

Welfare

luglio | settembre
2022
NUMERO **3**

OGGI

PER I PROFESSIONISTI DEL SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

Il capitale umano nel Welfare. Cerchiamo braccia ma c'è bisogno di persone (e competenze)

Rita Cutini
Direttrice Welfare Oggi



**Roberto Mezzina, Vandana Gopikumar, John Jenkins,
Benedetto Saraceno e SP Sashidharan**

Un Piano Globale per la Salute Mentale

Oscar Zanutto e Silvia Vettor

La cura gentile: costruire una città amica delle persone fragili

Laura Bongiovanni e Carlo Andorlini

Fare Prossimità. Pratiche, Persone e Organizzazioni

Il nuovo Bando 2023

**SCADENZA DEL BANDO 2022
PROROGATA AL 31 OTTOBRE**


**MAGGIOLI
EDITORE**



io ci conto.

**Migliore qualità della vita degli ospiti
in casa di riposo e di chi se ne occupa:
io ci conto.**

Benessere, sicurezza, serenità: per gli ospiti delle case di riposo e degli operatori delle strutture residenziali, attraverso un'offerta di prodotti specifici per ogni esigenza, sicuri ed affidabili, con il valore di un servizio di alta qualità, efficiente ed attento.

Soluzioni Serenity per la gestione dell'incontinenza in casa di riposo:
io ci conto.

Riservato alle categorie professionali specializzate - Luglio 2018

SERENITY[®]

scopri di più su
www.serenity-care.com

 **iociconto**

Per informazioni o assistenza
all'acquisto online puoi chiamare
i nostri operatori al Numero Verde.

Numero Verde
800-767-607

IL MONDO AIDOS



“ *Offriamo al privato la professionalità ospedaliera.* ”

commerciale@aidoshc.com
www.aidoshc.com
tel/0522875226

Aidos HC nasce dall'idea di Silvio Sacchi e della sua decennale **esperienza** nel fare proposte commerciali utili per il cliente.

Silvio, dopo anni di esperienza nel settore, ha deciso di creare un'**azienda** capace di accompagnare il cliente **nell'analisi** delle sue esigenze e nella scelta del prodotto, grazie alla formazione, professionalità e dedizione del suo team.

Dopo l'esperienza maturata in **Pharma Hygiene**, azienda creata dal padre da più di 40 anni, Silvio ha sviluppato l'esigenza di **cambiare filosofia** aziendale, impostando le forniture legate al servizio in maniera **altamente** professionale, con l'esclusivo obiettivo di raggiungere **risultati congiunti** con il cliente.

Aidos HC, ha assicurato negli ultimi dieci anni **flessibilità**, competenza e **fiducia** ai suoi clienti, grazie alla collaborazione con fornitori esperti.

Aidos opera in **6 settori** differenti:

- Medicale
- Dentale
- Veterinario
- Beauty
- Pulizia e disinfezione
- Servizi educativi e scolastici



teiacare

IL POTERE DI FARE MEGLIO

PORTIAMO IL POTERE DELLA TECNOLOGIA NEL MONDO DELLA LONG-TERM CARE

Perché la tua struttura possa fare di più e sempre meglio

**IL FUTURO DELLA TUA CASA DI
RESIDENZA È ORA!**

INNOVIAMO

i tradizionali modelli
di assistenza

SUPPORTIAMO

i processi decisionali
della dirigenza

CONTENIAMO

i costi di gestione
ottimizzando le risorse



teiacare.com

+39 02 2416 9208

info@teiacare.com

b.ADI

L'ASSISTENZA
DOMICILIARE
SI EVOLVE



TI ASPETTIAMO
AL FORUM N.A.



b-adi.it



margotta medical

SISTEMI INFORMATICI SOCIO-SANITARI



it.margottamedical.com

LE RADICI DI UN'OTTIMA ORGANIZZAZIONE

SOFTWARE GESTIONALI NEL SETTORE DELL'ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA



ASSISTENZA DOMICILIARE



STRUTTURE SOCIO-SANITARIE



RAPPORTO CON I PARENTI



GESTIONE ACCESSI VISITE ESTERNE



RILEVAZIONE DI SEI PARAMETRI VITALI

MARGOTTA MEDICAL s.r.l.

Via Cavour, 1 - 40033 Casalecchio di Reno (BO) - Tel. 051 6130101 - Fax 051 590311

info@margottamedical.it www.margottamedical.it

EQUO TREND
750/755



BEDROOM



LIVING LUNCH

Riscoprire il sapore di casa, con un modo nuovo di pensare gli arredi per residenze assistite, **che risponde all'evoluzione di una terza età sempre più attiva.** Un sistema versatile per progettare spazi assistiti che soddisfino gli standard di ergonomia e sicurezza senza rinunciare alle sensazioni di un ambiente domestico.

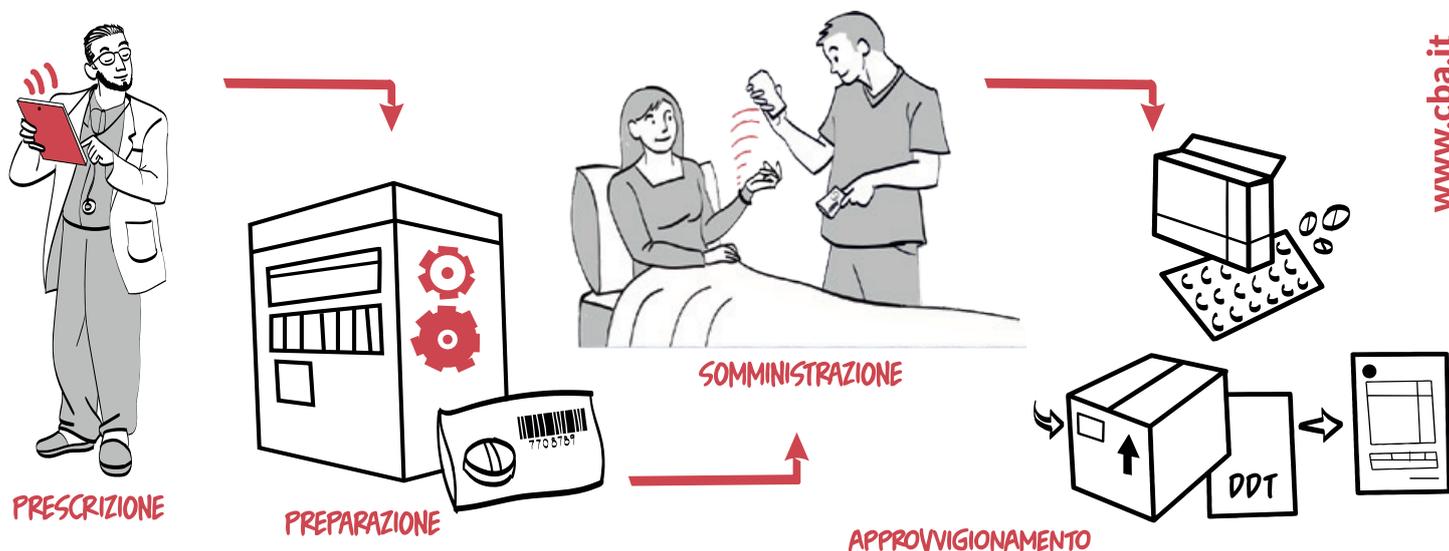
malvestio.it

 **MALVESTIO**[®]

Divisione arredi per
residenze assistite
Made in Italy

Automatizza la filiera del farmaco!

Approfitta dei vantaggi del Piano Industria 4.0: chiedici una consulenza!



Ogni fase del processo ha più vantaggi!

Le terapie vengono prescritte sul software

- **Controlli formali** sulla terapia
- **Chiarezza, completezza e uniformità** della prescrizione
- **Eliminazione della trascrizione**

Il robot riceve le terapie dal software e le prepara in bustine monodose che riportano:

- i dati dei farmaci e del paziente
- un codice a barre per l'identificazione

- **Velocità nella preparazione** della terapia
- **Riduzione del rischio clinico**
- Personale sgravato dal lavoro manuale e **maggior tempo per le cure**

L'infermiere somministra la terapia verificando con un palmare la corrispondenza tra assistito e bustina

- **Garantisce corrispondenza** tra assistito e terapia
- Segnala le **modifiche recenti** della terapia
- Traccia la **somministrazione**

Il magazzino farmaci viene centralizzato e può essere gestito con il software

- **Il prontuario è sempre aggiornato**
- **Automatizza le richieste** di farmaci
- **Gli ordini sono più efficienti**
- **Approvvigionamento più rapido e risparmio economico**
- Le **giacenze** di magazzino sono sempre **allineate**
- **Controllo puntuale su scorte e scadenze** dei farmaci

Vuoi introdurre la soluzione del farmaco sicuro ma non sai come fare?

Gli esperti CBA possono preparare il tuo personale all'innovazione organizzativa, con un percorso dedicato.

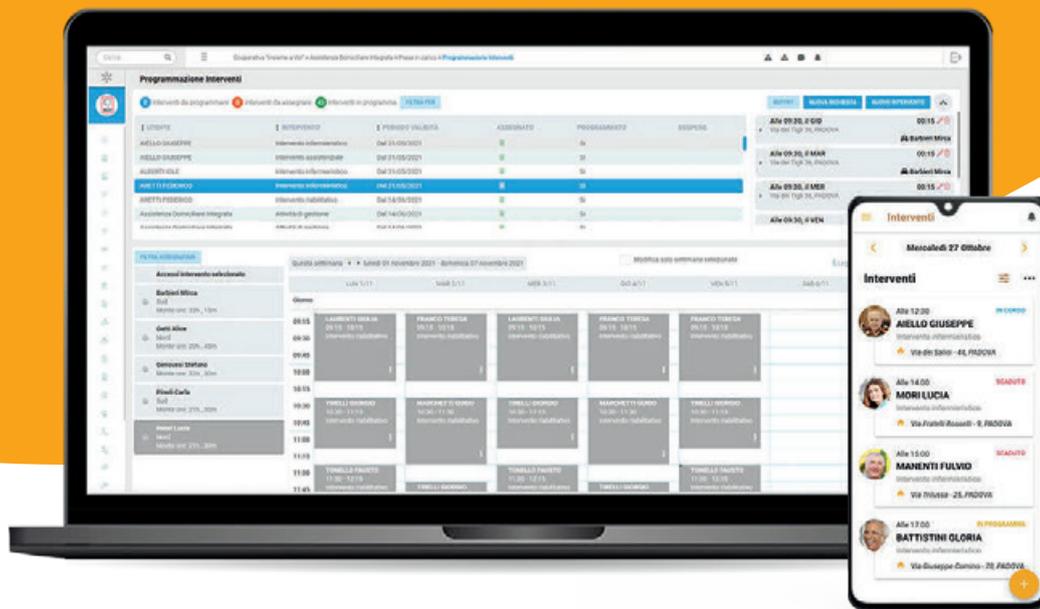
Inquadra il QR Code e scopri le storie di chi sta già usando la soluzione



Siamo al Forum della Non Autosufficienza, **incontriamoci allo stand 37!**

UNO.DoMo

L'ASSISTENZA DOMICILIARE A PORTATA DI MANO



La piattaforma software con app dedicata per la gestione dei servizi socioassistenziali sul territorio

Richiedi una demo al sito www.softwareuno.it

LA FLESSIBILITÀ CHE ASPETTAVI

Il sistema sulla base della calendarizzazione degli interventi e delle prestazioni richieste, individua gli operatori liberi con le skills idonee. L'operatore, riceve, accetta o rifiuta la richiesta e la pianifica nel calendario. In caso di imprevisto l'app consente di riorganizzare l'intervento in tempo reale.



Gestione appalti e contratti



Programmazione giri e agende



Assegnazione interventi



Gestione richieste



Timbratura e consuntivazione



Riprogrammazione facile



20 ANNI DI ESPERIENZA E RICERCA



RISTOSANO è la soluzione adottata dal mondo sanitario e sociosanitario per rispondere ai bisogni dei pazienti che soffrono di disfagia.

Permette di realizzare menù vari, gradevoli, tradizionali, nutrienti e sicuri per i pazienti disfagici. I risultati di RISTOSANO sono il frutto di 20 anni di esperienza, lavoro e ricerca in sinergia con centri di ricerca e professionisti del mondo sanitario.



PER INFO
E RICHIESTE
AVVIA
UNA CHAT

SOMMARIO

EDITORIALE

- 3** Il capitale umano nel Welfare
Rita Cutini

I TEMI DI WELFARE OGGI

- 5** Disuguaglianze e vulnerabilità in salute mentale durante e dopo la pandemia. Un piano globale
Roberto Mezzina, Vandana Gopikumar, John Jenkins, Benedetto Saraceno, SP Sashidharan
- 14** Verso una società interculturale
Carlo Gelosi
- 21** La cura gentile: costruire una città amica delle persone fragili
Oscar Zanutto, Silvia Vettor
- 27** Inediti profili di caregiving: quando l'età nella cura fa la differenza
Elisa Comandini

RICERCHE

- 33** Fare prossimità. Pratiche, persone e organizzazioni
a cura di Laura Bongiovanni, Carlo Andorlini

LETTERA A WELFARE OGGI

- 40** Cose che (non) dimentico: un'estate al campo profughi di Pournara (Cipro)
Valeria Perinelli

IL PREMIO WELFARE OGGI: ILLUSTRAZIONE E BANDO – EDIZIONE 2023

- 42** #PREMIOWELFAREOGGI: IL BANDO 2023

Welfare OGGI

DIRETTORE RESPONSABILE
MANLIO MAGGIOLI

DIREZIONE
RITA CUTINI

RESPONSABILE EDITORIALE
FRANCESCO SINIBALDI
fsinibaldi@maggioli.it

CONTATTI
welfareoggi@gmail.com

Progetto Grafico
Alessandro Dante
Niki Caragiulo
Vladan Saveljic

Registrazione
Presso il tribunale di Rimini dell'8.9.1995
al n. 15/95

Stampa
Maggioli S.p.a. Santarcangelo
di Romagna (RN)

Amministrazione e diffusione
Maggioli Editore è un marchio
Maggioli S.p.a.
Via del Carpino, 8
47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
www.periodicimaggioli.it

Servizio Clienti
tel. 0541/628200 – fax 0541/622595
e-mail: abbonamenti.riviste@maggioli.it
www.periodicimaggioli.it

Pubblicità
MAGGIOLIADV
Concessionaria di Pubblicità
per Maggioli S.p.a.
Via del Carpino, 8
47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
tel. 0541/628736-531 – fax 0541/624887
e-mail: maggioliadv@maggioli.it
www.maggioliadv.it

Immagine di copertina:
iStock.com/wildpixel

Filiali
Milano
Via F. Albani, 21 – 20149 Milano
tel. 02/48545811 – fax 02/48517108
Bologna
Piazza VIII Agosto – Galleria del Pincio, 1
– 40126 Bologna
tel. 051/229439-228676
Fax 051/262036
Roma
Piazza delle Muse, 8 – 00197 Roma
tel. 06/5896600
Fax 06/5882342
Bruxelles (Belgium)
Avenue d'Auderghem, 68
1040 Bruxelles
Tel. +32 27422821
international@maggioli.it

Tutti i diritti riservati

È vietata la riproduzione anche parziale del materiale pubblicato senza autorizzazione dell'Editore. Le opinioni espresse negli articoli appartengono ai singoli autori, dei quali si rispetta la libertà di giudizio. I singoli autori si rendono responsabili di tutto quanto riportato, di ogni riferimento, delle autorizzazioni alla pubblicazione di grafici, figure, ecc. L'autore garantisce la paternità dei contenuti inviati all'Editore, manlevando quest'ultimo da ogni eventuale richiesta di risarcimento danni proveniente da terzi che dovessero rivendicare diritti su tali contenuti.

Maggioli S.p.a.

Azienda con Sistema di Gestione Qualità certificato ISO 9001:2015
Iscritta al registro operatori della comunicazione

I servizi del tuo abbonamento


Rivista Specializzata


Archivio storico digitale


L'esperto risponde


Videocorsi

www.periodicimaggioli.it

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

I prezzi dell'abbonamento annuale alla rivista "Welfare Oggi" sono:

> rivista in formato digitale + cartaceo
Euro 145,00

> rivista in formato digitale **Euro 80,00**
(comprensivo dell'Iva al 4% da versare all'Erario)

Il prezzo di una copia cartacea della rivista è di **Euro 47,00**

Il prezzo di una copia cartacea arretrata è di **Euro 50,00**

I Privati e Liberi professionisti possono attivare l'abbonamento annuale alla rivista "Welfare Oggi" ad un prezzo promozionale:

> formato digitale + cartaceo a **Euro 64,00**

> formato digitale a **Euro 48,00**
(comprensivo dell'IVA al 4% da versare all'Erario)

L' "Abbonamento Unico" alla rivista "Welfare Oggi" include i seguenti servizi online:

- Archivio storico
- Video corsi online di PA Digitale Channel
- L'esperto risponde

Tutti i servizi sono direttamente accessibili da
www.periodicimaggioli.it.

Il pagamento dell'abbonamento può essere effettuato con il bollettino di c.c.p.n. 31666589 intestato a Maggioli S.p.a. - Periodici - Via del Carpino, 8 - 47822 Santarcangelo di Romagna (RN) oppure online collegandosi al sito <http://shop.periodicimaggioli.it>.

La rivista è disponibile anche nelle migliori librerie.

In mancanza di esplicita revoca, da comunicarsi in forma scritta entro il termine di 45 giorni successivi alla scadenza dell'abbonamento, la Casa Editrice, al fine di garantire la continuità del servizio, si riserva di inviare il periodico anche per il periodo successivo. La disdetta non sarà ritenuta valida qualora l'abbonato non sia in regola con tutti i pagamenti.

Il rifiuto o la restituzione dei fascicoli della rivista non costituiscono disdetta dell'abbonamento a nessun effetto. I fascicoli non pervenuti possono essere richiesti dall'abbonato non oltre 20 giorni dopo la ricezione del numero successivo.

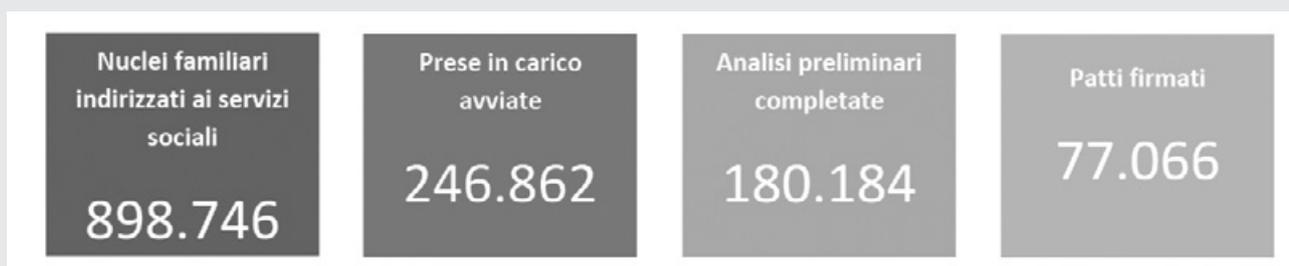
Il capitale umano nel Welfare

Stiamo cercando braccia ma abbiamo bisogno di persone (e competenze)

Rita Cutini

Direttrice Welfare oggi.

Al 1° marzo 2021 solo meno del 30% dei nuclei beneficiari del reddito di cittadinanza indirizzati ai servizi sociali è stato preso in carico dai Comuni competenti e ancora meno sono i nuclei che hanno definito e sottoscritto con i servizi un patto per l'inclusione sociale. Troviamo questo dato nel Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 del Ministero del welfare.



Fonte - Ministero del lavoro e delle politiche sociali. Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023

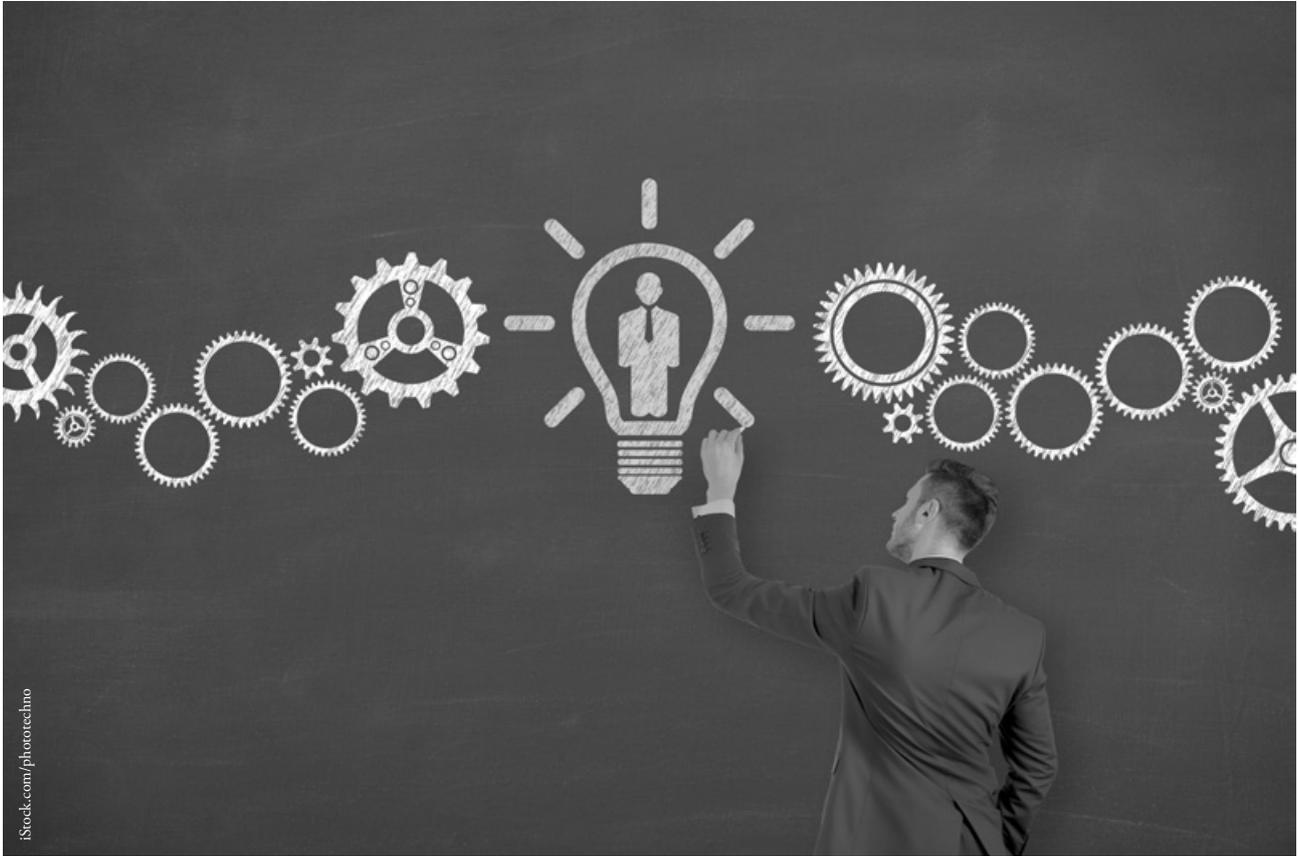
Tra le cause di questo mancato raggiungimento di uno degli obiettivi chiave del reddito di cittadinanza, non è un mistero per nessuno, troviamo la storica e cronica mancanza di personale nei servizi sociali.

Il numero di appena 8.170 assistenti sociali impiegati negli ambiti territoriali sociali nell'anno 2020 mostra in modo incontrovertibile la fatica se non l'impossibilità di realizzare leggi importanti e impegnative senza una organizzazione dei servizi adeguata. In altri termini: senza le persone non ci sono neanche politiche sociali. Le idee e le risorse economiche sono importanti ma non bastano.

Per questa ragione va salutata come una iniziativa molto positiva e opportuna l'introduzione del livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale (un assistente sociale ogni 5.000 abitanti) e l'ulteriore obiettivo (un assistente sociale ogni 4.000 abitanti [1]) con risorse per l'assunzione di assistenti sociali mai viste in passato. È del luglio di quest'anno la firma del Ministro del welfare al decreto attuativo che vede ben 131 milioni (anni 2021 e 2022) per l'assunzione di assistenti sociali.

La carenza di operatori sociali qualificati è uno degli innumerevoli esempi che si potrebbero fare in merito ai motivi strutturali per i quali le politiche anche ambiziose in campo sociale socio-sanitario non trovano una realizzazione adeguata. Altri se ne potrebbero fare per tutte le progettualità che il PNRR sta mettendo in campo. È a tutti nota la faticosa e complessa ricerca del personale nella Pubblica Amministrazione per il PNRR dell'ultimo anno. Il reclutamento e le importanti assunzioni di questi ultimi mesi mostrano uno sforzo considerevole, in termini organizzativi ed economici, per dotare la pubblica amministrazione delle risorse umane

[1] La legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) all'articolo 1, comma 797 e seguenti, ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti e un ulteriore obiettivo di servizio definito da un operatore ogni 4.000 abitanti.



necessarie o almeno proporzionate alle sfide da affrontare. Ma evidentemente non è solo un problema di numeri ma anche di competenze, conoscenze, esperienza, abilità delle persone impiegate. Insomma, c'è bisogno di investire sul capitale umano.

Anche in questo campo sono previsti nel prossimo quinquennio consistenti investimenti, ad esempio, per l'accrescimento delle competenze manageriali, organizzative e digitali dei dipendenti pubblici. Tutto questo è importante. Ma va esplicitata meglio e con più forza la preoccupazione che da più parti del mondo del sociale è avvertita: per dotare il sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali di risorse umane adeguate in termini di numeri e di qualità bisogna fare tanto. Questo dovrà essere l'impegno non dei prossimi mesi ma dei prossimi anni. *Il capitale umano va costruito e non acquistato.* Questo enunciato preso in prestito da Richard Sennet riassume bene lo sforzo da mettere in campo. *Costruire* le competenze delle persone è un investimento a lungo termine che vede impegnato il mondo delle professioni, l'università, le istituzioni e i vari soggetti che si muovono attorno a questi temi.

Il mondo universitario e le agenzie formative devono poter offrire una formazione di base adeguata e di qualità. Alzare l'asticella dei contenuti formativi e promuovere la crescita umana, culturale e professionale di chi dovrà lavorare nei servizi socio-sanitari non può essere una opzione ma è una scelta obbligata.

Centrale è anche avviare percorsi formativi per chi già lavora: le persone che hanno a che fare con le persone debbono essere messe in grado di farlo, devono acquisire le abilità e gli strumenti per poter operare in modo positivo e al meglio.

Gli ordini professionali possono avere un grande ruolo nell'orientare e promuovere una formazione di base e continua aderente alle esigenze della realtà.

La valorizzazione e lo sviluppo del capitale umano nel sistema dei servizi socio-sanitari è cruciale: *non si tratta solo di fare ma di fare bene.*

Disuguaglianze e vulnerabilità in salute mentale durante e dopo la pandemia. Un piano globale

Roberto Mezzina¹, Vandana Gopikumar², John Jenkins³, Benedetto Saraceno⁴, SP Sashidharan⁵

¹ World Federation for Mental Health, ² The Banyan and BALM Academy of Leadership in Mental Health

³ International Mental Health Collaborating Network, ⁴ Lisbon Institute of Global Mental Health

⁵ Institute of Health and Wellbeing, University of Glasgow

La pandemia ha mostrato come le persone più colpite dal virus, indipendentemente dall'entità o dalla natura della calamità, siano state le più vulnerabili ed emarginate nella nostra società. È noto l'effetto di una serie di c.d. determinanti sociali della salute e della salute mentale. La loro più o meno equa distribuzione è alla radice delle disparità di salute. Le disuguaglianze, specie economiche e sociali, ma non solo, stanno aumentando tra Paesi e all'interno di essi. A ciò si sommano le violazioni dei diritti umani, nelle istituzioni e nella società, lo stigma e la relativa discriminazione, l'assenza di adeguato capitale sociale. Le disuguaglianze sociali, che già di per sé influenzano gli esiti in salute mentale, hanno un impatto maggiore sui gruppi vulnerabili, sebbene siano mediate da sistemi di servizi di salute mentale. L'impatto del Covid-19 è un'ulteriore promemoria della necessità di una trasformazione radicale nei servizi. Un piano d'azione locale e globale è stato lanciato di recente da una coalizione di organizzazioni che rappresentano persone con esperienza vissuta di assistenza sanitaria mentale che utilizzano i servizi, familiari, operatori della salute mentale, responsabili politici e ricercatori.

Nel 2021 è stato pubblicato il documento "Azione necessaria per affrontare gli impatti della pandemia di Covid-19 sui sistemi di salute mentale e di erogazione dei servizi nella regione europea dell'OMS - Raccomandazioni del Gruppo Consultivo Tecnico sugli impatti del Covid-19 nella regione europea dell'OMS"

(WHO, 2021). Esso ha convenuto di inquadrare le raccomandazioni in tre aree chiave di impatto: popolazione generale e comunità; gruppi vulnerabili; e servizi pubblici di salute mentale.

Il concetto di vulnerabilità sociale è quello che probabilmente può meglio adattarsi a questi problemi, in quanto si riferisce ai potenziali effetti negativi sulle comunità causati da stressor esterni sulla salute umana.

Le fonti delle disparità di salute mentale e il divario di "cura"

La traduzione predominante in bisogni e risposte mediche tende ad influenzare la nostra concezione dell'assistenza in modo riduzionista. Ciò è particolarmente vero nella salute mentale, dove il trattamento è riferito a una specialità medica, la psichiatria, mentre l'assistenza comprende l'intera gamma di supporti e interventi psicosociali e basati sulla comunità relativi al più ampio campo della salute mentale degli individui e delle loro comunità.

La cura deve essere olistica, o meglio globale (*wholistic*, IMHCN, 2021). Tuttavia, l'attenzione della comunità scientifica globale è polarizzata proprio dal divario di trattamento, che è assai marcato in particolare nei Paesi e nelle popolazioni più poveri (WHO Mental Health Report, 2021), molto più che da questioni come determinanti sociali della salute, stigma e discriminazione, rispetto dei diritti umani, ecc. (WHO, 2020; WFMH, 2020).



iStock.com/Sewcream

L'abbandono di chi ha più bisogno è ancora la realtà in tutto il mondo, e ciò dipende dalla mancanza di uno stato sociale e quindi di servizi offerti gratuitamente o a costi accessibili nei Paesi a basso e medio reddito, alle ampie aree di esclusione sociale e discriminazione per le persone con problemi di salute mentale nei Paesi ad alto reddito.

Disuguaglianze di salute mentale

Per l'OMS, l'equità sanitaria è l'assenza di differenze di salute ingiuste ed evitabili o rimediabili tra i gruppi di popolazione definiti socialmente, economicamente, demograficamente e geograficamente (WHO, 2012). L'equità sanitaria può anche essere definita come l'equa distribuzione dei determinanti di salute (Marmot e Wilkinson, 1999; Marmot, 2015), dei risultati e delle risorse all'interno e tra segmenti della popolazione, indipendentemente dalla loro posizione sociale (Klein e Huang, 2010). È considera-

to un concetto normativo e aspirazionale, come il diritto alla salute, ma è per lo più misurato da disuguaglianze sanitarie che tendono a derivare da disuguaglianze sociali (WHO, 2008). Gli 'stratificatori di equità' riflettono tipicamente le condizioni sociali, ad esempio lo stato socioeconomico, l'istruzione, il luogo di residenza, la razza o l'etnia, l'occupazione, il genere, la religione. Certamente essi si intersecano tra loro, ad esempio l'istruzione aumenta l'alfabetizzazione sanitaria, per quanto riguarda le informazioni ottenibili, le decisioni e il trattamento successivo. Le disparità sanitarie influenzano negativamente gruppi di persone che hanno sistematicamente sperimentato maggiori ostacoli sociali o economici alla salute in base al loro gruppo razziale o etnico, religione, status socioeconomico, genere, salute mentale, disabilità cognitiva, sensoriale o fisica, orientamento sessuale, posizione geografica o altre caratteristiche storicamente legate alla discriminazione o all'esclusione (WHO, 2012).

Una ‘inequità’ sanitaria è evitabile, perché è creata da processi strutturali e politici che influenzano le condizioni di vita quotidiane di individui e popolazioni. Tali processi derivano dal campo sociale, a causa delle disuguaglianze delle condizioni della vita quotidiana e dei *driver* che le generano, ovvero disuguaglianze di potere, denaro e risorse. Pertanto, *qualsiasi azione sulle disuguaglianze sanitarie richiede un’azione su tutti i determinanti sociali della salute*, vale a dire sulla gamma di fattori interagenti che modellano la salute e il benessere.

Innanzitutto consideriamo le disuguaglianze preesistenti, derivanti dallo stato socioeconomico (SES). Alloggi poveri, condizioni di lavoro instabili, disuguaglianze basate sulla casta, sulla classe, sulla razza e sul genere e bassi redditi hanno un profondo effetto sulla salute e sul benessere.

Anche nella salute mentale, le disuguaglianze sistematiche tra gruppi sociali, che sono giudicate evitabili, vanno considerate ingiuste. Ciò avviene quando le disparità in base al sesso, all’età, all’etnia, al reddito, all’istruzione e all’area geografica di residenza possono essere ridotte da *un’azione sui determinanti sociali* (WHO & Calouste Gulbenkian, 2014).

Gli aspetti e i fattori principali implicati nelle disuguaglianze di salute sono riassunti qui di seguito.

a. *Disuguaglianze socioeconomiche e distribuzione geografica*

Le disuguaglianze nella sanità e nell’assistenza sanitaria sono modellate da una varietà di fattori socioeconomici, dalla distribuzione geografica del reddito (ad esempio, quale regione, o se in un contesto urbano o rurale), da caratteristiche specifiche come sesso, etnia, disabilità o appartenenza a gruppi socialmente esclusi (ad esempio, persone che vivono senza fissa dimora).

Esiste un’associazione positiva tra disuguaglianza di reddito e tassi di mortalità tra i Paesi all’interno dell’Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE) (Wildman, 2021)

Tutti gli indici sanitari sono fortemente influenzati dalla disuguaglianza di reddito. Tali disparità stanno aumentando tra i Paesi e all’interno di essi (World Inequality Lab, 2021). In particolare, la disuguaglianza è cresciuta più velocemente in Russia, India e Ci-

na; mentre l’Europa è la regione meno diseguale del mondo, avendo sperimentato un aumento più lieve della disuguaglianza.

Ci sono quindi due componenti delle disuguaglianze globali:

- disuguaglianze tra gruppi all’interno della stessa società;
- disuguaglianze tra Paesi (ad esempio, tassi di mortalità infantile tra sottogruppi urbani e rurali).

I livelli di disuguaglianza variano considerevolmente anche tra i Paesi con livelli simili di reddito *pro capite*. La disuguaglianza di reddito è importante, ma non la più rilevante. I redditi da soli sono in qualche modo inadeguati per la valutazione della disuguaglianza, che dovrebbe incorporare dimensioni di riconoscimento socio-economico, politico e culturale (Stewart, 2013).

Esistono altri tipi di disuguaglianze legate alle condizioni e alle diversità umane: età, razza ed etnia, identità di genere, disabilità. Lo stigma e la relativa discriminazione sono spesso inerenti a molte di queste disuguaglianze, in particolare quelle relative a problemi di salute mentale e gruppi socialmente esclusi in generale.

Un carico complessivo di inequità (The European Health Equity Stays Report, 2019) sta ora influenzando il divario nello stato di salute tra i quintili di reddito più poveri e più ricchi in 36 Paesi europei.

La percentuale del divario è spiegata da 5 fattori, controllati per età e sesso (anni 2003-2016):

- 35% sicurezza del reddito e protezione sociale;
- 29% condizioni di vita;
- 19% capitale sociale e umano;
- 10% servizi sanitari;
- 7% occupazione e condizioni di lavoro.

b. *Capitale sociale*

Il capitale sociale può influenzare i comportamenti legati alla salute. Una maggiore fiducia sociale è associata a una maggiore “efficacia collettiva”, quindi i vicini e i relativi estranei sono più disposti a intervenire per offrire supporto sociale o per prevenire comportamenti devianti. Ciò migliora la qualità generale della vita e i risultati individuali. In secondo luogo, il capitale sociale può influenzare la salute relativamente all’accesso ai servizi e al comfort. Ad esempio,

le comunità socialmente coese possono essere più capaci di unirsi e fare pressioni per migliorare i servizi locali, in particolare se minacciati da tagli. A livello nazionale, un capitale sociale più elevato può tradursi in modelli più egualitari di partecipazione politica e in un maggiore sostegno ai servizi forniti dallo Stato, che garantiscono condizioni di sicurezza a tutti i membri della società.

Infine, il capitale sociale può migliorare la salute influenzando i processi psicosociali, fornendo livelli più elevati di supporto affettivo, autostima e rispetto reciproco.

Il capitale sociale influenza e media i comportamenti legati alla salute, attraverso la fiducia e la reciprocità che si sviluppano tra i cittadini e il dominio pubblico incluse le istituzioni (De Leonardis, 2006).

Mentre ci sono forti prove di un'associazione inversa tra capitale sociale cognitivo e disturbi mentali comuni, così come prove significative per la partecipazione di gruppo, le misure collettive (ecologiche) del capitale sociale non confermano la stessa associazione (De Silva *et al.*, 2005).

Un capitale sociale più elevato è associato a modelli più egualitari di partecipazione politica la quale, a sua volta, condiziona un maggiore sostegno a servizi forniti dallo Stato che garantiscono sicurezza per tutti i membri della società.

L'approccio alle capacità di Amartya Sen (Sen, 1992) fornisce una buona base teorica che, concentrandosi sulle capacità o sulle opportunità piuttosto che sui risultati, lascia spazio alla libera scelta individuale. Pensiamo che questo concetto debba essere riconfigurato in relazione al capitale sociale.

c. *Vulnerabilità*

I gruppi svantaggiati, vulnerabili o emarginati sono definiti dall'OMS come coloro che, a causa di fattori solitamente considerati al di fuori del loro controllo, non hanno le stesse opportunità di altri gruppi più fortunati nella società. Gli esempi potrebbero includere disoccupati, rifugiati e altri soggetti socialmente esclusi. Le popolazioni vulnerabili differiscono dalle popolazioni a rischio, cioè che hanno una maggiore esposizione a uno specifico fattore di rischio. Una popolazione vulnerabile è un sottogruppo o sottopopolazione che è "a più alto rischio di rischi" a causa

di condizioni contestuali sociali comuni che li distinguono dal resto della popolazione (Frohlich e Potvin, 2008).

Ci sono molti aspetti della vulnerabilità, derivanti da vari fattori fisici, sociali, economici e ambientali. La vulnerabilità economica, dovuta all'impatto dei rischi sui beni e sui processi economici, è in questa fase storica strettamente connessa alla vulnerabilità sociale. Va cioè considerato il potenziale impatto di questi eventi negativi su gruppi "speciali" (cioè i poveri, le famiglie monoparentali, le donne incinte o che allattano, i portatori di handicap, i bambini, gli anziani).

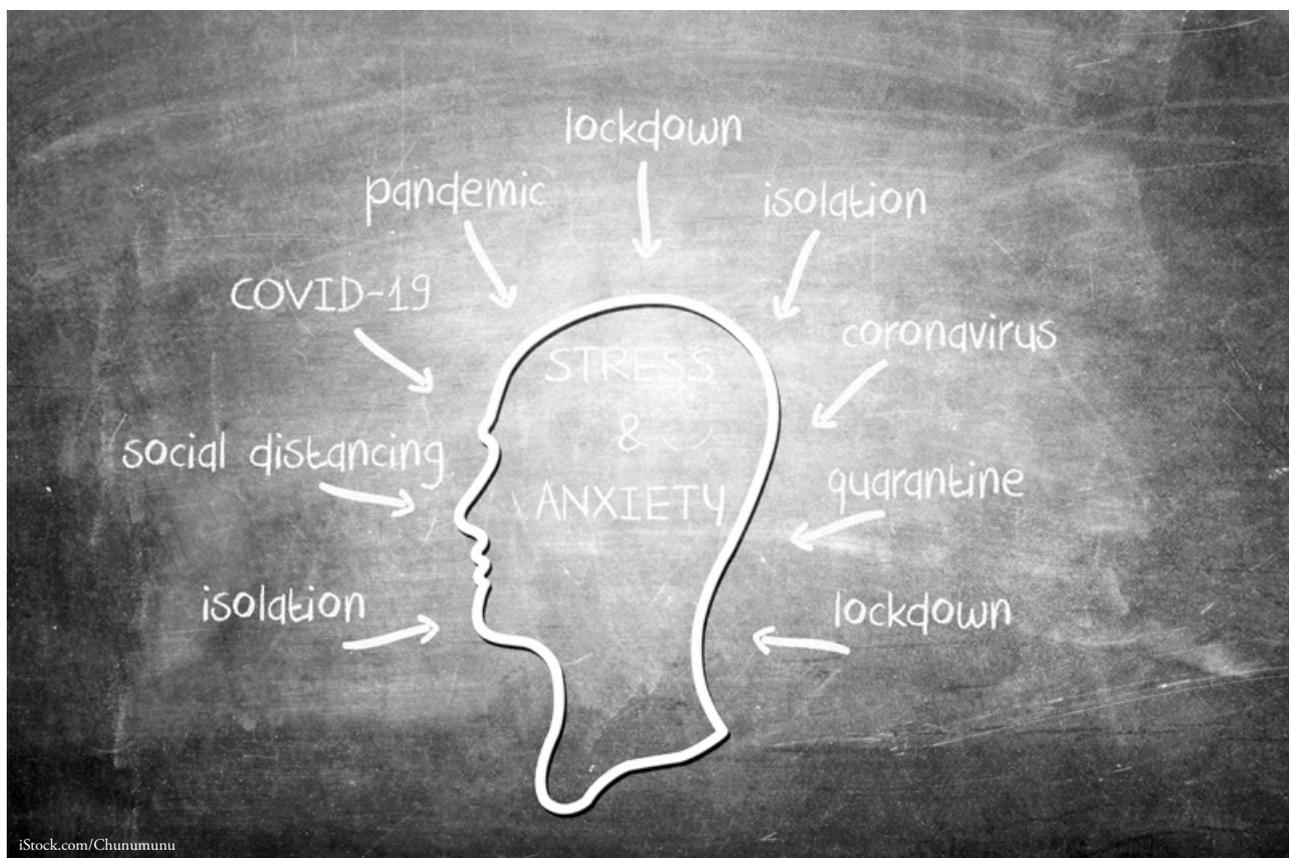
Vulnerabilità non significa solo avere più esposizione, ma anche sviluppare resistenza (e misure correlate per prevenire la perdita) e quindi resilienza, cioè la capacità complessiva di recuperare. Strategie di 'coping' (fronteggiamento) possono comunque essere sviluppate, come è dimostrato dalla capacità di persone, organizzazioni e sistemi, utilizzando le competenze e le risorse disponibili, di affrontare e gestire condizioni avverse, emergenze o disastri (Stewart, 2013).

d. *Diritti umani ed empowerment*

In termini di diritti umani, ci sono inequità dovute alle disuguaglianze nell'ottenere il più alto grado possibile di salute, che significa accesso all'assistenza sanitaria, ai servizi, ai trattamenti, alle prestazioni sociali, ecc.

L'attribuzione di stigma e la relativa discriminazione sono spesso fortemente correlate a queste disuguaglianze e all'esclusione sociale che ne deriva. L'intersezionalità è un quadro teorico che postula che le categorie sociali (ad esempio, razza, etnia, genere, orientamento sessuale, stato socioeconomico) si intersecano a livello micro dell'esperienza individuale per riflettere più sistemi interconnessi di privilegio e oppressione a livello macro, socio-strutturale (ad esempio razzismo, classismo, sessismo) (Bowleg, 2012).

Sperimentare pregiudizi e discriminazioni può anche aggravare e ostacolare il recupero da una condizione di salute mentale, ed è fortemente collegato alla violazione dei diritti umani, nelle istituzioni e nella società. Ad esempio, l'indagine dell'OMS Europa sulle istituzioni residenziali ha mostrato una crescente vio-



lazione dei diritti umani nella prima ondata di pandemia (WHO, 2020).

e. Fattori di rischio specifici per la salute mentale

Molti dei fattori di rischio preesistenti stanno aumentando con la pandemia. Il legame tra povertà e salute mentale è bidirezionale: la mancanza di risorse socioeconomiche aumenta il rischio di esposizione ad esperienze traumatiche e stress che a loro volta hanno ricadute sulla vulnerabilità ai disturbi mentali, i quali a loro volta incrementano la perdita di *status* e di reddito. Altre condizioni e fattori sociali stanno aumentando tale rischio:

- La disoccupazione può influenzare lo sviluppo di disturbi mentali comuni, come la depressione e l’ansia (Mental Health Foundation, 2020).
- Le disparità nell’accesso all’istruzione e all’alloggio dovute allo svantaggio socioeconomico possono aumentare il rischio di malattie mentali, ed inversamente i problemi di salute mentale a lungo termine possono portare le persone alla pover-

tà a causa della discriminazione nell’occupazione e della ridotta capacità di lavorare.

- Le comunità etniche minoritarie sono esposte a un’esperienza cumulativa di microaggressioni come il razzismo che compromettono la resilienza e l’autonomia, aumentando così la loro vulnerabilità alla salute mentale (razzismo “strutturale”, Shim, 2021).
- La disuguaglianza di genere e le disparità di genere nella salute mentale sono fortemente correlate. Diversi studi indicano che le donne soffrono mentalmente più degli uomini, in particolare nelle società con maggiori livelli di disuguaglianza di genere e discriminazione basata sul pregiudizio, creando barriere all’accesso alle risorse della comunità e all’assistenza in salute mentale (Yu, 2018).
- I fattori di rischio ecologici per la salute mentale come la mancanza di alloggi adeguati, di trasporti, o quartieri socialmente svantaggiati sono comunemente associati a svantaggi sociali (Singh *et al.* 2019). L’essere senzatetto (o a rischio di diven-

tarlo) è fortemente associato a problemi di salute mentale (Homeless Link, 2014).

- La segregazione sociale ha anche un impatto negativo sulla salute mentale. Ad esempio, le persone con difficoltà di apprendimento, che vivono scuole e attività segregate, vivono un'esistenza separata dalla comunità generale, e la mancanza di connessioni comunitarie li rende vulnerabili ai reati connessi all'odio e alla discriminazione, che comportano, a loro volta, un aumentato rischio di problemi di salute mentale (Mental Health Foundation, 2020).
- L'urbanizzazione e la vita urbana sono fattori di rischio per la depressione e l'ansia perché sono legati alla deprivazione socioeconomica e a un basso sostegno sociale (Penn *et al.*, 2010; Gruebner *et al.*, 2017).
- La mancanza di integrazione sociale potrebbe spiegare la maggiore associazione tra disuguaglianza di reddito e psicosi, possibilmente correlata a esperienze di paranoia (Tibber *et al.*, 2021).

L'impatto del Covid sui gruppi vulnerabili

Il Covid-19 ha ulteriormente evidenziato tutti questi problemi, confermando che essa è anche “una malattia della disuguaglianza” (Kluge, 2021). Come epidemia, ha avuto conseguenze condizionate da situazioni di relativo privilegio, che hanno potenziato la capacità di resistere agli shock sanitari e sociali che essa ha comportato, o altrimenti di soccombervi.

Eventi quali uno shock sociale o un trauma collettivo, come l'emergenza globale creata dal Covid-19, hanno confermato che i più colpiti dal virus sono i soggetti più vulnerabili e più marginalizzati delle nostre società. Il suggerimento che “il Covid-19 non discrimina” è quindi un'ipotesi avventurosa e pericolosa in quanto è ormai chiaro che esso ha avuto un impatto sproporzionatamente negativo sulle persone socialmente ed economicamente più svantaggiate (Patel *et al.*, 2020). L'impatto a lungo termine del Covid-19 sui gruppi vulnerabili può essere più pesante per chi soffre di un impatto negativo dei determinanti sociali della salute mentale, che hanno un effetto cumulativo (soprattutto guardando agli aspetti economici ed occupazionali che sono stati drammaticamente colpiti dal Covid-19).

Le disuguaglianze sociali influenzano costantemente i risultati della salute mentale e hanno un impatto maggiore sui gruppi vulnerabili.

I gruppi vulnerabili sono minacciati soprattutto per:

- uguaglianza nell'assistenza per la pandemia stessa (prevenzione, DPI, cure appropriate, vaccinazione);
- accesso ai servizi di cui hanno bisogno (è importante ricordare che per l'OMS i SSM sono servizi essenziali), o inversamente l'esistenza di un gap di trattamento (divario terapeutico), nonché la continuità delle cure;
- svantaggio/esclusione sociale (cioè la disconnessione di un 'corpo fisico' individuale dal 'corpo sociale' complessivo; Basaglia, 1982). Le minacce di pandemia si sono tradotte in un autoisolamento, in un distanziamento fisico prescritto e, infine, in una difficile restituzione al 'corpo sociale'. L'integrazione è un problema ancora maggiore quando il gruppo sociale è esso stesso “malato”;
- lo stigma già subito può essere “raddoppiato” quando le persone sono Covid positive o colpite da Covid.

Possiamo cercare di identificare questi gruppi a rischio come segue.

1. Persone con problemi di salute mentale preesistenti

1.1 Le persone con disturbi psichiatrici si sono mostrate tra le più vulnerabili al contagio e discriminate nell'accesso a informazioni e cure mediche adeguate. I loro diritti umani, la sicurezza, la protezione e persino il loro ambiente si sono dimostrati a rischio. Inoltre, esse sono state spesso dimenticate, trascurate ed esposte a ulteriori sofferenze a causa della carenza di servizi di salute mentale che operano all'interno delle comunità. Ad esempio, c'è stata – e tuttora persiste – una grave carenza di interventi di riabilitazione, attività di socializzazione, inserimenti lavorativi, imprese sociali, sostegni personalizzati, servizi di assistenza domiciliare ed educativa, tutti principalmente svolti da ONG.

1.2 Le persone con gravi malattie mentali che vivono in istituzioni, come ospedali psichiatrici, case di cura, strutture residenziali, case di assistenza socia-

le, istituti penitenziari, ecc. sono state soggette a particolari rischi, poiché questi luoghi diventano più pericolosi e forniscono meno protezione contro la contrazione del virus, ma lo sono anche nel peggiorare la salute mentale in quanto marcati dall'esclusione. Le persone che vivono in istituti soffrono di isolamento o di violazioni delle risorse umane (come dimostrato dalla ricerca dell'OMS già citata). La vita all'interno si è dimostrata più difficile per loro e per il personale di assistenza.

2. Gruppi emarginati: si rafforza il gradiente sociale della salute mentale

1.1 I soggetti più poveri, coloro che sono emarginati, o sono soli, o confinati in spazi ristretti o in ambienti insicuri e disumani, come la popolazione migrante e rifugiata, specialmente quelli che vivono in centri e campi speciali, hanno bisogno di supporto psicosociale e protezione della salute, nonché di una risposta ai loro bisogni primari.

1.2 I senzatetto che presentano disturbi mentali si sono confermati tra i gruppi più vulnerabili, perché

persi nel vuoto sociale creatosi durante la pandemia. Grandi popolazioni di senzatetto sono a rischio poiché molti dei loro sistemi di supporto naturale non sono più disponibili.

2 Persone direttamente colpite da Covid e complicazioni mentali e neurologiche, che è per circa il 30% in alcuni studi.

3 Quelli con disabilità intellettive e cognitive, che peraltro non sanno come evitare l'infezione o la sua diffusione, in quanto le informazioni non sono state interpretate in Easy to Read o verbalmente.

4 Tutte le disabilità fisiche e psicosociali possono essere equiparate ai gruppi precedenti.

Quale piano d'azione?

Il problema principale è che non esiste una soluzione facile, o che sia stata già implementata.

È importante attuare i piani nazionali di emergenza dedicati alla salute mentale nei Paesi colpiti, richiesti per l'Organizzazione Mondiale della Sanità e ribaditi dalla Federazione Mondiale per la Salute Mentale e sollecitati dall'ONU (UN 2020, WFMH, 2020).



Abbiamo bisogno di una seria campagna da parte di diversi leader internazionali e nazionali insieme per cercare di risolvere questi gravi problemi che impattano sulla vita delle persone nel mondo.

Ma è fondamentale il cambiamento dell'approccio, o meglio del paradigma.

Se le risposte sono biomediche, quando richiesto, con un accesso a interventi sanitari equi, pure la necessità di una 'politica del benessere' deve essere incorporata in un sistema che collochi la salute mentale all'interno del paradigma dello sviluppo e della giustizia sociale, migliorando anche le capacità umane fondamentali e affrontando la mancanza di esse a causa delle pratiche discriminatorie che abbiamo descritto.

Il passaggio dalle istituzioni all'assistenza territoriale è certamente stato sollecitato dalla pandemia. L'assistenza basata sulla comunità deve tuttavia implicare una maggiore informazione, coinvolgimento e responsabilità piuttosto che un approccio paternalistico dall'alto verso il basso, a volte autoritario, e alla fine comportare maggiore reciprocità all'interno del processo di inclusione.

Affrontare i determinanti sociali è un argomento di cui siamo tutti consapevoli, ma non molto si è realizzato, nonostante la ricerca, le evidenze scientifiche e le politiche relative. Dobbiamo prendere in considerazione il gradiente sociale della salute mentale, il riconoscimento della disuguaglianza, anche al di là della risposta ai bisogni primari.

Un piano d'azione locale e globale è stato recentemente lanciato da una coalizione di organizzazioni che rappresentano persone con esperienza vissuta di assistenza sanitaria mentale; ovvero: familiari, professionisti della salute mentale, responsabili politici e ricercatori, come l'International Mental Health Collaborating Network, la World Federation for Mental Health, il World Association for Psychosocial Rehabilitation, Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks (GAMIAN), The Mental Health Resource Hub a Chennai, India e altri. Queste organizzazioni, unite in questo sforzo globale, possono rappresentare un'interessante alternativa al discorso mentale globale promosso da poche istituzioni accademiche e occidentali e ispirato al modello biomedico tradizionale.

Il piano d'azione affronta la necessità di un cambiamento fondamentale nella salute mentale che dovrebbe dare priorità al miglioramento della salute mentale concentrandosi sui determinanti sociali, e raggiungendo l'equità nell'assistenza in questo campo per tutte le persone in tutto il mondo.

Tra i 12 punti di azione, è importante notare la "necessità fondamentale di concentrarsi sulla comprensione dell'importanza dei determinanti sociali della salute mentale nel soddisfare l'insieme dei bisogni di vita delle persone". I punti di azione consigliati sono:

- Sviluppare piani strategici locali sui determinanti sociali della salute mentale attraverso una *partnership* comunitaria che riconosca i quadri normativi e gli obiettivi internazionali.
- I servizi di salute mentale devono dare priorità a questi piani strategici locali in quanto sono di uguale importanza per lo sviluppo dei servizi specialistici.
- Applicare una metodologia di co-produzione: un processo di sviluppo democratico e inclusivo deve comprendere tutte le parti interessate locali come partner alla pari per creare un approccio *Whole Life - Whole System*.
- Lavorare con organizzazioni non governative e una serie di agenzie diverse (pubbliche e private) che forniscono servizi significativi nelle nostre società. Abbiamo soprattutto bisogno di lavorare con loro per soddisfare le esigenze di tutta la vita delle persone nella comunità.
- È necessario aumentare e sostenere il finanziamento delle organizzazioni comunitarie che forniscono servizi essenziali non soddisfatti dalle organizzazioni statutarie.
- Affrontare le disuguaglianze, il razzismo sistemico e la discriminazione. Garantire che i bisogni e le voci dei gruppi oppressi, emarginati e vulnerabili siano prioritari, e che questa ingiustizia sia affrontata attraverso azioni specifiche applicando i principi di uguaglianza.

In riferimento all'urgente bisogno di politiche per ridurre lo svantaggio sociale, che abbiano poi un impatto a livello dei servizi, alcuni esempi positivi possono essere citati.

L'Unione europea ha recentemente deciso di promuovere e integrare i piani nazionali attraverso il più

grande pacchetto di stimoli di sempre, pari a 1,8 trilioni di euro, per costruire un'Europa post-Covid-19 più verde, più digitale e più resiliente.

In Italia, parte dei nuovi “fondi per la ripresa” (il PNRR) sarà finalizzata alla transizione digitale, all'economia verde e anche al rafforzamento della coesione sociale riducendo le disuguaglianze sociali. Questo dovrebbe creare opportunità di lavoro, anche attraverso un welfare di comunità, con il coinvolgimento dell'economia sociale e delle imprese sociali. Ad ogni modo, non è chiaro al momento se ci sarà o meno un investimento dedicato direttamente ai servizi di salute mentale della comunità, o a servizi di welfare con un impatto sulle condizioni di vita delle persone con problemi di salute mentale, a rischio di emarginazione ed esclusione sociale.

I servizi sanitari di alcune regioni hanno già sviluppato strategie differenziate con l'aiuto di ONG quali cooperative sociali e associazioni di volontariato, in un'ottica di approccio multisettoriale e di *empowerment*. Basati sui principi dell'integrazione sociale e sanitaria, queste politiche e programmi prevedono percorsi sociali e sanitari integrati, supporto sociale di base, diritto alla vita indipendente, formazione e inserimento lavorativo. Una delle principali chiavi organizzativo-strategiche si è dimostrata essere la co-

struzione di ‘budget di salute personali’, in cui l'individuo sofferente ha un ruolo attivo e un potere contrattuale. Forniscono alla persona supporto nell'esercizio dei diritti fondamentali e nell'accesso alle opportunità sociali (casa, istruzione, formazione sul lavoro, gestione della salute, attività ricreative), e per percorsi di capacitazione in relazione ad altri servizi e istituzioni, verso una maggiore autonomia. In questo modo, i determinanti sociali possono essere affrontati direttamente, sia a livello individuale che a livello di interi gruppi socialmente vulnerabili.

Conclusioni

Le disuguaglianze sanitarie e le differenze sistematiche nella salute tra i diversi gruppi di persone sono ingiuste ed evitabili. Molte di esse sono create da processi strutturali e politici che influenzano le condizioni di vita quotidiane degli individui e delle popolazioni (WHO, 2020).

Con il Covid-19, i professionisti della salute sono invitati a contribuire con uno sforzo senza precedenti ad affrontare il più alto e improvviso aumento del disagio mentale nella società dal secolo scorso, nonché ad aiutare soprattutto coloro con gravi problemi mentali a ricevere cure e supporto.



Welfare Oggi 3 · 2022

Verso una società interculturale

Carlo Gelosi

Professore associato di Sociologia urbana presso l'Università Dante Alighieri (RC).
È stato Coordinatore del CdS per Mediatori per l'Intercultura e la coesione sociale in Europa
nonché Direttore del Dipartimento di Scienze della società e della formazione d'area mediterranea

Nella società contemporanea, molto evidenti sono gli elementi di conflittualità e le forme di marginalizzazione, se non addirittura di esclusione sociale. Nuovi profili di povertà vanno emergendo, dal punto di vista socio-economico come quello della partecipazione democratica attraverso la tutela e il rispetto dei diritti e dei doveri dei cittadini. Problematiche che appaiono con grande chiarezza, in particolare con riferimento a una popolazione straniera che ancora risente di una mancanza o insufficienza di strumenti di comunicazione, dialogo e conoscenza, se non è inserita, come per lo più accade, nei processi formativi.

Si pone, a tale proposito, una nuova sfida che riguarda la cultura e l'educazione che sono elementi tra loro intrecciati ma che devono essere da tutti condivisi. È necessario, pertanto, operare a favore di una condivisione di conoscenze e dialogo che richiedono una particolare attenzione da parte sia delle istituzioni politiche sia dei soggetti operanti nel settore sociale, dagli educatori agli assistenti sociali. L'educazione e la cultura possono entrambe dare un contributo fondamentale. In questo

ambito si pone anche il dibattito, talvolta scontro, relativamente al possibile riconoscimento dello *ius scholae*, ovvero fondamentalmente il riconoscimento della cittadinanza italiana per i giovani stranieri nati in Italia o arrivati prima dei 12 anni di età, legalmente residenti e che abbiano frequentato regolarmente uno o più cicli scolastici per almeno cinque anni.

Promuovere una comunicazione interculturale agevola il processo di condivisione del sapere, della co-



iStock.com/Diamond Dogs

noscenza, anche quella reciproca, del dialogo tra culture, nella direzione di una realtà davvero interculturale che coinvolga tutti gli individui senza lasciarne indietro alcuno. Ragionare in questa prospettiva significa accompagnare i propri valori a quelli legittimi del luogo in cui si vive, o della popolazione con la quale si entra in contatto.

Come sostiene il linguista Paolo Emilio Balboni (2003) “entrare in una prospettiva interculturale significa conoscere gli altri; tollerare le differenze almeno fino a quando non entrano nella sfera della immoralità che, secondo i nostri standard, non intendiamo accettare; rispettare le differenze che non ci pongono problemi morali, ma che rimandano solo alle diverse storie delle varie culture; accettare il fatto che alcuni modelli culturali degli altri possono essere migliori dei nostri e in questo caso, mettere in discussione i modelli in cui siamo cresciuti”.

Questa logica punta ad affermare una dimensione dialogante nella quale le differenze arricchiscono il patrimonio di un’intera comunità valorizzando la varietà attraverso l’interazione culturale, comprendendo le diversità e legittimandole.

La comprensione può avvenire, infatti, solo attraverso uno strumento comunicativo interculturale che permetta di conoscere e accettare gli altri; così come evitare i conflitti interpersonali o interetnici rispettando le differenze culturali. Un problema sorge allorquando non si è disponibili a mettere in discussione i propri valori ritenendoli in via assoluta i migliori rispetto a quelli di cui altri individui sono portatori. L’incapacità di riflessione su questo aspetto pone in una condizione di presunta superiorità che di per sé ostacola il dialogo. La comunicazione rappresenta lo strumento di confronto e di dialogo. A livello interculturale, attraverso la lingua e i linguaggi non verbali è possibile creare tale dialettica.

Per definire la comunicazione interculturale, Balboni ci ricorda il modello proposto nel 2003 da Michael Byram e Geneviève Zarate che si fonda su quattro capacità, ovvero competenze riassumibili nel *saper essere* (abbandonando l’etnocentrismo), *saper apprendere* (attraverso l’apertura alla pluralità culturale del mondo), *sapere i tratti caratterizzanti della cultura* (con la quale si ha a che fare) e il *saper fare*.

In particolare, si tratta di abbandonare una visione del tutto etnocentrica, secondo la quale, facendo riferimento al significato del termine coniato dal sociologo e politologo statunitense William G. Sumner (1907), si indica la tendenza a giudicare i membri, la struttura, la cultura e la storia di gruppi diversi dal proprio, con riferimento ai valori, alle norme e ai costumi ai quali si è stati educati. Quasi sempre l’etnocentrismo comporta la supervalutazione della propria cultura e, di conseguenza, la svalutazione della cultura altrui. In questo senso, nell’insieme delle quattro competenze è chiara una dimensione di predisposizione al dialogo, basata su un atteggiamento riflessivo ma al tempo stesso di apertura verso gli altri.

Balboni invece suggerisce un modello che si basa su tre saperi, il *saper fare lingua*, il *sapere fare con la lingua* e il *sapere i linguaggi verbali e non verbali*.

Il primo punto, il *saper fare lingua*, presuppone una capacità di comprendere, leggere, scrivere, fare un intervento, una presentazione e così via; in questo caso, è evidente che il livello è raggiungibile attraverso un percorso formativo medio-alto e l’aver maturato competenze avanzate nell’uso della lingua del Paese in cui si risiede. Se ciò appare ovvio per gli italiani in realtà rappresenta una problematica evidente nel nostro Paese. Un dubbio sul livello di alfabetizzazione viene osservando il grado di analfabetismo di ritorno che solo nel 2019 in un apposito studio commissionato dalla Fondazione Giangiacomo Feltrinelli all’Istituto Carlo Cattaneo, “Le conseguenze del futuro. Conoscenza. Il bisogno di sapere”, era quantificato nel 30% della popolazione italiana tra i 25 e i 65 anni, con evidenti limitazioni nella comprensione, lettura e calcolo. Solo la Turchia e il Cile raggiungevano livelli più preoccupanti. Un contributo essenziale alla soluzione del problema può essere dato dall’inclusione di tutti i cittadini nei processi formativi che favoriscono con il raggiungimento di un adeguato livello culturale una capacità dialogica.

Il secondo punto, il *saper fare con la lingua*, include le dimensioni sociale, pragmatica e culturale, intendendo con la prima la capacità di attribuire i rapporti di ruolo, lo *status* sociale e gerarchico; con la seconda, invece, la competenza nell’usare la lingua al fine di raggiungere i propri scopi; mentre la terza, infine,

si costruisce sul tessuto comune in cui si intrecciano tutti gli eventi in una data cultura.

Il terzo lato dei saperi, secondo Balboni, include le competenze *linguistiche*, quella *lessicale* (le parole), *morfosintattica* (il singolare, il plurale, come chiedere, negare, ecc.), *testuale* (la coerenza logica di un testo), *fonologica* (la pronuncia), *paralinguistica* (il tono della voce, la sottolineatura delle parole, la velocità con cui si parla e così via). Non da ultime, comprende le competenze *extralinguistiche* quali la *cinesica* (la comunicazione del corpo, delle posture, dei movimenti), la *prossemica* (la distanza interpersonale), la *vestemica* e *oggettemica* (l'uso dell'abbigliamento o di altri oggetti per comunicare).

Molte di queste competenze si apprendono con l'esperienza della vita, col passare del tempo e con la relazione con gli altri. Nel caso di una popolazione nativa il percorso ha a disposizione tutti gli anni della crescita e della maturità; cosa diversa per gli stranieri che si trovano nella difficoltà di apprendere in un tempo a disposizione più limitato quei meccanismi che possono consentire loro certamente di dialogare ma anche di essere nelle condizioni linguistiche di esercitare i diritti di cittadinanza, tra i quali sapere e potere usufruire dei servizi messi a loro disposizione.

Arrivare alla consapevolezza dell'importanza di una comunicazione interculturale rappresenta una svolta sia nel campo prettamente educativo sia nelle più ampie politiche sociali e culturali che uno o più Paesi, come in ambito europeo, possono attivare per sviluppare un approccio di apertura e coesione sociale tra le diverse popolazioni presenti sul territorio. Tale apertura, di fatto culturale, si basa anche sull'acquisizione di abilità comunicative.

La diversità che segna la società influisce inevitabilmente sul modo di relazionarsi degli individui. Secondo Balboni, che riprende i concetti cari all'antropologo Geert H. Hofstede (1928-2020), educare alla comunicazione interculturale significa formare:

- a) persone che consapevolmente scelgono quali modelli comunicativi e culturali accettare, tollerare e rifiutare nelle varie situazioni in cui si trovano ad operare;
- b) operatori che sanno evitare i conflitti involontari dovuti alle differenze culturali;

- c) protagonisti di un mondo che alle pulizie etniche sostituisce la curiosità, il rispetto, l'interesse per soluzioni diverse da quelle proprie.

Emerge da qui un ampio spazio di impegno che può e deve coinvolgere le istituzioni formative, a partire dai primi cicli scolastici fino all'università, con un attento coinvolgimento degli assistenti sociali, attribuendo la dovuta responsabilità a chi ha le competenze per operare nel promuovere una relazione interculturale che renda compatibili tra loro le tante diversità presenti sul territorio.

L'istruzione è fondamentale

La vicinanza fisica di culture, anche profondamente diverse tra di loro, porta inevitabilmente alla visibilità di diversità che non di rado favoriscono disuguaglianze e segregazione, in particolare dei nuovi immigrati che scelgono di insediarsi nei grandi contesti urbani caratterizzati da possibilità di maggiore integrazione, miglior accesso ai servizi pubblici e al lavoro. Le città rappresentano un luogo privilegiato per individuare e sperimentare soluzioni d'integrazione, sia per la tendenza dei Governi centrali a delegare alcune scelte a livello delle singole aree territoriali, sia perché gli amministratori locali hanno, meglio di altri, il polso della situazione sul loro territorio (Gelosi, 2016).

Il primo strumento al quale ci si deve affidare per plasmare una mentalità diffusa di integrazione è sicuramente quello dell'istruzione, che costituisce il cuore pulsante di ogni processo di inclusione e coesione. La scuola ha, difatti, le potenzialità per creare un ambiente sociale in cui, fin dalla tenera età, sia possibile sfatare e mettere in discussione i pregiudizi, individuare valori comuni nel rispetto delle differenze, fornire gli strumenti per agevolare il dialogo interculturale e promuovere la partecipazione attiva dei ragazzi nella società in cui sono immersi.

In Italia, da molti anni, ci si muove non solo sul fronte dell'accesso all'istruzione da parte dei minori stranieri, a prescindere dallo *status* giuridico, ma anche riguardo alle politiche d'integrazione da adottare in ambiente scolastico; già nel 1989, con la circolare dell'allora Ministero della pubblica istruzione n. 301 dell'8 settembre 1989, recependo quanto già pre-

visto dalla nostra Carta costituzionale, nonché dalla Dichiarazione dei diritti del fanciullo (del 1959) e dalle direttive comunitarie, ci si riferisce a una scuola dell'obbligo che "non può non avere come obiettivo educativo una sempre più acuta sensibilità ai significati di una società multiculturale" con "attività didattiche orientate alla valorizzazione delle peculiarità delle diverse etnie", sottolineando l'importanza di sollecitare gli alunni ad accettare e capire che quelle peculiarità contribuiscono a promuovere una coscienza culturale aperta.

Nel dicembre del 2019, inoltre, è stato istituito un Osservatorio nazionale per l'integrazione degli alunni stranieri e per l'interculturalità, a testimonianza dell'importanza di trovare soluzioni e politiche di integrazione in una scuola sempre più multiculturale e in costante trasformazione. Secondo l'ultimo report pubblicato dal Ministero dell'istruzione, infatti, le studentesse e gli studenti con cittadinanza non italiana hanno costituito, nell'a.s. 2019/2020, il 10,3% della popolazione scolastica, ovvero 877.000 su un totale di 8.484.000.

Per realizzare esperienze interculturali in ambito scolastico non è sufficiente adeguare i programmi di studio, quanto piuttosto un approccio di tipo olistico che preveda, secondo le linee guida del Consiglio d'Europa (2017):

- una formazione in materia di competenze interculturali per i docenti;
- una diversificazione etnica del personale docente, agevolando il riconoscimento dei titoli di studio conseguiti all'estero;
- l'insegnamento della lingua del Paese d'arrivo, mantenendo lo studio della lingua madre in una logica di plurilinguismo e reciprocità;
- la partecipazione attiva degli studenti ai processi democratici nelle scuole e nelle università;
- il coinvolgimento dei genitori nei progetti e nella vita scolastica;
- l'interazione con le comunità locali;
- le attività di tutoring tra studenti.

È importante lasciarsi ispirare da progetti che sul campo hanno già ottenuto ottimi risultati in termini di inclusione e coesione sociale, al fine di individuare



Welfare Oggi 3 · 2022

quegli elementi utili alle politiche interculturali che un contesto urbano può promuovere. A tal proposito, è interessante esporre il caso della scuola Rütli a Berlino, in Germania (Heisig, 2010). Nel marzo del 2006, gli insegnanti inviarono una lettera al Senatore per l'Istruzione di Berlino per chiedere la chiusura della scuola, per l'impossibilità ormai raggiunta nel fronteggiare gli atti di violenza degli alunni. La lettera scatenò un dibattito pubblico circa la violenza nelle scuole e l'integrazione di alunni provenienti da un contesto di migrazione. Come risposta alle tensioni tra studenti e insegnanti, la scuola è ricorsa a dei mediatori interculturali della stessa origine della maggior parte degli studenti immigrati, facilitando la comprensione e l'empatia tra le parti; ha, inoltre, assunto insegnanti madrelingua per alcune materie. Il riconoscimento, poi, di lingue differenti dal tedesco, ai fini dell'Abitur, l'equivalente tedesco del nostro esame di maturità, ha consentito a molti studenti di accedere all'università. Negli anni la scuola è passata dall'essere un fallimento a esempio di eccellenza, ormai radicato nella strategia interculturale del suo quartiere.

In Italia, tra i tanti esempi possibili che si possono fare, è interessante citare il progetto "Dai barconi all'Università", realizzato presso la Scuola della Lingua Italiana per Stranieri dell'Università di Palermo (Amoruso *et al.*, 2015), che ha aperto le porte ai minori stranieri non accompagnati nei percorsi di lingua e cultura italiana rivolti inizialmente a studenti Erasmus, studenti stranieri di progetti di scambio, dottorandi, ecc. Una proposta formativa internazionale è diventata un'opportunità di crescita, confronto e dialogo interculturale, con il coinvolgimento dei giovani universitari impegnati come tutor per i colleghi neo-arrivati, sviluppando competenze plurilinguistiche e interculturali in un quadro di migrazione reale, complesso e dinamico.

Il lavoro favorisce l'integrazione

Secondo il Consiglio d'Europa l'integrazione è un processo bidirezionale, dinamico, continuo e a lungo termine di adattamento reciproco al dibattito sulla migrazione, che richiede un impegno non solo dei cittadini di Paesi terzi che soggiornano legalmente





ma di ogni residente, e spetta agli Stati creare opportunità per una piena partecipazione degli immigrati in termini di lavoro, coinvolgimento sociale, cultura e politica.

L'integrazione nel mercato del lavoro, in particolare, coinvolge aspetti come la capacità dei migranti di trovare un'occupazione o diventare lavoratori autonomi, contribuendo ai processi economici della società d'arrivo e al mantenimento dei loro nuclei familiari.

Il sociologo Maurizio Ambrosini, riferendosi in particolare al lavoro immigrato nel nostro Paese, individua una pluralità di modelli territoriali di impiego degli immigrati nel nostro Paese:

- il modello basato sull'industria diffusa. È tipico delle aree di piccola impresa e dei distretti industriali, concentrato nei contesti territoriali maggiormente cresciuti negli ultimi trent'anni, dalla Lombardia orientale al Friuli, fino alla Toscana, Marche e Abruzzo. Il motivo principale d'assunzione in questi posti è sopperire al fabbisogno di lavoro operaio, in particolare nelle posizioni più

gravose e pesanti dei cicli produttivi. Anche nei contesti territoriali a sviluppo diffuso, tuttavia, gli immigrati sono sempre più richiesti per lavori manuali nel sistema dei servizi privati, con una crescita di donne straniere nell'ambito domestico-assistenziale. Vi è poi un crescente accesso al lavoro autonomo e alla microimprenditorialità, soprattutto nel piccolo commercio e nell'edilizia;

- il modello metropolitano. Roma e Milano sono le due metropoli dove è più diffuso, anche se è riscontrabile in altre città di dimensioni inferiori. Si tratta di lavoro immigrato in larga prevalenza terziario e secondariamente edile, inserito nei circuiti delle attività meno qualificate e più instabili delle complesse economie urbane. Addette alla cura della persona e della casa sono le figure prevalenti, che di fatto suppliscono alle carenze del nostro welfare State. Nel tempo ci sono stati crescenti passaggi al lavoro autonomo, che nelle grandi città assumono spesso forme mascherate di lavoro salariato (il problema delle cosiddette "false" partite Iva); ci sono co-

munque tentativi imprenditoriali autentici, legati alle attività più faticose, spesso meno remunerative e scartate dalla popolazione italiana (edilizia, mercati ambulanti, ristorazione, ecc.);

- il modello delle attività instabili. Comprende attività in larga parte instabili, precarie e sommerse nei contesti economici meridionali che riguardano principalmente l'agricoltura e in misura minore l'assistenza domestica, l'industria turistica e alberghiera, l'edilizia. Gli indicatori statistici confermano una bassa presenza e scolarizzazione dei minori che evidenziano come il Mezzogiorno sia una tappa di primo insediamento e di transito verso altre aree;
- il modello delle attività stagionali nelle regioni settentrionali. È intermedio rispetto all'industria diffusa e agli impieghi instabili, perché caratterizzato da un più elevato grado di tutela contrattuale, e registra una diversificazione degli sbocchi professionali verso edilizia, industria, terziario e lavoro autonomo anche se l'attività prevalente è il lavoro agricolo nelle regioni del Centro-Nord (Trentino in particolare) e quelle nell'industria alberghiera.

L'approccio territoriale per quanto riguarda i lavoratori migranti è, dunque, fondamentale, in quanto i luoghi d'insediamento hanno caratteristiche differenti e anche le risorse disponibili sono diverse. In particolare, le città si sono dimostrate, rispetto ai governi centrali, più dinamiche e innovative nel gesti-

re l'integrazione degli immigrati nel mercato del lavoro, agevolando iniziative volte a promuovere la diversità nei luoghi di lavoro e contrastare la discriminazione; a riconoscere e valorizzare il contributo degli immigrati alla vita economica cittadina; a offrire formazione professionale e linguistica per rispondere alle esigenze delle società e imprese locali e dei migranti, coinvolgendo accanto alle amministrazioni tanti soggetti operanti nel mondo del sociale, dell'accoglienza e dell'integrazione.

Riferimenti bibliografici

AMBROSINI M. (2020), *Sociologia delle migrazioni*, Bologna: il Mulino.

AMORUSO M., D'AGOSTINO M. & LATIF JARALLA Y. (a cura di) (2015), *Dai barconi all'università. Percorsi di inclusione linguistica per minori stranieri non accompagnati*, Scuola di Lingua italiana per Stranieri Università di Palermo. <https://minorinonaccompagnatiuniversita.wordpress.com/dentro-la-classe/>.

BALBONI P.E. (2003), *Parole comuni, culture diverse*, Venezia: Marsilio.

Consiglio d'Europa (2017), *Learning to Live Together: a Shared Commitment to Democracy*. Strasburgo: Education Department.

GELOSI C. (2016), *Patrimoni di diversità. Culture, identità, comunità*, Milano: FrancoAngeli.

HEISIG K. (2010), *La fine della pazienza*, Independently published.

La cura gentile: costruire una città amica delle persone fragili

Oscar Zanutto*, Silvia Vettor**

* Coordinatore di Fabbrica Europa – ISRAA

** Coordinatrice del Centro Specialistico per le Demenze – ISRAA

1. WHO e l'avvio della trasformazione Age Friendly Environment delle città

Con la risoluzione A/RES/46/91, gli Stati membri dell'ONU hanno adottato i Principi delle Nazioni Unite per le persone anziane, basati sul Piano d'Azione Internazionale sull'Invecchiamento, incoraggiando i governi a incorporare i principi di Indipendenza, Partecipazione, Assistenza, Autorealizzazione e Dignità nei loro programmi nazionali, laddove possibile. Questi principi sono alla base dell'approccio delle città cosiddette "Amiche dell'età".

Il quadro di riferimento dell'OMS per le città amiche dell'età propone otto ambiti interconnessi che possono aiutare a identificare e affrontare gli ostacoli al benessere e alla partecipazione delle persone anziane.

Questi ambiti si sovrappongono e interagiscono tra loro. Ad esempio, il tema del "Rispetto" si riflette nell'accessibilità degli edifici e degli spazi pubblici e nella gamma di opportunità che la città offre agli anziani per la partecipazione sociale, l'intrattenimento, il volontariato o l'occupazione. La mancanza di trasporti pubblici accessibili, ad esempio, isola gli anziani nelle loro case e rende difficile la partecipazione alla vita comunitaria, aumentando il rischio di isolamento e solitudine. Quando i trasporti sono disponibili e adattati alle esigenze degli anziani, sia in termini di orari che di destinazioni, migliorano la mobilità e facilitano la partecipazione sociale e il senso di appartenenza alla comunità.

È altrettanto importante che gli anziani continuino ad avere un buon motivo per sentirsi parte attiva della vita comunitaria dando il loro contributo diretto, o mediato dai loro familiari, alla definizione delle scelte e delle opzioni che li riguardano da vicino.

2. Il progetto europeo TAAFE

Una declinazione operativa dei principi definiti dall'OMS nell'ambito della trasformazione "Age Friendly" delle città è testimoniata dal progetto finanziato dal programma Interreg Spazio Alpino TAAFE (Towards Alpine Age Friendly Environments)[1] che ha visto un insieme di competenze afferenti a partner collocati in cinque paesi dell'area alpina lavorare alla creazione di una metodologia di lavoro volta a creare un "trio" composto da:

- un referente dell'area sociale della municipalità;
- un anziano rappresentante dei gruppi di anziani presenti nel territorio;
- un facilitatore esperto delle metodologie di coinvolgimento sociale e della gestione delle dinamiche di gruppo.

Il leader del progetto era il Comune di Treviso che, insieme all'IPAB ISRAA (Treviso) ha impostato e condotto altri quattro siti pilota nella sperimentazione di tale modalità di lavoro, utile per il cambiamento sociale e per la trasformazione urbana basata sui meccanismi partecipativi dei cittadini. Ogni sito pilota ha scelto una delle otto aree proposte dal modello Age Friendly. Treviso ha optato per il *potenziamento delle competenze digitali* degli anziani, finalizzate a facilitare il loro accesso alle istituzioni ed ai servizi pubblici. Tale esigenza, infatti, rappresenta tuttora uno degli elementi di maggiore criticità per l'innovazione dei servizi alla persona.

Dopo un percorso, durato più di un anno, che ha visto la creazione di un gruppo di azione locale compo-

[1] <https://www.alpine-space.org/projects/taafe/en/about>.

Welfare Oggi 3 · 2022

sto da anziani e da un gruppo di studenti e docenti di istituti formativi di secondo grado e dei servizi sociali del Comune di Treviso, coadiuvati dal facilitatore ISRAA, è stato possibile migliorare le competenze digitali dei partecipanti, ma soprattutto è stato possibile strutturare un *modus operandi* capace di affrontare in prospettiva nuove sfide sociali e dare ascolto alle altre esigenze di cui gli anziani referenti sono portatori. All'interno di tale modalità di lavoro fortemente basata sulla comunicazione e sulla cooperazione tra i principali attori istituzionali presenti nel territorio, si colloca l'evoluzione del percorso trasformativo di Treviso quale Città amica delle persone affette dalla demenza di seguito illustrato nella sua articolazione e sviluppo.

3. L'esperienza del progetto "Treviso Città Amica delle Persone affette da Demenza"

In Italia si stima la presenza di oltre 1.200.000 malati, di cui circa oltre 900.000 ancora a domicilio, assisti-

ti in modo diretto o indiretto dai propri familiari. Si stima siano coinvolte nella cura almeno 3.000.000 di persone. Nella sola Provincia di Treviso i casi di demenza sono oltre 15.000 (Istat, 2021).

L'esperienza della pandemia ha esacerbato molte situazioni, già di per sé difficili, confermando l'urgenza di considerare la condizione di fragilità cognitiva in un contesto che comprenda la famiglia, le relazioni, la situazione economica e abitativa, le abitudini di vita, la personalità. Basti pensare che le persone affette da demenza hanno avuto un tasso di mortalità 3 volte maggiore rispetto ai soggetti di pari età.

Considerati i numeri crescenti delle persone coinvolte dalla malattia e il mutamento del tessuto sociale che si muove verso un impoverimento numerico, oltre che economico, della rete familiare, è necessario pensare ad una rete di welfare che potenzi le competenze dell'intero tessuto della comunità cittadina, in cui ogni individuo partecipa e contribuisce alla costruzione di una salute collettiva.



3.1 Città amiche nel mondo

Sono numerose nel mondo le “comunità amiche delle persone con demenza”, sostenute da governi, associazioni, imprese ed esercizi commerciali. In Inghilterra, per esempio, si fregiano del titolo di “Dementia friends” i cittadini che hanno preso parte a sessioni informative, guardato video online e ricevuto pacchetti informativi. In Belgio, grazie al coinvolgimento della polizia locale, è stato creato un database che permette di identificare le persone con tendenza al wandering (vagare disorientati e perdersi). Molti negozi ed esercizi commerciali hanno partecipato a corsi di formazione e ricevuto adesivi da affiggere nel locale e sulle vetrine per testimoniare il loro impegno ad utilizzare modalità relazionali e comunicative funzionali alla persona con demenza. Già undici Paesi, compresi Australia, Stati Uniti, India, Cina... hanno promosso iniziative affini.

In Italia, circa una cinquantina di comuni si stanno cimentando nella declinazione di iniziative “amiche dell’età”. La Conferenza Unificata delle Regioni, presso il Consiglio dei Ministri, ha stilato nel 2020 delle linee guida che fungano da riferimento sul territorio nazionale per chi vuole costruire una Città Amica.

3.2 La storia della trasformazione della Città di Treviso: dagli eventi pubblici al focus sulla consapevolezza dei cambiamenti legati all’età

ISRAA, l’ente che raggruppa le case di riposo cittadine, già dal 2012 ha promosso e sviluppato una serie di iniziative volte a trasformare il tessuto sociale in cui le Rsa incidono, superando il modello di cattedrali isolate ed aprendo letteralmente le proprie porte al territorio entrando nelle case degli anziani per offrire supporto, competenza, cura.

L’ipotesi iniziale è che le RSA possano trasformarsi in Centri di Servizi aperti al territorio, sviluppando nelle comunità, in sinergia con le istituzioni pubbliche e private, con l’associazionismo, il volontariato, le singole famiglie, una rete territoriale di aiuto mirata a sostenere i malati e le loro famiglie. La scelta delle RSA non è casuale, ma emerge dal fatto che oltre all’ospedale, che si dedica all’acuzie, è di fatto l’unica

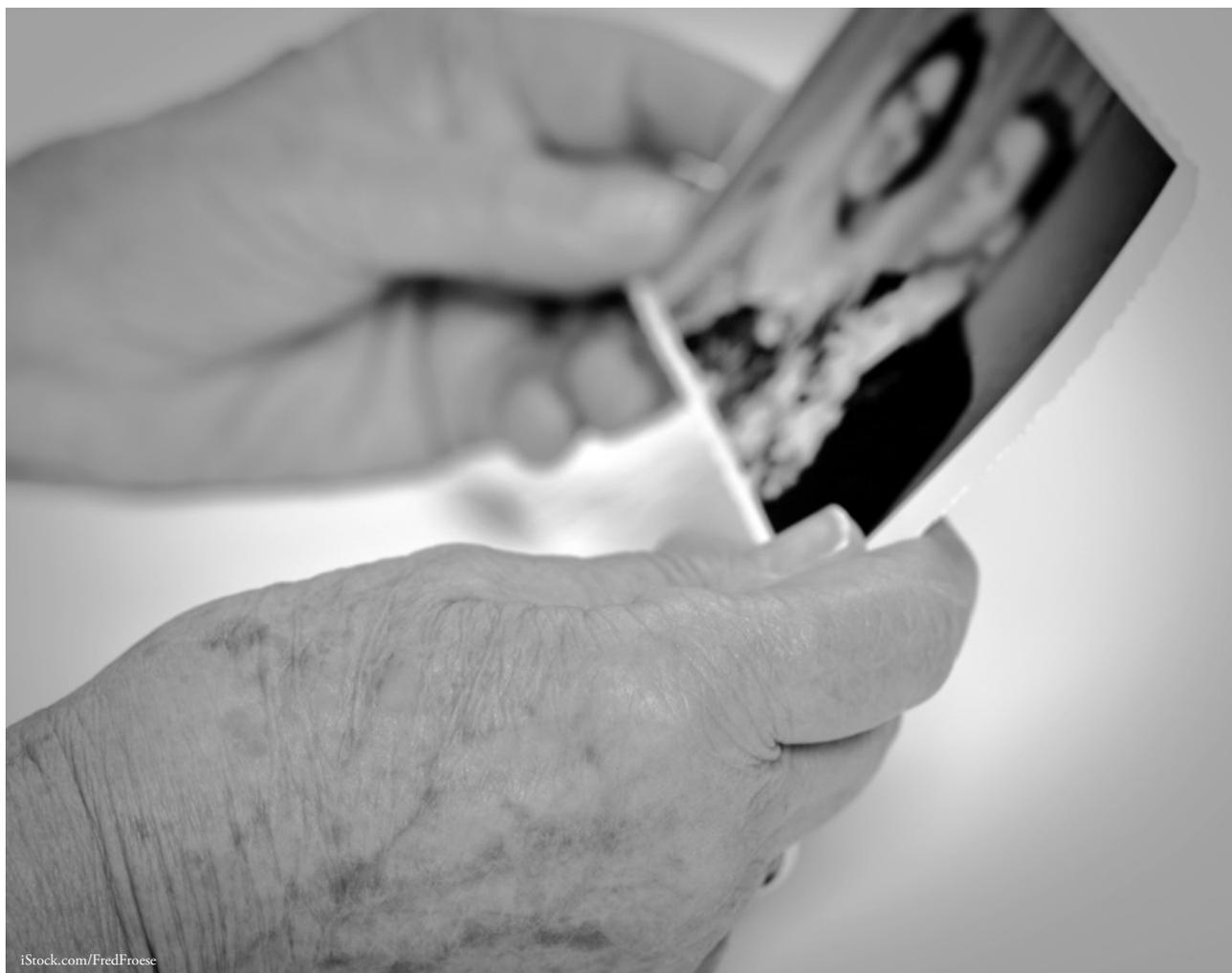
presenza nel tessuto urbano con una precisa collocazione fisica, attiva h24, integrata nel territorio, che si occupa da sempre di anziani e di assistenza alla cronicità, demenza compresa.

La tesi è che mettendo a disposizione del territorio il *know-how* dei professionisti operanti nelle RSA si possa arrivare a sviluppare una rete di servizi stimolando un meccanismo di qualità crescente a disposizione del cittadino e della comunità.

Il primo passo verso una presenza strutturata e riconosciuta nel territorio è stato quello di rinforzare la cultura diffusa sul tema delle demenze organizzando nel territorio eventi di sensibilizzazione, conferenze e momenti divulgativi. Significativa fu l’esperienza di un’intervista ai passanti in diversi quartieri cittadini con la domanda a bruciapelo “*Cosa non vuoi dimenticare?*”. Lo straniamento provocato dalla domanda semplice al nostro Sé identitario ha acceso una consapevole empatia verso l’anziano costretto a dimenticare i nuclei più profondi della propria storia. L’obiettivo è di alzare il livello di consapevolezza dei cittadini rispetto alla malattia e alle sue ricadute nel quotidiano. La finalità è combattere gli stereotipi che circondano il tema demenza (ad esempio il fatto che sia necessariamente legata all’anzianità, che non si possa, almeno in parte, prevenire né curare, che non ci sia possibilità di inclusione del malato in attività utili o gratificanti, che esista solo la terapia farmacologica...) e creare un atteggiamento di “rispettosa curiosità” verso la persona che ne è affetta e di “proattiva solidarietà” verso chi se ne prende cura, evitandone l’ulteriore isolamento ed emarginazione.

Un’interessante attività di promozione di una cultura rispettosa ed *amica dell’età* è stata realizzata in occasione della Giornata Mondiale dell’Alzheimer, che in tutto il mondo viene ricordata il 21 settembre. Si tratta di “Fatti un tagliando!”, iniziativa di screening delle funzioni cognitive maggiormente sottoposte a cambiamenti nell’arco del processo di invecchiamento, a cura di esperti geropsicologi.

Mostrare ad un adulto over 50 come cambia la propria memoria nel tempo, pur nella sana fisiologia, porta ad una maggiore attenzione consapevole al nostro invecchiamento cerebrale e ha permesso di di-



vulgare buoni stili di vita per proteggere la nostra riserva cognitiva.

Tanto è stato il successo dell'iniziativa da diventare un appuntamento periodico di informazione e prevenzione, al punto che numerosi Comuni del Trevigiano hanno inserito in programma iniziative di screening e promozione della salute dei propri cittadini.

3.3 Il coinvolgimento degli stakeholder

Al fine di coinvolgere e responsabilizzare in modo stabile e continuativo gli attori sociali del territorio, è stata organizzata una conferenza pubblica in cui i rappresentanti delle forze pubbliche (Comune, Scuola, Associazionismo, Azienda Sanitaria Locale, Clero, Azienda del trasporto pubblico, Confesercenti...) si

sono impegnati, tramite siglatura di un Patto concordato, nella realizzazione di iniziative concrete a supporto dei malati e delle loro famiglie.

I primi semi di una cultura *Dementia Friendly* sono stati messi a dimora nelle scuole.

La scuola, infatti, viene intesa come luogo di elezione in cui coltivare l'inclusione, in cui favorire lo sviluppo di pensieri inclusivi nei confronti delle persone con demenza in bambini e ragazzi.

Educando i bambini e costruendo assieme a loro "buone abitudini" è possibile porre le basi, è possibile formare adulti più attenti a questa realtà.

Per poter attivare questi processi è importante poter fornire agli studenti contenuti adeguati per poter comprendere cosa vuol dire essere una persona con

demenza. A tal fine, nel Trevigiano, sono state realizzate diverse iniziative, modulate sull'età dei fruitori. A partire dalla costruzione di una bibliografia dedicata alla demenza narrata ai bambini, sono stati realizzati dei Corner nelle biblioteche cittadine e pomeriggi di letture animate con bambini, genitori ed insegnanti. Numerosi incontri sono stati realizzati nelle scuole, anche con il supporto del linguaggio cinematografico.

Grazie all'inclusione di ISRAA nel programma europeo Erasmus+, coordinato dall'Università di Lund, in Svezia, è stata realizzata una piattaforma di E-learning fruibile gratuitamente tramite app, che consente a cittadini, esercenti, forze di polizia o impiegati dei servizi pubblici di accedere a oltre 30 brevi video tutorial di apprendimento sulle demenze e sui segnali precoci da individuare. Tali contenuti sono utili a creare un *minimum data set* di conoscenza generalizzata e diffusa a numerosi interlocutori strategici.

3.4 Dalla comunità alla famiglia: la cura su misura nella Città Amica

L'attenzione primaria nel progetto "Città Amica" è rivolta a quanti vivono quotidianamente questa situazione, mira a offrire loro supporto e comprensione, facendo in modo che continuino a sentirsi parte della comunità e a essere attivamente coinvolti. ISRAA ha realizzato e consolidato in questi anni un carnet di iniziative flessibili nel territorio. *In primis*, è stato realizzato uno sportello dedicato in cui il cittadino può:

- ricevere informazioni sulla malattia di Alzheimer e su altre forme di demenza;
- ottenere orientamento rispetto ai servizi esistenti, indicazioni sulla gestione dei disturbi del comportamento, informazioni sui diritti del malato, aiuti sull'assistenza e sulle modalità comunicative con il malato, anche in relazione alle mutate esigenze di cura in tempo Covid.

Il progetto "Città Amica", inoltre, ha previsto l'erogazione di percorsi domiciliari psicoeducazionali perso-



nalizzati e dedicati alla singola famiglia o diade malato-caregiver (familiare o badante), denominati SA-PAD.

Gli interventi si sono rivolti al malato, con incontri di stimolazione cognitiva, rieducazione al linguaggio, attivazione motoria, attività occupazionale, oppure al caregiver, per renderlo più preparato tecnicamente ed emotivamente ad affrontare il compito di cura.

Ciascuna famiglia ha ricevuto un complesso assessment clinico, sociale, emotivo, volto ad individuare priorità e risorse necessarie. Il colloquio di assessment dura due ore è svolto a domicilio da uno psicoterapeuta esperto ed è arricchito da una batteria di test somministrati al familiare e alla persona anziana, volti a comprendere le abilità cognitive presenti, il senso di autoefficacia ed il livello di stress.

Il supporto educativo fornito ai beneficiari riguarda le seguenti aree:

- ergonomia dell'ambiente domestico (a cura di uno psicologo e/o di un fisioterapista);
- corretto utilizzo dei presidi a sostegno della mobilità (a cura di un fisioterapista);
- difficoltà cognitive e strategie di compensazione (psicologo);
- stimolazione cognitiva (psicologo);
- attività fisica adattata (fisioterapista);
- aiuto e formazione nell'esecuzione delle prassi d'igiene o di cambio panno (operatori sociosanitari);
- attività occupazionali (educatore);

Un ulteriore intervento, reso possibile dalla collaborazione tra ISRAA e Centro Servizi Volontariato, è realizzato nella sinergia tra i Caffè Alzheimer presenti nel territorio trevigiano ed i Centri sollievo.

Ogni Centro sollievo è costituito da un gruppo di persone con demenza lieve (max 10 persone) che si incontra due volte a settimana per mezza giornata con intrattenimento organizzato da volontari formati da ISRAA.

Una volta al mese, in orario preserale, le famiglie degli utenti del Sollievo, unitamente ai volontari e a cittadini interessati, si incontrano per parlare della malattia e dei loro problemi in un contesto informale "alla pari" come quello del Caffè Alzheimer. In funzione dei temi trattati, decisi assieme ai partecipanti, vengono invitati professionisti e testimonial chiamati a portare il loro contributo di esperienza e di informazioni.

L'impatto del progetto "Città Amica", tuttora *in fieri*, è stato sostanziale poiché ha attivato l'interesse proattivo di mondi che fino ad oggi erano coinvolti nel tema demenze solo in modo marginale o per diretta esperienza personale.

La siglatura del Patto d'impegno tra le forze istituzionali e sociali ha permesso di legittimare l'impegno a realizzare ulteriori iniziative e a renderle stabili, configurando un clima di comunità attenta alle esigenze dell'anziano in tutte le fasce d'età e di estrazione sociale e/o lavorativa.

Inoltre, la creazione del database contestuale all'attivazione di ogni percorso o iniziativa, aggiornato costantemente, permette di avere un osservatorio disponibile di interlocutori potenziali, a cui poter inviare comunicazioni di eventi e iniziative, aumentando il senso di interconnessione tra i cittadini e limitando la percezione di vulnerabilità e isolamento rispetto alle forze sociali.

I rapporti preesistenti tra ISRAA, erogatore e le forze attive nel territorio (Centri sollievo, associazione familiari, servizi sociali, Ulss) si sono consolidati ulteriormente, massimizzando la possibilità di tessere una rete di servizi attorno alla diade malato-caregiver e facilitando il flusso tra questi, in un'ottica centrata sul fruitore e non sul servizio. Inoltre, si è contribuito all'abbattimento del pregiudizio verso le Rsa, spesso lette come luogo custodialistico e non proattivo nella comunità, valorizzando e potenziando le professionalità che vi operano.

Inediti profili di caregiving: quando l'età nella cura fa la differenza

Elisa Comandini

Docente a contratto di Legislazione e Organizzazione dei Servizi Sociali, Corso di Laurea Magistrale in Programmazione e Gestione dei Servizi Sociali, Dipartimento di Giurisprudenza Studi Politici ed Internazionali Università di Parma; Consigliera Ordine Assistenti Sociali Emilia-Romagna, componente commissione formazione; Assistente Sociale Comune di Bellaria-Igea Marina, Settore Disabilità Adulta

Occuparsi di qualcuno è sempre difficile, farlo prematuramente lo è ancora di più.

Il caregiving si manifesta in plurime forme, caratterizzate da elementi tipici della particolare diade assistito/assistente, e ciascuna di esse presenta delle specificità.

Caregiver significa letteralmente “donatore di cura”. La definizione abitualmente usata da Eurocarers[1] è: “persone di qualsiasi età che forniscono assistenza, in genere senza remunerazione, a chi è colpito da malattie croniche, disabilità o altre necessità sanitarie o curative, al di fuori di un rapporto di lavoro formale o professionale”.

Con il termine caregiver familiare si designano i parenti, gli amici o i volontari di una persona non autosufficiente, che la aiutano a svolgere le attività della vita quotidiana, spesso assistendola tutti i giorni, in virtù di forti legami affettivi o sentimentali piuttosto che di spirito solidale o volontaristico.

Pensando a come i profili anagrafici incidano sul tema, possiamo apprezzare in che modo questo si differenzi laddove, per esempio, ad assistere una persona anziana sia un altro anziano, o quando un grande anziano si occupi di un congiunto con handicap, oppure nel caso in cui una persona con disabilità assista un congiunto con sindrome psichiatrica. Ed ancora, ove una giovane moglie diventi caregiver, nei casi in cui fratelli coetanei siano legati dall'assistenza dell'uno verso l'altro ed anche quando ci troviamo di fronte ai così detti young caregiver.

Quest'ultima fattispecie presenta aspetti che approfondiremo in questa sede, ovvero nello specifico co-

me sui giovani caregiver impattino le responsabilità di cura.

Eppure, al contempo, sono sempre più numerosi i giovani prestatori di cure e le famiglie che affrontano questo percorso che caratterizza così profondamente le loro biografie.

Trattasi di ragazze e ragazzi, figli, fratelli, nipoti, che si trovano improvvisamente catapultati nel mondo dell'assistenza ad un parente, con compiti inappropriati per la loro età. In Italia è stimato un 7% della popolazione tra i 15 ed i 24 anni che svolge attività di supervisione, cura o assistenza ad un membro della famiglia.

Il 46° rapporto del Censis sulla situazione sociale del Paese ci dimostra quanto questo fenomeno sia anche un tema di genere: esso infatti sostiene che sono le donne, circa nel 70% dei casi, che si occupano della cura e dell'assistenza dei congiunti. Quella che deve sorreggere il carico fisico ed emozionale più gravoso è la categoria delle figlie.

Le attività di cura rappresentano un impegno regolare e continuativo verso un genitore, un fratello od un congiunto che versa in condizione di non autosufficienza temporanea o permanente, che sia di natura pratica, fisica o emotiva.

Un fenomeno, questo, indotto da motivazioni antropologiche, economiche o legate al sistema delle politiche sociali. Il welfare italiano è di tipo familistico, ovvero lo Stato svolge un ruolo residuale nel fornire risorse e servizi a supporto dei cittadini. Le famiglie sono abituate a provvedere ai propri bisogni autonomamente. Tuttavia, questo lavoro di cura è normalmente associato a persone adulte, non a minorenni.

[1] Eurocarers <http://www.eurocarers.org/index.php>.

Infatti, per la sociologia dell'infanzia i minori sono considerati senza autonomia, sono loro che dipendono dagli adulti.

Pertanto, a fronte di un assente riconoscimento sociale e giuridico delle responsabilità di cura svolte da bambini e adolescenti, causato da una limitata conoscenza di questo fenomeno, e dell'assenza di una legge nazionale che riconosca e sostenga i caregiver familiari tantomeno gli young caregiver, questi ultimi vengono definiti come un gruppo nascosto, e risultano difficili da individuare.

Di contro, la mancanza di autoriconoscimento e di autoconsapevolezza tra gli stessi, i quali molto raramente si identificano come giovani caregiver, porta ad avere difficoltà a cercare e a chiedere aiuto.

Il caregiving in Europa, secondo quanto stimato dall'European Community Household Panel 2001, è svolto in media per 23 ore settimanali: circa 7 h al giorno di assistenza diretta e 11 h di sorveglianza; per una media di 8/10 anni verso persone anziane non autosufficienti e per tutta la vita nel caso di disabilità congenita grave.

Appare dunque di tutta evidenza come l'essere caregiver incida sul proprio tempo, sul proprio spazio e sulle proprie relazioni.

Per quanto concerne i giovani caregiver occorre pensare a come l'inversione dei ruoli spiazzi la loro quotidianità e possa indurli ad una rivisitazione dei compiti e delle priorità individuali. Infatti, ciò che è ordinario per i più diviene straordinario per coloro i quali debbono rivestire un così delicato ruolo.

Il caregiving è un'attività difficile e destabilizzante; occorre riconoscere che l'accudimento è un fenomeno multifaccettato ed asimmetrico che coinvolge aspetti emotivi laddove esercita una pressione di natura non solo fisica ma anche psicologica su chi lo vive, con sentimenti ambivalenti che oscillano tra la percezione d'onnipotenza e il senso di colpa derivante dal sentirsene anche, a tratti, in trappola.

Il contatto costante con il dolore di chi viene assistito impatta emotivamente su chi assiste, generando in quest'ultimo sintomi di varia natura, internalizzanti o esternalizzanti di progressiva invalidanza, quali ansie, timori, affaticamento, stress, ma anche disturbi dell'umore, del sonno e del comportamento alimentare.

Alcune ricerche condotte nei Paesi anglosassoni hanno evidenziato importanti conseguenze negative che il prendersi cura può avere su un bambino o un adolescente. I protagonisti riferiscono di essere stati vittima di bullismo o derisioni, di avere avuto pensieri autolesionistici o ideazioni di eteroaggressività.

Tali giovani caregiver soffrono frequentemente di depressione, ma anche di stati d'ansia e preoccupazione perduranti, ad esempio rispetto al fatto che il familiare possa sentirsi male o venire a mancare mentre loro sono assenti. Questo forte senso di responsabilità può divenire eccessivo ed opprimente.

Inoltre, simile ruolo è sovente accompagnato da una sorta di incomunicabilità del dolore con il quale si convive, come se si coesistesse inconsciamente con delle verità impronunciabili.

Diversamente da quella che può essere considerata un'idea romantica e socialmente auspicabile dell'assistenza, il caregiver può sperimentare spesso, in virtù del ruolo rivestito, un annientamento individuale. Le dinamiche tra chi assiste e chi è assistito sono spesso complesse e non necessariamente caratterizzate da benevolenza; può invero mancare la reciprocità affettiva, anche solo per il fatto che l'assistito non è sempre in grado di dimostrare la propria gratitudine.

Altre volte, invece, si diviene caregiver per senso del dovere o in conseguenza di una mera necessità economica, laddove si viva il paradosso di trovarsi a dover assistere chi a suo tempo non è stato in grado di farlo, quando i ruoli erano invertiti, in un concetto che potremmo definire come "indegnità della cura". Ciò avviene allorquando, tra le parti, continuano ad aleggiare antichi conti in sospeso, forti affetti legati a supposti crediti o debiti mai annullati sul piano emotivo, laddove guardandosi indietro si vedano solo la parte dolorosa e i vuoti della propria vita attribuiti alla stessa persona ora da assistere.

Tale ruolo a volte può essere subito, e finisce per essere caratterizzato da una lotta intestina tra amore e risentimento, tra compromessi e rinunce, tra scelte personali di autorealizzazione e altruismo; come veri e propri dilemmi etici.

La relazione con lo stesso assistito può divenire difficile, per la natura endogena della diagnosi di cui si è portatori, che talvolta si estrinseca in comportamenti di aggressività o in agiti di discontrollo degli impulsi.

Ancora più complesse le attività di cura nei casi in cui la malattia non è evidente, come nelle diagnosi psichiatriche o nelle degenerazioni cognitive, quando si deve fare i conti con l'immagine dell'altro che non è più la persona che era.

Nell'Alzheimer, per esempio, la graduale perdita di memoria e il modificarsi dell'identità del malato, la sua incapacità progressiva ed ingravescente di riconoscere l'altro rendono la relazione particolarmente delicata.

Il caregiver si trova così a vivere un lutto anticipatorio, di fronte ad una morte attesa o ad un senso di perdita della persona, la quale vive ancora ma dentro ad una relazione di aiuto che diviene sempre più coinvolgente.

Un lutto non autorizzato, come concetto proposto dallo psicologo Kenneth Doka[2], ovvero una perdita non percepita o non riconosciuta socialmente e quindi non convalidata e non supportata, che viene vissuta in maniera silenziosa e conduce ad una sofferenza in solitudine definita anche "ombra di dolore".

Con il termine *Burden* si indica il peso dell'assistenza, l'onere, il carico. Per spiegarne il senso si ripropone una delle frasi più esemplificative in merito, pronunciata da una giovane caregiver, la quale, assistendo prematuramente la madre schizofrenica, intervistata sul suo vissuto di cura, ha dichiarato: "Ho perso una madre senza averla persa fisicamente, e continuando ad occuparmene".

Il caregiving è un'attività gravosa, che può richiedere il fronteggiamento di polipatologie, in una sostanziale solitudine della diade assistito-assistente, curante-curato.

Ai prestatori di cure sono spesso affidati atti che richiedono competenze tecniche specifiche, come nei casi di piaghe, decubiti o sindromi da immobilizzazione, ma anche compiti decisionali difficili, ad esempio riguardo ai ricoveri, alle procedure diagnostiche o alle terapeutiche invasive, esserci nell'accompagnamento al fine vita, alla terapia del dolore, alle cure palliative.

Inoltre, le cure comportano una diversa vicinanza, una nuova intimità con il congiunto che si espleta nel-

la manipolazione e nella gestione del suo corpo implicando una rivisitazione del concetto di pudore.

Si diviene, di fatto, operatori dell'assistenza, specializzati nella salute dell'altro, mentre si tende a trascurare se stessi, a logorare i propri meccanismi di difesa mettendo alla prova la capacità di resilienza individuale, in una prigionia affettiva caratterizzata dal severo carico psicologico che tale legame intimo contiene. Si ricorda lo studio del premio Nobel per la medicina nel 2009, Elisabeth Blackburn, che ha dimostrato come i caregiver sottoposti allo stress di curare familiari gravi abbiano un'aspettativa di vita ridotta dai 9 ai 17 anni.

Eppure, proprio dal benessere psico-fisico del caregiver dipende quello dell'assistito e da quello di entrambi discende da quello della comunità d'appartenenza, compreso il sistema pubblico socio-sanitario di assistenza.

Sui sistemi familiari curanti e sulla relazione stessa young caregiver-assistito hanno un'influenza basilare taluni fattori oggettivi quali: la durata temporale della cura, la gravità della dipendenza, il tempo quotidiano da dedicare, le risorse abitative ed economiche disponibili, i servizi e gli interventi attivabili, nonché i supporti relazionali di cui si dispone.

Nel tempo della cura, di frequente, le relazioni sociali si rarefanno e si erode la rete dei legami naturali, che viene consumata negli anni di solitudine assistenziale. Si verificano dinamiche di inasprimento del rapporto con altri familiari, che vengono ritenuti insufficientemente collaborativi e poco di sostegno. Mentre in contemporanea si deve imparare a gestire lo stigma e persino la vergogna nel chiedere aiuto formale o informale a terzi.

Si registra così un drastico cambiamento dello stile di vita, della libertà individuale e del contesto sociale. Si vivono un tempo ed uno spazio che non verranno più restituiti, mentre le proprie esigenze non si sintonizzano né si allineano con quelle dei coetanei.

I giovani caregiver sono spesso costretti a rinunciare alle attività ludiche e ricreative a cui si dedicano abitualmente i coevi: vacanze, uscite, attività sportive. Il tempo impiegato nella cura viene sottratto a quello dedicato allo svago o alle circostanze aggreganti e ciò conduce di frequente ad una situazione di isolamento sociale. Questa dinamica, aggiunta all'imbarazzo

[2] CRISTINA JENARO RIO, *Lutto. Come affrontare la perdita*, Scoprire la psicologia, Edizioni Emse.

provato dai ragazzi rispetto alla propria condizione, porta ad una chiusura, un ritiro che può sfociare in emarginazione vera e propria.

Inoltre, il caregiving impatta inevitabilmente sul lavoro e sullo studio; spesso ci si trova di fronte ad un bivio, poiché conciliare i tempi di assistenza con gli impegni da studente o da lavoratore appare impossibile.

Tale condizione, unita alla stanchezza per la perdita di sonno, quale effetto collaterale di molte situazioni di cura, finisce per influenzare anche il rendimento scolastico, a prescindere dalle effettive potenzialità e può sfociare nell'abbandono del percorso di studi. Rispetto a questo tema è interessante quanto citato nella legge 10 dicembre 1997, n. 425[3], rispetto alle scuole superiori. La norma sancisce che il consiglio di classe ha la facoltà di attribuire, nello scrutinio finale di ciascuno degli ultimi tre anni, un credito per l'andamento degli studi, che può essere integrato a compensazione di situazioni di svantaggio, riscontrate negli anni precedenti, in relazione a situazioni familiari o personali dell'alunno.

Mentre in ambito universitario, da un'indagine realizzata dall'Osservatorio sulla didattica dell'Università di Siena del 2010[4], emerge come l'86,81% degli atenei preveda la possibilità di frequenza a tempo parziale per "studenti con comprovati motivi familiari" ed in alcuni casi si parla in modo esplicito di "cura familiare". Tuttavia, soltanto nel 58,23% dei casi sono previste contestuali riduzioni delle tasse di iscrizione e di frequente non è possibile, o lo è con forti limitazioni, passare dal regime a tempo parziale a quello a tempo pieno o viceversa.

Si palesa, quindi, come l'occuparsi di un congiunto possa avere conseguenze importanti rispetto alle scelte sul proprio futuro, sulla carriera accademica o lavorativa individuale.

Infatti, i giovani caregiver sono più frequentemente NEET rispetto ai coetanei, ovvero non studiano né lavorano. Dal Programma Garanzia Giovani[5] si

evince come i compiti di cura familiare siano il primo motivo di inattività dei ragazzi italiani tra i 15 e i 29 anni.

Una sentenza del Tribunale di Napoli (01/2005) risulta essere molto importante, sul tema, poiché considera l'impegno formativo dei caregiver studenti alla pari di quello lavorativo. La stessa ha infatti chiarito che ai fini dell'ottenimento dei permessi della legge 104/1992 i familiari studenti sono equiparati ai familiari lavoratori anche nei periodi di inattività scolastica.

Per quanto riguarda i supporti all'inserimento lavorativo, non esistono ad oggi provvedimenti specifici per giovani caregiver; tuttavia, ci sono politiche e pratiche di cui i ragazzi con tali responsabilità potrebbero beneficiare indirettamente. Ad esempio, con la legge regionale n. 2 del 2014[6] si prevede la validazione delle competenze acquisite informalmente per facilitare l'inserimento lavorativo, in particolare nel settore della cura. Ciò consente al caregiver che voglia cercare occupazione in ambito assistenziale di far valere le esperienze maturate in famiglia, favorendo in questo modo il suo inserimento nel mondo lavorativo.

Già nel 2011, secondo il rapporto ISTAT "La conciliazione tra lavoro e famiglia"[7], 1 milione di italiani si occupava di genitori non autosufficienti e quasi il 40% di chi lavorava aveva un familiare a cui dare assistenza; l'8,4% delle persone tra i 15 e i 64 anni si prendeva regolarmente cura di adulti o anziani bisognosi di assistenza ed in Italia 169.000 ragazzi tra i 15 e i 24 anni (pari al 2,8% della popolazione di tale fascia d'età) si prendevano cura di adulti o anziani fragili.

Da tale computo restavano però esclusi i bambini più piccoli, i giovani adulti e coloro che assistevano fratelli o altri congiunti minorenni con disabilità; pertanto si può, ad oggi, ritenere verosimilmente che tale percentuale possa essere ancora sottostimata.

I giovani caregiver che lavorano possono beneficiare dei provvedimenti della legge 104/1992[8] come qualsiasi altro familiare laddove rientrano tra le seguenti

[3] Legge 10 dicembre 1997, n. 425, *Disposizioni per la riforma degli esami di Stato conclusivi dei corsi di studio di istruzione secondaria superiore*.

[4] https://www.unisi.it/sites/default/files/allegati/news_doc_gennaio_2010.pdf.

[5] <https://www.anpal.gov.it/garanzia-giovani>.

[6] Legge regionale n. 2 del 2014 "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del Caregiver Familiare (Persona che presta volontariamente cura e assistenza)".

[7] Dati Istat, 2017.

[8] Legge 5 febbraio 1992, n. 104 *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*.

categorie: “coniuge, parente o affine entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età, oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti”.

Nonostante le ricerche disponibili rendano evidente l’impatto che l’attività di cura può avere sui bambini e i ragazzi, relativamente al benessere psicologico, alle relazioni sociali, alla salute e alle opportunità di transizione positiva verso l’età adulta, ancora molto c’è da fare sul tema.

Gli adulti che diventeranno, il modo in cui essi vivranno le loro relazioni familiari, ovvero l’equilibrio del proprio nucleo e le opportunità professionali future che avranno, dipendono anche da come essi saranno stati sostenuti durante l’infanzia e l’adolescenza nel loro ruolo di caregiver.

Occorre sottolineare che le ricerche evidenziano, altresì, come vivere l’esperienza di cura possa anche avere conseguenze favorevoli, quali il rafforzamento dell’autostima, della maturità e del senso di responsabilità generale rispetto ai coetanei, lo sviluppo di capacità di coping e la sperimentazione di una maggiore coesione del proprio nucleo familiare.

Per tutti questi motivi è importante intercettare e “prenderci cura di chi cura”. Aiutare chi assiste e la sua famiglia a percorrere il dolore, la perdita e la fatica vuol dire fare un intervento che ha profonde ricadute positive anche sull’assistito e riveste un ruolo preventivo sia riguardo alle possibili sequele sanitarie della diade, sia rispetto al rischio di allontanamento del caregiver dalla famiglia per l’eccessivo carico.

Attualmente, i servizi dedicati in termini generali ai giovani caregiver in Italia sono rari. Si annoverano in prevalenza progetti rivolti ai fratelli di persone disabili, finalizzati ad informare sul tema del “dopo di noi”, alla promozione di gruppi di auto-mutuo aiuto ed a creare occasioni di conciliazione. Si tratta in specie di esperienze attivate a livello locale, presenti quindi sul territorio in modo frammentato e disomogeneo. Per quanto concerne la varietà delle tipologie di supporto auspicabili in materia, risulta importante l’aiuto nella gestione delle emozioni, nei rapporti con i terzi e nella maggiore integrazione con i servizi territoriali.

I gruppi di sostegno si qualificano come strumento utile di protezione psico-sociale per gli adolescenti caregiver essi hanno infatti l’obiettivo di migliorarne il benessere, rafforzare la loro resilienza e mitigare le influenze negative dei fattori ambientali.

Occorre, oltre a ciò, sviluppare attraverso il coinvolgimento attivo degli stessi caregiver un quadro innovativo di interventi di prevenzione primaria, con lo scopo di valutare tutto quello che può essere efficace nel fornire azioni e soluzioni adeguate alle esigenze presenti nei singoli contesti regionali.

Rispetto alle pratiche ed alle politiche da sviluppare è fondamentale che i giovani caregiver siano riconosciuti e identificati dalle figure professionali operanti nei diversi contesti di vita quotidiana frequentati dagli stessi. È necessario un lavoro di ricerca, raccolta dati ed informazioni che contribuisca ad aumentare la consapevolezza e la conoscenza su questo tema.

Occorre sensibilizzare la comunità professionale socio-sanitaria, per promuovere lo sviluppo di competenze adeguate, in modo che possa davvero riconoscere e orientare i giovani caregiver verso quegli interventi utili a mitigare gli esiti negativi dell’assistenza.

Insegnanti, docenti, educatori, operatori sociali e sanitari nel proprio agire professionale devono essere preparati ad intercettare questi ragazzi, a “saperli vedere”, essere consapevoli di potersi trovare di fronte a un giovane caregiver, conoscere le esigenze e le peculiarità che tale condizione implica e tenerne conto, anche valorizzando le sue caratteristiche positive. È altresì fondamentale, rispetto alla condizione di caregiving potenziarne i fattori protettivi e di adattamento, prestare attenzione alla situazione socio-economica nonché alla dimensione del nucleo ed al contesto abitativo e relazionale di ciascuno, nel quale andare ad individuare un prestatore di cure secondario o sostitutivo. Ed ancora, promuovere servizi di prossimità ma anche online, finalizzati ad intercettare i giovani caregiver e ad offrire loro opportunità di condivisione, informazione, sostegno e svago.

Tutto ciò attraverso un approccio di tipo partecipativo, coinvolgendo coloro i quali tradizionalmente vengono considerati come destinatari di prestazioni e servizi, facendoli invece diventare protagonisti degli stessi.

Ovvero, allenarsi a riconoscere quel “sapere esperienziale” dato dalla vicinanza alla realtà vissuta, di cui sono testimoni questi attori sociali Esperti per Esperienza, appunto, mappando la loro presenza sul territorio e fornendo il giusto supporto fattivo ed emozionale.

Perché seminare sensibilità, attenzione, ascolto e professionalità aiuta a capirsi; e capirsi fa bene alla salute. Di tutti.

Riferimenti bibliografici e normativi

Bibliografia

- COSTA G. (2007), *Quando qualcuno dipende da te*, Carocci Editore.
- GORI C. (a cura di) (2001), *Le politiche per gli anziani non autosufficienti*, Franco Angeli.
- PESARESI F. (2021), *Il Manuale dei Caregiver Familiari. Aiutare chi aiuta*, Maggioli Editore.
- RIO C.J. (2022), *Lutto. Come affrontare la perdita*, Scoprire la psicologia, Edizioni Emse.
- SCABINI E., LA FRATE R. (2003), *Psicologia dei legami familiari*, Il Mulino.

Normativa

Legge 22 giugno 2016, n. 112, *Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare*.

Legge regionale 28 marzo 2014, n. 2 *Norme per il riconoscimento ed il sostegno del Caregiver Familiare (Persona che presta volontariamente cura e assistenza)*.

Legge 5 febbraio 1992, n. 104 *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*.

Legge 10 dicembre 1997, n. 425 *Disposizioni per la riforma degli esami di Stato conclusivi dei corsi di studio di istruzione secondaria superiore*.

Sitografia

- <http://www.eurocarers.org/index.php>
- <http://www.eurocarers.org/userfiles/file/policy/Careers%20strat%20dr12%2013Final.pdf>
- <http://www.sitilombardia.it/documenti/ManifestoCaregiver.pdf>
- https://www.unisi.it/sites/default/files/allegati/news_doc_gennaio_2010.pdf
- <https://www.anpal.gov.it/garanzia-giovani>

Fare prossimità

Pratiche, persone e organizzazioni

a cura di Laura Bongiovanni*, Carlo Andorlini**

* Presidente di Associazione Isnet per lo sviluppo dell'impresa sociale e responsabile dell'Osservatorio sull'impresa ad impatto sociale in Italia. Esperta di ricerca qualitativa e di gestione dei processi di cambiamento ispirati ad una visione olistica e alla valorizzazione del paradigma dell'economia trasformativa
** Si occupa di innovazione sociale nelle organizzazioni e nei sistemi per migliorare o generare connessioni con la comunità. Insegna all'Università di Firenze nella Magistrale dei Servizi sociali "Disegno e gestione degli interventi sociali"

Giunto alla terza edizione, l'Osservatorio nazionale sulla prossimità indaga a cadenze periodiche i tratti caratteristici di pratiche, persone e organizzazioni che fanno prossimità in Italia, utilizzando strumenti di ricerca qualitativa e quantitativa, con interviste dedicate. L'analisi è realizzata in concomitanza dell'evento Biennale della Prossimità dedicato alla valorizzazione del fenomeno, un appuntamento itinerante che rappresenta alcune delle esperienze più significative. La prima edizione dell'Osservatorio aveva restituito l'immagine di un fenomeno fluido a grande capacità di innovazione ma con forti limiti alla strutturazione. Gli interventi spesso sono frutto di circostanze molto particolari e rischiano di esaurirsi in tempi relativamente brevi, disperdendo il patrimonio di conoscenza ed esperienza generato. La seconda indagine approfondisce il tema della "fragilità-antifragile" come cifra caratteristica degli interventi, evidenziando la capacità di stare di fronte al rischio di eventi e processi inaspettati cercando di imparare dalla volatilità e dal disordine, persino dagli errori, essendo quindi "antifragili" e attivando processi interconnessi e in evoluzione. L'analisi 2022 indaga ulteriormente questi aspetti alla ricerca dei tratti caratteristici degli interventi interrogandosi sulle possibilità di una modellizzazione utile ad ispirare processi trasformativi dei sistemi di welfare.

La genesi e il contesto biennale

Dal 2017 si svolge in Italia una esperienza che si chiama Biennale della Prossimità[1].

La prima edizione si svolse a Genova, poi fu la volta di Bologna, Taranto e questo anno 2022, la IV edizione si è svolta a Brescia.

La Biennale è una esperienza fatta di incontri, di scambi e soprattutto di crescita di un sentire comune intorno alla parola Prossimità. Più che un evento di eventi, Biennale della prossimità è un cantiere di crescita collettiva delle organizzazioni e delle persone che si incontrano. Ha un momento culminante con una 3 giorni ma di fatto sviluppa legami e progettazione condivisa permanente in quello spazio temporale che da una edizione va a quella successiva.

La Biennale della Prossimità è promossa dai Promotori Nazionali, un network di organizzazioni che condividono l'obiettivo di combinare interventi di prossimità con la promozione di una riflessione pubblica su questi temi. Ne fanno parte Abele Lavoro, CNCA, Legambiente, Legacoopsociali, Associazione Isnet, Idee in Rete Consorzio di Cooperative Sociali, Fondazione Ebbene, Consorzio Emmanuel, ovvero grandi soggetti nazionali di secondo o terzo livello che diffondono il tema della prossimità all'interno delle proprie reti e soggetti che storicamente hanno promosso le diverse edizioni della Biennale della Prossimità.

L'area ricerca di Biennale

Fin dalla seconda edizione della Biennale della Prossimità per volontà delle organizzazioni promotrici nazionali dell'evento si è costituito un gruppo di lavoro formato e rappresentato da Laura Bongiovanni e Carlo Andorlini, dedicato alla conoscenza e all'a-

[1] Biennaleprossimita.it.

Welfare Oggi 3 · 2022

nalisi delle caratteristiche e della evoluzione del fenomeno. La Biennale da questo momento si posiziona non solo come momento di animazione e confronto ma anche come luogo di riflessione e conoscenza oltre la durata dell'evento, con la costituzione di un Osservatorio permanente e una banca dati di indicatori quantitativi e qualitativi per la lettura del fenomeno.

La prima edizione dell'Osservatorio aveva restituito l'immagine di un fenomeno fluido a grande capacità di innovazione ma con forti limiti alla strutturazione. Gli interventi spesso sono frutto di circostanze molto particolari e rischiano di esaurirsi in tempi relativamente brevi, disperdendo il patrimonio di conoscenza ed esperienza generato.

La seconda indagine approfondisce il tema della "fragilità antifragile" come cifra caratteristica degli interventi, evidenziando la capacità di stare di fronte al rischio di eventi e processi inaspettati cercando di imparare dalla volatilità e dal disordine, persino dagli errori, essendo quindi "antifragili" e attivando processi interconnessi e in evoluzione.

La ricerca 2022

L'analisi 2022 indaga ulteriormente questi aspetti alla ricerca dei tratti caratteristici degli interventi in-

terrogandosi sulle possibilità di una modellizzazione utile ad ispirare processi trasformativi dei sistemi di welfare.

Per il perseguimento degli obiettivi conoscitivi si è scelto lo strumento dell'analisi qualitativa e della intervista semistrutturata che ha consentito l'approfondimento di 20 casi studio.

Le "aree categoriali" utilizzate che hanno orientato la scelta delle pratiche di prossimità si sono riferite a:

- esperienze con una commistione tra pratiche forti e/o consolidate, pratiche embrionali e pratiche neonate;
- esperienze collocate in varie parti d'Italia;
- esperienze rientranti in una gamma che va dal micro (cioè piccole, semplici, destrutturate) al macro (cioè medio-grandi, complesse, articolate);
- esperienze situate sia in centri medi e grandi che in aree deboli e interne;
- esperienze, infine, sviluppate o in via di sviluppo grazie ad una "spinta" in taluni casi del privato (del privato sociale ma anche del profit) e in altri in una connessione pubblico-privato no profit.

I soggetti

Le 20 pratiche prima intercettate e poi ascoltate sono state:

Pratica	Territorio	Pratica	Territorio
Banco di Comunità Cooperativa Sociale Cauto	Brescia	Landworks Associazione Culturale	Sassari
Borgo Universo	Aielli (L'Aquila)	Microaree di Trieste	Trieste
Casa del Quartiere	Torino	Milano 2035	Milano
Centro Culturale Manifatture Knos	Lecce	Nova	Novara
Centro di Prossimità Mosaico - Fondazione Ebbene	Catania	OvestLab	Modena
Comunità Energetica Fondazione Famiglie di Maria	San Giovanni Teduccio (Napoli)	Pibiesse	Nocera Inferiore (Salerno)
Cooperativa Sociale Insieme	Vicenza	Ri-hub - Associazione Raggio Verde	Grottammare (Ascoli piceno)
Cucine popolari	Bologna	Salus Space	Bologna
Da Palombellissima a Qua	Ancona	Teatro Povero Cooperativa di Comunità di Montichiello	Montichiello (Siena)
Dolomiti hub	Fonzaso (Belluno)	Tradiradio Rete Italiana di Cultura Popolare	Torino



I 10 tratti caratteristici

Nell'andare a osservare queste pratiche la ricerca ha fermato 10 elementi che sono indicati come "ricorrenti", ovvero che si sono ritrovati nell'analizzare la maggior parte delle esperienze di prossimità. Tratti caratteristici che non vogliono chiudere ma anzi aprire e lasciare aperta la definizione di pratica e il perimetro sempre a geometrie variabili.

Qui di seguito una breve sintesi dei 10 tratti:

1. Riproducibilità "maieutica"

Sono in essere percorsi di modellizzazione e replica delle esperienze con strategia exit, non un'affiliazione nello stile del franchising ma la creazione di una rete interconnessa di organizzazioni che a partire da un processo iniziale di affiancamento creano un proprio posizionamento legato e autonomo al contempo.

L'ente gestore della pratica di prossimità sceglie di posizionarsi sugli altri territori suscettibili di replica, come ente di secondo livello che analizza bisogni e risorse del territorio, realizza una mappatura e uno studio di fattibilità per verificare le condizioni di replica della iniziativa. Viene così realizzato un lavoro originale di capacitazione della comunità e del gruppo che

gestisce il processo, così che poi l'ente gestore della pratica di prossimità si stacca dal territorio e permette all'esperienza di procedere con elevati gradi di autonomia e flessibilità seppur regolati da un riferimento e metodologie comuni. Il posizionamento del progetto di prossimità risulta dunque aperto e in evoluzione.

2. Competenze che apprendono

Le competenze di prossimità sono dinamiche e trasversali perché mai fisse, ma in uno stato di apprendimento continuo: le figure professionali coinvolte lavorano su continui cambiamenti che escludono un piano strategico statico. Le pratiche di prossimità richiedono capacità di improvvisazione, accanto alle strategie deliberate ci sono quelle emergenti che hanno bisogno di un approccio di équipe e interdisciplinare. Vanno sviluppati punti di osservazione diversificati, dinamici e interdipendenti.

I progetti di prossimità necessitano di équipe interdisciplinari caratterizzate da profili e specializzazioni diversificati, per poter attivare più punti di osservazione intorno ad uno stesso oggetto, che matura grande capacità di ascolto reciproco. Al contempo il processo di apprendimento oltre che multidisciplinare è fortemente esperienziale, con la disponibilità ad imparare osservando il fare e gli esiti, cambiamenti, ef-

fetti prodotti. Ne consegue l'importanza dello sviluppo di competenze trasversali. Le competenze non riguardano un campo specifico o quanto meno unico, non sono puramente sociali e neppure solo culturali o imprenditoriali in senso stretto. Non sono quindi competenze "verticali" quelle che si intravedono maggiormente, ma piuttosto competenze "trasversali", impostate su abilità e atteggiamenti e non solo su contenuti.

3. Il circuito virtuoso della prossimità

Fare prossimità significa ingaggiare il territorio, mettersi in gioco tutti, attivare processi comunitari, portare a galla talenti, definire ruoli e responsabilità in modo mobile e non preordinato.

L'azione di prossimità attiva un processo dal basso che sa ingaggiare, valorizzare talenti e creare corresponsabilità, in alcuni casi anche attraverso lo strumento del prestito sociale e forme di mutualità. È così che l'azione di prossimità si apre alla comunità, diventa una sorta di presidio sociale, attivando energie imprevedute, nuove idee, collaborazioni, diversificazione di servizi ed ambiti. È la prossimità che genera prossimità creando un vero e proprio circuito virtuoso.

4. Apprendere e non solo fare

C'è una consapevolezza diffusa dell'importanza di attivare percorsi di osservazione delle esperienze con l'utilizzo di strumenti e metodologie dedicati che permettano di ricavare indicatori oggettivi oltre le percezioni personali. L'analisi degli effetti trasformativi generati è fondamentale non solo per il miglioramento ma anche per identificare e meglio circoscrivere l'originalità e l'innovatività dei modelli di intervento. C'è un processo creativo in atto che va indagato.

La consapevolezza dell'importanza di attivare analisi dedicate all'impatto sociale non corrisponde però sempre all'attivazione di percorsi di ricerca. In molti casi siamo ancora nel campo dei *desiderata* anche se non mancano alcune eccezioni, che hanno realizzato i processi di ricerca. C'è consapevolezza di aver bisogno di consapevolezza, attivando uno sguardo esterno capace di oggettivare e trascendere il campo delle

percezioni personali, e generare un percorso di continuo apprendimento.

5. Cambiar pelle al beneficiario

L'azione di prossimità rivoluziona la categoria di "beneficiario", trasformandolo in attore attivo e protagonista.

Beneficiari che diventano volontari e coprotagonisti, che prendono parte ai processi mettendo in gioco capacità e disponibilità ed entrando, anche se inconsapevolmente, in un processo trasformativo. Il "beneficiario" si trasforma, cambia pelle, e diventa parte attiva dell'azione di prossimità ritagliandosi in modo creativo un ruolo e delle attività. È questa all'unisono la testimonianza delle esperienze di prossimità, un vero e proprio cambiamento culturale che si nutre di reciprocità.

6. Da reti ad alleanze

Nei tratti delle pratiche si scorgono forme di prossimità che sviluppano il concetto di reciprocità come patto di collaborazione e la cooperazione come stile.

C'è un passaggio fondamentale che avviene ogni volta e che sembra una crescita decretata dal desiderio e dalla necessità di mantenere la fiducia a un livello che permetta di sperimentarla e di praticarla sul "campo". Si fa rete per una urgenza che fa mettere insieme persone, per un'idea o per un desiderio. E il percorso che inizia appunto solo chiedendosi di stare insieme diventa esigente e quindi porta a chiedersi e chiedere più chiarezza su quello che posso portare e quello che desidero dagli altri.

Un passaggio fondamentale che aumenta l'intensità della prossimità ma aumenta anche il rischio (giusto) della rottura della prossimità. Corretta situazione senza la quale si rischia di "strascicare" esperienze che giorno dopo giorno si impoveriscono e si spengono. Altro aspetto interessante e virtuoso nel passare da reti ad alleanze è anche la valorizzazione del concetto di cooperazione. Utile e trasversale per tutti, molto prezioso per chi è effettivamente anche soggetto cooperativo.



Infine, ultimo elemento su questo tratto interessantissimo è lo sviluppo di competenze trasversali. Le competenze delle persone messe a disposizione in queste pratiche che animano non riguardano un campo specifico o quanto meno unico, non sono puramente sociali e neppure solo culturali o imprenditive in senso stretto. Non sono quindi competenze “verticali” quelle che si intravedono maggiormente, ma piuttosto competenze “trasversali”, impostate su abilità e atteggiamenti più che su contenuti. Le compe-

tenze trasversali sono da considerarsi come variabile autonoma.

7. La coprogettazione in pratica (al di là dell’art. 55)

Pratiche di prossimità che non pensano alla coprogettazione come opzione alternativa o aggiuntiva ma come processo necessario. Senza coprogettazione la distanza tra l’inizio e la fine di una pratica è brevissima.

La ricerca delle “risposte” nasce con gli attori nello stesso momento in cui si intravedono le “domande”, e questo avviene non solo nelle esperienze native e ancora senza forma, ma anche e in maniera decisa in quelle realtà che sono consolidate che vivono di appalti, che sono le cosiddette imprese sociali.

Quando la prossimità emerge come esigenza quasi organizzativa e procedurale (parole apparentemente lontane dal concetto di pratiche di prossimità ma che in realtà proprio in queste pratiche riconosciute sembrano assumere un valore semantico diverso e superiore) ecco che la co-progettazione diviene naturale. All'interno di questi processi si respira il “passo breve” tra richiesta e tentativo di risposta e quindi la co-progettazione è di fatto già parte di un'azione. O, per meglio dire, accompagna in forma generativa l'azione di prossimità.

8. Innovazione culturale naturale

Molte pratiche passano da proposte culturali, una cultura a volte popolare, a volte più “sostanziosa”. O nelle intenzioni o nel guardare i risultati si scorge la dimensione sociale della proposta culturale. Una cultura che fa impatto sociale.

Le pratiche di prossimità osservate (quasi tutte) aiutano il sistema della convivenza nelle comunità in cui sono almeno per 2 motivi:

- il primo è che producono sociale (elemento basilico ma da sottolineare);
- il secondo, molto indiretto ma fondamentale, è che la pratica di prossimità ad indirizzo culturale aiuta a far crescere ed a diffondere il concetto di welfare culturale, ovvero quel welfare che attraverso le azioni e le attività culturali (oltre che attraverso il patrimonio culturale) porta un contributo sociale (a chi è fragile, a chi fa fatica, a chi ha difficoltà fisiche e o psicologiche... ma in generale per la cittadinanza coinvolta).

9. Luoghi partecipanti al valore pubblico

Le pratiche di prossimità sono spesso, se non sempre (almeno dai casi che abbiamo osservato), accompagnate dal luogo. Il luogo non solo c'è, ma è

anche e soprattutto partecipante agli obiettivi. Non è funzionale, ma strutturalmente facente parte della prossimità.

Lo spaesamento, che implica la perdita di certezze territoriali e di contesto, di valori e di punti di riferimento condivisi, spinge le persone a sentire intensamente l'esigenza di ritrovarsi in un qualche “centro”, simbolico e materiale allo stesso tempo. C'è bisogno di *uno spazio relazionale* da cui sentirsi attratti e dove portare il proprio punto di vista, dare risposta al bisogno di appartenenza, esprimere la disponibilità ad attivarsi in un luogo comune.

Il luogo poi aiuta, quasi potenzia, la dimensione “pubblica”. Attraverso la presenza del luogo si posiziona la pratica di prossimità come spazio che spinge e amplifica il valore pubblico di quello che si sta facendo.

10. L'humus della prossimità passa dalla cura generazionale

L'attenzione ad almeno due fattori che riguardano il concetto di generazione (quello delle generazioni giovani/adulti/anziani e quello della storia ovvero memoria/presente/futuro) permette e valorizza la dimensione del collegamento fra parti di una comunità che altrimenti faticano a collegarsi e connettersi e ad ignorare la necessità di pensare alle cose che si fanno che sempre sono legate alla memoria e sempre inesorabilmente condizionanti il futuro.

È molto interessante registrare anche la strategia di chi tenta di rilanciare tradizioni, strumenti, servizi e attività in chiave virtuosa per “ri-costruire” percorsi economici; ed è anche il movimento culturale che accende il coraggio di promuovere una comunità valorizzandone la storia e le radici, le origini e le tipicità.

È rispetto al tema delle generazioni, soffermandoci soprattutto sul coinvolgimento giovanile, vi è la possibilità di avere in queste esperienze in movimento sia un contenitore per nuove traiettorie giovanili, sia un “osservatorio” dove comprendere e alimentare le dinamiche di accesso all'autonomia giovanile.

E proprio in un impianto come la pratica di prossimità che si riesce a enfatizzare una delle direzioni dominanti che i giovani si trovano a sperimentare: il pas-

saggio da *carriere per direzione a carriere per movimento*.

Conclusioni: la sfida dell'innovazione sociale come processo necessario

L'innovazione sociale è, se vogliamo, in queste esperienze osservate e lette, quell'innovazione che propone di affrontare complessi problemi di natura orizzontale attraverso meccanismi di intervento di tipo reticolare, e che adotta molto spesso l'intera gamma degli strumenti a disposizione, utilizzando forme di coordinamento e collaborazione piuttosto che forme verticali di controllo. E l'impatto che si ha è tanto più

elevato quanto più inclusivo è il processo di coinvolgimento della comunità, secondo modelli in continua evoluzione. Questa mobilitazione di risorse umane che si nota e si "sente" porta ad un attivismo diffuso in grado di moltiplicare energie e iniziative al servizio del miglioramento sociale. Non ci sono attori e settori più idonei di altri nello sviluppare pratiche di innovazione sociale, anzi in queste pratiche di prossimità si può dire che le esperienze più interessanti e radicali sono il frutto della collaborazione tra diversi attori appartenenti a mondi diversi. E così facendo fronte alle difficoltà e alle opportunità di crescita si riesce a reagire innovando ed esplorando territori inediti.

Welfare Oggi 3 · 2022

Cose che (non) dimentico: un'estate al campo profughi di Pournara (Cipro)

Valeria Perinelli

Ci scrive una giovane studentessa di servizio sociale dell'Università di Bologna. Questa estate con altri volontari della Comunità di Sant'Egidio ha prestato un servizio nel campo profughi di Pournara a Cipro, vicino alla capitale Nicosia. La lettera richiama l'attenzione dei lettori di Welfare Oggi su di una realtà, quella dei profughi che arrivano in Europa, di cui si parla troppo poco e per la quale forse si potrebbe fare molto di più.

Pournara. A pochissimi chilometri da Nicosia, capitale cipriota, esiste un campo profughi popolato da più di 1.800 persone, tra uomini, donne, adolescenti e bambini. Prima di quest'estate io non lo sapevo. È un luogo tremendo, una prigione a cielo aperto: non si può uscire e si vive in grandi capannoni, l'igiene è scarsissima e il filo spinato delimita ogni area del campo. Anche il cibo, ci hanno detto, non è un granché. Tutte le persone che ho conosciuto nei giorni che ho trascorso a Cipro avevano una grande voglia di parlare, di raccontarsi, e così quelle che inizialmente erano semplici chiacchierate pian piano si trasformavano sempre in discorsi articolati e in incontri speciali. Afghanistan, Nigeria, Siria, Somalia, solo per dire alcuni luoghi di provenienza, e a volte le difficoltà linguistiche complicavano la narrazione, ma a mio avviso restituivano anche la complessità dell'incontro tra persone con background culturali molto diversi.

La protagonista di ogni storia che ascoltavo era la perdita. Perdita dolorosa delle relazioni significative e dei legami con i luoghi di provenienza. Perdita di tutto. Così, attraverso la narrazione della loro storia, almeno un po', si colmava il vuoto che la lontananza da casa e i traumi vissuti facevano sentire e si presentavano a noi, trasformando i ricordi del passato in una testimonianza di vita e in un elemento necessario nella definizione della loro identità.

Spesso durante le tante attività nel campo (la mensa, la scuola di lingua, i giochi con i bambini, le gite con minori non accompagnati e altro ancora) si sorrideva e gli scambi di battute portavano una grande allegria, tra sorrisi e gesti giocosi. Una serena normalità ritrovata come per miracolo.

A volte però la tragicità della condizione di vita dei

profughi prendeva il sopravvento. Non dimentico le lacrime di una giovanissima ragazza afgana di soli 15 anni: "Voglio andare via di qui!"

Nel campo di Pournara ci sono tantissimi bambini, come Roman, che si divertiva a farmi il solletico di nascosto, e Mousa, che scappava sghignazzando ogni volta che mi avvicinavo. L'immagine più commovente era sicuramente vederli giocare, i bambini, tutti insieme, mentre collaboravano (solo) con gli sguardi di intesa: nessuno capiva la lingua dell'altro.

In questi momenti si viveva un clima di totale spensieratezza, che trascinava anche gli adulti che qua e là si univano ai giochi o li guardavano divertiti.

Un sabato, dopo che un gruppo di profughi cattolici ha partecipato alla messa (anche la messa è un lusso nel campo), la sera si è conclusa con un ballo. Un ballo comune travolgente al tramonto. Le voci sovrastavano il silenzio e le mani creavano dei ritmi complessi, sostenendo le voci dei diversi canti, e facendo ballare tutte le persone presenti.

Questi sono solo alcuni momenti che ho voluto riportare, di una realtà che è complessissima e di un'emergenza umanitaria che non può essere dimenticata.

La nostra presenza in quel campo rappresentava per loro un messaggio di speranza: non siete soli, noi vi vediamo, siamo qui.

Essere lì, infatti, ha significato sia abbattere i muri costruiti dalla propaganda, sia annullare la distanza geografica e sociale tra noi e loro.

Avere un rapporto diretto permette di conoscere le persone e quali siano i loro sogni, desideri e risorse. Il problema maggiore è che al di fuori del campo per loro non c'è nulla. Trovare un lavoro e un'abitazione è quasi impossibile.

Proprio di fronte a questo problema in Italia sono

stati proposti *i corridoi umanitari* che rappresentano una risposta molto valida. Garantiscono un viaggio sicuro a chi fugge dalla guerra o dalla violenza, e poi offrono una ospitalità pronta ad accoglierli e a prendersene cura nel Paese d'arrivo.

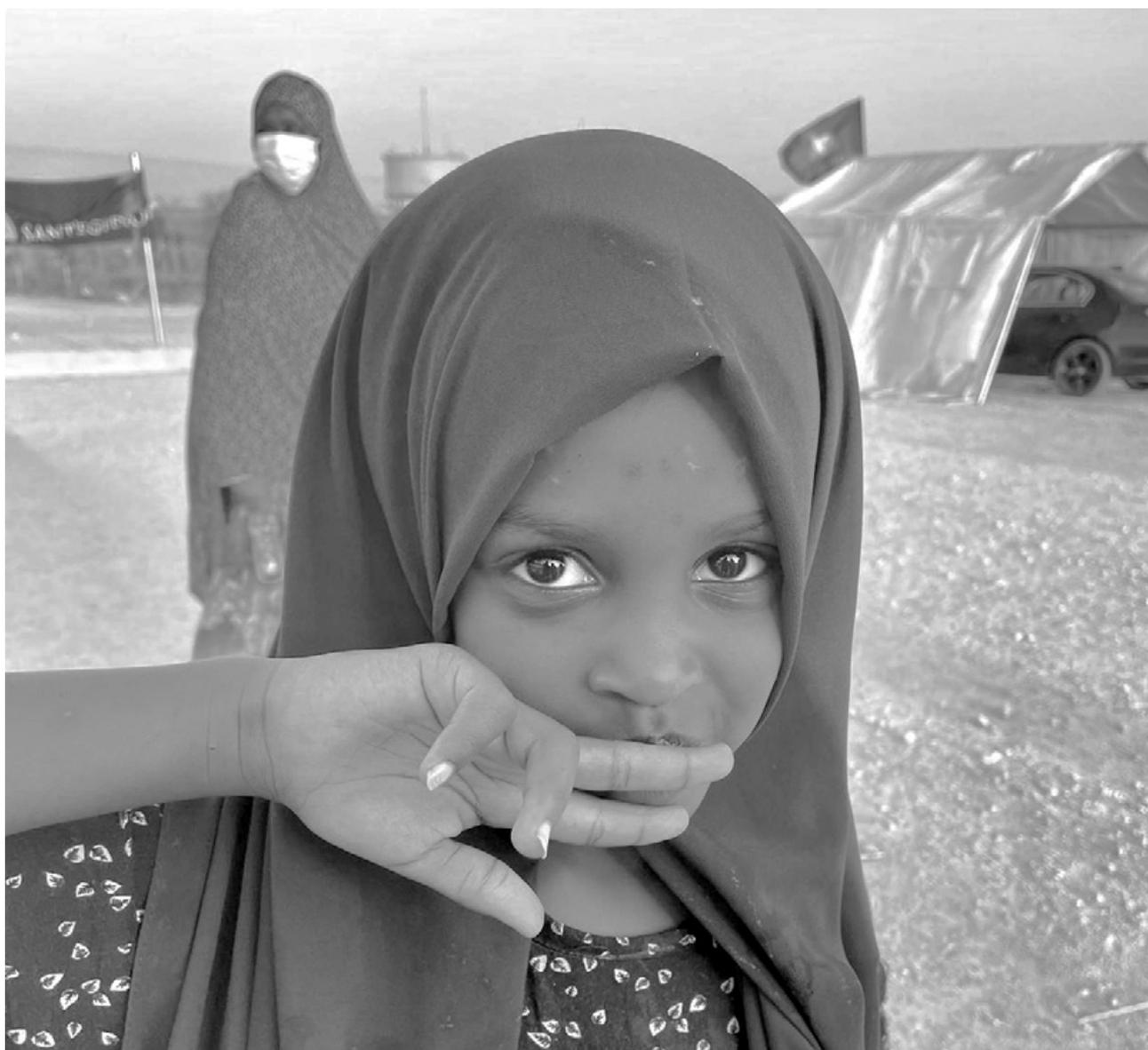
Queste *persone*, se adeguatamente supportate, hanno moltissimo da dare e molte possibilità per costruirsi finalmente una nuova vita e un futuro.

È nostra responsabilità conoscere e non dimenticare queste realtà iniziando in modo sistematico a promuovere percorsi di integrazione e guardando alle persone immigrate come una risorsa e non una minaccia. Così facendo probabilmente si creerebbe un circolo virtuosissimo, in cui molte più persone presterebbero aiuto.

La sera delle mie giornate trascorse a Cipro, nel tragitto di ritorno dal campo, mentre mi tornavano in mente tanti momenti della giornata, ascoltavo e riscoltavo *Cose che dimentico* di De André, una canzone che risuona vera più che mai.

*Qui nel reparto intoccabili
Dove la vita ci sembra enorme
Perché non cerca più e non chiede
Perché non crede più e non dorme*

*Qui nel girone invisibili
Per un capriccio del cielo
Viviamo come destini
E tutti ne sentiamo il gelo, il gelo.*



Welfare Oggi 3 · 2022

#PREMIOWELFAREOGGI: IL BANDO 2023

Modalità di partecipazione

La rivista **Welfare Oggi**, istituendo il premio suddetto, intende contribuire alla valorizzazione e alla conoscenza di percorsi virtuosi presenti nei territori.

Destinatari

Tutti gli Enti di ogni natura giuridica (pubblici e di Terzo settore), organizzazioni, istituzioni o servizi che abbiano realizzato un progetto innovativo in ambito sociale e sanitario. I progetti realizzati devono evidenziare il loro carattere di innovatività in almeno uno dei seguenti campi:

- Destinatari degli interventi (es. nuove povertà, nuovi bisogni, ecc.);
- Nuovi servizi (oppure nuova modulazione di servizi esistenti);
- Percorsi gestionali e organizzativi (*iter* procedurali, soluzioni tecnologiche).

Durata

Dal 1° gennaio 2022 al 31 ottobre 2022.

Come partecipare

I partecipanti dovranno inviare all'indirizzo e-mail **forum.na@maggioli.it** la seguente documentazione:

- 1) Modulo di iscrizione e regolamento ALLEGATO 1;
- 2) Descrizione del progetto ALLEGATO 2.

Tale documentazione sarà presente insieme al regolamento sul sito internet:

[www.periodicimaggioli.it/ rivista/welfare-oggi/](http://www.periodicimaggioli.it/rivista/welfare-oggi/)

Giuria

La giuria è composta da almeno 3 elementi. La Giuria avrà il compito di selezionare **10 progetti finalisti**.

Premiazione

La premiazione finale avverrà durante lo svolgimento della sessione plenaria del FORUM NA.

Tra i 10 progetti finalisti ne saranno selezionati 3 che riceveranno rispettivamente i seguenti premi:

- › **1° Premio**
buono acquisto da 1.000 euro in prodotti Maggioli Editore e FormazioneMaggioli
- › **2° Premio**
buono acquisto da 500 euro in prodotti Maggioli Editore e FormazioneMaggioli
- › **3° Premio**
buono acquisto da 250 euro in prodotti Maggioli Editore e FormazioneMaggioli

Agli Enti finalisti verrà assegnato **1 PASS gratuito per l'accesso al Convegno** "Forum della non autosufficienza" destinato al Direttore Sanitario/Amministrativo dell'ENTE (o ad un suo incaricato), con il quale

potrà avere libero accesso all'area congressuale ed espositiva (nel caso in cui l'amministrazione o il partecipante siano già iscritti, sarà rilasciato un PASS aggiuntivo, e non sostitutivo, da destinare a un membro dell'amministrazione indicato dalla stessa).

Per far valere il diritto al ritiro del premio sarà necessaria la presenza di un rappresentante dell'Ente, per esempio Direttore Sanitario/Amministrativo o altra figura apicale che possa rappresentare l'Ente vincitore.

Il premio verrà consegnato e diventerà di proprietà dell'Ente vincitore; la consegna è prevista *brevis manu* in occasione della premiazione.

La comunicazione della vincita sarà effettuata ai recapiti indicati nel modulo di iscrizione alla PEC dell'Ente di appartenenza, nonché tramite la pubblicazione sul sito internet **www.nonautosufficienza.it**.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO – ALLEGATO N. 2

- › Denominazione della buona prassi (*max 2 righe*)
- › Ente responsabile della buona prassi (ruolo e contatti e-mail e telefonici)
- › Finalità della buona prassi, bacino territoriale e tipologia dei destinatari (*max 20 righe*)
- › Caratteristiche della buona prassi. Tale sezione dovrà indicare:
 - data d'avvio;
 - durata;
 - strutture e/o soggetti intestatari/promotori;
 - personale (*max 20 righe*)
- › Descrizione delle caratteristiche amministrative e gestionali (*max 15 righe*)
- › Motivazione della candidatura/perché si reputa che il servizio sia meritevole di essere valutato una buona prassi (*max 15 righe*)
- › Altro, a discrezione della struttura/servizio proponente (*max 15 righe*)

Il progetto dovrà preferibilmente essere compilato in carattere Times New Roman corpo 12

**La documentazione, completa del bando, dell'allegato 1, del regolamento e dell'allegato 2,
è pubblicata al seguente link:**

www.nonautosufficienza.it/wp-content/uploads/PremioWelfareoggi2022.pdf

STORIA DELLA VECCHIAIA NELLA CULTURA OCCIDENTALE

Dalla venerazione all'ageism

Novembre 2022 - Codice 88.916.5862.3
F.to 17x24 - Pag. 228 - € 25.00

Il prolungarsi della vita media e il parallelo protrarsi, quantomeno per molti, degli anni oltre l'età adulta vissuti in discrete condizioni complessive contrastano vistosamente con le opinioni e rappresentazioni prevalenti nel comune pensare circa questa tappa dell'esistenza umana, descritta in maniera sostanzialmente negativa. Accanto a questa visione riduttiva della vecchiaia come fase residuale dell'esistenza e degli anziani come decrepiti invalidi e quindi fardello per la famiglia e la comunità è diffusa la convinzione che in epoche passate si sia attribuita a questa fase della vita ben altra rilevanza e rispetto: il vecchio saggio onorato e ascoltato con devozione dai più giovani è immagine facilmente evocata in molteplici contesti. Il quesito all'origine di questo testo riguarda allora la ricostruzione del ruolo sociale assegnato agli anziani nella storia del mondo occidentale: davvero andando a ritroso nel tempo troveremo sempre anziani rispettati e tenuti in grande considerazione dagli altri membri della collettività? Solo l'epoca moderna e la sua esaltazione della giovinezza hanno prodotto il discredito di tutto ciò che riguarda lo status di anziano? E ancora: il conflitto tra generazioni è fenomeno esclusivamente contemporaneo o ha precedenti in epoche più o meno remote? A questi interrogativi il libro risponde con documentate testimonianze sia di fonte letteraria, normativa, amministrativa, nonché manufatti artistici ritenuti indicatori delle opinioni e sentimenti prevalenti in determinati gruppi sociali in circoscritti momenti storici. Per l'epoca contemporanea anche la pubblicità viene considerata interessante riflesso del comune sentire nei confronti di questa tappa dell'esistenza.



CARLA COSTANZI

Sociologa, ha svolto la sua attività professionale prevalentemente in tre direzioni: la ricerca, la didattica, la pubblica amministrazione. Tema nettamente prevalente all'interno di questi settori operativi è stato l'invecchiamento e le condizioni di vita degli anziani; molte delle sue pubblicazioni (che ammontano a più di settanta) riguardano appunto la vecchiaia, le sue criticità insieme alle potenzialità da valorizzare, nonché le risposte organizzative praticabili per affrontarla adeguatamente.

Presso il Centro Ligure per la Formazione degli Operatori Sociali, oltre all'attività di docenza, era responsabile del Settore Ricerca. Dal 1992 al 2009 è stata dipendente del Comune di Genova, dove, in qualità di dirigente tecnico, è stata responsabile di diverse unità organizzative. Ha preso parte a numerosi progetti europei, sia in qualità di partner, sia come esperto e come advisor. Dal 2008 svolge anche l'attività di valutatore di progetti per la Commissione Europea.

Come docente a contratto ha insegnato dapprima presso l'Università degli Studi di Genova e poi per 14 anni presso l'Università Cattolica di Milano.

SERVIZIO CLIENTI Tel +39 0541 628200 - clienti.editore@maggioli.it


**MAGGIOLI
EDITORE**

SAPERE È SAPER FARE | www.maggiolieditore.it

Myei

Comuni-CARE
Formazione e Tecnologia
al servizio delle Relazioni
nelle Strutture per Anziani



**DARE VOCE
A CHI NON HA VOCE**



www.myei.it



SISIFOTM
Software innovativo di gestione Farmacia

Visite RSA
VISIT MANAGEMENT SOFTWARE

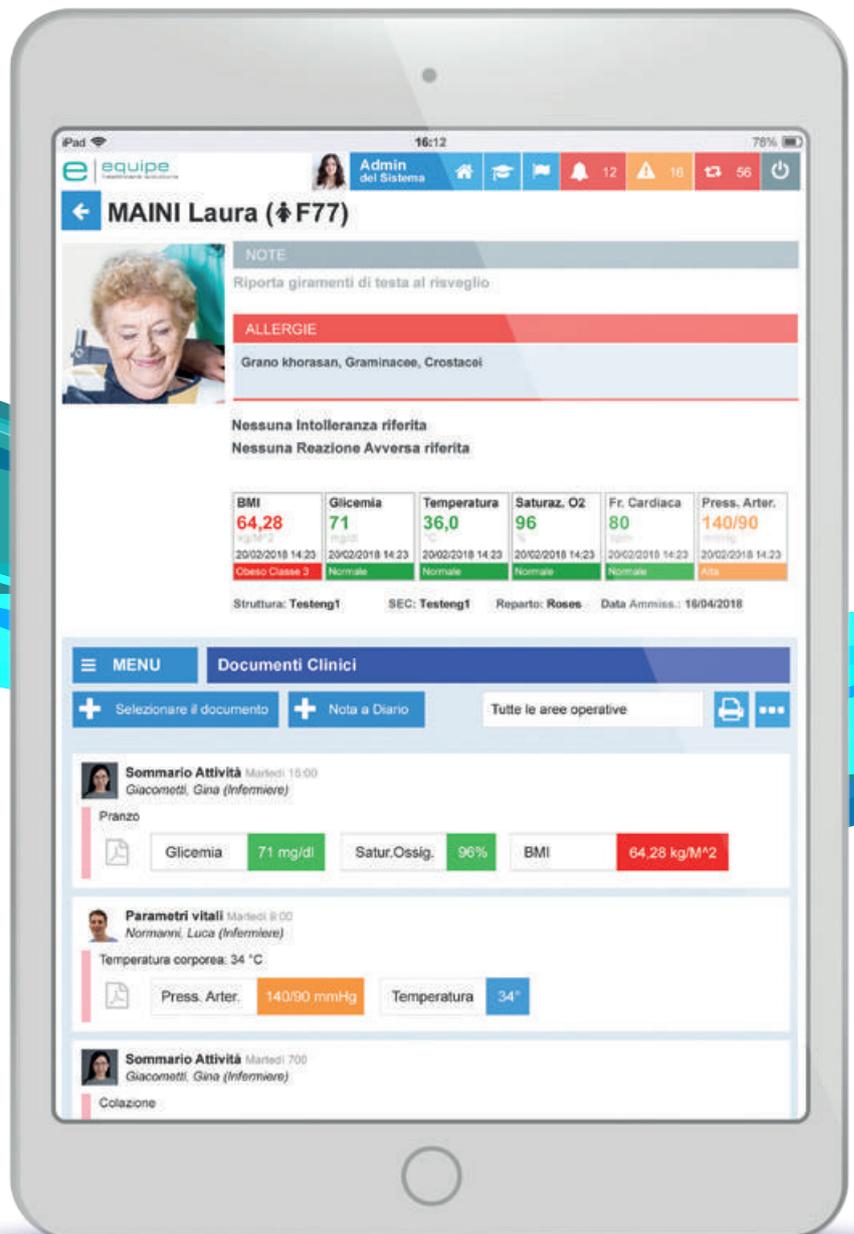
LUI & Associati S.r.l.
Via Gobetti, 9 - 37138 Verona
Tel. 045 57 56 93 Fax 045 81 01 725
info@luiassociati.it | www.luiassociati.it

e

equipe

healthcare solutions

Il Software che rinnova la sanità



www.equipesanita.it
NUMERO VERDE
800.122.933

Equipe è un prodotto

connect





SYS-DAT SANITA'

www.sysdatsanita.it

Un fornitore **UNICO**
per tutte le tue esigenze

30 anni di esperienza

in soluzioni gestionali per le Case di Riposo, Centri Diurni,
Fondazioni, R.S.A. e Assistenza Domiciliare



Gestione amministrativa
Sistema contabile
Magazzino/Economato
Controllo di Gestione
Archiviazione documentale
Sicurezza & Privacy
Turni del personale
Rilevazione presenze
Gestione del personale
Marketing e Comunicazione
Business Intelligence



Gestione ospite
Fascicolo Socio Sanitario
Flussi di Rendicontazione
Gestione del Farmaco
Assistenza Domiciliare
Soluzione Mobile
Firma Elettronica
Servizio Cloud Computing - SaaS
Fatturazione Elettronica
Tecnologia Rfid
CRM



tel. 02.96718.1



Via G. Ferrari 21/C - Saronno



info@sysdatsanita.it



COMARCH

Tecnologia e Servizi per il Monitoraggio dei Pazienti non Autosufficienti





**Le migliori soluzioni HR
per il settore
sanitario e socio-sanitario**

LE FILIALI

SANIPIÙ BOLOGNA

Via Porrettana, 9 - Bologna
Tel. 051 564401
E-mail: sanita@laboropiu.it

SANIPIÙ FIRENZE

Piazzale della Porta al Prato, 16-17 - Firenze
Tel. 055 332793
E-mail: sanita.firenze@laboropiu.it

SANIPIÙ MILANO

Viale Gran Sasso, 2 - Milano
Tel: 02 83595154
E-mail: sanita.milano@laboropiu.it

SANIPIÙ PARMA

Viale Dei Mille, 86 - Parma
Tel. 0521 294970
E-mail: sanita.parma@laboropiu.it

SANIPIÙ RIMINI

Via Marecchiese, 2 - Rimini
Tel. 0541 1781053
E-mail: sanita.rimini@laboropiu.it

SANIPIÙ ROMA

Via Torino 164/165 - Roma
Tel. 06 50514557
E-mail: sanita.roma@laboropiu.it

SANIPIÙ TORINO

Corso San Martino, 4 - Torino
Tel. 011 5617420
E-mail: sanita.torino@laboropiu.it

SANIPIÙ VENEZIA

Via Risorgimento, 17 - San Donà di Piave (Ve)
Tel. 0421 336599
E-mail: sanita.venezialelaboropiu.it

SANIPIÙ SELEZIONE PERSONALE MEDICO

Via Panciatichi, 110 - Firenze
Tel. 055 0980730
E-mail: selezione.medici@laboropiu.it

SANIPIÙ VERONA

Via Sant'Antonio, 5/A - Verona
Tel. 045 8532019
E-mail: sanita.verona@laboropiu.it

SANIPIÙ MODENA

Via Emilia Est 674 - Modena
Tel. 059 370377
E-mail: sanita.modena@laboropiu.it



PERCHÉ I SERVIZI SAAS IN CLOUD SONO COSÌ INDISPENSABILI?

Vieni a scoprirlo a Bologna il 23-24 novembre 2022
alla XIV edizione del FORUM N.A
il forum della non autosufficienza e dell'autonomia possibile

ESAKON sarà presente con
la più evoluta e sicura suite tecnologica e informatica in cloud
per le organizzazioni che operano nel sociale

SHERPA 4.0 by ESAKON
è QUALIFICATO AGID



Roberto Betta - direzione progetti
Sherpa 4.0 è la risposta tecnologica a tutte le esigenze organizzative di chi opera nel sociale: velocità, continuità, ubiquità e benessere professionale, questa è la nostra suite informatica!

Italo Parolari - direzione aziendale
Sherpa 4.0 funziona, sempre. Primo cloud italiano dal concept autentico, attivo dal 2008 in 20 regioni italiane, più di 250 organizzazioni, oltre 20.000 utenti pari a 30.000 assistiti, 24 ore su 24, sabati e festivi compresi!



Stand 11
PRENOTA UNA DEMO
scrivi a marketing@esakon.it
BOLOGNA Centro Congressi Savoia Hotel





HOMES

DIVISIONE CONTRACT

DESIGN, QUALITÀ, TECNOLOGIA E SERVIZIO DA OLTRE

50^{anni}

NELLA REALTÀ DI MERCATO IN CONTINUA EVOLUZIONE **HOMES SPA** CON LA **LINEA PER RSA**, DÀ UNA NUOVA INTERPRETAZIONE ALL'ARREDO PER IL SETTORE SOCIO-SANITARIO.

UNA STRAORDINARIA CAPACITÀ PROGETTUALE E PRODUTTIVA CHE CONTA SU UN TEAM DI **380 PERSONE** DISLOCATE IN **6 STABILIMENTI**, PER UNA SUPERFICIE TOTALE DI OLTRE 100.000 MQ.

GRAZIE ALLA COLLABORAZIONE CON **L'ARCH. ALFREDO ZENGIARO**, HOMES HA SVILUPPATO LA NUOVA **LINEA SELENE**: ARREDI STUDIATI CON IL GIUSTO SAPORE DOMESTICO, PER MIGLIORARE LA QUOTIDIANITÀ E IL BENESSERE DELL'ANZIANO E DEGLI OPERATORI, NEL RISPETTO DELLE DIRETTIVE SANITARIE E DI SICUREZZA.



MADE IN ITALY

Aiutarvi ad aiutarli. Ecco perché ci siamo.

In Stannah lavoriamo ogni giorno per aiutarti a prenderti cura dei tuoi pazienti con un'ampia gamma di soluzioni pensate per migliorare la loro mobilità. Scoprite tutte il **23** e il **24 novembre** al **Forum della Non Autosufficienza e dell'Autonomia Possibile** a **Bologna**: ti aspettiamo allo **stand 35**.

CHIAMA STANNAH
800-226793
PER SCOPRIRE COME POSSIAMO AIUTARTI



www.stannah.it

Stannah
Ti cambia la vita.

PRODOTTI ASSORBENTI PER INCONTINENZA

LINES SPECIALIST

Derma Protection

Avvolge e protegge come una carezza



**ALTA
PROTEZIONE**



**ASSORBENZA
A LUNGA
DURATA**

ARRICCHITO CON
CREMA CON OSSIDO DI ZINCO
PELLE ASCIUTTA E SANA

Con la temperatura del corpo, **la lozione si attiva, creando una barriera** tra la pelle e l'umidità, aiutando così a prevenire l'insorgere di irritazioni, soprattutto nelle parti più delicate.

**ZERO
ODORE**

Massima protezione anche **dagli odori** grazie all'esclusiva tecnologia brevettata per intercettare, bloccare e neutralizzare l'odore e garantire una maggior sicurezza e discrezione.

**SPECIALE
CANALE
ASSORBENTE**

Lo speciale canale realizzato al centro del materassino **assorbe più velocemente**, spingendo il liquido in profondità e allontanandolo dalla pelle.

www.linesspecialistdermaprotection.it



Negli anziani c'è chi vede solo il passato. Noi ci vediamo il futuro



Il Gruppo Korian, **leader europeo nei servizi di assistenza e cura**, è presente in sette Paesi con oltre 1000 strutture tra Residenze per Anziani, Case di Cura, Poliambulatori e Appartamenti per la Terza Età, oltre ai servizi di Cure Domiciliari. L'obiettivo che ci guida, da sempre, è mettere la persona al centro del nostro lavoro: per questo motivo cerchiamo **soluzioni innovative in campo medico-assistenziale**, offrendo ai nostri Ospiti e ai nostri Pazienti servizi specializzati, garantiti dall'esperienza di un grande Gruppo.