile presso la propria abitazione.

Vi è però la volontà istituzionale di lavorare alla trasformazione di tali luoghi rendendoli sempre più aperti e accoglienti. L'apertura al territorio e all'altro vuole delimitare gli impatti negati prodotti dall'isolamento da luoghi e persone vicine e il rischio di paradossale esclusione, effetto anche di una prolungata ed esclusiva frequentazione di persone nella medesima condizione. Si vuole trasformare l'ordinario rapporto con persone di età e caratteristiche diverse, ordine che può essere garantito mantenendo nel proprio contesto il soggetto. In questo caso l'aspetto che si mette più in rilievo è la difficoltà di sicurezza personale per i soggetti con disabilità e, in assenza di care giver, la possibilità quindi in queste strutture di garantire una "protezione" continuativa.

Questa doppia visione della disabilità, da una parte come condizione transitoria e che ha a che fare con il "contesto" disabilitante e, dall'altra, come condizione di "non autosufficienza" e necessitante assistenza, vede nel profilo dell'anziano il punto chiave per questa attrazione dell'uno verso l'altro, sembra potersi riconoscere all'opera anche nella costruzione di gruppi di lavori potenzialmente confliggenti che lavorano su queste categorie.

Al momento, in un maldestro tentativo di attivazione del Piano Nazionale Ripresa Resilienza anche nel campo della disabilità, si assiste all'istituzione di un nuovo gruppo[14] che lavora alla produzione di una Legge

14 L'istituzione di una Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria per la popolazione anziana, istituita presso la Presidenza del Consiglio e presieduta da Monsignor Paglia, e la Commissione "Interventi sociali e politiche per la non autosufficienza", istituita presso il Ministero del Lavoro e Politiche sociali e presieduta dall'ex ministro della Salute Livia Turco.

Delega sulla disabilità. La trasformazione giuridica è effetto anche di uno stanziamento di risorse sia per il settore delle disabilità che per l'intero ambito sanitario. L'assistenza è oggetto di un investimento di 15,63 miliardi, una parte, pari a 6 miliardi di euro saranno ripartiti nel seguente modo: 4 miliardi saranno riservati all'assistenza domiciliare e la telemedicina, mentre 2 saranno destinati alle strutture residenziali[15].

Fra queste spicca la Legge quadro della disabilità che risponde ai principi della Convenzione ONU e alla Strategia per i diritti delle persone con disabilità che «semplificherà l'accesso ai servizi, i meccanismi di accertamento della disabilità e potenzierà gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di intervento individualizzato».

I testi già elaborati dal gruppo dovrebbero confluire in qualità di relazione a due Commissioni insediate dal Ministro per le disabilità finalizzate alla elaborazione dei decreti legislativi in attuazione della Legge delega sulla disabilità n. 227 del 2021. Vi è, quindi, da una parte un gruppo di lavoro impegnato nella stesura degli schemi dei decreti legislativi relativi alla definizione della condizione di disabilità nonché revisione, riordino e semplificazione della normativa di settore[16]. Dall'altro lato, abbiamo una Commissione istituita dal ministro Orlando, con il compito di "promuovere l'implementazione del sistema dei servizi sociali individuati dalla normativa nazionale, nonché a favorire la razionalizzazione e la semplificazione del quadro delle politiche per la non autosufficienza. Si tende in questo caso a una diversa formulazione di linee guida e di proposte in materia di

15 È previsto un investimento di 11,17 miliardi per infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore, vi sono in questa voce di spesa anche ulteriori investimenti per la disabilità. Sono poi impegnati in bilancio 1,45 miliardi nell'ambito dei servizi sociali, mentre 9,02 miliardi risultano assegnati alle opere di rigenerazione urbana e housing sociale. La comprensione degli obiettivi generali e della struttura del piano rivolte all'inclusione sociale (Goal: 1, 3, 4, 5, 10) sono descritte in: Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Next Generation EU*, in «www.italiadomani.gov.it». Un'analisi dello strumento è sviluppata nl testo da D'Ascenzio e Ferraro (*infra*).

16 Il gruppo di lavoro è impegnato nell'accertamento della condizione di disabilità e nella revisione dei suoi processi valutativi di base. Vi sono poi delle azioni volte alla valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato; alla informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione; alla riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità; alla istituzione di un Garante nazionale delle disabilità; al potenziamento dell'Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità, istituito presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, cercando così di dare piena attuazione alla Legge delega e al contempo ai principi e ai dettami della Convenzione Onu per i diritti delle persone con disabilità.

livelli essenziali negli specifici campi di intervento, in collaborazione e raccordo con la Rete della protezione ed inclusione sociale. Commissione che in questo caso contribuisce alla pianificazione dei servizi e al tema della non autosufficienza, e che tuttavia rischia di trasformarsi in una macro-categoria, che come anticipato nell'articolo, potrebbe poi assorbire il concetto di disabilità in un'indistinta macro-categoria della non-sufficienza.

L'attribuzione della stessa al campo della non autosufficienza potrebbe tradursi in una produzione procedurale non più orientata all'inclusione del disabile, ma all'organizzazione di funzioni e strutture tutte ancorate alla prestazione gestionale. Funzioni che dispongono i bisogni dei soggetti secondo un doppio principio: di ordine istituzionale e di raggruppamento per qualità dell'autosufficienza. Una produzione procedurale che attivando una diversa categorizzazione dei soggetti ne consente l'inserimento nel campo della non autosufficienza, che come anticipato comprime lo spazio cancellando le differenze tra anzianità e disabilità.

Forse l'esempio più chiaro di questa doppia visione possiamo indentificarlo a partire dal tema della "comunità", cioè da quella struttura che "con" la persona lavora per il futuro della stessa.

La visione di una "comunità" connessa alla visione della disabilità, coerente con la Convenzione, credo si possa ricondurre a una comunità "aperta", in cui la persona entra ed esce, in cui decide come stare, una comunità che deve modificare sé stessa per permettere la partecipazione del soggetto stesso. La visione di "comunità" connessa alla visione della non autosufficienza sembra essere invece quella di una comunità "chiusa", finanche "protetta", in cui il soggetto è separato dal suo contesto e "preso in carico", spesso facendolo vivere solo con persone della sua età e della propria condizione, in strutture che probabilmente di comunitario conservano solo il nome.

Possiamo, a questo punto, anche fare riferimento al tema della "domiciliarità" delle prestazioni, nella proposta di legge per la non autosufficienza, che sembra includere anche le strutture che già svolgono accoglienza tra quelle che possono considerarsi di tipo "domiciliare", in un certo senso come oggi sono, l'abbiamo anche visto in precedenza, le strutture che vengono classificate come comunitarie con unità di servizio che arrivano a un numero di posti letto altissimo.

Mi sembra che si possa dire che è in corso un confronto tra visioni diverse sul tema della condizione delle persone con disabilità, con la necessità di mantenere le differenze tra la condizione di disabilità, quella di anzianità e la condizione di non autosufficienza. La compresenza di gruppi di lavoro differenti è segno che al momento non c'è una visione unitaria o assiologicamente organizzata su questi temi, ma anche che la posta in gioco, come

accade ogni volta che si elaborano categorie ombrello, è il rischio di vedere svanire la specificità di condizioni in nome di una razionalizzazione degli interventi sociali, che hanno bisogno di un palinsesto generale. D'altronde possiamo dire che anche la disabilità nella sua storia ha svolto questa funzione di categoria ombrello, assorbendo tante condizioni diverse, ma l'esito di quel percorso possiamo riconoscerlo nella Convenzione per i diritti delle persone con disabilità, una Carta di diritti che ha fatto da modello per altre condizioni favorendone l'emancipazione da trattamenti degradanti e non rispettosi della dignità delle persone. Se l'asse oggi si sposta verso una preminente attenzione ai servizi, il rischio concreto è che si privilegi l'efficienza e l'economicità, la via *brevis*, che quasi sempre, in questi casi, si è incarnata in una struttura separata che "gestisce" e "amministra" i soggetti, limitandone i funzionamenti.

Riferimenti bibliografici

Baldassarre A., 1989, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma, Treccani.

Benvenuti M., 2012, *Diritti sociali*, in *Digesto Discipline Pubblicistiche, Aggiornamento*, Torino, Utet.

Berzano L., Prina F., 2005, *Sociologia della devianza*, Roma, Carocci.

Besozzi E., 2019, *Società, cultura, educazione. Teorie, contesti e processi*, Roma, Carocci.

Biscaretti Di Ruffia P., 1968, *I diritti sociali*, in *Novissimo Digesto Italiano*, Torino, Utet.

Castel R., 2019, *Le metamorfosi della questione sociale. Una cronaca del salariato*, Milano-Udine, Mimesis (ed. or. 1995).

Id., 2007, *Inquadrare l'esclusione*, in Gino Covili, *Gli esclusi*, Macerata, Quodlibet.

Ferrucci F., 2004, *La disabilità come relazione sociale. Gli approcci sociologici tra natura e cultura*, Soveria Mannelli, Rubbettino.

Foucault M., 2003, *L'ermeneutica del soggetto. Corso al Collège de France (1981-1982)*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 2001).

Id., 1976, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Torino, Einaudi (ed. or. 1975).

Galton F., 1883, *Inquiries into Human Faculty and its Development*, London, MacMillan.

Giorgis A., 2006, *Diritti sociali*, in S. Cassese (a cura di), *Dizionario di Diritto Pubblico*, Milano, Giuffrè.

Goffman E., 2003, *Stigma. L'identità negata*, Verona, ombre corte (ed. or. 1963).

Goodley D., 2017, *Disability Studies. An Interdisciplinary Introduction*, London-Thousand Oaks-New Delhi-Singapore, Sage.

Heidegger M., 1976, *Essere e tempo*, Milano, Longanesi (ed. or. 1927).

Hughes B., 2019, *A Historical Sociology of Disability. Human Invalidity from the Antiquity to Early Modernity*, London, Routledge.
Mazziotti M., 1964, *Diritti sociali*, in *Enciclopedia del Diritto*, vol. XII, Milano, Giuffré.
Medeghini R., a cura di, 2015, *Norma e normalità nei Disability Studies. Riflessioni e analisi critica per ripensare la disabilità*, Trento, Erickson.
Melossi D., 2002, *Stato, controllo sociale, devianza*, Milano, Bruno Mondadori.
Merlo G., 2019, *Introduzione. Parlare di segregazione è una scelta. Parlare di segregazione è una necessità*, in «Minority Reports. Cultural Disability Studies», n. 9. *Economia politica della segregazione/The Political Economy of Segregation*.
Merlo G., Tarantino C., 2018, *La segregazione delle persone con disabilità. I manicomi nascosti in Italia*, Sant'Arcangelo di Romagna, Maggioli.
OMS, 2002, *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Trento, Erickson (ed. or. 2001).
Pizzo C., 2021, *Integrazione e inclusione: questione di parole?*, in M. Brambilla, M. D'Amico, V. Crestani, C. Nardocci, a cura di, *Genere, disabilità, linguaggio. Progetti e prospettive a Milano*, Milano, Franco Angeli.
Pizzo C., Boucher Castel L. (a cura di), 2016, *La guerra in carne e ossa/The War in the Flesh*, in «Minority Reports. Cultural Disability Studies», n. 2.
Quételet A., 1853, *Théorie de probabilités*, Bruxelles, Jamar.
Id., 1835, *Sur L'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale*, 2 vol., Paris, Bachelier.
Rimoli F., 2004, *Stato sociale (dir. cost.)*, in *Enciclopedia giuridica*, Roma, Treccani.
Rodotà S., 1997, *Diritti sociali*, in P. Grossi (a cura di), *Giuristi e legislatori*, Milano, Giuffrè.
Schianchi M., 2012, *Storia della disabilità. Dal castigo degli dèi alla crisi del welfare*, Roma, Carocci.
Secondulfo D., a cura di, 2016, *Sociologia del benessere. La religione laica della borghesia*, Milano, Franco Angeli.
Tarantino C., a cura di, 2015, *Presa di parola/Capture of Speech*, in «Minority Reports. Cultural Disability Studies», n. 1.
Id. 2021, *La funzione spettro della disabilità. Studio di catottrica politica*, in «Sociologia del diritto», n. 2.
Tomeo V., 1979, *Dalla devianza al conflitto: verso una dissoluzione del concetto di devianza?*, in «Sociologia del diritto», n. 1-2, pp. 35-53.
Ville I., Fillon E., Ravaud J.F., 2014, *Introduction à la sociologie du handicap. Histoire, politiques et expériences*, Louvain-la-Neuve, De Boeck.
Zilio Grandi G., 2006, *Diritti sociali e diritti nel lavoro*, Torino, Giappichelli 2006.