

STUDI ZANCAN

Politiche e servizi alle persone

marzo/aprile n. 2 - 2021

Livelli essenziali di assistenza sociale

**Proposte per affrontare il disagio
psichico**

**Un percorso di apprendimento
nella valutazione**

**Aziende sanitarie e operatori non
vaccinati**

Dove va il volontariato?



STUDI ZANCAN

Politiche e servizi alle persone

Rivista bimestrale della
Fondazione «Emanuela Zancan» onlus
Centro studi e ricerca sociale

Anno XXII - n. 2-2021

Direttore responsabile

Tiziano Vecchiato

Comitato di consulenza scientifica

Annamaria Campanini, Italo De Sandre, Milena Diomede Canevini, Paolo De Stefani, Cesare Dosi, Sergio Dugone, Flavia Franzoni, Lucia Fronza Crepez, Paolo Giaretta, Maurizio Giordano, Maria Lia Lunardelli, Monica Pivetti, Emanuele Rossi, Giancarlo Rovati, Daniele Salmaso, Giovanni Sarpellon, Felice Scalvini.

Redazione

Ingrid Berto, Maria Bezze, Cristina Braidà, Cinzia Canali, Devis Geron, Elena Innocenti, Patrizia Lonardi, Roberto Maurizio, Elisabetta Neve, Mattea Paganin, Antonio Prezioso, Gerolamo Spreafico.

Progetto grafico

Ingrid Berto

Direzione, redazione e amministrazione:

Centro studi e ricerca sociale - onlus
FONDAZIONE
«EMANUELA ZANCAN»
Via del Seminario 5/A - 35122 Padova
tel. 049663800
e-mail: studizancan@fondazionezancan.it
sito web: www.fondazionezancan.it
c.f. 00286760285

La rivista utilizza un processo di peer review (revisione tra pari) per selezionare gli articoli da pubblicare. Chi desidera inviare testi per la pubblicazione deve attenersi ai seguenti criteri: il testo non deve essere già stato pubblicato; gli articoli non devono superare le 23.000 battute spazi inclusi (note e bibliografia vanno conteggiate). Tabelle e figure possono essere inserite se strettamente necessarie. La bibliografia va inserita a fondo articolo, mentre nel corpo del testo deve essere inserito tra parentesi il riferimento all'autore e l'anno di pubblicazione. Aggiungere all'articolo due sintesi di massimo 5 righe, una in italiano e una inglese. Gli articoli devono pervenire in formato Word. I contributi sono valutati in modo anonimo e imparziale da referee indipendenti, tenendo conto di originalità, qualità scientifica e chiarezza espositiva. La redazione si riserva di chiedere revisioni del testo sulla base delle valutazioni espresse dai referee.

Autorizzazione del Tribunale di Padova n. 1680 del 23/12/99.

Copyright © 2021 Fondazione «Emanuela Zancan» onlus Centro studi e ricerca sociale - Padova
È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.



Rivista associata all'Unione Stampa
Periodica Italiana
ISSN 2421-230X

Rivista inserita nell'elenco ANVUR delle riviste scientifiche dell'Area 14

Sommario

3 **Editoriale**

Livelli essenziali di assistenza sociale

Politiche e servizi

5 Crisi di welfare: come è potuto accadere? Proposte per affrontare il disagio psichico

Ivan Ambrosiano, Cinzia Canali, Fiorenza Milano, Enrico Stenico e Tiziano Vecchiato

13 Aziende sanitarie e operatori non vaccinati: costruire ponti e non alzare muri

Gianmaria Gioga

20 Insieme si può! Un percorso di apprendimento nella valutazione

Associazione Il Cammino

31 Dove va il volontariato? Istituzioni, società civile, comunità solidale: insieme per uno stato sociale

Fondazione Zancan e Caritas Italiana

Ricerche ed esperienze

43 Domus, un progetto a sostegno delle persone invisibili

Sara Peretti

48 Coltivare la vita: alcune riflessioni

Paolo De Maina

Rubriche

50 Finestra sul mondo

51 Recensioni

Editoriale Livelli essenziali di assistenza sociale

L'essenzialità dei livelli di assistenza sociale si collega a un giudizio politico e tecnico sulle condizioni per rispondere ai bisogni delle persone. Sono bisogni di promozione, mantenimento, recupero di benessere sociale. Ogni Lea nasce da un giudizio di appropriatezza e capacità nel garantire risposte efficaci ai diritti considerati.

Un livello essenziale di assistenza sociale è compiutamente definito quando sono soddisfatte quattro condizioni tecniche e giuridiche: a) le *modalità di equo finanziamento* (equità di *input*); b) le *modalità di equa erogazione*, con un adeguato dimensionamento organizzativo delle capacità professionali nei territori (equità di *output*); c) le *modalità di valutazione di efficacia*, cioè di verifica di quanto il livello di assistenza è utile/efficace per i destinatari, gestendo il difficile passaggio dal diritto alla prestazione al diritto a una soluzione (equità di *outcome*); d) i *processi professionali e organizzativi* necessari per far incontrare i bisogni e le capacità (equità di incontri virtuosi tra *diritti e doveri*).

Le *prime tre condizioni* le ritroviamo nella filiera «*input, output, outcome*». La quarta è meglio caratterizzabile nella filiera dell'arco terapeutico: «1. Valutazione del bisogno/capacità (diagnosi sociale), 2. Prognosi di esito (benefici attesi), 3. Piano (sistema delle responsabilità), 4. Curare e Prendersi cura (sistema delle attività), 5. Valutazione di efficacia (esiti verificati)».

La *quarta condizione* non è aggiuntiva ma determinante. Se infatti fossero soddisfatte le prime tre, con idonei protocolli professionali e organizzativi, non riusciremo ad affrontare la difficile sostenibilità del welfare che conosciamo, le sue organizzazioni malate, burocratiche, incapaci di onorare il mandato sociale.

Per evitare questo rischio è importante governare i Leaprocessi che identificano preventivamente le condizioni professionali necessarie per integrare bisogni, diritti e doveri, investendo nella logistica delle capacità. Avviene quando le pratiche professionali privilegiano il «*concorso al risultato*», prendendo atto che «Non posso aiutarti senza di te» e «Non puoi aiutarmi senza di me», cioè andando oltre i Lea prestazionistici che assecondano il consumismo di welfare.

Il «*cantiere dei livelli*» è una grande sfida, che chiede a tutti di affrontare i passaggi istituzionali, organizzativi e professionali necessari. Per questo, prima

di aggiungere spesa alla spesa, è utile e necessario razionalizzare i suoi flussi, investendo nel passaggio da trasferimenti a servizi. Non si tratta, come alcuni temono, di mettere in discussione i diritti riconosciuti, ma di chiedersi se e quanto sono effettivamente tutelati con risposte efficaci passando da Lea/prestazioni a Lea/soluzioni.

Una domanda che può aiutare questa ricerca è: «Mentre la solidarietà fiscale mette a disposizione una grande quantità di risorse (attualmente circa 70 miliardi di euro all'anno) come i beneficiari potranno mettere in campo soluzioni solidaristiche per moltiplicare il valore messo a loro disposizione? È una domanda impegnativa e necessaria per attualizzare il mandato costituzionale che chiede di valorizzare e promuovere le capacità di ogni persona, perché tutti possano contribuire al bene di tutti. Un'area di sfida per i livelli essenziali di assistenza oggi si concentra sulle cure domiciliari.

In letteratura le cure domiciliari sono definite «*offerta pubblica*». Sono cioè immaginate in termini di «*contenuti e quantità di prestazioni professionali da portare a domicilio*». Ma in realtà non è così, perché gli attori principali delle cure domiciliari sono le persone e i loro familiari. Quelli che riescono nell'impresa possono contare su quantità residuali di lavoro professionale, che la solidarietà fiscale porta a domicilio, ma aggiungendo tanta cura e lavoro di cura comprato nel mercato assistenza. Il valore dell'apporto «personale/familiare» è normalmente superiore all'80% del valore dell'offerta pubblica. Ma se le cure domiciliari sono a quasi totale carico degli interessati, come ripensarle e qualificarle in modalità Lea, riducendo questo squilibrio cronico e imbarazzante?

Un primo passo è definirle *per quello che sono e per quello che potranno diventare*, considerandole un banco di prova per il PNRR, in specifico per il Piano nazionale Non Autosufficienza. Un secondo passo riguarda i processi professionali, da riposizionare nei micro sistemi delle responsabilità domiciliari, misurando gli indici di esito garantiti in regime di Lea ridefinito. Un terzo passo riguarda i criteri di valutazione preventiva e successiva. Hanno a che fare con il bilanciamento degli apporti professionali (sanitari e sociali) e gli apporti non professionali (familiari e solidali). Ad entrambi va riconosciuto quello che sono e hanno di originale, valorizzando ogni apporto con strumenti capaci di allargare il campo visivo dei professionisti: dall'organico e funzionale, al cognitivo e comportamentale, al socio ambientale e relazionale, al valoriale e spirituale.

Ma per affrontare questa sfida è politicamente necessario prendere atto che oggi le cure domiciliari dipendono dalle capacità dei «curanti non professionali». Garantiscono quotidianamente cure, continuità assistenziale, vita dignitosa ai propri cari nel loro spazio di vita, in un welfare che ha ancora tanto bisogno di riconoscere e valorizzare i loro diritti.

Tiziano Vecchiato

Ivan Ambrosiano, Cinzia Canali, Fiorenza Milano,
Enrico Stenico e Tiziano Vecchiato

Crisi di welfare: come è potuto accadere? Proposte per affrontare il disagio psichico

Durante la pandemia sono emerse fragilità organizzative, di continuità terapeutica, di integrazione delle capacità e delle responsabilità nelle comunità. I modelli professionali individualistici e narcisistici alimentano un prestazionismo costoso e povero di risultati. Rendono inadeguato il «servizio pubblico». Nascono da «professioni malate» e da «organizzazioni malate». La valutazione delle performance cliniche ha bisogno del coraggio di misurare gli esiti senza limitarsi alle performance prestazionali, considerando tutti i fattori in gioco: le risorse a disposizione (conferite in input), le attività realizzate (erogate in output), gli esiti raggiunti (misurati in outcome). È urgente ripartire dalla dimensione comunitaria della psichiatria e dal modello gruppale nel lavoro terapeutico, relazionale, organizzativo. Queste riflessioni nascono da una serie di laboratori di idee promossi dall'Associazione Asvegra e dalla Fondazione Zancan: i gruppi di lavoro interdisciplinare hanno affrontato queste questioni, cercando di guardare al futuro, quando professioni e organizzazioni saranno chiamate ad affrontare in modi nuovi la ricostruzione dopo le criticità emerse durante la pandemia.

Premessa

Il percorso di riflessione sulle ricadute della situazione pandemica nella salute mentale degli individui, delle famiglie e del tessuto sociale ha prodotto proposte sulle professioni e

le organizzazioni per affrontare le criticità attuali e future. Nascono dalle domande: Cosa sta succedendo? Come evolverà? Con quali ricadute? Come gestire le soluzioni dopo che niente sarà più come prima? Nei laboratori di idee i gruppi di lavoro interdisciplinare hanno affrontato le questioni

AUTORI

- *Ivan Ambrosiano*, vicepresidente Asvegra, Padova.
- *Cinzia Canali*, direttrice Fondazione Zancan, Padova.
- *Fiorenza Milano*, psicologa psicoterapeuta Asvegra, Padova.
- *Enrico Stenico*, psichiatra psicoterapeuta Asvegra, Padova.
- *Tiziano Vecchiato*, presidente Fondazione Zancan, Padova.

legate all'immediato, cercando di guardare in proiezione prospettica, quando professioni e organizzazioni saranno chiamate ad affrontare in modi nuovi la ricostruzione dopo le criticità emerse in modo amplificato durante la pandemia.

Durante la pandemia la clinica è stata chiamata ad affrontare questioni imprevedibili, scoprendosi impreparata a condizioni ignote per intensità, concentrazione e complessità dei problemi. Le risorse professionali hanno retto con molta fatica l'onda d'urto del qui e ora, cercando di non esserne travolte e impegnandosi in uno sforzo professionale, scientifico e solidale per mantenere aperta la capacità di comprensione e apprendimento dall'esperienza. Tutto questo è avvenuto all'interno di uno scenario caratterizzato da una concentrazione di sofferenze, dove il mondo interno e quello esterno si sono riconfigurati nelle relazioni. I professionisti hanno vissuto l'assedio di domande inedite, senza il tempo per analizzare e riflettere. Non è stata soltanto l'incontenibile pressione sui servizi a rendere tutto più difficile, ma le molte, croniche fragilità professionali e istituzionali, durante un confinamento diventato paradossalmente il luogo più sicuro. La realtà esterna ha invaso la realtà psichica, generando livelli di insicurezza prolungati, difficilmente elaborabili dalle persone.

Il nuovo scenario ha impattato su mo-

delli professionali e gestionali inadeguati. È emersa una diffusa incapacità di fare e stare insieme, di operare facendo leva su una gruppaltà sottovalutata e confinata in spazi limitati, impoverendo il noi professionale, che è una condizione vitale per un servizio pubblico rivolto a tutti i cittadini. Sono emersi in forme esasperate il rifiuto a proteggersi e a proteggere l'altro, con richieste aggressive di aiuti materiali e risarcitori e, molto meno, offerte di sussidiarietà e solidarietà relazionali. È prevalsa la logica dei diritti da rivendicare piuttosto che la consapevolezza dei doveri di protezione e promozione della salute da esercitare con spirito di reciprocità.

La sofferenza delle generazioni

Nel quadro epidemiologico c'è stato un grave aumento del disagio psichico generale, soprattutto tra i più giovani e i più anziani, soggetti a limitazioni per loro incomprensibili. Si sono chiesti se e quanto fidarsi di istituzioni incapaci di serenità di giudizio, protezione e affidabilità.

Gli studenti hanno sperimentato cosa significa perdere il contatto tra loro e con i docenti, affrontando problemi di concentrazione, stanchezza, alimentazione, gestione del tempo, apatia, solitudine. A queste paure si sono aggiunti gli interrogativi su come sarebbe finito l'anno scolastico. Molto preoccupanti sono stati gli accessi ai servizi di neuropsichiatria infantile ospedalieri. Nell'anno del Covid sono cresciuti i pazienti sconosciuti ai servizi, giovani che in 'situazioni di normalità' avevano un equilibrio che si è rotto. Sono aumentati i tentati suicidi, gli atti di autolesionismo, i disturbi alimentari gravi. Queste forme di disagio si protrarranno nel tempo e per questo è fondamentale pensare a nuove forme di cura nella post-dimissione. Analoghi problemi sono stati vissuti da persone anziane sole o già istituzionalizzate, che hanno sperimentato un isolamento insostenibile e incomprensibile, perdendo i punti di riferimento familiari e affettivi.

Criticità organizzative

Sono emerse in modo amplificato le fragilità organizzative, le croniche carenze di integrazione professionale, l'illusoria continuità terapeutica tra ospedale e territorio, la congestione dei percorsi decisionali. Insieme alimentano le patologie delle organizzazioni malate. La domanda di poter fare e poter sentirsi insieme è andata ben oltre la sfera professionale e organizzativa, e ha messo in discussione le radici strategiche e sistemiche dell'organizzazione sanitaria.

È accaduto mentre la paura enfatizzava l'insicurezza, moltiplicando il paradosso del «come mantenere e garantire distanza e apertura nei servizi pubblici», evidenziando che le precedenti chiusure erano giustificate da protocolli difensivi e non proattivi. Durante la pandemia molte prestazioni ospedaliere e ambulatoriali sono state sospese, sono stati chiusi molti servizi, si è dimenticata la prevenzione del disagio psichico. Contemporaneamente è aumentata l'attesa di qualcosa di nuovo, capace di portare oltre il prestazionismo dell'emergenza, basato sul distribuire farmaci e prestazioni, mortificando il valore terapeutico del porsi in relazione e produrre benessere.

Nuove consapevolezze

L'emergenza ha costretto tutti ad adottare nuove regole per proteggersi sul piano personale e professionale, imparando a valorizzare le configurazioni cliniche necessarie per accogliere, includere, curare, personalizzare, senza creare dipendenze ingiustificate.

I servizi si sono scoperti affetti da una malattia insorta ben prima della pandemia, che ha portato alla frammentazione dei percorsi di cura e alla difficoltà di fare rete tra servizi, con rigidità e sclerotizzazioni delle pratiche e delle organizzazioni che le governano.

La dimensione del tempo è stata messa radicalmente in discussione, in particolare

i tempi di accesso, i tempi per diagnosticare e decidere, i tempi della terapia, i tempi del reinserimento, cioè tutto quello che costringe i servizi dentro la logica del «tutto e subito».

La dimensione gruppale nei servizi

È emersa con forza la necessità di un nuovo bilanciamento tra Io servizio e Noi servizi, dove il problema non è l'integrazione professionale ma l'integrazione delle capacità e delle responsabilità. È necessario potenziarle con gestioni gruppali e comunitarie dei problemi. È una grande opportunità per evitare di «curare senza prendersi cura», senza adattarsi acriticamente a protocolli standardizzati e poco capaci di «personalizzare le risposte».

L'attuale situazione di difficoltà nella costruzione di una reale tutela della salute mentale può essere vista come risultato di una serie di scissioni: tra etica e clinica, tra pubblico e privato, tra professionalità e missione del servizio, tra servizio pubblico e comunità. Ha favorito l'imporsi a tutti i livelli del prestazionismo, dell'efficientismo, dei protocolli standard invece degli esiti di salute e la promozione del benessere.

Dai laboratori è emersa la domanda di una clinica capace di trasformare il vissuto e l'esperienza in pensiero e in proposte, per innovare un welfare basato sul valore irrinunciabile del Noi inteso come potenziale trasformativo. Ad esempio, potenzialità positive sono emerse proprio dalle persone che hanno vissuto la pandemia in situazioni esistenziali al limite, che già vivevano vite «sconvolte» da solitudine e povertà. Durante la pandemia hanno utilizzato la loro forza per affrontare le sfide di ogni giorno, con capacità di gestire insieme i problemi. Non avrebbero potuto farlo da soli e hanno potuto farlo con gruppi che si sono formati nel momento del bisogno e più capaci di affrontare le difficoltà.



Ripensare il noi professionale

Professionisti e persone utenti sono soggetti che si costituiscono all'interno di vincoli e legami reciproci dove non vi è qualcuno che determina l'altro, ma entrambi sono soggetti di relazione che costruiscono «il campo dell'intervento clinico». Tale punto di vista per cui l'Io è fin dall'inizio un Io sociale contrasta con una logica riduttivistica dove l'altro-paziente diviene oggetto di un intervento invece che soggetto partecipante del processo della guarigione. Il soggetto è sempre all'interno di reti e contesti familiari, sociali e comunitari che lo attraversano e favoriscono il divenire persona. Il territorio non è una ubicazione geografica ma un ecosistema e una comunità. Per questo welfare e benessere sono da intendersi come promozione di spazi e tempi di costruzione di salute con le persone, viste nella loro unitarietà bio-psico-sociale. L'attuale clinica «dell'incertezza» spinge a pensare una nuova dimensione etica della clinica stessa.

L'inadeguatezza di modelli professionali individualistici, poco condivisi e incapaci di evolvere, privilegia le pratiche confinate nei propri ambiti operativi, organizzati narcisisticamente secondo le proprie esigenze, tecnicamente inadeguati ad affrontare i problemi. Prevale il prestazionismo costoso e povero di risultati, la staticità, il pensiero conformistico e le rigidità che rendono necessario un ripensamento del paradigma «servizio pubblico». Sono criticità enfatizzate dalla precarizzazione del lavoro dei giovani professionisti sanitari, in organizzazioni che non li accolgono, non valorizzano le loro capacità, fanno del precariato sanitario un male rischioso per i destinatari del loro lavoro e per la stessa missione pubblica. Questi modi di operare istituzionalizzano tutti, le «persone-in-cura» e le «persone-curanti» in una mutualità relazionale rischiosa.

Ripensare i rapporti di potere nelle pratiche cliniche

Contrastare questi rischi significa ripartire da modalità cliniche capaci di comporre le forze con le fragilità, valorizzando il «concorso al risultato», che nasce nell'incontro delle capacità professionali e personali. Questo incontro è espresso dalla metafora dell'Arco di Leonardo da Vinci: «Arco non è altro che una fortezza causata da due debolezze, imperochè l'arco negli edifici è composto di due parti di circolo, i quali quarti circoli, ciascuno debolissimo per sé, desidera cadere, e opponendosi alla ruina l'uno dell'altro, le due debolezze si convertano in unica».

Nell'arco terapeutico ogni fragilità è anche fonte di forza. Nasce dalla consapevolezza che «non posso aiutarti senza di te» e dal suo reciproco «non puoi aiutarmi senza di me». In questo modo ogni persona, anche la più fragile, può testimoniare le potenzialità della propria condizione per fare la differenza. L'arco libera tutta la sua forza quando si diventa capaci di ripensare il «rapporto di potere» tra chi aiuta e chi è aiutato, valorizzando la convenienza del mettere in relazione le forze a disposizione con i potenziali di efficacia.

Il costo complessivo delle risposte non dipende dall'input del servizio (le risorse professionali) ma anche da quelle non professionali, delle persone e del loro spazio di vita. È un concorso gruppale che rende tutto più conveniente per affrontare i problemi di sofferenza interiore, solitudine, depressione, fragilità..., molto diffusi in particolare tra le persone anziane. Diventa paradossalmente più chiaro quando la specializzazione settoriale dei curanti li rende poco capaci di affrontare le diverse condizioni umane. Agiscono le competenze che settorializzano i modi di gestire le capacità professionali, che chiudono lo sguardo professionale alla sola sfera organico-funzionale e comportamentale senza vedere clinicamente anche le dimensioni socio-ambientali, relazionali e valoriali.

Servono quindi condizioni operative per ripensare l'agire professionale e mettersi in discussione. È un problema che non riguarda solo le «professioni malate» ma anche e soprattutto le «organizzazioni malate e patogene».

Ripensare la formazione

Sono esplose le contraddizioni dell'offerta di formazione degli operatori socio-sanitari, in particolare quelli dei servizi di promozione e cura della salute mentale: psichiatri, psicologi, psicoterapeuti, assistenti sociali, personale infermieristico ed educatori. Non è un problema di oggi: «Gli attuali programmi formativi appaiono dediti al mantenimento di equilibri già definiti e voluti solo da alcune parti in causa: direzioni tecniche, corporazioni professionali, committenze unicamente interessate ad usare la formazione come sistema di auto-legittimazione, agenzie interessate ad accreditarsi sul mercato con pacchetti formativi standardizzati e preconfezionati, a volte di alta qualità tecnica ma spesso asettici e disancorati dal contesto degli operatori a cui vengono somministrati» (*Manifesto sulla Formazione*, Fondazione Zancan 1993).

Questi problemi sono terribilmente attuali. Lo stesso Manifesto definiva i caratteri fondamentali di qualsiasi azione formativa: favorire i processi vitali, sostenerli nel momento del cambiamento, orientare le potenzialità, offrire strumenti efficaci per operare. Ne definiva anche i principali obiettivi: la promozione dei diritti e delle responsabilità del cittadino, il riferimento alle persone e alla loro storia, l'impegno di servizio ai progetti dei cittadini, il radicamento culturale nelle realtà locali. Si è perso il riferimento al radicamento culturale, professionale e progettuale nelle situazioni locali, stabilito dal legislatore: «Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra ospedalieri» (art. 6 L. 180/1978).

I percorsi di formazione universitari e specialistici rispondono ad una logica privatistica e di lavoro monoprofessionale, povera di confronto dialettico, acritica rispetto alla missione dei servizi pubblici. Non offrono competenze e capacità necessarie per il lavoro interdisciplinare e cooperativo nelle comunità locali. Non meraviglia quindi l'appiattimento dei servizi di salute mentale sulle problematiche della patologia cronica grave, sull'incremento dei progetti riabilitativi rispetto a quelli terapeutici, sull'eccessivo ricorso all'utilizzo di farmaci rispetto all'uso di modelli psicoterapeutici individuali, familiari e gruppal. La valorizzazione del capitale umano è la condizione imprescindibile per valorizzare le professionalità formando alla clinica grupale e interdisciplinare.

Ripensare la ricerca

Un'ulteriore criticità è la mancanza di ricerca clinica e organizzativa sui servizi territoriali e sul distretto sociosanitario inteso come luogo di cura, ricerca e sperimentazione. È una tripartizione necessaria per collegare la missione di cura con quella di sperimentazione e sviluppo di nuove soluzioni nei territori. È la missione tradizionalmente affidata ai policlinici come luoghi per comporre la cura, la ricerca e la formazione delle nuove professioni sanitarie. Ma questo non avviene per i servizi territoriali a cui non è ancora riconosciuta questa possibilità e capacità di fare ricerca in luoghi operativi a questo finalizzati. È un ulteriore deficit che contribuisce a spiegare la carenza di innovazione nei servizi a diretto contatto con le persone.

È difficile pensare a uno sviluppo dei servizi di salute mentale distrettuali senza capacità di questa natura, senza condizioni dove sperimentare e collaudare soluzioni professionali e organizzative, con evidenze scientifiche all'altezza delle sfide da affrontare. Una parte delle raccomandazioni utilizzate nascono infatti da opzioni organiz-



zative e amministrative e non da evidenze scientifiche. La pandemia ha costretto tutti a farsi queste domande, a chiedersi se stavano utilizzando vere o false evidenze e se seguivano passivamente raccomandazioni di dubbia affidabilità. La sfida è aperta ed è connaturata a molte condizioni di lavoro che non vengono valutate con indici di efficacia coerenti con il compito istituzionale di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Vino nuovo in otri nuovi

Non si può innovare con vecchie organizzazioni e vecchie professioni. Oggi questo rischio attraversa le pratiche cliniche pubbliche e private, perché tutti sono esposti a questa eventualità. La valutazione delle performance cliniche e organizzative ha bisogno del coraggio di misurare gli esiti senza limitarsi alle performance prestazionali, considerando tutti i fattori in gioco: le risorse a disposizione (conferite in *input*), le attività realizzate (erogate in *output*), gli esiti raggiunti (misurati in *outcome*), i processi metodologici e organizzativi che li hanno resi possibili.

Non ha senso scomporre l'arco terapeutico nelle pietre/azioni che lo compongono. Quando sono separate in forma di diagnosi, prognosi, piani assistenziali, trattamenti, valutazione... sono pietre da cantiere e non architettura clinica e professionale autoportante. Le sfide dell'arco terapeutico non dipendono infatti dai segmenti di azione che lo compongono. Quando sono separati non sono arco clinico e professionale ma soltanto pratiche incapaci di fare clinica.

L'augurio è che la pandemia ci abbia dato tempo:

- per pensare nuove strategie orientate alle persone, riconoscendo i bisogni prima che si manifestino,
- per il dialogo tra professioni che si impegnano ad essere complementari,
- per rigenerare i servizi e non le singole prestazioni che non sono il fine ma il mezzo per avere cura della persona e della professione.

Priorità da affrontare

Lo scenario complesso, sorprendente, denso di criticità e di potenzialità creato dall'evento pandemico si prefigura come un'occasione unica e imperdibile di ripensare le fondamenta culturali, operative e gestionali del welfare e delle politiche di tutela della salute mentale ripensando:

- a. il ruolo e le modalità operative dei dipartimenti,
- b. i servizi impegnati nella promozione e nella cura della salute mentale della popolazione considerando anche l'epidemiologia dell'invecchiamento e del disagio in età evolutiva,
- c. la centralità gestionale e operativa della dimensione comunitaria della psichiatria,
- d. il modello gruppale nel lavoro terapeutico, relazionale e organizzativo.

Sono proposte che si collocano all'interno della dimensione comunitaria. Evidenziano l'importanza di un cambio culturale dove prevalga la dimensione del Noi, il lavoro di gruppo e la multidisciplinarietà, in dialogo tra servizi pubblici e privati.

Alla redazione del documento hanno collaborato:

Cristina Bastianello, Fp Cgil Venezia; Lorella Ciampalini, dirigente psicologo Ulss 3 Serenissima; Dario A. Colombo, coordinatore NeASS Lombardia; Silvia Corbella, psicoanalista, Milano; Franca De Lazzari, direttore di Gastroenterologia Ospedale Sant'Antonio di Padova; Francesco Dagnello, psicologo psicoterapeuta, Asvegra; Diego De Leo, psichiatra, De Leo Fund; Cinzia Favaron, psicologa psicoterapeuta, Asvegra; Franca Fazzini, psicologa Casa circondariale di Padova; Ornella Galuppi, direttore area salute mentale Cooperativa sociale Nuova idea; Michela Gatta, direttore UOC Neuropsichiatria Infantile, Az. Ospedale-Università di Padova; Valter Giantin, direttore UOC di Geriatria, Ospedale di Bassano del Grappa; Gianmaria Goga, direttore distretto Padova Piovese, Ulss 6 Euganea; Roberta Giuriatti, assistente sociale, Ser.D di Padova; Beppe Greco, medico di medicina generale, Padova; Patrizia Lonardi, presidente Associazione Piaci; Susanna Lazzarini, insegnante, Abano Terme; Ilaria Locati, psicologa psicoterapeuta, Asvegra; Irene Mammarella, docente Psicologia della disabilità, Università di Padova; Tommaso Maniscalco, direttore psichiatra Ulss 7 Pedemontana; Lina Minervini, dirigente psichiatra, Ulss 6 Euganea; Elisabetta Neve, docente servizio sociale Università di Verona; Michela Nosè, professore associato di psichiatria, Università di Verona; Marco Novali, psicologo psicoterapeuta, Asvegra; Luca Pezzullo, presidente Ordine Psicologi del Veneto; Giovanni Pilati, medico, Padova; Gianfranco Pozzobon, direttore dei servizi sociosanitari Ulss 3 Serenissima; Maurizio Salis, direttore Scuola Specializzazione COIRAG; Daniele Salmaso, docente Università Verona e Padova; Fabio Sambataro, direttore Scuola Specializzazione Psichiatria di Padova; Annalisa Timpini, dirigente UOC Cure Primarie Distretto Padova Bacchiglione Ulss 6 Euganea; Emanuela Velo, dirigente medico Reparto Covid Cittadella; Mirella Zambello, Presidente Ordine Assistenti sociali Veneto; Suor Albina Zandonà, direttrice Cucine Economiche Popolari Padova.

I laboratori di idee sono stati coordinati da:

Ivan Ambrosiano, vicepresidente Asvegra, Cinzia Canali, direttrice Fondazione Zancan, Fiorenza Milano, Psicologa Psicoterapeuta Asvegra, Enrico Stenico, Psichiatra Psicoterapeuta Asvegra, Tiziano Vecchiato, Presidente Fondazione Zancan.

I promotori

La *Fondazione Emanuela Zancan onlus* è un centro di ricerca scientifica di rilevante interesse sociale. Realizza dal 1964 studi, ricerche, sperimentazioni sui sistemi di welfare, con il contributo di esperti italiani e stranieri. Collabora con enti statali, regioni, province, comuni, aziende sanitarie, università, centri di studio, italiani e internazionali, soggetti privati, enti del terzo settore, fondazioni, con ricerche e sperimentazioni sulle soluzioni di welfare sostenibili e generative di valore umano e sociale. www.fondazionezancan.it

Il *Gruppo di studio Asvegra Prevenzione e intervento sulle ricadute psico(pato)logiche da Covid-19*, si occupa di approfondire le problematiche psicologiche correlate alla situazione pandemica con progetti e interventi con la popolazione e con istituzioni socio-sanitarie.

L'ASVEGRA, Associazione Veneta per la Ricerca e la Formazione in Psicoterapia Analitica di Gruppo e Analisi Istituzionale, dal 1983 promuove lo studio, la ricerca, la formazione culturale e professionale nel campo della psicoterapia di gruppo e della salute mentale. www.asvegra.it.



SUMMARY

During the pandemic, various fragilities emerged in terms of organisation, continuity of care, integration of capacities and responsibilities in the local community. Individualistic professional models led to costly performance and poor outcomes, and to inadequate public services, because of «sick professions» and «sick organisations». On the contrary, the evaluation of services needs to measure outcomes and not just their performances, considering all factors involved: the available resources (input), the activities carried out (output), the results achieved (measured as outcome). There is an urgent need to restart from the community dimension of psychiatry and from the group model in therapeutic, relational and organisational work. These reflections are the result of a series of workshops promoted by the Asvegra Association and by Fondazione Zancan. Interdisciplinary groups tackled these issues, looking at the future, when professions and organisations will be called to address post-pandemic reconstruction in new ways.

Gianmaria Gioga

Aziende sanitarie e operatori non vaccinati: costruire ponti e non alzare muri

L'accertamento dell'inadempienza all'obbligo vaccinale degli operatori sanitari da parte dell'Azienda Sanitaria determina la sospensione da prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2. Le Aziende Sanitarie che non hanno ricollocato i propri operatori sanitari sospesi senza adibirli ad altre mansioni, sostengono che non esistano posizioni di lavoro che non implicino il rischio di diffusione del contagio. In un periodo di gravissima difficoltà per le Aziende sanitarie, si può evitare la sospensione di personale sanitario, e la conseguente privazione del reddito (uno dei principali determinanti della salute), e consentirne l'impiego in altre attività da remoto. In questo modo l'Azienda Sanitaria manterrebbe il ruolo di promozione della salute, garantendo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, duramente provata durante la pandemia. Questi temi sono utili per aprire un dibattito sull'attuazione del Decreto e sullo sviluppo dei livelli essenziali nel territorio.

Premessa indispensabile

L'attuazione del D.L. n. 44/2021 sull'obbligatorietà della vaccinazione antiCovid per i sanitari e alcune recenti esternazioni pubbliche di esponenti di punta del mondo scientifico in materia di possibili sanzioni

per coloro che hanno deciso di non vaccinarsi, credo meritino l'avvio di un dibattito approfondito sul ruolo del Servizio Sanitario Nazionale e sulle misure più efficaci

AUTORE

► Gianmaria Gioga, Card Veneto.



per cercare di raggiungere – nel più breve tempo possibile – la vaccinazione del maggior numero possibile di operatori e di persone e, conseguentemente, la cosiddetta «immunità di gregge» e l'agognata uscita da questo lunghissimo periodo di emergenza sanitaria.

Ritengo necessario premettere fin da subito, a scanso di qualsiasi possibile equivoco, che sono un convinto «pro vax», che mi sono vaccinato già in data 4/1/2021 con la prima dose, sia per convinzione sia per dare l'esempio.

Non intendo entrare nel merito del Decreto Legge n. 44/2021 che obbliga gli operatori sanitari a vaccinarsi: da Dirigente del Servizio Sanitario mi spetta il compito di collaborare al massimo grado alla sua attuazione, nello spirito e nella sostanza, così come è formulato, ma anche di rispettare tutte le altre leggi dello Stato – a partire dalla garanzia dei livelli essenziali di assistenza per tutti i cittadini e per tutte le patologie e i bisogni – nonché i principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale.

Esistono posizioni di lavoro che non implicano rischi di diffusione del contagio?

Come è noto, il comma 6 dell'articolo 4 prevede che l'accertamento dell'inadempienza all'obbligo vaccinale da parte dell'Azienda sanitaria «determina la sospensione dal diritto di svolgere prestazioni o mansioni che implicano contatti interpersonali o comportano, in qualsiasi altra forma, il rischio di diffusione del contagio da SARS-CoV-2». Il successivo comma 8 peraltro dispone che «il datore di lavoro adibisce il lavoratore, ove possibile, a mansioni, anche inferiori, diverse da quelle indicate al comma 6, con il trattamento corrispondente alle mansioni esercitate, e che, comunque, non implicano rischi di diffusione del contagio».

Quelle Aziende sanitarie che hanno sospeso i propri operatori sanitari senza

adibirli ad altre mansioni, hanno evidentemente risposto al quesito con un perentorio «NO, non esistono posizioni di lavoro che non implicano il rischio di diffusione del contagio».

L'assenza di qualsiasi possibile ruolo, in un periodo di gravissima difficoltà per le Aziende Ulss, che permetta di evitare la sospensione di personale sanitario e consentire di continuare a impiegarlo utilmente, appare quantomeno singolare visto che ancora oggi, e da ormai un anno e mezzo, ci sono decine di operatori sanitari che lavorano da casa, in *smart working*.

Di seguito alcune delle attività che gli operatori sanitari svolgono da mesi da remoto e che possono continuare a essere svolte, evidentemente senza alcun rischio di contagio:

– *Contact tracing*: operatori che chiamano al telefono le persone positive al Covid per sapere come stanno e tracciare tutti i loro spostamenti e contatti, programmando i tamponi per i positivi e per i loro contatti;

– Centrale Operativa Territoriale (COT): operatori che coordinano gli interventi per il passaggio da un luogo di cura all'altro, dall'ospedale al territorio, alle strutture intermedie (hospice, ospedali di comunità, strutture riabilitative), facilitando il raccordo tra i soggetti della rete territoriale, garantendo la continuità dell'assistenza e svolgendo tutta la propria attività da remoto, attraverso procedure informatiche e seguendo precisi protocolli;

– Centrale Operativa di Assistenza Domiciliare Integrata: opera 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, grazie ad un team di infermieri che, attraverso una breve intervista telefonica, fornisce la risposta più adeguata al problema espresso dai pazienti fragili o in cure palliative, mediante un consiglio telefonico e/o attivando o consultando la figura sanitaria più idonea (infermiere reperibile del servizio di assistenza infermieristica domiciliare, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, medico di continuità assistenziale, nucleo cure palliative,...). Il servizio, proprio utilizzando

gli operatori non vaccinati, potrebbe essere potenziato per dare reale garanzia di continuità della presa in carico domiciliare a distanza, in primis delle persone ad alto bisogno di assistenza per il monitoraggio delle gravi patologie (pensiamo ad esempio allo scompenso cardiovascolare) e per verificare a distanza l'aderenza alle terapie, anche sviluppando sistemi di telemedicina. È ora che anche il territorio garantisca una risposta davvero continuativa h. 24 e 7 giorni su 7. L'auspicio è che i finanziamenti del prossimo PNRR portino a garantire risposte di questo tipo nel territorio in tutte le regioni italiane;

– CUP: le centrali telefoniche di prenotazione delle prestazioni specialistiche sono addirittura spesso esternalizzate ma, quando sono svolte dal personale delle aziende sanitarie, sono assicurate da operatori sanitari, in grado di decodificare le richieste della popolazione e prenotare la corretta prestazione richiesta;

– Formazione: dall'inizio della pandemia molti degli operatori degli uffici formazione operano in *smart working*, organizzando le iniziative formative, raccogliendo le richieste di partecipazione, accreditando gli eventi;

– Qualità, accreditamento e altre funzioni di supporto alla direzione: anche in questo caso, si tratta di attività che non richiedono a tutti gli operatori la presenza, lavorando sulle procedure e i protocolli operativi e potendo supportare le strutture aziendali a distanza.

Si tratta di posizioni di lavoro che non tutti i professionisti della sanità possono svolgere, in quanto richiedono competenze specifiche e qualificate, ma per ricoprire le quali possono essere realizzate specifici percorsi formativi e di affiancamento.

Come si può notare, moltissime sono le posizioni di lavoro che in questi mesi si sono egregiamente svolte e che possono continuare ad essere assicurate in *smart working* con nessun rischio di contagio da operatori non vaccinati, anziché sospenderli, magari trasferendo temporaneamente

i colleghi vaccinati in attività assistenziali, anche utilizzando specifici incentivi, senza perdere professionisti indispensabili per garantire la continuità dei servizi.

Ma anche nei punti tampone, dove si lavora da sempre esclusivamente e continuamente vestiti con tutti i dispositivi di protezione Individuale (tuta, visiera, guanti, doppia mascherina FFP2 e chirurgica, calzari), in applicazione delle istruzioni operative approvate dalle competenti strutture delle aziende sanitarie, ritengo non vi sia rischio di contagio, considerato anche che il tempo di esposizione col paziente è limitato a pochi secondi e si svolge spesso all'aperto, come nei *drive through*. Come è noto, gli operatori sanitari impiegati in tali attività sono stati formati e seguono rigidamente i protocolli aziendali, che rispecchiano a loro volta le indicazioni dell'ISS e dell'ECDC, in particolare proprio nei servizi maggiormente a rischio. Occorre al proposito evidenziare che la letteratura internazionale è concorde nel sottolineare come il rischio percepito influenzi positivamente il corretto utilizzo dei DPI negli operatori sanitari, non solo durante la pandemia ma anche precedentemente ad essa (Chughtai A.A., & Khan W., 2020; Harrod M. e altri, 2017; Haile T.G., Engeda E.H., & Abdo A.A., 2017). Tali atteggiamenti, oltre al corretto utilizzo dei DPI e alla formazione, potrebbero essere tra le ragioni della scarsissima o nulla presenza di contagiati nei reparti e nelle attività a maggior rischio di contagio (Rubbi I. e altri, 2020).

I servizi da garantire con scarse risorse

Tutta la scienza dell'organizzazione è unanime nel dire che uno dei principali compiti di un dirigente sia quello di cercare di utilizzare al meglio le risorse, e in particolare «le risorse umane» a lui assegnate, tenendo conto delle capacità, delle competenze, dei limiti e delle difficoltà di ciascuno, oltre che dei servizi e delle attività da



garantire.

Tra queste risorse ci sono anche i colleghi che non hanno ritenuto di vaccinarsi, indipendentemente dalle motivazioni per cui non si sono sottoposti alla vaccinazione.

Occorre ricordare che le Aziende sanitarie devono comunque garantire i livelli essenziali di assistenza, che non si limitano al contrasto del Covid. L'assistenza infermieristica domiciliare non si è mai fermata in questi 18 mesi, anzi – per la riduzione delle ospedalizzazioni e degli ingressi nei Centri di servizio per anziani – si è enormemente ampliata la platea di persone da seguire a domicilio. L'attività di ricovero e specialistica nei prossimi mesi è chiamata a recuperare nel minor tempo possibile le prestazioni non effettuate a causa del Covid: occorre a questo proposito riprogrammare tutte le prestazioni non effettuate. L'attività di prevenzione e di screening ha subito un rallentamento drammatico che deve essere al più presto colmato. Il *contact tracing* dei pazienti positivi è, a giudizio dei massimi esperti in materia quale il prof. Crisanti, ancora insufficiente e poco accurato. A tutte queste attività si devono aggiungere i tamponi e le vaccinazioni da assicurare quotidianamente a centinaia di migliaia di cittadini in tutto il territorio nazionale.

Ad aggravare il quadro, ci troviamo in un periodo storico nel quale gli operatori sanitari sono drammaticamente scarsi e non si riescono a reperire sul mercato del lavoro, tanto che alcuni centri servizio o cooperative sociali che gestiscono servizi alla persona dichiarano esplicitamente l'impossibilità di garantire gli standard assistenziali, nonostante il ricorso a professionisti provenienti dall'estero, con molteplici difficoltà.

Infine, le sospensioni degli operatori sono giunte nel pieno periodo estivo, quando sono da assicurare ad operatori sanitari – stremati da un anno e mezzo di attività ininterrotta – i meriti e dovuti periodi di congedo ordinario; ferie che ricordo essere un diritto/dovere garantito dall'art. 36 della Costituzione. Il rischio paradossale è che, per sostituire i colleghi non vaccinati

e sospesi, infermieri e operatori vaccinati debbano anche rinunciare ai periodi di congedo per garantire i servizi. Oppure, che si chiudano servizi e attività, saltino assistenze o prestazioni ambulatoriali o ricoveri.

Un'altra via possibile

Ma se tutto ciò è evidente, perché si è scelta la strada di sospendere gli operatori, non provando a ricollocarli nonostante i servizi da garantire, senza un'accurata analisi dei reali rischi di contagio per tutte le posizioni di lavoro?

Anche la scelta delle aziende di sospendere prima gli operatori che non avevano dichiarato presunte ragioni cliniche (il più delle volte rivelatesi insufficienti a motivare la non adesione alla campagna vaccinale) non appare in linea con il dichiarato obiettivo di preservare la salute dei pazienti. Perché le ragioni per cui un operatore non si vaccina non modificano il rischio di contagio per il paziente: se fosse proprio il rischio per il paziente il motivo che sta alla base della sospensione, dovrebbero essere sospesi tutti i sanitari immediatamente e indipendentemente dal perché non si sono vaccinati, in quanto il rischio per il paziente è il medesimo.

Ciò che hanno fatto le Aziende sanitarie, e cioè sospendere prima chi non ha addotto ragioni sanitarie per giustificare la propria scelta, potrebbe indurre a pensare che si sia trattato di una decisione punitiva e non di prevenzione del rischio di contagio.

Un'altra considerazione deve essere fatta a questo proposito. Le Aziende sanitarie, per le quali la prevenzione e la promozione della salute dovrebbero essere tra le principali *mission*, non hanno fatto, almeno che io sappia, alcuna campagna attiva di informazione, di formazione, di promozione della vaccinazione tra i propri dipendenti. Al massimo, in alcune aziende, si sono svolti colloqui di *counselling* da parte del medico competente. Siamo in un periodo di grande confusione, in cui le informazioni distor-

te girano sul web e sui social come e più di quelle scientificamente corrette. Molti di coloro che hanno scelto di non vaccinarsi lo hanno fatto per paura o per non corretta informazione sul rapporto rischi/benefici. Nella mia esperienza non ho trovato (fortunatamente) nessun operatore sanitario negazionista o complottista, ma solo persone spaventate e/o disinformate, qualcuno con conoscenti o amici che avevano avuto eventi avversi (iniziali trombosi o miocarditi) o importanti effetti collaterali o operatori che avevano contratto il covid e presentano un elevato titolo anticorpale. Dovere nostro, quali operatori del Servizio Sanitario Nazionale, è innanzitutto quello di informare correttamente, di formare i propri colleghi, di cercare di promuovere la vaccinazione. Nelle Aziende sanitarie ci sono infettivologi, specialisti in igiene e in medicina di comunità, pneumologi, formatori, psicologi. Perché non organizzare con loro iniziative di formazione ma anche di confronto con chi non intende vaccinarsi per ascoltare, ribattere, dimostrare numeri alla mano che la vaccinazione è l'unica strada conosciuta e praticabile oggi per uscire dall'emergenza sanitaria? Perché almeno non provarci?

Anche le campagne di comunicazione promosse da molte Aziende sanitarie potrebbero essere maggiormente mirate all'informazione propositiva ed efficace. Il messaggio «Vaccinati o ti sospendo» che le Aziende, utilizzando i giornali e i propri canali social, Instagram o Facebook, inviano ai propri operatori è fuorviante. Il messaggio corretto da dare sarebbe piuttosto «Vaccinati per fermare la pandemia e tornare a vivere», «Vaccinati o ti ammali e fai ammalare le persone più vulnerabili», «Vaccinati per te e per i tuoi cari». Invece, «Vaccinati o ti sospendo» non crea dialogo, non favorisce la discussione, non promuove la salute.

Tutte queste considerazioni possono portare alla conclusione che si sia scelta, anziché la via complessa e faticosa del dialogo, del confronto e della formazione, la

strada più facile del «colpisci uno per educarne cento», espressione dei regimi totalitari, che per nulla si addice alle Aziende che dovrebbero promuovere il ben-essere e la salute. Un messaggio di divisione e contrapposizione mentre la *mission* di un'Azienda sanitaria dovrebbe essere quella di rafforzare le reti e la coesione sociale. Ovviamente a partire dai propri dipendenti¹.

Sanità per tutti a partire dai bisogni

Infine una riflessione su alcune voci autorevoli che si stanno alzando per proporre che i costi delle cure per chi non si è vaccinato sia posto a loro carico e non a carico del SSN. Il prof. Crisanti ha recentemente dichiarato che «Ci sono persone che non si vogliono vaccinare per pregiudizio. In quel caso, penso che il miglior deterrente che ci sia è togliere la copertura sanitaria se si prendono il Covid: un giorno in rianimazione costa 2500 euro, non capisco perché lo debba pagare il servizio sanitario, visto che è una decisione loro». Analogamente, la prof.ssa Capua ha scritto «Ai non vaccinati per scelta – ovvero coloro che rifiutano di assumere una misura di salute pubblica necessaria a tenere l'emergenza sotto controllo, e di conseguenza uno strumento essenziale per mantenere in equilibrio il sistema sanitario nazionale – si potrebbe immaginare di proporre una piccola franchigia, per non dire ticket, in caso di ricovero Covid che vada a coprire almeno i costi 'non sanitari' dell'ospedale: letto, biancheria, mensa, servizio di pulizia, utenze. In cambio della libertà di scegliere se vaccinarsi o no, si potrebbe chiedere un piccolo contributo rispetto al costo totale del ricovero in terapia intensiva. Si tratterebbe soltanto di 1.000-2.000 euro al giorno. Sì, al giorno, il resto, ovvero i costi di infermieri, medici, medicine e altro necessario alla cura, sarebbero esclusi dal computo perché quelli ce li passa lo Stato. Per ora, e fintanto che il sistema non finisca dissanguato».



Il grande pericolo sotteso è quello di sgretolare uno dei pilastri fondamentali su cui si fonda il Servizio Sanitario Nazionale: a ciascuno vanno garantite le cure di cui ha bisogno e non le cure che si merita. Questa è la principale differenza. Il Servizio Sanitario Nazionale non guarda meriti o colpe: guarda la salute e la mancanza di salute. Introdurre un criterio meritocratico (non ti sei voluto vaccinare e adesso paghi le conseguenze) è, da questo punto di vista, pericolosissimo. Perché un domani potremmo dire lo stesso a chi, in terapia anticoagulante, decide di interrompere l'assunzione dei farmaci e ha un ictus, oppure a chi soffre di diabete e non rispetta la dieta, o a chi provoca un incidente per imprudenza. E poi, potrebbe essere la volta dei fumatori, degli alcolisti, ... Insomma, una sanità che si basa sui meriti/colpe e non sui bisogni.

Conclusioni

Concludendo ritengo indispensabile che le Aziende Sanitarie debbano:

- garantire tutti i livelli essenziali di assistenza, utilizzando al meglio ogni risorsa umana, anche chi ha paura o si sbaglia, destinandola ad attività indispensabili e in luoghi dove non possa nuocere ma continui ad aiutare a produrre salute;
- attivare risposte territoriali 24 ore al giorno e 7 giorni su 7, cioè reale garanzia di continuità della presa in carico domiciliare a distanza alle persone ad alto bisogno di assistenza;
- promuovere la salute, creare cultura, informazione scientificamente corretta, formare i cittadini e, ancor prima, i propri dipendenti;
 - essere agenzie educanti e non punitive;
 - costruire ponti anziché innalzare muri, cercare di aprire il dialogo ed evitare di giudicare meriti o colpe, senza creare ulteriori contrapposizioni tra buoni e cattivi;
 - prendersi cura delle persone... di tutte le persone, anche dei propri operatori che decidono di non vaccinarsi.

Nel confermare che la vaccinazione è l'unica strada oggi esistente per affrontare l'epidemia e che occorre percorrerla nel più breve tempo possibile, il presente articolo vuole aprire il dialogo e il dibattito sulle strategie di azione e sulla necessità di garantire i Livelli essenziali di assistenza, mantenendo il ruolo delle Aziende Sanitarie quali agenzie finalizzate alla promozione della salute.

Note

- 1 Appare paradossale che un'azienda che ha quale obiettivo primario quello di creare salute, ne generi la perdita (alludo al fondamentale determinante del reddito, in assenza del quale, notoriamente, lo stato di salute peggiora).

SUMMARY

In Italy, Local Health Units, having ascertained that healthcare workers have not complied with their anti-Covid vaccination obligations, suspend them from services involving the risk of spreading Sars-cov-2, as provided for by Decree Law no. 44/2021.

Many Local Health Units have not relocated their healthcare workers, claiming that there are no positions without risk of spreading the infection. One proposal, however, would be to employ these workers in smart-working activities, even considering the period of great health emergency. In this way, the Local Health Units would continue to guarantee essential levels of care, while maintaining their role in promoting health. These issues are useful to open a debate on the implementation of Decree 44/2021 and the development of essential levels of care.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Chughtai A.A., & Khan,W. (2020), *Use of personal protective equipment to protect against respiratory infections in Pakistan: A systematic review*, «Journal of infection and public health», 13(3), pp. 385-390.
- Haile T.G., Engeda E.H., & Abdo A.A. (2017), *Compliance with standard precautions and associated factors among healthcare workers in Gondar University Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia*, «Journal of environmental and public health», 1.
- Harrod M., Weston L.E., Gregory L., Petersen L., Mayer J., Drews F.A., & Krein S.L. (2020), *A qualitative study of factors affecting personal protective equipment use among health care personnel*, «American journal of infection control», 48(4), pp. 410-415.
- Rubbi I. et al (2020), *Healthcare personnel exposure to COVID - 19: an observational study on quarantined positive workers*, in «Acta Biomed», 91(Suppl 12): e2020012.
- Taylor W.D., & Snyder L.A. (2017), *The influence of risk perception on safety: A laboratory study*, «Safety science», 95, pp. 116-124.

Associazione Il Cammino (a cura di)

Insieme si può! Un percorso di apprendimento nella valutazione

Il Bando «InTreCCCi 2017 Casa-Cura-Comunità: Innovare a sostegno della domiciliarità», finanziato da Fondazione Compagnia di San Paolo ha sostenuto 11 progetti localizzati in diversi territori del Piemonte e della Liguria. Il Bando ha promosso una concezione culturale e sociale della domiciliarità, con focus sulla qualità della vita, individuata anche nella qualità delle relazioni per la persona con bisogni di cura, il caregiver e il nucleo familiare; risposte innovative ai bisogni di cura e assistenza di persone anziane o con disabilità; un approccio preventivo nell'affrontare le fragilità; la messa a sistema delle risorse del territorio in tema di sostegno alla domiciliarità. I referenti del progetto «Insieme si può!» hanno approfondito i risultati ottenuti nelle due annualità e hanno riflettuto sui cambiamenti che l'azione di valutazione ha apportato all'intero percorso.

Il progetto *Insieme si può! La vita è più serena se non si è da soli ad affrontare il quotidiano* è stato realizzato da un partenariato composto da Enti del Terzo Settore che operano da anni sul territorio della Circoscrizione 5 di Torino nell'ambito del sostegno alla domiciliarità – Associazione Il Cammino (capofila progettuale), Associazione Casematte, As-

sociazione Non più da soli Edera, Cooperativa Il Portico '89, Sea delle Alpi – e dal Servizio Sanitario e Sociale del Distretto Nord Ovest della città di Torino. Il progetto è stato finanziato all'interno del Bando InTreCCCi – Casa Cura Comunità, della Fondazione Compagnia di San Paolo per due annualità successive (anno 2018 e da aprile 2019 a marzo 2020) ed ha previsto

un percorso di accompagnamento e valutazione da parte della Fondazione Zancan.

Contesto e obiettivi del progetto

L'area territoriale della Circoscrizione 5 del comune di Torino è caratterizzata da un numero significativo di anziani che, oltre a bisogni di assistenza e cura legati alla presenza di *patologie* che ne limitano l'autonomia, presentano *problematiche di tipo sociale e difficoltà economiche*. Questi elementi hanno pesanti riflessi sulla domanda di servizi, mettendo in difficoltà il sistema di welfare che ha dovuto in questi anni fronteggiare la crescente riduzione di risorse pubbliche.

L'*obiettivo generale* del progetto in entrambe le annualità è stato quello di contrastare il rischio di isolamento e di solitudine degli anziani parzialmente autosufficienti attraverso interventi personalizzati di cura e proposte aggregative per garantire una qualità della vita soddisfacente e favorire il permanere a domicilio il più a lungo possibile. Si è inteso inoltre, in particolare con la seconda annualità, favorire l'integrazione tra istituzione pubblica e terzo settore.

Attività svolte

Il progetto, che ha come punto centrale azioni di assistenza e cura ad anziani fragili, ha previsto una varietà di azioni differenti per offrire un sostegno al bisogno incontrato nei suoi diversi aspetti. Oltre ad *attività assistenziali e sanitarie a domicilio e in ambulatorio*, la presa in carico per il monitoraggio sanitario attraverso la figura dell'*infermiere di famiglia*, la *formazione di caregiver a domicilio* (Il Cammino – Il Portico'89), sono infatti state realizzate *attività socializzanti, aggregative e di prevenzione* quali orticoltura e giardinaggio, laboratori interattivi denominati Silver Game per la prevenzione degli incidenti domestici (Casematte), accompagnamenti sanitari, visite periodiche ad anziani soli per compagnia e piccole commissioni (Non

più da soli - Edera, SEA delle Alpi).

Con l'attivazione di «*sentinelle*» si sono individuati punti strategici sul territorio – farmacie, negozi, centri anziani, luoghi di maggior frequenza degli anziani - sensibilizzandoli e coinvolgendoli nel supporto alle fasce più fragili della popolazione. Le «*sentinelle*» segnalano criticità o inviano ai servizi offerti dal progetto. Si sono attivate in via sperimentale anche «*sentinelle di condominio*», punti di riferimento per l'individuazione del bisogno nel proprio caseggiato.

È stato inoltre attivato lo «*Sportello errante*» (Casematte), un'attività di promozione dei servizi offerti e allo stesso tempo di sensibilizzazione e informazione rispetto alle problematiche della popolazione anziana e delle risorse presenti sul territorio, che raggiunge gli abitanti nei loro ambiti di vita quotidiana. L'attività, svolta in due quartieri a edilizia popolare, presso altre realtà del territorio o presso le abitazioni di persone con mobilità ridotta, ha registrato complessivamente 230 contatti nelle due annualità.

Beneficiari delle attività

I destinatari diretti degli interventi di assistenza, cura e supporto alle relazioni sono state persone, ultrasessantacinquenni, con livelli diversi di autosufficienza, a rischio per fragilità sanitarie o sociali. Sono stati presi in carico in totale con il progetto 681 anziani; 124 persone sono state seguite in entrambe le annualità: per alcune è continuata la presa in carico, altre hanno fatto richiesta per un nuovo intervento nel corso del secondo anno. Sono stati formati in tutto 32 caregiver e 20 operatori di tutti gli enti partner.

Il progetto ha permesso di raggiungere un elevato numero di cittadini attraverso le attività di comunicazione e divulgazione (social network, siti, volantini), lo «*sportello errante*» e l'attivazione di *sentinelle* sul territorio.

Tab. 1. Attività, beneficiari, prestazioni

	Anno 1	Anno 2
<i>Assistenza domiciliare</i>		
n. anziani	97	99
passaggi	965	1093
<i>Infermiere di famiglia</i>		
n. anziani	28	28
n. controlli di parametri vitali	252	310
<i>Ambulatorio sanitario</i>		
n. anziani	276	206
n. giorni apertura	284	289
n. iniezioni	2.534	1.687
n. medicazioni	199	205
<i>Attività aggregative (orto/ laboratori)</i>		
n. anziani	39	41
n. giorni apertura orto	72	34
<i>Formazione caregiver</i>		
n. caregiver	17	15
n. operatori	0	20
<i>Accompagnamenti/ visite compagnia</i>		
n. anziani	47	42
n. interventi	942	1279

Metodo, innovazione/evoluzione del sistema di valutazione e risultati ottenuti

Per il monitoraggio del progetto si è definito un piano operativo annuale (obiettivi, attività, risorse umane e materiali, risultati attesi). È stato predisposto inoltre un set di indicatori per verificare il raggiungimento degli obiettivi previsti e lo stato di avanzamento delle attività. La Fondazione Zancan ha indicato alcuni indicatori trasversali sui beneficiari e sulla comunità, comuni a tutti gli enti partecipanti al Bando al fine di realizzare una valutazione trasversale su tutti i progetti coinvolti. Sono stati utilizzati strumenti di monitoraggio interni già in uso e altri sono stati predisposti appositamente.

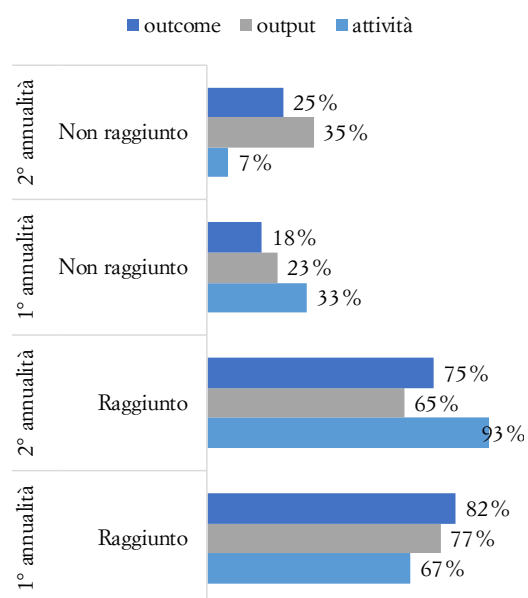
Uno dei cambiamenti più importanti avvenuti man mano che le attività progettuali venivano attuate è stato capire l'importanza della valutazione del progetto.

Misurare e valutare ha richiesto l'apprendimento di un «metodo» cioè di una strada

che ci permettesse di quantificare e qualificare in modo adeguato le azioni che si stavano svolgendo.

Il primo cambiamento di metodo avvenuto ha riguardato il passaggio da una misurazione/valutazione focalizzata principalmente su dati di attività (specifiche azioni, compiti e lavoro svolto dall'organizzazione per il raggiungimento dei propri obiettivi) e output (prodotti e servizi tangibili che risultano dalle attività) alla misurazione/valutazione degli *outcome* (cambiamenti specifici in comportamenti, attitudini, conoscenza, competenze).

Fig. 1. Livello di raggiungimento degli indicatori per tipologia di indicatore e annualità del progetto



In generale il progetto ha raggiunto i risultati attesi in una percentuale significativa di indicatori (fig. 1); ha realizzato tutte le attività previste, con un aumento dei risultati raggiunti negli indicatori di attività tra la 1° e la 2° annualità e ha prodotto servizi in linea con quanto ci si attendeva. Dagli indicatori di output emerge inoltre che il progetto in entrambe le annualità ha permesso di prendere in carico le richieste ricevute in linea con le attese, tutti i pazienti segnalati per il monitoraggio sanitario, pazienti con prestazioni ambulatoriali in misura su-

periore alle aspettative e ha consentito di garantire risposte tempestive per interventi domiciliari sanitari per patologie acute.

Nel passaggio tra la prima e la seconda annualità la riflessione sul sistema di monitoraggio adottato e sulle difficoltà avute nel rilevare in modo univoco gli indicatori trasversali richiesti ha portato a ridefinire gli indicatori di riferimento eliminandone alcuni poco significativi o di difficile rilevazione e predisponendo indicatori di outcome per quasi tutte le attività. Inoltre, il lavoro di verifica fatto nel primo anno ha consentito di avere una base dati su cui lavorare e quindi una maggior precisione nella definizione dei risultati attesi.

Tab. 2. Numero indicatori per tipologia e annualità

	Anno 1	Anno 2
Attività	24	16
Outcome	22	17
Output	11	14
Totale	57	47

Si sono inoltre identificati alcuni *outcome* comuni a più azioni e strumenti di rilevazione condivisi per avere una misurazione uniforme tra gli operatori dei diversi enti partner. Sono stati pertanto precisati 2 indicatori comuni:

- n. anziani in cui Badl/Iadl non peggiorano/anziani su cui si effettua la misurazione,

- n. anziani che rimangono a domicilio/anziani su cui si effettua la misurazione

nelle attività denominate 1.1 Assistenza domiciliare sanitaria e assistenziale, 2.1 Presa in carico sanitaria attraverso l'infermiere di famiglia, 3.1 Attività aggregativa e di prevenzione - orto collettivo, 3.3 Visite periodiche ad anziani soli, e che coinvolgono Il Cammino, Il Portico '89, Casematte ed Edera-Non più da soli. La misurazione è stata fatta su anziani la cui presa in carico è stata abbastanza lunga (almeno due mesi) così da permettere di individuare una correlazione più stretta tra esiti ottenuti e interventi effettuati. Sono state estese a tut-

te le attività indicate, come strumenti di verifica, le schede Badl/Iadl, prima utilizzate solo dall'infermiere di famiglia.

Un altro indicatore utilizzato per tutte le attività domiciliari di presa in carico assistenziale o sanitaria (1.1 e 2.1) è stato:

- n. famiglie prese in carico che contattano spontaneamente gli operatori/ n. tot famiglie prese in carico,

per l'attività 1.1 Assistenza domiciliare sanitaria e assistenziale e 2.1 Presa in carico con l'infermiere di famiglia, al fine di valutare l'instaurarsi di rapporti tra operatore/famiglia, indispensabili per sostenere le persone e i familiari nella malattia.

Questi indicatori hanno raggiunto valori superiori alle aspettative (tab. 3).

Per rendere più uniforme la valutazione dei cambiamenti misurati con gli indicatori trasversali, nella seconda annualità è stato identificato per ogni indicatore trasversale di esito un indicatore specifico delle attività del progetto e uno strumento di verifica, condiviso tra tutti gli enti partner. Per la rilevazione dei cambiamenti nell'area funzionale organica e cognitivo comportamentale, oltre alla valutazione degli operatori, sono stati utilizzati gli indici di Badl e Iadl, mentre per la verifica dei cambiamenti nell'area relazionale è stata predisposta una «Scheda relazioni» con alcuni item («La persona frequenta regolarmente le attività aggregative o accoglie regolarmente l'intervento»; «Qualità delle relazioni con i familiari, vicini di casa»; «La persona presa in carico contatta personalmente il mmg o altri specialisti») che indirizzano l'operatore nella valutazione del benessere relazionale. Si riportano in tab. 4 i risultati degli indicatori trasversali di esito nelle due annualità. I coordinatori degli interventi sanitari e assistenziali (Cammino e Portico '89) hanno avviato un approfondimento rispetto alla metodologia utilizzata per valutare l'impatto dei servizi offerti. In particolare, nel confronto con la Fondazione Zancan e con gli altri enti del Bando, è emersa la possibilità di utilizzare alcuni nuovi strumenti per la verifica delle condizioni di salute degli anziani.



Tab. 3. Indicatori comuni a diverse attività, risultati attesi e misurati

Indicatore	Risultato atteso	Risultato raggiunto
n. anziani che restano a domicilio/n. tot anziani su cui si effettua la misurazione	80% degli anziani restano a domicilio	Restano a domicilio: 31 / 36 anziani in carico (86%) nell'attività 1.1 26 / 28 anziani in carico (92%) nell'attività 2.1 14 / 15 in carico (93%) nell'attività 3.1 20 / 22 in carico (91%) nell'attività 3.3
n. anziani in cui BADL/IADL non peggiorano/n. anziani tot su cui si effettua misurazione	Nell' 80 % degli anziani BADL/IADL non peggiorano	BADL/IADL non peggiorano in: 30/36 anziani in carico (83%) nell'attività 1.1 23/28 anziani in carico (82%) nell'attività 2.1 15/15 anziani in carico (100%) nell'attività 3.1 20/22 anziani in carico (91%) nell'attività 3.3
n. famiglie che contattano spontaneamente l'operatore/ n. tot famiglie prese in carico	60% famiglie prese in carico contattano spontaneamente gli operatori / n. famiglie totali prese in carico	L'infermiere diventa punto di riferimento per la famiglia: 63 / 97 (65%) famiglie nell'attività 1.1 20 / 28 (71%) famiglie nell'attività 2.1 contattano spontaneamente l'infermiere

Tab. 4. Indicatori trasversali

Indicatori trasversali	n. anziani 1° annualità	n. anziani 2° annualità
6a. miglioramenti area funzionale organica	232	180
6b. miglioramenti area cognitiva comportamentale	92	69
6c. maggior benessere relazionale	68	90
6d. permanenza a domicilio a seguito degli interventi	21	34

Ci siamo accorti che per valutare lo stato di salute in età geriatrica occorre tenere conto dell'interazione tra diversi aspetti: salute fisica, mentale, aspetti sociali. Va pertanto utilizzato un approccio globale che permetta di identificare l'entità dei problemi di salute, nonché di caratterizzare le autonomie dell'anziano, le risorse e le potenzialità dell'ambiente in cui vive.

È stata quindi avviata una sperimentazione su un campione in quanto, essendo il progetto già avviato da parecchi mesi, non è stato possibile utilizzare i nuovi strumenti su tutti i destinatari presi in carico. Il campione è costituito da 23 anziani seguiti con interventi dell'infermiere di famiglia, interventi domiciliari sanitari e assistenziali e ambulatoriali. Per ognuna delle tre aree considerate si sono individuati punteggi relativi a diversi indici, in totale cinque, tramite l'utilizzo di strumenti appropriati. Le misurazioni degli indici sono state effettuate

te a ottobre 2019 e marzo 2020.

Per l'area funzionale organica è stato assegnato il punteggio agli indici di Badl (Katz S. e altri, 1963; Katz S., 1983) e Iadl (Lawton M.P., Brody E.M., 1969) che consentono una misurazione dell'autonomia nelle attività di base della vita quotidiana e in attività più complesse, ma che fanno parte della vita dell'anziano.

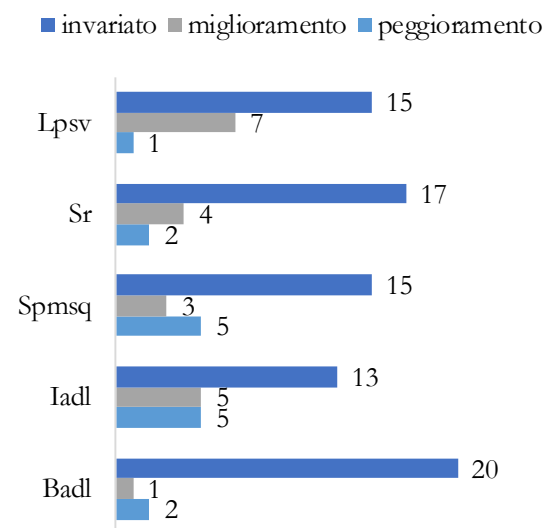
Per l'area cognitivo comportamentale la valutazione dello stato mentale è stata effettuata attraverso lo *Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) di Pfeiffer (1975), utile per rilevare la presenza e l'intensità dei disturbi cognitivi.

Per quanto riguarda l'area socioambientale e relazionale, la valutazione è stata eseguita attraverso lo strumento *Mappe Soggetti e Risorse* proposto dalla Fondazione Zancan (Vecchiato T. e altri, 2009) attraverso i due indici denominati scala di responsabilizzazione (Sr) e livello di protezione dello spazio di vita (Lpsv) che da essa

si ricavano. La scala di responsabilizzazione misura la capacità di condividere e partecipare alla responsabilità del progetto di cura e assistenza per sostenere la persona e la famiglia.

Il livello di protezione dello spazio di vita misura la capacità della comunità di farsi carico dei bisogni delle persone e della famiglia sia dal punto di vista della programmazione della cura e dell'assistenza che dell'impegno operativo. La qualità delle cure prestate è legata alla pluralità di chi si occupa dell'assistenza assumendosi responsabilità.

Fig. 2. Confronto valori degli indici rilevati nelle due misurazioni successive



Il risultato atteso era rappresentato dal conseguimento di una percentuale superiore all'80% di anziani che alla seconda misurazione mantenessero invariato o migliorassero il punteggio in almeno 4 dei 5 indici misurati. La successiva verifica ha rilevato che l'83% degli anziani (19 persone) hanno avuto almeno 4 punteggi invariati o migliorati.

Oltre la misurazione della cura della persona

Il progetto ha permesso di comprendere che una valutazione completa deve arrivare fino alla misurazione dell'impatto sociale

cioè del cambiamento prodotto nella comunità di riferimento, anche se inizialmente non previsto o valorizzato.

La realizzazione del progetto ci ha costretto ad andare oltre il semplice raggiungimento degli obiettivi di cura delle persone e delle loro reti. È stata un'opportunità di apprendimento e sviluppo che ci ha portato ad approcciare temi quali welfare di prossimità, welfare generativo, impatto sociale. È emersa una consapevolezza di due fattori, di seguito maggiormente dettagliati:

a. da un lato la valutazione come strumento di conoscenza del territorio, dei soggetti coinvolti e il rapporto tra loro (soprattutto il rapporto tra i soggetti pubblici e la rete del progetto), la necessità di pensare nuovi strumenti e nuove figure come l'infermiere di famiglia, l'importanza del lavoro in rete;

b. dall'altro la valutazione è risultato uno strumento che può far emergere con chiarezza l'idealità cioè il valore da cui si parte, ciò che sostiene l'azione.

a. Organizzazione del territorio, soggetti coinvolti, nuovi strumenti e figure, lavoro in rete

Rapporto pubblico-privato sociale

Affinché un'azione da parte di attori della società civile sia efficace è necessaria una collaborazione tra privato sociale e soggetti pubblici, cioè che si attui una sussidiarietà intesa nell'accezione più vera: una parte mette ciò che non ha l'altra parte e viceversa. Ma perché avvenga questo occorre un cambiamento culturale. È stato l'inizio di un percorso, in cui si sono incontrate molte criticità per cui si sono dovuti riformulare più volte gli obiettivi previsti, ma anche in cui sono accaduti sviluppi imprevisti che lasciano intravedere prospettive interessanti.

Uno sviluppo inaspettato nel rapporto con i servizi sanitari è stato il coinvolgimento del Dipartimento di prevenzione SC Igiene e Sanità pubblica della Asl Cit-

tà di Torino che ha reso possibile la programmazione di due momenti formativi, a partire dal tema della prevenzione degli incidenti domestici. La formazione si è ampliata ad altri argomenti quali le linee guida ministeriali degli interventi con gli anziani e dati epidemiologici utili ad orientare il lavoro della rete, il significato della relazione di cura con gli anziani e ha coinvolto professionisti (infermieri e operatori sociosanitari) e volontari di tutti gli enti partner. Si è trattato di 4 sessioni per un totale di circa 15 ore a cui hanno partecipato 20 operatori.

Infermiere di famiglia

Un aspetto significativo e innovativo del progetto è stata la sperimentazione della figura dell'infermiere di famiglia come figura di prossimità impegnata nella cura e nel monitoraggio di anziani a rischio sanitario.

Il fatto stesso di sapere di non essere soli ad affrontare le difficoltà legate alla malattia incoraggia l'anziano anche a cambiare abitudini. Si è notato che l'attivazione dell'infermiere di famiglia mantiene o migliora l'indice di Badl e Iadl (vedi tab. 3 – attività 2.1). L'infermiere diventa una persona con cui potersi confrontare anche su altri problemi (23/28 famiglie nel primo anno e 20/28 nel secondo hanno contattato spontaneamente l'infermiera).

L'esperienza fatta ha però reso anche evidente come l'impostazione della nostra sanità sia ancora fondata sulla cura del danno e non sulla prevenzione, con una difficoltà nel raccordo tra ospedali e territorio. Si è riscontrata una difficoltà culturale in molti medici di famiglia e servizi delle aziende sanitarie che non colgono la possibilità di avere una risorsa flessibile che attua un welfare di vicinanza. La figura professionale dell'infermiere di famiglia, pur ritenuta interessante dai medici di base, nella routine non è ancora compresa come risorsa efficace da attivare nelle situazioni più a rischio a supporto nella cura dei loro pazienti.

Welfare di prossimità e Welfare Generativo - L'impatto sulla comunità di riferimento

Il coinvolgimento di farmacie, negozianti o abitanti del quartiere sensibilizzati per la segnalazione di persone in difficoltà – le cosiddette «sentinelle» – è stato significativo così come l'impegno dei volontari con mansioni e professionalità anche molto diverse. Sono state attivate 46 sentinelle e 15 sentinelle di condominio. La «restituzione» da parte di alcuni beneficiari dell'aiuto ricevuto attraverso azioni a favore della comunità (aiuto ad altri anziani più fragili, partecipazione a gesti di solidarietà - Colletta nazionale del Banco Alimentare e del Banco Farmaceutico), permettono inoltre di affermare che il progetto ha contribuito alla crescita della comunità anche in termini di welfare generativo (Fondazione Zancan, 2012).

I volontari attivi nel progetto sono stati 69 nel primo anno e 85 nel secondo anno, per un totale di circa seimila ore, considerando tra i volontari anche le persone che hanno dato la disponibilità a diventare «sentinelle». La maggior parte dei volontari dei partner sono persone già attive all'interno degli enti, sia giovani che pensionati e hanno contribuito alla realizzazione delle attività con modalità differenti, alcuni dando un contributo professionale (medici, esperto in comunicazione, gestione dei progetti e amministrazione, ...) altri realizzando interventi a domicilio di compagnia o piccole commissioni, gli accompagnamenti sanitari o contribuendo alla attuazione delle attività aggregative.

La prossimità vissuta con le persone seguite e il rafforzamento dei legami sociali si è reso evidente nell'ultimo mese di realizzazione del progetto, che è coinciso con l'emergenza sanitaria per la pandemia da Covid-19. È stato possibile mantenere attivo il progetto rimodulando alcune azioni in attività di monitoraggio telefonico alle persone incontrate nel corso delle due annualità, offrendo compagnia e supporto e, dove necessario, intervenendo a domicilio per le

cure assistenziali o sanitarie o per il sostegno nel reperire beni di prima necessità.

Il radicamento degli enti partner nel territorio e la prossimità alla popolazione con la presenza di punti di facile accesso per portare le proprie richieste di sostegno ha permesso di raggiungere in modo più capillare le situazioni a rischio incontrando il bisogno non tanto attraverso i canali «ufficiali» (medici, servizi sociali), ma tramite la conoscenza personale, il passaparola e l'accesso diretto. La territorialità degli enti si è dimostrata inoltre un primo elemento fondamentale per la ricostruzione del tessuto sociale in quanto ha permesso di porsi come punto di riferimento per le persone e rendere più immediata ed efficace la sensibilizzazione della comunità. L'attivazione di sentinelle, ad esempio, è stata favorita dalla pregressa conoscenza dei servizi offerti dagli enti da parte delle farmacie e dei negozianti.

La Rete: la ricaduta sugli ETS partner

La partecipazione al progetto è stata per tutte le realtà un'opportunità importante di apprendimento e sviluppo. La collaborazione e il confronto all'interno del partenariato, la formazione ricevuta in fase di progettazione e nelle fasi successive, la richiesta della valutazione dell'impatto sui beneficiari e su tutta la comunità, sono stati uno stimolo importante di riflessione sia interna alle singole realtà che comune per il lavoro condiviso. È emerso in modo evidente come la partecipazione a questo tipo di bandi, che coinvolgono partenariati ampi e una varietà di risorse impiegate, implica la disponibilità di competenze specifiche e un'organizzazione stabile.

Durante il lavoro è risultato evidente che il lavoro in rete non è un requisito formale per poter accedere ai finanziamenti, ma una modalità con la quale ci si prende cura della persona nella sua interezza. Infatti, il bisogno ha tante sfaccettature: ogni componente della rete risponde a bisogni diversi cosicché la risposta della rete è una risposta

olistica. Inoltre è emersa l'importanza della disponibilità al confronto all'interno della rete per condividere obiettivi, lettura dei bisogni e dei risultati ottenuti, solo in questo modo la valutazione diventa realmente un processo partecipato che accresce la consapevolezza e la competenza di tutte le persone coinvolte.

b. Idealità, un giudizio di valore

La valutazione è uno strumento di conoscenza, non è lo scopo del progetto. Valutare un'azione, un'attività, un progetto significa fermarsi a giudicare quello che si sta facendo avvalendosi di strumenti e metodi. Ne consegue che la valutazione è come una torcia che fa vedere quello che c'è, ciò che sta crescendo e infine quello che manca. In sintesi, ecco i punti ideali illuminati.

Valore della persona

Punto centrale nell'approccio al bisogno è lo sguardo di stima che parte dall'affermazione del valore irriducibile della persona e l'alleanza con le risorse esistenti in ognuno, anche quando sono poche e fragili, contando sul fatto che il positivo, per impercettibile che sia, quando riconosciuto e valorizzato, tende ad allargarsi osmoticamente investendo con il tempo i diversi aspetti della vita. Operando a partire da un particolare è possibile nel tempo un lavoro di cura e sostegno di tutta la persona e della famiglia stessa.

Il lavoro degli operatori permette la ricostruzione di un tessuto umano più solidale partendo dalla certezza che esiste un ineliminabile punto di consistenza del sociale costituito da legami generativi, cioè da quelle relazioni che attribuiscono senso e sostanza al vivere.

Approccio olistico al bisogno

Si affronta il bisogno incontrato con un approccio olistico che comprende cioè nella cura l'aspetto fisico, psicologico, relazionale, spirituale della persona; questo rende

l'intervento più efficace perché permette di accogliere, sostenere e indirizzare le persone più fragili che rischierebbero di rinunciare o non riuscire ad accedere alle cure.

«Guarire qualche volta, curare spesso, prendersi cura sempre»

Fondamentale è l'aspetto della relazione riconosciuta come bisogno vitale, cioè costitutivo del vivere personale e sociale. Le relazioni sono immateriali, non si vedono ma si vede ciò che generano: quando vengono meno se ne coglie fattivamente l'importanza nella vita quotidiana e nei processi di attribuzione di senso. Le persone, in particolare gli anziani, quando perdono le loro relazioni familiari o sociali, accompagnate anche da una maggiore fragilità fisica e psichica, diventano più «povere», deprivate; sono più esposte alla vulnerabilità. Gli anziani soli rischiano di perdere il significato del vivere, chiudendosi in se stessi e nei loro problemi. Allo stesso tempo, dove è presente una rete parentale, il decadimento dello stato di salute della persona cara, rappresenta una prova che da soli risulta difficile affrontare, genera ansia, senso di impotenza, di solitudine e a volte porta all'isolamento.

Fondamentale diventa quindi non solo curare ma «prendersi cura» non solo dell'anziano ma anche dei caregiver che, nel rapporto di fiducia che si instaura con l'operatore, sentendosi ascoltati e accompagnati riescono ad affrontare con maggior positività e iniziativa la malattia dei propri cari.

Conclusioni generali e prospettive di sviluppo

La metodologia operativa del progetto parte dal fatto che la lettura e la conseguente risposta al bisogno deve necessariamente scaturire dalla conoscenza della realtà in cui si è inseriti e da una disponibilità ad agire adeguandosi alla modalità con cui il bisogno si presenta o si modifica.

Questa modalità, come abbiamo potuto sperimentare, ha un impatto positivo sulla comunità e sulle fasce deboli, permettendo il miglioramento delle condizioni delle persone a cui si rivolge.

La realizzazione del progetto, come si evince dai dati, ha sicuramente inciso sul territorio con risultati positivi in termini di welfare generativo e di responsabilizzazione del quartiere, visto per esempio il coinvolgimento delle sentinelle e dei volontari che hanno attivato un passaparola e un sostegno semplice ma capillare alle persone più fragili.

Con l'avanzamento del progetto è emerso sempre più come esso si sia posto come intervento sussidiario alla pubblica istituzione con interventi di assistenza domiciliare, di promozione della salute e di prevenzione che integrano i servizi pubblici e che intervengono in modo tempestivo e non burocratizzato. Esso ha inoltre compreso ambiti di assistenza (ascolto, visite di cortesia, compilazione pratiche, tempo dato alla relazione ecc.) a destinatari che l'istituzione pubblica non riesce a raggiungere per la sua peculiare organizzazione e il suo compito specifico. In particolare, il facilitare il contatto tra persone e l'ente pubblico sostenendo l'orientamento e l'accompagnamento ai servizi, l'approccio agli strumenti di accesso permette di accogliere, sostenere e indirizzare le persone più fragili che a causa delle difficoltà rischierebbero di rinunciare alle cure.

La sistematizzazione dei percorsi implica un cambiamento culturale nelle modalità di lavoro e pertanto richiede del tempo. Il progetto, perciò, non ha avuto la pretesa di rispondere a tutto il bisogno emergente, d'altronde non avrebbe potuto, ma di avviare dei processi che favoriscano nel lungo periodo buone prassi messe a sistema e fenomeni di emulazione che permettano una risposta più efficace e puntuale.

Nello svolgimento delle due annualità del progetto è emerso come sia riconosciuta utile da alcuni operatori del pubblico la presenza di realtà più prossime al bisogno

delle persone e il partenariato sia con l'Asl che con il Comune di Torino attraverso i servizi operanti nel nostro distretto, ha favorito la possibilità di mettere a tema queste problematiche. Nel periodo della pandemia e nella fase di ricostruzione appena iniziata, la possibilità di «presidi» e figure di prossimità sul territorio si è rivelata fondamentale per il sostegno di tutte le cronicità e il monitoraggio delle situazioni più a rischio, in un momento in cui il servizio pubblico era, giustamente, dedicato all'affrontare l'emergenza sanitaria da Covid-19.

Il lavoro per il progetto «Insieme si può!», ha evidenziato inoltre la necessità della valutazione che deve essere messa a sistema e poter essere replicabile. Si può dire in sintesi che attraverso il progetto si è appreso un metodo che ci ha spinti verso una consapevolezza maggiore della valutazione come strumento di conoscenza e apprendimento focalizzata ad una miglior risposta ai bisogni delle persone prese in cura, ma anche con ricadute sul territorio e sui soggetti coinvolti. È stato un approccio iniziale, senza la pretesa di una scientificità o di rispondere a tutto il bisogno incontrato, che però ha avviato un percorso.

Questo ha reso anche consapevoli della necessità per gli enti del terzo settore di dotarsi di una struttura organizzativa stabile e di competenze specifiche; il valore della sperimentazione effettuata dal Cammino e dal Portico 89 è stato proprio quello di verificare l'adeguatezza di alcuni strumenti per la valutazione delle condizioni degli anziani e di inserirli nella cartella sanitaria o assistenziale degli enti.

Tutto è misurabile?

Infine, ci siamo posti la domanda: Tutto è misurabile? Bastano le dimensioni utilizzate per valutare le condizioni degli anziani e il successo degli interventi?

La domanda è nata dalla riflessione circa il fatto che in alcuni pazienti, pur non avendo avuto miglioramenti di salute, è stato possibile osservare una maggiore serenità nel vivere o addirittura nel morire. Il so-

stegno ricevuto e la relazione con gli operatori hanno consentito a queste persone di riprendere speranza, dignità e coscienza dell'appartenenza alla comunità e a volte anche dell'aiuto che possono offrire.

Sono misurabili questi cambiamenti ovvero per misurare anche questi accadimenti occorre pensare degli indicatori appositi, degli indicatori qualitativi? Che ricadute hanno questi cambiamenti nella valutazione del successo o dell'insuccesso di un intervento?

Lasciamo aperto questo punto di lavoro per continuare nel percorso di sviluppo e approfondimento della valutazione.

SUMMARY

The Call for Proposals «InTreCCCi 2017», funded by the Compagnia di San Paolo supported 11 projects located in different areas of Piedmont and Liguria. The call promoted a cultural and social concept of home care, focusing on the quality of life and the quality of relationships for the person, the caregiver and the family; innovative solutions for taking care of elderly or disabled people; an approach based on prevention in dealing with «frailty»; and the implementation of a system of local resources to support home care. The Association leading the project «Insieme si può! » (Together we can) deepened the results obtained in the two years and reflected on the changes that the evaluation action brought to the whole process.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Fondazione Emanuela Zancan (2012), *Vincere la povertà con un welfare generativo. La lotta alla povertà. Rapporto 2012*, Bologna, Il Mulino.
- Katz S. e altri (1963), *Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardised measure of biological and psychological function*, in «Jama», 185, p. 94.
- Katz S. (1983), *Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility and instrumental activities of daily living*, in «JAGS», 31(12), pp. 721-726.
- Lawton M.P., Brody E.M. (1969), *Assessment of the older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*, in «Gerontologist», 9, pp. 179-186.
- Pfeiffer E. (1975), *A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients*, in «Journal of American Geriatrics Society», 23, pp. 433-41.
- Vecchiato T., Bezze M., Canali C., Neve E. e Pompei, A. (2009), *La valutazione dei soggetti e delle risorse nello spazio di vita*, in «Studi Zancan», 6, pp. 95-109.

Dove va il volontariato? Istituzioni, società civile, comunità solidale: insieme per uno stato sociale

Sintesi dei risultati dei seminari di ricerca sul volontariato svolti in collaborazione con la Caritas Italiana (18-19/12/95 e 2/4/96). Ai seminari hanno partecipato: Massimo Campedelli, Rosanna Caselli, Antonio Cecconi, Vodia Cremoncini, Paola Dal Dosso, Elvio Damoli, Erminio Ermini, Antonino Iachino, Giovanni Paolo Manganuzzi, Maria Eletta Martini, Antonio Mastantuono, Enrico Messori, Pietro Modafferi, Giovanni Nervo, Giulia Oteri, Giacomo Panizza, Giuseppe Pasini, Patrizio Petrucci, Dino Pistolato, Angelo Poli, Roberto Rambaldi, Mauro Stabellini, Stefano Tabò, Luciano Tavazza, Tiziano Vecchiato. I lavori sono stati coordinati da Giovanni Nervo.

Per rispondere alla domanda «dove va il volontariato» è necessario capire in quale società e in quale Stato ambientare un sistema di relazioni e di responsabilità produttive di solidarietà sociale.

Già agli inizi degli anni '80, il documento

ecclesiale «La Chiesa italiana e le prospettive del Paese» denunciava la deriva di un consumismo capace di fiaccare un po' tutti. Oggi non possiamo che prendere atto di questa generale debolezza: la società vive il consumismo come un disvalore dominante, che si è tradotto e si traduce in prassi e



stili di vita che hanno impedito e impediscono alla radice di ritrovare il significato della ricerca del bene comune, che rendono passiva la società civile, che quasi spontaneamente spingono a coltivare interessi di parte.

Lo Stato sociale prefigurato dalla nostra Costituzione è nato invece dall'esigenza di promuovere l'incontro fra diritti e doveri sociali espressi da soggettività diverse: istituzionali (articolate ai diversi livelli), di mercato, e intermedie, caratterizzate cioè nelle diverse forme della partecipazione sociale.

Nell'esperienza questa prospettiva ha trovato espressioni diverse. In parte esse hanno assecondato una concezione di Stato liberale (impegnato a garantire gli interessi e le libertà individuali) e in parte hanno fatto propria una concezione statalistica, che ha privilegiato una gestione centralizzata delle politiche e dei servizi.

In entrambe le prospettive si è persa di vista la logica comunitaria delineata dalla Costituzione. Essa fa dell'incontro fra soggetti diversi una condizione e una strategia per condividere responsabilizzazioni, per aggregare risorse, per realizzare politiche sociali radicate nel territorio, cioè a partire dalle comunità locali.

Le mancate realizzazioni di questa prospettiva (a livello centrale e regionale) hanno incrementato la presenza istituzionale in diversi settori, nell'esercizio delle funzioni politiche, ma anche nella gestione diretta dei servizi.

È oggi urgente passare dalla cultura dello Stato padrone a quella dello Stato comunità; dalla politica dello Stato accentratore a quella dello Stato che promuove un forte pluralismo di autonomie private e pubbliche e di responsabilità solidali.

Uno Stato quindi più leggero e più forte nelle funzioni di programmazione e controllo, nelle funzioni di tutela dei diritti sociali delle persone a partire dal livello locale e da chi vive nel territorio, rendendo più efficaci i meccanismi di decisione, assicurando governabilità, incrementando i livelli e gli strumenti di partecipazione, ricono-

scendo agli enti locali e alle Regioni le responsabilità loro proprie, nel rappresentare gli interessi dei cittadini e delle comunità locali, e dotandoli degli strumenti finanziari adeguati. In questa prospettiva, la sussidiarietà diventa una strategia politica per promuovere sviluppo: delle persone, delle comunità locali, delle imprese, della società.

Va quindi evitato il rischio di intendere la sussidiarietà come abdicazione delle istituzioni a parti «solidaristiche» della società, riducendole a fare beneficenza e a mascherare le contraddizioni.

La concezione di Stato sociale, come sopra delineata, chiede invece un incremento di sussidiarietà, cioè di responsabilizzazioni a partire dal livello locale. Non sempre tuttavia la sussidiarietà viene intesa nella direzione di promuovere l'incontro su scala locale fra soggetti istituzionali e sociali, per costruire beni pubblici, beni comuni, fruibili su scala comunitaria.

La sussidiarietà non va cioè confusa con la logica dello scambio interessato o con l'organizzazione localistica degli egoismi. Si esprime meglio dove c'è alta intensità di relazioni, impegno etico, reciprocità.

L'incontro di responsabilità è condizione necessaria per produrre socialità, benessere per gli individui, riproduzione dei diritti e dei doveri nei rapporti di comunità. In questo quadro crescono le possibilità concrete di cittadinanza non solo su scala individuale, ma anche e soprattutto su scala plurale.

Dal punto di vista delle persone, soprattutto quelle più deboli, questo rimanda ad un sistema di garanzie necessarie per far fronte ai loro bisogni e diritti fondamentali. Esse, ad esempio, trovano espressione nella realizzazione dei servizi essenziali di assistenza sanitaria e sociale, inerenti la prevenzione, la promozione della salute, la cura della vita.

La presenza politica del volontariato ha quindi bisogno di agire in stretto rapporto con chi esercita funzioni pubbliche nel definire le modalità di realizzazione dei servizi e le forme di accesso.

Perché ci poniamo la domanda «Dove va il volontariato?»

Negli ultimi 20 anni, da quando negli anni '70 è apparso sulla scena sociale il nuovo volontariato e da quando negli anni '80 il fenomeno è esploso in modo inatteso, la società italiana è profondamente cambiata.

1. Crisi dello Stato sociale. Lo Stato non riesce più a garantire i servizi fondamentali eguali per tutti i cittadini a causa dell'aumento dei costi e della diminuzione delle risorse.

Sulla crisi hanno influito da una parte un'interpretazione statalista dello Stato sociale che non ha facilitato lo sviluppo e la valorizzazione di tutte le risorse anche libere e spontanee della società. e dall'altra l'insufficiente adempimento degli inderogabili doveri di solidarietà politica, economica e sociale, a cominciare dall'evasione fiscale.

2. Di fronte alla crisi dello Stato sociale sta sviluppandosi una tendenza ad affidare l'attuazione della solidarietà verso i soggetti deboli al solo sviluppo economico che la garantirebbe attraverso i meccanismi concorrenziali del mercato, alla libera e spontanea (e perciò discrezionale) solidarietà dei cittadini e alla rete di solidarietà delle associazioni di volontariato. Ciò mette in discussione la garanzia del riconoscimento e della tutela degli inviolabili diritti dell'uomo (art. 2 Costituzione) e dell'eguale dignità dei cittadini (art. 3).

3. Si assiste poi da qualche anno a un'accresciuta attenzione del mondo economico, sia industriale che finanziario, per il volontariato, che può costituire certamente un frutto prezioso del volontariato stesso, ma che suscita in qualcuno la preoccupazione che il volontariato venga considerato e utilizzato come un utile armonizzatore sociale delle inevitabili tensioni sociali che nascono da un accentuato liberismo economico che fa crescere sempre di più le distanze fra ricchi e poveri come dimostrano tutte le statistiche degli ultimi anni (ad esempio, da una parte i dati forniti dalla Commissione nazionale sulla povertà e dall'altra il Bollettino statistico della Banca d'Italia).

4. Dall'approvazione della legge 266/91 le associazioni di volontariato stanno sperimentando la pesantezza burocratica della sua attuazione e il pericolo che di fatto vengano sacrificate due dimensioni originali ed essenziali del volontariato, cioè la funzione anticipatrice e il ruolo politico di stimolo e di controllo di base delle istituzioni e delle politiche sociali a tutela dei soggetti deboli.

5. In questo contesto abbastanza caotico e contraddittorio sta venendo avanti nella società la prospettiva di un nuovo modello di stato sociale basato su tre pilastri: stato, mercato, terzo settore (associazionismo sociale, volontariato, cooperazione sociale, istituzioni non profit, fondazioni) di pari dignità in libero e dialettico rapporto fra di loro, tutte e tre indispensabili per garantire il bene comune.

La prospettiva che appare suggestiva non manca di problematicità perché, di fatto, in questo momento dei tre pilastri il più forte è il mercato e tende a prevalere: il più debole è il terzo settore esposto al pericolo della marginalità e della strumentalizzazione: lo Stato a livello centrale è fortemente in elisi e a livello locale manca di risorse per poter operare efficacemente. Le normative in discussione in Parlamento, per il potenziamento del terzo settore trovano anche pareri discordi e preoccupazioni nel mondo del volontariato.

In questa situazione problematica la Caritas italiana che fin dall'inizio ha considerato con particolare attenzione il fenomeno del nuovo volontariato e ne ha promosso e favorito lo sviluppo rispettandone l'autonomia e la Fondazione E. Zancan che lo ha sempre seguito con lo studio e la ricerca come una delle punte avanzate del cambiamento sociale, hanno promosso insieme una riflessione approfondita, con la collaborazione di un gruppo di esperti e presentano in questo documento il risultato provvisorio della loro ricerca nella fiducia che anche altri e in altre sedi proseguano criticamente la riflessione per dare una risposta anche più ricca e più completa alle domande che ci siamo posti e che hanno guidato il nostro lavoro.

Giovanni Nervo



Ruoli e funzioni dei diversi soggetti

L'incontro fra soggettività istituzionali e sociali nasce da una chiarezza dei ruoli e delle funzioni reciproche.

La titolarità istituzionale si esprime attraverso la selezione delle priorità, la programmazione, l'attribuzione delle risorse, la verifica, dando cioè piena espressione alle funzioni di rappresentanza degli interessi delle persone e delle comunità locali. Le funzioni istituzionali non vanno perciò confuse con quelle gestionali e con le scelte operative, che danno espressione concreta (efficiente ed efficace) alle scelte politiche.

Se da una parte quindi non va messa in discussione la titolarità pubblica per non favorire interessi particolari di singole parti in gioco, vanno invece selezionate le forme di gestione (a cura diretta dell'ente pubblico, in forma delegata in forme complementari ...) idonee per garantire ai servizi economicità, qualità ed efficacia e quindi esigibilità dei diritti fondamentali.

Nello Stato sociale così prefigurato, gli apporti dei diversi soggetti possono essere di diversa natura:

- di lettura dei bisogni della comunità;
- di collaborazione alla programmazione, cioè alla selezione delle priorità;
- di utilizzo produttivo delle risorse (patrimoniali, motivazionali, di competenza, di intenzionalità ...);
- di attuazione dei programmi di intervento.

Lo specifico del volontariato: né «non profit», né «terzo sistema»

Fra i soggetti che partecipano a questo incontro, negli ultimi anni è emerso sempre più il volontariato, spesso identificato *tout court* con il terzo sistema e con il non profit.

Per chiarezza di identità, tali termini vanno precisati in riferimento ai soggetti e ai ruoli:

- «non profit» è da riferirsi ai soggetti istituzionali, sociali, imprenditoriali, che

operano senza fini di lucro;

- «terzo sistema» è quella parte del non profit che - con autonome iniziative - svolge attività imprenditoriali, di servizio, culturali ecc., attraverso forme di partecipazione sociale;

- il volontariato si distingue da entrambe, per la sua specifica «gratuità», che esclude ogni forma di beneficio, economico e non economico, anche indiretto.

Non sempre sono chiari i ruoli e la forza effettiva dei volontari che operano nelle stesse strutture del terzo sistema, nelle cooperative sociali ecc., per cui questa distinzione del volontariato dal terzo sistema richiederà ulteriori approfondimenti.

Si tratta quindi di capire come si colloca il volontariato rispetto alle tendenze attuali in tema di politiche sociali ed economiche per la tutela dei soggetti deboli.

Alcuni rischi sono evidenti da tempo. Sono tutti riconducibili ai tentativi di normalizzare il volontariato e di strumentalizzarlo. Il dibattito sui centri di servizio ne è un esempio, soprattutto se passeranno ipotesi che sacrificano l'autonoma capacità di proposta dei gruppi, la loro visibilità, la loro vitalità, a vantaggio delle organizzazioni più strutturate o di centri di poteri esterni al volontariato.

C'è il rischio di una eccessiva tendenza delle istituzioni a «regolarizzare» il volontariato, a registrarlo, a metterlo in competizione, assecondando rapporti preferenziali e di comodo, finendo cioè per limitare l'autonomia e le possibilità di presenza critica.

I problemi attuali del volontariato non sono riconoscibili solo nei tentativi di influenzarlo. Le difficoltà vengono anche da altri fronti, esterni e interni.

L'eccessiva preoccupazione di valorizzare il volontariato, frequente ad esempio nella cooperazione sociale, segnala punti di crisi, che andrebbero attentamente considerati. Se c'è bisogno di volontariato per farne un valore aggiunto da mettere sul tavolo delle negoziazioni, il volontariato finisce per essere oggetto di uno scambio funzionale ad altri obiettivi.

Questo rischio è evidente quando istituzioni, imprese, soggetti di terzo sistema sono in difficoltà, non sono capaci di scelte autonome, hanno bisogno di nuove legittimazioni. Per questo alcuni di essi ricorrono a scorciatoie ritenute remunerative in termini di immagine, di accreditamento e di legittimazione sociale.

Bisogna invece evitare l'utilizzo strumentale del volontariato per ridurre la conflittualità, la turbolenza, le disfunzioni delle imprese profit e non profit. Bisogna contrastare le strategie che vogliono delegittimare lo stato sociale, per consegnare alla libera competizione del mercato la tutela dei diritti delle persone. Bisogna evitare che soggetti di terzo sistema sfruttino le disfunzioni delle pubbliche amministrazioni, per assecondare un mercato poco trasparente, assistenzialistico, che finisce per abbassare la qualità dei servizi e l'esigibilità dei diritti.

La funzione sociale e politica del volontariato si esprime più efficacemente in alcune scelte culturali e pedagogiche capaci cioè di tradursi in coscienza critica della società nel suo insieme e in stili di vita solidali, nell'impegno di testimonianza, che mette radici nel servizio e fruttifica nella rappresentanza politica degli interessi esclusi.

La costruzione di una società solidale ha cioè bisogno di anticipazione e di segni esemplari, che traducano nei comportamenti, nelle scelte, nei rapporti quotidiani l'incontro fra diritti e doveri sociali.

I volontariati spesso sono una proposta preziosa per sperimentarsi nell'azione culturale e politica, nel lavoro di servizio, nella cittadinanza solidale. È però necessario garantire che tutto questo avvenga e si consolidi per il bene comune e per costruire maggiore giustizia sociale.

Non sempre tuttavia il volontariato è maturo e capace di esprimere una propria presenza, critica e propositiva nei rapporti con le istituzioni, con i soggetti sociali, con gli stessi soggetti di terzo sistema.

La cultura della solidarietà è una premessa necessaria, ma ha bisogno di tradursi in prassi positive, capaci di distinguere le re-

sponsabilità, di farle collaborare evitando le deleghe e le presunzioni di autosufficienza.

In questa prospettiva le molte istanze di partecipazione possono aprirsi a soluzioni nuove e più efficaci per investire in convivenza democratica, cioè solidale, a partire dai più deboli, cioè a vantaggio di tutti. In questo si gioca il molo politico del volontariato: una forza che promuove cultura democratica, basata sui diritti e i doveri di solidarietà.

Ruolo e azione del volontariato

Un volontariato così configurato è chiamato a svolgere funzioni specifiche, politiche e di servizio, che si esprimono in:

- partecipazione alla funzione pubblica di promuovere gli interessi della comunità locale;
- partecipazione organizzata alla vita delle amministrazioni locali;
- collaborazione alla lettura dei bisogni;
- rappresentanza delle istanze delle persone, soprattutto nei casi in cui esse non trovano adeguata espressione;
- tutela delle persone escluse dalle pari opportunità, perché incapaci di far valere i loro diritti o di organizzare la rappresentanza dei loro interessi.

Nelle azioni di servizio il volontariato produce utilità sociali, che legittimano e rendono meglio visibile la sua presenza politica. Questo tuttavia non significa che l'azione del volontariato debba esaurirsi nelle attività di servizio diretto.

Anzi quand'è così, esso rischia di chiudersi, di diventare funzionale al disimpegno delle istituzioni o di singoli servizi, che sarebbero invece chiamati a dare risposte ai bisogni fondamentali delle persone.

Cosa è chiesto al volontariato?

Perché possa dare i suoi frutti migliori è necessario che il volontariato abbia piena consapevolezza delle sue funzioni, sappia e voglia effettivamente assumerle, e sia messo in condizione di poterlo fare.



Non si può però delegare ad altri ciò che attiene al proprio ruolo, che per il volontariato oggi significa soprattutto:

a. *Riflettere e approfondire*

– Sviluppando una riflessione sull'identità e sul ruolo del volontariato nel contingente (per individuare quali posizioni assumere e quali alleanze scegliere);

– maturando una propria coscienza di essere volontariato («non solo cosa fare, ma cosa pensare, progettare, promuovere»);

– arrivando a riconoscere i propri limiti e debolezze, e i pericoli cui si è esposti, superando, ad esempio, la tendenza ad «elemosinare» sussidi e contributi pubblici; ritrovando, invece, slancio e capacità di partecipazione soprattutto con i propri mezzi e le proprie risorse, avendo presente il rischio che «il volontariato parassita è già cadavere».

b. *Sviluppare la creatività e la professionalità*

– Nella creatività si gioca molto del nostro futuro; perciò al volontariato è chiesta oggi più che mai capacità di prefigurare soluzioni: non in modo predefinito, ma dialettico;

– la capacità propositiva si può sviluppare lavorando su proposte concrete (politiche ed economiche) nella micro e nella macro situazione, anche in applicazione alla normativa vigente (es. gli interventi sulla finanziaria; la riforma sanitaria...);

– tale creatività va fatta emergere soprattutto in rapporto alle situazioni nuove, facendo dell'ascolto uno strumento, non una modalità fine a sé stessa.

c. *Impegno socio-culturale*

L'emarginazione dei poveri è spesso un prodotto di atteggiamenti culturali presenti in modo diffuso tra la gente. La maggioranza della popolazione ha interiorizzato anche pseudo-valori, efficientismo, giovanilismo, mito della forza, del denaro, ecc., sulla base dei quali assume, nei confronti dei poveri, degli anziani, degli handicappati, dei «diversi» ecc., atteggiamenti di rifiu-

to, di svalutazione, di discriminazione, che spesso sono più pesanti, agli effetti della emarginazione, delle stesse carenze strutturali, politiche e legislative.

Se l'obiettivo del volontariato è la costruzione di una società, realizzata con i criteri di uguaglianza, giustizia, solidarietà, bene comune..., attraverso una scelta preferenziale dei poveri, questo non può essere raggiunto senza che il volontariato e le altre forze della solidarietà si pongano come coscienza critica non solo delle istituzioni pubbliche ma anche della società nel suo insieme.

d. *Impegno politico*

Vi è oggi il rischio dell'appiattimento del ruolo politico del volontariato, soprattutto se continua la separazione tra funzioni di rappresentanza politica in sede centrale e funzioni di servizio in sede locale. Il rischio si aggrava se si riduce il ruolo politico al solo rapporto con le istituzioni. Mentre, invece, il volontariato (non necessariamente ogni volontario) deve essere propositivo e professionale anche in senso politico. Tale impegno si sviluppa diventando stimolo alle istituzioni e alla società, con funzioni di sollecitazione, denuncia e proposta, nei momenti in cui vengono definite le scelte di politica sociale.

In particolare, una funzione che il volontariato può svolgere è quella di riproporre la partecipazione e i suoi strumenti, come «luoghi» privilegiati per «fare politica», avendo a cuore i rapporti con la società civile, contribuendo a organizzare consenso politico per il servizio e la tutela dei soggetti deboli. Già, di fatto, in questi anni, buona parte del volontariato ha realizzato alcune esperienze di partecipazione popolare tra le più genuine espresse attraverso la corresponsabilità e l'azione nel territorio.

e. *Livello di intervento*

In un momento storico e culturale in cui lo sviluppo economico tende ad essere determinante, è necessario e strategico difendere spazio e diritto di cittadinanza al

volontariato «povero» e gratuito. Se il volontariato vuol porsi come coscienza anche critica nei confronti delle istituzioni e dello stesso terzo settore, deve essere libero da condizionamenti economici.

Per affrontare la situazione in modo adeguato ed incisivo è opportuno intervenire a diversi livelli, privilegiando le forme collaborative e i progetti comuni dei diversi volontariati, collaborazioni che, tra l'altro, favoriscono aiuto reciproco.

Volontariato e impresa

Attualmente i punti di incontro tra volontariato e impresa sono ancora marginali. Per ora si tratta di prospettive, fondate più su intuizioni che su esperienze consolidate. Molti ritengono che sia una «scommessa» da prendere in seria considerazione, anche se rimane la domanda del «come» può avvenire e crescere un rapporto positivo tra volontariato e impresa. In un contesto che vede cambiare radicalmente il senso e il mondo del lavoro, va precisato cosa si intende per «impresa», sia dal punto di vista della dimensione (c'è diversità tra impresa familiare e impresa multinazionale; così pure per ciò che riguarda la «dimensione sociale»: il rapporto con un'impresa privata ha caratteristiche parzialmente diverse da quello con l'impresa pubblica), sia dal punto di vista del «senso di appartenenza» che, ad esempio, contraddistingue lo sviluppo del lavoro autonomo. In ogni caso, due punti fermi sono:

– la condanna dello sfruttamento e della strumentalizzazione del volontariato a fini di immagine, che fa apparire il volontariato solo negli aspetti più superficiali;

– l'idea globale di sviluppo, perché a partire da questa «visione» si può valutare l'etica e la filosofia complessiva di un'azienda e si può cogliere se il volontariato che si rapporta con essa è forza di rinnovamento o di mistificazione.

La questione «volontariato e impresa» può essere vista all'interno di un percor-

so storico: dall'assistenza, alla prevenzione, all'inserimento, al recupero sociale, alla promozione umana, che vuol dire anche «lavoro», e quindi necessario confronto col mondo delle imprese.

Volontariato e questione lavoro

Un pericolo latente, denunciato soprattutto al Sud, è quello di legittimare il volontariato come «area di lavoro precario», quasi una porta che può far accedere a un lavoro stabile.

È vero che il volontariato è stato per molti giovani (ad esempio obiettori di coscienza) il crocevia per scelte professionali stabili, ma esso non va confuso con il «lavoro nero». Il volontariato promozionale spesso ha prodotto occupazione, favorendo lo sviluppo di attività autonome, diverse dal volontariato che le aveva generate. Altra cosa è, invece, il volontariato che meglio sarebbe definire come «precarariato», che è da configurarsi come sfruttamento di mano d'opera, anche se in certi casi, ad esempio, viene svolto in cooperative sociali.

Gli stessi organismi di volontariato che gestiscono servizi continuativi con «rimborsi» devono prendere coscienza che di fatto diventano impresa, con tutto quello che ne consegue anche dal punto di vista del diritto del lavoro.

Di fronte al problema della povertà sul quale pesa in modo determinante lo stato di disoccupazione, la risposta del volontariato non può che essere quella dell'attenzione alle politiche sociali, attraverso la promozione della partecipazione solidale. Come moltiplicatori positivi, si possono individuare per il volontariato alcune peculiarità.

In primo luogo il volontariato può e deve aiutare il pubblico nella definizione delle priorità, evitando benefici a pioggia. Inoltre esso è chiamato a una decisa azione di prevenzione: l'impegno per il lavoro, ad esempio, è prevenzione delle attività malavitose.

Un ulteriore aspetto riguarda il volontariato delle persone neo-pensionate, che possono vedere valorizzate le competenze



professionali accumulate in anni di servizio. Va guardato con interesse anche il cosiddetto «volontariato senior», soprattutto indirizzato ai Paesi in via di sviluppo, con la messa a disposizione da parte delle imprese di elenchi di persone competenti con le relative disponibilità. In questo contesto non mancano però alcuni rischi, come, ad esempio, il «vendere» come iniziativa di solidarietà quello che nei fatti è un «parcheggio» di pre-pensionamento per capacità non più utilizzabili dalle imprese.

Così come la legge 266 ha orientato il rapporto tra volontariato ed ente pubblico, è necessario regolamentare il rapporto tra volontariato e mercato, come si proponeva il disegno di legge Fantozzi-Zamagni.

Le preoccupazioni si concentrano su alcuni rischi: ad esempio, favorire l'intrupamento del volontariato nel terzo settore, e il disimpegno del settore pubblico nel sociale. In ogni caso, il silenzio su queste questioni, del mondo del volontariato è un rischio da evitare.

La formazione: un diritto-dovere per il volontariato

L'attuale fase sociale, caratterizzata dall'obiettivo dichiarato da molti di passare dallo Stato sociale allo Stato liberale, nel quale il riconoscimento e la garanzia dei diritti inviolabili dell'uomo sono affidati ai meccanismi concorrenziali del mercato e alla discrezionalità dei cittadini, induce il volontariato nella tentazione di lasciarsi mitizzare e strumentalizzare.

Per questo, non è fuori luogo porre la formazione del volontariato come uno dei pilastri per la chiarezza della sua identità e del suo ruolo. Formazione che sia anzitutto aiuto all'analisi e alla lettura del momento attuale, nei suoi diversi risvolti, come è evidenziato nella premessa al presente documento.

Quale formazione

In questo particolare momento culturale, in cui viene rifiutata ogni ideologizzazione e spesso privilegiata la sola azione, va ribadito che per il volontariato la formazione è una scelta prioritaria: senza formazione il volontariato perde identità ed incisività. Spendere in formazione è l'investimento migliore per crescere in competenza e autorevolezza senza chiudersi in posizioni di autoreferenzialità.

Quali priorità e strategie formative possono aiutare il volontariato ad essere una forza viva e propositiva?

a. Emerge anzitutto una preoccupazione: molte realtà di volontariato non sanno lavorare per progetti, non sanno lavorare insieme, per gruppi di lavoro, non sanno fare verifica: tre elementi essenziali che spesso mancano nell'esperienza, nell'abitudine e nella volontà.

Va riaffermata, perciò, la necessità di assicurare ai singoli volontari adeguate opportunità di formazione personale e di gruppo, in un'ottica globale (progettuale). Ciò significa che la stessa formazione va considerata come una fase di un progetto.

b. Il valore della formazione per progetti è assicurato dal significato stesso dell'impegno formativo: favorire processi vitali, sostenerli nei momenti di cambiamento, orientare le potenzialità, offrire strumenti efficaci per operare. Tale formazione si attua:

- avendo chiaro l'obiettivo: formare alle motivazioni è cosa diversa dalla formazione sulle competenze per l'intervento; e altro ancora è la formazione culturale e politica;
- individuando priorità, strategie, azioni che sostengano la selezione in base alle attitudini personali;
- prospettando un itinerario educativo, che coinvolga le persone, e che abbia chiari i livelli di intervento: formazione di base, formazione specifica di settore, formazione permanente;
- attuando verifiche sistematiche.

c. Le priorità che il momento presente evidenzia si possono distinguere in due ambiti: priorità di contenuti e priorità di metodo.

– I contenuti: tenendo presente i primi due punti di questo documento (l'analisi del momento storico e le richieste che vengono fatte al volontariato), pare prioritario rivitalizzare, soprattutto nei gruppi di base, la formazione motivazionale, che aiuti a rinvigorire – e a volte a far emergere – le motivazioni dell'essere e del fare volontariato; ad arricchire gli atteggiamenti di servizio vissuti nell'ordinarietà; a educare e a valorizzare tutti i rapporti; e nel contempo a saper prefigurare il «futuro», educando alla creatività (dentro percorsi psicosociali).

Accanto a questa formazione, che qualifica il volontariato come «una proposta per vivere una vita complessivamente migliore», non si può non tenere presenti alcune istanze – come la paura del presente, e la conseguente insicurezza, la diffusione dell'intolleranza, e la conseguente violenza – che spingono a una formazione che sappia aiutare il volontariato a essere «scuola» di comunicazione, di riconciliazione, di diffusione della solidarietà, di intermediazione, di risoluzione non violenta dei conflitti.

Una terza area di contenuti è quella socio-culturale, a partire dal servizio. I principali contenuti che la caratterizzano sono: sul versante professionale: l'attenzione all'altro e la disponibilità a qualificare il proprio servizio; sul versante sociale: la capacità di confronto, il miglioramento dei rapporti e delle strutture sociali, lo sforzo di conoscenza oggettiva del cambiamento della realtà sociale, la coscienza di un progetto.

Un'attenzione particolare va data alla formazione politica: una formazione che aiuti persone e gruppi a saper affrontare i problemi globali del territorio e della società in rapporto con le istituzioni. Tale formazione può far prendere coscienza delle possibilità offerte dalla legislazione (vd. es. la legge 142/90 per quanto riguarda la partecipazione) e offrire spunti e appro-

fondimenti sul ruolo di stimolo, di controllo (per esempio, sui bilanci) e di verifica (ad esempio, sul lavoro dei parlamentari del proprio collegio elettorale).

Una sottolineatura va oggi data alla formazione sui processi economici, nel senso più ampio. È difficile avviare processi di collaborazione col «profit» se non si è in grado di avere supporti che nascano dalla preparazione. Il risultato dovrà essere l'integrazione dei concetti di economia con la ricchezza del vissuto del volontariato. In ogni caso occorrerà avere la consapevolezza delle «dimensioni» delle due entità.

– Il metodo: da sempre il volontariato ha saputo valorizzare metodi diversi e complementari, che gli hanno permesso di estendere la formazione a tutti i livelli, e di qualificare sia la formazione di base, sia quella dell'inserimento dei «nuovi», sia quella dei quadri e dei responsabili. Una peculiarità che va mantenuta e sviluppata è la formazione in situazione, con verifica sul campo, capace di coinvolgere le persone nella dimensione dell'autoformazione.

Alcuni strumenti risultano più appropriati di altri: i seminari, che offrono più spazio e più tempo per assimilare e per comunicare; i «metodi attivi», più che la relazione accademica, capaci di coinvolgere e di far partecipare, oltre che far imparare a lavorare insieme.

Importante è verificare che i partecipanti ai corsi siano idonei (cercare di capire le motivazioni che spingono al volontariato e, perciò, quali sono i bisogni di formazione), e contemporaneamente scegliere i docenti adatti.

d. I destinatari: tutti i soggetti che operano nel volontariato si devono ritenere in stato di «formazione permanente».

Di volta in volta, secondo lo schema progettuale proposto, si potranno impostare percorsi formativi differenziati e/o complementari. Si potrà pensare a una formazione che sia incentrata sull'informazione e la sensibilizzazione, dove un ruolo rilevante lo possono avere i mass-media, in partico-



lare la stampa, per sensibilizzare l'opinione pubblica.

Ulteriori percorsi sono: il facilitare i «nuovi» nell'inserimento; la formazione di base, di tipo motivazionale o psicosociale; la formazione di secondo livello, per operatori che vogliono qualificare il proprio servizio e le conoscenze teorico-pratiche (in particolare, va prevista una formazione «professionale» sul settore in cui si opera); la formazione dei formatori, che ha un'altra finalità e chiede altri tipi di contenuti e di metodi. È comunque importante inserire tutto questo in un progetto globale.

e. Sarebbe ottimale che in ogni associazione fosse presente un gruppo formativo con il compito della progettazione, attuazione e verifica; e ci fossero piccoli gruppi di formazione a interesse specifico (è limitante e pericoloso improntare la formazione solo su problemi generali). Per questo è necessario operare alcune scelte strategiche:

- la formazione non deve essere appaltata (c'è chi forma, e c'è chi opera);

- in tal senso va promosso, oltre il professionismo della formazione, anche un volontariato della formazione;

- va alimentata l'autoformazione, che permette di tener conto della situazione;

- la formazione deve tendere a far maturare insieme operatori pubblici e privati per mettere in moto la prevenzione. Bisogna proporsi sempre più una formazione realizzata in maniera autonoma e in collaborazione con l'ente pubblico: entrambi ne trarrebbero beneficio anche solo nel «vedersi» in maniera diversa da come spesso sono abituati a pensarsi.

Il centro-servizi: uno strumento per la formazione

Sono molti gli organismi che si occupano della formazione del volontariato e che hanno accumulato in questi anni una esperienza ricca e significativa.

La legge 266, per incentivare e qualificare la formazione prevede l'instaurazione dei Centri di servizio, che dovrebbero essere avviati tra breve. Per l'avvio e l'attivazione di questi centri riteniamo di dover sottolineare i seguenti nodi e criteri:

- il Centro di servizio deve operare per la formazione e la promozione del volontariato così come definito dalla legge quadro nazionale;

- il suo servizio si rivolge direttamente alle organizzazioni e non ha il compito di gestire servizi alle persone né di finanziare le attività che i singoli gruppi di volontariato svolgono;

- la promozione del volontariato deve privilegiare le esigenze e le attese di tutto il volontariato e in particolare le realtà in stato nascente e non ancora consolidate;

- il Centro favorisce la conoscenza delle opportunità legislative e supporti i gruppi, qualora lo desiderino, negli adempimenti che la normativa prevede;

- nelle modalità di gestione occorre evitare che gli organismi più solidi e organizzati determinino la politica e le scelte del Centro stesso a loro beneficio;

- il volontariato deve essere parte attiva e determinante nella gestione dei Centri;

- va garantita, a livello nazionale e locale, la trasparenza degli atti amministrati vi che porteranno alla costituzione dei Centri e della loro conseguente attività, anche attraverso la pubblicazione dei bilanci;

- è necessario dare una puntuale e sistematica informazione sullo sviluppo dei Centri di servizio nel nostro Paese, ad esempio affidando a un'agenzia di stampa questo compito o comunque trovando soluzioni efficaci a questa esigenza;

- il volontariato deve crescere nella consapevolezza dell'importanza del fatto comunicativo e deve acquisire capacità e abitudini che gli consentano di essere adeguatamente presente: la telematica offre possibilità da non trascurare, a fronte di investimenti non proibitivi: nella comunicazione si gioca anche la democraticità delle strutture di volontariato e della gestione

pubblica;

– occorre che ci siano forme di perequazione tra le diverse Regioni d'Italia, così come previsto dall'art. 1 del decreto ministeriale;

– il Centro di servizio favorisca l'apertura a una dimensione nazionale, europea e internazionale del volontariato per una maggiore consapevolezza dell'interdipendenza e delle possibili integrazioni e collaborazioni;

– il Centro mantenga un respiro ampio anche nel suo servizio di supporto, nella lettura e nell'analisi dei bisogni e delle situazioni, servizio che deve essere favorito e incoraggiato in quanto, per sua natura, non corre il rischio di essere a esclusivo beneficio di una parte del volontariato.

Le reti informali di solidarietà: il volontariato dei piccoli gruppi

L'attuale fase di trasformazione sociale e politica fa emergere aspetti importanti da chiarire: il ruolo del volontariato (in particolare dei piccoli gruppi) come muterà con l'avanzare del processo di privatizzazione dei servizi sociali o almeno di gran parte della gestione?

Per questo motivo è importante dedicare un approfondimento alla realtà informale dei piccoli gruppi di volontariato, fenomeno rilevante sia quantitativamente che qualitativamente, forse sottostimato o poco considerato nelle diverse attività di studio, collegamento, promozione culturale, avendo chiaro che con il termine «reti informali» di solidarietà si intende anche il volontariato individuale e le relazioni dirette che esso sviluppa.

Le diverse sfaccettature del volontariato

a. La Fivol (Fondazione italiana per il volontariato) ha rilevato che circa il 60% dei gruppi di volontariato è iscritto ai registri regionali con la percentuale più alta al Sud. La realtà dei piccoli gruppi non necessaria-

mente coincide con il restante 40%; la non iscrizione non equivale automaticamente alla piccola dimensione, né a minore qualità del servizio, né a minore disponibilità al collegamento.

Va ribadito che il volontariato non è solo quello riconosciuto dalla legge 266; esiste una vasta gamma di realtà informali presenti su tutto il territorio nazionale che a pieno titolo sono volontariato. Anche se le istituzioni privilegiano il volontariato iscritto all'albo della legge 266/91, non va sottovalutata l'area fatta di «piccolo volontariato» che spesso interpreta in modo autentico la funzione di tutela e promozione sociale sul territorio.

b. Il fenomeno dei piccoli gruppi e delle reti informali di solidarietà, probabilmente è sotto considerato, a causa delle difficoltà di un rilevamento puntuale. Ciò che invece emerge sono i valori positivi presenti nei piccoli gruppi: spontaneità, aderenza al territorio, personalizzazione dei rapporti, agilità dei servizi resi, temporaneità, capacità di adattamento.

Dall'altra parte non se ne possono nascondere i limiti: campanilismo, malintesa libertà da tutto e da tutti, sfruttamento dei collegamenti se e quando fa comodo, minor «capacità contrattuale»...

c. Definire l'identità di questi gruppi è pressoché impossibile: in alcuni casi il piccolo gruppo è tale in quanto è tappa iniziale di una crescita; in altri casi si tratta di scelta o di dato strutturale. Ciò che invece va definito è il rapporto dei piccoli gruppi con le realtà di volontariato più strutturate e organizzate, avendo presenti alcune domande:

– c'è il rischio di sudditanza, condizionamenti, proselitismi?

– oppure c'è capacità di recepire e «accompagnare» le istanze dei piccoli gruppi, rispettandone l'originalità?

– c'è disponibilità a fornire supporto logistico, di strumentazione, formativo (anche favorendo autoformazione)? A tal



proposito i costituendi Centri di servizio dovranno occuparsi di tutti e recepire esigenze e contributi di tutti (ivi comprese le piccole realtà).

d. La scelta che andrà sempre più favorita dovrà essere la reciprocità:

– i piccoli gruppi possono offrire uno stimolo al volontariato più consolidato per una verifica del proprio fine ultimo e per il ringiovanimento delle attività; spesso le nuove leve del volontariato trovano nei piccoli gruppi la porta d'accesso privilegiata al volontariato. Per altro verso la ricchezza dei cammini più consolidati potrà facilitare i piccoli gruppi nella formazione, nell'organizzazione, nell'essere presenza politica ...

Per facilitare tale reciprocità, può essere opportuno l'avvio di laboratori, tavoli di lavoro tematici o di coordinamenti territoriali ...

– L'impegno è quello di favorire la crescita dei piccoli gruppi, con l'attenzione di rispettarne la libertà di scelta, ivi compresa la scelta di rapportarsi o meno con l'ente pubblico. Le modalità di rapporto con l'ente pubblico sono diverse: la convenzione è solo una di queste. I piccoli gruppi spesso utilizzano pure altre modalità di confronto, in particolare programmi comuni di sostegno alla comunità locale (servizi di orientamento...).

– Può essere utile l'incontro a livello nazionale (che dia ampio spazio di confronto ai piccoli) finalizzato a una crescita di consapevolezza, oppure incontri a livello regionale, oppure percorsi che dai livelli più locali convergono al livello nazionale.

Piccoli gruppi e cultura della solidarietà

La sfida complessiva, dal punto di vista culturale, è la stessa per i gruppi piccoli e grandi:

– i gruppi piccoli (compreso il volontariato individuale) sono terreno privilegiato per la maturazione della solidarietà di base. Occorre impegnarsi per tener vivo questo «fermento». La crescita della consapevo-

lezza può aiutare a superare il rischio della «schizofrenia» tra la fase del servizio e una quotidianità incoerente;

– le reti informali presenti sono importanti per la crescita della sensibilità della collettività, anche in vista della maturazione di un orientamento politico. È opportuno tener viva in queste reti informali la preoccupazione della «costruzione della città solidale», fatta di partecipazione, maturazione di un senso civico, di progetto politico.

Mass-media/volontariato

a. Si rileva una scarsa sensibilità del mondo dei media (in particolare quello della stampa) al sociale e alla quotidianità, anche se questo a volte dipende più dalle esigenze delle testate che dalla volontà del singolo giornalista.

Spesso gli operatori dei media dimostrano una scarsa preparazione sulle tematiche sociali. D'altra parte, il mondo del volontariato dovrebbe prestare più attenzione a tutta questa tematica: ai contenuti, alle modalità di presentazione, ai linguaggi e alla terminologia, che a volte alimenta confusioni. Per superare questa impasse è necessario avviare incontri periodici, formativi e non, con gli operatori del settore. Rimane comunque una domanda: come migliorare gli organi d'informazione del volontariato e diffonderli maggiormente anche al di fuori della cerchia degli addetti ai lavori?

b. Piccoli gruppi e media. Il rapporto con i media è considerato con interesse anche dai piccoli gruppi, che normalmente interagiscono con i media piccoli e/o locali. Ciò che invece fa problema è l'informazione e lo scambio tra i tanti e diversi gruppi informali. Tanti fogli, bollettini sono ricchezza o dispersione? Appare sempre più necessario attivare un maggior collegamento nell'ambito informativo tra i diversi gruppi per una crescita complessiva del volontariato e della cultura della solidarietà.



Sara Peretti

Domus, un progetto a sostegno delle persone invisibili

L'isolamento e la disgregazione sociale influenzano la vita delle persone fragili, in particolare nell'affrontare l'attuale pandemia. Situazioni sconosciute ai servizi o persone con forte resistenza, persone sole che si vergognano della propria condizione e hanno timore di chiedere aiuto. Nell'ambito del Bando InTreCCCi 2017 promosso da Fondazione Compagnia di San Paolo, l'Unione dei Comuni di Moncalieri, Trofarello e La Loggia ha attivato il progetto Domus, un'esperienza che ha unito il lavoro di rete e l'attenzione ai bisogni emergenti in un'ottica di prevenzione.

Il Bando InTreCCCi – Casa Cura Comunità 2017 promosso dalla Fondazione Compagnia di San Paolo ha permesso lo sviluppo di diversi progetti a sostegno delle fasce deboli della popolazione. L'Unione dei Comuni di Moncalieri, Trofarello e La Loggia, grazie a tale sostegno ha attivato il progetto biennale (tra il 2018 e il 2020) «Domus - la comunità si fa casa», con l'obiettivo di far emergere le situazioni di isolamento e povertà sociale di anziani e adulti con disabilità e di fornire loro strumenti e sostegno per il reinserimento nel tessuto sociale del territorio di appartenenza.

Il territorio

L'Unione dei Comuni di Moncalieri, Trofarello e La Loggia è un ente locale pubblico, costituitosi nel 2013 con l'obiettivo di promuovere lo sviluppo delle comunità locali che la costituiscono; con riguardo alle proprie attribuzioni, rappresenta la

AUTORE

■ Sara Peretti, educatrice professionale, Il Punto Onlus, Torino.

comunità di coloro che risiedono sul suo territorio e concorre a curarne gli interessi. Nell'ambito del progetto «Domus - la comunità si fa casa» (di seguito, «Domus») ha svolto il ruolo di ente capofila che si è occupato del coordinamento generale e ne ha supervisionato il buon andamento, attuando azioni di programmazione, monitoraggio e valutazione.

Ha messo a disposizione sia personale per il coordinamento, sia figure professionali (assistenti sociali) per la realizzazione delle attività, mantenendo costanti rapporti con Fondazione Compagnia di San Paolo, le cooperative coinvolte («Il Punto» e «Frassati») e le associazioni partner del progetto.

Il territorio è abitato da 77.294 residenti (31/12/2016), di cui 18.375 anziani over 65 e 9.538 anziani over 75, distribuiti tra i comuni afferenti che presentano caratteristiche socio demografiche della grande città, compresi alcuni deficit nella fruizione di servizi.

La Loggia, oltre ad una popolazione più giovane, ha un livello di coesione sociale maggiore, le situazioni problematiche sono note, le associazioni sono in rete e svolgono un ruolo di monitoraggio del territorio. Trofarello e Moncalieri, invece, pur avendo ampie zone collinari poco abitate, presentano quartieri con alta densità abitativa e caratteristiche delle periferie metropolitane.

Il progetto si è concentrato in particolare su questi ultimi territori, in quanto caratterizzati da maggiore disgregazione sociale e da impoverimento delle reti primarie.

Il fenomeno riguarda soprattutto gli anziani che necessitano di azioni di supporto che vadano oltre i classici interventi dei servizi sociali. Tale situazione è evidenziata dall'incremento negli anni delle segnalazioni di soggetti fragili alla Procura, con conseguente apertura di misure di protezione giuridica.

Alcuni dati possono fornire un quadro della diffusione dei fenomeni in oggetto: dall'apertura 900 persone si sono rivolte allo Sportello di prossimità al Tribunale; 140 misure di protezione giuridica sono state attivate nel 2017 (50% in più rispetto al 2011); nell'ultimo triennio circa 80 segnalazioni per situazioni di fragilità sono state fatte alla Procura della Repubblica da parte dei servizi.

Il target: gli anziani invisibili

Molti sono i fattori che hanno portato alla disgregazione sociale di fronte a cui ci troviamo. Come operatori sociali abbiamo l'obbligo di mettere in evidenza un fenomeno ormai diffuso e profondamente radicato nella società attuale. Le fasce deboli della popolazione sono in forte aumento, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e della più recente situazione pandemica, perciò è bene prestare attenzione alle esigenze delle persone fragili in un'ottica di prevenzione.

Proprio in questo contesto si è sviluppato il progetto Domus che si è rivolto a persone fragili con caratteristiche di «invisibilità» e solitudine, in particolare anziani autosufficienti ma privi di rete sociale/parentale e adulti con disabilità lieve certificata che vivono con genitori anziani che faticano a farsene carico e privi di reti di sostegno.

Al target immaginato nella prima fase si è inoltre aggiunto un gruppo di anziani non autosufficienti che manifestavano diffidenza verso i servizi «tradizionali» e che, grazie alla diversa immagine fornita dal progetto, hanno accettato di farsi conoscere e prendere in carico.

Nel target disabilità adulta sono rientrate persone cosiddette «fragili» con problemi legati alla dipendenza da sostanze (soprattutto alcolici) o con problemi di emergenza abitativa.

Il progetto è stato sviluppato a partire dalla consapevolezza della presenza di numerose situazioni di disagio ancora sconosciute ai servizi e, quindi, in condizione di cosiddetta «invisibilità», nonché di molti anziani che necessitavano di azioni di domiciliarità leggera e occasioni di socialità per contrastare i sentimenti di solitudine e il senso di abbandono.

Il progetto Domus: obiettivi e modalità operative

Il progetto Domus ha avuto, in sintesi, i seguenti obiettivi:

- contrastare il sentimento di abbandono che la persona vive nei confronti dei servizi e della comunità e che la fa sentire «invisibile»;
- aiutare la persona a comprendere la propria situazione di disagio, soprattutto quando la stessa viene vissuta come normalità, e ad esprimere i pro-

pri bisogni;

- contrastare la solitudine della persona, favorendo l'instaurarsi di relazioni interpersonali significative;
- aiutare la persona a sentirsi ancora parte attiva della comunità;
- stimolare la persona a comprendere e a usufruire della rete di risorse formali/informali presenti sul territorio che possono contribuire a soddisfare le esigenze del quotidiano.

Nello specifico, la prima annualità del progetto ha previsto un percorso di individuazione e selezione dei potenziali beneficiari che ha rappresentato non solo un'azione di sistema, ma è stato anche il primo passo e l'occasione per i destinatari di essere conosciuti e riconosciuti, uscendo così da una situazione di anonimato. Durante la seconda annualità si è puntato a coinvolgere tutti i partner nell'attività di «suddivisione» dei beneficiari sulla base dei bisogni individuali espressi, individuando «gruppi omogenei», cogliendo il beneficio della vicinanza al territorio come punto di riferimento per la comunità, e garantendo loro un supporto professionale in stretta collaborazione con i servizi.

In seguito alla selezione dei beneficiari è stata fondamentale la creazione, fin dal primo incontro conoscitivo, di una relazione di fiducia tra personale professionale, personale volontario e destinatari delle attività. La relazione di fiducia si è dimostrata funzionale alla realizzazione delle successive attività, ha permesso alla persona di sentirsi riconosciuta e accolta, consentendole di accettare anche nuove proposte che, in situazioni di fragilità e isolamento come queste, spesso vengono rifiutate perché suscitano timore.

Inoltre sono state create occasioni di incontro e incentivata la partecipazione dei beneficiari del progetto alle attività di socializzazione organizzate da gruppi aggregativi del territorio, favorendo l'instaurarsi di relazioni interpersonali significative. Molto importante è stata la fase di conoscenza della persona, attuata durante la prima annualità, in quanto ha consentito di adeguare le proposte e le attività al target di riferimento. Proprio in questo contesto è così emerso il desiderio di condividere il pasto con altre persone per alleggerire il senso di solitudine e da questa esigenza particolarmente diffusa è nata la proposta del «Pranzo in compagnia» che si è ampliata e consolidata nella seconda annualità.

Per aiutare i beneficiari a sentirsi ancora parte

attiva della comunità è stata loro proposta, sulla base di una valutazione congiunta delle abilità che la singola persona poteva mettere al servizio degli altri, la partecipazione attiva al progetto «Banca del tempo» (un sistema in cui le persone scambiano reciprocamente attività, servizi e saperi) o lo svolgimento di attività di volontariato. Durante la seconda annualità è stato importante consolidare le relazioni instaurate tra beneficiari e stimolare l'emergere di nuovi obiettivi di vita: attraverso l'aiuto reciproco alcuni beneficiari hanno espresso il desiderio di diventare volontari formando così una nuova parte attiva del progetto.

Molto importante è stato aiutare ogni beneficiario del progetto a comprendere e a usufruire della rete di risorse formali/informali presenti sul territorio, in grado di contribuire a soddisfare le esigenze del quotidiano. Tutto ciò è stato possibile illustrando le modalità di accesso ai servizi pubblici territoriali e accompagnando la persona nella loro fruizione. Inoltre, è stato necessario organizzare interventi e attività utili alla persona per gestire le difficoltà e le incombenze del quotidiano, mettendo in rete le risorse esistenti sul territorio.

L'influenza della pandemia sull'emersione dei bisogni nascosti

Il periodo di emergenza Covid-19 ha poi modificato il contesto di vita del target di riferimento comportando notevoli cambiamenti per gli anziani che hanno percepito un maggior senso di abbandono e manifestato la necessità di supporto da parte dei servizi. Nonostante molte situazioni riuscissero ad autogestirsi autonomamente, il periodo di lockdown ha fatto emergere nuovi bisogni e anche la resistenza manifestata dagli anziani fino a poco tempo prima è venuta meno, proprio per l'aumento del senso di abbandono. In questo periodo sono infatti arrivate moltissime segnalazioni e auto-segnalazioni da parte di persone autosufficienti che manifestavano l'esigenza di supporto da parte dei servizi, spesso poi tradotta in uno spazio di ascolto che è bastato di per sé a fornire l'accoglienza necessaria e a contrastare il senso di abbandono.

Punti di forza e criticità incontrate

Il grande lavoro svolto in questi due anni sulla rete del territorio ha fatto emergere nuova consapevolezza e sensibilità nei confronti degli anziani soli e delle persone fragili da parte dei cittadini e delle associazioni, grazie al loro coinvolgimento diretto.

Attraverso il progetto Domus, si sono sviluppate piccole reti di supporto nel vicinato e tra i beneficiari, che hanno permesso alle persone più fragili e isolate di sentirsi ancora parte della comunità. Inoltre, l'intervento educativo individuale ha permesso ai beneficiari di acquisire maggiore consapevolezza, sia dei loro bisogni e difficoltà che delle capacità residue e delle potenzialità che potevano essere messe a beneficio degli altri, favorendo così una sinergia all'interno del gruppo. Il processo di sensibilizzazione ha coinvolto anche i parenti lontani che grazie al progetto sono stati resi partecipi delle iniziative e hanno beneficiato di un dialogo maggiormente positivo con i congiunti. Quest'ultimi, a loro volta, avendo usufruito di uno spazio di ascolto desiderato all'interno del gruppo e da parte di volontari e professionisti, si sono dimostrati più attivi e positivi nel raccontare le esperienze vissute con entusiasmo, abbandonando i discorsi ricorrenti sulle difficoltà legate alla propria situazione di vita.

Inoltre la collaborazione instaurata tra i servizi del territorio si è rivelata un punto di forza che ha permesso la costruzione di buone prassi e nuove sinergie, favorite dalla costante comunicazione tra le parti. La possibilità di discutere le situazioni in equipe multidisciplinare ha permesso una visione più ampia e completa degli interventi, consentendo ai servizi di avere un quadro più chiaro e ai beneficiari di sentirsi maggiormente accolti e di percepire positivamente l'integrazione dei servizi e la collaborazione tra le parti.

Proprio grazie a questa sinergia è nato, nel periodo di emergenza legato al Covid-19, il progetto «Favole al telefono» che ha sostenuto, accompagnato e supportato concretamente gli anziani soli. È stato così istituito uno spazio di ascolto telefonico, che non costituiva un semplice monitoraggio telefonico ma si poneva l'obiettivo di aiutare le persone a dare un senso alle loro giornate, sono stati distribuiti farmaci e spesa a domicilio e attuati accompagnamenti alle visite mediche urgenti. Inoltre, sono stati distribuiti alle persone più bisognose tablet do-

tati di sim e forniti loro i primi elementi base per l'utilizzo, per permettere agli anziani di continuare a vedere i propri parenti.

Tra le criticità incontrate è bene segnalare che il target di riferimento è risultato particolarmente difficile da raggiungere proprio per la situazione di isolamento e povertà nei rapporti sociali in cui viveva, per tale ragione è stato fondamentale il ruolo delle «antenne sociali», ovvero quei punti di riferimento sul territorio come farmacisti e medici di base, ma anche negozianti e baristi che spesso sono in stretto rapporto con le persone sole.

Inoltre, la sensibilizzazione delle associazioni del territorio, abituate a perseguire i propri obiettivi senza necessariamente approfondire la relazione con gli utenti, ha dato la possibilità anche a loro di guardare le persone con occhi diversi e informarle delle opportunità offerte dal progetto.

L'avvicinamento ai possibili beneficiari è perciò avvenuto attraverso i punti di riferimento già conosciuti, con modalità di comunicazione più informali, ma chiarendo da subito la professionalità degli operatori e il coinvolgimento dell'Unione dei Comuni.

Una volta identificati i beneficiari, in alcuni casi è stato necessario organizzare un primo incontro mediato da un operatore del servizio sociale già conosciuto dalla persona, per entrare in contatto con essa.

In aggiunta, una criticità intrinseca del target è legata al repentino cambiamento dello stato di salute dei beneficiari coinvolti, un rapido peggioramento delle condizioni di salute o il subentrare di una patologia inattesa che spesso hanno causato l'improvvisa e prematura conclusione dell'intervento.

Riflessione sui risultati ottenuti

Il progetto Domus ha rappresentato per il territorio un'opportunità per riscoprire le potenzialità residue delle persone fragili, mettere in rete le risorse del territorio, rafforzare la collaborazione tra servizi, tra persone e tra operatori. Ha permesso di instaurare relazioni positive di supporto e anche di mutuo aiuto tra beneficiari, ha favorito un nuovo approccio al territorio inteso come «comunità» coinvolgendo realtà nuove, ha permesso alle persone di «riconoscersi» e di «riscoprirsi» non solo come persone portatrici di bisogni, ma anche come potenziali promotori di attività concrete sul territorio.

Questa esperienza è stata un'occasione di autodeterminazione e di riscatto per coloro che si sentono ai margini, ma che hanno ancora tanto da dare ma, proprio perché fragili e difficilmente abituati a coltivare la propria autostima, hanno bisogno dei Servizi.

Si ritiene quindi che progetti come questo non solo vadano supportati e finanziati, ma anche incentivati e acquisiti dagli enti come percorsi irrinunciabili. È necessario infatti lavorare e ispirarsi ad un *welfare community*, ovvero ad una sempre maggiore collaborazione tra il pubblico (che sappiamo non riuscire, parzialmente o totalmente, a fronteggiare i fabbisogni della società) e il privato, promuovendo il principio della sussidiarietà per cui tutti i soggetti collaborano e interagiscono tra loro. Solo così si può affermare realisticamente e concretamente di operare in rete.

SUMMARY

Isolation and social disintegration affect the lives of fragile people, especially in dealing with the current pandemic. Situations unknown to the services or people with strong resistance, lonely people who are ashamed of their condition and are afraid to ask for help. Within the framework of the Bando InTreCCCi 2017 promoted by Fondazione Compagnia di San Paolo, the Unione dei Comuni di Moncalieri Trofarello e La Loggia launched the Domus project, an experience that combined networking and attention to emerging needs with a view to prevention.

Il progetto Domus in termini quantitativi

Il progetto Domus, realizzato dalla Unione dei Comuni di Moncalieri, Trofarello e La Loggia nell'ambito del Bando InTreCCCi 2017 promosso dalla Fondazione Compagnia di San Paolo, ha avuto l'obiettivo di consentire ai destinatari (persone anziane e adulte con disabilità) di riconoscere ed esprimere i propri bisogni e di riscoprire le capacità ancora presenti in un'ottica di autodeterminazione, beneficiando di un reinserimento nel tessuto sociale in termini sia di fruizione di servizi e di utilizzo della rete formale e informale che il territorio offre, sia di riprogettazione della propria esistenza.

Specificamente, il progetto ha inteso: contrastare il sentimento di abbandono che la persona vive nei confronti dei servizi e della comunità e che la fa sentire «invisibile»; aiutare la persona a comprendere la propria situazione di disagio, soprattutto quando la stessa viene vissuta come normalità, e ad esprimere i propri bisogni; contrastare la solitudine della persona, favorendo l'instaurarsi di relazioni interpersonali significative; aiutare la persona a sentirsi ancora parte attiva della comunità; aiutare la persona a comprendere e a usufruire della rete di risorse formali/informali presenti sul territorio che possono contribuire a soddisfare le esigenze del quotidiano.

Parte dei risultati raggiunti dal progetto possono essere sintetizzati tramite dei valori quantitativi di riferimento, sull'intero biennio progettuale:

- 112 persone anziane hanno beneficiato di una o più delle attività progettuali;
- 31 persone adulte con disabilità hanno beneficiato di una o più delle attività progettuali;
- 42 familiari/caregiver hanno beneficiato di una o più delle attività progettuali.

Dal punto di vista dei cambiamenti osservati nei beneficiari a seguito del progetto, si può dire che:

- in 14 anziani sono stati osservati miglioramenti nell'area funzionale organica (autonomie, funzionalità...);
- in 19 anziani e 7 persone con disabilità sono stati osservati miglioramenti nell'area cognitiva comportamentale;
- in 37 anziani e 11 persone con disabilità sono stati osservati cambiamenti in termini di maggior benessere relazionale (legato alla socializzazione);
- 2 anziani sono rimasti al proprio domicilio a seguito degli interventi progettuali (inserimenti residenziali evitati);
- in 5 familiari/caregiver sono stati osservati cambiamenti in termini di aumento delle capacità di cura.

Con riferimento al welfare generativo, è stato rilevato che 24 anziani e 7 persone con disabilità, beneficiari delle attività progettuali, hanno realizzato azioni a favore della comunità. Inoltre 60 volontari si sono attivati a sostegno di anziani o persone con disabilità nell'ambito delle attività progettuali.



Paolo De Maina

Coltivare la vita: alcune riflessioni

L'esperienza è stata presentata al convegno «Coltivare la vita in ogni età e per ogni persona. Proposte e soluzioni» organizzato dalla Fondazione Emanuela Zancan onlus (11 giugno 2021). Il convegno aveva l'obiettivo di approfondire le condizioni giuridiche, economiche e strategiche per garantire sostenibilità sociale e finanziaria alle soluzioni per la vita autonoma delle persone con disabilità. Sono nate da studi di fattibilità che hanno indicato strade possibili, basate su incontri virtuosi di responsabilità e risorse pubbliche e private. Potranno essere incluse nei livelli essenziali di assistenza sociale e socio-sanitaria.

Dopo circa 40 anni di lavoro come assistente sociale e con un padre tra i primi assistenti sociali in Italia, ad un certo punto della mia vita mi sono trovato nell'occhio del ciclone: aver necessità dei «servizi sociali» o quanto meno di doverli creare per necessità.

Io non ho vissuto un «dopo di noi», ma un «dopo di loro» in quanto fratello che si è trovato con la morte molto ravvicinata dei genitori che abitavano lontano dalla mia residenza e a dover portare con sé il proprio fratello, nato con un ritardo mentale di grado medio, rimasto improvvisamente solo e che aveva vissuto fino ad allora in totale simbiosi coi genitori senza nessun tipo di «autonomia» e indipendenza, con la speranza forse mal posta che tanto alla morte dei genitori ci avrebbe pensato il

fratello che aveva intanto creato la sua famiglia e la sua vita professionale e sociale e peraltro si era trasferito lontano. Questa mentalità è piuttosto diffusa e crea non pochi problemi perché trascina in una sorta di immobilismo o di «fatalità» quasi che il famoso «dopo di noi» non toccherà a me o «Dio ci penserà».

AUTORE

► *Paolo De Maina*, assistente sociale e Social-One.



La situazione si è ulteriormente complicata, perché poco dopo l'arrivo di mio fratello ho rischiato di fargli vivere un «dopo di me» per aver avuto una emorragia celebrale per fortuna quasi subito compensata seppur con qualche strascico sulla mobilità ancora presente. Cosa è successo? Dopo la morte di mia madre viste anche le condizioni di salute di mio padre, abbastanza precarie, avevamo preso in affitto una casa a Grottaferrata, nostra attuale residenza per poter trasferire mio padre e mio fratello.

Avevamo predisposto il viaggio e tutto il resto ma il giorno prima della partenza mio padre entra in coma e dopo 12 giorni muore. Stavamo per disdire il contratto d'affitto per motivi di forza maggiore, quando un sacerdote, fondatore di una famosa realtà italiana a favore dei disabili, la Comunità di Capodarco, che viveva e operava ancora nonostante gli oltre 80 anni, proprio a Grottaferrata e che ospitava da qualche tempo mio fratello in un Centro Diurno, mi disse di non disdire il contratto perché gli era venuta un'idea.

Dopo circa un mese in questo piccolo appartamento in una bella palazzina residenziale, iniziò una piccola realtà comunitaria con due persone con disabilità non grave e con l'idea di rivolgerla all'autonomia.

La cosa che da subito colpì, non solo noi, è vedere un uomo che aveva vissuto 50 anni solo nella stessa casa, solo nello stesso quartiere, solo con le stesse persone, inserirsi più che bene in un contesto completamente sconosciuto. Mi ricordo che nel primo periodo, invitati ad un matrimonio, lui ad un certo punto iniziò ad essere impaziente e insofferente perché voleva tornare a «casa sua». Inoltre lui, noto per le sue frasi lapidarie disse: «tu/voi siete la mia famiglia, ma la Comunità è la mia vita».

Dopo qualche tempo da due si passò a cinque persone, trovando ovviamente un altro appartamento, fino ad arrivare a dieci ospiti, occupando un appartamento all'interno della più vasta area di Agricoltura Capodarco, una realtà di Agricoltura biologica nata anche per l'inserimento di persone con disabilità. Ma la Casa Famiglia pur ispirandosi allo spirito di Capodarco è una realtà nata e cresciuta tra alcune famiglie che condividevano la presenza di un congiunto (nome reso molto attuale dai DPCM di quest'ultimo anno) con problemi di disabilità.

Abbiamo pienamente vissuto la realtà citata ad esempio da Tiziano Vecchiato nel precedente webi-

nar quella della moltiplicazione dei Pani e dei Pesci con la richiesta «Dategli voi stessi da mangiare». Infatti ben consci che era pressoché impossibile ottenere contributi pubblici per tali servizi «abbiamo dato noi da mangiare» a questa esperienza che poi ha ottenuto l'autorizzazione al funzionamento con personale adeguato e qualificato.

Ma ad un certo punto è cambiata la responsabilità della Casa Famiglia ed ha impostato tutto in una modalità che stravolgeva l'impianto iniziale, esautorando di fatto sia il fondatore di Capodarco che gli aveva dato locali e «nome» sia le famiglie che non erano più considerate gli «azionisti» di maggioranza o meglio gli amministratori delegati come era giusto che fosse. Inoltre vi furono dei licenziamenti non concordati e a noi poco graditi fino al punto che le famiglie hanno chiesto alle due operatrici licenziate di trovare un'altra soluzione che ristabilisse le cose come da «progetto iniziale». Per cui circa un mese fa otto famiglie hanno trasferito i «congiunti» in una Casa di Carta che è il nuovo nome del progetto perché ciascuno può scriverne la storia e a breve costituiremo un'Associazione di Famiglie anche per coinvolgerne altre ed essere lievito di promozione sociale nei vari territori.

iaOBER Workgroup on Collaborative Practices with Families in Poverty/ Poverty-Aware Social Work

Il Gruppo di lavoro coordinato dalla prof.ssa Bethany Lee della University of Maryland, sta esplorando il rapporto tra servizio sociale e condizione di povertà, con uno specifico approfondimento sulla natura delle pratiche per il contrasto della povertà messe in atto dagli assistenti sociali. È previsto un primo seminario di approfondimento a metà maggio e un seminario allargato ai membri dell'Associazione a giugno, per poi presentare i risultati nel seminario annuale che si svolgerà a Padova a settembre 2021.

Oltre alla prof.ssa Lee sono coinvolte June Thoburn (East Anglia University), Marianne Berry (University of Hawaii), Cinzia Canali e Tiziano Vecchiato (Fondazione Zancan).

<https://iaober.org>

The Perspective of the Child – Conferenza Eusarf 2021

La XVI EUSARF 2021 dell'European Scientific Association on Residential & Family Care for Children and Adolescents si svolgerà on-line dall'1 al 3 settembre 2021. È organizzata dalla ZHAW Zurich University of Applied Sciences. Alle tradizionali sessioni si aggiungono eventi on line di raccordo su temi specifici. Tra i relatori: Sabine Andresen, Goethe University Frankfurt (Germania), Doris Bühler-Niederberger, University of Wuppertal (Germania), Jeroen Dekker, University of Groningen (Paesi Bassi), Thomas Gabriel, Zurich University of Applied Sciences (Svizzera), Margrite Kalverboer, University of Groningen (Paesi Bassi), Emily Keddell, University of Otago (Nuova Zelanda), Urszula Markowska-Manista, University of Warsaw (Polonia).

<https://eusarf2021.ch>

The 3rd Haruv International Conference on 'Child Maltreatment in Context

Haruv Institute in collaborazione con la Hebrew University di Gerusalemme promuove la terza conferenza internazionale su «Child Maltreatment in Context». Si svolgerà a Gerusalemme nei giorni 6-7 ottobre 2021. Il maltrattamento infantile considera fattori intrapersonali, interpersonali e ambientali. Il contesto in cui si verifica, le sue implicazioni e le soluzioni per prevenirlo saranno al centro del dibattito, secondo punti di vista diversi. Sono previste presentazioni plenarie, relazioni in simposi e in sessioni parallele. Tra i relatori: David Olds sul tema «Improving the Life-Chances of Children Born to Mothers with Limited Resources: Results of Randomized Trials of the Nurse-Family Partnership» e Lucinda A. Lee Rasmussen sul tema «Assessing Children and Youth who Have Experienced Sexual Trauma: Clinical Application of the Trauma Outcome Process Assessment Model».

<https://haruv.org.il/en/inter-activ/conferences/save-the-date-the-third-haruv-international-conference/>

Anna Paola Lacatena

La polvere sotto al tappeto. Il dibattito pubblico sulle droghe tra evidenze scientifiche e ipocrisie

Carocci, Roma, 2021



A distanza di ormai tanti anni e di tante vane discussioni dettate da posizioni preconcepite e, spesso, esclusivamente politiche sulle droghe nel nostro Paese, si fa urgente una deideologizzazione del fenomeno provando a smascherarne ambiguità e ipocrisie.

È quanto si propone di fare, sollecitando una ripresa del dibattito pubblico sul tema, il libro *La polvere sotto al tappeto. Il dibattito pubblico sulle droghe tra evidenze scientifiche e ipocrisie*, di Anna Paola Lacatena, con contributi di Filippo Ceccarelli, Francesca Comencini, Giancarlo De Cataldo, Kento, Antonio Nicaso, Nina Zilli (Carocci Editore, Roma, marzo 2021, pp.188).

100 copie del volume sono state recapitate ai componenti della Commissione Igiene e Sanità del Senato e della Commissione Affari Sociali e Sanità della Camera dei Deputati, ai Presidenti dei Gruppi Parlamentari al Senato e alla Camera e al Senatore Giuseppe Lumia-autore della Legge n.45 del 18 febbraio 1999, «Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze».

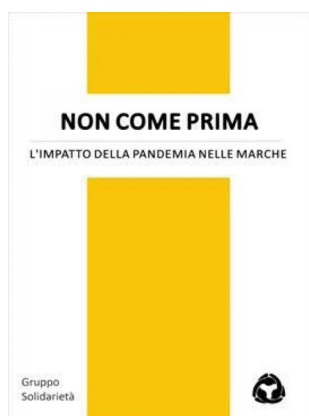
La distribuzione dei volumi è stata promossa dall'autrice, dirigente sociologa presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche della Asl di Taranto e Coordinatrice del Gruppo «Questioni di genere e legalità» per la Società Italiana delle Tossicodipendenze in collaborazione con la Carocci Edizioni di Roma al fine di sollecitare l'attenzione dei decisori politici sull'urgenza droghe nel nostro Paese e sulla necessità da parte del dibattito pubblico di superare l'infruttuosa dicotomia tra proibizionismo e antiproibizionismo (confronto ormai irrimediabilmente a «somma zero»). L'iniziativa si ispira, con il massimo riguardo e le debite proporzioni, a un precedente storico. Era il 1969 e Franco Basaglia aveva già avviato la sua battaglia per la chiusura dei manicomii in Italia. Il libro fotografico *Morire di classe*, realizzato da Gianni Berengo Gardin insieme a Carla Cerati e pubblicato da Einaudi, diede un contributo fondamentale alla costruzione del movimento d'opinione che avrebbe portato, circa dieci anni dopo, all'approvazione della legge 180/78. Il testo fu distribuito a tutti i parlamentari per sensibilizzare alla rivisitazione della materia e legiferare sulla scorta di una conoscenza più completa della problematica.

Gruppo Solidarietà (a cura di)

NON COME PRIMA.

L'impatto della pandemia nelle Marche

Grusol, Moie di Maiolati, 2021



Gran parte di questo nono Quaderno dedicato alle politiche sociali della regione Marche, ha come riferimento l'impatto della pandemia sugli interventi e sui servizi rivolti alle fasce più deboli della popolazione. Coprendo un arco temporale di quasi due anni (luglio 2019-giugno 2021), sarà tuttavia facile rilevare come tanti problemi, sorti nella fase acuta della pandemia, fossero già presenti nel nostro sistema sociosanitario regionale, sfibrato da «tagli», razionamenti e dall'assenza di una coerente programmazione.

Il coronavirus è stato il detonatore che ha messo in luce la fragilità del sistema e la sua disfunzionalità.

Mentre scriviamo questa presentazione siamo alle fine della seconda ondata: la domanda (e la preoccupazione) è se saremo capaci di

accogliere gli insegnamenti di questi mesi, oppure, nella «foga della ripresa», dimenticheremo in fretta quanto accaduto, attribuendolo ad una fatalità non prevedibile.

Per quanto ci riguarda, continueremo a lavorare affinché ogni intervento abbia come riferimento il benessere delle persone e venga preservata e ascoltata la loro voce, rispetto a ciò che le riguarda, così che possano essere, come legittimamente ciascuno di noi chiede, protagonisti dei loro percorsi di vita.

I capitoli del volume sono:

Le politiche sociali del centrosinistra nelle Marche: un bilancio.

L'impatto del coronavirus nelle strutture residenziali. Perché non si deve tornare come prima.

Anziani e servizi residenziali nelle Marche. L'indispensabile cambiamento.

Residenze extraospedaliere. Perdura il disinteresse regionale.

Assistenza territoriale. Il «decreto Rilancio» e l'attuazione regionale.

Interventi sociosanitari. Gli effetti sulle persone della disattenzione regionale.

Coronavirus (e non solo). Su alcune disposizioni regionali.

Scelte di politica sociale in alcuni provvedimenti della regione Marche.

Per cambiare i requisiti dei servizi diurni e residenziali non serve coraggio, ma realismo.

Ricoveri di sollievo e dal domicilio nelle residenze sociosanitarie delle Marche.

Sostegno alla domiciliarità e persone con disabilità gravissima del fondo nazionale non autosufficienze.

(dalla Presentazione del Gruppo Solidarietà)

Nasce la Collana «Protagoniste» dedicata alle maestre del servizio sociale

Elisabetta Neve e Gloria Pieroni (a cura di)

Maria Dal Pra Ponticelli: un continuo sguardo al futuro

Fondazione Zancan, Padova, 2021



Sono le donne che hanno indicato la strada alla professione di ieri, oggi e domani. L'hanno preparata con contributi teorici e metodologici. L'hanno arricchita con testi fondamentali dedicati alla formazione, alla teoria, alla cultura professionale.

Hanno interpretato le sfide in prima persona e hanno dedicato la vita alla professione e alla costruzione di una società più inclusiva.

Leggere oggi i testi di Maria Dal Pra Ponticelli è come tornare al futuro. È un futuro di speranza in un welfare delle persone, non assistenziale e prestazionale ma vitale. È il servizio sociale basato sull'incontro e sull'impegno necessario per riconoscere le capacità di ogni persona e valorizzarle. L'orizzonte è la comunità locale concreta, non idealizzata, con le contraddizioni a disposizione di un'arte professionale capace di coniugare i valori etici e costituzionali in una società solidale da costruire insieme. Maria insisteva su questa metodologia per poter agire a livello interpersonale, organizzativo e istituzionale, pianificando lo sviluppo dei servizi, capire il territorio, diffondere informazioni, facilitare il coordinamento delle responsabilità. Credeva nella tessitura necessaria per collegare i diversi tra loro, dal micro al macro, persone, gruppi e comunità insieme.

Elisabetta Neve e Gloria Pieroni hanno attualizzato la sfida professionale lanciata da Maria Dal Pra Ponticelli, con capacità e sapienza, scegliendo un'antologia di testi utili per approfondimenti e riflessioni. È un'antologia che evidenzia l'originalità e la freschezza del pensiero professionale, affidandolo alle nuove generazioni di assistenti sociali perché possano svilupparlo con tutta l'arte professionale necessaria.

Edizioni Fondazione Zancan, Padova, pag. 285.

Il volume è disponibile in formato cartaceo (€ 25,00) e in formato pdf (€ 10,00).

Per riceverlo, inviare una mail a segreteria@fondazionezancan.it

Gilberto Muraro e Tiziano Vecchiato (a cura di)

L'innovazione nell'economia sociale

Il Mulino, Bologna, 2021



Cosa significa innovazione nell'economia sociale? Il Premio Angelo Ferro da alcuni anni stimola a valorizzare le iniziative che hanno contribuito in modo significativo allo sviluppo dell'economia sociale, proponendo nuovi servizi e nuovi processi. Il risultato delle selezioni annuali della giuria, che visiona centinaia di esperienze portatrici di cambiamenti nei processi e nei risultati, è una composizione di prodotti e servizi di alta gamma umana, valutati con criteri che considerano l'originalità insieme con i benefici economici e sociali. Il patrimonio di esperienze valorizza le soluzioni capaci di intercettare i nuovi bisogni sociali, con risposte originali per tipologia di intervento, soggetti coinvolti e collaborazioni attivate. Insieme evidenziano come l'innovazione sia fatta di equilibri virtuosi tra processi, risultati e impatto sociale. Il volume presenta la storia del premio e approfondisce e valorizza le esperienze e gli enti più capaci di interpretare la sfida evidenziandone le positive ricadute sociali ed economiche.

Contenuti

Con bilanciamenti virtuosi tra solidarietà e imprenditorialità (*Giovanni Bazoli*)

Un ricordo di Angelo Ferro (*Giuseppe De Rita*)

Parte prima: Perché e quale innovazione

Un Premio per l'innovazione nell'economia sociale (*Gilberto Muraro*)

I numeri del Premio (*Maria Bezze, Cinzia Canali, Devis Geron*)

I profili giuridici dei partecipanti (*Elena Innocenti*)

Innovare nell'economia sociale (*Cesare Dosi e Tiziano Vecchiato*)

Criticità e sfide dell'innovazione sociale (*Stefano Zamagni*)

Parte seconda: Esperienze di innovazione

I vincitori

Le esperienze esemplari

Appendice

Traguardi per l'innovazione (*Tiziano Vecchiato*)

Reviving and restructuring the corporate sector post-covid. Designing public policy interventions (*Group of Thirty*)

Welfare generativo e azioni a corrispettivo sociale (*Fondazione Zancan*)

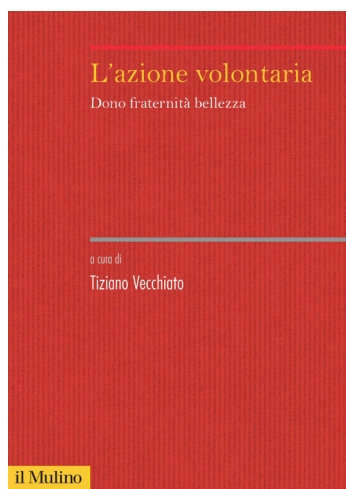
ISBN: 978-88-15-29282-7 - pp. 162 - € 17,00

Tiziano Vecchiato (a cura di)

L'azione volontaria

Dono fraternità bellezza sociale

Il Mulino, Bologna, 2021



Nella seconda metà del Novecento si è sviluppata una originale riflessione sui rapporti tra solidarietà e democrazia, azione volontaria e fraternità per la costruzione di nuove forme sociali. A volte ha privilegiato le pratiche conflittuali immaginando l'innovazione come decostruzione e abbattimento dell'esistente. Altre volte si è invece affermata con pratiche pacifiche, testimoniando la fattibilità di proposte minoritarie e ricche di potenzialità. Il volume ripercorre questa ricerca in un doppio dialogo: con i pionieri di questa corrente di pensiero e con quanti oggi esprimono in modi originali l'azione volontaria mettendo a disposizione energia sociale che può e deve essere utilizzata meglio. La «Carta dei valori dell'azione volontaria», qui presentata, ha lo scopo di valorizzare le potenzialità disponibili, prefigurando percorsi praticabili di innovazione sociale, sostenibile e ricca di opportunità per le giovani generazioni

Contenuti

Presentazione (Tiziano Vecchiato)

Introduzione (Emanuele Alecci)

Parte prima: Socialità e fraternità

1. Dono, fraternità e bellezza, il diritto di fare il bene (Tiziano Vecchiato); 2. Lo spartiacque è la solidarietà (Giacomo Panizza); 3. Il volontariato e la democrazia fondata sul lavoro (Filippo Pizzolato)

Parte seconda: Bellezza e umanità

4. L'amore nel lessico del volontariato (Gennaro Iorio); 5. Dono, fraternità e bellezza nei dialoghi interreligiosi (Enrico Riparelli); 6. Arte e carità (Ester Brunet e Antonio Scattolini)

Parte terza: Ieri oggi domani dell'azione volontaria

7. Ieri oggi domani: un lungo percorso (Tiziano Vecchiato); 8. Guardando al domani: pensieri in dialogo (AA.VV.)

Parte quarta: Pionieri e profeti

9. Il pensiero dei pionieri e dei profeti; 10. Volontari ieri, oggi e domani (Salvatore Nocera); 11. Insieme per il cambiamento (Luciano Tavazza); 12. Solidarietà, uno per tutti, tutti per uno (Giovanni Nervo); 13. Povertà e marginalità: l'impegno di solidarietà e di coscienza critica del volontariato nell'ottica della prevenzione (Maria Eletta Martini); 14. Cosa intendiamo per ruolo politico del volontariato (Giuseppe Pasini); 15. Volontariato in dismissione? (Giuseppe Pasini); 16. Solidarietà e interdipendenza: scenari del cambiamento (Tonino Bello)

Parte quinta: I valori dell'azione volontaria

17. Verso la nuova carta dei valori del volontariato (Renato Frisanco); 18. Valori dell'azione volontaria (Tiziano Vecchiato); 19. Carta dei valori dell'azione volontaria; 20. Speranza e futuro per tutti (Tiziano Vecchiato)

ISBN: 9788815294081 - pp. 222 - € 21,00

Fondazione Emanuela Zancan

La lotta alla povertà è innovazione sociale

La lotta alla povertà. Rapporto 2020

Il Mulino, Bologna, 2020



Il premio Nobel 2019 per l'Economia è stato assegnato congiuntamente a Esther Duflo, Abhijit Banerjee e Michael Kremer per le loro ricerche sulla povertà. È una buona notizia per almeno due ragioni.

La prima è che la scelta dell'Accademia svedese forse contribuirà a suscitare maggiore interesse nei confronti di un tema, quello della povertà e delle ineguaglianze, relegato da anni ai margini della letteratura economica.

La seconda ragione sta nelle motivazioni del premio. Ai tre economisti è stato riconosciuto il merito di aver affrontato la questione della povertà analizzandone le cause puntuali, scomponendo il problema globale in sottoproblemi, più «piccoli» e, quindi, più facilmente aggredibili attraverso soluzioni preventivamente testate e sperimentate sul campo. Lo stesso metodo è stato raccomandato da Fabrizio Barca (2019) in un recente articolo dedicato alla lotta alle disuguaglianze. «Si parla – scrive Barca – ascoltando il sapere accumulato in questi anni da decine di migliaia di attivisti di mondi diversi [...] nel contrasto di povertà e in-

giustizie. Un universo di talenti e pratiche che, costruendo ponti con chi non ha potere, indica innovative vie di uscita». La Fondazione Zancan, sin dalla sua costituzione, ha tentato di contribuire alla costruzione di questo patrimonio di conoscenze: mettendosi all'ascolto, individuando vecchi e nuovi bisogni che non trovano risposte in un sistema di welfare che appare sempre più pericolante, e prospettando soluzioni, realistiche e operative, validate dalle esperienze dei tanti attori della giustizia sociale.

Questo Rapporto, come i due precedenti (Fondazione Zancan 2017; 2018), vuole essere un contributo alla riflessione sui limiti degli attuali meccanismi di contrasto delle povertà e dell'esclusione, ma, soprattutto, una testimonianza delle opportunità offerte dall'innovazione sociale.

Contenuti

Presentazione (*Cesare Dosi*)

Innovazione sociale e lotta alla povertà (*Tiziano Vecchiato*)

Dinamica della spesa sociale in Italia (*Maria Bezzè e Devis Geron*)

La recente normativa «sociale» e le potenzialità del welfare generativo (*a cura del laboratorio Wiss della Scuola Sant'Anna di Pisa*)

Dal reddito di inclusione al reddito di cittadinanza (*Elena Innocenti e Elena Vivaldi*)

Soluzioni di welfare generativo: analisi di esperienze (*Cinzia Canali*)

Innovazione sociale e opere della Chiesa (*Antonio Cecconi e Francesca Gianì*)

Innovazione sociale in comunità generative (*Tiziano Vecchiato*)

Riferimenti bibliografici

ISBN: 9788815283894 - pp. 170 - € 17,50

STUDI ZANCAN

Politiche e servizi alle persone

- Contribuisce all'elaborazione delle politiche alla cultura e ai valori che possono orientarle
- Considera i cambiamenti e le ricadute sulle persone, in particolare su quelle che versano in situazione di maggior debolezza
- Conduce analisi sui servizi, sui modelli di intervento, sulle soluzioni operative e sui loro fondamenti etici, cercando nuove soluzioni
- Approfondisce le questioni del cambiamento nei sistemi di welfare in Italia e nel mondo
- Documenta esperienze positive, riproducibili in diversi contesti, così da alimentare fiducia e innovazione sociale
- Propone idee e documenti che meritano più ampia riflessione

4 modi per donare alla Fondazione «Emanuela Zancan»

CC postale

IBAN IT72VO760112100000012106357
intestato a Fondazione «Emanuela Zancan» onlus Centro Studi e Ricerca Sociale

CC bancario

IBAN (Banca Intesa San Paolo)
IT 33 L 03069 09606 1000000 62910
intestato a Fondazione «Emanuela Zancan» onlus Centro Studi e Ricerca Sociale

Bonifico permanente (RID)

telefonando allo 049663800

5xmille

codice fiscale 00286760285

Le donazioni in denaro e in natura fatte alla Fondazione «Emanuela Zancan» onlus sono deducibili nel limite del 10% del reddito complessivo dichiarato ai sensi dell'art.83 comma 2 del decreto legislativo 3 luglio 2017 n. 117 (CTS).

www.fondazionezancan.it

www.welfaregenerativo.it

www.personalab.org

www.crescerebene.org

www.outcome-network.org

