

Welfare

aprile | giugno
2023
NUMERO 2

OGGI

PER I PROFESSIONISTI DEL SOCIALE E SOCIO-SANITARIO

**Si può sconfiggere
la povertà?**

Rita Cutini
Direttrice Welfare Oggi

FOCUS

Daniela Pompei

I corridoi umanitari: l'accoglienza dei rifugiati come fattore di resilienza

1993-2023. Gli Stati Generali degli assistenti sociali

Gianmario Gazzì, Barbara Rosina

Per i diritti di ogni persona

I temi di welfare oggi

Federico Di Leo

Il contrasto alla povertà e le misure di politica attiva del lavoro

IL PREMIO WELFARE OGGI: IL BANDO 2023

**MAGGIOLI
EDITORE**

Fascicolo ad uso esclusivo di ritacutini@gmail.com (ritacutini@gmail.com)

FORUMN.A.

FORUM DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
E DELL'AUTONOMIA POSSIBILE

XV EDIZIONE

**29-30
NOVEMBRE
2023**

BOLOGNA

Centro Congressi Savoia Hotel

www.nonautosufficienza.it



Fascicolo ad uso esclusivo di ritacchini@gmail.com (ritacchini@gmail.com)

GRUPPO

Maggioli

SOMMARIO

EDITORIALE

- 3** Si può sconfiggere la povertà?
Rita Cutini



FOCUS

- 5** I corridoi umanitari: l'accoglienza dei rifugiati come fattore di resilienza
Daniela Pompei
- 12** Un modello di accoglienza ed integrazione. I Corridoi Umanitari nel Comune di Baschi (Terni)
Francesco Casarelli

1993-2023. GLI STATI GENERALI DEGLI ASSISTENTI SOCIALI

- 16** Stati Generali degli Assistenti sociali
Gianmario Gazzì, Barbara Rosina

I TEMI DI WELFARE OGGI

- 23** Il contrasto alla povertà e le misure di politica attiva del lavoro
Federico Di Leo
- 33** L'educazione terapeutica nella gestione socio-sanitaria delle malattie croniche. La comunicazione nella diagnosi educativa
Antonio Alfano

VOCI DAL FORUM NON AUTOSUFFICIENZA

- 39** Donne e *caregiving*: lo stress invisibile
Sara Saltarelli, Fiorinto Scirgalea
- 48** Verso una rinnovata *governance* dell'integrazione socio-sanitaria territoriale
A cura di Giovanni Viganò e Arianna Zanon

IL PREMIO WELFARE OGGI

- 54** Il Bando Edizione 2023

DIRETTORE RESPONSABILE
MANLIO MAGGIOLI

DIREZIONE
RITA CUTINI

RESPONSABILE EDITORIALE
FRANCESCO SINIBALDI
fsinibaldi@maggioli.it

CONTATTI
welfareoggi@gmail.com

Progetto Grafico
Alessandro Dante
Niki Caragiulo
Vladan Saveljic

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

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

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

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

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

Si ringrazia Francesco Casarelli per le foto
di copertina, dell'editoriale e dell'articolo
su Cutro.

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

Tutti i diritti riservati

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

Maggioli S.p.a.

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

I servizi del tuo abbonamento



**Rivista
Specializzata**



**Archivio
storico digitale**



**L'esperto
risponde**



Videocorsi

www.periodicimaggioli.it

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO

I prezzi dell'abbonamento annuale alla
rivista "Welfare Oggi" fino
al 31/01/2024 sono:

- > rivista in formato digitale + cartaceo
Euro 169,00 (Iva assolta dall'Editore)
- > rivista in formato digitale **Euro 99,00**
(comprensivo dell'Iva al 4% da
versare all'Erario)

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

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

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

- > formato digitale + cartaceo
a **Euro 67,00**
- > formato digitale a **Euro 49,00**
(comprensivo dell'IVA al 4% da
versare all'Erario)

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

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

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

Il pagamento dell'abbonamento può
essere effettuato con Bonifico Bancario
presso BANCO BPM S.p.A. -
filiale di Cesena -
IBAN: IT5900503423900000000112925
intestato a Maggioli S.p.a. - Periodici -
Via del Carpino, 8 - 47822 Santarcangelo
di Romagna (RN)
oppure online collegandosi al sito
shop.periodicimaggioli.it.

La rivista è disponibile anche nelle
migliori librerie.

In mancanza di esplicita revoca,
da comunicarsi in forma scritta entro
il termine di 45 giorni successivi
alla scadenza dell'abbonamento,
la Casa Editrice, al fine di garantire
la continuità del servizio, si riserva
di inviare il periodico anche per il
periodo successivo. La disdetta non
sarà ritenuta valida qualora l'abbonato
non sia in regola con tutti i pagamenti.
Il rifiuto o la restituzione dei fascicoli
della rivista non costituiscono disdetta
dell'abbonamento a nessun effetto.
I fascicoli non pervenuti possono essere
richiesti dall'abbonato non oltre 20 giorni
dopo la ricezione del numero successivo.

**Tutte le condizioni di abbonamento
sono disponibili su**
[www.periodicimaggioli.it/
terms-and-condition](http://www.periodicimaggioli.it/terms-and-condition)



Si può sconfiggere la povertà?

Rita Cutini

Direttrice Welfare oggi

“Le civiltà non sopravvivono con la forza bensì con il modo con cui rispondono alla debolezza; non con la ricchezza bensì con l’attenzione nei confronti dei poveri [...] Il valore che in assoluto ci dovrebbe interessare massimizzare è la dignità umana”.
(Jonathan Sacks, *La dignità della differenza*, 2004)



Nel 2005 Jeffrey D. Sachs nel suo volume *La fine della povertà*, indicava il 2025 come l’anno possibile per raggiungere l’obiettivo ambizioso, ma alla portata, di sconfiggere la povertà [1]. 10 anni dopo, nel 2015, nell’Agenda 2030 per uno sviluppo sostenibile, l’ONU individuava la “Povertà Zero” come il primo dei 17 obiettivi. “Non lasciare indietro nessuno” è stato il principio ispiratore dell’Agenda 2030, un principio fino a non molto tempo addietro condiviso, ribadito nei documenti ufficiali, nazionali ed internazionali, sbandierato nelle campagne elettorali. Sconfiggere la povertà non solo come una promessa utopica ma come un concreto programma fatto

di azioni, obiettivi, scelte politiche, testi normativi e fasi operative. Tanto che alla vigilia del 2019 si potevano rilevare a livello globale i dati di un arretramento della povertà verso percentuali e numeri assoluti davvero incoraggianti.

Dopo la pandemia, e dopo il riaccendersi e l’inasprirsi dei conflitti, non possiamo non pensare alla martoriata Ucraina, la tendenza positiva ha subito una drammatica inversione di segno, tanto che è ancora l’ONU a lanciare l’allarme: la promessa di uno sviluppo sostenibile e inclusivo, che non lasci indietro nessuno, è in pericolo. A maggio 2023 un nuovo documento delle Nazioni Unite fa il punto della strada percorsa e c’è davvero di che preoccuparsi: gli impatti della pandemia da Covid-19 hanno invertito tre decenni di costante progresso, con il numero di persone che vivono in povertà estrema che aumenta per la prima volta in una generazione. La ripresa dopo la pandemia è stata lenta e irregolare e il mondo si trova adesso ad affrontare molteplici rischi geopolitici, socioeconomici e climatici.

[1] JEFFREY D. SACHS, *La fine della povertà. Come i paesi ricchi potrebbero eliminare definitivamente la miseria dal pianeta*, Mondadori, Milano 2005; vedi anche: MARCO ZUPI, *Si può sconfiggere la povertà?*, Editori Laterza, Roma-Bari 2003, CRISTIANO GORI (2020), *Combattere la povertà. L’Italia dalla Social card al Covid-19*, Laterza, Bari.

Quella promessa di uno sviluppo equo, sostenibile, inclusivo è in pericolo. Se gli obiettivi dell'Agenda 2030, e in particolare la lotta alla povertà, non torneranno ad essere prioritari nelle azioni dei governi, solo un terzo dei paesi raggiungerà l'obiettivo di dimezzare il livello di povertà nazionale[2].

E l'Italia? L'Italia non sembra volersi candidare ad essere in quel terzo di Paesi che potranno raggiungere questo risultato che è insieme di civiltà ma anche, vale la pena ricordarlo, di sviluppo economico[3].

I dati Istat sono fin troppo chiari. Nel 2020, anno d'inizio della pandemia dovuta al Covid-19, la povertà assoluta ha toccato i suoi massimi storici e nel 2021, la situazione è rimasta la stessa: sono in condizione di povertà assoluta poco più di 1,9 milioni di famiglie (7,5% del totale da 7,7% nel 2020) e circa 5,6 milioni di individui (9,4% come l'anno precedente). Un milione e quattrocentomila sono i minori che in Italia vivono una condizione di povertà assoluta[4]. Sono stati pubblicati dati Istat del 2022 e mostrano un quadro pressoché invariato. Gli strumenti di contrasto alla povertà, come il reddito di cittadinanza, hanno probabilmente evitato il peggio, ma non è certo il momento di rallentare gli sforzi, piuttosto di incrementarli[5].

Non si tratta solo di un rallentamento fisiologico causato dall'impatto di eventi drammatici come la pandemia, ma sembra, ed è questo che è preoccupante, che l'agenda politica con le sue priorità, i suoi obiettivi, semplicemente non guardi più alla lotta alla povertà con lo stesso impegno, con lo stesso sforzo operativo e, *ça va sans dire*, senza lo stesso sforzo di finanziamento.

Il dibattito sul reddito di cittadinanza, e più in generale sulle politiche di welfare, risente di questa mancanza di visione di insieme. Gli strumenti, le formule, le modalità possono cambiare. Ma quello che non deve cambiare è l'obiettivo: sconfiggere la povertà. E su questo possiamo e dobbiamo fare di meglio.

Nel 1942 nell'isola di Ventotene Ernesto Rossi, nel suo confino con uno dei padri fondatori dell'Europa scriveva il suo noto saggio *Abolire la miseria* [6] e, sempre nel 1942, veniva pubblicato il *Piano Beveridge*. Un volume, quello di Ernesto Rossi, che è stato ripubblicato e riproposto più volte nel corso degli anni. Sconfiggere la povertà, come la definiva Beveridge, un male non necessario, è qualcosa a cui dobbiamo rinunciare? La lotta alla povertà non è qualcosa che riguarda solo chi ne è il beneficiario e chi si occupa di lui. Non è stato così in passato e tanto meno può esserlo oggi.

Ogni volta che si attenuano le disuguaglianze e che si redistribuiscono le ricchezze, per dirla in breve: ogni volta che una persona che si trova in una condizione di povertà e di fragilità trova aiuto e ascolto, a beneficiarne è tutta la costruzione sociale. Non solo i tanti itinerari individuali che si affrancano dal bisogno ma migliora anche il clima umano, relazionale e sociale nel quale noi tutti viviamo e non solo chi è in difficoltà.

C'è da chiedersi, in conclusione, se si debba, davvero, rinunciare all'ambizione se non di abolire la povertà, di abolirne almeno il volto più duro e odioso che è la miseria, che è la mancanza assoluta di mezzi, se non sia questo un obiettivo realistico e urgente anche e soprattutto dopo la pandemia. C'è una responsabilità comune che deve vedere impegnata la società civile, gli operatori sociali, e le politiche pubbliche nello stesso sforzo: restituire dignità e rispetto a tutti i suoi cittadini a partire dai più poveri, perché la vita sociale stessa riacquisti *grazia e civiltà*.

[2] United Nations, *General Assembly Economic and Social Council*, Progress towards the Sustainable Development Goals: Towards a Rescue Plan for People and Planet, Report of the Secretary-General (Special Edition), XX maggio 2023. https://sdgs.un.org/sites/default/files/2023-04/SDG_Progress_Report_Special_Edition_2023_ADVANCE_UNEDITED_VERSION.pdf.

[3] UN Sustainable Development Solutions Network (SDSN), *Europe Sustainable Development Report 2022*, dicembre 2022 <https://s3.amazonaws.com/sustainable-development-report/2022/europe-sustainable-development-report-2022.pdf>.

[4] ISTAT, *Le statistiche dell'Istat sulla povertà - Anno 2021 I maggiori consumi non compensano l'inflazione. Stabile la povertà assoluta*, 15 giugno 2022. https://www.istat.it/it/files/2022/06/Report_Povert%C3%A0_2021_14-06.pdf.

[5] ISTAT: *Comunicato stampa, Condizioni di vita e reddito delle famiglie - Anni 2021 e 2022*, 14 giugno 2023.

[6] ERNESTO ROSSI, *Abolire la miseria*, Laterza, Bari, 2002.

I corridoi umanitari: l'accoglienza dei rifugiati come fattore di resilienza

Daniela Pompei

Comunità di Sant'Egidio - Responsabile del Programma dei *Corridoi Umanitari*

La tragedia di Cutro di Calabria dello scorso 26 febbraio ha riproposto una domanda troppo a lungo elusa: esiste una via sicura, legale, per l'ingresso in Europa di chi fugge dalla guerra, dalla violenza, dalle calamità naturali?

È questa la drammatica contabilità delle morti nel Mar Mediterraneo negli ultimi anni.

Al 13 giugno 2023 sono stati contati, per l'anno in corso, 1.037 persone morte o disperse e dal 2015 ad oggi ne sono stimate 24.381 (fonte UHncr).

Sappiamo che sono numeri per difetto e che dietro a queste cifre c'è il dramma immenso di chi scappa da situazioni inumane con la speranza di un futuro e che, alle porte dell'Europa, trova una morte tragica e ingiusta. Infatti, non esistono vie legali e sicure per arrivare in Europa per chi, pure, sarebbe titolare di diritti riconosciuti a livello internazionale. Chi fugge dalla guerra ha diritto a chiedere asilo e richiedere lo status di rifugiato ma lo può fare solo dopo aver messo piede sul suolo europeo. Prima ci sono la traversata del deserto, i campi in Libia, i pericoli mortali del Mar Mediterraneo.

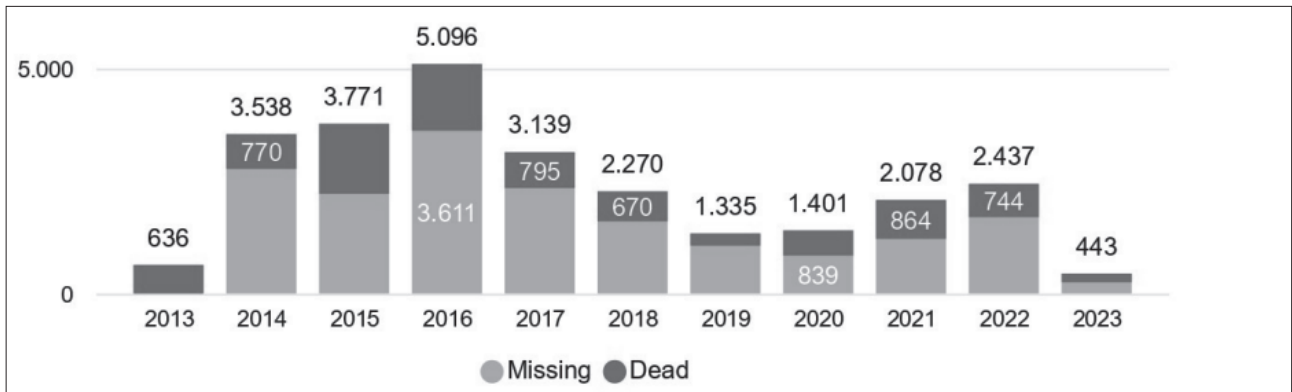
Di fronte alla drammatica situazione di migliaia di profughi spinti ad attraversare il Mediterraneo per raggiungere l'Europa in condizioni di grave rischio per la propria vita, nel 2015 la Comunità di Sant'Egidio, la Federazione delle Chiese Evangeliche in Italia, insieme alla Tavola Valdese, hanno sottoscritto un accordo di collaborazione con il Ministero degli affari esteri e della cooperazione internazionale, e il Ministero dell'interno, per l'apertura di corridoi umanitari attraverso la *sponsorship* fornita dai soggetti propo-

[1] Cfr. MARIO MARAZZITI (2023), *La grande occasione, viaggio nell'Europa che non ha paura*, Edizioni Piemme, Milano e ROBERTO MOROZZO DELLA ROCCA (2023), *Corridoi umanitari. Una risposta a una crisi planetaria*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano).



iStock.com/Joel Carillo

Dead and missing by year 2013 - 2023



Fonte: UNHCR <https://data.unhcr.org/es/dataviz/95#>

Che cosa sono i corridoi umanitari allora: una delle possibili vie legali e sicure per permettere a chi ne ha diritto di arrivare in Europa. Si tratta di un accordo che prevede un partenariato dinamico tra soggetti istituzionali e non istituzionali con un ruolo rilevante della società civile. Il progetto è completamente autofinanziato dalle associazioni proponenti. Questo protagonismo della società civile è un aspetto importante che va sottolineato e che introduce il tema della resilienza: promuovere la resilienza, la capacità per i rifugiati di reagire e superare con successo il dramma della guerra e la fuga dalla propria terra di origine. Ma anche promuovere la resilienza della società civile che, di fronte al fenomeno epocale delle migrazioni, si ri-organizza e organizza le risorse interne e relazionali per fare dell'accoglienza un'opportunità. La resilienza di comunità.

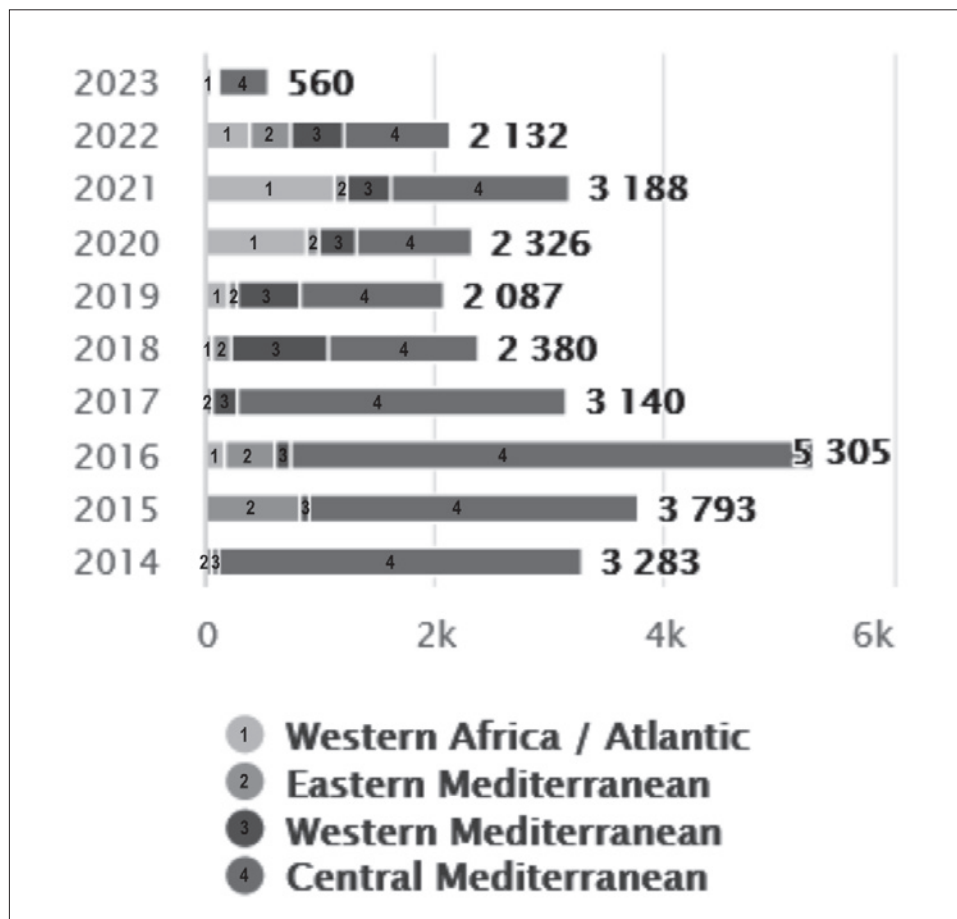
È un programma, il primo di questo genere in Europa, che ha come principali obiettivi quelli di evitare i viaggi con i barconi nel Mediterraneo, che hanno già provocato un numero molto alto di vittime, tra cui molti bambini; di impedire lo sfruttamento di chi fugge dalle guerre da parte dei trafficanti di uomini; di concedere a persone in condizioni di vulnerabilità un ingresso legale sul territorio italiano ed europeo. I corridoi umanitari si propongono come un modello replicabile dagli Stati dell'area Schengen. L'azione umanitaria si rivolge a tutte le persone in condizioni di vulnerabilità, indipendentemente dalla loro appartenenza religiosa o etnica. Finora sono giunti in Italia con il progetto dei Corridoi umanitari oltre 5.426 profughi, per lo più siriani, del Corno d'Africa e dell'Afghanistan.

Il programma dei Corridoi Umanitari è attivo in Italia, Francia, Belgio, Repubblica di San Marino e Andorra. I rifugiati giunti in Europa al 14 giugno 2023 sono 6.288. Una volta giunti in Italia, ai profughi viene offerta un'accoglienza diffusa sul territorio, un'integrazione nel tessuto sociale e culturale italiano attraverso l'apprendimento della lingua italiana, la scolarizzazione dei minori ed altre iniziative.

Vorrei ora brevemente soffermarmi sul modello di integrazione che il progetto dei corridoi umanitari propone. Un modello di accoglienza diffuso, comunitario, disseminato su tutto il territorio nazionale, affidato non a specialisti, non a grandi centri o a grandi organizzazioni, ma a persone, gruppi, parrocchie, associazioni che mai prima avevano fatto l'accoglienza. Il 67% di chi oggi è impegnato nel progetto dei corridoi umanitari è la prima volta che accoglie.

C'è un punto tecnico che merita di essere sottolineato ed è uno dei tratti significativi della proposta dei corridoi umanitari e che spiega anche i buoni risultati ottenuti: si chiama *sponsorship* o prestazione di garanzia. Quello della *sponsorship* non è un modello del tutto nuovo, ed è praticato da alcuni paesi tra cui il Canada ma è nuovo per l'Europa. La *sponsorship* è una forma di ingresso legale, su larga scala, programmata e con criteri predefiniti, che prevede il coinvolgimento attivo della società civile nelle sue varie forme: associazioni, parenti, amici ecc. Lo sponsor si fa carico per il primo anno dell'onere dell'accoglienza di un nucleo familiare, di singoli rifugiati o di migranti economici. La *sponsorship* è una delle varie modalità

Dead and missing by migration route



Fonte: IOM <https://dtm.iom.int/europe/dead-and-missing>
 Diapositiva 4

che prevede ingressi regolari e controllati, per governare e non subire il fenomeno migratorio, e va distinta da un'altra importante politica di ingresso legale che è il *resettlement* di cui ultimamente si parla molto. Sono due modalità importanti ma diverse e non sovrapponibili. Il *target*, ad esempio, è differente: i corridoi umanitari sono rivolti prevalentemente a potenziali richiedenti asilo (per intenderci coloro che altrimenti farebbero la traversata del Mediterraneo sui barconi della morte) a differenza del reinsediamento gestito dalle Nazioni Unite e dagli Stati europei che è rivolto a persone che hanno già il riconoscimento di rifugiato. Due programmi complementari, quindi, che si integrano a vicenda. Per fare l'esempio dell'Italia nel 2015-2017 ha fatto un accordo per il reinsediamento di 2000 rifugiati riconosciuti dall'ONU (Turchia e Libano) ai quali si sommano le 2.500 persone che han-

no ottenuto l'ingresso legale con i corridoi umanitari. Cioè 4.500 persone in totale).

Cosa evita questo modello comunitario e diffuso: il traffico degli esseri umani, i viaggi pericolosi, i mega centri, le difficoltà di integrazione, una gestione a posteriori e tardiva quando le persone sono arrivate sul nostro territorio, ecc. Cosa garantisce: un'accoglienza diffusa, con un impatto sociale minore, con prospettive lavorative e di inserimento più facili.

I corridoi umanitari sono solo una mera proposta organizzativa? *C'è qualcosa di più* e riguarda i benefici per la società che accoglie.

L'accoglienza, infatti, ricostruisce la comunità, la comunità ospitante, in questo caso quella degli italiani: "Tutti danno una mano". L'accompagnamento alle visite mediche, i documenti, la ricerca del lavoro, la spesa, l'insegnamento della lingua, insomma, le respon-

sabilità dell'accoglienza, richiedono di unirsi, di capirsi, di affidarsi l'un l'altro, in una parola richiedono la presenza di una comunità, di una società civile attiva, partecipe. La comunità, quindi, come conseguenza e risultato dell'accoglienza. La comunità, ogni comunità umana, nasce e si rafforza nell'accoglienza, muore e si isterilisce con i muri. È un dato di fatto.

Box 1

Il progetto "apertura di corridoi umanitari" è un caso particolarmente significativo e originale di *sponsorship* che si rivolge a persone potenzialmente titolari di protezione internazionale e sicuramente vulnerabili. La sua applicazione non riguarda solo l'ingresso protetto ma dà luogo ad un modello di inclusione sociale basato sulla partecipazione di reti solidali sparse su tutto il territorio nazionale. Questa buona pratica può essere la premessa di due sviluppi normativi: uno riguardante la possibilità di utilizzare più largamente la figura del visto umanitario (modificando l'attuale disciplina dell'art. 25, Regolamento n. 810/2009). Il secondo sviluppo potrebbe essere costituito dalla affermazione della *sponsorship* come canale di ingresso legale ordinario anche riguardo alle politiche dell'immigrazione.

I dati sui primi 2031 (i primi due protocolli di siriani dal Libano) confermano la bontà di questo modello di accoglienza. I primi arrivi dal febbraio 2016, gli ultimi a novembre 2018.

Sui 2031, il 40% sono minori: è stato possibile inserirli, nella totalità e con pochissime difficoltà, nel nostro sistema scolastico. 305 adulti (il 25%) hanno trovato un lavoro stabile. 55 frequentano corsi universitari (6%) (altre unità frequentano corsi professionali). 190 i soggetti impegnati (associazioni, parrocchie, gruppi di famiglie ecc.).

Abbiamo contato 14.000 persone del nostro paese che in modo diverso hanno dato il loro contributo: non un'accoglienza di pochi e specializzati, ma l'accoglienza di un paese, di un gruppo parrocchiale ecc. I tempi: singoli un anno, nuclei 2 anni.

Un recente rapporto della Banca Mondiale, dal titolo significativo *Des Systemes de migration plus resilients sont essentiels au bien-etre socioeconomique dans la region mediterraneenne*, ha valutato le conseguenze della pandemia traendo delle indicazioni importan-

ti sulle future politiche migratorie nella regione del Mediterraneo. La Banca Mondiale estorta "i Paesi del Nord e del Sud del Mediterraneo a mettere in campo dei sistemi di migrazione più resilienti per resistere meglio agli *shock* futuri, (...) e, in modo sorprendente sottolinea la Banca Mondiale – il bisogno urgente di politiche più progressiste (...) di rinforzare la cooperazione tra Paesi del Nord e del Sud e di costruire dei sistemi migratori che guardano al futuro, che favoriscano una integrazione economica per affrontare delle nuove crisi"[2].

E, ancora, nel piano di azione per l'integrazione e l'inclusione 2021/2027 della commissione europea c'è un passaggio chiave che torna con parole diverse sullo stesso tema: "Garantire un'efficace integrazione e inclusione dei migranti nell'UE – si legge nel piano di azione – è un investimento sociale ed economico che rende le società europee più coese, resilienti e prospere. L'integrazione e l'inclusione possono e dovrebbero essere un processo vantaggioso per tutti, che va a beneficio dell'intera società"[3].

La parola resilienza ha conosciuto in questi ultimi anni un successo che non sempre le ha giovato, ma si tratta di una parola significativa anche e soprattutto quando è riferita alla comunità. Il concetto di comunità resilienti ha che fare con le qualità di una determinata comunità. Si sono molto studiate le reazioni delle comunità o delle città ai disastri e dopo la pandemia e il riaccendersi drammatico dei conflitti, vediamo come le relazioni, i legami, i tessuti familiari e sociali, siano messi a dura prova.

Ma una comunità resiliente, così come un bambino resiliente, non è una comunità perfetta, senza problemi, super dotata, (efficiente, smart, ben organizzata ecc.) ma una comunità che i problemi li affronta, che ha le risorse interne per affrontarli.

Una comunità resiliente non è una comunità autosufficiente ma, al contrario, che fa dell'interdipendenza

[2] *Communiqués de presse 15 giugno 2022 Des Systemes de migration plus resilients sont essentiels au bien-etre socioeconomique dans la region mediterraneenne.*

[3] Commissione Europea, Comunicazione della Commissione al Parlamento europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni Piano d'azione per l'integrazione e l'inclusione 2021-2027 <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/Documents/Piano-azione-per-integrazione-e-inclusione-2021-2027.PDF>.

la sua forza, e del patrimonio relazionale la risorsa per affrontare con successo i cambiamenti che si presentano all'orizzonte.

La resilienza – come affermano i suoi teorici – è dunque un processo complesso, un risultato, l'effetto di una interazione tra l'individuo e il suo ambiente. E il punto-chiave di questa relazione è la capacità di essere in relazione con l'altro: non si è resilienti di fronte a tutto, non importa cosa, e non lo si è in tutti i casi da soli, senza essere in relazione. La resilienza ha dunque a che vedere con il legame.

L'accoglienza di chi viene da altri Paesi, quindi, può essere un fattore potente di resilienza. Boris Cyrulnik, psicologo teorico della resilienza, utilizza un'espressione importante: la resilienza non significa resistere, ha a che fare con l'imparare a vivere una nuova vita. Sappiamo che questo è vero per chi vive la condizione di rifugiato. Forse poco ci si è soffermati su cosa significa questa nuova vita per le comunità che accolgono. La resilienza è un concetto dinamico che definisce una comunità flessibile che sa cambiare. Una comunità resiliente è una comunità che sa cosa è l'integrazione: non un processo uni-

direzionale ma aperto: cambia chi è accolto, cambia chi accoglie.

Si pone con urgenza la domanda su quali politiche di integrazione siano necessarie per permettere ai nuovi cittadini europei di desiderare di fermarsi e costruire il loro futuro con noi. Un elenco non esaustivo degli obiettivi e delle azioni più urgenti:

1. Sul modello dei corridoi umanitari anticipare il prima possibile la **presa di contatto con il richiedente** la protezione umanitaria, addirittura nei paesi di transito ove possibile, prevedendo ad esempio lezioni d'italiano *online*.
2. **I corsi di lingua italiana** dovrebbero essere previsti fuori dai centri di accoglienza: nelle scuole, nelle associazioni, nelle biblioteche, nelle parrocchie. Concentrare le attività nei centri riduce le possibilità di entrare in contatto con il contesto sociale e comunitario di un territorio, sprecando occasioni preziose.
3. **Procedure amministrative**, accurate, efficienti, veloci. Questo è un elemento chiave del percorso d'integrazione: i tempi prolungati provocano un aumento dei movimenti secondari, rendono instabili e precari i percorsi di inserimento del richie-





dente con la conseguente delusione e scoraggiamento. Non sono rari problemi di depressione e sofferenza psichica in questa fase dell'esistenza dei giovani richiedenti la protezione internazionale. Esempio: prima della pandemia, la procedura di riconoscimento dello *status* dei richiedenti inseriti nel percorso dei corridoi umanitari si concludeva in circa 6 mesi dall'arrivo e questo aiutava tutto il percorso. Oggi il percorso può durare anche oltre un anno. Anche solo il primo step che permette di avere in mano un permesso provvisorio facilita la ricerca di un lavoro, l'ingresso nella scuola, l'accesso al sistema sanitario. Le procedure burocratiche non sono le nemiche dell'integrazione, anzi quando funzionano e sono rapide sono fondamentali, il problema è quando sono lunghe, farraginose ed eccessivamente complicate.

4. **La rete, le azioni sinergiche sono elemento chiave.** Anche questo periodo di pandemia ce lo ha insegnato. Mettere in rete **il sistema scuola e il sistema salute** fin dalle prime fasi, quelle dell'accoglienza. La dispersione scolastica e le mancate cure sono fenomeni statisticamente rilevanti tra questo gruppo di popolazione e non sono problemi di poco conto. Qui è necessario sottolineare l'importanza della figura di mediatori culturali che orientino e facilitino l'accesso alla scuola e alla salute.
5. Lavorare sulla semplificazione del sistema **di riconoscimento dei titoli di studio**, per facilitare e velocizzare l'inserimento lavorativo.
6. Uniformare il sistema di riconoscimento dei documenti di identificazione (esempio le poste non riconoscono come documento di identità il titolo di viaggio rilasciato dal ministero dell'interno ai riconosciuti rifugiati).
7. Mettere in grado tutti di potere accedere alla rete: tema cruciale che va dai tablet ai centri polifunzionali con postazioni internet.
8. Prevedere la prima accoglienza dei richiedenti in piccoli centri.

I grandi numeri sono nemici dell'integrazione. Un sistema di piccoli centri, invece, non concentrati ma disseminati in modo capillare sul territorio, situati non in luoghi isolati e/o irraggiungibili, collegati facilmente con le scuole, con i servizi sanitari, con l'amministrazione locale.

Se il percorso di ingresso e inserimento è accom-

pagnato e sostenuto i migranti sono veramente una grande *chance* per le nostre società, da non farsi sfuggire, diventano dei veri patrioti. Penso alle storie positive dei tanti ormai giunti in Italia e in alcuni paesi europei con i corridoi umanitari.

Partecipare a pieno titolo alle nostre comunità, contribuire a renderle migliori, questa è l'aspirazione di tanti giovani che arrivano da Paesi e storie dolorosissime. Questo è il loro desiderio appena giungono nei nostri Paesi ed è nostro interesse non deludere questo desiderio. Anna è una donna siriana venuta in Italia con i corridoi umanitari, nel 2020, fa la badante di una signora anziana, adora il *make-up*, e ha le idee chiare sul suo contributo all'Italia in cui ora vive. Così risponde in una intervista: "Non siamo qui per mangiare e per dormire, siamo qui per studiare, lavorare e collaborare. Vogliamo partecipare alla comunità che ci ha accolto": è proprio di questo che abbiamo bisogno.

Box 2

I corridoi umanitari in cifre

dati aggiornati al 15 giugno 2023

I corridoi umanitari hanno permesso, dal febbraio 2016, a 6.288 persone di raggiungere l'Europa in sicurezza. I Paesi di origine dei rifugiati più rappresentati sono Siria, Eritrea, Afghanistan, Somalia, Sudan, Sud Sudan, Iraq, Yemen, Congo, Camerun.

L'Italia ha accolto 5.426 persone dai seguenti Paesi:

- 2.544 dal Libano (siriani ed iracheni)
- 926 dall'Etiopia
- 373 dalla Grecia
- 501 dalla Libia
- 148 dal Niger
- 104 dalla Giordania
- 763 dall'Afghanistan
- 64 da Cipro.

Altri Paesi europei hanno accolto 862 persone:

Francia ha accolto 596 persone, tra cui 590 dal Libano, 6 dalla Grecia;

Belgio ha accolto 223 persone dal Libano;

Andorra ha accolto 22 persone dal Libano.

Inoltre, con un programma di ricollocamento, Germania e Svizzera hanno accolto rispettivamente 18 e 3 persone dalla Grecia.

Fonte: www.santegidio.org



iStock.com/Hispanolistic

Riferimenti bibliografici

- POMPEI D. (2012), *Immigrazione. Identità, Diversità, Eguaglianza*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- POMPEI D. (2013), *Le parole dell'immigrazione Guida pratica per gli operatori sociali*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- POMPEI D., CUTINI R. (2018), *La differenza come opportunità. Il tema dello "straniero" nella riflessione contemporanea*, Esperienze sociali, vol. 101.
- POMPEI D., CUTINI R. (2018), *The Humanitarian corridors: a legal and safe alternative to deaths in the Mediterranean sea*, in *Collective Intelligence and Innovative Territories. Transitions, Cultural Changes and Inequalities* 17th International Conference of International Network of Territorial Intelligence 4rd International Conference of the ICSR Mediterranean Knowledge...: Gutenberg, Edizioni, Penta di Fisciano.



Un modello di accoglienza ed integrazione. I Corridoi Umanitari nel Comune di Baschi (Terni)

Francesco Casarelli

Assistente Sociale, collabora con la Comunità di Sant'Egidio nel progetto dei *Corridoi Umanitari*

Chi amministra un piccolo Comune in Italia oggi deve fare i conti con problemi come le scuole che chiudono per mancanza di alunni, gli anziani soli da assistere, i centri storici che si stanno desertificando, le aree agricole abbandonate e l'impatto economico-sociale che tutto ciò comporta; la concretezza e la drammaticità di questi problemi, spesso, hanno ben poco a che vedere con quanto viene dibattuto, nei salotti o nei talk show politici, a livello nazionale.

In questo contesto è nata l'esperienza di accoglienza che ha preso l'avvio sotto l'impulso dell'Amministrazione del Comune di Baschi in Provincia di Terni. I piccoli centri, differentemente dalle metropoli più anonime e dispersive, potrebbero avere delle ottime potenzialità nel lavoro di integrazione dei migranti, proprio a motivo delle loro caratteristiche che favoriscono una dimensione di vita più comunitaria, dove sono più semplici gli scambi e le interazioni tra le persone. E forse sarebbe un'azione lodevole da parte degli amministratori, quella di saper suscitare queste risorse, aprendosi all'accoglienza, in vista dei benefici che ne conseguirebbero. Occorre però far presto.

È oramai noto che la popolazione italiana è in costante decrescita: da 59,2 milioni al 1° gennaio 2021 a 57,9 mln nel 2030, a 54,2 mln nel 2050, fino a 47,7 mln nel 2070. Il rapporto tra individui in età lavorativa (15-64 anni) e non (0-14 e 65 anni e più) passerà da circa tre a due nel 2021 a circa uno a uno nel 2050[1].

Il problema demografico che affligge oramai da tempo il nostro Paese, assume i suoi aspetti più preoccupanti nelle cosiddette "aree interne", caratterizzate da quella costellazione di piccoli borghi e comuni tra campagna coltivata e pascoli montani, che, da sempre, rappresentano in modo chiaro e definito il paesaggio antropico italiano e, in un certo modo, sono tra le sue ricchezze.

Andrea Riccardi, in un suo recente libro-intervista, riferisce un dato significativo: nell'ultimo decennio la superficie forestale italiana è aumentata del 20%. Questa notizia, pur essendo molto positiva dal pun-

to di vista ecologico, evidenzia purtroppo il fenomeno dell'abbandono di terre che un tempo erano coltivate [2].

Così anche per il Comune di Baschi, nella provincia di Terni, pur caratterizzato da un livello di vivibilità ben superiore a quello delle grandi città (grazie anche all'accessibilità e al buon funzionamento dei servizi pubblici), nonché da importanti risorse naturalistiche (traino di un certo tipo di turismo) ed eccellenze nella produzione agricola (l'olio di oliva è tra le più importanti), si sta assistendo a quel fenomeno dello spopolamento (e al conseguente invecchiamento della popolazione residente), che affligge tantissimi piccoli centri della Penisola.

Esaminando i dati demografici dell'Ufficio demografico del Comune di Baschi, il quadro che emerge non

[1] ISTAT, Rapporto 2022.

[2] ANDREA RICCARDI, LUCIO CARACCILO, *Accogliere*, Piemme, Casale Monferrato, 2023. Vedi anche ROBERTO VOLPI, *Gli ultimi italiani. Come si estingue un popolo*, ed. Solferino, Milano, 2023.



è incoraggiante. Il Comune di Baschi, oltre al centro omonimo, comprende altre 9 frazioni sparse in un'area di 68,1 kmq, per un totale di 2570 abitanti[3]. È una popolazione composta principalmente da anziani; infatti la fascia di età 0-18 anni è il 14,77% a fronte del 43,29% rappresentato dalla fascia che va dai 55 anni in su, fino agli ultra settantacinquenni. Secondo gli ultimi dati Istat, l'età media della popolazione residente è di 49,60 anni (48,37 per gli uomini e 50,78 per le donne) e l'indice di vecchiaia (rapporto tra popolazione ultrasessantacinquenne e popolazione di età 0-14) è 276,87, ben superiore all'indice di vecchiaia dell'intera nazione italiana che, al momento, è inferiore a 250.

Appare chiaro che, a fronte di questi dati, qualsiasi politica in favore dell'incremento della natalità, per quanto lodevole e necessaria, non sarà mai sufficiente, almeno nel breve periodo, ad invertire questa crisi demografica, se non sarà accompagnata da inizia-

tive parallele frutto di una visione strategica e lungimirante.

I sindaci (di qualsiasi appartenenza partitica) dei piccoli centri ne sono ben consapevoli e, molti di loro, lasciando i messaggi propagandistici ai dibattiti della politica nazionale, si stanno adoperando, con fantasia e creatività, al fine di trovare soluzioni concrete e praticabili.

Chi amministra un piccolo Comune in Italia oggi deve fare i conti con problemi come le scuole che chiudono per mancanza di alunni, gli anziani soli da assistere, i centri storici che si stanno desertificando, le aree agricole abbandonate e l'impatto economico-sociale che tutto ciò comporta; la concretezza e la drammaticità di questi problemi, spesso, hanno ben poco a che vedere con quanto viene dibattuto, nei salotti o nei *talk show* politici, a livello nazionale. In questo contesto è nato l'incontro tra i Corridoi Umanitari della Comunità di Sant'Egidio e l'Amministrazione del Comune di Baschi (TR) che ha dato luogo all'interessante esperienza di accoglienza ai rifugiati che ora descriverò.

[3] Ufficio Demografico del Comune di Baschi (TR).



L'esperienza nasce in un modo un po' casuale. In occasione dell'edizione 2022 dello "Human Right International Film Festival", il direttore artistico Francesco Cordio, organizzò un evento con lo scopo di illustrare al pubblico presente il lavoro dei Corridoi Umanitari [4]. Dopo l'incontro nacque, su iniziativa del sindaco Damiano Bernardini e dell'assessora ai Servizi Sociali Federica Fedeli, l'idea di offrire ospitalità ad alcune giovani famiglie di rifugiati con bambini, in uno dei nove borghi che compongono il Comune di Baschi. Questa idea fu concepita sia come un gesto di solidarietà verso persone che fuggivano dalla guerra, sia come una risposta al bisogno di ripopolare quelle aree, immettendo nel territorio famiglie possibilmente giovani e prolifiche.

A questa idea seguirono vari momenti di confronto e progettazione, tra la Comunità di Sant'Egidio e l'Amministrazione di Baschi, che diedero vita ad un percorso di accoglienza ed integrazione che a tutt'oggi, secondo il parere di chi scrive, potrebbe rappresentare una buona prassi (per altro a "costo zero" per le casse comunali) replicabile in altri contesti.

È utile, riassumendo per sommi capi questo percorso, cercare di identificare i punti di forza di questa iniziativa.

Innanzitutto si decise di partire, in via sperimentale ad accogliere un primo nucleo, proprio perché era

una strada nuova per il Comune di Baschi, tutta da esplorare e da costruire.

La prima questione che si pose fu il reperimento delle risorse necessarie all'accoglienza e cioè la casa e il lavoro. Per quanto riguarda l'abitazione fu individuato un immobile sfitto nella frazione di Civitella del Lago, un piccolo e pittoresco borgo di 458 abitanti[5]. Il criterio della scelta fu quello di privilegiare uno dei borghi più in sofferenza dal punto di vista demografico e dove l'offerta degli alloggi fosse più conveniente dal punto di vista economico, condizione necessaria per un nucleo familiare di rifugiati all'inizio del percorso di autonomia. L'ubicazione dell'abitazione era esattamente al centro del paese, a pochi metri dalla scuola e dagli altri servizi; ciò avrebbe favorito i processi di socializzazione necessari all'integrazione del nucleo. Per quanto riguarda il lavoro, la Cooperativa di Comunità "De' Pazzi"[6] aveva necessità di assumere un nuovo operaio. La gestione degli oliveti, dalla potatura, alla raccolta delle olive, alla produzione dell'olio sono i punti di forza della Cooperativa che tutt'ora fatica a reperire sul territorio le risorse umane necessarie. Grazie all'intelligente gestione del suo presidente, Luca Trippini, la Cooperativa ha conosciuto negli ultimi anni, un'importante espansione e, per questo, furono ben lieti di allargare il proprio organico, assumendo un nuovo elemento [7].

La seconda questione fu quella di individuare il nucleo familiare beneficiario di questa accoglienza. Tra i tanti nuclei accolti dalla Comunità di Sant'Egidio con i Corridoi Umanitari, la scelta cadde sulla famiglia composta da A.A. (28 anni), R.A (23 anni) e i loro due bambini di 4 e 3 anni; era una coppia con figli di giovani rifugiati mussulmani provenienti dalla Siria, fuggiti dagli orrori della guerra, approdati a Beirut e giunti in Italia, attraverso il corridoio libanese, da circa 10 mesi. A.A. aveva avuto già esperienze di lavoro in Libano nella coltura dell'olivo e questo faceva di lui il candidato ideale per il posto di lavoro of-

[4] Un interessante festival del cinema per i diritti umani che si tiene ogni anno a Baschi.

[5] Dato ISTAT che comprende anche i residenti che materialmente sono domiciliati altrove.

[6] Un interessante caso di imprenditoria no-profit nata con il duplice obiettivo di creare, da una parte, opportunità di lavoro per i giovani e, dall'altra, di valorizzare le eccellenze e le risorse del territorio.

[7] È possibile conoscere le attività della Cooperativa consultando il sito web: www.depazzi.org.

ferto. In più il nucleo aveva completato il periodo della prima accoglienza ed era pronto per il “salto” verso la piena autonomia.

La terza questione fu il lavoro di preparazione rivolto alla gente di Civitella del Lago, circa l'arrivo nella loro comunità di una famiglia di rifugiati proveniente dalla Siria. Sono stati organizzati incontri e riunioni nelle quali l'Amministrazione comunale ha spiegato il progetto di accoglienza e dove si è chiesto il sostegno di tutti. Questo punto è stato decisivo per la buona riuscita del progetto. Infatti, grazie al lavoro di comunicazione e di sensibilizzazione, effettuato dall'assessora Federica Fedeli, praticamente l'intero borgo è stato coinvolto nel progetto di accoglienza. La gente di Civitella del Lago ha ben compreso l'importanza dell'inserimento nella propria comunità di una giovane famiglia. Qualcuno, tra i più anziani, lo disse anche esplicitamente: “finalmente arrivano altri bambini!”. Così tutto il borgo si è mobilitato in vista di questa accoglienza. Sono state organizzate in modo spontaneo raccolte di fondi, di mobili e di attrezzature per la casa. Ognuno volle donare qualcosa affinché i nuovi arrivati si fossero sentiti accolti ed apprezzati.

Quando A.A. e R.A. sono giunti a Civitella del Lago, nel mese di marzo 2023, oltre al sindaco e all'Amministrazione comunale, c'era tutto il borgo a festeggiare il loro arrivo. A.A. e R.A., visibilmente commossi, ringraziarono tutti i presenti “... per l'accoglienza e per l'occasione che veniva loro offerta”.

Oggi, dopo quasi 5 mesi, la famiglia di A.A. e R.A. è pienamente inserita nel nuovo contesto nel quale hanno raggiunto un ottimo livello di integrazione, sia a livello lavorativo, sia a livello linguistico. Pagano rego-

larmente l'affitto della casa e delle utenze. Intrattengono significative relazioni sociali di amicizia partecipando attivamente alla vita comunitaria. Si dichiarano felici e soddisfatti di questa nuova esistenza e hanno tanti progetti per il loro futuro che vedono a Civitella del Lago.

Questa storia è forse la dimostrazione che i piccoli centri, diversamente dalle metropoli più anonime e dispersive, avrebbero delle ottime potenzialità nel lavoro di integrazione dei migranti, proprio a motivo delle loro caratteristiche che favoriscono una dimensione di vita più comunitaria dove sono più semplici gli scambi e le interazioni tra le persone. E forse sarebbe un'azione lodevole da parte degli amministratori, quella di saper suscitare queste risorse, aprendosi all'accoglienza, in vista dei benefici che ne conseguirebbero. Occorre però far presto perché l'Italia, nella sua globalità, sta invecchiando sempre di più. Una società invecchiata avrà molte più difficoltà ad integrare e sarà esposta ad un inevitabile declino.

In conseguenza di questa esperienza positiva, il Comune di Baschi, continuando la collaborazione con i Corridoi Umanitari di Sant'Egidio, vuole esplorare la possibilità di aprirsi ad altre nuove accoglienze, sempre nell'ottica di rispondere, con azioni di solidarietà, all'esigenza di ripopolare i propri borghi. Questo rappresenta una risposta intelligente di fronte ai drammi del nostro tempo, è un importante fatto di solidarietà, è la capacità politica di trasformare un'emergenza, quella delle migrazioni, in un'opportunità; come ha scritto qualcuno, in una grande occasione.

Stati Generali degli Assistenti sociali

Per i diritti di ogni persona

Gianmario Gazzì*, Barbara Rosina**

* Presidente Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali

** Vicepresidente Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali

Il perché dell'organizzazione degli Stati Generali degli Assistenti sociali italiani è piuttosto semplice da intuire. Senza scomodare Tremezzo[1], da tempo si sentiva l'esigenza da parte della professione di uno spazio dedicato di riflessione e di definizione di priorità. Un'esigenza forte e sentita da parte di ogni assistente sociale che ha trovato risonanza nell'Ordine professionale, in tutte le sue articolazioni regionali e nazionali.

Affrontare la complessità, provare a comprendere un'epoca evidentemente nuova, contrastare i meccanismi di una società fortemente diseguale e frammentata, richiedeva a tutti noi di sollevare domande e provare a costruire le basi per risposte adeguate da parte della professione.

Rammandare gli strappi che nel tessuto delle nostre comunità si stanno verificando, richiede agli e alle assistenti sociali nuovi strumenti e competenze, nuove strategie e soprattutto una visione che accolga il cambiamento che si svela essere ineludibile nelle sue opportunità come nelle sue ingiustizie.

Il percorso, non il singolo evento, ha visto la sua realizzazione in alcune tappe itineranti e nella tre giorni conclusiva coincidente con il trentennale dell'approvazione della legge 84 del 1993: "Ordinamento della professione di Assistente sociale e istituzione dell'albo professionale". Una mobilitazione di quasi duemila professionisti in presenza, nelle diverse conferenze, e di oltre diecimila da remoto. Incontri che hanno visto il coinvolgimento di molti rappresentanti della politica e delle istituzioni, quattro ministri e un viceministro dei due governi che si sono succeduti, docenti universitari e studiosi, assistenti sociali, ma soprattutto persone esperte per esperienza.

Nelle riflessioni che hanno accompagnato il cammino di un anno culminato negli Stati Generali, le nostre osservazioni sono partite dalla consapevolezza che nei primi vent'anni di questo millennio molte sono state le sfide, le crisi e la necessità di essere resilienti delle e degli assistenti sociali. Non è stato un periodo semplice per nessuno, senza un momento di sosta.

A cominciare dal dover affrontare la crisi finanziaria del 2008 tra le cui conseguenze ricordiamo la riduzione dei volumi di produzione, i cambiamenti nella politica dei prezzi, la disoccupazione e l'aumento della povertà, il crollo di alcune tra le più grandi imprese e banche ed il conseguente fallimento di piccoli privati. Sul campo, fin dall'inizio della grande crisi, quando il prodotto interno lordo è diminuito dell'1,2%, abbiamo affrontato l'aumento delle povertà, l'incremento delle vulnerabilità, le difficoltà e la solitudine, siamo stati a fianco di chi ha perso il lavoro, la casa, lo status sociale, il riconoscimento ed il rispetto, e abbiamo lottato contro politiche di *austerità* che colpivano servizi e persone.

Abbiamo sperimentato nuovamente l'intervento nelle maxi-emergenze del terremoto che ha ferito il nostro Paese nel profondo, per finire negli ultimi anni di pandemia, in prima linea a tutelare, negli ospedali e nei territori, chi era rimasto indietro, solo, escluso.

È noto che quella causata dalla pandemia è una delle peggiori recessioni economiche degli ultimi 150 an-

[1] Convegno dell'ottobre del '46 che ha rappresentato il momento fondativo per le politiche sociali dei decenni seguenti e per la nascente professione del servizio sociale, già allora chiamata a dare un apporto significativo alla ricostruzione sociale.



ni: l'impatto dell'epidemia da Covid-19 sull'economia mondiale è stato devastante e non è ancora possibile prevederne completamente gli effetti sul lungo periodo. La riduzione dei bilanci aziendali ha portato a una importante riduzione occupazionale e non possiamo non ricordare come questa crisi sanitaria abbia nuovamente accentuato la disparità di genere. I compiti di cura sono aumentati e le donne sono state le prime a perdere o a dover rinunciare al lavoro per poter far fronte a nuove esigenze familiari.

I professionisti assistenti sociali si sono trovati in prima linea, a fianco di persone colpite più di altre: ragazzini a rischio di abbandono scolastico, bambini rimasti chiusi in casa per un periodo lunghissimo, senza relazioni e senza opportunità, donne vittime di violenza, anziani, disabili, senza dimora, persone che hanno problemi di salute mentale o che vivevano per strada e hanno visto aggravarsi la loro condizione.

E non vogliamo dimenticare lo "scandalo" Bibbiano: ci siamo costituiti parte civile nel processo, se ci sono stati errori è giusto che vengano puniti, ma continuiamo a segnalare come la gestione delle informazioni e la strumentalizzazione dei fatti, con una attribuzione di responsabilità agli assistenti sociali non realistica e scorretta, abbiano minato il rapporto di fiducia con i professionisti e con il sistema di

protezione dei minori e delle famiglie. Esito: allontanare dai servizi chi ne ha davvero bisogno, incrementare le aggressioni ai danni degli operatori. Anche in questa occasione abbiamo continuato a lavorare, siamo rimasti nei nostri servizi, abbiamo portato avanti gli interventi di supporto, affiancamento, promozione, tutela, ma abbiamo colto l'occasione per riflettere e ragionare sulle strategie utili a individuare e contrastare i malfunzionamenti del sistema di protezione dei bambini e delle bambine e delle loro famiglie. Al contempo, ci siamo impegnati per incrementare la contro-narrazione di una professione la cui immagine viene spesso deformata e non può coincidere con il "sistema Bibbiano".

Da tutto questo abbiamo appreso tanto. Abbiamo rimesso in moto una riflessione sulle competenze e sulle ricadute etiche e deontologiche nel nuovo millennio. Ci siamo soffermati, soprattutto negli ultimi anni, a riprendere il nostro ruolo di *advocacy* e di testatori di relazioni. Abbiamo dato maggior attenzione alla nostra funzione di professionisti, sia nei confronti dello Stato sia nei confronti delle persone che sono meno tutelate dalla nostra Repubblica. L'articolo 3 della Costituzione deve rimanere il faro della nostra visione, ma insieme a ciò dobbiamo ripensare strumenti, tecniche, interventi e competenze per farlo oggi.

Gli obiettivi che ci siamo dati

Tre giorni che sono stati gli Stati Generali degli Assistenti sociali italiani e che hanno messo insieme la Giornata mondiale del servizio sociale e i Trent'anni dell'Ordine, insieme a una serie di approfondimenti su povertà, famiglie, professione, salute, narrazioni, luoghi di vita e diversità, competenze, Terzo settore e valutazione, dialogo interprofessionale.

Due sedute plenarie, il 21 e il 23 marzo – in presenza e online – presso il Centro Congressi Roma Eventi di Piazza di Spagna e nove *workshop* – soltanto in presenza – aperti alla comunità professionale. Un confronto con oltre 100 relatori: ministri, parlamentari, studiosi, esperti per esperienza e, naturalmente, assistenti sociali.

I tre giorni hanno chiuso il giro d'Italia cominciato dal Consiglio nazionale nell'aprile 2022 tentando di disegnare il domani di un ordine giovane e di una professione antica, grazie alla collaborazione di tutti i Consigli regionali dell'Ordine, e con la partecipazione delle associazioni di categoria ASit, Ass.N.A.S., Asproc, Fnas, SocISS, Sostoss e Sunas.

Nei trent'anni dalla costituzione dell'Ordine anche la vita ordinistica ha cambiato la sua fisionomia.

La consapevolezza delle grandi emergenze che il Paese ha affrontato e sta affrontando ha acuito il nostro spirito di corresponsabilità, sia nel nostro ruolo di corpi intermedi dello Stato, legittimati a tutelare gli interessi dei cittadini, che come professionisti del sistema dei servizi che portano avanti i principi e i valori della Costituzione e del nostro Codice deontologico.

In primo luogo, verso le persone, con le quali quotidianamente costruiamo progetti che sappiano intercettare non soltanto i bisogni materiali, ma soprattutto percorsi e buone pratiche per promuovere dignità, inclusione e giustizia sociale con e nelle comunità così fortemente provate da anni di crisi.

Tanti sono i passi avanti fatti nelle politiche del nostro Paese in termini di investimenti e di politiche: dall'istituzione di un reddito di ultima istanza, alla progressiva introduzione di livelli essenziali attesi da oltre 20 anni, al rimettere al centro del dibattito temi come non autosufficienza, integrazione sociosanitaria e salute mentale. Tanto è ancora da fare.

Quotidianamente, il nostro impegno si colloca nel solco di quanto ha affermato nel discorso di insediamento del 3 febbraio 2022 il Capo dello Stato, riconoscendo “la dignità come pietra angolare del nostro impegno”, rispondendo all'articolo 3 della nostra Carta Costituzionale, riconoscendo pari dignità sociale e uguaglianza a tutti i cittadini e cercando di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

L'obiettivo del nostro lavoro è stato e resta quello di poter avere uno spazio dedicato di riflessione e di definizione di priorità, condivise, per i prossimi anni.

Il processo messo in atto

In preparazione degli Stati generali il Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali e i Consigli regionali hanno dedicato un anno all'ascolto delle persone; abbiamo intrapreso un percorso – volutamente in luoghi diversi in Italia: Roma, Torino, Bari, Firenze – per dare voce a chi ha pochi spazi di espressione e costruire, insieme, una piattaforma di priorità e proposte condivise per l'inclusione, per i servizi, per la politica e per la riforma della nostra professione. Persone che vivono quotidianamente situazioni di vulnerabilità, che non rendono liberi, non garantiscono la possibilità di fare delle scelte ma inducono a continui compromessi.

Nell'anno trascorso abbiamo incontrato e ci siamo confrontati con rappresentanti di associazioni, con esperti per esperienza, con chi chiede il nostro intervento, con il Governo, con politici, decisori, amministratori, conoscitori dei diversi temi, accademici. Ai nostri quattro eventi hanno partecipato poco meno di diecimila persone, in presenza o collegati a distanza e attraverso i canali *social*.

La celebrazione del trentennale della costituzione dell'Ordine costituisce il punto di ripartenza per il rilancio programmatico delle priorità per noi assistenti sociali e per le persone che a noi si rivolgono. Uno sguardo alla storia, ma l'attenzione è ora alla sfida sul futuro del servizio sociale, a partire dalle competen-

ze e dalla formazione degli oltre 46mila professionisti iscritti all'Ordine.

Le aspettative e gli esiti

Nella strutturazione degli Stati Generali, che si sono aperti con la seduta plenaria celebrativa della Giornata mondiale del Servizio Sociale – il cui slogan quest'anno è “Rispettare la diversità attraverso un'azione sociale comune” e conclusi con la seconda plenaria celebrativa della legge istitutiva dell'Ordine – largo spazio è stato dedicato all'approfondimento di temi strategici per il servizio sociale professionale, le organizzazioni, la politica e i cittadini del nostro Paese nei nove *workshop*.

Per ogni tema individuato, povertà, famiglie, contesti professionali, salute, narrazioni, luoghi di vita e diversità, competenze, Terzo settore e valutazione, dialogo interprofessionale, l'attesa era quella di definire, attraverso un confronto con parlamentari, studiosi, esperti per esperienza, assistenti sociali e partecipanti agli eventi, priorità ed azioni sui quali concentrare la nostra attenzione nei prossimi anni.

Tra le priorità emerse nel workshop **assistenti sociali e contesti professionali**, rappresentate nella giornata finale dal consigliere CNOAS Claudio Pedrelli, l'accento è stato posto sul concetto di benessere organizzativo, sulla ricerca di un senso di appartenenza ad una comunità di lavoro, sui temi della multifocalità e iperspecializzazione con attenzione al ruolo delle figure dirigenziali e apicali ed alle competenze necessarie per i professionisti.

In riferimento al workshop **assistenti sociali e famiglie**, le priorità identificate e presentate dalla consigliera CNOAS Erika Tognaccini, nella consapevolezza dei cambiamenti nella società e le politiche, evidenziano la necessità di una riflessione sul ruolo dell'accompagnamento delle famiglie, e degli interventi nei contesti spontanei nei quali non è presente l'aspetto della tutela giudiziaria. L'attenzione deve essere rivolta all'abbandono di logiche frammentate e burocratizzate.

Come è emerso dalla restituzione della consigliera CNOAS Mirella Silvani, per quanto riguarda il tema **assistenti sociali e salute**, le priorità sono strettamente connesse all'osservazione della disomogeneità

nell'offerta di servizi e sostegni tra regioni e tra territori della medesima regione, alle disuguaglianze nella opportunità e possibilità di accesso agli interventi e servizi in relazione alla situazione dell'individuo e delle comunità, alla necessità di strutturazione di un modello di servizio sociale professionale in sanità che consenta di intervenire con l'analisi dei bisogni e risorse sociali di un territorio anche a livello programmatico.

Rispetto al tema **assistenti sociali e dialogo interprofessionale**, relazionato dalla consigliera CNOAS Annunziata Bartolomei tanti sono gli argomenti emersi che sintetizziamo qui con la necessità di riconoscimento dell'impegno dei professionisti nella condivisione di linguaggi e nella produzione di modelli, buone prassi e sperimentazioni da diffondere, anche attraverso il rafforzamento dell'identità professionale. Tra i diversi approfondimenti, come segnalato dal consigliere CNOAS Federico Basigli nella presentazione delle priorità, si trova quello **assistenti sociali e narrazione**, la comunicazione, quindi, appare strategica e trasversale a tutte le diverse azioni. Il Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali rappresenta una professione portatrice di saperi e contenuti, a contatto con la pelle delle persone, “epidermide dello Stato” che devono trovare spazio nella comunicazione delle questioni sociali che incidono nel tessuto delle comunità.

Il workshop, **assistenti sociali e luoghi di vita e diversità**, come emerge dalle parole della consigliera CNOAS Vincenza Fichera, ha focalizzato l'attenzione sulla formazione, intesa come un processo, un percorso di apprendimento continuo, una ricerca che apre nuovi spazi di riflessione, che può favorire una nuova cultura inclusiva, attenta all'utilizzo di un linguaggio non oppressivo.

Nell'approfondimento **assistenti sociali e terzo settore e valutazione**, il consigliere CNOAS Francesco Poli ha sottolineato come sia necessario definire quale Terzo settore, per le politiche sociali dei prossimi anni debba essere immaginato, quali competenze e professionalità debbano essere sviluppate, quale possa essere il ruolo per gli assistenti sociali. La priorità individuata è relativa allo sviluppo e rinforzo delle competenze e di pratiche e interventi che sappiano rispondere alle esigenze delle persone con attenzione allo sviluppo di sistemi di governance e di valutazione.



Nell'ultimo *workshop*, **assistenti sociali e competenze**, le priorità emerse nel corso del dibattito e presentate dalla vicepresidente CNOAS Barbara Rosina, confermano le linee di sviluppo da tempo centrali per il Consiglio nazionale Ordine Assistenti sociali che sottolinea la necessità di una revisione dei percorsi di formazione di base ed un investimento sulla formazione continua garantendo un innalzamento della qualità dell'offerta. La prospettiva del lavoro futuro rimarrà focalizzata sulla necessità di investimento e di ripensamento complessivo della formazione alla professione che deve prevedere, oltre ai corsi triennali e magistrali, master di I e di II livello, scuole di alta formazione e dottorati che consentano un rinforzo della specificità della disciplina di servizio sociale e della professione di Assistente sociale, favorendo la ricerca.

I prossimi passi

Nel corso degli Stati generali molte delle piste di riflessione e delle azioni avviate in questi anni dal Con-

siglio nazionale Ordine Assistenti sociali hanno trovato il consenso dei partecipanti, nuovo impulso e declinazioni più complete. Le tante riflessioni emerse nei dibattiti hanno spinto il Consiglio fin dal giorno successivo all'evento e nel corso del mese successivo, a ripensare la sua organizzazione interna, le sue priorità, le traiettorie e le piste di lavoro, a ridefinire le priorità a media e lunga scadenza.

I principali documenti delle organizzazioni professionali e le ricerche più recenti riconoscono nel servizio sociale un profilo unitario nel promuovere i diritti e la giustizia sociale, alla luce dei processi di trasformazione sociale, caratterizzati da complessità e da rapidità. Sono dinamiche che fanno emergere vecchie e nuove vulnerabilità, peraltro anche esacerbate dalla pandemia, e richiedono una risposta professionale organica, dove le competenze, da sviluppare e consolidare nella formazione continua, sono complementari per il perseguimento della *mission* professionale, nella consapevolezza che la fragilità e la marginalità delle persone possono essere affrontate solo in un'ottica comunitaria e di sistema.

La conoscenza e la pratica teoricamente fondata e metodologicamente ordinata del servizio sociale per perseguire le proprie finalità si declinano in un insieme di conoscenze, abilità, atteggiamenti e comportamenti etici, utili ad affrontare, criticamente, ogni situazione professionale.

Una riflessione complessiva e condivisa sul servizio sociale, e in particolare sull'assistente sociale, sulle sue competenze e sui processi formativi che possano supportare l'acquisizione di tali competenze, è stata avviata dalla comunità professionale, sia in riferimento alla sua collocazione nel sistema dei servizi, alle potenzialità che può esprimere in esso, ai livelli di responsabilità che possono esserle riconosciuti, sia rispetto al processo di trasformazione della società e dei sistemi di *welfare*, sfidati dalle più recenti scelte neoliberiste.

È necessario ora proseguire nell'obiettivo di disegnare, progettare, costruire un professionista in grado di promuovere cambiamento e benessere sapendo abitare la complessità sociale e le ricorrenti cadute delle politiche sociali rispetto alla capacità trasformativa. Così, competenze consolidate vanno coniugate e arricchite con nuove abilità professionali utili a fronteggiare nuove e complesse vulnerabilità, per saper essere all'interno delle organizzazioni, nelle relazioni d'aiuto smart e nella progettazione di servizi adeguati alla trasformazione del rapporto tra i sistemi formali e le comunità locali.

Per far questo è necessario quindi continuare a richiedere una revisione del percorso di formazione di base, investire in una formazione interdisciplinare, occorre agire sul sistema delle politiche e sugli assetti organizzativi recuperando il ruolo sociale e politico della professione a tutti i livelli, investendo maggiormente in risorse e servizi dedicati, orientati alla prevenzione del disagio e delle fragilità.

Il tema delle competenze richiama, dunque, la necessità di sviluppare conoscenze, abilità e strumenti in grado di sostenere la progettazione, il metodo di intervento, la relazione e il coinvolgimento delle perso-

ne che si rivolgono ai servizi sociali, nonché la valutazione degli esiti e dei processi, come è tipico di una professione matura e l'intervento per poter intervenire con efficienza ed efficacia negli ambiti più complessi e nelle situazioni che richiedono elevata integrazione istituzionale e professionale, come la tutela minorile, le dipendenze, il fine vita, la salute mentale, la disabilità grave e gravissima, per citare alcune condizioni di fragilità e vulnerabilità determinate da molteplici fattori interagenti. Questo punto di vista consente di superare l'ottica meramente riparativa in favore di azioni professionali che mirano allo sviluppo di processi capacitazionali individuali e collettivi, promozionali delle diverse forme di partecipazione dei cittadini e finalizzati alla prevenzione dei fenomeni di marginalizzazione e oppressione che gli assistenti sociali stanno cercando di contrastare da molto tempo.

Bibliografia e normativa

- Consiglio Nazionale Ordine Assistenti sociali (2020), *Codice deontologico dell'Assistente sociale*, <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>
- Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (2021), *Documento competenze*, allegato delibera 93 del 21 maggio 2021
- GORI C., GUBERT E. (2022), *Sistemi di welfare*, in CAMPANINI A. (diretto da), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci Editore, pp. 797-802.
- SANFELICI M., GUI L., MORDEGLIA S. (2020), (a cura di), *Il servizio sociale nell'emergenza Covid-19*, Franco Angeli, open access <https://series.franco-angeli.it/index.php/oa/catalog/book/581>.
- STEFANI M. (2012) (a cura di), *Le origini del servizio sociale italiano. Tremezzo: un evento fondativo del 1946*, Saggi e testimonianze, Viella editore.
- Legge 23 marzo 1993, n. 84 "Ordinamento della professione di Assistente sociale e istituzione dell'albo professionale".

LA VIOLENZA DI GENERE

nelle leggi italiane e internazionali

Ottobre 2022 - Codice 88.916.5960.6
F.to 17x24 - **Pag. 256 - € 24.00**

Il volume è il risultato di un'analisi sulla violenza di genere, condotta da giuristi e professionisti che operano nell'ambito psico-sociale all'interno delle Istituzioni e di enti del privato sociale.

Il testo offre una lettura dei divari di genere nei bilanci delle politiche pubbliche e un approfondimento delle principali leggi dedicate al contrasto e alla prevenzione della violenza a livello nazionale ed internazionale, anche alla luce di prospettive di riforma e di obiettivi strategici quali l'agenda ONU 2030.

Lo studio esamina gli organi, le funzioni e gli attori della giustizia in Italia, unitamente al lavoro delle case rifugio e dei centri antiviolenza, secondo un approccio tecnico ed esperienziale, che ne connota il valore aggiunto.

L'impatto negativo dei divari di genere investe il benessere sociale, culturale ed economico di tutta la popolazione, diventando una questione sottovalutata, per dimensione e sviluppo nel tempo. Un costo sociale addizionale che frena il progresso delle società e sfavorisce il contrasto al fenomeno.

Quanto edotto nel volume marca la necessità di modelli culturali e strategie d'intervento che garantiscano pari opportunità, affinché venga data piena e consapevole attuazione alle policy di genere e al cambio di modelli involutivi.



LUIGIA BARONE

Avvocata spec. in diritto di famiglia e psicologia giuridica. Giudice On. presso il Tribunale per i Minorenni di Catanzaro. Consulente esperta INDIRE sul tema della violenza di genere; valutatrice, supervisor e formatrice di Centri Antiviolenza e Case rifugio per donne vittime di violenza. Già consulente per la Regione Calabria in qualità di esperta per le materie di pari opportunità di genere – prevenzione e contrasto della violenza sulle donne.

LUCIA LIPARI

Avv. esperta di politiche di genere e questioni sociali. Ha maturato esperienze presso la D. G. della Rai, il Parlamento italiano, il Cons. reg. della Calabria e diversi enti ed organizzazioni del Terzo settore. Da anni nella squadra della Piccola Opera Papa Giovanni Onlus, ente gestore del Centro antiviolenza e della Casa rifugio "A. Morabito".

**MAGGIOLI
EDITORE**

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

Il contrasto alla povertà e le misure di politica attiva del lavoro

Perché parlare ancora del Reddito di cittadinanza[*]

Federico Di Leo

Primo ricercatore Istat, Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Welfare (DCSW), incaricato della "Revisione della Povertà Assoluta e delle Indagini sulle Povertà estreme". Dottore di ricerca in "Politica economica" e in "Economia dello Sviluppo"

Il 1° gennaio 2024 il Reddito di cittadinanza (RdC) verrà sostituito dall'Assegno di Inclusione, nelle prossime settimane e mesi se ne comprenderanno meglio l'impostazione e le modalità di erogazione. Nel frattempo non è senza significato soffermarsi ancora sugli esiti dell'esperienza del RdC. Le azioni di contrasto alla povertà sono per loro natura complesse e, per produrre risultati, richiedono il respiro del medio e del lungo periodo. Eppure il dibattito relativo alle misure di contrasto alla povertà è stato segnato da prese di posizione irrigidite e di corto respiro. Si intende, quindi, proporre una sorta di bilancio e un promemoria ragionato per sostenere decisioni e scelte che, a fronte di risorse economiche importanti, portino a risultati durevoli di benessere e coesione sociale per i cittadini.

Il Reddito di cittadinanza, introdotto a partire dal 2019, ha contribuito all'ammodernamento del nostro sistema di welfare per il "contrasto alla povertà", offrendo un sostegno economico alle famiglie più bisognose e prevedendo "l'inserimento attivo" nel mondo del lavoro. Nel nome scelto e per alcuni aspetti richiama il *Universal Basic Income* (Reddito di base universale), versato da una comunità a tutti i suoi membri su base individuale senza requisiti di accesso né esigenze di contropartite.

Rispetto alle finalità considerate e agli obiettivi fissati si è dimostrato uno strumento certamente imperfetto, anche se non si può negare che in questi quattro anni (2019-2023) il RdC si sia trovato a fronteggiare sfide gravi, certamente imprevedibili. Il 2019, anno di avvio del RdC, è stato forse l'unico caratterizzato da una certa "normalità" economica. Negli otto mesi di vita (da aprile a dicembre) il RdC ha contribuito a una contenuta riduzione della povertà assoluta: l'incidenza fami-

liare è scesa dal 7,0% al 6,4%, per la prima volta, dopo quattro anni di aumento continuo (2015-2018).

Nel biennio successivo, 2020-2021, quello della pandemia da Covid-19 e del *lockdown*, il ricorso al RdC è stato crescente, fino a coinvolgere 1.771.955 famiglie e 3.957.103 individui (2021). In questo periodo, in assenza del Reddito di cittadinanza, le famiglie si sarebbero trovate in condizioni economiche drammatiche. Secondo una stima pubblicata dall'Istat nel solo 2020 il RdC (e i vari sussidi) ha evitato a oltre 450mila famiglie (oltre 1 milione di individui) di ritrovarsi in una condizione di povertà assoluta.

Nel biennio 2022-2023, quello di transizione post-pandemia, il dibattito politico si è orientato verso una rimodulazione della misura assistenziale, incentivando la politica attiva per l'accompagnamento e il reinserimento dei beneficiari nel mondo del lavoro. L'opinione pubblica (42% degli italiani secondo un recente sondaggio) sostiene la necessità di una riforma del RdC. Solo una minoranza (22%) è favorevole alla sua abolizione, gli altri lo vorrebbero confermare, rafforzare o non si pronunciano.

[*] Le considerazioni presenti in questo articolo sono frutto del lavoro dell'autore e non impegnano e coinvolgono in alcun modo l'Istituto di appartenenza.

Il Reddito di cittadinanza: caratteristiche e cifre

La molteplice natura del Reddito di cittadinanza (RdC), che è al contempo misura di politica attiva del lavoro, di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale, è implicitamente un suo punto di forza e di debolezza. A seconda della prospettiva con la quale si guarda a questo strumento se ne possono evidenziarne pregi e difetti.

Il decreto legge n. 4 del 2019 ha introdotto il Reddito (e la Pensione) di Cittadinanza come misura di politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà, alla disuguaglianza e all'esclusione sociale, ponendone la decorrenza dal 1° aprile 2019. La norma prevede l'erogazione di un sostegno economico ad integrazione dei redditi familiari sulla base di specifici requisiti (Prospetto 1)[1].

Secondo i dati dell'Osservatorio sul Reddito e Pensione di Cittadinanza dell'Inps nei primi due mesi del 2023 – gli ultimi disponibili – hanno beneficiato del sostegno al reddito 1.207.851 nuclei familiari, corrispondenti a 2.573.892 individui, ricevendo un importo di 568,5 euro medi mensili. Il numero massimo di famiglie beneficiarie è stato raggiunto nel corso del 2021 quando erano, complessivamente, 1.771.955 e le

persone coinvolte 3.957.103. Nei primi mesi del 2023 si è registrata una riduzione consistente della platea dei beneficiari pari a circa 1/3 rispetto al livello massimo raggiunto nel 2021. Nell'ultimo anno il calo è stato significativo, non solo rispetto al livello massimo, ma anche rispetto al 2022.

Dal mese di aprile del 2019, quando i primi nuclei hanno cominciato a percepire il RdC, la diffusione di questa misura di politica economica attiva è stata molto rapida. Nel primo anno le famiglie che hanno ricevuto almeno una mensilità sono state 1.107.596 e le persone coinvolte 2.710.020. Il valore massimo è stato raggiunto nel 2021 quando le famiglie sono diventate 1.771.955 e le persone coinvolte 3.957.103. L'anno successivo, il 2022, è stato segnato da un lieve riduzione della platea dei beneficiari (-4,7% in termini di famiglie e -7,3% per le persone) ma a partire dai primi mesi del 2023 si è manifestata un'ampia flessione (Tavola 1).

I dati pubblicati dall'osservatorio statistico dell'Inps[2] sono molto chiari: a livello nazionale la riduzione dei nuclei coinvolti è stata del 31,8% e del 35% in termini di persone. Esaminando i dati dettagliati, a livello di regione, le variazioni sono anche superiori ma non mancano le sorprese.

Prospetto 1 – Caratteristiche salienti del RdC

Residenza	10 anni di residenza in Italia di cui gli ultimi due trascorsi continuativamente nel Paese
Soglia di reddito	Annuale compensata per numero di componenti (l'ISEE annuale non deve superare i 6.000€ e 9.360€ nel caso di pagamento dell'affitto)
Soglia di ricchezza	Non superiore ai 30.000€ per gli immobili (esclusa la prima casa) e i 10.000€ per la ricchezza finanziaria
Ammontare del RdC	Integrazione al reddito individuale di 6.000€ annui e 3.360€ per integrazione nel caso si viva in una casa in affitto
Scala di equivalenza	Per ogni adulto oltre alla persona di riferimento del RdC la scala è 0,4 e 0,2 per ogni minore fino a un massimo di 2,1 rispetto al valore base (2,2 se c'è un disabile)
Durata	Pagamento per 18 mesi cui segue una sospensione di un mese per la verifica dei requisiti, prima dell'eventuale rinnovo. Non è previsto un limite al numero dei rinnovi
Lavoro	Sottoscrizione di un patto per il lavoro con l'adesione ad un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo (sono previste alcune deroghe)

[1] Si veda al riguardo Inps (2023), *Osservatorio sul Reddito/Pensione di Cittadinanza. Nota Metodologica*, <https://servizi2.inps.it/servizi/osservatoristatistici/> (ultimo accesso 12 aprile 2023).

[2] INPS (2023), *Appendice Statistica* - https://www.inps.it/content/dam/inps-site/pdf/dati-analisi-bilanci/osservatori-statistici/osservatorio-preariato/Appendice_Statistica_Marzo_2023.xlsx.

Tavola 1 – Nuclei percettori di almeno una mensilità di RdC/PdC nell'anno di riferimento

Anno	RdC		Totale (RdC + PdC)		Variazione (totale)	
	Nuclei	Persone	Nuclei	Persone	Nuclei	Persone
2019*	975.136	2.559.367	1.107.596	2.710.020		
2020	1.421.103	3.523.490	1.577.358	3.701.097	42,4	36,6
2021	1.602.544	3.765.227	1.771.955	3.957.103	12,3	6,9
2022	1.531.854	3.490.090	1.689.513	3.669.369	-4,7	-7,3
2023**	1.083.160	2.432.755	1.207.851	2.573.892	-28,5	-29,9

* Aprile-Dicembre

** Gennaio-Febbraio

Fonte: INPS (2023)

Il calo molto significativo potrebbe essere legato, secondo alcuni osservatori, “alla stretta allo studio del Governo”. Altri osservano che sul “calo influisce un fattore psicologico” dato che è stata annunciata una revisione di questa misura entro la fine dell’anno.

D'altra parte ci si potrebbe aspettare che, in presenza di comportamenti opportunistici “di individui che ottengono il beneficio pur non avendone il diritto”, il calo del RdC si sarebbe manifestato nelle Regioni dove è stato erogato ad un numero più elevato di famiglie. In termini assoluti la Regione con il più alto numero di percettori è la Campania, seguita dalla Sicilia. Le due Regioni sono in testa alla classifica anche normalizzando i dati per tenere conto della popolazione. All'estremo opposto in termini assoluti ci sono due regioni del nord, Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige, ma normalizzando la graduatoria in base alla popolazione dopo il Trentino segue il Veneto, quindi il Friuli.

Ci si sarebbe potuto aspettare che il calo più marcato indotto dalla “stretta” e dal “fattore psicologico” avrebbe riguardato le regioni dove si sospettano comportamenti opportunistici, dove il RdC è maggiormente diffuso, ma i dati pubblicati dall'Inps sembrano delineare uno scenario “controintuitivo”, dicono il contrario di quello che ci si sarebbe atteso (Tavola 2). Nelle Regioni dove la popolazione che percepisce il reddito di cittadinanza è relativamente alta, c'è stata una variazione del numero delle famiglie coinvolte inferiore alla media nazionale e la situazione è opposta nelle Regioni dove le persone coinvolte sono poche.

La riduzione non sembra da attribuirsi a fattori psicologici e/o al venire meno di comportamenti opportunistici o come reazione all'orientamento del governo intenzionato a sostituire il RdC con dei sussidi più mirati.

Tavola 2 – Indicatori del RdC/PdC 2021 nelle Regioni in testa e in coda della classifica nazionale

Regione	Numero nuclei	Numero persone coinvolte	Persone coinvolte/ Popolazione %	Variazione % 2023/2021
Campania	360.223	922.698	15,8	-28,2
Sicilia	308.239	733.496	14,5	-25,5
Calabria	111.395	249.983	12,7	-27,4
Friuli-Venezia Giulia	15.777	28.405	2,3	-45,8
Veneto	48.304	97.288	2,0	-50,7
Trentino-Alto Adige/Südtirol	6.397	14.764	1,4	-49,6
Nord	241.055	854.417	3,1	-48,8
Centro	180.185	587.592	4,9	-42,4
Sud e Isole	1.350.715	2.515.094	12,1	-28,5
ITALIA	1.771.955	3.957.103	6,5	-35,0

Fonte: INPS (2023)

Si possono fare ipotesi diverse per spiegare questo andamento, tra queste ne propongo una. Nel 2023 sono cessati gli effetti della crisi legata al Covid-19 e il mercato del lavoro presenta opportunità per quanti hanno dovuto ricorrere al RdC (specie al Nord) in una situazione di oggettiva difficoltà. Tali opportunità sono meno numerose nelle regioni del Mezzogiorno dove il sostegno al reddito è in molti casi necessario, anche dopo la fine dello *shock* pandemico. Si può leggere così il fatto che le persone coinvolte dal RdC si sono dimezzate in regioni dove erano comunque una piccola minoranza, 2 persone ogni 100. La riduzione è stata di un quarto (28,5%), nelle regioni del Mezzogiorno dove nel 2021 oltre il 10% della popolazione ha percepito il RdC. A fronte di un'ampia platea di beneficiari si deve considerare l'entità degli esborsi sostenuti.

L'impegno economico dello stato per l'erogazione del RdC nel primo anno dalla sua introduzione (da aprile 2019) è stato di 3,9 miliardi di euro. L'anno successivo (2020), il primo nel quale le erogazioni sono avvenute in tutti i mesi e caratterizzato dallo scoppio della pandemia, l'esborso totale annuo è stato di 7,1 miliardi di euro per effetto dell'ampliamento della platea dei beneficiari e della situazione di difficoltà indotta dalle misure di contrasto al Covid-19 (*lockdown*). Nel corso del 2021, anno in cui il Covid-19 e le misure di contrasto hanno continuato a produrre effetti importanti, il RdC ha assicurato un livello di benessere minimo a famiglie in difficoltà: la spesa complessiva è stata di 8,8 miliardi (+23,6% rispetto all'anno precedente). Il culmine è stato raggiunto nel mese di febbraio del 2022.

In seguito c'è stato un progressivo, parziale ritorno alla situazione pre-Covid con la riduzione del numero di contagiati e soprattutto del numero di malati gravi. Nel corso del 2022 lo stato ha versato 8 miliardi di euro (-9,1% rispetto al 2021). Ben prima dell'autunno del 2022 è iniziata, dunque, una riduzione della spesa, cioè quando si è parlato di "abolizione del RdC per chi può lavorare" e di modificare la norma per puntare ad un "risparmio di 3 miliardi" per le casse dello Stato.

In generale l'esborso dello stato per il RdC pone una questione generale su quale sia la fonte di finanziamento, il livello ottimale del sussidio e il pacchetto di politiche attive del lavoro che ne deriva. È una questione centrale per chi desideri ragionare su questo tipo di intervento, ovvero se si voglia privilegiare o meno un approccio che preveda un contrasto alla disuguaglianza. Su questo tema tornerò nelle conclusioni di questo documento.

Persone coinvolte dal RdC e poveri assoluti

Il confronto tra i dati relativi ai percettori del RdC e agli individui in condizione di povertà assoluta è inevitabile, anche per gli addetti ai lavori che sono consapevoli del fatto che questi ultimi non sono necessariamente dei poveri assoluti e di converso non tutti i poveri assoluti beneficiano del Reddito di cittadinanza.

È bene ribadire che accostare i dati disponibili su RdC e povertà, gli ultimi confrontabili sono riferiti al 2021, può indurre a dei ragionamenti non coerenti. Chi percepisce il RdC dovrebbe trovarsi in condizione tale di uscire da una condizione di povertà. Se mai bisognerebbe confrontare le persone in povertà assoluta con coloro che potenzialmente hanno diritto al RdC, per poi verificare se quanti ne hanno beneficiato hanno migliorato la loro condizione.

Su questo ragionamento tornerò più volte, ma prima non mi sottrarrò ad un confronto tra beneficiari del RdC e i poveri assoluti (Tavola 3). A livello complessivo i poveri assoluti superano le persone coinvolte dal RdC di 1,8 milioni di individui, ma tale differenza si distribuisce in modo molto eterogeneo sul territorio.

La differenza è molto elevata al Nord, 1,46 milioni, e da sola spiega oltre l'80% della differenza totale. Al contrario al Mezzogiorno i dati sembrano quasi sovrapponibili (la differenza è di soli 41 mila individui) anche se il dato è frutto di situazioni differenti. Nelle Isole, unico caso, le persone coinvolte dal RdC superano i poveri assoluti di 179 mila unità.

Tavola 3 – Poveri assoluti e persone coinvolte dal RdC nel 2021 – dati ripartizionali

Ripartizione	Poveri assoluti [a]	Persone coinvolte dal RdC [b]	[b]/[a] %
Nord	2.255	797	35,3
Nord-Ovest	1.271	556	43,7
Nord-Est	984	241	24,5
Centro	861	554	64,4
Mezzogiorno	2.455	2.414	98,3
Sud	1.808	1.588	87,8
Isole	647	826	127,6
Italia	5.571	3.765	67,6

Fonte: ISTAT (2022) e Inps (2023)

Prima di fare una prima, parziale lettura comparativa di questi dati bisogna fare chiarezza sui tre principali elementi considerati dall'Istat per il calcolo delle famiglie in condizioni di povertà assoluta e gli elementi che sottendono l'accessibilità all'integrazione del reddito con il RdC.

1. Indicatore di benessere / requisiti di reddito e ricchezza.
2. Universo di riferimento / platea dei beneficiari potenziali.
3. Livelli soglia / ammontare del RdC.

Nella nota metodologica che accompagna le stime Istat della povertà si parla diffusamente di questi elementi[3]. L'indicatore di benessere per il RdC è costituito da redditi e patrimonio dichiarati tramite l'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) integrato con ulteriori elementi riguardanti la consistenza del patrimonio familiare. Per la povertà ci si basa sulle spese delle famiglie al lordo dei fitti auto-imputati. Pensando alla situazione recente, allo *shock* dell'economia prodotto dal Coronavirus e dal *lockdown*, la spesa per consumi è in grado di cogliere elementi di più lungo termine rispetto ai redditi che sono maggiormente influenzati da fattori congiunturali come *shock* o *break* strutturali dell'economia. In una prospettiva intertemporale la spesa risulta, quindi, maggiormente stabile per i suoi evidenti legami con il reddito permanente (Deaton, 1980).

Il requisito di accessibilità nel caso del RdC, ossia quello per il quale si può accedere all'integrazione al reddito, fa riferimento a un mix di fattori collegati al reddito (deve essere inferiore a 6.000 euro), al titolo di godimento dell'abitazione (se si vive in una casa in affitto si considerano ulteriori 2.360 euro annui) il tutto moltiplicato per una particolare scala di equivalenza, diversa da quella utilizzata per la soglia ISEE e per la povertà (assoluta e relativa).

Per quanto riguarda l'universo di riferimento, il RdC è selettivo nei confronti dei cittadini stranieri, in quanto prevede un requisito di dieci anni di pregressa residenza in Italia. D'altra parte, anche le statistiche sulla povertà assoluta sono selettive, escludono le persone che risiedono presso le convivenze (istituti religiosi, di cura, RSA, ecc.), pari a oltre 300.000 secondo l'ultimo Censimento (2011).

Le soglie di povertà assoluta si basano su un paniere di beni e servizi essenziali diversificato a seconda dell'età dei componenti del nucleo familiare, della tipologia del comune e tengono conto del differente costo della vita sul territorio e sono differenziate, oltre che per composizione familiare, per ripartizione geografica e ampiezza del comune di residenza. Nel caso del RdC è stato fissato un ammontare unico nazionale che non tiene conto dell'area geografica o della tipologia del comune di residenza (questione richiamata nel dibattito pubblico che ha fatto seguito all'introduzione del RdC in Italia; ad es. Hanau, 2019).

[3] ISTAT (2020), *La povertà in Italia – Anno 2019*, Statistiche Report, 16 giugno 2020.



Le differenze evidenziate nella Tavola 3 sono spiegabili tenendo conto di ragioni metodologiche, statistiche, definitorie. Tra queste ne segnalo alcune:

- la concessione del RdC prevede un approccio restrittivo nei confronti dei cittadini stranieri molti dei quali risiedono al Nord;
- non è previsto un differenziale legato al costo della vita per l'accesso al RdC per cui è più facile che le famiglie del Mezzogiorno abbiano i requisiti necessari per ottenere l'integrazione;
- l'ammontare del RdC non è tale da consentire ad un individuo o una famiglia di uscire da una condizione di povertà se non si posseggono altre fonti di reddito;
- non è possibile conoscere quale sarebbe il numero dei poveri assoluti in assenza del RdC.

Quest'ultimo punto è alla base di un esercizio quantitativo proposto dall'Istat, che illustrerò nella prossima sezione, ma prima si parlerà dell'impatto del RdC nel 2019, primo anno dall'introduzione di questa forma di integrazione al reddito.

L'impatto del RdC sulla povertà nel 2019 e negli anni della pandemia

Nel Report annuale pubblicato dall'Istat si fa una fotografia della situazione della povertà in Italia. Nella pubblicazione riferita al 2019 si legge:

“Dopo quattro anni di aumento, si riducono per la prima volta il numero e la quota di famiglie in povertà assoluta pur rimanendo su livelli molto superiori a quelli precedenti la crisi del 2008-2009.

In particolare, nel Mezzogiorno la povertà familiare scende dal 10,0% all'8,6% e quella individuale dall'11,4% al 10,1%. Anche nel Centro la povertà degli individui residenti registra una riduzione significativa, dal 6,6% del 2018 al 5,6%. La diminuzione della povertà assoluta si deve in gran parte al miglioramento, nel 2019, dei livelli di spesa delle famiglie meno abbienti (in una situazione di stasi dei consumi a livello nazionale). L'andamento positivo si è verificato in concomitanza dell'introduzione del Reddito di cittadinanza (che ha sostituito il Reddito di inclusione) e ha inte-

ressato, nella seconda parte del 2019, oltre un milione di famiglie in difficoltà”[4].

Queste osservazioni confermano il fatto che si è avuta una diminuzione proprio in quelle parti d'Italia dove il Reddito d'Inclusione prima e il RdC poi hanno avuto massima diffusione. In termini assoluti la diminuzione (tra il 2018 e il 2019) della povertà assoluta è stata relativamente contenuta. Si è scesi da 5,04 milioni di individui a 4,59 milioni (450mila persone in meno). Non a caso la diminuzione più rilevante, sia in termini assoluti sia in termini relativi, si è manifestata nelle isole (-179mila persone). Proprio nelle isole si notava come il numero dei percettori del RdC superasse quello dei “poveri assoluti”.

Il RdC è efficace, almeno in parte, nel determinare una riduzione della povertà ma il suo impatto è limitato. Alcuni percettori, infatti, non escono da una condizione di bisogno e alcuni potenziali percettori non sono raggiunti da questa misura.

La verifica fatta utilizzando dati di un solo anno non è sufficiente per valutare l'efficacia del RdC in termini di contrasto della povertà, e dunque è necessario verificare cosa è successo nel 2020 e nel 2021, ovvero il periodo caratterizzato dalla diffusione della pandemia di Covid-19, dalle misure di contrasto – in particolare il *lockdown* - e dalla contrazione dell'economia che ne è seguita.

Nel 2020, l'anno in cui la pandemia di Coronavirus ha colpito più duramente l'Italia (e molti Paesi del mondo), si è verificato un consistente aumento delle famiglie in condizione di povertà assoluta, il 7,7% del totale dal 6,4% del 2019 con oltre 5,6 milioni di individui (incidenza salita al 9,4% dal 7,7% e un milione di individui poveri in più)[5]. L'Istat segnala che un valore così drammaticamente elevato, il più elevato dal 2005, anno di inizio della serie storica è accompagnato da una diminuzione dell'intensità della povertà, un indicatore che permette di stabilire “quanto poveri sono poveri” [6].

Il valore dell'intensità della povertà assoluta registra una riduzione (dal 20,3% al 18,7%) in tutte le ripartizioni geografiche. Tale dinamica è frutto anche delle misure messe in campo a sostegno dei cittadini (Reddito di cittadinanza, Reddito di emergenza, estensione della Cassa integrazione guadagni, ecc.) che hanno consentito alle famiglie in difficoltà economica – sia quelle scivolte sotto la soglia di povertà nel 2020, sia quelle che erano già povere – di mantenere una spesa per consumi non molto distante dalla soglia di povertà. Il 2021 è stato un anno ancora caratterizzato dall'emergenza sanitaria con un'economia che ha recuperato solo in parte il crollo registrato nel corso dell'anno precedente. Il numero di persone che ha percepito il RdC, come illustrato in precedenza, hanno raggiunto il massimo con un'incidenza della povertà assoluta familiare sostanzialmente uguale a quella dell'anno precedente (7,5% contro 7,7%). Il livello della povertà raggiunto nel biennio 2020-21, per quanto elevato, è stato decisamente inferiore a quello che si sarebbe verificato in assenza di un sostegno al reddito.

In uno studio pubblicato dall'Istat all'interno del “Rapporto Annuale 2022” e relativo ai livelli di povertà assoluta 2020, l'Istituto di statistica quantifica l'impatto mitigatore del RdC e degli altri sussidi erogati. Nel Rapporto sono presenti i risultati di un esercizio fatto partendo dall'ipotesi che il RdC (e gli altri sussidi) sia stato completamente speso dalla famiglia beneficiaria, per l'acquisto di beni o servizi (un'ipotesi con la normativa per la quale non è possibile risparmiare il denaro ricevuto). Se, quindi, dalla spesa per consumi sostenuta dalla famiglia si sottrae l'ammontare ricevuto si può verificare se la famiglia, in mancanza del sostegno al reddito, si sarebbe ritrovata al di sotto della propria soglia di povertà assoluta e in che misura (intensità della povertà)[7].

I risultati di questa “simulazione” statistica sono indubbiamente interessanti (tavola 4) perché permettono di fare delle valutazioni sull'efficacia del RdC nel

[4] ISTAT (2020), *La povertà in Italia – Anno 2019*, cit.

[5] ISTAT (2021), *La povertà in Italia – Anno 2020*, Statistiche Report, 16 giugno 2021.

[6] È utile precisare che l'intensità si calcola mettendo a confronto la spesa effettivamente sostenuta da una famiglia povera e quella che avrebbe dovuto sostenere per raggiungere un livello minimo accettabile (soglia). In pratica è un valore che può variare tra un numero molto piccolo più grande di “ze-

ro” nel caso in cui le famiglie povere hanno una spesa appena inferiore alla soglia e 100 [%] nel caso limite in cui una famiglia non sostiene alcuna spesa.

[7] ISTAT (2022), *Rapporto Annuale 2022 – La situazione del Paese*, Roma, 8 luglio 2022. Nel capitolo 4 del volume, nella sezione dedicata alle disuguaglianze è illustrata la metodologia utilizzata per l'esercizio sull'impatto del RdC e degli altri sussidi.

Welfare Oggi 2 · 2023

contrastare la povertà in un anno particolarmente difficile, il 2020. L'impatto appare "decisamente più marcato per alcuni sottogruppi di famiglie, legandosi alle specificità dei requisiti previsti per accedere a tali misure".

L'incidenza familiare della povertà assoluta al Sud e nelle Isole, pur essendo molto elevata, si riduce in mo-

do consistente (-3,3% e -4,5% rispettivamente). Le famiglie che si sarebbero trovate in una condizione di povertà assoluta, se non avessero goduto del RdC, sono state 310mila. Inoltre al Sud l'intensità della povertà assoluta, il gap esistente tra soglia di povertà e spesa sostenuta dalle famiglie povere, avrebbe raggiunto il 37,9% mentre si è fermata al 21,3%.

Tavola 4 – Famiglie in povertà assoluta (valori assoluti in migliaia e incidenza percentuale) e intensità di povertà (valori percentuali) pre e post RdC e sussidi. Anno 2020

Area geografica e caratteristiche familiari	Pre RdC			Post RdC			Differenza (post-pre RdC)		
	Famiglie	Incidenza	Intensità	Famiglie	Incidenza	Intensità	Famiglie	Incidenza	Intensità
Nord Ovest	631	8,6	23,6	577	7,9	18,6	-54	-0,7	-5,0
Nord Est	383	7,5	20,1	366	7,1	17,3	-17	-0,4	-2,8
Centro	354	6,6	25,0	290	5,4	16,1	-64	-1,2	-8,9
Sud	732	13,2	37,9	545	9,9	21,3	-187	-3,3	-16,6
Isole	354	12,9	32,5	230	8,4	17,9	-124	-4,5	-14,6
Dipendente (dirigente, quadro, impiegato)	140	2,8	20,4	128	2,5	18,7	-12	-0,3	-1,7
Dipendente (operaio e assimilato)	688	14,6	23,7	625	13,2	18,6	-63	-1,4	-5,1
Indipendente (imprenditore e libero profess.)	36	3,3	18,2	35	3,2	12,5	-1	-0,1	-5,7
Indipendente (altro)	178	8,4	22,6	162	7,6	18,2	-16	-0,8	-4,4
Ritirato dal lavoro	455	5,1	21,6	391	4,4	15,2	-64	-0,7	-6,4
In cerca di occupazione	237	30,8	41,2	151	19,7	22,1	-86	-11,1	-19,1
In altra condizione (non ritirato dal lavoro)	719	21,4	37,9	516	15,4	20,8	-203	-6,0	-17,1
Famiglie di soli italiani	1.806	7,6	29,0	1.439	6,0	17,8	-367	-1,6	-11,2
Famiglie con almeno uno straniero	648	28,8	28,3	568	25,3	20,9	-80	-3,5	-7,4
Italia	2.453	9,4	28,8	2.007	7,7	18,7	-446	-1,7	-10,1

Fonte: ISTAT (2022)

Tra i dati riportati nella Tavola 4 alcuni risultano particolarmente significativi e riguardano l'impatto del RdC a seconda della condizione professionale della persona di riferimento della famiglia. L'attenzione va posta sulle persone non occupate (ritirate dal lavoro, in cerca di occupazione, in altra condizione). L'impatto del Reddito e della Pensione di cittadinanza tra le persone ritirate dal lavoro (pensionati) è relativamente modesto, diversamente da quanto accade per le persone in cerca di occupazione e le persone in altra condizione (casalinghe, persone in attesa del trattamento pensionistico, inattive, ecc.). Per queste due categorie l'impatto mitigatore del RdC (e degli altri sussidi) è stato molto rilevante (-11,1% e -6,0% la riduzione dell'incidenza familiare).

Le famiglie con almeno uno straniero, invece, hanno potuto beneficiare solo in parte del RdC, meno di quanto sarebbe stato possibile sulla base della condizione economica, a causa del requisito di dieci anni di pregressa residenza in Italia. L'esercizio proposto dall'ISTAT per l'anno 2020 avrebbe prodotto risultati non troppo diversi nel caso dell'anno successivo, il 2021, quando il livello della povertà assoluta è rimasto sostanzialmente invariato.

Conclusioni

Tra gli addetti ai lavori, così come tra l'opinione pubblica, è radicata da tempo la convinzione della necessità di riformare il RdC e ciò ha portato il Ministe-



ro del lavoro e del *welfare*, già durante la scorsa legislatura, a istituire un Comitato Scientifico per la valutazione del Reddito di cittadinanza. Nell'ottobre 2021 il Comitato ha presentato una sua Relazione[8] contenente dieci proposte per migliorare il RdC[9]. Le decisioni dell'attuale esecutivo, con l'introduzione dell'Assegno di inclusione, rendono quelle proposte inattuali[10].

I dati illustrati, d'altra parte, testimoniano come il RdC abbia contribuito ad abbassare l'incidenza del-

la povertà assoluta in anni caratterizzati da un'emergenza sanitaria ed economica senza precedenti, fornendo anche a molte persone prive di reddito un sostegno importante. Il RdC, inoltre, ha delle caratteristiche diverse dal Reddito di inclusione che lo ha preceduto e dal sussidio che ne prenderà il posto, richiamando nel nome e per alcuni aspetti il Reddito di base universale (*Universal Basic Income*).

Il Reddito di base è certamente una proposta politica più radicale perché prevede un sussidio mensile in denaro dato a tutti i membri di una comunità senza vincoli o requisiti, indipendentemente dal bisogno personale e tale da permettere un livello di vita sufficientemente elevato da permettere una vita libera dall'insicurezza economica. La proposta considerata inizialmente utopica, è ora ampiamente discussa e sperimentata in alcuni Paesi.

Ci sono possibili obiezioni "da destra e da sinistra" all'opportunità di prevedere un Reddito di base e riguardano la sostenibilità economica, l'opportunità morale, l'efficacia. Anche chi affronta il problema

[8] Relazione del Comitato Scientifico (2021), <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Relazione-valutazione-RdC-final.pdf> (ultimo accesso 12 aprile 2023).

[9] Tra queste ridurre il requisito di residenza in Italia, favorire maggiormente i nuclei familiari, rimodulare l'ISEE e/o considerare diversamente il patrimonio, ridefinire il rapporto tra RdC e l'accesso al lavoro, migliorare la *governance* della misura, ecc. Si veda al riguardo il documento presente sul sito del Ministero del lavoro e del welfare <https://www.lavoro.gov.it/priorita/Documents/Dieci-proposte-RdC.pdf> (ultimo accesso 12 aprile 2023).

[10] Il "Decreto Lavoro" approvato dal Consiglio dei Ministri il 1° maggio 2023 che introdurrà l'Assegno di inclusione non è ancora presente nella "Gazzetta Ufficiale" nel momento in cui è stato completato questo documento.

del sostegno al reddito in una prospettiva neoliberalista ha considerato la necessità di prevedere un sostegno al reddito.

L'economista Milton Friedman ha proposto una soluzione denominata Negative Income Tax (NIT). Il NIT è un sostegno al reddito che non produce alterazioni nel sistema dei prezzi e sui meccanismi di mercato, e che introduce un approccio paternalistico per decidere chi, tra i poveri, merita assistenza (Friedman 1962, 1968). Il sussidio dovrebbe essere infatti pari alla differenza tra un reddito standard minimo e il reddito familiare effettivo percepito dalla famiglia ma non riguarda chi ha reddito familiare pari a zero.

Nel caso italiano l'introduzione del Reddito di cittadinanza è stata accompagnata, fin dalla sua nascita, da un'evidente polarizzazione politica piuttosto che da un dibattito scientifico[11]. "Oggi aboliamo la povertà" aveva dichiarato l'allora vice-premier Luigi Di Maio, che con gli altri ministri del Movimento 5 Stelle, si era affacciato al balcone di Palazzo Chigi al termine del Consiglio dei Ministri (era il 27 settembre 2017) nel corso del quale era stata approvata la misura di sostegno al reddito. In maniera altrettanto perentoria, Giorgia Meloni, attuale presidente del consiglio, parlando all'assemblea della CGIL ha dichiarato: "Vedete, il Reddito di cittadinanza è una misura che ha fallito gli obiettivi per i quali era nata perché c'era a monte un errore: mettere nello stesso calderone chi poteva lavorare e chi non poteva farlo"[12].

Queste affermazioni contengono elementi sui cui riflettere evitando, per quanto è possibile, di ridurre il dibattito a degli slogan semplificatori. Il dibattito deve evitare la trappola del "paternalismo statale" di chi sostiene che solo il lavoro fa bene alle persone e che una vita dipendente economicamente dai soli sussidi produca infelicità (Layard 2004). Tralasciando il teorico e potenziale conflitto ideologico tra "paternalismo statale" e "giustizia sociale incondizionata" la posizione paternalista per il lavoro si scontra con la realtà, ovvero con il dubbio che l'occupazione sia sempre preferibile. Se prendiamo in considerazione quali sono veramente le opportunità di lavoro esistenti, dovremmo fare delle valutazioni più accurate, ma questo tema è al di fuori delle finalità del documento.

Il dibattito futuro dovrebbe essere segnato meno da posizioni radicali o dal sospetto di comportamenti opportunistici da parte dei beneficiari del RdC o di un Reddito base. L'integrazione al reddito, infatti, può consentire forme di lavoro "fuori mercato" che potrebbero essere più vantaggiose per gli individui e la comunità e più virtuose di molte opportunità di lavoro formali. Si pensi, ad esempio, al volontariato, alla cura delle persone in difficoltà, alle attività di promozione del patrimonio culturale. In un certo senso, il RdC potrebbe essere visto come una forma di compensazione, e forse anche di incoraggiamento, per tutti coloro che lavorano senza reddito (Offe 1992).

[11] JULIANA UHURU BIDANURE (2019), *The Political Theory of Universal Basic Income*, "Annual Review of Political Science", 22 (1): 481-501.

[12] Intervento del 17 marzo 2023 al XIX Congresso nazionale CGIL, Rimini, 15-18 marzo 2023.

L'educazione terapeutica nella gestione socio-sanitaria delle malattie croniche. La comunicazione nella diagnosi educativa

Antonio Alfano

Medico di Sanità Pubblica, ha diretto Strutture Complesse di organizzazione, programmazione sanitaria e comunicazione presso Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere. Svolge attività di docenza nell'ambito del *management* sanitario e della comunicazione presso Università italiane. Giornalista, collabora con quotidiani e periodici a diffusione nazionale

L'invecchiamento della popolazione – in Italia è particolarmente elevato – e l'aumento delle malattie cronicodegenerative, che ne deriva, rappresentano un vero problema per la Sanità Pubblica. Secondo dati dell'Istat, la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni, passerà dal 18% al 28% nel 2030, in valore assoluto, circa 16 milioni di persone. In crescita anche la componente degli ultra ottantenni, tra i quali ci sarà un numero più elevato di disabili (47,4%). Secondo l'Eurostat nell'arco di mezzo secolo, tra 2002 e 2050, le persone con più di 65 anni rappresenteranno il 64% della popolazione adulta e quelle con più di 80 anni passeranno da 14,8 a 37,9 milioni.

All'avanzare dell'età si accompagna un progressivo aumento di cronicità come cardiopatie, ictus, tumori, diabete, malattie dell'apparato respiratorio, mentali, muscolo scheletriche – come ad esempio l'artrosi – malattie dell'apparato gastro-intestinale, della vista, dell'udito e genetiche.

La complessità del problema economico-sanitario non sfugge all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), secondo la quale le malattie croniche rappresentano *“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo che va da anni a decenni”* con uno sforzo economico che può impegnare, secondo recenti stime, il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale.

In Europa le malattie croniche sarebbero responsabili dell'86% di tutti i decessi, con una spesa sanitaria valutabile intorno ai 700 miliardi di euro all'anno. In Italia, secondo il Ministero della salute, l'impegno assistenziale ha subito un notevole incremen-

to con quasi un terzo delle visite di medicina generale e specialistiche che hanno riguardato persone con multi-cronicità, di cui circa il 30% erano visite per persone che presentavano patologie croniche gravi.

È uno scenario così complesso e che prefigura futuri aggravamenti, da non poter essere sottovalutato, ma anzi che deve prevedere rinnovate strategie clinico-assistenziali.

In ambito clinico non ci si può limitare a suggerire o imporre prescrizioni di diagnosi e cura; è necessario anche incrementare le attività di educazione terapeutica, tese a migliorare il rapporto con i pazienti e i loro familiari, rendendoli consapevoli e partecipativi della loro lunga e complessa condizione clinica. Questa scelta terapeutica non può prescindere dall'intensificare i livelli di informazione e comunicazione, finalizzati proprio a migliorare la qualità della vita dei pazienti.

Malattie croniche: un approccio clinico assistenziale rinnovato

Per resistere e affrontare l'insidia della cronicità è fondamentale la disponibilità di servizi sanitari realmente efficaci ed efficienti, con conformità ed equità di accesso per tutti i cittadini.

L'attuale scenario della Sanità Pubblica nel nostro Paese evidenzia chiaramente enormi ostacoli da superare, sia in termini di risorse economiche che di personale. È nota la difficoltà di molte Regioni a garantire ragionevoli *tempi di attesa* ed equità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie.

I pazienti affetti da patologie croniche, spesso non autosufficienti, sono persone prevalentemente, ma non esclusivamente alle anziane, quali deve essere garantita, da parte delle Aziende Sanitarie e dei Servizi Sociali, la continuità dei servizi di diagnosi, cura e riabilitazione. Com'è noto, dovrebbe realizzarsi l'integrazione tra le strutture assistenziali e le diverse figure professionali impegnate nell'assistenza, sia a livello territoriale che ospedaliero.

Una soluzione può essere contenuta nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), con la proposta di realizzazione delle *reti di prossimità*, fatte da strutture intermedie e telemedicina per potenziare l'assistenza sanitaria territoriale. Si prevede la creazione di presidi territoriali, come Case e Ospedali di comunità, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Il potenziamento delle reti territoriali può risultare utile a detenere i problemi organizzativi degli ospedali, che soffrono di seri problemi di accessibilità, soprattutto nei Pronto Soccorso, anche dovuta ad una consistente riduzione dei posti letto avvenuta negli anni, e alle brevi durate delle degenze, non compensate dall'efficientamento dei servizi territoriali.

L'integrazione tra ospedale e servizi territoriali dovrebbe garantire la realizzazione di reti multi-specialistiche, dedicate e "dimissioni assistite" sul territorio, per limitare ricoveri ripetuti e conseguente intasamento dei Pronto soccorso.

Per favorire la permanenza dei pazienti nel proprio domicilio, il PNRR prefigura un necessario rafforzamento dell'assistenza domiciliare, ad oggi punto debole dell'assistenza territoriale. Secondo il Ministero della salute, solo il 2,7% degli anziani ultra sessantacinquenni usufruisce dei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI) con una media di 20 ore di prestazioni all'anno. È stridente il confronto con gli altri Paesi europei, nei quali la percentuale di pazienti anziani assistiti al proprio domicilio va dall'8 al 10%, (in alcuni Paesi tocca anche il 20%), con una media europea di 20 ore al mese. Lo stesso nume-

ro di ore/paziente che nel nostro Paese sono erogate in un anno.

Va maggiormente valorizzato anche l'utilizzo di Percorsi Diagnostici, Terapeutici, Assistenziali (PDTA) efficacemente strutturati.

Il rinnovamento del percorso clinico deve puntare l'attenzione sul paziente che da "*caso clinico*" passivo diviene "*persona attiva*" che, convivendo per anni quotidianamente con la sua malattia cronica, può divenirne esperto.

Nel *Chronic Care Model*, per garantire un buon controllo della malattia, con attenzione alle complicanze, comorbidità e disabilità, il paziente e i suoi bisogni vengono posti al centro della continuità assistenziale, garantita sia dall'ospedale che dal territorio con l'intervento di diversi professionisti e operatori che agiscono mediante gruppi multidisciplinari, insieme con il medico di medicina generale.

Malattie croniche, Prevenzione ed educazione terapeutica

La Prevenzione e le metodologie di educazione terapeutica meritano una rinnovata e maggiore attenzione per la realizzazione di nuovi percorsi di diagnosi, cura e assistenza, proprio perché il nostro Paese sta riservando sempre meno attenzione a questi aspetti.

Alla diffusione delle malattie croniche concorrono spesso fattori di rischio come una non corretta alimentazione, abuso di alcool, consumo di tabacco, scarsa attività fisica, che durante la fase di malattia possono risultare dei seri aggravanti. Il paziente cronico, rispetto a quello acuto, non può raggiungere una completa guarigione, ma cercare una stabilizzazione o un miglioramento delle proprie condizioni. Si impone, quindi, la necessità di favorire nel paziente – oltre all'equilibrio del quadro clinico e dello stato funzionale – anche una sempre maggiore percezione del proprio stato di salute, così da mitigare la disabilità e favorire il miglioramento della qualità di vita.

LE DIFFERENZE CLINICHE E ASSISTENZIALI TRA MALATTIE ACUTE E CRONICHE	
Malattie acute	Malattie croniche
☐ Insorgenza improvvisa	☐ Insorgenza graduale nel tempo
☐ Situazioni episodiche	☐ Episodi continui
☐ Cause specifiche e ben identificabili	☐ Cause multiple e non sempre identificabili
☐ Cure specifiche ed interventi spesso risolutivi	☐ Cura continua raramente risolutiva
☐ Disponibile spesso una terapia e trattamento specifico	☐ Terapia causale spesso non disponibile
☐ La cura comporta il ripristino dello stato di salute	☐ La guarigione completa è impossibile e si persegue l'obiettivo del miglioramento della qualità della vita
☐ Assistenza sanitaria per lo più breve, legata allo stato della malattia	☐ Assistenza sanitaria clinico – sociale a lungo termine con presa in carico del paziente
<i>Da Piano Nazionale della Cronicità 2016 modificato</i>	

L'assistenza alla cronicità, per gli aspetti di comorbidità o multi morbidità, deve puntare l'attenzione anche ai bisogni socio-assistenziali, quali condizioni familiari, ambientali, difficoltà di accesso alle cure, ecc. A questo riguardo, sono necessari interventi coordinati in funzione dei molteplici bisogni dei pazienti cronici, oltre che di tipo clinico e terapeutico, per migliorare il trattamento e diminuire gli effetti indesiderati, anche psicologici per sostenere l'equilibrio psichico e sociale.

Una rete integrata di servizi contrasta la frammentazione delle attività cliniche e pareri discordanti, legati anche alla presenza di più malattie croniche nella stessa persona, e la moltiplicazione (non funzionale) degli esami diagnostici e delle terapie.

In conclusione, da un lato il supporto delle reti integrate dei servizi e dall'altro la consapevolezza e collaborazione di pazienti educati a conoscere sé stessi e la propria patologia – educazione terapeutica – sono le



chiavi per un cambiamento significativo nel percorso di assistenza, che prende avvio dalla fase metodologicamente strutturata della *diagnosi educativa*.

L'educazione terapeutica nella cronicità: la Diagnosi Educativa

Nelle malattie di lunga durata i pazienti sono costretti a una modifica dei comportamenti, rispetto all'assunzione dei farmaci, alle misure di autocontrollo, alla modifica delle abitudini alimentari, attività fisica regolare, ecc. Per facilitare questo apprendimento, cioè istruire e motivare il paziente e la sua famiglia sulla malattia, l'attività di *educazione terapeutica* è parte integrante e necessaria del percorso di cura.

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'educazione terapeutica è un processo permanente,

integrato alle cure e centrato sul paziente, in modo da consentirgli di acquisire e mantenere le capacità e le competenze che lo aiutano a vivere in maniera ottimale con la sua malattia. Il processo educativo, sempre secondo l'OMS, prevede attività metodologicamente strutturate di sensibilizzazione, informazione, apprendimento dell'autogestione e sostegno psicologico che riguardano la malattia, compreso il trattamento prescritto, le terapie, il contesto di cura, le informazioni relative all'organizzazione e i comportamenti di salute e di malattia.

Il fine pratico è quello di aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere la malattia e il trattamento, cooperare con i curanti, vivere in maniera più sana e mantenere o migliorare la loro qualità di vita.

La Diagnosi Educativa. Come l'atto clinico-medico inizia con lo stabilire una diagnosi, basata sulla sin-

Esempi di tecniche e strumenti utili per realizzare una diagnosi educativa		
Tipo	Scopo	Ostacoli
Guida al colloquio (esplorazione di tutte le dimensioni)	- Completo, durante un primo incontro o in caso di un limite di tempo tra due consultazioni - Può servire come riferimento in accordo multi-professionale	- Non esaustivo - Poco evolutivo - Durata
Guida semplificata (alcune dimensioni)	- Accordo sul minimo comune - Selezione dei dati essenziali	- Selezione del questionario
Guida al colloquio specifico per ciascuna professione (supporti differenti)	- Rilevanza - Possibilità di cartella condivisa	- Necessario coordinamento - Dispositivi di sintesi - Disponibilità dei professionisti
A tappe, in più volte	- Più facilmente integrato ai percorsi di cura - Possibilità di tempi di riflessione ai partecipanti in due incontri	- Pianificazione dei tempi dedicati - Specifici dispositivi di raccolta dei dati
Supporti immagine, strumenti di valutazione	- Concreto - Pratico - Mirato a una esplorazione	- Limiti di valutazione pedagogica - Insufficienti se utilizzati da soli
Registrazioni video	- Formazione - Possibilità di istruire - Percezione delle posture - Esemplificativo	- Modalità di realizzazione - Utilizzo/autorizzazione
Mirato ad una sola dimensione e competenza, ad un solo incidente (concetto di "cassetta degli attrezzi")	- Ricerca di una causa pedagogica (utile per valutare una "urgenza pedagogica") - Veloce/redditizio - Maggiore fattibilità per alcuni professionisti	- Parziale/focale - Invito alla competenza
Auto questionario del paziente	- Facile somministrazione - Aiuto alla riflessione - Motivazione - Impegno	- Limiti culturali - Utilizzo
Mappe concettuali, foto espressione, genogramma	- Esplorazione approfondita - Partecipazione attiva del paziente	- Durata - Utilizzo dei dati
Da Gagnaye e Traynard 2002 modificato		

tomatologia e i comportamenti del paziente, così l'attività di educazione terapeutica si avvia con un momento di espressione e acquisizione delle conoscenze del paziente rispetto alla propria malattia. Fondamentale la massima considerazione e vicinanza del medico al paziente e alla sua malattia, per aiutarlo ad acquisire e mettere in pratica dei comportamenti favorevoli per la sua salute.

L'attività di diagnosi educativa, presuppone un'accurata raccolta di notizie specifiche per ciascun paziente, che tengano conto della sua individualità. Da sottolineare quanto sia importante che la persona comprenda che l'educazione terapeutica fa parte integrante del trattamento, come farmaci, strumenti e dispositivi di supporto. Per ottenere questo risultato è indispensabile stimolare la partecipazione attiva della persona/paziente, utilizzando mezzi di colloquio strutturati alla comprensione dei reali bisogni del paziente rispetto alla sua malattia.

Gli obiettivi della diagnosi educativa sono finalizzati ad un avvicinamento sempre maggiore al paziente, mettendolo al centro dei percorsi di cura, per:

- comprendere ciò che egli capisce e come convive con la sua malattia e la sua cura;
- valutare il suo modo di porsi e il suo grado di conoscenza dei dispositivi tecnici di sorveglianza e di trattamento;
- determinare le sue capacità di decisione e livello di adattamento al trattamento, nonché la reazione di fronte ad eventuali incidenti ed imprevisti;
- rilevare gli elementi della sua vita sociale, del suo ambiente, quelli che sosterranno l'apprendimento e quelli che limiteranno le possibili azioni.

Una relazione educativa efficace deve essere basata sulla convinzione che il paziente può dimostrarsi un esperto nella gestione della sua malattia con la comprensione delle proposte cliniche previste e le decisioni diagnostiche e terapeutiche da adottare.

In pratica, si tratta di un vero e proprio accordo tra curante e paziente, con chiari termini rispetto a:

- rapporto che si spera di stabilire nel definire il ruolo di ciascuno (medico, *équipe* di assistenza e paziente);

- partecipazione attiva del paziente nella sua educazione terapeutica e nella gestione del suo trattamento;
- esperienze da condurre insieme per rafforzare le competenze del paziente ed egualmente quelle del medico, nel suo ruolo di curante educativo. Per favorire decisioni univoche, è necessario che le informazioni siano condivise nell'*équipe* dei diversi professionisti socio-sanitari impegnati nel percorso educativo.

Il lavoro di condivisione delle informazioni, raccolte nel corso degli incontri e mirato a una diagnosi educativa da parte dei professionisti dell'*équipe*, si può realizzare sulla base di diversi strumenti, quali riunioni di sintesi, cartelle condivise, supporti professionali specifici, dossier portato dal paziente, ecc.

Ciascun professionista è titolare di dati e dovrà scegliere quelli che gli sembrano più pertinenti per realizzare una sintesi, adottare una continuità educativa, valorizzare il suo contributo nel percorso educativo del paziente. L'accordo del paziente è essenziale per l'utilizzo delle informazioni.

Il ruolo della comunicazione

Non c'è bisogno di sottolineare quanto un'efficace attività comunicativa, nel contesto dell'educazione terapeutica, sia necessaria sia nel rapporto con il paziente e la sua famiglia che in quello tra le diverse strutture organizzative e i vari professionisti impegnati nel lavoro di *équipe*.

Sinteticamente, occorre valorizzare gli aspetti della *comunicazione bi-direzionale e relazionale* per un ottimale rapporto con il paziente ed i suoi familiari. Una specifica attenzione alla *comunicazione interna* è senz'altro utile a favorire il processo di integrazione e condivisione, per una "messa in rete" dei servizi sanitari e sociali e per rispondere nel modo migliore ai molteplici bisogni dei pazienti. Al contempo il ruolo della *comunicazione esterna* favorirà il livello di informazione, anche in rapporto alla dimensione sociale delle malattie croniche.

Welfare OGGI

PREMIO2023

**HAI REALIZZATO UN
PROGETTO INNOVATIVO
IN AMBITO
SOCIALE E SANITARIO?**

INVIA IL TUO PROGETTO!

PARTECIPA AL PREMIO

WELFARE OGGI 2023



La premiazione finale dei 3 progetti vincitori
avverrà nel corso della
XV edizione del FORUM NA di Bologna
29-30 novembre 2023.

Fascicolo ad uso esclusivo di ritacutini@gmail.com (ritacutini@gmail.com)

**CONTATTA LA SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
PER ULTERIORI INFORMAZIONI
E PER LA RICEZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE**

scrivi a: forum.na@maggioli.it
o chiama il numero 0541 628840

**MAGGIOLI
EDITORE**

Donne e *caregiving*: lo stress invisibile

Fattori di rischio e prevenzione

Sara Saltarelli¹, Fiorinto Scirgalea²

¹ Responsabile Servizi Domiciliari e Sanitari di Società Dolce

² Psicologo dell'area Socio Sanitaria di Società Dolce

Violenza sulle donne: la strage silenziosa delle donne anziane

Ormai quotidianamente, i mass media propongono notizie inerenti alla violenza di genere, in particolare ai femminicidi: è spesso un'informazione confusa, risultato di scelte linguistiche sbagliate, che confermano stereotipi e pregiudizi radicati in una cultura ancora fondata sul patriarcato. Spesso, nella narrazione mediatica, la violenza di genere viene raccontata come un problema del "singolo", quando invece è sistemica e strutturale. Ignorata da questa pletora di informazioni, dal rumore assordante di comunicazioni fuorvianti, si compie una strage silenziosa, ovvero la violenza sulle donne anziane, spesso perpetrata con farmaci, abusi e mancate cure.

Le donne anziane, le grandi assenti nella narrazione mediatica sulla violenza di genere, sono state protagoniste nel workshop "Le donne anziane e la fragilità: dall'ageismo e dall'abuso alle buone pratiche per l'invecchiamento attivo e le cure appropriate", organizzato dall'associazione Giovani nel Tempo, nell'ambito della 14ª edizione del Forum della Non Autosufficienza, tenutosi lo scorso 24 novembre.

Tra i relatori, il dottor Ferdinando Schiavo, che ama definirsi il "neurologo dei vecchi", e promotore, insieme all'Associazione Giovani nel Tempo, del Progetto Ciabatte Rosse, che si occupa appunto di violenza sulle donne anziane e sulle donne *caregiver*.

Schiavo ha evidenziato come le donne anziane assumano maggiormente farmaci rispetto agli uomini della stessa età, e come questi farmaci siano quasi esclusivamente testati su uomini giovani. Schiavo ha condotto una ricerca sugli ospiti di alcune strutture per anziani e ne ha riassunto gli esiti con un'unica, drammatica frase: "la strage degli innocenti".

Donne e *caregiving*: lo stress invisibile

L'altro grande tema "sommerso", sul quale l'associazione Giovani nel tempo ha avviato una campagna di sensibilizzazione dell'opinione pubblica, è quello delle donne *caregiver*, che secondo i dati elaborati dal

Centro Studi di Senior Italia FederAnziani, rappresentano il 71% del totale dei *caregiver* in Italia.

Alcune definizioni

Caregiver è un termine inglese che significa, letteralmente, "donatrice/donatore di cure" e si riferisce a chi assiste, formalmente o informalmente, una persona non autosufficiente (anziana e/o con disabilità). La parola *caregiver* è stata adottata anche dalla lingua italiana, poiché non esiste un termine ugualmente specifico per esprimere il medesimo significato. Più in generale, il/la *caregiver* riveste un ruolo primario nella presa in carico globale della persona non autosufficiente: non si impegna quindi solo nelle mere attività assistenziali e di cura, ma fornisce supporto e vicinanza alla persona, condividendo l'esperienza della malattia. L'insieme di tutte queste attività è definito con il termine *caregiving*.

Il/la *caregiver* si distingue essenzialmente in due tipologie:

- *Caregiver* informale (*primary caregiver*), solitamente un familiare, in particolare figli e coniugi;
- *Caregiver* formale, ovvero le figure professionali che, insieme al *caregiver* informale, si prendono cura della persona non autosufficiente (medici, infermieri, OSS...).

La ricerca

Il *caregiver burden* descrive il carico percepito dal *caregiver* in relazione al suo ruolo e in relazione allo svolgimento delle attività assistenziali: sono molteplici i fattori che possono influenzarlo, psicosociali (la relazione di parentela), culturali e ambientali.

La ricerca del dott. Fiorinto Scirgalea “Donne e *caregiving*: lo stress invisibile. Fattori di rischio e prevenzione”, condotta insieme alla dottoressa Sara Saltarelli, responsabile dei servizi sanitari di Società Dolce, si è svolta nell’ambito del progetto di Unità Psicologica di Strada per *caregiver* di persone affette da Alzheimer, o altri disturbi neurocognitivi, sul territorio di Pianoro, comune della provincia bolognese.

Lo strumento

La ricerca ha coinvolto un campione di 38 donne *caregiver* (*caregiver* informali), con l’obiettivo di rilevare lo stress da carico assistenziale. Lo strumento utilizzato in questa ricerca è il “Caregiver Burden Inventory”[1], un questionario *self-report*, utile a una valutazione multidimensionale dello stress assistenziale specifico per il *caregiver* principale di persone colpite da Alzheimer o altri disturbi neurocognitivi maggiori o minori.

Il “Caregiver Burden Inventory” (CBI) si compone di 24 item, a loro volta suddivisi tra le cinque dimensioni dello stress:

- Carico oggettivo (*time-dependence burden*);
- Carico psicologico (*developmental burden*);
- Carico fisico (*physical burden*);
- Carico sociale (*social burden*);
- Carico emotivo (*emotional burden*).

Il CBI richiede ai *caregiver* di compilare il questionario attribuendo un valore da 0 a 4 a ciascun *item* (0= Per nulla; 1= Poco; 2= Moderatamente; 3= Parecchio; 4= Molto).

Risultati

1. Carico oggettivo

La prima dimensione valuta il carico del *caregiver* associato alla diminuzione del tempo dedicato a sé a favore dell’assistito, e si compone dei seguenti *item*:

- il mio familiare necessita del mio aiuto per svolgere molte delle abituali attività quotidiane;
- il mio familiare è dipendente da me;
- devo vigilarlo costantemente;
- devo assisterlo anche per molte delle più semplici attività quotidiane (vestirlo, lavarlo, uso dei servizi igienici);
- non riesco ad avere un minuto di libertà dai miei compiti di assistenza.

Dalla ricerca di Scirgalea e Saltarelli emerge una percezione dello stress in relazione al carico oggettivo che si colloca principalmente tra il “parecchio” e il “molto” (Figura 1 e Tabella 1).

Alla prima affermazione, relativa all’aiuto del familiare nello svolgimento di abituali attività quotidiane, il 44,7% del campione (17 donne su 38) ha risposto “molto”; medesimo risultato per l’affermazione n. 2 “Il mio familiare è dipendente da me”. Anche le risposte ai successivi *item* seguono un andamento simile: le risposte infatti si collocano per la maggior parte (tra il 42,1% e il 34,2 %) al livello più alto, ovvero “molto”.

2. Carico psicologico

La seconda dimensione descrive la percezione del *caregiver* rispetto al sentirsi tagliato fuori, estraneo rispetto alle opportunità e alle aspettative offerte ai propri coetanei.

Gli *item* che compongono il “carico psicologico” sono i seguenti:

- sento che mi sto perdendo vita;
- desidererei poter fuggire da questa situazione;
- la mia vita sociale ne ha risentito;
- mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente;
- mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita.

[1] “Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory” - MARK NOVAK, CAROL GUEST, *The Gerontologist*, Vol. 29, Issue 6, Dec. 1989, Pages 798-803.

Figura 1 – Carico oggettivo

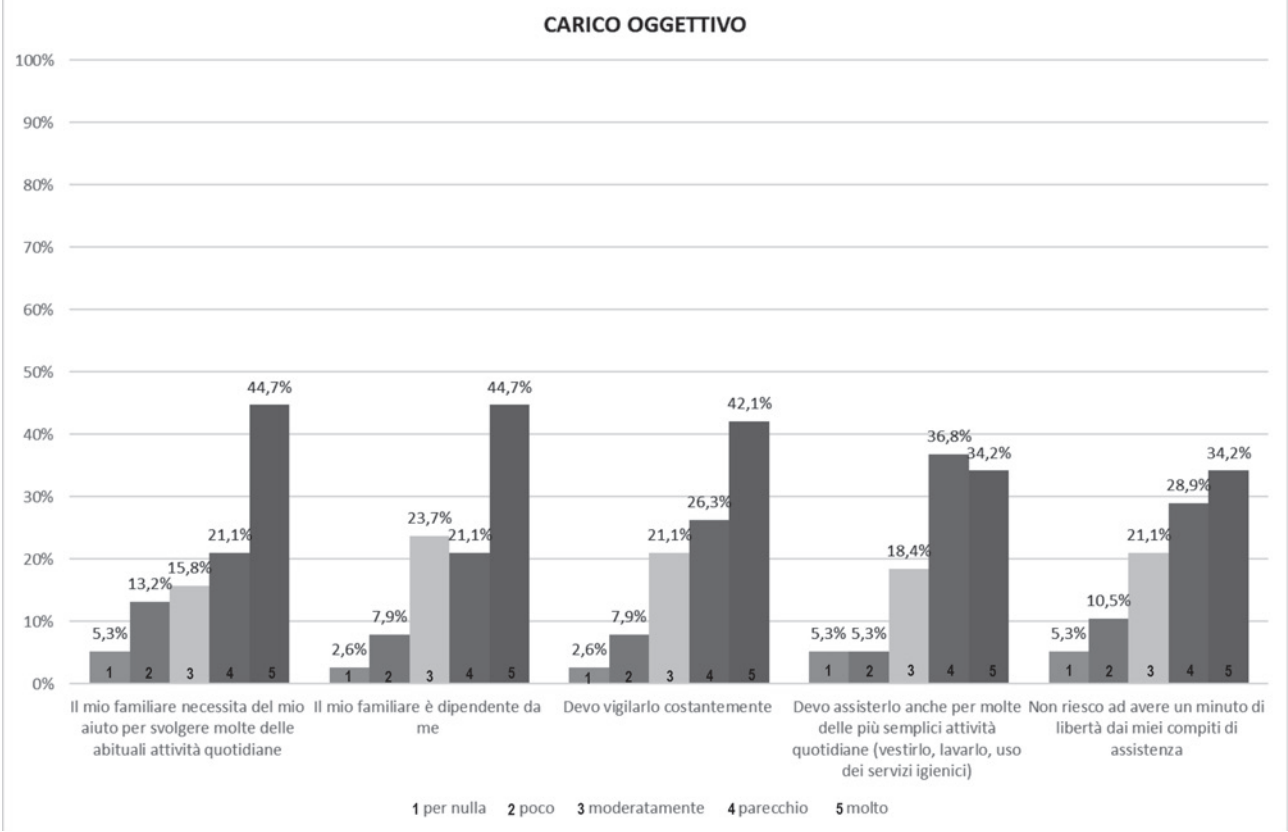


Tabella 1 – Carico oggettivo

	Per Nulla	Poco	Moderatamente	Parecchio	Molto	TOTALE
Domanda 1	2	5	6	8	17	38
Domanda 2	1	3	9	8	17	38
Domanda 3	1	3	8	10	16	38
Domanda 4	2	2	7	14	13	38
Domanda 5	2	4	8	11	13	38

Welfare Oggi 2 · 2023

Figura 2 – Carico psicologico

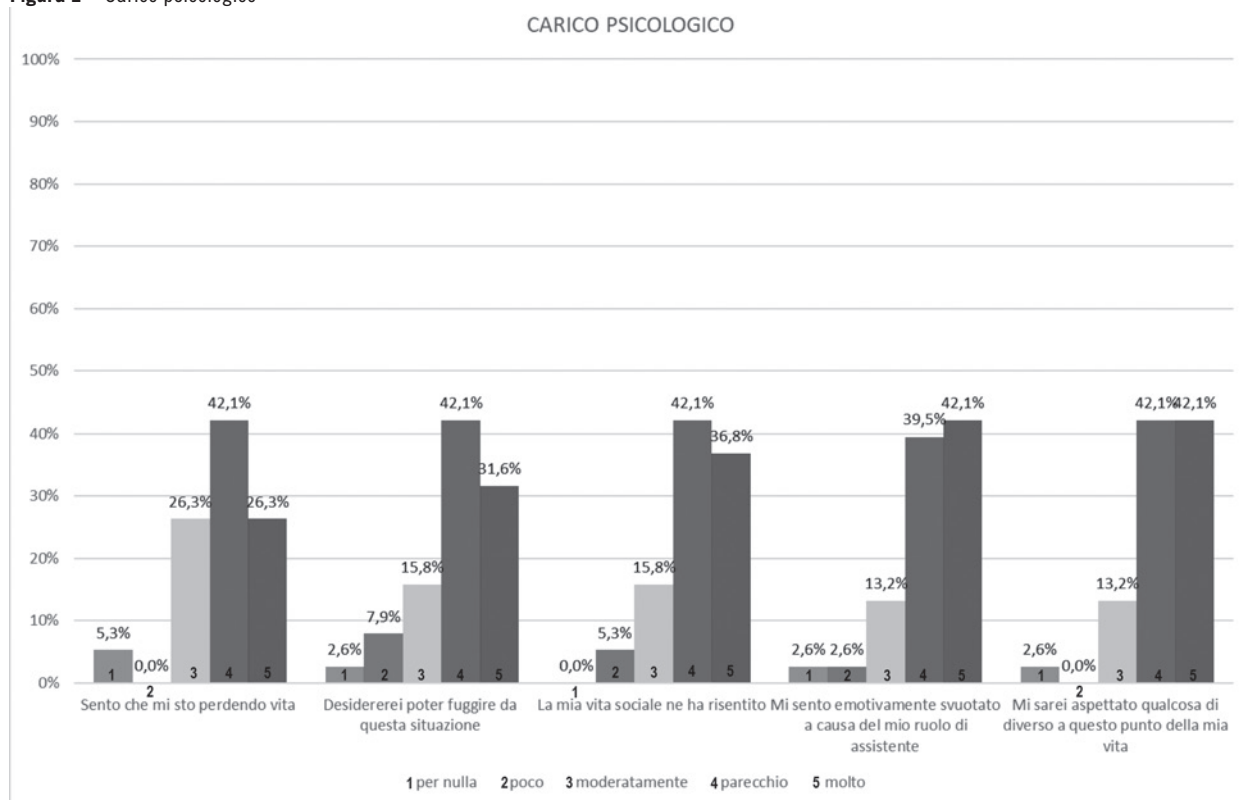


Tabella 2 – Carico psicologico

	Per Nulla	Poco	Moderatamente	Parecchio	Molto	TOTALE
Domanda 1	2	0	10	16	10	38
Domanda 2	1	3	6	16	12	38
Domanda 3	0	2	6	16	14	38
Domanda 4	1	1	5	15	16	38
Domanda 5	1	0	5	16	16	38

I risultati emersi dalla ricerca di Scirgalea e Saltarelli sul “carico psicologico” (Figura e Tabella 2) del campione indicano una percezione del “carico psicologico” leggermente più bassa rispetto a quella del “carico oggettivo”, anche se non vi sono differenze rilevanti. La maggior parte delle risposte, per tutte e cinque le affermazioni, si concentra, anche in questa sezione, tra il “parecchio” e il “molto”. Non si evincono particolari differenze tra le cinque affermazioni, ad eccezione del primo “sento che mi sto perdendo la vita”, per il quale si sono rilevati livelli di stress leggermente più bassi.

3. Carico fisico

Il “carico fisico” valuta la sensazione di fatica fisica e la percezione del *caregiver* rispetto al proprio stato di salute e di energia.

I quattro *item* che compongono la terza dimensione sono:

- non riesco a dormire a sufficienza;
- la mia salute ne ha risentito;
- il compito di assisterlo mi ha resa più fragile di salute;
- sono fisicamente stanca.

Figura 3 – Carico fisico

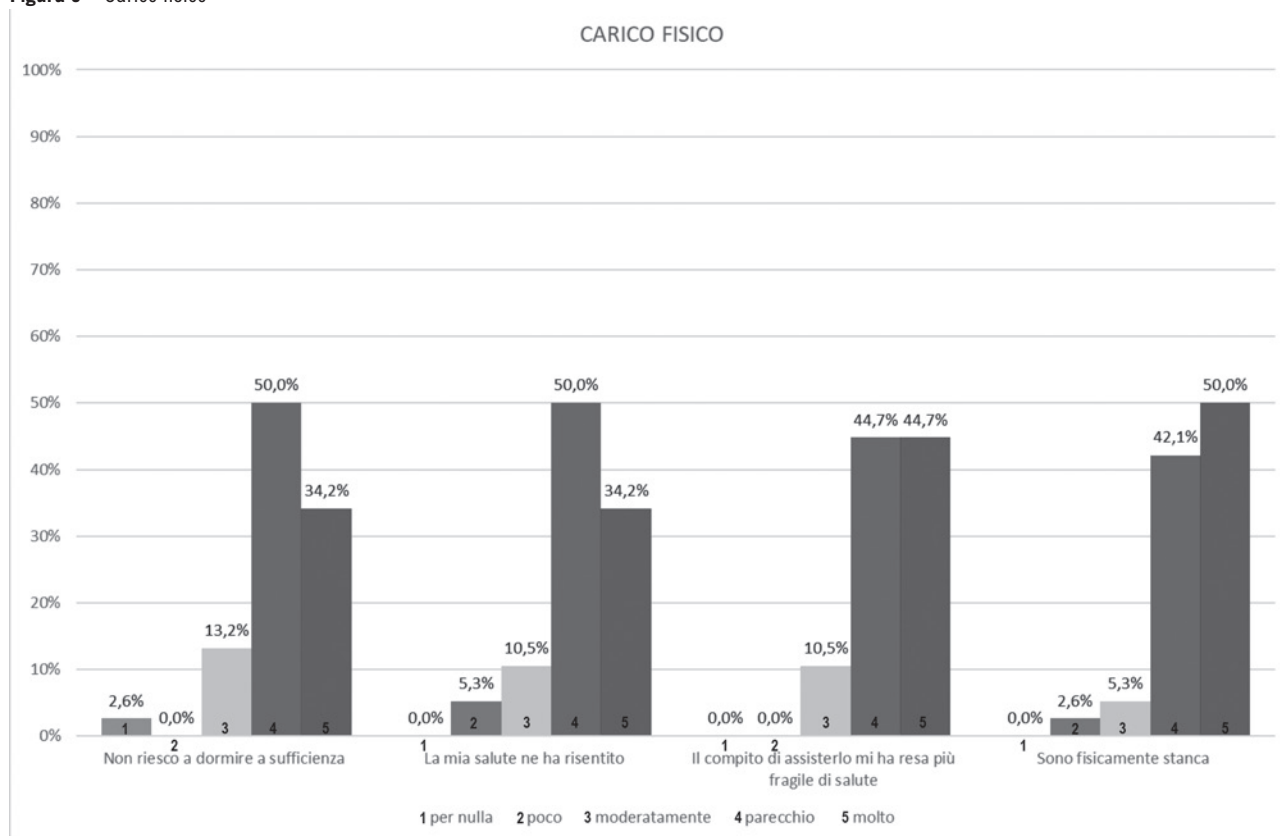


Tabella 3 – Carico fisico

	Per Nulla	Poco	Moderatamente	Parecchio	Molto	TOTALE
Domanda 1	1	0	5	19	13	38
Domanda 2	0	2	4	19	13	38
Domanda 3	0	0	4	17	17	38
Domanda 4	0	1	2	16	19	38

Analizzando i dati sullo stress fisico (figura 3) emerge una percezione di stress in relazione al proprio stato di salute, con risposte che si collocano, anche qui, per la maggior parte ai livelli “parecchio” e “molto”: pochissime *caregiver* (4 su 38), infatti, rilevano scarsa influenza del proprio ruolo sul grado di stanchezza e fragilità fisica.

4. Carico sociale

La quarta dimensione del CBI descrive i conflitti di ruolo del *caregiver* sia in ambito lavorativo che familiare.

I cinque *item* previsti per analizzare il “carico sociale” sono:

- non vado d'accordo con gli altri membri della famiglia come di consueto;
- i miei sforzi non sono considerati dagli altri familiari;
- ho avuto problemi con il coniuge;
- sul lavoro non rendo come di consueto;
- provo risentimento verso dei miei familiari che potrebbero darmi una mano ma non lo fanno.

Welfare Oggi 2 · 2023

Figura 4 – Carico sociale

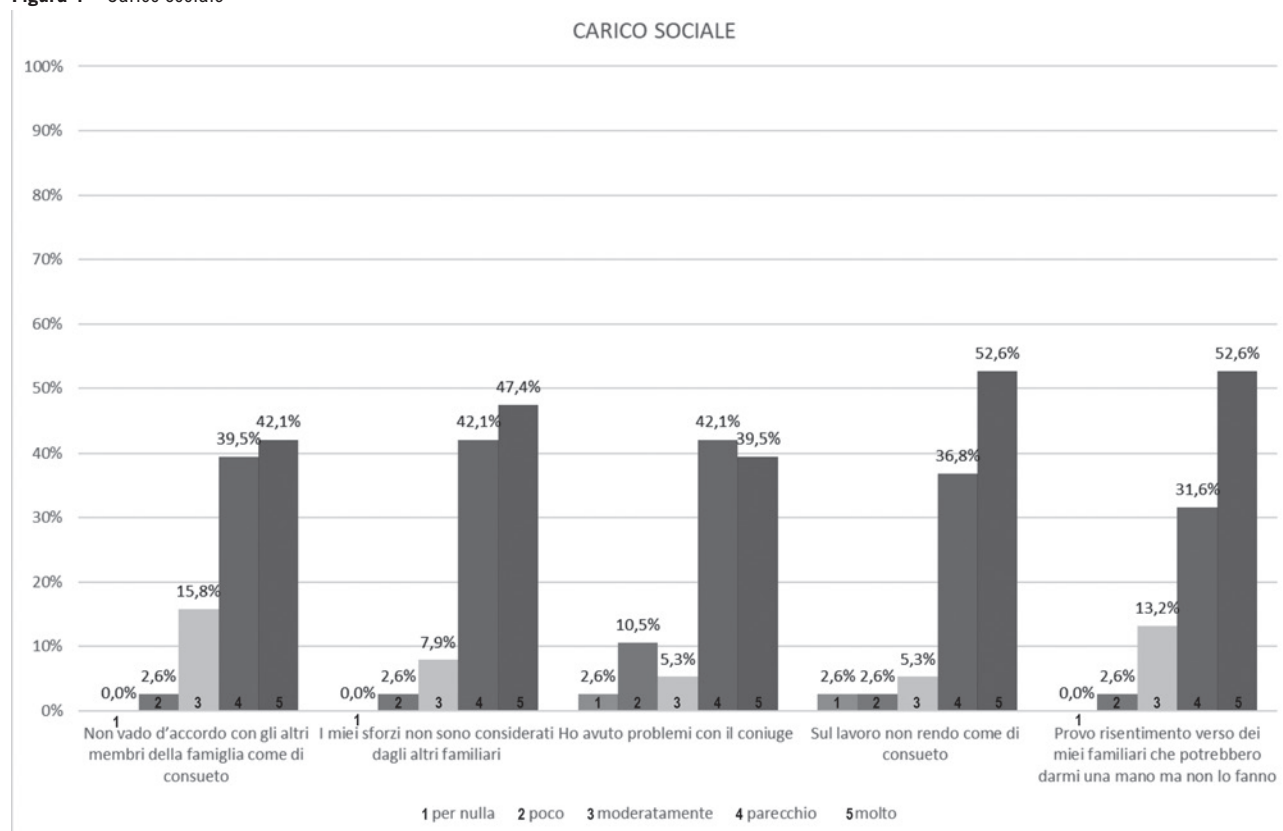


Tabella 4 – Carico sociale

	Per Nulla	Poco	Moderatamente	Parecchio	Molto	TOTALE
Domanda 1	0	1	6	15	16	38
Domanda 2	0	1	3	16	18	38
Domanda 3	1	4	2	16	15	38
Domanda 4	1	1	2	14	20	38
Domanda 5	0	1	5	12	20	38

Per le 38 donne-campione della ricerca di Scirgalea e Saltarelli l'incidenza del proprio ruolo di *caregiver* sull'ambito sociale è alto (Figura 4 e Tabella 4): la maggior parte delle risposte infatti si colloca tra "parecchio" e "molto", a favore di quest'ultimo (ad eccezione del terzo item "Ho avuto problemi con il coniuge"). Per quanto riguarda l'influenza del ruolo di *caregiver* sul rendimento lavorativo (item 4) si rileva il livello di stress: ben 34 donne su 38 hanno risposto "parecchio" (14) e "molto" (20).

5. Carico emotivo

La quinta e ultima dimensione del CBI analizza i sentimenti verso il paziente, che possono essere indotti da comportamenti imprevedibili e bizzarri.

Le seguenti affermazioni compongono il "carico emotivo":

- mi vergogno di lui/lei;
- provo del risentimento nei suoi confronti;
- non mi sento a mio agio quando ho amici a casa;
- mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi.

Figura 5 – Carico emotivo

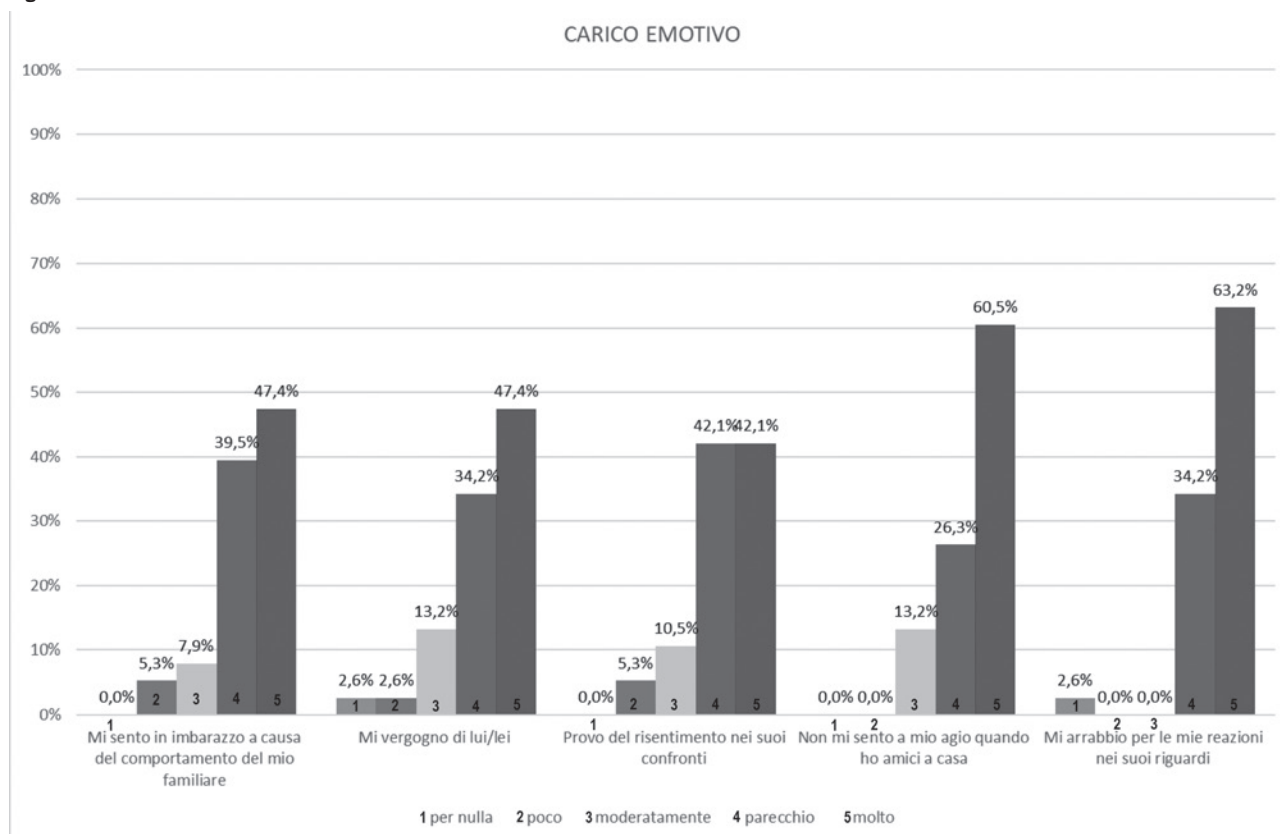


Tabella 5 – Carico emotivo

	Per Nulla	Poco	Moderatamente	Parecchio	Molto	TOTALE
Domanda 1	0	2	3	15	18	38
Domanda 2	1	1	5	13	18	38
Domanda 3	0	2	4	16	16	38
Domanda 4	0	0	5	10	23	38
Domanda 5	1	0	0	13	24	38

Le *caregiver* che hanno partecipato alla presente ricerca percepiscono un alto livello di stress correlato al carico emotivo: il senso di imbarazzo e vergogna per il comportamento dell'assistito e il sentimento di rabbia per le proprie reazioni nei suoi confronti, registrano livelli molto alti di stress. L'affermazione n. 5 "Mi arrabbio per le mie reazioni nei suoi riguardi" ha ottenuto la quasi totalità delle risposte (37 su 38) tra "parecchio" (13) e "molto" (24).

Conclusioni della ricerca

La ricerca dimostra, per il campione analizzato, come le persone che si prendono cura di un anziano con demenza presentino un carico soggettivo variabile, ascrivibile principalmente alla fascia moderata-alta secondo il CBI. Assistere persone affette da Alzheimer o da altre patologie di decadimento cognitivo comporta un alto carico di stress sui *caregiver*, soprattutto perché esse richiedono un grande impegno dal punto fisico e di tempo: questo si ripercuote sullo stato di salute e sul contesto sociale dei *caregiver*, inficiandone, di conseguenza,



il benessere psicologico ed emotivo. Non è un caso che essi siano definiti “vittime nascoste” di tali patologie. Come già precedentemente evidenziato, le donne che hanno partecipato alla ricerca, hanno principalmente risposto “parecchio” e “molto” (valori 3 e 4) a tutti gli item delle dimensioni analizzate dal CBI: interessanti sono i dati della quinta dimensione “carico emotivo”, che rilevano il più alto livello di stress percepito, dimostrando come l’altissimo impiego di tempo e di energia fisica, incida prepotentemente sul benessere psicologico ed emotivo, sviluppando nelle *caregiver* sentimenti frustranti di imbarazzo e rabbia.

Le strategie per un approccio consapevole allo stress.

Lo stress derivante da queste situazioni è inevitabile, ma gestirlo consapevolmente è possibile. All’interno degli incontri “Conoscere per accogliere. Incontri psicoeducativi della terza età” svolti dal dottor Fiorinto Scirgalea e rivolti ai *caregiver* di persone affette da patologie di decadimento cognitivo, lo

psicologo ha indicato alcune strategie per la gestione dello stress.

In primo luogo, il *caregiver* deve imparare a contare non solo sulle sue risorse personali, ma anche sulla sua capacità di sfruttare le risorse dell’ambiente circostante (amici, parenti, istituzioni), chiedendo un aiuto concreto per poter alleggerire il carico e/o fare delle pause. In particolare, il coinvolgimento di professionisti sanitari nella presa in carico (medici di base, infermieri, strutture preposte), *facendo rete* con le istituzioni e il territorio, alleggerisce notevolmente il *caregiver*, riducendo lo stress e garantendo al contempo un’adeguata assistenza al malato.

Un’altra risorsa importante è una buona informazione sulla malattia, sulla sua evoluzione e sulle cure disponibili, sempre ponendosi in relazione con i professionisti sanitari; è parimenti importante, per i *caregiver*, porsi obiettivi realistici e non aspettarsi “miracoli”.

Dal punto di vista psicologico, l’esperienza di *caregiving* può anche associarsi a sensazioni positive, come una sensazione di soddisfazione e stima di sé, purché l’assistenza non diventi lo scopo della propria vita.

Di fatto non è lo stress in sé che determina il “carico” fisico ed emozionale, bensì il modo in cui è affrontato, attraverso i comportamenti e gli atteggiamenti assunti.

Tutto questo si esprime nel *coping*, termine inglese che definisce le strategie e i meccanismi adattivi che vengono messi in atto dalle persone per affrontare situazioni avverse e di stress.

Un *coping* efficace è orientato alla risoluzione del problema, piuttosto che all’eliminazione di un’emozione negativa. Questo significa ad esempio che di fronte ad un comportamento problematico, è più efficace cercare di capire come si può prevenire o estinguere tale comportamento, con l’aiuto di professionisti competenti, piuttosto che adottare una condotta “accondiscendente” per evitare lo stress emozionale che ne deriva.

Favorire il benessere del *caregiver* non giova solo a quest’ultimo, ma influenza la salute del paziente stesso: quando l’assistenza risulta efficace, infatti, il

problema dell'istituzionalizzazione tende a posticiparsi.

Conclusioni

Gli esiti di questa prima ricerca evidenziano come lo stress percepito sia per lo più correlato al fatto che il maggior carico assistenziale gravi sulle famiglie. Quanto ne consegue è che il *caregiver* deve impiegare la maggior parte del suo tempo per soddisfare i bisogni del proprio caro a discapito della propria vita; rivolgersi alle istituzioni del territorio e alle persone vicine ed essere bene informati sulla malattia e il

suo decorso, sono elementi essenziali per la riduzione dello stress.

Il presente lavoro è un primo passo per Società Dolce, che continuerà il percorso sviluppando ed estendendo la ricerca anche ad altri soggetti. L'obiettivo è quello di approfondire quanto più possibile la conoscenza dell'argomento, al fine di trovare le migliori strategie per fronteggiare lo stress. Imparare a gestire lo stress è infatti di vitale importanza per le persone che rivestono il ruolo di *caregiver* e, solo conoscendo il loro punto di vista, le loro esperienze e, soprattutto, la loro percezione, è possibile trovare soluzioni vincenti.

Iniziative

La cura di comunità è al cuore della riflessione di chi si occupa di welfare e servizi. Per cura di comunità intendiamo un insieme di pratiche innovative attraverso cui le relazioni di aiuto, allargando il perimetro delle relazioni sociali, danno vita a nuove forme di comunità e di imprese collaborative, ma anche tutti i processi che attraverso la cooperazione e la partecipazione possono garantire diritti alle persone fragili o svantaggiate. In questa direzione sono attivate iniziative di Formazione come la *Caring School* promossa dall'Istituto Giovanni Paolo II per la Famiglia di Roma per l'anno 2023-24. Il Corso intende riflettere su come garantire un rinnovamento delle istituzioni, specie per le persone anziane e non autosufficienti, sviluppare nuove competenze nelle relazioni di cura per i Caregiver, progettare nuove forme dell'abitare solidale. Operatori/operatrici del welfare, amministratori e volontari possono in questo modo approfondire conoscenze e abilità nelle professioni di cura all'interno dei servizi socio-sanitari.



Welfare Oggi 2 · 2023

Verso una rinnovata *governance* dell'integrazione socio-sanitaria territoriale

A cura di Giovanni Viganò¹ e Arianna Zanon²

¹ Senior partner di Synergia ed esperto di politiche sociosanitarie integrate. Docente di Quantitative methods for social sciences presso l'Università L. Bocconi di Milano

² Ricercatrice e consulente di Synergia, esperta in programmazione e progettazione di interventi e servizi in ambito di politiche sociali e di welfare

La pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto estremamente eterogeneo nella popolazione, spesso colpendo in maniera più rilevante i soggetti a maggior vulnerabilità socio-economica e in condizioni sanitarie fragili. Il periodo pandemico ha inoltre acceso i riflettori su una tematica già conosciuta ed evidente, ma spesso non adeguatamente considerata: la stretta correlazione tra la sfera della salute e del benessere della persona e le criticità legate all'integrazione socio-economica, specialmente per categorie di soggetti vulnerabili, come anziani non autosufficienti e persone con disabilità esposte al rischio di grave marginalità. Gli effetti della pandemia, inoltre, hanno gravato fortemente sui sistemi locali di assistenza, mettendo in luce le problematiche legate alla gestione dei servizi di welfare territoriale, in particolare sui servizi domiciliari, a supporto delle persone non autosufficienti, con disabilità o sole. Per far fronte a queste problematiche, sono stati messi in campo, in particolare nel periodo post-pandemico, interventi normativi e programmatici indirizzati verso un maggiore e più integrato investimento sui progetti rivolti a queste categorie più fragili e volti a potenziare la capacità funzionale della P.A. nell'ottica del superamento delle differenze territoriali e del rafforzamento dei servizi sociali. L'obiettivo primario delle due, ma non uniche, novità programmatiche che qui analizzeremo, il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è la costruzione di sistemi integrati di servizi sanitari e socio-sanitari organizzati a livello territoriale, in maniera tale da garantire servizi "universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita" (DG SANCO, 2014).

Il quadro normativo di riferimento

I più recenti e importanti interventi normativi e programmatori volti a rinnovare le disposizioni in materia di disabilità e non autosufficienza sono quelli introdotti dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) e le riforme promosse dalla Missione 5 "Inclusione e coesione sociale" e Missione 6 "Salute" del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). Tuttavia, queste novità normative si inseriscono all'interno di un contesto già ricco e complesso. Un elemento chiave nello sviluppo e nel rafforzamento del welfare territoriale e nella gestione dei servizi a supporto delle persone con disabilità e anziane non autosufficienti sono i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), i quali sono definiti dalla Legge di Bilancio per il 2022 (legge 234/2002) come l'insieme

di "interventi, servizi, attività e prestazioni integrate che la Repubblica assicura [...] con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità" (art. 1, comma 159). La gestione e realizzazione dei LEPS avviene a livello territoriale, ed è affidata agli Ambiti sociali territoriali (ATS).

Il Piano Nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023 ha proseguito il lavoro di definizione dei LEPS, mentre la Legge di Bilancio per il 2022, identifica le aree di erogazione dei servizi socioassistenziali prescritti dai LEPS (comma 162), privilegiando la continuità e la qualità di vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti. Da un'analisi comparata del-

le fonti normative – Legge di Bilancio per il 2022 e d.P.C.M. 12 gennaio 2017[1] – emergono le modalità gestionali e operative, da definire tra ATS e Aziende sanitarie, necessarie per garantire percorsi di presa in carico integrata, nell’ottica di favorire la permanenza della persona nel proprio contesto di vita, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie.

Le Missioni 5 e 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Le misure della Missione 5 “*Inclusione e coesione sociale*” e Missione 6 “*Salute*” del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) apportano ulteriori strumenti fondamentali per la progressiva attuazione dei LEPS a favore di una completa integrazione socio-sanitaria dell’offerta di servizi e interventi a supporto delle persone con disabilità e anziani non autosufficienti. La Missione 5 “*Inclusione e coesione sociale*”, mira al rafforzamento dei servizi sociali territoriali finalizzati alla prevenzione dell’istituzionalizzazione, al mantenimento di una dimensione autonoma e alla promozione di attività di inclusione sociale per determinate categorie di soggetti fragili e vulnerabili, come anziani non autosufficienti e persone con disabilità. All’interno della Missione 5 Componente n. 2 “*Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore*” la Riforma 1.1 prevede come obiettivi generali il rafforzamento dell’offerta di servizi sociali da parte degli Ambiti territoriali e la semplificazione dell’accesso ai servizi socio-sanitari. La Riforma 1.2, invece, prevede l’individuazione dei LEPS di valenza nazionale e la promozione dell’integrazione socio-sanitaria (anche in raccordo con i progetti PNRR della Componente n. 6 “*Salute*”): la semplificazione dei percorsi di accesso alle prestazioni socio-sanitarie, la presa in carico multidimensionale e integrata, la definizione di un progetto personalizzato e il rafforzamento del sistema dei servizi territoriali di domiciliarità prevedendo, al contempo, quando la permanenza in un contesto familiare non è più possibile o appropriata,

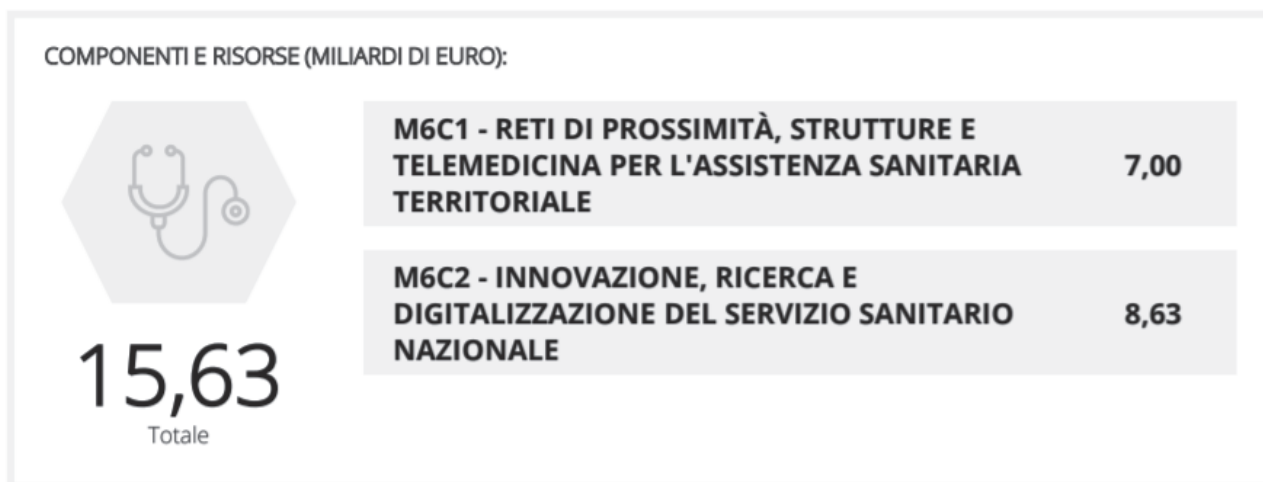
la progressiva riqualificazione e riconversione delle strutture residenziali.

La Componente 1 “*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale*” della Missione 6 “*Salute*” del PNRR mira invece a concretizzare un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale, volta a definire modelli e standard innovativi di assistenza territoriale. Gli interventi M6C1 si sviluppano come evoluzione delle disposizioni definite in precedenza dalla Legge di Bilancio del 2022: potenziare l’assistenza sanitaria territoriale agendo sulle reti di prossimità, sulle strutture intermedie e la telemedicina, grazie alla creazione di strutture e presidi territoriali (Case di Comunità e Ospedali di Comunità *in primis*). Il nuovo modello organizzativo si basa sul Progetto di Salute, ossia lo “strumento di programmazione, gestione e verifica” che rappresenta “la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-assistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che si sviluppi una patologia” (Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, p. 7). La realizzazione del Progetto di Salute necessita l’identificazione di un’*équipe* multiprofessionale minima che evolve in relazione all’evolversi della malattia e allo stato di fragilità.

Gli elementi costitutivi del nuovo modello di rete di assistenza sanitaria territoriale sono il Distretto, la Casa della Comunità, l’assistenza domiciliare, l’Ospedale di Comunità e la Centrale operativa territoriale. Il Distretto – un’articolazione organizzativa funzionale dell’Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio – costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali, e garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. Le tre funzioni fondamentali del Distretto sono la programmazione dei servizi da erogare all’individuo a seguito della valutazione dei bisogni, l’erogazione delle prestazioni sanitarie a livello territoriale e garantire l’equità e la qualità dell’accesso ai servizi all’utenza. La Casa della Comunità, invece, rende concreta l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento essendo il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere

[1] Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.*

MISSIONE 6: SALUTE



re per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Dunque, la CdC costituisce un punto di riferimento continuativo per la popolazione, e il primo punto di contatto con il sistema di assistenza sanitaria. La Riforma prevede la presenza di una CdC hub ogni 40.000-50.000 abitanti, in cui opera personale multifunzionale proporzionale al bacino degli utenti. Gli obiettivi della CdC sono garantire l'accesso unitario all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e socioassistenziale in un luogo di prossimità, la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati con il coordinamento del dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale, la promozione e la tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, l'attivazione di percorso di cura multidisciplinari e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari attraverso il Punto Unico di Accesso (PUA). Nello specifico, il PUA costituisce la sede operativa unitaria e la porta di accesso per le istanze che arrivano dal territorio. È il primo filtro per capire se il bisogno presentato può trovare risposta all'interno di uno dei punti della rete oppure se è necessario attivare l'*équipe* di valutazione multidimensionale. Nei PUA, infatti, grazie alle *équipe* integrate composte da personale adeguatamente formato, si svolge la prima fase della presa in carico della persona in cui, tramite la valutazione multidimensionale della capacità biopsico-sociale dell'individuo, si identifica il bisogno clinico, funzionale e sociale, che permette la defini-

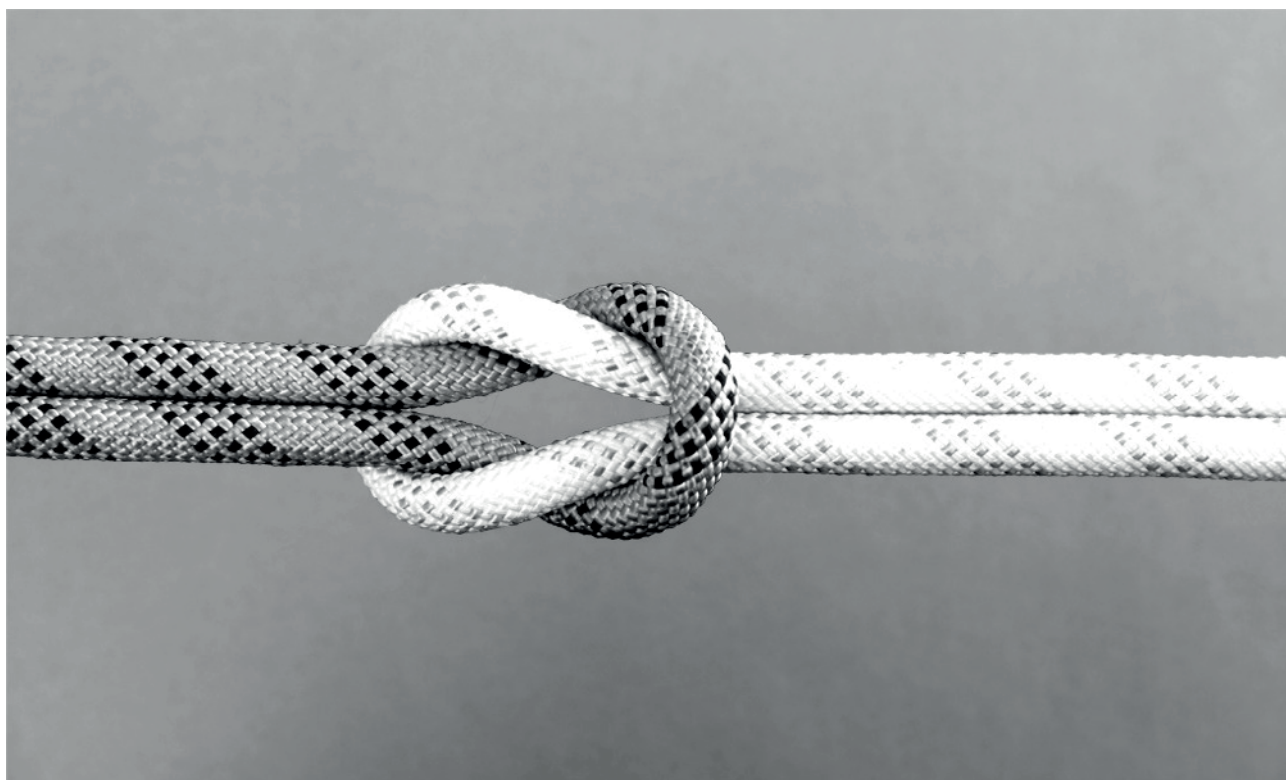
zione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI). L'*équipe* multiprofessionale, come indicato al comma 163 della Legge di Bilancio 2022, deve essere composta sia da personale appartenente al Servizio sanitario nazionale, in particolare dagli Infermieri di Famiglia e Comunità, sia appartenente agli ATS, ovvero assistenti sociali dei Comuni o dell'Ambito Territoriale stesso, prevedendo quindi l'inserimento anche della controparte sociale. Tra i servizi obbligatori offerti dalle CdC vi sono, per esempio, i servizi di cure primarie erogati attraverso *équipe* multiprofessionali (MMG, PLS, SAI), i PUA, i servizi di assistenza domiciliare, i servizi infermieristici e l'integrazione con i Servizi Sociali.

La Riforma 1 della M6C1 fornisce anche informazioni rilevanti sulla già citata figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità – previsto ogni 2.000-3.000 abitanti – è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti, formali e informali, presenti nella comunità in cui opera. L'Infermiere di Famiglia o Comunità è incaricato della gestione proattiva della salute dei pazienti, ai quali non eroga solo le cure assistenziali necessarie nell'immediato, ma garantisce anche una risposta assistenziale nell'eventualità dell'insorgenza di nuovi bisogni sanitari. Inoltre, è coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità.

Altri elementi costitutivi importanti della nuova rete di assistenza sanitaria territoriale sono le Cure domiciliari e l'Ospedale di Comunità. Le Cure domiciliari sono anch'esse un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza. L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. La finalità principale della struttura è di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Lo standard previsto dalla Riforma è di almeno un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto per ogni 50.000-100.000 abitanti; può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità oppure in una struttura ospedaliera. Anche in questo caso, la gestione e l'attività della struttura sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interpro-

fessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze.

L'ultimo tassello che completa il complesso sistema di rete di assistenza sanitaria territoriale è la Centrale Operativa Territoriale, una struttura fisica operativa 7 giorni su 7 e presente sul territorio ogni 100.000 abitanti, che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. L'obiettivo della Centrale Operativa Territoriale è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Tra le funzioni della Centrale Operativa Territoriale rientrano l'ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale, il tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro, il supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), la raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina.



Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024

In questo ricco e complesso assetto normativo le novità introdotte dal Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024 (PNNA) mirano ad offrire gli strumenti programmatici e di finanziamento necessari per una concreta possibilità di realizzazione dell'integrazione tra sistema sanitario e sociale e il pieno raggiungimento dei LEPS. La matrice di programmazione del PNNA 2022-2024 si sviluppa lungo tre programmi operativi: i LEPS di erogazione (l. 234/2022, comma 162, 164), i LEPS di processo (l. 234/2022, comma 163), e le azioni di rafforzamento (l. 234/2022, comma 166). I LEPS di erogazione definiscono i contenuti, le modalità e i termini per l'erogazione, dei servizi di assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari (linea 1.1), dei servizi sociali di sollievo (linea 1.2), dei servizi sociali di supporto (linea 1.3), dei contributi (linea 1.4). I LEPS di processo, invece, delineano le macrofasi del percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, e includono: l'accesso al percorso assistenziale, la prima valutazione, la valutazione multifunzionale, la definizione del PAI e il monitoraggio degli esiti di salute. Per sostenere la progressiva attuazione di tali LEPS sono stati individuati degli obiettivi di servizio volti a massimizzare la cooperazione tra gli ATS e i Distretti Sanitari. Per esempio, gli Obiettivi di Servizio del 2023 includono la condivisione a livello territoriale sociale e sanitario degli strumenti unitari per la valutazione preliminare e la stipula di accordi di programma di funzionamento dell'equipe integrata comune alle ATS e ai Distretti Sanitari, anche ai fini dell'integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria prevista dalla Riforma introdotta dalla Missione 6 del PNRR. Nello specifico, l'accordo interistituzionale deve definire e regolare i contenuti della collaborazione organizzativa e professionale, necessaria per sviluppare il Percorso assistenziale integrato all'interno dell'ASL. L'Accordo delinea il quadro di riferimento sia per l'intesa istituzionale, sia per le misure dedicate all'integrazione organizzativa e in-

terprofessionale, declina gli impegni reciproci che le parti assumono in attuazione del LEPS di Processo e reca tre allegati che definiscono le macrofasi del percorso assistenziale integrato, le ricadute organizzative per l'attuazione del percorso assistenziale integrato e le indicazioni per il coordinamento tra LEPS sociali e LEA sanitari nelle domiciliarità. La proposta di uno schema-tipo costituisce un punto di riferimento importante per gli Enti interessati e una base comune in grado di garantire l'uniformità sul territorio nazionale. Lo schema potrà essere adattato alle singole realtà territoriali e adottato dalle Regioni con un provvedimento che coordini questo strumento con altri strumenti già presenti a livello regionale e può dare luogo a successivi protocolli operativi[2].

Infine, l'ultima componente del PNNA è quella relativa alle azioni di supporto che mirano al rafforzamento della dotazione organica degli ATS (linea 3.1) e includono azioni di sviluppo del sistema dei servizi, quali definizione di strumenti e modelli di supporto agli interventi dei servizi sociali di supporto, definizione di obiettivi di convergenza per gli strumenti già attivi di VMD e definizione delle azioni positive verso la progressiva costruzione dei Budget di cura (risorse di diversa natura in riferimento al rapporto tra progetto di vita e PAI).

Alcune riflessioni conclusive

È indubbio come la pandemia, prima, e il PNRR, poi, abbiano costituito un indiscusso fattore di accelerazione rispetto al completamento del quadro regolatorio riguardante importanti processi di sviluppo dell'assistenza territoriale. Al di là di una sempre più evidente spinta a una decentralizzazione verso il livello distrettuale e di Ambito sociale territoriale della *governance* dei processi programmatori e attuativi degli interventi socio-assistenziali e socio-sanitari, si riscontra tuttavia una tendenza all'omogeneizzazione degli standard di servizio a livello nazionale, volta a mantenere un presidio di garanzia per i cittadini rispetto alla presenza effettiva di servizi territoriali fondamentali. Se da un lato ciò rappresenta un indiscusso passo

[2] Per ulteriori approfondimenti consultare il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza 2022-2024.

avanti per assicurare e monitorare l'effettivo raggiungimento dei livelli essenziali delle prestazioni e dell'assistenza sull'intero territorio nazionale, il cuore della programmazione e dell'erogazione dei servizi è lasciato alla autonoma capacità di governo dei sistemi regionali e territoriali: ciò potrebbe comportare significative differenze nelle tempistiche e nelle modalità di piena ed efficace attuazione degli obiettivi stabiliti dal livello centrale. Collegato a questo, vi è poi anche una non sempre completa coerenza fra i documenti pubblicati (riforme, linee guida, regolamenti), tanto che in alcuni casi sembra mancare una regia unitaria rispetto al-

la *ratio* del disegno complessivo: tale *vacuum* potrebbe pertanto acuire le differenze nelle modalità e nei risultati dell'implementazione delle misure nei vari territori. Toccherà pertanto ai singoli contesti locali (in primis alle istituzioni che hanno in carico la *governance* territoriale delle politiche sociali e sanitarie) saper efficacemente governare e presidiare tali processi, mentre al livello nazionale spetterà non solo una funzione di monitoraggio dell'attuazione delle riforme, ma anche un ruolo proattivo di pieno supporto e sostegno alla capacità amministrativa dei territori di dare corso a tali processi di riforma.

Welfare OGGI

PREMIO2023

in occasione della XV edizione del

FORUM.N.A.

FORUM DELLA NON AUTOSUFFICIENZA
E DELL'AUTONOMIA POSSIBILE

MODALITÀ DI PARTECIPAZIONE

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

DESTINATARI

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

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

COME PARTECIPARE

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

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

Tale documentazione sarà presente insieme al regolamento sui siti internet

<https://www.periodicimaggioli.it/rivista/welfare-oggi/>

<https://www.nonautosufficienza.it/partecipa-premio-welfare-oggi/>

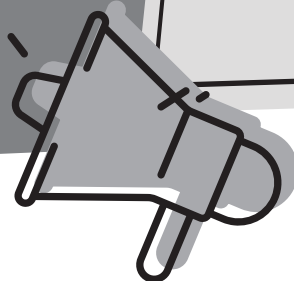
GIURIA

La giuria è composta da almeno 3 elementi.

La Giuria avrà il compito di selezionare 10 progetti finalisti.

DURATA

Dal 1 gennaio 2023
al 31 ottobre 2023

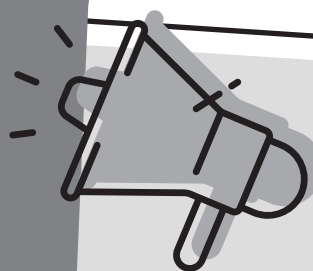


PREMIAZIONE

La premiazione finale avverrà durante lo svolgimento della sessione plenaria del FORUM NA. Tra i 10 progetti finalisti ne saranno selezionate 3 che riceveranno rispettivamente i seguenti premi:

- > **1° Premio**
BUONO ACQUISTO DA **1.000 EURO**
in prodotti Maggioli Editore e FormazioneMaggioli
- > **2° Premio**
BUONO ACQUISTO DA **500 EURO**
in prodotti Maggioli Editore e FormazioneMaggioli
- > **3° Premio**
BUONO ACQUISTO DA **250 EURO**
in prodotti Maggioli Editore e FormazioneMaggioli

Agli Enti Finalisti verrà assegnato **1 PASS gratuito per l'accesso al Convegno** "Forum della non autosufficienza" destinato al Direttore Sanitario/Amministrativo dell'ENTE (o da un Suo incaricato) valido per **l'intera giornata della premiazione**, con il quale potrà avere libero accesso all'area congressuale ed espositiva (nel caso in cui l'Amministrazione o il partecipante siano già iscritti, sarà rilasciato un PASS aggiuntivo, e non sostitutivo, da destinare a un membro dell'amministrazione indicato dalla stessa).



La premiazione avverrà alla presenza di un Responsabile organizzativo del Convegno. **Per far valere il diritto al ritiro del Premio sarà necessaria la presenza di un rappresentante dell'Ente:** Direttore Sanitario/Amministrativo o altra figura apicale che possa rappresentare l'Amministrazione vincitrice che dovrà esibire un documento di identità valido i cui dati identificativi dovranno corrispondere a quelli del modulo di iscrizione compilato, altrimenti sarà assegnato al concorrente successivo in graduatoria.

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

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

L'abbonamento alla tua rivista include



L'esperto risponde

È uno dei servizi inclusi nel tuo abbonamento alla rivista **Welfare Oggi**; è il servizio di risposta ai quesiti con il supporto dei migliori esperti del settore. Ogni abbonamento prevede due quesiti all'anno.



Utilizza tutti i servizi inclusi nel tuo abbonamento su:

www.periodicimaggioli.it



Per accedere al servizio

Collegati alla pagina della rivista su periodicimaggioli.it, effettua il login e clicca su

 **Chiedi all'esperto**

**MAGGIOLI
EDITORE**

NOVITÀ

Sicraweb EVO

**La suite evoluta per la digitalizzazione
della Pubblica Amministrazione**

**È la soluzione che favorisce la migrazione
al cloud degli Enti Locali attraverso
i finanziamenti previsti dal PNRR.**

La suite è composta da una serie di verticali modulari,
realizzati sulle esigenze di ogni singolo ufficio
dell'Ente Locale tra di loro integrati.

Sicraweb EVO, in linea con le disposizioni AgiD,
è la suite ideale per gli Enti locali che hanno come
obiettivo l'efficienza di gestione, l'evoluzione dei processi
e l'erogazione di nuovi servizi a cittadini e imprese.

IN CLOUD

I vantaggi

**Efficienza
Trasparenza
Affidabilità
Velocità
Sicurezza
Semplicità**

**TRASFORMIAMO
IL PRESENTE
PER GARANTIRE IL FUTURO**

GRUPPO

Maggioli

Fascicolo ad uso esclusivo di ritacutini@gmail.com (ritacutini@gmail.com)

PRODOTTI ASSORBENTI PER INCONTINENZA

LINES SPECIALIST

Derma Protection

Avvolge e protegge come una carezza



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



Elevata protezione anche dagli odori grazie all'esclusiva tecnologia brevettata per intercettare, bloccare e neutralizzare l'odore, offrendo un'elevata discrezione.



Le morbide barriere laterali, delicate a contatto con la pelle, si adattano al corpo, **riducendo il rischio di fuoriuscite.**

www.linesspecialistdermaprotection.it

Lines Specialist Derma Protection Pannolone a Mutandina, Pants e Sagomato. Sono Dispositivi Medici CE. Leggere attentamente le avvertenze e le istruzioni per l'uso. Materiale pubblicitario destinato ai soli operatori del settore sanitario.