

L'impatto del PNRR sull'assistenza territoriale

Indagine sul maltrattamento dei minori

Giustizia ambientale e disuguaglianze di salute

Budget di progetto e qualità della vita

Accompagnare all'ingresso in struttura protetta

La comunicazione in ambito sanitario

Prospettive Sociali e Sanitarie

4 2023
anno LIII

QUALE DIREZIONE PER I SERVIZI DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE?



SERVIZI SOCIALI

- 1 *Il Pronto intervento sociale. Una strada aperta con traiettorie ancora da individuare*
G. Cinotti, F. Di Ciò, G. Spolti
- 3 *Sul Pronto intervento sociale*
A. Mirri
- 6 *Il Pronto intervento sociale a Venezia*
A. Favaretto, M. Spadotto
- 9 *Il Pronto intervento sociale di Bologna nella gestione delle emergenze sociali*
A. Faccini, M. Sorrentino
- 13 *Il Sistema regionale emergenza urgenza sociale in Toscana*
C. Corezzi

Servizi sanitari

- 18 *L'impatto del PNRR sulla rete dell'assistenza territoriale in Calabria*
E. Tricanico, D. D'Amico, P. Gallo

Maltrattamento e abuso

- 22 *Indagine sul maltrattamento dei minori nell'ambito sociale di Jesi*
S. Tomassoni, F. Pesaresi

Diritti del cittadino

- 26 *Giustizia ambientale e disuguaglianze di salute*
A. Panico, A. Annicchiarico

Disabilità

- 29 *Budget di progetto e qualità della vita. La sperimentazione nell'ambito di Rho*
L. Bianchi

Professioni sociali

- 33 *Accompagnare all'ingresso in struttura protetta*
F. Corradini, G. Notari

Migrazioni

- 37 *La comunicazione in ambito sanitario*
I. Hotea

Indice

- 40 *Indice 2023*

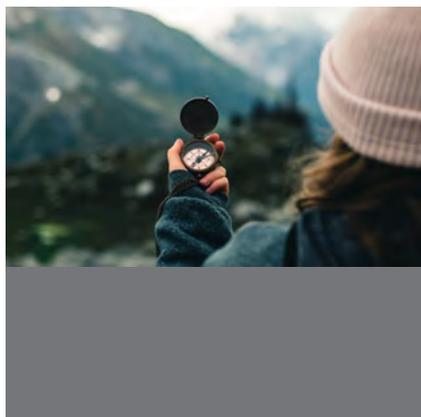


Immagine di copertina

Ali Kazal

www.lureofadventure.com



Prospettive Sociali e Sanitarie è stampata usando le carte *Recital White +* e *Respecta 100* di Burgo Distribuzione, composte al 100% da fibre riciclate

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)
Sergio Pasquinelli (direttore editoriale)
Ugo De Ambrogio (vicedirettore)

Caporedattore

Francesca Susani (pss@irsonline.it)

Redazione

Nicola Basile, Andrea Bilotti, Claudio Caffarena, Ariela Casartelli, Claudio Castegnaro, Glenda Cinotti, Carla Dessi, Valentina Ghetti, Cecilia Guidetti, Giuseppe Imbrogno, Giulia Mascagni, Francesca Merlini, Daniela Mesini, Maurizio Motta, Franco Pesaresi, Francesca Pozzoli, Remo Siza, Giorgio Sordelli, Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Alessandro Battistella, Luca Beltrametti, Teresa Bertotti, Paolo Bosi, Annamaria Campanini, Giovanni Cellini, Maurizio Ferrera, Marco Geddes da Filicaia, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Francesco Longo, Gavino Maciocco, Marco Musella, Franca Olivetti Manoukian, Giuseppe A. Micheli, Fausta Ongaro, Marina Piazza, Costanzo Ranci, Dela Ranci Agnoletto, Chiara Saraceno, Maria Chiara Setti Bassanini

Contatti

Via XX Settembre 24, 20123 Milano
tel. 02 46764276 – fax 02 46764312
www.prospettivesocialiesanitarie.it
pss.abbo@irsonline.it (Ufficio abbonati)

Abbonamento 2023

CCP n. 36973204
IBAN IT85 N034 4001 6130 0000 0110 600

€ 59,00 (privati); € 69,00 (ass. di volontariato e coop. sociali); € 89,00 (enti); € 96,00 (estero); € 99,00 (PRO).

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre. Prezzo per copia: € 20,00

Progetto grafico e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

Grafica Sant'Angelo
Via Vicinale 6, Sant'Angelo Lodigiano (LO)
Tel. 0371 210290

Registrazione

Tribunale di Milano n. 83 del 5 marzo 1973

ISSN 0393-9510

Rivista scientifica riconosciuta dall'ANVUR ai fini dell'Abilitazione Scientifica Nazionale

È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.

IL PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Una strada aperta con traiettorie ancora da individuare

Glenda Cinotti
Istituto per la ricerca sociale

Francesco Di Ciò
Istituto per la ricerca sociale

Giovanna Spolti
Amapola impresa sociale

Con l'approvazione delle Linee Guida emesse a supporto della corretta applicazione del Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà relativo al triennio 2021-2023,¹ il legislatore ha rimarcato la necessità di introdurre alcuni punti fermi sulla strutturazione del servizio di Pronto Intervento Sociale (PIS o PRIS), ripercorrendo la strada anticipata dalla legge 328/2000 (art. 2) e inserendo lo stesso tra i nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS). Tale operazione, che rimarca l'importanza della sua natura prestazionale, è stata rinforzata dal suo inserimento, con la legge di Bilancio 2022, tra i livelli essenziali prestazionali finanziabili con le risorse nazionali destinate dal Piano degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 e con risorse provenienti da fondi europei e fondi PNRR destinati a tali scopi (L. 234/2021 art 1 comma 171).²

Il combinato disposto delle due dimensioni contingenti e correlate, quella regolativa che sta alle disposizioni e definizioni introdotte dalle linee guida, e quella finanziaria specifica e destinata, ha generato in questi ultimi due anni numerosi percorsi di progettazione e di potenziamento dei servizi di pronto intervento sociale sul territorio nazionale. Questo rinato interesse da parte dei territori ha portato all'attenzione degli osservatori dinamiche e questioni da mettere a fuoco sia per vedere compiuta la definizione di un modello di servizio di Pronto intervento Sociale nazionale, sia per individuare requisiti standard a cui tendere nel breve e nel lungo periodo.

Pur non essendo l'intento della trattazione che segue quello di sviluppare un approccio comparativo e valutativo, alcune di queste questioni aperte sono ben trattate negli articoli che seguono da cui si denota l'eterogeneità delle esperienze realizzate e/o in corso di realizzazione, questioni che oggi si rispecchiano nei tavoli di progettazione o co-progettazione in quei territori che, proprio in questi mesi, si stanno orientando alla definizione di un proprio modello.

Si tratta di questioni diverse, alcune di natura più organizzativa come è ad esempio quella della scelta dell'orario di servizio che impone agli enti una riflessione e un conseguente assetto organizzativo a seconda che si voglia implementare un servizio specifico dedicato al pronto intervento sociale 24 ore su 24/365 giorni l'anno o un servizio notturno e festivo che risponde solo in orario di chiusura di altri servizi già predisposti ad accogliere l'emergenza. Una scelta che a sua

volta implica rivisitazioni organizzative importanti nel disegnare i confini e l'entità del raccordo e dell'integrazione del Pronto Intervento Sociale con i servizi del contesto territoriale.

Altre questioni sono, invece, di natura più definitoria: in modo particolare sempre di più gli enti che si trovano a dare forma per la prima volta al servizio di Pronto Intervento Sociale, provano a interrogarsi sulla definizione di emergenza sociale, a partire da quanto riportato nella scheda tecnica 3.7.1. del Piano. Il significato di emergenza e di urgenza viene infatti talvolta pensato in modo intercambiabile o talvolta sequenziale: "è emergenza, quindi diventa urgenza".

Un'altra questione frequentemente discussa riguarda invece il *target*: le linee guida esemplificano come *target* coloro che (minori, vittime di violenza, vittime di tratta, persone non autosufficienti, adulti in difficoltà, ecc.) versano in situazioni di gravità, riconducendo lo stesso a una comunanza data dal trovarsi in situazioni di emergenza con grado di bisogno indifferibile. Una comunanza che tuttavia, talvolta, non trova facile riscontro nell'interpretazione condivisa tra i diversi servizi che si occupano di *target* diversi e specifici, necessaria per una chiara e certa "targhettizzazione" del servizio nascente. A titolo di mera esemplificazione, chi si occupa di minori stranieri non accompagnati potrebbe ricondurre lo stato di gravità a caratteristiche del suo *target* molto diverse da quelle che può riscontrare chi si occupa di anziani cronici: i primi potrebbero considerare la gravità e il bisogno indifferibile la mancanza di un luogo dove accogliere il minore, i secondi un problema di salute o sicurezza grave in cui versa l'anziano.

Le diverse interpretazioni si inseriscono così nella definizione funzionale del pronto intervento sociale, e si innestano nell'assetto organizzativo già in essere, ponendo ai diversi servizi la necessità di uno sforzo concettuale e operativo

Note

- 1 Ci si riferisce al Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS), di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), del 30 dicembre 2021.
- 2 A tal proposito, per una quantificazione indicativa delle risorse messe in campo riportiamo la dotazione prevista dal Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2023 che all'allegato 3.7 punto 1 dispone che "Il rafforzamento dei servizi di pronto intervento sociale è finanziato con 22,5 milioni annui dalla Quota servizi del fondo povertà, di cui 2,5 a valere sulla componente relativa agli interventi e servizi in favore di persone in povertà estrema e senza dimora, e con 90 milioni complessivi dal fondo React EU (insieme con i servizi per la residenza fittizia), riconoscibili sull'arco temporale 2020-2023. Ulteriori risorse verranno rese disponibili a valere sulla programmazione 2021-2027 del PON Inclusione e del POC Inclusione. per gli interventi".

selettivo notevole, soprattutto in realtà grandi e complesse, come le città capoluogo di provincia o città metropolitane. Tutto ciò evidenzia come, da un lato, i recenti dispositivi normativi e finanziari hanno aperto la strada allo sviluppo di questo servizio, dall'altro non sembra ancora chiara la direzione che seguirà la sua implementazione nei diversi contesti territoriali.

Con questo inserto intendiamo offrire ai lettori esperienze e punti di vista diversi, che possano contribuire alla costruzione di un patrimonio conoscitivo utile ad alimentare riflessioni progettuali e approcci anche diversificati alla costruzione di un modello di Pronto Intervento Sociale.

Il numero si apre con un prezioso contributo di Andrea Mirri,³ che ci propone alcune utili considerazioni in ordine alle criticità e di conseguenza alle sfide che interessano oggi la definizione e lo sviluppo del servizio di Pronto Intervento Sociale in Italia. Mirri mette in evidenza innanzitutto quella che lui definisce come una “questione culturale” che in questi 23 anni ha fatto sì che il servizio sociale non cogliesse l'opportunità, fornita dalla l. 328/2000, di riflettere sulla definizione e sullo sviluppo di questo “nuovo” servizio. Sicuramente un'opportunità trascurata in questi ultimi decenni anche per la mancanza di risorse dedicate, come dimostrano le poche esperienze sperimentate prima dell'approvazione delle Linee guida e la scarsità di riflessioni scientifiche e professionali prodotte nel tentativo di definirne un modello. Le ragioni di questa limitata attività progettuale e di pensiero vengono attribuite anche ad un atteggiamento difensivo e in parte contraddittorio di un servizio sociale in perenne emergenza, da un lato preoccupato di vedersi scaricare emergenze “di altri servizi” dall'altra timoroso nell'immaginare un servizio specialistico al quale affidare le “proprie” emergenze. Oggi il quadro sembra cambiare: il contributo evidenzia come con il nuovo Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021–2023 e i relativi finanziamenti si stia assistendo al proliferare di nuovi percorsi di programmazione e coprogettazione di questo servizio con il rischio però di sviluppare, sotto il cappello del PIS, progettualità che non colgono o non rispettano appieno le indicazioni del legislatore. Da qui le utili riflessioni sulla definizione e sull'identità del servizio PIS a partire da un'analisi dettagliata dei contenuti della scheda 3.7.1. che mette in evidenza le caratteristiche necessarie di un servizio specifico, dedicato, complesso e, per questo, necessariamente composto da una struttura organizzativa articolata e da professionalità adeguatamente formate.

Il numero prosegue con la descrizione di alcune esperienze che, a nostro giudizio, presentano caratteristiche interessanti sulle quali riflettere. La prima è l'esperienza del servizio di Pronto Intervento Sociale del Comune di Venezia descritta da Alberto Favaretto e da Mauro Spadotto;⁴ un'esperienza relativamente recente (2019) che descrive ed evidenzia come l'im-

plementazione di un PIS possa rappresentare un'opportunità interessante anche per rivedere il sistema dei servizi nel suo complesso e come il Pronto Intervento Sociale possa essere progettato e realizzato come un servizio nei servizi e per i servizi, valorizzando quanto già esiste.

Dopo l'esperienza del Comune di Venezia, a cui vorremmo riconoscere il merito di aver recentemente organizzato un interessante e utile momento di confronto nazionale,⁵ proponiamo un approfondimento sul ruolo del Pronto Intervento Sociale del Comune di Bologna. Annalisa Faccini, Dirigente del Settore Coesione Sociale dell'ASP di Bologna, insieme a Marco Sorrentino di Amapola impresa sociale, ci propongono alcune riflessioni su un'esperienza particolare e innovativa. L'articolo, dopo un'approfondita e interessante descrizione delle caratteristiche socio-economiche del contesto bolognese, descrive l'esperienza di un servizio di Pronto Intervento che dal 2010 ha saputo modificare il suo assetto organizzativo e funzionale al mutare della domanda e dei fenomeni sociali. Un Pronto Intervento Sociale che ha saputo costruire una solida collaborazione con le forze dell'ordine per gestire, in stretta connessione con il servizio sociale, in particolare persone di minore età in stato di pregiudizio, nuclei mono parentali con minori, adulti in condizioni di grave marginalità e donne vittime di maltrattamento. Un servizio di Pronto intervento che, anche grazie ad un'attenta gestione del personale e un investimento in percorsi formativi, ha saputo gestire le situazioni di emergenza connettendole con il sistema di welfare territoriale esercitando una funzione di cuscinetto che ha consentito di decongestionare i servizi da una domanda pressante e difficilmente gestibile nei normali processi di presa in carico.

L'ultimo articolo, proposto da Cristina Corezzi,⁶ riguarda, infine, l'esperienza del Sistema regionale Emergenza Urgenza Sociale in Toscana; una sperimentazione nata nel 2017 che ha dato vita all'unico servizio regionale di secondo livello di Emergenza Urgenza sociale presente in Italia. L'articolo descrive il funzionamento del servizio, i suoi dispositivi di *governance*, nonché il *target* al quale si rivolge prioritariamente evidenziando, in particolare, le interessanti prospettive di un sistema regionale al quale occorre riconoscere il merito di aver creato un “Gruppo di Lavoro permanente” che in questi mesi ha prodotto importanti riflessioni per lo sviluppo di questo servizio.

L'auspicio è dunque che questo numero possa fornire utili indicazioni a chi in questo momento è impegnato in interventi di progettazione e gestione del PIS, in attesa di ricevere dai rappresentanti del nuovo Gruppo di lavoro⁷ istituito dalla Direzione Generale per la lotta alla povertà e la programmazione sociale del MLPS, indicazioni in ordine ai criteri e indicatori specifici che consentano di monitorare le diverse tipologie di prestazioni assistenziali ricomprese nei LEPS, tra cui il Pronto Intervento Sociale. L⁷

Note

- 3 Andrea Mirri è coordinatore tecnico scientifico del Sistema per le Emergenze e le Urgenze Sociali della Regione Toscana, autore di numerosi saggi ed esperto in tema di Pronto Intervento Sociale.
- 4 Alberto Favaretto è Responsabile Servizio Pronto Intervento Sociale, Inclusione e Mediazione della Direzione Coesione Sociale del Comune di Venezia; Mauro Spadotto ricopre la Specifica Responsabilità PRIS per il Comune di Venezia.
- 5 Il Convegno Nazionale “L'intervento Sociale nella gestione delle Emergenze. Teorie e pratiche del Servizio Pronto Intervento Sociale – PRIS” si è tenuto il 14 aprile 2023 a Venezia.
- 6 Elevata Qualificazione Interventi per l'inclusione sociale e finanziamento delle politiche sociali territoriali presso il Settore Welfare e innovazione sociale della Regione Toscana.
- 7 Istituito con Decreto Direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14 agosto 2023.

LA QUESTIONE CULTURALE

Il pronto intervento sociale, o – come più correttamente dovrebbe dirsi – il servizio di pronto intervento sociale (PIS), nasce in un tempo ormai non troppo recente, 23 anni fa, nel dicembre 2000, con l'art. 22 della L. 328/2000 che lo statuiva come livello essenziale (non come semplice indicazione normativa) da realizzarsi su tutto il territorio nazionale. Ma quella sfida non è stata raccolta dal servizio sociale, che dal mio punto di vista perse così un'occasione storica non comprendendo il potenziale innovativo contenuto in quella legge, non impegnandosi nello studio e nella ricerca su questo tema (Mirri, 2018; Campanini, Mirri, 2022).

Il problema è che il servizio sociale rischia, anche oggi, di perdere la nuova sfida proposta dal Legislatore nazionale con la scheda LEPS 3.7.1., Pronto Intervento Sociale, contenuta nell'ultimo Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023 (da qui in avanti Piano). E la ragione è sempre la difficoltà del servizio sociale a misurarsi con il tema dell'emergenza e dell'urgenza senza incorrere in quella visione negativa per cui l'assistente sociale, che agisce in urgenza, scivola in un "rischio di attivismo" che produce un'eccessiva compressione del processo d'aiuto e una caduta del livello di qualità e appropriatezza degli interventi (Campanini, Mirri, 2022). Ma così si rischia di confondere frette e rapidità: "anche e soprattutto nelle situazioni di urgenza, – questo il mio pensiero – l'assistente sociale deve costruire la relazione di aiuto facendo attenzione [...] a non sostituire un metodo di lavoro dotato di senso con un fare 'frenetico e burocratizzato': dovrà, cioè, essere rapido ma non frettoloso; tempestivo ma non avventato; preciso, sicuro e preparato per essere efficace, risolutivo e non improvvisato; orientato più a stabilizzare la situazione che non al cambiamento" (*ivi*, pp. 53-54).

Una conseguenza di questo ritardo è che sul territorio nazionale, ad oggi, sono ben poche le sperimentazioni di PIS mature e consolidate coerenti con la normativa e, invece, sotto il cappello del pronto intervento sociale, si realizzano esperienze le più varie e disparate, in assenza di riflessione scientifica e professionale sul tema, con molta confusione e pressapochismo.

Sorge spontanea, però, a questo punto qualche domanda: perché, se l'organizzazione di un sistema di pronto soccorso in ambito sanitario

è ritenuta essenziale e indispensabile, altrettanto non lo è una di pronto intervento sociale? Perché se per molte situazioni di bisogno (come emergenze veterinarie, servizi per inquinamenti ambientali, ecc.) "è previsto un servizio di disponibilità immediata", altrettanto non accade per i servizi sociali (Lippi, 2004, p. 18)? E ancora: perché se nel loro lavoro quotidiano gli assistenti sociali sono continuamente chiamati a intervenire in situazioni di emergenza, questo lavoro non viene valorizzato e organizzato in maniera specifica, vista la delicatezza e la complessità degli interventi e l'impatto che hanno sulla vita delle persone? Perché, anzi, il servizio sociale ha spesso assunto un atteggiamento di chiusura pregiudizievole e di paura verso questo tema? Spesso la giustificazione è che il PIS non si è realizzato perché non ci sono soldi. Vorrei dire, però, che i soldi servono alle idee, ma se non ci sono idee, con dati e strategie precise, non ci sono nemmeno i soldi. Tocca forse a un sindaco capire quanto è essenziale avere sul proprio territorio un PIS? O piuttosto ai tecnici, in particolare al servizio sociale, con studi e dati alla mano, dimostrando l'importanza del PIS come livello essenziale? Ma se non c'è preparazione e convinzione nel livello tecnico ne viene fuori una babele di interpretazioni sul PIS.

E, ancora, il servizio sociale si è giustificato affermando che se si realizzasse il PIS, infermieri, medici e forze dell'ordine ne approfitterebbero "scaricando" sul servizio sociale le "loro" emergenze. Tutto da discutere che le supposte "loro" emergenze non siano (anche) "nostre" (del servizio sociale): quando un servizio sociale si colloca sul terreno del soccorso, ha altri tempi di intervento, altri linguaggi e modalità di valutare le situazioni; altri criteri di presa in carico (Campanini, Mirri, *op. cit.*). Se nel servizio sociale questo non è ancora molto chiaro, nell'area dell'emergenza sanitaria e dell'ordine pubblico invece lo è.

E quindi si torna al punto di partenza: è prima di tutto una questione culturale nel servizio sociale, non altro, che, così, ha di fatto consegnato ad altre discipline e professioni ampi pezzi di propri compiti e funzioni in materia di lavoro in emergenza (in particolare alla psicologia, a scienze infermieristiche e, prima di tutto, alla medicina d'urgenza) poi però lamentandosi se gli spazi di responsabilità, di visibilità e coinvolgimento sono ridotti e poco riconosciuti.

ASPETTI DEFINITORI

Con il nuovo Piano e relativi finanziamenti c'è stato un forte incremento di progettazioni di PIS, anche se, come detto, con le più diversificate linee interpretative e realizzative, che evidenziano la necessità di cercare una direzione maggiormente coerente e univoca. Spesso si pensa il PIS come intervento, e non, come dovrebbe essere, come servizio (*ivi*), riducendolo ad una modalità rapida di intervento, o ad una semplice prestazione di natura genericamente emergenziale (ricovero, disponibilità posto in pronta accoglienza), o ancora a generici interventi di emergenza sociale con una valenza di politica sociale (accoglienza immigrati in centri di accoglienza, sfratti, ecc.) che hanno una durata anche di mesi.

Il ritardo elaborativo-culturale nel servizio sociale ha anche avuto la conseguenza di non consentire di individuare gli elementi essenziali che caratterizzano le emergenze personali e familiari, campo specifico e unico terreno su cui deve agire il PIS (*ivi*). A tutto questo contribuisce senza dubbio anche il discorso della formazione, di quella accademica in particolare (*ivi*).

Diventa dunque fondamentale l'aspetto definitorio del servizio PIS.

Se la legge 328 già parlava di "servizio", il Piano, con la scheda 3.7.1., con più precisione parla di un "servizio specificatamente dedicato", ovvero di un "servizio specifico e dedicato". Quindi, come si può definire, alla luce di queste indicazioni normative, il PIS?

Una prima definizione è quella di un "servizio-sistema specifico e specializzato di area sociale, con analogie rispetto a quello di area sanitaria, che svolge le funzioni del servizio sociale specifico e specializzato dell'emergenza-urgenza, con riferimento a quell'ambito disciplinare e professionale che ha sue specificità teorico-metodologiche e organizzative" (Mirri, 2018, pp. 142-143). Una definizione che ne mette prima di tutto in luce la forte connotazione di tipo specialistico, disciplinare e tecnico-professionale, e poi propone analogie, pur con le necessarie e opportune differenze, tra PIS e analogo servizio di area sanitaria. So bene che questo accostamento desta dubbi e preoccupazioni, e anche contrarietà, nella comunità professionale del servizio sociale, tuttavia resto convinto che questo confronto con il mondo dell'emergenza sanitaria sia un'opportunità e un arricchimento, non una minaccia o un pericolo (Mirri, 2016, 2018; Campanini, Mirri, 2022).

Un'altra definizione che invece tocca più gli aspetti tecnico-organizzativi è quella, più recente, nel Nuovo Dizionario di servizio sociale, in cui il PIS "si qualifica come servizio specifico e dedicato, a titolarità del servizio sociale, nell'ambito dell'organizzazione territoriale complessiva dei servizi sociali e costituito in maniera integrata con essi, operativo sia in orario di apertura dei servizi che di loro chiusura, e organizzato con una Centrale operativa attiva 24 ore su 24, 365 giorni. Questo servizio è a carattere universalistico, preparato e organizzato per dare risposte nelle situazioni di emergenza personale e familiare" (Mirri, Lippi, 2022, p. 504). Qui c'è l'im-

portante sottolineatura, coerente con la scheda LEPS, sul PIS come "servizio specifico e dedicato". Specificità di lavoro e di ambito di competenza, e l'essere 'dedicato' esclusivamente al campo di lavoro relativo alle emergenze personali e familiari, pur in un contesto di integrazione con gli altri servizi sociali territoriali.

Possiamo dunque dire che il PIS è un servizio complesso da realizzare: non è un progetto, o un intervento, nemmeno la semplice reperibilità di un operatore solitario, a completamento o integrazione orario dei servizi sociali, con un'operatività spesso improvvisata, senza risorse specifiche e protocolli operativi previsti, ma – come indica il Legislatore nazionale – un servizio con una struttura organizzativa articolata, qualificata e competente per situazioni estremamente complesse, delicate e dense di implicazioni non solo strategico-operativo, ma anche in termini di decisioni e scelte professionali che chiamano in causa precise responsabilità professionali, e non solo.

LA SCHEDA LEPS

Guardando ad alcuni aspetti più rilevanti della scheda 3.7.1., il Legislatore parte prima individuando il campo specifico di intervento del PIS, le "emergenze ed urgenze sociali", o "emergenze personali e familiari", che sono "circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente" (Scheda 3.7.1., p. 107). Eventi quindi molto concreti - direi puntiformi - che impattano, in modo improvviso, nella "vita quotidiana" delle persone, in forma acuta e grave, con una dinamica evolutiva che tende a raggiungere, rapidamente, un picco situazionale per poi stabilizzarsi: la persona è colta di sorpresa, non ce la fa da sola a reagire perché c'è sproporzione fra le energie che la situazione propone e quelle che la persona, in quel momento, può mettere a disposizione, e si rompe un equilibrio. Gli eventi si susseguono incalzanti e spesso in continuo e rapido cambiamento. È un'esperienza di dolore, di paura, di minaccia, di disorientamento (Sbattella, Tettamanzi, 2013; Sbattella, 2009; Pietrantonio, Prati, 2009). Per questo la persona ha bisogno di un intervento qualificato, preparato e pronto, prossimo, qui e ora, che, qualunque sia l'orario e il giorno, la aiuti a superare quel momento di grave difficoltà, e le porti soccorso (Campanini, Mirri, 2022; Axia, 2006). Quindi le emergenze accadono e possono accadere a chiunque, in qualunque momento, senza avvertire, perché appartengono al corso vitale delle persone, ne sono un aspetto integrante per quanto spiacevole.

Eppure è ben presente nel servizio sociale la convinzione che le emergenze non ci dovrebbero essere: perché il servizio sociale deve prioritariamente avere una *mission* preventiva e perché, se ci si attiene in modo attento e scrupoloso al processo metodologico, non si incorre nell'urgenza. Quindi il PIS non serve, o non dovrebbe servire, e se delle emergenze dovessero comunque capitare, ci devono pensare i servizi sociali territoriali come hanno sempre fatto, gli unici in grado di valutare bene se si tratti proprio di emergenze

e non invece di richieste inappropriate del cittadino o situazioni di competenza delle forze dell'ordine o del pronto soccorso sanitario. E i soldi vanno investiti nella prevenzione e nell'assunzione di un maggior numero di assistenti sociali per ridurre i carichi di lavoro e innalzare la qualità della presa in carico delle persone.

Certamente c'è necessità di dare attenzione alla prevenzione e alla dotazione organica di assistenti sociali nei servizi, ma sarebbe come dire che non bisogna realizzare 118 e pronto soccorso per assumere medici di famiglia e investire solo in prevenzione. Non credo che così ci sentiremo più tranquilli e in un Paese più civile. Perché le emergenze accadono. Comunque. Anche nel servizio sociale. Non possiamo sapere quando arrivano, ma una cosa di certo la possiamo sapere: accadranno. Anche quando i servizi sociali territoriali sono chiusi. Per questo il servizio sociale deve essere ben preparato e organizzato e non essere (più) colto di sorpresa. Di qui la necessità, anzi, la priorità, l'essenzialità, di un PIS come LEPS.

Continuando l'esame della scheda, il Legislatore indica alcune caratteristiche delle emergenze sociali: esse "producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, che la persona deve affrontare e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato" (Scheda 3.7.1., *ibid.*). Quindi i caratteri salienti sono: 1. Indifferibilità: è il tema del vincolo temporale, della tempo-dipendenza, e della durata e del limite di svolgimento temporale dell'intervento che non può essere appunto differito, meglio, "pro-cras-tinato", ovvero rimandato anche soltanto a domani (lat. *cras* = domani); 2. Gravità e acuzie: emergenza è quando la gravità del fatto che intacca bisogni primari e vitali si coniuga con il suo manifestarsi in forma acuta, con il rapido raggiungere un apice e un andamento estremamente dinamico e in rapida e continua evoluzione, non (sempre) previsto e prevedibile, quindi inaspettato; 3. Immediatezza: è il tema della risposta del servizio che deve avvenire subito nel momento in cui l'evento si manifesta, qui e ora, senza indugio, qualunque sia l'ora o il giorno; 4. qualificazione dell'intervento: è - dal mio punto di vista - anche il tema della specializzazione, anche in ambito accademico, del servizio sociale d'urgenza (Campanini, Mirri, 2022).

La scheda, poi, affronta una parte invece più propriamente organizzativa: le "due strade" di PIS (*ivi*). Infatti il PIS può essere attivato: 1. a completamento orario dei servizi sociali territoriali, a chiusura degli stessi; in tal caso, negli orari di apertura dei servizi, il PIS viene assicurato direttamente dagli stessi; 2. servizio "sempre attivo".

La "strada uno" è quella che viene scelta più frequentemente perché ritenuta più semplice in quanto si pensa che non intacchi l'organizzazione dei servizi sociali perché semplicemente si "aggiunge" ad essi il PIS *extratime*, cioè fuori orario di servizio. In realtà poiché il PIS è un servizio che deve valere h24, la sua organizzazione e operatività deve integrarsi necessariamente anche con l'organizzazione *intratime*. La strada 'due' è quella della costruzione di un PIS attivo 24

ore su 24, ritenuta più complessa, perché inserisce un nuovo servizio su tutte le 24 ore "accanto" ai servizi territoriali anche quando sono aperti, con tutti i conseguenti problemi di integrazione, collaborazione e attribuzione di competenza sulla presa in carico delle persone (*ivi*).

In realtà entrambe le "strade" hanno la loro complessità. Se per la 'strada due' sono (apparentemente) più evidenti, nell'altra non è così scontato e facile costruire le linee di collaborazione tra PIS assicurato in *intratime* dai servizi e quello *extratime*: "appare piuttosto chiaro, quindi, che i servizi territoriali della 'strada' 1 dovranno, in ogni caso, sapersi (ri)organizzare per realizzare il PIS in orario di apertura in una logica di 'servizio specificatamente dedicato', per poter trovare le più appropriate modalità di collaborazione e sinergia con il PIS attivo a completamento del loro orario di apertura" (*ivi*, p. 110).

La scheda 3.7.1. prosegue indicando gli obiettivi del PIS che bene denotano la fisionomia di "servizio specificatamente dedicato" che deve garantire una risposta tempestiva 24 ore al giorno (questa la grande novità!), una prima lettura del bisogno ed attivare gli interventi indifferibili e urgenti. Importante sottolineare, come aspetti di metodo specifico, il tema della prima valutazione, come valutazione specifica e focalizzata in un contesto emergenziale, ben diversa dall'analisi e dal processo valutativo che effettua il servizio sociale in tempi ordinari; e il tema degli interventi urgenti, quelli strettamente necessari e indifferibili per la gestione dell'emergenza, che devono servire a stabilizzare la situazione, ben diversamente da quelli utili ad un progetto di medio e lungo termine in una logica di promozione dell'autonomia e dell'*empowerment* della persona, per il cambiamento della situazione.

La scheda poi affronta altri importanti temi. Quello relativo al *target* a valenza sostanzialmente universalistica, sgombrando il campo da interpretazioni restrittive o di tipo progettuale. Quello relativo alle attività che richiama importanti concetti già evidenziati: la prima valutazione, a seguito della segnalazione, l'assistenza immediata, che è il tema della rapidità di risposta (non della fretteolosità), il progetto d'aiuto urgente, che richiama il tema degli interventi indifferibili; la documentazione specifica di servizio e, cosa importante, il successivo tracciamento nel sistema informativo, che sottolinea un importante tratto caratteristico del PIS come *advisor* sociale per la costruzione di mappe di vulnerabilità sociale; infine il passaggio ai servizi territoriali competenti, che propone il tema del rapporto fra PIS e organizzazione dei servizi sociali territoriali, già accennato.

Poi il tema dell'accesso: ad accesso diretto o di secondo livello, in particolare con riferimento a servizi sociali, forze dell'ordine, strutture dell'emergenza sanitaria, centri antiviolenza, ecc.

E ancora, il tema delle modalità attuative, altro passaggio molto importante, con la previsione di una Centrale operativa attiva 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, e di una capacità di intervento *in loco* con unità di strada o territoriali, o con gli assistenti sociali dei servizi sociali territoriali, indipendentemente dalla opzione "stra-

Bibliografia

- Axia V., *Emergenza e psicologia. Mente umana, pericolo e sopravvivenza*, il Mulino, Bologna, 2006
- Campanini A., Mirri A., *Il servizio sociale d'urgenza. Gli interventi nelle emergenze personali e familiari*, Carocci, Roma, 2022
- Lippi A., "Il pronto intervento sociale nei livelli essenziali di assistenza", *Studi Zancan*, 6, 2004, pp. 11-28
- Lippi A., "Su segretariato sociale e capacità di agire", in Ruggeri F. (a cura di), *Stato sociale, assistenza, cittadinanza. Sulla centralità del servizio sociale*, Franco Angeli, Milano, 2013, pp. 111-25
- Mirri A., "Pronto intervento sociale: intorno a emergenza e urgenza", *Studi Zancan*, 5, 2016, pp. 28-36
- Mirri A., *Emergenze, urgenze e servizio sociale Teoria, metodologia e tecniche*, Carocci, Roma, 2018
- Mirri A., Lippi A., "Pronto Intervento Sociale", in Campanini A. (a cura di) *Nuovo Dizionario di servizio sociale*, Carocci, 2022, pp. 502-505
- Pietrantoni L., Prati G., *Psicologia dell'emergenza*, il Mulino, Bologna, 2009
- Sbattella F., *Manuale di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano, 2009
- Sbattella F., Tettamanzi M. (a cura di), *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano, 2013

da uno” o “strada due”, a conferma che entrambe le strade implicano, in realtà, un riassetto dell’organizzazione dei servizi territoriali, anche negli orari di apertura.

Chiuderei, infine, questa sintetica e veloce retrospettiva sulla scheda 3.7.1., citando quella che a me pare un’altra importante, conclusiva, determinazione del Legislatore: “in ogni territorio deve essere garantito un servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari”. Appunto, un livello essenziale.

CONCLUSIONI

Il PIS che esce da un’analisi accurata della scheda del Piano nazionale mi pare abbia una fisionomia con contorni abbastanza chiari e quindi possa offrire al programmatore e al decisore locale strumenti più definiti e raffinati, rispetto al passato, per muoversi sul terreno dell’attuazione di questo livello essenziale.

In quest’ultimo periodo stiamo (finalmente) assistendo a un più marcato interesse e relativo impegno realizzativo sul PIS (rispetto a un quarto di secolo fa), anche se in forme ancora non del tutto omogenee e secondo direzioni non univoche. La disponibilità di fondi ha fatto scattare una molla che era rimasta bloccata. Questo per un verso è sicuramente un fattore positivo, ma per un altro espone il PIS a dei rischi, in primo luogo quello di una eccessiva disomogeneità realizzativa che, se non governata e controllata, e ricondotta in un alveo più definito e univoco, può condurre verso una eccessiva frammentazione delle esperienze e un conseguente forte depotenziamento dello strumento stesso fino ad impedirne la sua definitiva affermazione come livello essenziale.

Mi pare evidente che un livello essenziale non

si possa affermare attraverso modalità realizzative troppo difformi, ma dovrebbe stare dentro alcune coordinate essenziali dettate in primo luogo dalla scheda, ma che potrebbero trovare un ulteriore momento di precisazione in Linee Guida nazionali apposite e specifiche.

Appare dunque utile richiamare alcune riflessioni finali proposte in Campanini, Mirri (2022): “Un primo obiettivo, anche per il servizio sociale (come per la sanità con il Pronto soccorso), potrebbe essere quello di giungere alla realizzazione diffusa e omogenea sul territorio nazionale del PIS – che potremmo chiamare Obiettivo nazionale PIS 2028 (sessant’anni dopo la riforma Mariotti del 1968, e più di vent’anni dopo la legge 328/2000) – per giungere, entro il 2028, al livello cui arrivò la sanità nel 1968 con la diffusione, in ogni regione italiana e nelle province autonome, di almeno un PIS nella modalità servizio, come livello essenziale, a titolarità pubblica, con un modello organizzativo nazionale sufficientemente omogeneo, pur nel rispetto delle articolazioni istituzionali e territoriali” (Campanini, Mirri, 2022, pp. 142-143).

Concludo invitando la comunità del servizio sociale ad approcciare la questione PIS secondo un’ottica positiva, motivo di orgoglio professionale e di forte vocazione civica, che la spinga a costruire “servizi” PIS con un impegno di ricerca aperto al confronto disciplinare e professionale, di fronte a bisogni sociali in continua e rapida evoluzione.

Un servizio sociale, quindi, che si posiziona sul terreno del soccorso ventiquattr’ore su ventiquattro ha tutto da guadagnare e nulla da perdere in termini di capacità di aprire nuovi e più ampi spazi di vicinanza e disponibilità operativa qualificata nei confronti della cittadinanza e quindi di visibilità e rilevanza nelle politiche di welfare locale.

Alberto Favaretto
Responsabile PRIS,
Comune di Venezia

Mauro Spadotto
Specifica Responsabilità
PRIS, Comune di Venezia

IL PRONTO INTERVENTO SOCIALE A VENEZIA

IL PRIS E LA RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI NEL COMUNE DI VENEZIA

Il Pronto Intervento Sociale a Venezia (PRIS) ha preso avvio nel 2019, a seguito di un importante percorso di riorganizzazione dei Servizi Sociali cittadini.

L’organizzazione precedente, seppur funzionale, presentava al proprio interno delle ridondanze che, oltre a disperdere risorse, non permetteva al cittadino utente di usufruire in

maniera pienamente efficace dei servizi attraverso dei chiari e definiti flussi di competenze specifiche, appartenenti ai diversi servizi specialistici. I servizi si presentavano eccessivamente separati e poco in rete tra loro, sprecando di fatto potenzialità ed evidenziando margini di efficienza ed efficacia inespressi. Ad esempio in riferimento agli interventi in emergenza/urgenza, che quasi tutti i servizi si trovavano a dover affrontare, venivano adottate metodologie di intervento spesso improvvisate, non condivise,

assenza di criteri di valutazione dell'emergenza, risorse gestite in autonomia e non in rete.

Il processo di revisione del *welfare* locale si è fortificato mettendo al centro del proprio agire il benessere della popolazione (singole persone e famiglie), riconoscendo alcune priorità fondamentali per i servizi: ricomporre e mettere a sistema tutte le politiche che concorrono al benessere della popolazione, conoscere e riconoscere tutti i soggetti che agiscono nella direzione del *welfare* di comunità, lavorare in termini preventivi e non solo emergenziali e di cura, intervenire in maniera integrata per evitare ripetizioni, ridondanze e rendere efficienti le risorse.

In riferimento al pensiero riorganizzativo questo approccio integrato ha coinvolto il rapporto tra servizi sociali interni all'ente, tra i servizi sociali e quelli sanitari e tra i servizi pubblici, privati e del volontariato.

Nell'organizzazione attuale, a seguito del percorso di riordino sopra citato, la struttura della Direzione Coesione Sociale del Comune di Venezia si presenta suddivisa in tre Settori, su due livelli di intervento.

1. Settore Agenzia Coesione Sociale;
2. Settore Servizi alla persona e alle famiglie;
3. Settore Risorse Finanziarie e abitative.

Nel primo livello, in cui è presente anche il Pronto Intervento Sociale, interviene il Settore Agenzia Coesione Sociale, in questo sono inseriti i servizi di primo accesso per il cittadino, i quali attraverso degli sportelli dislocati sul territorio accolgono i bisogni delle persone o vanno incontro alle richieste della cittadinanza più fragile e vulnerabile anche attraverso azioni di prossimità.

Nel secondo livello operano i servizi specialistici del Settore rivolti per esempio alla persona adulta, alle famiglie, ai minori, agli anziani, ai disabili, prendendo in carico chi, transitato precedentemente dal primo livello, necessita di interventi a medio-lungo termine per problematiche complesse, il tutto attraverso dei processi organizzativi che favoriscono percorsi di aiuto per la cittadinanza efficienti ed efficaci.

Trasversalmente interviene il terzo settore garantendo supporto amministrativo e gestendo le risorse abitative del Comune.

IL PRONTO INTERVENTO SOCIALE NELLA MAPPA DEI SERVIZI SOCIALI

Il PRIS si è inserito in una costellazione di servizi ben strutturati nelle loro azioni e nei loro ambiti di intervento.

Come accennato precedentemente, intervenire su segnalazioni emergenziali o urgenti implicava sistematizzare e riorganizzare "interventi" già storicamente in essere nei vari servizi, i quali avrebbero dovuto cedere parte del proprio *know how* e risorse a questo nuovo dispositivo.

Il finanziamento PON Metro 2014-2020 ha rappresentato l'opportunità di assicurare la parte economica per realizzare l'attività del PRIS ma soprattutto ci ha messo nelle condizioni di progettare con metodo questo nuovo intervento nel territorio veneziano, che fin da subito evidenzia il suo carattere di trasversalità, utilizzando

una metodologia di progettazione partecipata, coinvolgendo l'insieme dei servizi della "nuova" Direzione Coesione Sociale.

Il processo di progettazione ha visto la costituzione di un ampio gruppo di lavoro trasversale, composto da almeno un rappresentante per servizio della Direzione Coesione Sociale, che avesse conoscenza e competenza negli interventi di emergenza/urgenza, effettuati nel proprio ambito di lavoro, seppur, a volte, in modo disordinato e/o improvvisato.

Lavorare in gruppo, essere parte del processo generativo del PRIS, mettere a disposizione il proprio sapere e saper fare, ha consentito ai componenti del gruppo di non avere la percezione di perdere o peggio, abbandonare "pezzi" del proprio oggetto di lavoro ma di consegnarli a colleghi che ne avrebbero avuto cura, monitorando inoltre gli interventi che questo nuovo soggetto si apprestava a compiere.

Terminato il percorso di co-costruzione iniziale, dopo aver condiviso le basi, gli obiettivi, le azioni e delimitando le aree dell'intervento, sono stati programmati degli incontri dedicati con ogni singolo Servizio della Direzione al fine di individuare un referente unico per ognuno di quest'ultimi. Il PRIS si rivolge al collega di riferimento durante le fasi di orientamento e dimissione dell'utente post intervento in emergenza/urgenza. Questo comporta un passaggio di consegne dell'anamnesi, la condivisione della valutazione di emergenza/urgenza, la presentazione delle schede di intervento, e quanto altro possa essere necessario per instradare una presa in carico efficace, in particolare modo nei casi complessi che possono riguardare, per esempio, i minori o le vittime di violenza di genere.

Inoltre all'interno del percorso propedeutico all'avvio del PRIS, viste le specificità dei diversi ambiti di azione dei Servizi della Direzione, è stato ritenuto di particolare importanza redigere degli accordi operativi dedicati, nei quali, oltre a validare la figura del referente di Servizio sopra descritto, si sono condivise le prassi operative rispetto a ciò che accade dopo il primo intervento in emergenza a carico del PRIS.

Infatti la fase immediatamente successiva all'intervento tempestivo, ovvero quando la persona/nucleo familiare è in situazione di sicurezza, consiste nell'individuare il servizio destinatario per una presa in carico specialistica. Questo Servizio può essere individuato all'interno della Direzione Coesione Sociale del Comune di Venezia ma a volte anche presso altri Comuni o altri Enti. Spesso ci viene spontaneo utilizzare un parallelismo con i servizi sanitari, e se il Pronto Intervento Sociale lo paragoniamo all'intervento del SUEM/Pronto Soccorso in emergenza/urgenza, dopo aver stabilizzato la persona e qualche giorno di osservazione, il paziente va indirizzato nel reparto specialistico opportunamente individuato.

Per quanto sopra, di particolare importanza è stata la condivisione degli accordi operativi specifici individuando modalità di comunicazione, operatori da coinvolgere, risorse economiche e professionali a disposizione del servizio ricevente, rete di servizi da poter attivare.

Questa azione in fase preliminare per il nostro avvio è stata determinante, al fine di scongiurare la possibilità che al termine dell'attività di Pronto Intervento, l'emergenza possa ancora essere tale in quanto non si è stati in grado di individuare il corretto flusso di destinazione, e il servizio ricevente si ritrova in una condizione di improvvisa difficoltà, ovvero di emergenza/urgenza ma in questo caso non del cittadino ma del servizio.

DALLA PROGETTAZIONE ALL'OPERATIVITÀ: SFIDE E PUNTI DI FORZA

Il percorso che ha reso il PRIS punto di riferimento territoriale per le segnalazioni emergenziali ed urgenti, è caratterizzato da tre elementi che costituiscono le colonne portanti affinché tale servizio possa sostenersi e possa raggiungere il proprio mandato all'interno della *governance* dei Servizi Sociali.

Questi tre elementi sono: i servizi individuati inizialmente come accreditati alle segnalazioni 24 ore su 24, l'equipe del PRIS che gestisce le segnalazioni e i servizi sociali per la presa in carico post-gestione emergenziale.

Questi pilastri possono essere inseriti all'interno del flusso che rappresenta il processo di una segnalazione, dal suo arrivo fino al *checkout* della presa in carico da parte degli operatori del Pronto Intervento.

Attualmente il modello veneziano prevede che le segnalazioni vengano effettuate dai Servizi Sociali della Direzione Coesione Sociale del Comune di Venezia, dalla Polizia Locale e Protezione Civile del Comune di Venezia, dalle Forze dell'Ordine e dai Vigili del Fuoco. Tali segnalazioni prevedono un primo contatto telefonico, che precede l'invio di un'email con una breve relazione e richiesta, dove l'operatore in turno opera una prima decodifica del problema.

Attraverso un colloquio di approfondimento con le persone segnalate, in sede o in situazione, è possibile comprendere se si tratta di un'emergenza, di un'urgenza o di una circostanza da orientare.

Nel caso in cui la persona o il nucleo venga inserito in emergenza, gli operatori del PRIS, oltre a creare le condizioni di sicurezza nei giorni di presa in carico, valutano come accompagnare "in uscita" la segnalazione. Spesso questo avviene con l'individuazione del Servizio Sociale di competenza.

La rappresentazione sintetica del flusso di una segnalazione come appena descritto delinea lo spazio di intervento dell'equipe operativa del Pronto Intervento Sociale. Spazio all'interno del quale i tre elementi sopracitati svolgono un ruolo fondamentale e partecipano al raggiungimento dell'obiettivo di un Pronto Intervento, cioè garantire una risposta tempestiva alle persone che versano in una situazione di particolare gravità ed emergenza per quello che concerne problematiche a rilevanza sociale, anche durante gli orari e giorni di chiusura dei servizi territoriali, 24 ore su 24 e 365 giorni l'anno (cfr. Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023).

Progettare, implementare e organizzare con-

cretamente un Servizio che gestisce le potenziali emergenze implica, come descritto nei paragrafi precedenti, azioni propedeutiche alla formalizzazione di accordi, che si traducono in flussi operativi nella gestione delle segnalazioni e in una costante manutenzione della rete dei servizi coinvolti nello spazio d'intervento.

Se per manutenzione si intende tutte quelle operazioni necessarie a conservare funzionalità ed efficienza, secondo l'esperienza del PRIS veneziano, tale azione implica la condivisione dei bisogni, delle modalità operative e del linguaggio tecnico, la costruzione dei flussi operativi, l'individuazione di strumenti e di risorse per la gestione delle segnalazioni, la condivisione dei fenomeni sociali, l'organizzazione di formazioni comuni e di verifiche periodiche.

Un esempio emblematico è la gestione delle segnalazioni emergenziali che provengono dalle Forze dell'ordine, *in primis* dalla Questura, e dalla Polizia Locale.

La scelta veneziana, soprattutto nella fase iniziale, ha previsto che tali segnalazioni arrivassero alla Centrale Telefonica del dispositivo PRIS tramite la Centrale Operativa della Polizia Locale, soprattutto negli orari serali e notturni. Questo flusso è stato frutto di un percorso iniziato nel 2019 e che tutt'ora vede periodicamente incontri di verifica e successive modifiche.

L'implementazione del servizio ha visto concretamente gli operatori comunali del PRIS interfacciarsi più volte con i vari attori coinvolti, iniziando col rispondere ad una serie di domande utili a conoscere il bisogno e ad individuare il modello operativo più adeguato: quali situazioni problematiche vengono segnalate? Come gestire il passaggio della presa in carico del segnalante al Pronto Intervento Sociale? Quali strumenti utilizzare per registrare la richiesta e formalizzare il passaggio di presa in carico?

Costruire un flusso operativo con i segnalanti implica anche aver costruito relazioni professionali con i Servizi Sociali competenti nella tipologia di *target* segnalato.

Ad esempio, se la Questura segnala una violenza di genere, l'equipe del PRIS deve aver chiaro come gestirla e sapere quando e come interfacciarsi con le colleghe del Centro Anti-violenza. Questo evidenzia come una segnalazione sottende ad una serie di passaggi preparatori per la risoluzione della stessa.

Anche la gestione delle segnalazioni provenienti dai Servizi Sociali territoriali del Comune di Venezia è frutto di un lavoro preparatorio e in costante manutenzione. La richiesta da parte del Servizio che si occupa di minori, per esempio, di rispondere alla chiusura del loro orario servizio alle segnalazioni dei Minori Stranieri non Accompagnati rintracciati nel territorio, ha indotto entrambi i servizi coinvolti a confrontarsi rispetto a questo specifico fenomeno, ad individuare prassi operative ad hoc, a condividere un linguaggio comune, ad individuare il confine della presa in carico tra il PRIS e il servizio ordinario e a coinvolgere altri attori come le Forze dell'ordine, fonte delle segnalazioni iniziali.

Realizzare un Pronto Intervento Sociale a Venezia, e di conseguenza il suo inserimento

nella rete dei servizi interni ed esterni al Comune, permette ai vari segnalanti di avere un punto unico di accesso competente per la decodifica e l'orientamento delle segnalazioni sociali potenzialmente emergenziali 365 giorni l'anno, 24 ore su 24, senza dispersione di tempo e risorse.

In base all'esperienza maturata da chi scrive, il PRIS funge da collante tra le "sentinelle" nel territorio e i servizi sociali competenti. Inoltre il valore aggiunto non sta molto nell'impattare e gestire emergenze sociali, che, come sopra citato, già in precedenza venivano prese in carico dai servizi sociali esistenti, ma sta nell'aver individuato un servizio specialistico dell'emergenza sociale.

Questo presuppone formazione, conoscenza dei fenomeni, conoscenza della mappa dei servizi sociali specialistici e l'individuazione di strumenti per il periodo di presa in carico emergenziale.

Se all'inizio dell'attivazione del Pronto Intervento Sociale a Venezia, gli stessi operatori comunali promuovevano il dispositivo, in questo momento sono i servizi sociali e gli altri enti territoriali che chiedono di poterlo attivare.

Si è mostrato di fondamentale importanza la creazione di un'equipe formata da operatori del terzo settore, che decodificano e gestiscono le segnalazioni, e da dipendenti dell'Amministrazione comunale allo scopo di coadiuvare gli interventi, identificando i servizi di presa in carico post intervento, e di allargare l'azione del Pronto Intervento nella rete dei servizi.

Valutare l'ampliamento dei servizi segnalanti implica un'attenzione particolare: maggiori sono le segnalazioni in entrata, maggiore dev'essere l'efficienza organizzativa del dispositivo, sia a livello di equipe (numero di operatori, multidisciplinarietà dei componenti dell'equipe, forma-

zione e supervisione) sia come risorse da mettere in gioco durante gli interventi, ma soprattutto come capacità di elaborare flussi operativi in base alla tipologia di *target* segnalato.

Se nel 2020, il PRIS di Venezia è intervenuto in 81 segnalazioni per 110 persone, nel 2022 ha preso in carico 393 segnalazioni per 698 persone.

L'obiettivo prossimo sarà quello di aprire alla collaborazione con il mondo sanitario, formalizzando un accordo con il SUEM 118, e intervenire anche nei territori appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale di riferimento.

CONCLUSIONI

Nella consapevolezza della complessità nella realizzazione, organizzativa e operativa, di un Pronto Intervento Sociale crediamo che i risultati appena evidenziati sottolineino l'importanza nel perseguire questa sfida.

Sfida da perseguire a diversi livelli: locale, regionale e nazionale.

A livello locale impostando il Servizio PRIS come un servizio nei servizi, per i servizi, un'opportunità di organizzare, efficientare e mantenere a sistema delle risorse molto spesso già esistenti.

A livello regionale e nazionale, come emerso al Convegno Nazionale del 14 aprile 2023 svolto a Venezia dal titolo "L'intervento sociale nella gestione delle emergenze", appare invece fondamentale organizzare e promuovere formazioni trasversali tra i vari Pronto Intervento a diversi livelli territoriali, con lo scopo di condividere linguaggi e metodologie, oltre che approfondire il significato specifico di emergenza sociale, consolidando le prassi sviluppate nei diversi territori. L

IL PRONTO INTERVENTO SOCIALE DI BOLOGNA NELLA GESTIONE DELLE EMERGENZE SOCIALI

Annalisa Faccini
ASP Città di Bologna

Marco Sorrentino
Amapola impresa sociale

«Bologna ombelico di tutto», cantava il poeta. E Bologna, dal punto di vista del suo contesto urbano e sociale, un po' ombelico lo è per davvero.

In cima alle classifiche sulla qualità della vita, le sue connessioni fisiche e digitali sono rilevanti: quinto scalo ferroviario italiano per numero di passeggeri (58 milioni l'anno), snodo autostradale tra i più importanti d'Italia, vi hanno sede centri di ricerca e *start-up* innovative di livello internazionale. Tra le città metropolitane italiane è la più istruita, con 42 laureati ogni 100 residenti.¹ Oggi ospita la seconda Universi-

tà italiana per numero di iscritti. Domani sarà la prima città in Italia a dotarsi di una gemella digitale per supportare politiche che renderanno la città più veloce e consentirà di prendere decisioni informate coinvolgendo i cittadini.

Ha una popolazione residente di poco meno di 400.000 abitanti e un numero di persone che gravitano sulla città che secondo ISTAT – al netto di turisti e chi viaggia per lavoro o cura – è di 100.000 in più. Bologna, inoltre, ogni dieci anni cambia un quarto della sua popolazione. Il 53% dei nuclei è composto da una sola persona, che per il 32% ha più di 65 anni, prefigurando uno

Note

1 ISTAT, *I profili delle città metropolitane*, febbraio 2023.

scenario in cui migliaia di persone rischiano di trovarsi a invecchiare senza reti familiari.² Gli stranieri costituiscono il 16% di chi vi risiede e appartengono a 155 differenti nazionalità. Il 57% di studenti è fuori sede,³ in numeri assoluti più di 50.000 persone, come una media cittadina di provincia. Le sue politiche di accoglienza la rendono una delle principali risorse a livello nazionale, con una rete SAI che rappresenta il 5% del Paese, che sale all'8% se riferita ai minori stranieri non accompagnati.⁴ “Bolognesi. Dal primo giorno”, così recita la campagna associata alla modifica dello statuto della Città, intervenuta nel 2022, per promuovere il principio dello *ius soli* come mezzo di acquisizione della cittadinanza italiana, affermandone l'importanza ai fini della concreta attuazione del principio costituzionale di uguaglianza.

Il suo modello di welfare educativo è parte di una politica pubblica da sempre oggetto di significativi investimenti. Nel 2023 i posti al nido accoglieranno il 45% delle bambine e dei bambini in età 0–3 anni (27% è la media nazionale).⁵ Degli ottomila alunni della scuola dell'infanzia, più del 60% frequentano una scuola comunale, il 21% una statale e il restante 17% un istituto privato o del terzo settore.⁶ Nella scuola primaria il 68% delle classi è a tempo pieno.⁷ A tutto questo si aggiunge una diffusa offerta nei quartieri per la cultura e la pratica sportiva.

Bologna è però anche una città che più di altre polarizza la propria ricchezza, rischiando di consolidare un modello fragile e disuguale. Il mercato immobiliare, secondo il rapporto OMI 2023,⁸ pur in crescita nelle compravendite – con un aumento nel 2022 del 3,4% delle transazioni e dell'1,3% del fatturato – resta grandemente inaccessibile per un numero importante di persone e famiglie, soprattutto giovani. È la quarta città italiana per valore medio degli immobili, la terza per la compravendita di unità immobiliari di superficie inferiore a 50 m² (15% del totale, con un aumento del 12% rispetto al 2021) ed è l'ultima per gli alloggi superiori a 145 m² (5,8% del totale, con una riduzione del 17% rispetto all'anno precedente). Il costo medio della locazione presenta condizioni di accesso alla casa in affitto piuttosto difficili. Solo il 21% dei contratti stipulati è canone concordato (13 punti in meno della media tra le principali città italiane, terz'ultima prima di Firenze e Milano) con un costo delle locazioni che è di 113 euro m²/anno per i contratti ordinari e di 92 euro m²/anno per i contratti a canone concordato. Questo si traduce, per moltissimi, con il dover fare i conti con costi degli affitti che gravano in modo non sostenibile sulle proprie entrate. Inoltre, la bassa percentuale di contratti a canone agevolato per studenti (soltanto il 2% del totale delle locazioni, contro una media tra le grandi città del 7%) indica, per una città universitaria come Bologna, un massiccio spostamento dell'offerta verso condizioni di libero mercato transitorio con valori economici molto più alti e condizioni di affitto non sempre regolari. Nonostante l'Agenzia per il diritto allo studio garantisca più di 1.600 posti agli studenti,⁹ questi rappresentano meno del 5% del fabbisogno potenziale.

Nelle dichiarazioni 2022,¹⁰ con un reddito *pro capite* di 28.700 euro, Bologna è la quarta città a livello nazionale, con valori che sono quasi un quarto in più della media italiana. Tuttavia, dentro questa cifra si nascondono alcune rilevanti differenze: il 30% dei contribuenti dichiara redditi inferiori a 15.000 euro, il 10% inferiori a 10.000 euro, mentre sono il 6% coloro i quali dichiarano redditi superiori a 75.000 euro. Non dimeno, analizzando gli ultimi dati disponibili di dettaglio (2020)¹¹ emergono ulteriori elementi su cui riflettere. Gli uomini hanno redditi medi del 41% superiori alle donne, le quali guadagnano il 17% in meno della media cittadina. I giovani con meno di 34 anni hanno redditi che sono meno della metà della media, mentre gli adulti (35–64 anni) hanno introiti superiori dell'8% e gli anziani (>65 anni) superano il valore medio del 9%. I dati indicano una importante differenza anche nella nazionalità: in media, i redditi degli italiani sono superiori del 53% rispetto a quelli dei residenti di nazionalità straniera. Infine, prima delle modifiche legislative introdotte nel 2023, erano più di 4.500 i nuclei percettori del Reddito di cittadinanza.¹² Significativa, poi, la pressione sui servizi sociali, i quali hanno in carico quasi 26.000 persone, pari a più del 6% dei residenti.¹³

In questo quadro di luci e ombre, in cui l'azione pubblica è tradizionalmente forte e strutturata, il Pronto intervento sociale della Città Metropolitana di Bologna (PRIS), istituito nel 2010, ha in questi anni cambiato pelle più volte, modificando il proprio assetto organizzativo e funzionale per adeguarlo alla domanda proveniente dai territori coinvolti e dai fenomeni sociali che via via si sono qualificati.

IL CONTESTO ORGANIZZATIVO DEL PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Servizio del Comune di Bologna, funzionalmente incardinato tramite il contratto di servizio nelle competenze dell'Azienda servizi alla persona della Città di Bologna (ASP Città di Bologna) – costituita nel 2008 nell'ambito del programma di riordino e trasformazione delle IPAB previsto dalla legge regionale quadro 2/2004 sui servizi sociali – il PRIS metropolitano si colloca nell'ambito della gestione dell'emergenza sociale, in particolare dell'area della tutela minori, delle protezioni internazionali, del maltrattamento e della grave marginalità. Sebbene la sua origine, anche su sollecitazione dell'Autorità giudiziaria minorile, abbia principalmente riguardato la gestione delle procedure legate ai casi *ex art.* 403 del Codice civile (Intervento della pubblica autorità a favore dei minori), nel tempo le sue competenze si sono significativamente allargate ed evolute, ricomprendendo quelle che la legge n. 328/2000 individua come livello essenziale di assistenza da garantire nei confronti di soggetti che versino in situazioni di emergenza e urgenza sociale. Inoltre, le sue competenze sono previste nell'ambito del sistema integrato di interventi e servizi sociali previsti dalla legge regionale dell'Emilia-Romagna n. 2/2003.

Proprio a partire dai compiti affidati dalle

norme e dalle politiche degli Enti locali che usufruiscono del servizio è possibile cogliere segni evidenti del carattere evolutivo del PRIS. Se originariamente è stato strutturato per garantire una risposta ai bisogni che si qualificavano al di fuori dell'orario di apertura dei servizi sociali, nel tempo esso ha assunto centralità nel modello organizzativo del sistema di welfare, prevedendo un'operatività h24 tutti i giorni dell'anno.

Anche grazie ad una continuità gestionale che nel succedersi delle procedure pubbliche di affidamento ha visto sempre aggiudicataria la cooperativa sociale Società Dolce, l'evoluzione negli anni del modello organizzativo ha potuto beneficiare di un sistema di relazioni consolidato. Quello attuale prevede più livelli operativi, tra loro integrati e interdipendenti. Il primo è garantito dalla centrale operativa, composta da assistenti sociali, cui è affidato il compito di analisi e valutazione della complessità dei casi segnalati. Il secondo è rappresentato dal *front office*, nel quale operano assistenti sociali cui spetta il compito di intervenire direttamente sulle situazioni segnalate. Il terzo livello è rappresentato dalle figure di coordinamento, le quali svolgono la loro funzione, a seconda dei casi, in condizioni di presenza o di reperibilità. A queste figure si affiancano, come vedremo meglio in seguito, tirocini formativi e curriculari in collaborazione con l'Università di Bologna.

La giornata tipo del PRIS, prevede quindi la coesistenza di figure presenti nel corso delle 24 ore (centrale operativa e *front office*), affiancate da altre in pronta reperibilità (coordinamento). A queste si aggiungono la presenza del coordinatore e dei tirocini in orario diurno. Questa modalità è particolarmente efficiente dal punto di vista del migliore utilizzo delle risorse perché consente di garantire, al contempo, una qualificata presenza h24, ma anche l'intervento di figure di coordinamento e direzione in coincidenza con l'orario di apertura dei servizi sociali che hanno la competenza della presa in carico.

Di grande rilevanza, nella gestione del servizio, è la procedura operativa prevista e la conseguente relazione tra il PRIS e i servizi sociali ordinari. Analogamente presenta particolare importanza la connessione con gli enti invianti, giacché non è previsto un accesso diretto da parte dei cittadini. Tale procedura – sulla base dell'accordo tra i Comuni della Città metropolitana – definisce le modalità di cooperazione *intra-* e *inter-*istituzionale tra il PRIS, gli enti invianti e i servizi sociali di successiva presa in carico. Se, come si vedrà in seguito nel dettaglio, le principali istituzioni invianti appartengono alle Forze dell'Ordine, chi a valle dell'attività del PRIS ha la responsabilità della presa in carico è la rete dei servizi sociali territoriali, dei servizi per la grave marginalità e quelli per l'accoglienza di migranti e richiedenti asilo. Le risorse a cui il PRIS attinge per offrire gli interventi di protezione necessari spaziano dalle strutture per minori e mamme/bambino a quelle per donne maltrattate e per persone portatrici di disabilità. Infine, concorrono alla presa in carico i servizi per l'abitare.

Gli strumenti operativi attualmente vigenti sono tre. Il primo è il manuale operativo che defi-

nisce i dettagli di funzionamento della centrale operativa, della procedura di *assessment* e di trasmissione all'ente di presa in carico. Il secondo è il "report dell'intervento", documento redatto congiuntamente dalle figure che materialmente gestiscono la segnalazione (centrale operativa e *front office*), recante tutte le informazioni necessarie a garantire la corretta presa in carico dei casi da parte dei servizi. Il terzo riguarda la modalità di raccolta dati a fini di monitoraggio e mappatura, molto importante per valutare l'impatto dell'attività del PRIS sia dal punto di vista dei casi trattati, sia per quanto concerne la distribuzione territoriale di questi e la conseguente presa in carico da parte dei servizi. La corretta applicazione delle procedure e degli accordi tra gli enti è ciò che consente di ridurre al minimo il rischio che si inceppi il trasferimento delle informazioni e la conseguente presa in carico. Da questo punto di vista, aver dato centralità al report d'intervento quale memoria e rendiconto di tutte le fasi che accompagnano la gestione dalla raccolta della segnalazione fino al trasferimento ai servizi per la presa in carico, consente di fluidificare in modo condiviso il passaggio delle informazioni, riducendo le variabili che possono intervenire a causa di deficit informativi tra i servizi.

Ulteriori elementi qualificanti la centralità del PRIS nella relazione tra le istituzioni si colgono negli accordi sottoscritti nel corso del tempo per la gestione dei casi che riguardano particolari gruppi *target*. Ne costituiscono esempi qualificanti: l'accordo adottato sperimentalmente dalla Città Metropolitana di Bologna, con la Prefettura e la Questura, per la gestione dei minori stranieri non accompagnati; il "Progetto OM" per l'attivazione del PRIS da parte dell'Ospedale Maggiore in fase di dimissioni di persone anziane o con particolari fragilità; le azioni promosse, in particolare dal soggetto gestore, in collaborazione con l'Università di Bologna per sostenere la qualificazione del personale e la riduzione del problematico, seppur fisiologico nei servizi che intervengono sulla emergenza sociale, *turnover*.

Come sempre accade a servizi che operano in contesti complessi, con *target* differenti, per i quali cercare le risposte impone di investire nella professionalità e nell'esperienza, ma anche nella ricerca di soluzioni flessibili e non convenzionali, il rischio di "bruciare" competenze o non riuscire a essere appetibili se non per profili a inizio carriera è molto presente. È ciò che viene definita come una delle conseguenze organizzative di lavori che stressano e usurano dal punto di vista personale e professionale. Nel tentativo di prevenire, o quantomeno governare, questa dinamica, il PRIS di Bologna ha fortemente investito su tre ambiti, tra loro correlati. Il primo attiene alla cultura organizzativa del servizio. Si concretizza nell'assumere il *turnover* come condizione fisiologica, intervenendo quindi su tutti quegli aspetti che permettono di leggere le condizioni di stress e di fatica professionale. In altre parole, è parte della funzione di coordinamento osservare il benessere personale, organizzativo e farne oggetto di presidio sistematico. Il secondo, attiene al processo di supervisione del servizio e alla gestione attenta dell'equipe, cogliendo

Note

- 2 Comune di Bologna su fonte ISTAT, 2022.
- 3 Università di Bologna, 2023.
- 4 Comune di Bologna su fonte Ministero dell'Interno, 2022.
- 5 Comune di Bologna, 2023.
- 6 *Ibidem*.
- 7 Elaborazione Openpolis – Fondazione Con i Bambini su dati SOSE, 2021.
- 8 Osservatorio del Mercato Immobiliare dell'Agenzia delle Entrate, 2023.
- 9 Regione Emilia-Romagna, Agenzia per il diritto allo studio, settembre 2022.
- 10 Ministero dell'Economia e delle Finanze, Dipartimento delle Finanze, analisi statistiche 2022.
- 11 Comune di Bologna su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2020.
- 12 INPS, Osservatorio sul reddito e pensione di cittadinanza, 2022.
- 13 Comune di Bologna, Servizi sociali e sociosanitari, 2022.

elementi che possono contribuire a migliorare il contesto in cui si opera. Il terzo è quello che investe sulla formazione permanente, sullo scambio di esperienze, ma anche sulla valorizzazione del ruolo di chi opera nel servizio. Rientra in questo scenario la già citata collaborazione con l'Università di Bologna per attivare tirocini come percorso di avvicinamento al servizio in un quadro di potenziale futura collaborazione per i giovani laureati, ma soprattutto l'impiego di assistenti sociali quali figure formatrici per il corso di Laurea in servizio sociale.

COME È CAMBIATO IL SERVIZIO

Dall'attività della centrale operativa e dai report dell'intervento redatti per ogni singola segnalazione è possibile cogliere molto del carattere evolutivo del servizio nell'ultimo decennio. Il primo elemento che è utile osservare è l'andamento in crescita costante degli interventi negli anni. Se si escludono variazioni nelle singole annualità, fisiologiche in un servizio che opera nell'ambito dell'emergenza, il numero degli interventi realizzati negli anni 2012–2022 è passato da 1.029 casi nel 2012 a 1.328 nel 2022, con un aumento di quasi il 30%. Nel periodo, quindi, il PRIS ha gestito più di 12.500 segnalazioni, con una media giornaliera di 3,1 casi. Questo dato ha registrato un trend di crescita costante, con picchi superiori alla media negli anni 2016, 2017, 2021 e 2022.

Molto significativa è la mappa delle istituzioni che si relazionano con il PRIS come soggetti segnalanti. Nel periodo 2012–2022 le segnalazioni delle Forze dell'Ordine rappresentano più dell'80% del totale, con la Polizia ferroviaria che da sola ne ha inviate il 35%. Seguono la Questura di Bologna (24%) e i Carabinieri (8%). La Polizia locale di Bologna ha effettuato il 6% delle segnalazioni del periodo. Altri soggetti segnalanti sono i presidi sanitari e ospedalieri (9%) e i servizi di prossimità con il 6% del totale.

I dati di monitoraggio delle attività del PRIS, rispetto ai gruppi *target*, offrono uno spaccato utile a comprendere le caratteristiche del servizio. I dati mettono bene in evidenza come questo intervenga in tutte le situazioni di emergenza e urgenza, intendendo con questo quelle condizioni nelle quali la domanda cui far fronte non è programmabile o, senza un adeguato trattamento, può diventare critica: grave marginalità sociale, disagio sociale e abitativo, potenziale pregiudizio di minori e nuclei monoparentali con minori. Nel dettaglio, nel periodo 2012–2022, i *target* più rilevanti, pari all'81% del totale, risultano essere persone di minore età in stato di pregiudizio e nuclei monoparentali con minori (40%), seguiti da adulti in condizione di grave marginalità (32%) e donne vittime di maltrattamenti (9%). Più della metà della quota rappresentata dal *target* minori e nuclei con minori, sono minori stranieri non accompagnati (il 51%, pari al 21% del totale dei casi). La restante parte delle segnalazioni riguardano *target* più differenziati: anziani, persone con disabilità, donne in gravidanza e altre situazioni di emergenza principalmente relative a sgomberi da locazioni senza titolo. Vi è infine da segnalare che negli anni 2014–2017

circa il 15% dei casi ha riguardato la gestione di situazioni di emergenza e urgenza correlate ai ricongiungimenti familiari e alla gestione degli arrivi dell'operazione Mare Nostrum.

Altrettanto interessante, ai fini della piena comprensione del modello adottato dal PRIS per la gestione delle emergenze sociali, è osservare a quale servizio sociale è attribuito il caso a seguito della procedura di *assessment* da parte della centrale operativa e del *front office*. Considerati i *target* prevalenti, la presa in carico da parte dei servizi si polarizza principalmente su tre ambiti: i servizi di prossimità e a bassa soglia (28%), i servizi sociali territoriali del Comune di Bologna (25%) e i servizi di protezione internazionale adulti e MSNA di ASP Città di Bologna (25%). Inoltre, l'attribuzione ai servizi dei Distretti della Città metropolitana è pari al 13%. Risulta invece limitata a pochi casi la presa in carico da parte di ospedali e presidi sanitari.

ALCUNE RIFLESSIONI CONCLUSIVE

In un contesto così articolato e complesso come Bologna, nel quale la risposta alla domanda sociale non si qualifica soltanto a partire dai confini predeterminati dei servizi territoriali e specialistici, l'importanza del Pronto intervento sociale sta innanzitutto nella sua capacità di gestire le situazioni di emergenza connettendole e correlandole con l'articolato sistema di welfare territoriale. Decongestionare i servizi da una domanda che si presenta al di fuori dei normali processi di programmazione e presa in carico, garantendo una funzione di cuscinetto competente e pienamente inserita in una procedura condivisa, appare la soluzione più coerente per fare in modo che la pressione determinata da condizioni di emergenza e urgenza non vada a distorcere e depauperare le modalità con cui l'azione pubblica opera al di là di queste condizioni. In quest'ottica sembrerebbe confermarsi l'idea del PRIS come parte integrativa e complementare dei servizi ordinari, caratterizzandosi per la capacità di surrogare e supportare.

Tuttavia, è proprio l'analisi di quanto svolto dal Pronto intervento sociale in questi anni a far sorgere alcuni interrogativi sui rischi che servizi a bassa soglia di accesso, e tuttavia pienamente interdipendenti con il sistema di welfare, possono correre nel momento in cui si trovano ad operare in condizioni di emergenza non perché la domanda sociale è imprevedibile o urgente, ma in quanto ultimo anello di una catena che ha altrove le principali inefficienze e disfunzioni.

Un ottimo esempio lo si ha osservando nel dettaglio le segnalazioni da parte delle Forze dell'Ordine. La maggior parte si concentra su due specifici gruppi *target*: i minori stranieri non accompagnati e i nuclei con minori costituiti da richiedenti asilo o titolari di protezione internazionale che dopo essersi allontanati dall'Italia vi fanno ritorno (i cosiddetti nuclei di ritorno o movimenti secondari spontanei). Sono numeri complessivamente molto rilevanti che negli anni 2021 e 2022 hanno composto la metà dei casi gestiti dal PRIS. Si tratta di situazioni nelle quali la complessità gestionale sollecita for-

temente i servizi, a prescindere dalle effettive competenze di presa in carico, che nel caso dei minori stranieri non accompagnati spetterebbe allo Stato (D.Lgs. 142/2015, art. 19) e nel caso dei nuclei di ritorno rimanda a situazioni molto complesse, perché per la più parte riguardano richiedenti asilo che non hanno completato l'iter della domanda prima del trasferimento all'estero e pertanto non sono inseribili nel circuito di accoglienza SAI, pur trattandosi di "genitori di figli minori" i quali hanno diritto a una presa in carico da parte dei servizi.

Questi due esempi sono piuttosto rappresentativi di una forte contraddizione del sistema nazionale che i servizi di emergenza sociale si trovano a dover gestire a livello locale,

quando la domanda è determinata non tanto dalle caratteristiche dell'esigenza di protezione sociale, quanto piuttosto da politiche che non sono in grado di ricondurre i fenomeni all'interno di una dimensione ordinaria d'intervento. I servizi si trovano quindi coinvolti nella gestione di casi che potrebbero essere, invece, presi in carico in modo ordinario liberando così risorse ed energie da dedicare a emergenze e urgenze. Se questo da un lato conferma la flessibilità e capacità del PRIS di intervenire, dall'altro rappresenta un campanello di allarme: queste disfunzioni possono a lungo termine contribuire a condizionare la piena funzionalità e pregiudicare la capacità di risposta alle domande urgenti e non previste. L

IL SISTEMA REGIONALE EMERGENZA URGENZA SOCIALE IN TOSCANA

Cristina Corezzi
Settore Welfare e
innovazione sociale,
Regione Toscana

IL PRONTO INTERVENTO SOCIALE NELLA NORMATIVA NAZIONALE

Il D.Lgs. 147/2017, "Disposizione per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" – che riorganizza le prestazioni assistenziali finalizzate al contrasto alla povertà, rafforzando il coordinamento degli interventi in materia di servizi sociali per garantire i livelli essenziali delle prestazioni in tutto il territorio nazionale – all'art. 7 indica il Pronto intervento sociale (PIS) tra i servizi attivabili tramite l'impiego di una quota del Fondo nazionale per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale.

Il PIS è un servizio che può avere riflessi trasversali a tutta l'offerta di servizi sociali e per il quale, nella pratica corrente dei territori, non risulta generalmente possibile distinguere uno specifico dell'area povertà; tuttavia, il secondo Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà (2021-2023)¹ – dando attuazione alla L. 328/2000, che cita il "servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari" – predispose una scheda tecnica con i contenuti principali del servizio ed individua il PIS tra i livelli essenziali delle prestazioni sociali che le norme regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, devono prevedere per ogni ambito territoriale. Il Fondo per la lotta alla povertà e all'esclusione sociale riserva risorse specifiche al PIS sia sulla Quota servizi che sulla Quota povertà estrema.²

In Toscana già a partire dal 2017 è stato avviato un percorso di sperimentazione di un Servizio di secondo livello di Emergenza-Urgenza Socia-

le, consolidato poi con la DGR 838 del 25/06/2019, che ha introdotto un modello organizzativo e un impianto di riferimento su cui basare lo sviluppo del Servizio regionale per le emergenze e le urgenze sociali (SEUS). Le caratteristiche del sistema rispondono già a quanto previsto dalla scheda tecnica LEPS predisposta dal Ministero.

IL SEUS REGIONALE DELLA TOSCANA: ACCESSO E ORGANIZZAZIONE

Attualmente SEUS è attivo in sperimentazione interna o effettiva negli Ambiti territoriali (Zone distretto) Empolese-Valdarno Inferiore, Valdnievole, Fiorentina Nord-ovest, Fiorentina Sud-est, Pistoiese, Pratese, Mugello, Senese, Bassa Val di Cecina Val di Cornia, Colline dell'Albegna, Amiata Val d'Orcia Valdichiana Senese, Amiata grossetana Colline metallifere Grossetana, Alta Val di Cecina Valdera, Alta Val d'Elsa, Livornese e Pisana e in estensione nel corso del 2024 a Piana di Lucca, Versilia ed Aretina.

Con l'allargamento progressivo del SEUS, l'obiettivo è quello di arrivare a coprire l'intero territorio regionale anche in relazione a quanto previsto a livello nazionale con l'elaborazione degli standard di servizio e le risorse dedicate al pronto intervento sociale.

Note

- 1 Approvato il 28 luglio 2021 dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale nell'ambito del nuovo Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali.
- 2 Istituito presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali con la Legge di Stabilità 2016 – L. n. 208, art. 1 c. 386 del 28/12/2015, dal 2019 è stato finalizzato al solo finanziamento degli interventi previsti dal Piano nazionale per il contrasto alla povertà.

A livello regionale, è stata costituita una Cabina di regia con funzioni di indirizzo generale supportata da un Coordinamento tecnico-scientifico, che ha il compito di sovrintendere e monitorare lo sviluppo del SEUS, di studiare e proporre tutte le più opportune e necessarie strategie metodologico-organizzative e garantire la coerenza di sviluppo unitario, sia sotto il profilo culturale sia organizzativo, a livello regionale e nelle sue declinazioni di area ASL e zonale.

La Cabina di Regia si avvale inoltre di un Coordinamento regionale, espressione dello sviluppo del sistema-servizio nelle singole aree territoriali, al quale partecipano rappresentanti delle tre aziende ASL e delle singole Zone sperimentanti.

Gli assistenti sociali e gli operatori delle Zone seguono seminari formativi necessari per l'acquisizione delle competenze di base, che prevedono due percorsi: uno relativo alla preparazione tecnico-professionale e organizzativa guidata e monitorata dal Coordinamento tecnico-scientifico di livello regionale, propedeutica all'ingresso delle nuove Zone nel sistema per effettuare la mappatura dei servizi e l'identificazione del "paniere" delle risorse zonali per gli interventi di emergenza urgenza sociale disponibili per il SEUS; l'altro relativo alla formazione professionale specifica al fine di costruire i necessari percorsi e le opportune procedure, in collaborazione con ANCI Toscana e l'Ordine degli Assistenti Sociali della Toscana, ha cadenza annuale ed è rivolto sia agli operatori delle Zone che devono entrare nel sistema sia ai nuovi operatori entrati in servizio nelle Zone già sperimentanti.

Con l'avvio della preparazione tecnica, a seguito della costituzione dei Gruppi operativi per l'emergenza sociale zonali (GOES),³ la Zona accede alla sperimentazione operativa interna SEUS.

Tale modalità prevede una gestione delle situazioni di emergenza effettuata ancora da parte dei servizi sociali territoriali, ma attraverso:

- riconoscimento e valutazione professionale della situazione di emergenza;
- tracciamento e gestione, discussione/supervisione attraverso i GOES all'interno del percorso di preparazione tecnico-professionale;
- partecipazione alle riunioni del Coordinamento Generale SEUS.

Per avere l'accesso alla sperimentazione effettiva SEUS le Zone devono essere in regola con i seguenti requisiti:

- effettuazione completa del percorso di formazione e di preparazione tecnico-professionale e organizzativo con esiti positivi;
- formalizzazione della composizione GOES e nomina dello Staff di Coordinamento del GOES;
- formalizzazione, predisposizione e consegna, al Coordinatore scientifico regionale SEUS e agli staff dei Dipartimenti dei servizi sociali delle Aziende ASL, del cosiddetto 'paniere delle risorse' zonali per la pronta accoglienza;
- approvazione degli atti necessari per aderire alla gara di gestione della centrale operativa e regolarizzazione amministrativa di partecipazione al procedimento con stanziamento del budget stimato per l'avvio del servizio.

Se i requisiti sono soddisfatti, si procede alla consegna ufficiale del numero verde SEUS, che potrà quindi essere distribuito ai soggetti segnalanti della Zona. La gestione degli interventi in situazioni di emergenza urgenza personale e familiare avverrà, da quel momento, attraverso la Centrale Operativa (COES) e le Unità territoriali (UTES) per le emergenze del servizio sociale.

MODALITÀ DI LAVORO

Le emergenze e urgenze sociali sono intese come circostanze della vita quotidiana dei cittadini che insorgono repentinamente e improvvisamente, producono bisogni non differibili, in forma acuta e grave, e a cui è necessario dare una risposta immediata e tempestiva in modo qualificato, con un servizio specificatamente dedicato a queste particolari situazioni, attrezzato e pronto 24 ore su 24 e 365 giorni l'anno.

Il SEUS è quindi un sistema-servizio di secondo livello, a titolarità pubblica, parte integrante nel sistema di offerta pubblica di servizi sociali (non come "canale parallelo" al sistema pubblico) volto a garantire una risposta tempestiva alle persone in situazioni di particolare gravità ed emergenza, realizzare una prima lettura del bisogno, attivare gli interventi indifferibili e urgenti, costruire una rete integrata tra servizi pubblici e agenzie territoriali attraverso il coinvolgimento e la collaborazione del Terzo Settore e dei Centri Antiviolenza, in una logica di lavoro di equipe interdisciplinare.

Il Servizio si rivolge ai bisogni di tutta la cittadinanza e prioritariamente risponde ai seguenti target:

- vittime di violenza e abuso nel percorso Rete Codice Rosa;
- situazioni di violenza, abuso e grave conflittualità;
- situazioni di abbandono o grave emarginazione con rischio per l'incolumità della persona e/o di grave rischio per la salute socio-relazionale, in assenza di reti familiari e sociali
- situazioni di non autosufficienza e/o grave disabilità, in contesti di assenza di rete familiare e/o parentale;
- situazioni di grave povertà/povertà estrema che costituiscano grave rischio per la tutela e l'incolumità psico-fisica della persona;
- situazioni di tratta, anche minorile;
- situazioni di alta criticità ed emergenza sociale dovute a emergenze climatiche e/o calamità naturali e/o eventi straordinari/ eccezionali.

Viene attivato tramite numero verde unico regionale, dedicato e gratuito, attraverso segnalazioni di soggetti pubblici e/o altri soggetti/agenzie di un territorio che si trovino di fronte a una situazione di emergenza urgenza sociale (i cosiddetti soggetti segnalanti: servizi sociali, servizi sanitari, forze dell'ordine, Enti del Terzo settore, strutture di accoglienza, Centri Antiviolenza, ecc.).

È stata costituita un'unica Centrale Operativa regionale del servizio per l'emergenza urgenza sociale, attiva 24 ore su 24 365 giorni l'anno, che svolge funzioni di coordinamento

e gestione degli interventi e che rappresenta il punto di coordinamento e di indirizzo professionale-operativo di servizio sociale, indirizzando il lavoro delle Unità Territoriali costituite a livello di ciascuna zona-distretto (le quali svolgono operativamente l'intervento di emergenza urgenza in loco sulla base delle indicazioni professionali-operative).

La gestione della Centrale operativa è affidata a un soggetto gestore esterno; la precedente gestione si è conclusa nel 2022 e la nuova gara per l'assegnazione è stata aggiudicata a un sodalizio costituito da Proges (cooperativa sociale leader a livello nazionale nell'ambito dei servizi alla persona) e dal Consorzio Opere di Misericordia (che affianca le Misericordie nella progettazione, sviluppo e realizzazione di interventi innovativi).

L'Unità territoriale effettua una prima valutazione professionale e fornisce assistenza immediata poi, sulla base della tipologia di bisogno rilevato e dell'esito del pronto intervento, segnala la situazione e trasmette la documentazione relativa agli interventi svolti in regime di emergenza e urgenza al servizio sociale competente e/o ad altri servizi necessari, nel primo momento utile per garantire la continuità della presa in carico e i successivi interventi.

LE NOVITÀ

Con la nuova gestione – che ha preso avvio il 1° febbraio 2023 – il servizio può avvalersi delle sedi delle Misericordie, che sono il luogo fisico dove risiedono le Unità territoriali di Emergenza Urgenza composte da un assistente sociale e da altre figure professionali. Le Unità hanno anche a disposizione automezzi dedicati per l'effettuazione degli interventi.

Le assistenti sociali quindi non devono partire dalla propria abitazione con la propria auto ma hanno una sede fisica per la reperibilità, un mezzo per raggiungere il luogo dell'intervento e inoltre non effettuano più da sole il servizio.

A giugno 2023 è stata presentata nel Coordinamento generale SEUS la proposta di costituzione di un gruppo di lavoro integrato SEUS-Codice Rosa; la finalità è quella di definire una procedura regionale contenente le linee operative e le interconnessioni tra SEUS e Codice Rosa nelle situazioni di violenza.

I contenuti di queste linee dovranno riguardare tutti i passaggi relativi a:

- segnalazione alla Centrale Operativa di una situazione di violenza che si inserisce nell'ambito del Codice Rosa;
- gestione dell'intervento, definendo gli aspetti metodologici e professionali dell'intervento in emergenza di Codice Rosa;
- chiusura dell'intervento;
- gestione del post-emergenza.

Si prevedono alcuni incontri del gruppo di lavoro (composto dai referenti SEUS delle tre Aree vaste, dalle tre coordinatrici territoriali della rete aziendale Codice Rosa, dai coordinatori Tecnici Operativi della Centrale Operativa e delle Unità Territoriali e da una rappresentanza delle Assistenti sociali delle Zone distretto) per arrivare alla stesura di un documento da condividere con

il Coordinamento generale SEUS con successiva approvazione in Cabina di Regia.

Inoltre è in corso anche l'elaborazione di un accordo di rete tra SATIS (il sistema anti-tratta toscano) e la rete SEUS/Codice Rosa: il documento persegue l'obiettivo di qualificare il raccordo operativo nell'emersione, identificazione e gestione dei casi di donne vittime di tratta e sfruttamento. Si assume come principio condiviso alla base degli interventi la volontarietà e la libertà della persona di intraprendere o meno un percorso di fuoriuscita dalla condizione di sfruttamento.

A partire da luglio 2023 inoltre è stata avviata la completa informatizzazione della rilevazione delle informazioni, che renderà più agevole il monitoraggio dell'andamento delle attività e l'analisi dei dati. Un altro cambiamento importante, quindi, verso una maggiore strutturazione del servizio stesso.

Una novità interessante, che merita una trattazione specifica, è quella della collaborazione avviata tra alcune realtà di Pronto Intervento sociale italiane.

VERSO UNA RETE NAZIONALE DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE

Il percorso verso la sempre più ampia implementazione di servizi di Pronto Intervento Sociale ha condotto all'avvio di una serie di interlocuzioni tra alcune amministrazioni che stanno già sperimentando o sono in procinto di avviare sul proprio territorio il PIS (nello specifico quelle di Toscana, Venezia, Bologna, Cremona, Perugia, Roma, Napoli e Bari). Un primo esito di questo raccordo e di questa collaborazione è stato un primo evento di carattere nazionale sul tema dei modelli organizzativi di PIS in Italia che si è tenuto a Firenze il 5 maggio 2022 ed alla successiva strutturazione, a luglio 2022, di una piattaforma di Comunità di pratica *online* per agevolare la circolazione di informazioni tra i PIS.

In questo percorso, infine, è stato costituito anche un Gruppo di Lavoro permanente, a livello nazionale, fra i PIS delle Amministrazioni che avevano partecipato al convegno di Firenze per lo scambio di esperienze, la condivisione di problemi e soluzioni e l'elaborazione di documenti condivisi.

Il Gruppo, in questi mesi, ha lavorato all'elaborazione di un documento – denominato “carta di identità” – che, a partire dalla scheda tecnica 3.7.1 sopra citata e in modo coerente con la stessa, intende declinare a livello operativo territoriale le caratteristiche del Servizio di Pronto Intervento Sociale, tracciando elementi sia di continuità e uniformità che di specificità e originalità locale, evidenziandone caratteristi-

Note

- 3 Il GOES rappresenta l'infrastruttura organizzativa zonale del sistema regionale SEUS, organizzata in ciascuna zona aderente. Il GOES è coordinato stabilmente e continuativamente dallo Staff di Coordinamento, che rappresenta l'organo di indirizzo operativo-professionale della Zona e assume compiti di rappresentanza nelle sedi organizzative del sistema regionale SEUS. Lo staff è composto da un Responsabile dell'Emergenza Sociale (RES) che lo coordina, e dai vice-RES (almeno 2, di cui uno Referente territoriale Codice Rosa).

che fondamentali e criticità, con l'obiettivo di rappresentare un percorso in divenire da condividere anche con altre realtà italiane.

Si è posta infatti la necessità non solo di fare il punto su ruoli e funzioni che questo servizio, come livello essenziale, assume e può assumere nelle politiche di welfare locali, ma anche di avviare una riflessione sulla costituzione di una Rete Nazionale che sia capace di connettere esperienze già mature ed esperienze che stanno crescendo, per consentire di consolidare il processo di innovazione in corso.

La valorizzazione della storia e delle peculiarità che caratterizzano i vari modelli che lo attivano va coniugata con l'efficacia, l'adeguatezza e l'ampiezza dei servizi di pronto intervento sociale che si realizzano.

Il Gruppo di Lavoro permanente PIS ha voluto evidenziare, rispetto alle proprie esperienze nei diversi territori nazionali, caratteristiche e criteri ritenuti fondamentali affinché un Pronto Intervento Sociale possa rispondere in modo efficace ed efficiente agli obiettivi individuati ed elencati all'interno del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023.

La "carta di identità" è stata presentata nel convegno nazionale sull'intervento sociale nella gestione delle emergenze che si è tenuto a Venezia il 14 aprile 2023 ed è stata portata all'attenzione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali prima con una riunione e poi con la proposta alla Rete nazionale per la protezione e l'inclusione sociale di costituzione di un gruppo tecnico nazionale all'interno della Rete stessa. Il gruppo è stato poi costituito dal Ministero a settembre 2023.

Inoltre, la condivisione tra i vari PIS ha permesso l'individuazione e l'emersione di criticità operative che potrebbero diventare opportunità di approfondimento e di formazioni future.

In sintesi, questi sono i punti di miglioramento evidenziati:

- Necessità di definire congiuntamente tra gli attori coinvolti a vario titolo (relativamente sia alla distinzione area/ambito sanitari, sociale e ordine pubblico, sia alla distinzione fase urgenza/emergenza-fase di presa in carico) parametri/linguaggi/giurisdizione, condivisi, in reciproca legittimazione e riconoscimento tra le parti, da cui si possano desumere gli elementi di specifica competenza (ruoli, funzioni, risorse, filiere di intervento/prassi/iter), in ottica integrata.
- Necessità di definire protocolli operativi e progettualità sperimentali fra ambiti di competenza sociali e ambiti di competenza sanitari.
- Necessità di attivare risorse adeguate, complementari, rispondenti ed efficaci rispetto al contesto degli interventi in emergenza/urgenza.
- Promozione del Servizio di Pronto Intervento Sociale all'interno dei Servizi Sociali stessi

affinché vi sia una corretta lettura e comunicazione, da parte di questi ultimi, delle segnalazioni emergenziali e urgenti per una presa in carico in emergenza e urgenza.

- Prevenzione dell'insorgenza delle emergenze, promuovendo azioni che sulla base di una sintesi condivisa rispetto alla mappatura delle situazioni, producano ipotesi/piste di intervento che rendano virtuose le progettualità praticabili.
- Necessità di promuovere azioni informative di sensibilizzazione rivolte alla comunità e azioni di formazione specifiche, continue, permanenti e trasversali a livello nazionale, rivolte agli amministratori, ai servizi sociali (inclusi gli amministrativi) e agli operatori.

ALCUNI DATI SUGLI INTERVENTI SEUS

La ASL Toscana Centro fino al 2022 ha alimentato un apposito database con i dati forniti dal soggetto gestore della Centrale Operativa che raccoglie le schede di segnalazione e di intervento.

Si tratta di elaborazioni di base (l'impiego dell'apposito software per la raccolta sistematica delle informazioni predisposto dal nuovo soggetto gestore è stato avviato il 1° luglio 2023), ma costituiscono una fonte utile a capire gli scenari in cui il servizio opera e delineare possibili punti di miglioramento.

I dati disponibili riguardano l'arco temporale 2018-2022 ma solo per gli ultimi anni si dispone di informazioni più dettagliate e maggiormente strutturate, dovute a un miglioramento delle schede utilizzate per la rilevazione.

Dal 2018 in poi il pronto intervento sociale è stato attivato 5.189 volte; nell'ultimo anno, il 2022, le segnalazioni sono state 1.396.

Gran parte delle richieste di intervento sono giunte da ospedali e pronto soccorso (1.257, di cui 475 nel 2021), seguiti dai servizi sociali territoriali (1.232, di cui 319 nel 2021) e da forze dell'ordine e polizia municipale (817 di cui 353 nel 2021).

Nel 2021 il SEUS è stato attivato soprattutto a seguito di criticità legate a gravi episodi di conflittualità familiare come maltrattamenti o casi di abbandono (396 casi), in situazioni di povertà con forme di grave disagio abitativo o di carenza di mezzi di sostentamento (313), in casi gravi di non autosufficienza o disabilità che determinano abbandono o solitudine (270) in situazioni da Codice rosa, e quindi violenza di genere, abusi e sfruttamento sessuale (248), in casi di minori esposti a grave rischio, come nel caso del bullismo (65 casi) e infine in situazioni di emergenza ambientale (17).

Per quanto riguarda minori non accompagnati e persone senza dimora, si nota una costante crescita di interventi nel triennio. La crisi post pandemica e la guerra in Ucraina hanno fatto aumentare le emergenze sociali riferite a questi soggetti, che necessitano tra l'altro l'attivazione di interventi specifici. L⁷

**Glenda Cinotti**

Ricercatrice sociale, laureata in Amministrazioni e Politiche pubbliche. Collabora dal 2016 con l'Istituto per la Ricerca Sociale, dove si occupa di valutazione dei servizi sociali e consulenza organizzativa a soggetti pubblici e del privato sociale.

**Cristina Corezzi**

Titolare di Incarico di Elevata Qualificazione Interventi per l'inclusione sociale e finanziamento delle politiche sociali territoriali, Settore Welfare e innovazione sociale Regione Toscana. Si occupa in particolare del coordinamento del Progetto regionale SEUS.

**Francesco Di Ciò**

Sociologo, responsabile della linea welfare abitativo e rigenerazione urbana dell'IRS, mediatore, esperto di mediazione sociale e processi partecipativi. Vice-Direttore della Scuola IRS di Formazione e Aggiornamento per il Sociale.

**Annalisa Faccini**

Dirigente Area Coesione Sociale ASP Città di Bologna. Già responsabile presso il Gabinetto del Sindaco del Comune di Bologna degli Affari Generali, si è occupata anche di progetti di sicurezza urbana integrata. Laureata in Servizio Sociale presso l'Università di Trieste.

**Alberto Favaretto**

Responsabile Servizio Pronto Intervento Sociale, Inclusione e Mediazione della Direzione Coesione Sociale del Comune di Venezia.

**Andrea Mirri**

Coordinatore scientifico Sistema Emergenza Urgenza Sociale regionale (SEUS), Dipartimento del Servizio Sociale Azienda USL Toscana Centro e Regione Toscana. Docente a contratto Università degli Studi di Firenze e di Pisa. Formatore in materia.

**Marco Sorrentino**

Fondatore e amministratore delegato di Amapola impresa sociale, si occupa di politiche territoriali, co-progettazione urbana e animazione territoriale. Segue progetti e interventi sulla sicurezza, inclusione e rigenerazione urbana in qualità di consulente.

**Mauro Spadotto**

Specifica Responsabilità Pronto Intervento Sociale della Direzione Coesione Sociale del Comune di Venezia.

**Giovanna Spolti**

Socia di Amapola impresa sociale, Ricercatrice esperta di analisi e programmazione sociale e territoriale, supporta enti pubblici e privati alla definizione, realizzazione e monitoraggio di interventi e servizi rivolti a popolazione e territori.

LIBRI

A. Ciarini, G. Gallo, R. Lodigiani, F. Maino, M. Raitano, S. Sacchi

SOSTEGNO AI POVERI: QUALE RIFORMA?

Dal Reddito di Cittadinanza all'Assegno di Inclusione: analisi dell'Alleanza contro la povertà in Italia

EGEA, Milano, 2023

Poche prestazioni sociali in Italia sono state oggetto di aspri scontri, anche ideologici, quanto il Reddito di Cittadinanza (RdC). Da un lato la retorica della panacea contro i mali del welfare italiano e dell'abolizione della povertà; dall'altro quella di una misura che incentiva l'ozio, facile preda dei furbetti quando non delle organizzazioni criminali. Coerentemente con le promesse fatte in campagna elettorale, il governo Meloni ha introdotto una riforma che supera il RdC, integralmente sostituito da nuove misure di contrasto alla povertà e di inclusione lavorativa: l'Assegno di Inclusione e il Supporto per la Formazione e il Lavoro. La riforma Meloni va nella direzione di superare i limiti e correggere gli errori di disegno e attuazione del RdC? Le nuove misure funzioneranno oppure la riforma avrà creato nuovi problemi, forse maggiori di quelli che si propone di risolvere? Per rispondere a queste domande, il volume prende le mosse da un'analisi sistematica dei risultati e dei limiti principali del RdC nei suoi quattro anni di vita. Questo consente di avanzare delle considerazioni sulla riforma Meloni, valutandola rispetto a come dovrebbe funzionare uno schema di contrasto alla povertà, un tema al centro dell'elaborazione progettuale e dell'azione dell'Alleanza contro la povertà in Italia sin dalla sua costituzione. Il volume si rivolge a un pubblico vasto, interessato alle questioni economiche e sociali del nostro Paese, così come al pubblico dell'accademia e al mondo di chi si occupa professionalmente delle politiche sociali, e ai giornalisti e ai *policy maker* che si occupano di questioni di politica economica. Il volume è il frutto del lavoro svolto dagli autori nel Comitato scientifico dell'Alleanza contro la povertà in Italia, nata nel 2013, che raggruppa un ampio numero di soggetti sociali che hanno deciso di contribuire in maniera collettiva alla costruzione di adeguate politiche pubbliche contro la povertà assoluta nel nostro Paese.

Il volume è disponibile gratuitamente in versione digitale: www.torrossa.com/it/resources/an/5589989



L'IMPATTO DEL PNRR SULLA RETE DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE IN CALABRIA

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) presenta profonde differenze regionali in termini di offerta sanitaria e di attività destinate alla tutela della salute. I dati e le rilevazioni statistiche disponibili mettono in luce gravi criticità per la Regione Calabria. In particolare, gli indicatori della Griglia di monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) 2019 mostrano come la quantità e la qualità delle prestazioni erogate in Calabria risultino le peggiori tra le Regioni italiane (Ministero della Salute, 2021).

La Regione Calabria è sottoposta al Piano di Rientro (PDR) dai disavanzi sanitari regionali dal 2009 ed a gestione commissariale dal 2010. Il meccanismo contabile che obbliga una Regione alla sottoscrizione del PDR si innesca quando il disavanzo sanitario supera il 5% della somma delle entrate sanitarie regionali, oppure quando il disavanzo non supera il 5%, ma la Regione non è in misura di garantire la copertura con i mezzi che ha a disposizione. In termini generali, i PDR si basano su due pilastri fondamentali, uno finanziario ed uno socio-assistenziale: da un lato si prevede l'ottenimento dell'equilibrio di bilancio e dall'altro si assicura il rispetto dei LEA garantiti dalla Costituzione. Gli obiettivi dei PDR si perseguono attraverso la razionalizzazione della spesa sanitaria e l'implementazione di forme alternative di assistenza sanitaria domiciliare e territoriale.

Nel 2009, il PDR della Regione Calabria ha identificato l'eccessivo ricorso alle ospedalizzazioni quale fonte principale degli squilibri finanziari. Le carenze strutturali nelle fasi del processo clinico assistenziale di prevenzione e diagnosi hanno causato l'incremento dei ricoveri impropri negli ospedali per acuti. Pertanto, il DPGR n. 18 del 22 ottobre 2010 ha stabilito un riordino della rete ospedaliera, dell'emergenza/urgenza e dell'assistenza territoriale. In linea con quanto rilevato nel PDR, si è proceduto alla dismissione dei presidi ospedalieri che, per requisiti dimensionali, sono risultati idonei ad essere trasformati in strutture complementari alla degenza per acuti (Ministero della Salute, 2015).

Il progetto "Rete Regionale Sperimentale di Case per la Salute", introdotto dal Piano Sanitario Regionale 2007-2009, aveva il compito di riformare l'assistenza territoriale in Calabria. L'obiettivo principale era di strutturare un modello di cure primarie che puntava sul potenziamento della medicina territoriale, garantendo la partecipazione dei cittadini alla promozione della salute (Regione Calabria, 2012). La

riduzione delle risorse finanziarie disponibili, i deficit nella programmazione e il ricorso alla giustizia amministrativa da parte di alcuni Comuni,¹ hanno ridimensionato il progetto da 12 a 6 strutture. Inoltre, le Aziende Sanitarie Provinciali (ASP), soggetti responsabili degli interventi di edilizia sanitaria ed ammodernamento tecnologico preliminari all'avvio della fase sperimentale, hanno accumulato continui ritardi. Di conseguenza, l'adozione del modello "Casa della Salute" è rimasta inattuata, mentre le strutture ospedaliere da riconvertire hanno subito un drastico depauperamento dei servizi sanitari, delle risorse umane e delle risorse strumentali.

Il potenziamento dell'assistenza territoriale è anche tra i principali ambiti di intervento identificati recentemente dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 - Salute. Infatti, il PNRR prevede (i) il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali, come le Case di Comunità (CDC) e gli Ospedali di Comunità (ODC); (ii) il rafforzamento dell'assistenza domiciliare; (iii) lo sviluppo della telemedicina e l'assistenza da remoto con l'attivazione di Centrali Operative Territoriali (COT). Gli ambiti principali di intervento riguardano la riorganizzazione della rete di assistenza sanitaria territoriale e l'innovazione tecnologica.

Il Piano Operativo (PO) della Regione Calabria, legato agli interventi finanziati dal PNRR, rappresenta un elemento di riforma e di superamento del precedente progetto "Rete Regionale Sperimentale di Case per la Salute". In attuazione del DM 77/2022, il PO dispone la realizzazione di 61 CDC, 20 ODC e 21 COT. La realizzazione delle 6 Case della Salute, afferenti al precedente progetto, non è stata tuttavia accantonata. I relativi cronoprogrammi prevedono, al termine dei lavori, l'integrazione di queste strutture nella rete delle CDC prevista dal PNRR (Regione Calabria, 2022).

OBIETTIVI

L'obiettivo primario è di valutare l'impatto potenziale delle misure finanziate dalla Missione 6 del PNRR in Calabria, con particolare attenzione al finanziamento delle strutture assistenziali territoriali, previste dal DM 77/2022.

Lo studio si prefigge di definire il fabbisogno effettivo in termini di risorse umane per le nuove strutture assistenziali territoriali, esaminando la capacità di reclutamento del personale sanitario, tecnico e amministrativo da parte delle

METODOLOGIE

La ricerca di tipo esplorativo si è in primo luogo basata sulla revisione degli atti normativi e degli strumenti di programmazione sanitaria del Ministero della Salute e della Regione Calabria, oltre che sulla letteratura riguardante gli standard di fabbisogno di personale sanitario.

Successivamente è seguita una fase di estrazione e mappatura dei dati di pubblico accesso presenti nell'Annuario Statistico SSN e sulle piattaforme digitali di I.STAT, OpenBDAP, Agenas e Ministero della Salute.

La terza fase dello studio si è concentrata sullo sviluppo di indicatori regionali. In particolare, al fine di determinare la fattibilità dei progetti in termini operativi, si sono messi a confronto il fabbisogno di personale per il funzionamento delle nuove strutture e l'andamento nell'ultimo decennio del turnover del personale in Calabria.

RISULTATI

Il fabbisogno di personale per le strutture finanziate dal PNRR Salute in Calabria è quantificato nella tavola 1 e osserva gli Standard previsti dal DM 77/2022. In dettaglio, la stima calcolata per ogni struttura è la seguente: (i) per le COT 4 Infermieri e 1 unità di Personale di Supporto Sociosanitario ed Amministrativo; (ii) per le CDC Hub 7 Infermieri, 1 Assistente Sociale e 9 unità di Personale di Supporto Sociosanitario ed Amministrativo; (iii) per le CDC Spoke 2,5 Infermieri, 1 Assistente Sociale e 5 unità di Personale di Supporto Sociosanitario ed Amministrativo; (iv) per gli ODC 7 Infermieri, 1 Assistente Sociale, 6 Operatori Sociosanitari e 0,6 Medici.

La distribuzione ogni 10.000 abitanti del personale del SSN suddiviso per Regione è riportato nella tavola 2. La Calabria presenta una distribuzione inferiore rispetto alla media italiana, nello specifico 81,82 dipendenti a fronte del valore medio di 90,10. Osservando il gruppo delle Regioni di medie dimensioni demografiche (Calabria, Sardegna, Liguria, Marche, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia), il dato della Calabria risulta il peggiore. Di particolare rilievo è la distribuzione del personale infermieristico (36,91), lontana dalla media italiana di 44,37 ogni 10.000 abitanti

In relazione alla proporzione tra unità di personale infermieristico per medico del SSN, la media italiana del 2020 è di 2,57:1. In Calabria il rapporto equivale a 1,96 infermieri per 1 medico (tavola 3).

Nella tavola 4 si osserva la variazione unitaria e percentuale del personale sanitario, suddiviso per Regione, dall'anno di entrata in vigore del PDR in Calabria (2009) fino all'ultima rilevazione disponibile (2020). Il blocco del turnover, dovuto al PDR, ha stimolato in Calabria una contrazione del 17,5% del personale sanitario. Nella comparazione con le altre Regioni, solo la Liguria presenta una contrazione maggiore.

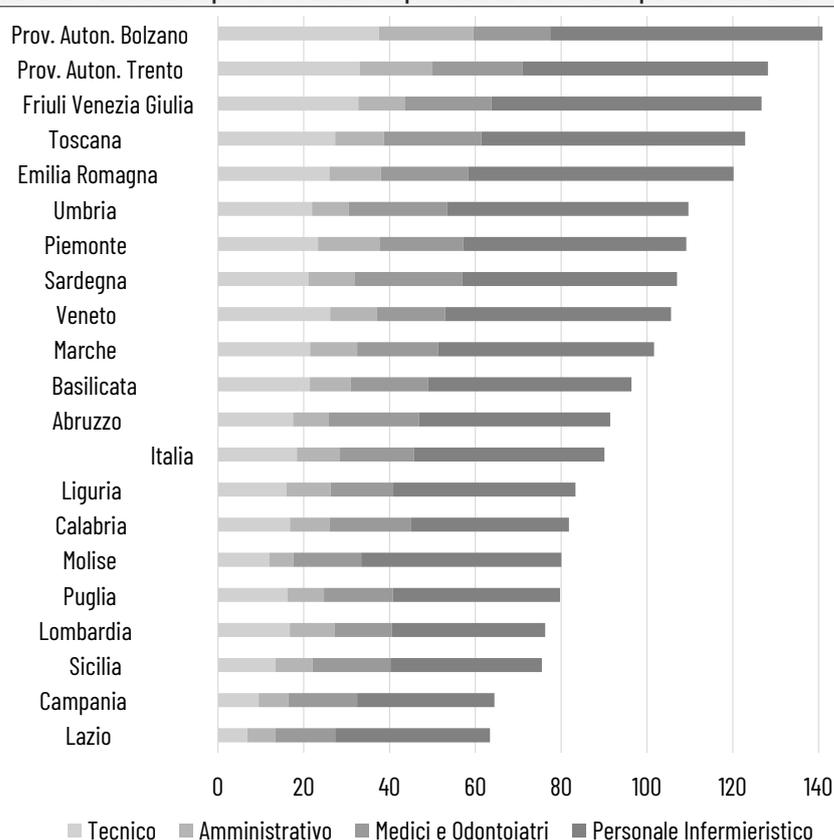
Il dettaglio per la Regione Calabria riguardo

TAVOLA 1 Fabbisogno di personale per le strutture finanziate dal PNRR in Calabria

Strutture	Infermieri	Impiegati socio-amministrativi	Assistenti sociali	Operatori sociosanitari	Medici
14 Case di Comunità Hub	98	126	14	n.d.	n.d.
47 Case di Comunità Spoke	118	235	47	n.d.	n.d.
20 Ospedali di Comunità	140	n.d.	20	120	12
21 Centrali Operative Territoriali	105	21	n.d.	n.d.	n.d.
Totale	461	382	81	120	12

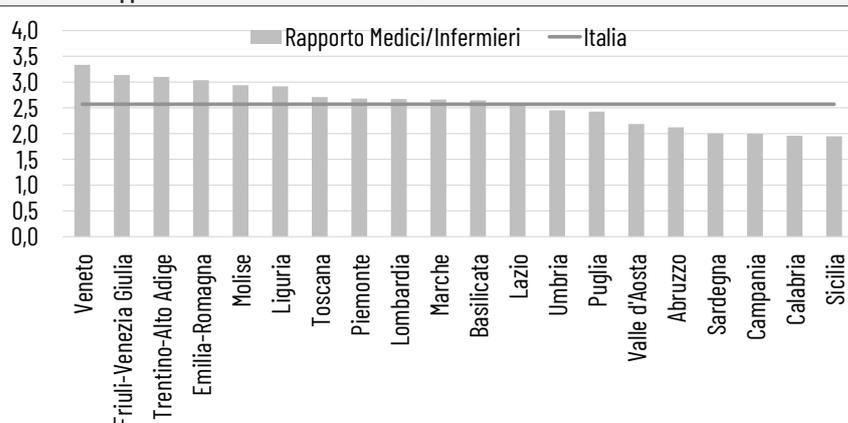
Fonte: Ns. elaborazione su dati Geoportale PNRR Salute

TAVOLA 2 Distribuzione per 10.000 abitanti del personale del SSN suddiviso per ruolo. Anno 2020



Fonte: Ns. elaborazione dati *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* sul personale dipendente del SSN, e dati demografici I.STAT

TAVOLA 3 Rapporto Infermieri/Medici SSN. Anno 2020



Fonte: Ns. elaborazione dati *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* sul personale dipendente del SSN

Note

1 Consiglio di Stato, Sentenze nn. 2576/2014, 2151/2015, 2968/2015, 1153/2017.

TAVOLA 4 Variazione personale sanitario (medici, odontoiatri e personale infermieristico) per Regione. Anni 2009-2020

Regione	2009	2020	Variazione 2009/2020	Variazione % 2009/2020
Emilia-Romagna	32.715	36.729	4.014	12,3
Sardegna	10.796	12.097	1.301	12,1
Trentino-Alto Adige	7.698	8.604	906	11,8
Toscana	29.110	31.103	1.993	6,8
Valle d'Aosta	974	1.035	61	6,3
Umbria	6.555	6.894	339	5,2
Lombardia	48.004	49.280	1.276	2,7
Veneto	32.584	33.426	842	2,6
Friuli Venezia Giulia	9.808	10.017	209	2,1
Piemonte	30.288	30.770	482	1,6
<i>Italia</i>	<i>371.426</i>	<i>367.778</i>	<i>-3.648</i>	<i>-1,0</i>
Puglia	22.028	21.749	-279	-1,3
Lazio	29.595	28.852	-743	-2,5
Marche	10.746	10.466	-280	-2,6
Sicilia	27.304	26.065	-1.239	-4,5
Abruzzo	9.128	8.486	-642	-7,0
Basilicata	4.072	3.622	-450	-11,1
Campania	32.567	27.432	-5.135	-15,8
Molise	2.266	1.879	-387	-17,1
Calabria	12.800	10.566	-2.234	-17,5
Liguria	12.388	8.706	-3.682	-29,7

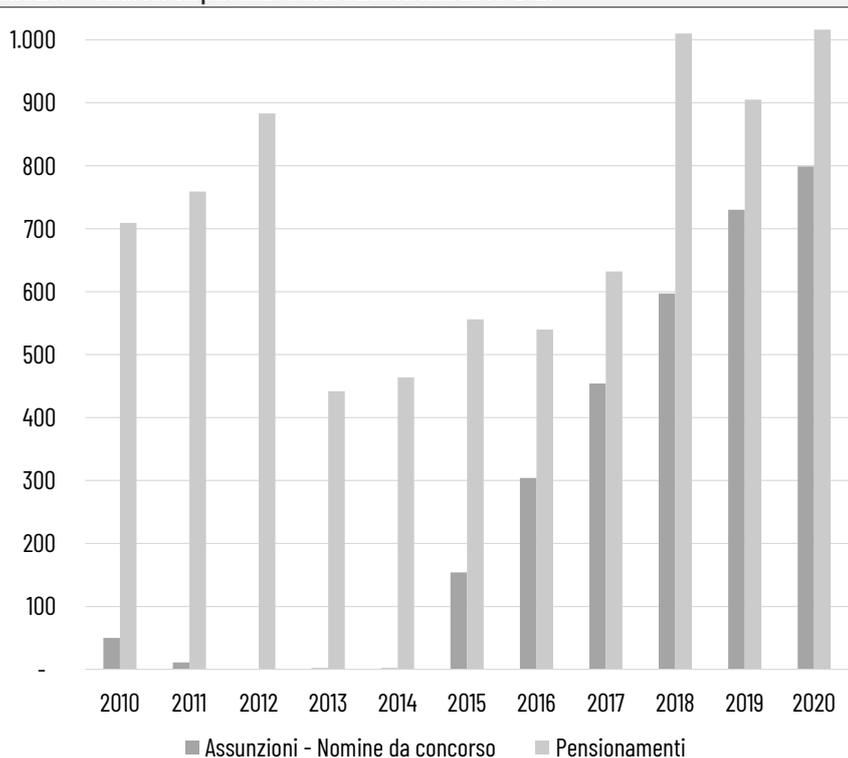
Fonte: Ns. elaborazione dati *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* sul personale dipendente del SSN

TAVOLA 5 Variazione del personale in Calabria per ruolo. Anni 2009-2020

	Professionale	Tecnico	Amministrativo	Sanitario	
				Medici e odontoiatri	Infermieristico
Variazione %	-18,75	-8,30	-45,53	-20,61	-15,74
Variazione unitaria	-12	-288	-1.462	-928	-1.306

Fonte: Ns. elaborazione dati *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale* sul personale dipendente del SSN

TAVOLA 6 Turnover del personale SSN in Calabria. Anni 2010-2020



Fonte: Ns. Elaborazione dati OpenBDAP

alla variazione del personale dipendente del SSN, nel periodo 2009-2020, evidenzia un importante decremento del personale amministrativo pari al 45,53% (tavola 5).

La principale fonte di uscite dal SSN in Calabria è quella relativa ai pensionamenti, ovvero (i) collocamento a riposo per limiti di età e (ii) dimissioni con diritto a pensione. La tavola 6 riporta i flussi inerenti al decennio 2010-2020 (2009 non disponibile): a fronte di 7.916 uscite, sono state nominate tramite concorso 3.103 unità di personale. Questo saldo negativo si è accentuato nel triennio 2013-2015.

DISCUSSIONE

La nuova rete dell'assistenza territoriale in Calabria prevede la realizzazione di 102 strutture, a fronte delle 6 previste dal precedente progetto "Rete Regionale Sperimentale delle Case della Salute". Le criticità rilevate in passato, soprattutto le inadempienze nel rispetto dei cronoprogrammi, suggeriscono l'adozione di un diverso modello di *governance*. Gli attuali processi di gestione appaiono frammentati e disarmonici a causa del commissariamento delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Visti il numero di nuovi interventi e la scadenza perentoria del 31 dicembre 2026, una programmazione coordinata e univoca è necessaria.

I modelli identificati dal DM 77/2022 e finanziati attraverso il PNRR prevedono una rilevante presenza di personale infermieristico altamente formato, il quale, oltre alla presa in carico dei pazienti, è responsabile del coordinamento delle CDC e degli ODC. L'implementazione della Telemedicina richiede inoltre adeguate competenze tecnologiche da coniugare all'esperienza ed alla conoscenza clinica. La dotazione di infermieri qualificati è pertanto una variabile cruciale che determinerà la fattibilità della transizione verso la nuova assistenza territoriale.

In Calabria, l'attivazione delle nuove strutture è subordinata al reperimento di almeno 1.056 unità di personale (di cui 461 infermieri), corrispondente a un aumento (al netto delle cessazioni) di circa il 15% rispetto al personale del 2020. Tuttavia, un incremento limitato ai fabbisogni della rete dell'assistenza territoriale, non sarebbe sufficiente per colmare le criticità pregresse che condizionano la piena e corretta operatività delle altre strutture del SSR.

Come si evince dai dati regionali, il blocco del turnover dovuto al PDR ha portato a una graduale ma drastica diminuzione delle risorse umane del SSN in Calabria. La conseguenza è una riduzione dei servizi erogati con ulteriore compressione dei LEA. In Calabria, come nelle altre Regioni, l'attuazione del PDR è corrisposta a un incremento dei tassi di mobilità sanitaria passiva (Abatemarco et al., 2020) Ne consegue che la spesa sanitaria individuale dei residenti risulti aumentata sia direttamente (costi legati alla mobilità), sia indirettamente (aumento delle aliquote delle addizionali regionali).

L'inadeguatezza in termini quantitativi del personale sanitario del SSR della Calabria è riscontrabile anche attraverso l'indice di coper-

tura sanitaria universale formulato dall'OMS (WHO, 2014), il quale prevede almeno 70,6 infermieri e 20,7 medici ogni 10.000 abitanti, con un rapporto infermieri-medico di 3,4:1 (GBD, 2022). Sulla base dei dati regionali del 2020, si rilevano 36,91 infermieri e 18,87 medici ogni 10.000 abitanti, con un rapporto di 1,96:1, evidenziando consistenti criticità. L'allineamento alla media italiana (2,57:1) richiederebbe un incremento del 30% degli infermieri.

Il reperimento del personale infermieristico necessario sia per l'operatività delle strutture finanziate dal PNRR, che per l'adeguamento all'indice OMS, sarebbe possibile mediante l'assorbimento dei neolaureati formati dal sistema universitario calabrese, che risultano numericamente sufficienti. Nel periodo 2010-2020, 3.568 infermieri hanno terminato il loro percorso formativo in Calabria, d'altra parte, nello stesso periodo, le Aziende Sanitarie ed Ospedaliere ne hanno nominato tramite concorso solo 965.

In termini operativi, appare critica anche la penuria di personale amministrativo, che impatta direttamente sulle procedure di reclutamento e sulle tempistiche di assunzione. Tra i diversi dati analizzati si è rilevato come, ad esempio, l'ASP di Cosenza, nel triennio 2019-2022, abbia svolto 17 concorsi su 44 bandi pubblicati. L'intervallo medio tra la pubblicazione del bando e della graduatoria finale è di 974 giorni. Questa ulteriore criticità interna al SSR, rappresenta un limite maggiore per l'adeguamento del personale al fabbisogno effettivo.

LIMITI

Uno dei limiti principali dello studio è rappresentato dalla mancanza di base-dati regionali che avrebbero semplificato l'accesso ai dati sul fabbisogno sanitario regionale, nonché fornito indicatori utili alla stima dell'efficacia del PO in termini di servizi erogati sui territori. In generale, la letteratura scientifica e statistica specifica al contesto regionale calabrese risulta scarsa.

La mancata attuazione del progetto sperimentale "Rete Regionale Case della Salute" non ha permesso di valutare l'impatto sociosanitariodelle strutture di assistenza territoriale ed, eventualmente, di fornire indicazioni su come adattare il PO al contesto regionale.

L'analisi ha riscontrato alcune incongruenze minori tra le base-dati di pubblico accesso consultate. Inoltre, per alcune annualità non sono disponibili rilevazioni.

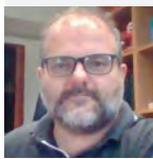
CONCLUSIONI

La realizzazione degli interventi edilizi e di ammodernamento tecnologico finanziati dalla Missione 6 del PNRR in Calabria, non porterà a un miglioramento del quadro generale se non sarà accompagnata da un piano regionale straordinario per l'adeguamento del personale. Diversamente, la conseguenza potrebbe essere l'affidamento delle nuove strutture ad organizzazioni operanti nel settore della sanità privata convenzionata. Infatti, gli ODC e le CDC sono modelli particolarmente affini ai settori nei quali



Enrico Tricanico

Laureato in Scienze Politiche presso l'Università della Calabria ed assistente all'economia ospedaliera presso le Cliniques Universitaires Saint-Luc.



Diego D'Amico

Laureato in Giurisprudenza presso l'Università della Calabria, esperto in diritto amministrativo e dipendente dell'Università della Calabria.



Paola Gallo

Biologa, laureata in Scienze Biomediche presso l'Université Catholique de Louvain e Coordinatrice di Ricerca Clinica presso le Cliniques Universitaires Saint-Luc.

la sanità privata investe maggiormente, ovvero riabilitazione, diagnostica strumentale e ambulatori specialistici.

Le nuove figure professionali previste per l'operatività della rete dell'assistenza territoriale, dovranno essere altamente competenti e formate in maniera trasversale e complementare. Pertanto, oltre all'adeguamento del personale in termini quantitativi, si dovrà puntare su percorsi regionali di aggiornamento e riqualificazione. In particolare, sarebbero necessari un censimento e una mappatura delle competenze del personale infermieristico in dote al SSR e l'avvio, a breve termine, di percorsi integrativi di formazione continua volti a rafforzare le competenze: (i) manageriali necessarie per la gestione delle strutture e (ii) digitali necessarie allo sviluppo della telemedicina.

In conclusione, il rischio è che gli investimenti del PNRR Salute, destinati a migliorare l'assistenza sanitaria ed appianare le disuguaglianze territoriali, non si rivelino funzionali al rinnovamento della sanità pubblica italiana se non accompagnati da un adeguamento e rafforzamento delle risorse umane. L

Bibliografia

- Abatemarco A., Aria M, Beraldo S., Stroffolini F (2020), Measuring Disparities in Access to Health Care: A Proposal Based on an Ex-ante Perspective. *Social Indicators Research* 2020; 150: 549-68
- GBD 2019 Human Resources for Health Collaborators (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet* 4-10 June 2022, 399 (10341) : 2129-54
- Geoportale PNRR Salute, <https://geopnrr.agenas.it>
- Ministero della Salute (2015). Progetto Operativo di Assistenza Tecnica - POAT Salute 2007-2013. Piano di Comunicazione. La sperimentazione del Modello Case della Salute in Regione Calabria, www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/investimenti/133.pdf
- Ministero della Salute (2021). Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA Metodologia e Risultati dell'anno 2019, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3111_allegato.pdf
- OpenBDAP, <https://openbdap.rgs.mef.gov.it>
- Regione Calabria (2012). Modello organizzativo e percorso di attuazione delle Case della Salute, www.formez.it/sites/default/files/all_185_-_linee_guida_case_salute.pdf
- Regione Calabria (2022). Programma Operativo 2022-2025. Novembre 2022, www.regione.calabria.it/website/portalmedia/decreti/2022-11/Programma-Operativo-2022-2025.pdf
- WHO (2014). Global Health Workforce Alliance. A universal truth: no health without a workforce, www.who.int/publications/m/item/hrh_universal_truth

INDAGINE SUL MALTRATTAMENTO DEI MINORI NELL'AMBITO SOCIALE DI JESI

L'ASP Ambito 9 di Jesi (AN), al fine di conoscere le dimensioni del maltrattamento minorile nel territorio di propria competenza, ha voluto analizzare tale fenomeno attraverso un'indagine che ha visto coinvolti i 21 Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale IX della Regione Marche: Jesi, Morro d'Alba, San Marcello, Belvedere, Monsano, Maiolati Spontini, Santa Maria Nuova, Staffolo, Apiro, Poggio San Marcello, Poggio San Vicino, Cupramontana, Castelbellino, Cingoli, Monte Roberto, Filottrano, San Paolo, Castelplanio, Montecarotto, Rosora, Mergo.

Alcuni dei Comuni interessati hanno piccole o modeste dimensioni: infatti, di questi, sette hanno meno di 2.000 abitanti, dodici meno di 10.000 abitanti mentre il Comune di Jesi circa 40.000 abitanti.

L'Azienda Pubblica Servizi alla Persona (ASP) "Ambito 9" di Jesi è l'ente capofila dell'Ambito territoriale sociale 9 delle Marche; in tale ruolo progetta, coordina e gestisce tutti i servizi sociali compresi quelli per i minori, per conto di tutti i Comuni dell'ATS e si interfaccia con i servizi specialistici dell'Azienda sanitaria territoriale (AST) di Ancona e con tutte le istituzioni per portare avanti politiche efficaci di prevenzione e tutela all'infanzia e all'adolescenza. Nel testo si troverà indifferentemente sia il termine Ambito territoriale sociale (ATS) di Jesi e sia Azienda pubblica servizi alla persona (ASP) Ambito 9 di Jesi che indicano lo stesso soggetto giuridico e lo stesso territorio di riferimento.

METODOLOGIA DELLA RICERCA

L'indagine sul maltrattamento dei minori è stata effettuata sulla base dei dati del 2020 forniti dalle Assistenti Sociali che lavorano nei 21 Comuni dell'Ambito Territoriale Sociale 9 di Jesi e che si occupano delle varie problematiche sociali familiari, non solo di "tutela minori". Pertanto il dato dei minori in carico al 31 dicembre 2020 comprende tutte le situazioni che vedono coinvolti minori, non solo vittime di maltrattamento, ma anche minori disabili e minori appartenenti a famiglie con disagio socio-economico e minori autori di reato in carico all'Ufficio Servizi Sociali Minorili del Tribunale Minorile di Ancona (USSM).

Le Assistenti Sociali, informate sulla finalità dell'indagine, sono state dotate di una griglia per la raccolta dei dati utili ed oggetto di indagine.

Si è deciso di utilizzare la terminologia presente nel dossier *II^a indagine nazionale sul mal-*

trattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia- risultati e prospettive, ad opera dell'Autorità Garante per l'infanzia e l'adolescenza, il Cismai e Terre des Hommes, che classifica il maltrattamento¹ in:

1. maltrattamento fisico;
2. maltrattamento psicologico;
3. abuso sessuale;
4. trascuratezza/patologia delle cure (incuria, discuria, ipercura e trascuratezza);
5. violenza assistita.

Di seguito presentiamo le definizioni articolate per ogni elemento.

1. Maltrattamento fisico. Presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni fisiche, maltrattamenti, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica e alla vita.

2. Maltrattamento psicologico. Relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitive-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

3. Abuso sessuale. Coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante; lo sfruttamento sessuale di un bambino o di un adolescente; la prostituzione infantile; le diverse forme di pedo-pornografia.

4. Patologia/trascuratezza delle cure. Somministrazione di cure inadeguate ai bisogni fisici e/o psichici del bambino, e soprattutto alla sua età e al suo sviluppo (discuria, in caso di cure distorte; ipercura, in caso di cure eccessive). Comprende:

- Incuria/trascuratezza grave: si intende qualsiasi atto omissivo prodotto da una grave incapacità del genitore nel provvedere ai bisogni del figlio, che comporta un rischio imminente e grave per il bambino, quale abbandono, rifiuto, grave compromissione dello sviluppo fisico, cognitivo, emotivo o altre forme di abuso e violenza, fino al decesso.
- Discuria: si realizza quando le cure vengono fornite in modo distorto, non appropriato o congruo al momento evolutivo, tali da indurre un anacronismo delle cure, l'imposizione di ritmi di acquisizione precoci, aspettative irrazionali, eccessiva iperprotettività.
- Ipercure: si realizza quando le cure fisiche sono caratterizzate da una persistente ed

Note

1 L'abuso o maltrattamento all'infanzia è costituito da tutte le forme di maltrattamento fisico e/o psicologico, abuso sessuale, trascuratezza o trattamento trascurante o sfruttamento commerciale o di altro tipo, che ha come conseguenza un danno reale o potenziale alla salute del bambino, alla sua sopravvivenza, sviluppo o dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, fiducia o potere (WHO, 2002).

2 Il "Medical Shopping per procura" è una condizione nella quale uno o entrambi i genitori, molto preoccupati per lo stato di salute del bambino a causa di segni/sintomi modesti, lo sottopongono a inutili ed eccessivi consulti medici.

Il "Chemical Abuse" è una condizione nella quale al bambino vengono somministrate dai genitori, di propria iniziativa, sostanze o farmaci che possono essere dannosi.

La "Sindrome di Münchhausen per procura (MPS)" è una condizione nella quale un genitore, generalmente la madre, attribuisce al figlio malattie inesistenti, frutto di una convinzione distorta circa la propria salute, poi trasferita sul bambino, che tende successivamente a cedere con questo atteggiamento simulando i sintomi di malattie.

3 I dati relativi all'età dell'ATS di Jesi sono stati desunti da 599 casi su un totale di 889.

eccessiva medicalizzazione da parte di un genitore, generalmente la madre. Si distinguono le seguenti forme: il *Medical Shopping* per procura, il *Chemical Abuse* e la *Sindrome di Münchhausen per procura*.²

5. Violenza assistita. Per violenza assistita intra-familiare si intende l'esperire da parte del minore qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori (cosiddetto *stalking*) su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni. Di particolare gravità è la condizione degli orfani denominati speciali, vittime di violenza assistita da omicidio, omicidi plurimi, omicidio-suicidio. Il minore può farne esperienza direttamente (quando la violenza/omicidio avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando è o viene a conoscenza della violenza/omicidio), e/o percependone gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. La violenza assistita include l'assistere a violenze di minorenni su altri minorenni e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni degli animali domestici e da allevamento (Autorità Garante per l'Infanzia, 2021).

I RISULTATI DELL'INDAGINE

I minori in carico ai servizi sociali

L'ASP Ambito 9 nell'anno 2020 contava 10.395 minori residenti. Di questi, 889 minori (485 minori di sesso maschile e 404 di sesso femminile) sono risultati in carico al Servizio Sociale Professionale Territoriale, pari all'8,5% dell'intera popolazione minorile (tavola 1).

Il primo dato che emerge è che i minori in carico ai servizi sociali dell'ATS di Jesi sono in numero doppio rispetto al dato nazionale. Allo stato attuale l'ipotesi più probabile è relativa a possibili differenti modalità di rilevazione dei dati nei singoli territori e/o ad una grande accuratezza nel computo dei casi in carico all'ASP Ambito 9.

I minori in carico ai servizi, nel territorio dell'Ambito sociale di Jesi, per il 19% sono collocati nella fascia di età 0-5 anni, per il 37% nella fascia 6-10 anni e per il 44% nella fascia di età 11-17 (tavola 2).³

Il dato relativo alla preponderanza dei casi in carico nella fascia 11-17 anni appare quantitativamente il più significativo anche se è più basso rispetto al dato nazionale che evidenzia una media del 54% sul totale. Tale dato è stato interpretato dall'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, nella sua indagine nazionale sul maltrattamento, come difficoltà di intercettazione delle fragilità nelle fasce di età dei più piccoli e pertanto con il tardivo intervento di servizi.

I minori maltrattati

Di questi 889 minori in carico all'ASP Ambito 9, i minori che risultavano vittime di una o più delle forme di maltrattamento precedentemente illustrate erano 230 (tavola 3). Rispetto ai minori presi in carico, quelli che sono stati sottoposti a maltrattamenti nei 21 comuni dell'ATS di Jesi è

TAVOLA 1 Minori in carico ai servizi sociali dell'ASP Ambito 9 di Jesi (2020)

	Popolazione minorile	Minori in carico	Prevalenza dei minori in carico
Italia*	9.011.548	401.766	4,5%
Centro Italia*	1.427.247	57.472	4,0%
Comuni dell'Ambito sociale 9	10.395	889	8,5%

Note: * I dati nazionali si riferiscono al 2018 (Garante per l'infanzia, 2021).

del 25,9% ed è più alto sia del dato nazionale, che si attesta al 19,3%, sia al dato del centro Italia, che è pari al 22,6%.

Ma il dato che più colpisce che è anche il più importante perché permette una effettiva comparazione dei dati locali con quelli nazionali è il rapporto fra minori maltrattati e minori residenti. In questo caso i minori maltrattati a livello nazionale costituiscono lo 0,9% di tutti i minori residenti mentre quelli registrati nel territorio dell'Ambito sociale di Jesi è di 230 casi, pari al 2,2% di tutti i minori residenti.

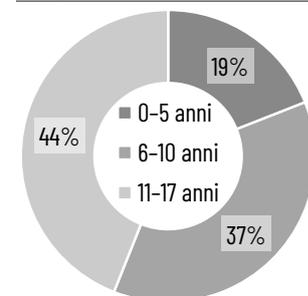
Si tratta di oltre il doppio di quelli medi registrati in Italia. Anche in questo caso non è facile comprendere le cause di tali grandi differenze che meritano comunque ulteriori approfondimenti. Al momento attuale, l'ipotesi più probabile è relativa alla grande accuratezza posta dagli operatori dell'ASP Ambito 9 nella rilevazione dei dati che ha permesso di inserire anche i dati dei casi seguiti dai servizi sanitari (consultorio, ecc.) e i casi di maltrattamento psicologico che, di solito, è più difficile rilevare e computare.

Le diverse forme di maltrattamento

La forma di maltrattamento più diffusa tra i minori in carico è quella della violenza assistita che ha coinvolto il 57,0% di bambine/i o ragazze/i ovvero 131 minori; si tratta della maggioranza assoluta dei casi.

La seconda forma di violenza più diffusa è relativa alla patologia delle cure, che ha coinvolto il 20,4% dei minori in carico, ovvero 47 minori. A seguire il maltrattamento fisico con il 12,2%, quello psicologico con l'8,7% e, in ultimo, l'abuso sessuale con l'1,7% (tavola 4).

TAVOLA 2 Minori in carico, ATS di Jesi, per fasce d'età (2020)



Fonte: ASP Ambito 9.

TAVOLA 3 Minori presi in carico per maltrattamento a livello nazionale e dell'Ambito sociale di Jesi (2020)

	Residenti	Presi in carico	Maltrattati	Maltrattati rispetto ai residenti	Maltrattati rispetto ai presi in carico
Italia*	9.011.548	401.766	77.493	0,9%	19,3%
21 comuni dell'Ambito sociale di Jesi	10.395	889	230	2,2%	25,9%

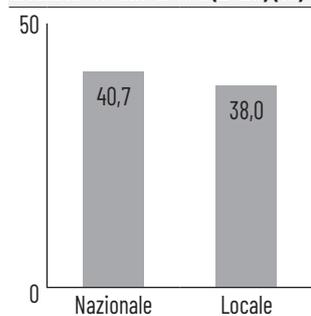
Note: * I dati nazionali si riferiscono al 2018 (Garante per l'infanzia, 2021).

Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia, 2021 e ASP, 2020.

TAVOLA 4 ATS 9 Jesi, minori in carico coinvolti nelle ipotesi di maltrattamento per tipologia (2020) e confronto con livello nazionale (2018)

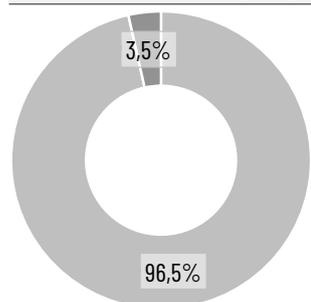
	Minori maltrattati	%	% nazionale
Violenza assistita	131	57,0	32,4
Patologia/Trascuratezza delle cure	47	20,4	40,7
Maltrattamento fisico	28	12,2	9,6
Maltrattamento psicologico	20	8,7	14,1
Abuso sessuale	4	1,7	3,5
Totale	230	100,0	

TAVOLA 5 Quote di maltrattamento multiplo a livello nazionale (2018) e di Ambito sociale di Jesi (2020) (%)



Fonte: CISMAI e ASP Ambito 9.

TAVOLA 6 I soggetti maltrattanti nell'Ambito sociale 9 di Jesi (2020)



■ Famigliare ■ Non famigliare

Fonte: ASP Ambito 9.

Dalla ricerca effettuata dall'Autorità Garante, a livello nazionale, la tipologia di maltrattamento più diffusa è invece la patologia/trascuratezza delle cure di cui è vittima il 40,7% dei minori maltrattati, mentre a livello dell'ATS di Jesi prevale la tipologia della violenza assistita, con il 57%. Una situazione locale, pertanto, più preoccupante di quella media nazionale. La seconda forma di maltrattamento a livello nazionale è la violenza assistita con il 32,4%, mentre a livello di ATS di Jesi troviamo la patologia/trascuratezza delle cure. I dati sono stati comparati nella tavola 4.

Nel 37,8% dei casi (in 87 casi su 230) sono state rilevate forme di maltrattamento multiplo nei confronti dei minori; la percentuale appare in linea con il dato emerso dall'inchiesta nazionale che indica tale quota nel 40,7% (tavola 5).

La violenza assistita

Nel territorio dell'Ambito territoriale sociale di Jesi, la violenza assistita è la tipologia di maltrattamento nei confronti dei minori che ricorre nella maggioranza assoluta dei casi.

Per questo si ritiene di fondamentale importanza fare un approfondimento sulla violenza assistita che è una violenza strettamente correlata alla violenza domestica dove i bambini e i ragazzi sono testimoni, più o meno consapevoli, della violenza agita da uomini padri o compagni contro la propria madre e questo rappresenta una realtà dolorosa sempre più frequente nel nostro Paese, ma ancora purtroppo sottovalutata e minimizzata.

«Sono i figli e le figlie che vivono insieme alle proprie madri la violenza domestica, che sperimentano direttamente la violenza di genere portando nella loro esistenza ferite indelebili, che possono condizionare pesantemente le loro traiettorie esistenziali. Sono vittime di maltrattamento psicologico, difficili da decodificare, ma anche di altre forme di maltrattamento, e provano paura, terrore, impotenza, colpa per non riuscire a proteggere la loro madre, ma anche rabbia e frustrazione, e apprendono, loro malgrado modelli di relazioni violente, di potere e sopraffazione.» (CISMAI, 2017)

Questo maltrattamento psicologico comporta conseguenze a livello emotivo, cognitivo, fisico e relazionale, con il rischio di generare la cosiddetta riproducibilità. Esiste una relazione esplicita tra vittimizzazione vissuta e/o assistita da piccoli e comportamento violento. I figli che assistono alla violenza del padre nei confronti della madre hanno una probabilità maggiore di essere autori

di violenza nei confronti delle proprie compagne e le figlie di esserne vittime.

«L'indagine ISTAT del 2014 sulla violenza contro le donne ha realizzato un *focus* sull'eventuale presenza dei figli in occasione di episodi di violenza subiti dalla madre. Il numero di violenze cui i figli hanno assistito è aumentato nel tempo (65,2% nel 2014 rispetto al 60,3% del 2006).» (CISMAI, 2017)

I soggetti maltrattanti

Nella ricerca effettuata nel territorio dell'ASP Ambito 9 emerge che il maltrattante è un familiare, nel 96,5% dei casi, ovvero in 222 casi su 230 (tavola 6). I dati sono in linea con quelli rilevati a livello nazionale pari al 91,4%.

Il dato relativo al fatto che quasi sempre l'autore del maltrattamento è un membro della famiglia ed il fatto che anche l'origine della segnalazione spesso abbia origine in famiglia è stato giustificato ed interpretato dagli autori dell'inchiesta nazionale con l'aumento, negli anni, delle donne vittime di maltrattamento che hanno denunciato i maltrattamenti in famiglia, e di cui i figli sarebbero anche spettatori. Questo spiegherebbe anche il dato così rilevante della violenza assistita come prima forma di maltrattamento presente tra le varie forme di maltrattamento evidenziate.

Chi fa la segnalazione

Rispetto ai 230 minori vittime di maltrattamento nel territorio dell'ASP Ambito 9, la segnalazione che ha dato origine alla presa in carico è derivata in maniera preponderante dall'Autorità giudiziaria che ha rappresentato il 57% del totale delle segnalazioni. La stessa risulta essere stata attivata a seguito degli interventi delle Forze dell'Ordine e da altre fonti per lo più liberi cittadini. Anche a livello nazionale il motivo principale di apertura del fascicolo giudiziario appare essere la segnalazione da parte dell'Autorità Giudiziaria seppur con una percentuale più bassa ovvero nel 42,6% dei casi.

Nel territorio dell'Ambito sociale di Jesi i pediatri e il personale sanitario/ospedaliero appaiono maggiormente coinvolti nella rilevazione del maltrattamento, per il 14,8% dei casi segnalati rispetto al 5,6% della media nazionale. Al contrario la scuola, la famiglia e le altre strutture extrascolastiche, presenti nel territorio dell'ASP Ambito 9, appaiono meno sensibili alla rilevazione del fenomeno (10%) rispetto alla media nazionale si attesta intorno al 16,1% (tavola 7).

CONSIDERAZIONI FINALI

La ricerca nasce dall'esigenza di conoscere e monitorare il fenomeno locale del maltrattamento sui minori in carico ai Servizi Sociali Professionali dell'ATS 9 per poter meglio orientare le politiche di prevenzione, protezione e cura dei minorenni maltrattati.

Il dato che emerge, per molti versi inatteso, è che il 2,2% dei minori del territorio dell'Ambito territoriale sociale di Jesi è sottoposto ad

TAVOLA 7 Origine della segnalazione del maltrattamento a livello nazionale e locale (%)

	Territorio nazionale	ASP Ambito 9
Autorità Giudiziaria	42,6	57,0
Famiglia	17,9	11,7
Fonti diverse (vicini di casa, allenatori ecc.)	17,8	6,5
Scuola	16,1	10,0
Pediatra	1,4	7,8
Ospedale	4,2	7,0

Fonte: Autorità Garante per l'Infanzia, 2021 e ASP.

una qualche forma di maltrattamento. Si tratta di un dato molto più elevato della media nazionale dello 0,9% ma occorre precisare che il dato dell'ATS di Jesi beneficia di una raccolta dei dati svolta con molta accuratezza e di una capillare presenza dei servizi ed in particolare di quelli sociali nel territorio. La dimensione del fenomeno da un lato valorizza la comunità nel suo complesso che attraverso le sue diverse articolazioni è riuscita a far emergere un numero di casi di maltrattamento di minori molto significativo su cui intervenire tempestivamente e dall'altro lato richiede un rinnovato impegno di prevenzione, vigilanza, protezione e assistenza dei minori da parte dei servizi con particolare riferimento a quelli sociali e sanitari.

Approfondendo invece il rapporto tra vittime e tipologie di maltrattamento emerge che la forma di maltrattamento più diffusa tra i minori in carico all'ASP Ambito 9 di Jesi è quella della violenza assistita che riguarda il 57% dei minori. La violenza assistita sui minori è strettamente correlata alla violenza intra-familiare (96,5%) agita da un compagno per lo più anche padre ai danni della donna, madre del minore. È possibile dedurre dall'analisi dei dati che l'aumento delle campagne di sensibilizzazione contro la violenza di genere e il lavoro capillare e prezioso delle diverse istituzioni che operano in rete con il privato sociale abbiano facilitato l'emergere del fenomeno. Per contro manca la consapevolezza della gravità della conflittualità violenta fra i partner agita alla presenza dei figli procurando a questi ultimi disturbi psico-fisici derivati da esperienze traumatiche irrisolte e a situazioni di stress prolungato.

In conclusione, è possibile affermare che l'esito della ricerca avvalorava l'importanza di strutturare una risposta sistemica al fenomeno del maltrattamento dei minori che sia multisettoriale e coordinata che si sviluppi sulle seguenti tre principali linee di intervento:

- sistemi informativi adeguati per un'azione efficace;
- prevenzione del maltrattamento sui minori;
- servizi di assistenza per le vittime e le famiglie, compresa la protezione del minore.

La ricerca sul maltrattamento dei minori dell'ASP Ambito 9 di Jesi ha evidenziato che non c'è consapevolezza della dimensione del fenomeno. Pertanto, per accrescere la comprensione del maltrattamento sui minori e degli interventi sul fenomeno, i sistemi informativi dovrebbero comprendere la sorveglianza epidemiologica dei casi registrati, generando così informazioni provenienti dalle strutture sanitarie e dalle strutture sociali. I sistemi di sorveglianza epidemiologica dovrebbero essere supportati da ricerche basate sulla popolazione per cogliere:

- la prevalenza del maltrattamento sui minori;
- l'associazione tra un maltrattamento subito e un comportamento ad alto rischio;
- l'associazione tra un maltrattamento subito, un comportamento ad alto rischio e lo stato di salute attuale.



Silvia Tomassoni

Laurea in Servizio sociale, mediatrice familiare. Lavora come Responsabile di Unità operativa complessa Minori e Famiglia presso l'Azienda pubblica servizi alla persona (ASP) "Ambito 9" di Jesi (AN).



Franco Pesaresi

Direttore generale dell'Azienda pubblica servizi alla persona (ASP) "Ambito 9" di Jesi (AN), che gestisce i servizi sociali per i 21 comuni dell'Ambito territoriale sociale. Membro del Network Non Autosufficienza NNA. Autore e curatore di diversi volumi sulla spesa sociale e sulle politiche sociali e socio-sanitarie.

Una strategia onnicomprensiva per la prevenzione del maltrattamento sui minori include interventi a tutti i livelli del modello ecologico, per intervenire su una serie di fattori di rischio, dalle norme culturali che contribuiscono al maltrattamento sui minori alle gravidanze involontarie.

Le strategie di prevenzione con maggiore evidenza di efficacia sono rappresentate dal supporto per la famiglia attraverso le visite domiciliari e programmi di formazione per i genitori. Si fornisce in questo modo un buon punto di partenza per prevenire il maltrattamento sui minori. I programmi di prevenzione dovrebbero porre come priorità il lavoro con sottogruppi di popolazione a più alto rischio di maltrattamento. Questo assicurerà che le risorse scarse siano sufficientemente concentrate a sostenere attività di prevenzione ai livelli richiesti per il tempo necessario a valutare gli outcome della prevenzione (WHO, 2006). Ciò ridurrebbe, da un lato l'esposizione dei minori al maltrattamento, riducendone i danni psico-fisici relativi al trauma e, dall'altro un risparmio in termini economici del sistema di protezione complessivo.

Tutto questo richiede un'adeguata organizzazione dei servizi sociali e consultoriali per far fronte alle crescenti responsabilità di tipo preventivo e assistenziale necessari per la tutela dei minori. I servizi per l'assistenza ed il supporto dei minori maltrattati e delle loro famiglie dovrebbero essere rafforzati. Professionisti ben formati che lavorano regolarmente con i minori possono essere di grande sostegno all'individuazione del maltrattamento sui minori. I protocolli dei servizi aiuteranno a standardizzare l'assistenza e ad accrescerne la qualità. Dovrebbero essere sviluppati standard per l'assistenza sanitaria per minori maltrattati e i servizi di protezione del minore anche a livello di istituzioni pubbliche e fatti conoscere in modo adeguato agli operatori (WHO, 2006).

L'ASP Ambito 9 in tal senso sta sperimentando azioni preventive di riduzione dei rischi di maltrattamento attraverso la formazione degli operatori sociali e socio-sanitari, utile a una tempestiva individuazione del rischio e attraverso il sostegno delle famiglie vulnerabili che, a partire dal periodo perinatale, necessitano di potenziare le proprie competenze genitoriali con l'utilizzo di strumenti operativi, tra i quali l'Home Visiting.⁴

Bibliografia

- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza, CISMAI, Fondazione Terre des Hommes, *II^a indagine nazionale sul maltrattamento dei bambini e degli adolescenti in Italia. Risultati e prospettive*, 2021
- CISMAI, *La tutela dei minorenni nelle separazioni gravemente conflittuali*, 2019
- CISMAI, *Linee guida per gli interventi di home visiting nella prevenzione del maltrattamento all'infanzia*, 2017
- CISMAI, *Requisiti minimi degli interventi nei casi di violenza assistita da maltrattamento sulle madri*, 2017
- Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Regione Emilia Romagna, *Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamento/abuso*, 2013
- World Health Organisation, International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, *Preventing Child Maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*, WHO, Geneva, 2006, www.prosp.it/who-ispacn

Note

- 4 L'Home visiting (HV) è una metodologia di intervento per le famiglie realizzata a domicilio e svolta prevalentemente nel periodo perinatale o prescolastico, con metodologie e regole ben precise. Mira a sostenere la genitorialità nella costruzione della relazione di cura e nell'organizzazione della vita familiare oltre che per prevenire il maltrattamento ai minori e altre forme di disagio così come indicato dall'OMS.

GIUSTIZIA AMBIENTALE E DISUGUAGLIANZE DI SALUTE

La medicina personalizzata come risposta al bisogno di salute in una “Zona di sacrificio”.

IL CASO DI UNA CITTÀ “SACRIFICATA”

Secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità, i determinanti della salute sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e di una comunità. Possono essere vari: dai fattori di tipo socio-economico a quelli biologici, dallo stile di vita alle possibilità di accesso alle prestazioni sanitarie (WHO, 2010).

Sempre l'OMS definisce come svantaggiati/marginalizzati/vulnerabili quei gruppi di persone che, a causa di fattori generalmente considerati al di fuori del loro controllo, non hanno le stesse opportunità di altri gruppi più fortunati della società.

Taranto e la popolazione tarantina rientrano perfettamente in questa definizione. La popolazione tarantina vive una “disuguaglianza di salute” che, di fatto, non è addebitabile a fattori biologici ma è chiaramente riconducibile ai determinanti sociali e ambientali (ISS, s.d.).

Per comprendere al meglio le disuguaglianze di salute sul territorio tarantino occorre fornire due importanti definizioni: quella di *Environmental Justice* e quella di “Zona di Sacrificio”.

Il concetto di *Environmental Justice* è nato nel contesto statunitense negli anni Ottanta del secolo scorso, come frutto di movimenti di protesta da parte delle comunità di afroamericani per l'iniqua localizzazione di discariche e complessi industriali nelle aree da loro abitate (Bullard, 1990). Il tema dell'*Environmental Justice* è di particolare importanza nell'ambito dei siti inquinati, in quanto solitamente le comunità residenti nella loro prossimità presentano fragilità socioeconomiche (Pasetto et al., 2019).

Il Rapporto del Consiglio per i Diritti Umani dell'ONU del 12 gennaio 2022 nel contesto della 49ª sessione su “Promozione e protezione di tutti i diritti umani, civili, politici, economici, sociali e culturali, incluso il diritto allo sviluppo” inserisce l'area di Taranto tra le *zone di sacrificio* presenti nel mondo. L'ONU definisce “zone di sacrificio”, aree estremamente contaminate dove gruppi vulnerabili ed emarginati sopportano un onere sproporzionato in termini di salute, diritti umani e conseguenze ambientali derivanti dall'esposizione all'inquinamento e alle sostanze pericolose (UN Human Rights Council, 2022).

Il Consiglio dei Diritti Umani delle Nazioni Unite inoltre asserisce che:

«L'esistenza delle zone di sacrificio è una macchia sulla coscienza collettiva dell'umanità. Spesso create attraverso la collusione di governi e imprese, queste aree sono l'opposto dello sviluppo sostenibile, danneggiando l'interessi delle generazioni presenti e future; le persone che ci abitano sono sfruttate, traumatizzate e stigmatizzate, sono trattate come usa e getta, le loro voci ignorate, la loro presenza esclusa dai processi decisionali e la loro dignità e i loro diritti umani calpestati. Le zone di sacrificio esistono in Stati ricchi e poveri, nel Nord e nel Sud.»¹

Un esempio pratico del sacrificio degli abitanti dei quartieri posizionati a ridosso della vasta zona industriale è dato dall'istituzione dei cosiddetti *wind days*, con la Delibera della Giunta regionale n. 1474 del 17 luglio 2012, ossia giornate caratterizzate da particolari condizioni meteorologiche (venti intensi con direzione di provenienza compresa tra i settori Ovest e Nord e assenza di precipitazioni) che determinano un impatto negativo sulla qualità dell'aria nel quartiere Tamburi di Taranto, con particolare riferimento al PM10 e al benzo[a]pirene.² In queste giornate l'ASL suggerisce agli abitanti del quartiere di non uscire di casa, non fare attività fisica all'aperto ed aereare i locali solo tra le 12 e le 18, quando le emissioni nocive prodotte dall'acciaieria sono minori.

ALCUNE RICERCHE SUL TERRITORIO E DATI SANITARI

Per valutare lo stato di salute nei siti contaminati e le condizioni socioeconomiche delle popolazioni che vivono in prossimità di quei siti il Ministero della salute, con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità, ha finanziato un programma strategico nazionale chiamato “Ambiente e Salute” che a sua volta nel 2006 ha dato vita a un progetto di ricerca chiamato SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento).

Nel 2012 la Regione Puglia ha inoltre promosso la Legge Regionale n. 21 per introdurre la Valutazione del Danno Sanitario (VDS) nell'ambito delle procedure di Autorizzazione Integrata Ambientale (AIA) nelle aree a elevato rischio di crisi ambientale di Taranto e Brindisi (Consiglio Regione Puglia, Legge 21 del 24 luglio 2012). La VDS è stata realizzata, a partire dal 2013 nell'area

di Taranto, adottando una metodologia di *risk assessment* tossicologico e assumendo le soglie di accettabilità del rischio, mutuata dalla United States Environmental Protection Agency (US EPA, 1989; US EPA, 2009).

Come sopra citato, la Regione Puglia ha finanziato il primo programma straordinario Ambiente e Salute per Taranto per il potenziamento delle attività di monitoraggio ambientale, epidemiologico e sanitario. Il programma, promosso in prima battuta con la Deliberazione di Giunta Regionale 1980/2012, si articolava in una serie di attività progettuali finalizzate a valutare l'associazione tra esposizioni ambientali attraverso tutte le matrici e gli effetti sulla salute umana, implementando specifiche attività di monitoraggio e ricerca e le relative dotazioni strutturali e infrastrutturali (Centro Salute e Ambiente Puglia, CSA Puglia, 2012).

L'insieme delle attività progettuali è confluito nell'ambito del Centro Ambiente Salute dell'ISS, un modello di integrazione funzionale fondato su una serie di iniziative per il monitoraggio e il disegno degli interventi in materia di prevenzione e protezione dell'ambiente e della salute, che vedeva la partecipazione di operatori di ARPA Puglia, dell'Agenzia Strategica Regionale per la Salute e il Sociale (ARESS) e dell'ASL di Taranto.

L'INIQUITÀ NELLA DISTRIBUZIONE FRA LA POPOLAZIONE DEGLI SVANTAGGI SANITARI

Gli studi di coorte residenziale effettuati nelle aree di Taranto e Brindisi, condotti con il coordinamento del Dipartimento di Epidemiologia del SSR della Regione Lazio, hanno avuto come obiettivo la valutazione dell'associazione tra l'esposizione alle emissioni di origine industriale ed effetti sanitari a lungo termine in termini di mortalità, ospedalizzazione e incidenza dei tumori. Per questo motivo i 321.356 residenti nei comuni di Taranto, Statte e Massafra sono stati arruolati in una coorte residenziale nel periodo 1998–2010 e seguiti fino alla fine del 2014.

Per valutare i fattori relativi al contesto sociale della coorte è stato utilizzato un indicatore di stato socioeconomico (SEP, *Socio-economic position*), disponibile a livello di sezione di censimento della residenza di ciascun soggetto. L'indice sintetico considerato è stato costruito a partire dai seguenti indicatori: percentuale di popolazione con istruzione pari o inferiore alla licenza elementare (mancato raggiungimento obbligo scolastico), percentuale di popolazione attiva disoccupata o in cerca di prima occupazione, percentuale di abitazioni occupate in affitto, percentuale di famiglie monogenitoriali con figli dipendenti conviventi e densità abitativa (numero di occupanti per 100 m²). L'indice è categorizzato in cinque classi: basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto (Pasetto, Fabri, 2020, p. 15).

I risultati evidenziavano come il 53% dei soggetti della coorte era classificato con un SEP medio-basso/basso, mentre il 21,4% con SEP alto.

Per studiare la relazione tra le esposizioni di interesse (concentrazioni di PM₁₀ e SO₂) e la mortalità/morbosità causa-specifica degli indi-

vidui della coorte, è stato impiegato un modello di regressione dei rischi proporzionali di Cox (*Hazard Ratio*, HR e Intervallo di Confidenza al 95%, IC_{95%}).³

Dai risultati è emerso che l'esposizione a PM₁₀ e SO₂ di origine industriale è associata a un aumento della mortalità per cause naturali, tumori, malattie cardiovascolari e renali, dell'ospedalizzazione per diverse patologie, dell'incidenza del tumore del polmone, del rene e della mammella nelle donne (*ibidem*).

Contestualmente allo studio IESIT (Indagine Epidemiologica nel Sito Inquinato di Taranto), condotto dall'unità operativa di Statistica ed Epidemiologia dell'ASL di Taranto, i risultati emersi dallo studio di coorte hanno costituito le fondamenta per l'introduzione del Programma di Prevenzione Cardiovascolare e di Salute Respiratoria ideato e condotto dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Taranto nell'ambito del piano di offerta di prestazioni per la prevenzione e l'assistenza delle patologie associate all'inquinamento ambientale a Taranto e Statte.

Questo programma, tuttora in fase di esecuzione, è stato realizzato in sinergia con i Medici di Medicina Generale (MMG) e si pone come obiettivo quello di individuare nuovi soggetti che si trovano in una condizione di ipertensione e iperglicemia o che conducano stili di vita inadeguati, al fine di incentivare la cooperazione a livelli operativi sia territoriali sia ospedalieri (Minerba et al., 2018).

Il programma era inizialmente destinato ai soli cittadini residenti nel comune di Statte e nei quartieri Tamburi, Paolo VI, Borgo-Città Vecchia di Taranto. Nel 2017 viene poi esteso all'intera città di Taranto e al comune di Crispiano e nel 2018 anche al comune di Massafra.

I soggetti da includere nel programma vengono estrapolati dagli elenchi dell'anagrafe sanitaria regionale degli assistiti con l'esclusione di quelli affetti da disabilità, disturbi invalidanti o malattie oncologiche in atto.

Tenendo conto di tutti i risultati emersi delle attività di sorveglianza ambientale, epidemiologica e sanitaria si è sostanzialmente evidenziata una distribuzione più svantaggiosa della ricaduta degli inquinanti di origine industriale e della composizione sociale della popolazione a carico della popolazione che risiede nelle prossimità dello stabilimento siderurgico, determinando un'esposizione più elevata sia a fattori di rischio ambientale che a fattori di rischio associati a stili di vita inadeguati (Pasetto, Fabri, 2020, p. 17).

Per approfondire il tema della misura del rapporto reciproco tra esposizione ambientale e posizione socio-economica, si è impostata una ulteriore strategia di analisi che ha puntato a valutare se la posizione socio-economica sia un determinante dei differenziali di esposizione a SO₂ di origine industriale all'interno della coorte. Inoltre questa analisi prevede di stimare l'effetto indipendente della posizione socio-economica sulla mortalità e valutare l'associazione tra inquinamento di origine industriale e mortalità per strato di posizione socio-economica così da evidenziare se la posizione socio-economica influenza la relazione tra esposizione ed effetto

Note

- 1 Nostra traduzione da UN Human Rights Council, 2022, p. 7.
- 2 www.arpa.puglia.it/pagina2831_wind-days.html
- 3 La regressione di Cox (o modello dei rischi proporzionali) è un particolare tipo di analisi multivariata che tiene conto del tempo. In questo tipo di analisi è possibile "pesare" l'effetto sulla sopravvivenza di una o più variabili considerate simultaneamente. La regressione di Cox è particolarmente utile quando si vuole confrontare l'effetto sulla sopravvivenza di un certo fattore di rischio annullando l'effetto confondente di altri parametri.



Antonio Panico
Professore Associato di Sociologia generale presso la LUMSA.



Alessandro Annicchiarico
Dottore in Scienze politiche, collaboratore del Urban Transition Center di Taranto.

Bibliografia

- ARESS Puglia, *Ambienti di vita ed Health Equity Audit. Equity Audit nei Piani Regionali di Prevenzione in Italia – Puglia*, Progetto CCM, 2014
- Bullard R., *Dumping in dixie: race, class, and environmental quality*, Westview Press, Oxford, 1990
- Cesario A., D’Oria M., Scambia G., *La medicina personalizzata fra ricerca e cura*, Franco Angeli, Milano, 2021
- Guchet X., *La médecine personnalisée. Un essai philosophique*, Les Belles Lettres, 2016
- ISS, *Documento programmatico della struttura di missione temporanea interdipartimentale “Disuguaglianze di Salute”*, Istituto Superiore di Sanità, s.d., www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/pdf/Struttura%20Temporanea_DISUGUAGLIANZE.pdf
- Minerba S, Mincuzzi A, Leogrande S et al. Le mappe della salute a Taranto. Risultati dell’indagine IESIT II. Regione Puglia, ARESS, OER Regione Puglia, ASL Taranto. 2018
- Pasetto R., Fabri A. (a cura di), *Environmental Justice nei siti industriali contaminati: documentare le disuguaglianze e definire gli interventi*, Rapporti ISTISAN 20/21, Istituto Superiore di Sanità, 2020
- Pasetto R., Mattioli B., Marsili D., “Environmental justice in industrially contaminated sites. a review of scientific evidence in the WHO European region”, *Int J Environ Res Public Health*, 2019;16(6)
- UN Human Rights Council, *The right to a clean, healthy and sustainable environment: non-toxic environment*, Forty-ninth session, 2022, www.undocs.org/A/HRC/49/53
- WHO, *Glossary of terms used for Health Impact Assessment (HIA)*, World Health Organization, 2010

(ARESS Puglia, 2014).

Le iniziative realizzate hanno consentito di osservare che le persone con un basso status sociale sono più esposte agli inquinanti di origine industriale e presentano peggiori condizioni di salute, in termini di salute percepita, di mortalità, di morbosità cronica o di disabilità. È stato anche valutato il ruolo indipendente della SEP sugli esiti sanitari e i risultati indicano come il tema del contrasto alle disuguaglianze sociali non possa essere trascurato in fase di gestione del rischio, soprattutto nelle aree ad alta criticità ambientale.

Stimare il carico di malattia attribuibile alle esposizioni ambientali per strato di posizione socio-economica, utilizzando RR (rischio relativo) specifici o di letteratura, consente di disegnare strategie di intervento eque per la prevenzione e la promozione della salute della comunità esposta. D’altro canto, risulta necessario e urgente impostare sistemi di valutazione per verificare se le misure di prevenzione e la promozione della salute messe a punto nelle aree a rischio siano efficaci anche in termini di contrasto alle disuguaglianze misurate (Pasetto, Fabri, 2020, p. 22).

MEDICINA PERSONALIZZATA. E SE L’APPLICASSIMO IN BASE ALLE SPECIFICHE DEL TERRITORIO?

Nel contesto analizzato chi è socialmente più svantaggiato è più esposto ai fattori inquinanti e più difficilmente riuscirà a utilizzare l’ascensore sociale. Non potendosi permettere il trasferimento in un’altra città o in un altro contesto in cui migliorare le proprie conoscenze, probabilmente continuerà a vivere nelle zone disagiate, interromperà gli studi e così i suoi figli nasceranno in una situazione di svantaggio; potrebbe altresì veder nascere dei bambini malati e non avere le possibilità di offrire le cure idonee. Si tratta di un circolo vizioso che si alimenta e prosegue di generazione in generazione.

Occorre intervenire con meccanismi di prevenzione e promozione della salute con la personalizzazione dei servizi e delle cure in base alle problematiche che questa popolazione riscontra.

Discutere di medicina personalizzata significa anche riflettere su nuovi modelli diagnostici e riaffermare il carattere umano della medicina: dall’importanza del rapporto medico-paziente all’enfasi sull’essere umano non come mera entità biologica ma in quanto persona dotata di una propria storia genetica, sociale e ambientale (Guchet, 2016).

La direzione verso cui tendere è quella della personalizzazione diagnostico-terapeutica in tutte le dimensioni dell’essere umano (biologiche, psicologiche, culturali, sociali, spirituali). Per poter rispondere in modo appropriato alle esigenze di cura integrale della persona, considerata sempre nella sua dimensione sociale e non solo individuale, occorre promuovere una medicina che, oltre alle alte competenze scientifiche di ciascun operatore, possa avvalersi di una rete ben strutturata capace di far confluire attorno alle esigenze del paziente i processi di diagnosi, di ricerca e di cura in un’ottica interdisciplinare e anche transdisciplinare. Ciò esige un ripensamento del modello organizzativo del sistema sanitario e dei percorsi di cura (Cesario et al., 2021, p. 10).

La medicina personalizzata è un modello medico che si caratterizza per la sua forte vocazione nell’individuare terapie mirate e calibrate sulle specifiche caratteristiche di ciascun paziente. In linea generale, la letteratura scientifica è propensa a identificare il modello di medicina personalizzata nella medicina genomica, ma un essere umano non è semplicemente un aggregato di informazioni genomiche ma è un organismo in costante relazione e co-evoluzione con il suo ambiente, perciò la transizione da uno stato di salute a uno di malattia è influenzata anche da altri fattori non evidenziabili dallo studio del genoma (*idem*, p. 11).

In conclusione, non possiamo non considerare che i costi della medicina personalizzata attualmente sono elevati. Ad ogni modo ci pare corretto evidenziare che un approccio personalizzato dovrebbe ridurre i costi complessivi dei trattamenti perché consentirebbe di selezionare in modo informato un farmaco che risulta più efficace proprio in un dato sottogruppo di pazienti. Anche gli studi clinici dovrebbero essere in grado di dimostrare più facilmente l’efficacia di nuovi farmaci perché condotti, almeno in teoria, sui sottogruppi di pazienti più sensibili al trattamento. Inoltre, bisogna considerare che la medicina personalizzata applicata alla salute pubblica potrebbe portare a un risparmio economico dal momento che permetterebbe di stratificare la popolazione per individuare chi beneficia maggiormente di un dato trattamento e farebbe diminuire il numero di pazienti trattati senza che ce ne sia utilità.

Le potenzialità e i vantaggi derivanti dalla medicina personalizzata sono molteplici. Chiamamente siamo ancora in una fase iniziale ma investire in questo tipo di medicina apre scenari importanti che non possono essere ignorati.

Nel caso di una porzione di popolazione che vive in una situazione di marginalizzazione, di emergenza sanitaria e disastro ambientale come quella di Taranto, è necessario ripensare il sistema sanitario locale aprendosi alla novità rappresentata dalla medicina personalizzata. Prendere in considerazione le varie dimensioni dell’essere umano da quella biologica a quella culturale e sociale darebbe finalmente più dignità a una popolazione sofferente e servirebbe ad aprire prospettive nuove capaci di ridimensionare le disuguaglianze di salute da cui è afflitta. **L’**

BUDGET DI PROGETTO E QUALITÀ DELLA VITA

La sperimentazione nell'ambito di Rho

L'esperienza che intendiamo proporre si sta sviluppando nell'ambito della disabilità per iniziativa dell'Azienda Speciale Consortile Sercop, che per conto dei Comuni del territorio di Rho gestisce servizi socio-assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.

All'interno di Sercop opera l'Unità Multidimensionale d'Ambito (UMA), composta da assistenti sociali e una psicologa, integrata da un'educatrice di ASST Rhodense e che ha come mandato la valutazione delle persone con disabilità, l'orientamento verso i servizi territoriali e più in generale è un riferimento e un supporto alle famiglie, agli operatori e alle persone stesse rispetto al progetto di vita.

Il Piano Sociale di Zona per la triennalità 2018-2020 (p. 152) ha previsto tra le azioni a favore delle persone con disabilità la possibilità di "avviare un percorso di approfondimento per la futura applicazione del budget di cura", attivando in prima battuta un percorso formativo che introducesse questo strumento nel nostro territorio "per favorire l'applicazione della vita indipendente" e "l'inclusione nella comunità delle persone con disabilità".

Per questo motivo, nel 2019 si è costituito il gruppo Pro.Di.Ca (Prospettive di Cambiamento per la Disabilità), formato dalla responsabile dell'Area Disabilità di Sercop, le assistenti sociali dell'UMA, un assistente sociale in rappresentanza dei Comuni dell'ambito, tre rappresentanti degli enti gestori e un rappresentante di una fondazione di famiglie di persone con disabilità.

Il tavolo è stato un luogo di confronto costruttivo e ha toccato diversi temi, come la valutazione delle situazioni, l'organizzazione dei servizi e la loro sostenibilità, la vita indipendente e altro ancora. La discussione si è orientata su come avviare una sperimentazione del Budget di Progetto nel nostro territorio. Nel confronto è emersa la centralità del Progetto di Vita delle persone, come conseguenza della valutazione multidimensionale e come punto di partenza per costruire il Budget di Progetto, in una serie di azioni che sono circolari (tavola 1).

IL PROGETTO DI VITA

L'art. 14 della legge 328/00 è dedicato al Progetto di Vita, da predisporre da parte dei Comuni d'intesa con le Aziende Sanitarie Locali, "per realizzare la piena integrazione delle persone disabili" e dove "sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare".

«Il "Progetto di vita" è un insieme di proposizioni che ispirano il lavoro in relazione alla persona, con riferimento ai domini di Qualità della Vita. Il progetto comprende tutto ciò che ci si propone di compiere per il raggiungimento di tali finalità e obiettivi generali tramite un insieme articolato di programmi tra loro sinergici e organizzati per aree. Il progetto pertanto deve essere inteso come l'insieme organizzato delle risposte e degli interventi che accompagnano la persona nei suoi cicli di vita seguendone la modificazione dei bisogni nelle differenti fasce d'età, in relazione agli ecosistemi in cui è inserito, con l'obiettivo di garantirgli la più alta qualità di vita possibile.» (Linee guida AIRIM)

Il Programma Biennale d'azione sulla disabilità (2017) prevede la piena attuazione del progetto di vita "quale diritto soggettivo, identificandolo come strumento per l'esercizio del diritto alla vita indipendente e all'inclusione nella comunità per tutte le persone con disabilità" (www.anffas.net).

LA VALUTAZIONE: L'APPROCCIO BASATO SULLA QUALITÀ DELLA VITA

Elemento fondamentale per avviare il progetto individuale è la valutazione multidimensionale della persona con disabilità attuata dall'UMA. L'équipe riceve le segnalazioni dagli assistenti sociali dei Comuni, incontra la persona e la famiglia, raccogliendo documentazione e ricostruendo la storia; in questi colloqui, attraverso la somministrazione di test, viene inoltre rilevato il funzionamento cognitivo, ove necessario.

Il confronto all'interno di Pro.Di.Ca. ha portato a considerare come rilevante l'approccio basato sulla Qualità della Vita, sfruttando l'esperienza dell'associazione di familiari presente al tavolo, che da tempo si serve di operatori esperti nell'utilizzo di questa metodologia.

Secondo Verdugo e Schalock (2009), la Qualità della vita è "Un fenomeno multidimensionale composto da domini centrali influenzati da caratteristiche personali e fattori ambientali. Questi domini centrali sono gli stessi per tutte le persone, anche se possono differenziarsi individualmente per valore ed importanza". E ancora "essa è determinata dalle condizioni di vita, dalla soddisfazione che si prova o meno per queste, e dai valori, dalle aspettative e aspirazioni della persona - tutti fattori che gli studi considerano oggettivamente misurabili - compresa la possi-

TAVOLA 1



TAVOLA 2	
Fattori	Domini
Indipendenza	Sviluppo personale
	Autodeterminazione
Partecipazione	Relazioni interpersonali
	Inclusione sociale
	Diritti
Benessere	Benessere emozionale
	Benessere fisico
	Benessere materiale
	Benessere spirituale

bilità che si ha, o meno, di cambiare la propria condizione e quindi la propria vita” (*id.*).

I domini secondo i quali la Qualità della Vita di una persona può essere misurata sono presentati nella tavola 2.

Il mezzo attraverso il quale far emergere le aspettative e i bisogni individuali è un'intervista, eseguita da personale opportunamente formato e che avviene con la persona stessa o, se quest'ultima non è in grado di comunicare compiutamente, con un familiare, un operatore o l'amministratore di sostegno.

La misurazione di questi domini svolta in momenti diversi può informarci sul grado di benessere della persona e valutare l'impatto che i differenti interventi attivati hanno su questa.

Schalock e Verdugo (2006) pongono l'accento sulla persona ma anche sull'ambiente e sulle relazioni che intercorrono tra la persona stessa con familiari, operatori, amici, e ogni altra figura rilevante.

Integrare la valutazione psicosociale con l'approccio basato sulla Qualità della Vita è importante per comprendere quali sono le aree di benessere o invece di insoddisfazione della persona, aspetti dai quali partire per costruire insieme un progetto di vita che, in un accomodamento ragionevole, incrementi le aree di soddisfazione.

PERCHÉ IL BUDGET DI PROGETTO

Valutazione multidimensionale, Qualità della Vita e Progetto di Vita sono sostenuti dal Budget di Progetto, termine che abbiamo scelto di utilizzare, rispetto a Budget di Cura o Budget di Salute.

Una definizione lo intende come lo “strumento organizzativo-gestionale per la realizzazione di progetti di vita personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso l'attivazione di interventi socio-sanitari integrati. Oltre alle risorse economiche, rientrano quelle professionali e umane che, integrandosi, mirano a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale delle persone con disabilità” (Righetti A., 2013)

La proposta di legge n. 1752 della scorsa legislatura “Introduzione sperimentale del metodo del budget di salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati” si riferisce al budget di salute come “strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale”.¹

Nella legge delega 227/2021 non viene citato espressamente il budget di salute o di progetto, ma è previsto che il progetto di vita venga sostenuto “indicando gli strumenti, le risorse, i servizi, le misure, gli accomodamenti ragionevoli che devono essere adottati per la realizzazione del progetto e che sono necessari a compensare le limitazioni alle attività e a favorire la partecipazione della persona con disabilità nei diversi ambiti della vita e nei diversi contesti di riferi-

mento, compresi quelli lavorativi e scolastici nonché quelli culturali e sportivi, e in ogni altro contesto di inclusione sociale”.

Abbiamo rilevato la necessità di ripensare la strutturazione degli interventi, ora organizzati in servizi diurni o residenziali in modo non sempre personalizzato a cui si aggiunge la maggior consapevolezza delle persone e dei propri familiari di decidere della propria vita e di autodeterminarsi (Starace, 2021).

Anche attraverso il Budget di Progetto, “si punta infatti a restituire al soggetto fragile il potere contrattuale per produrre i propri servizi, quelli di cui ha più bisogno per sviluppare le proprie capacità. Il dispositivo contrattuale vuole vincolare alla reciproca responsabilità tutti i contraenti: la piena integrazione dei servizi sociali e sanitari (pubblici e privati) è assunta come condizione per l'integrazione dei soggetti deboli nei contesti sociali” (Monteleone, 2015).

Scegliere il Budget di Progetto significa privilegiare un metodo di lavoro per le opportunità che offre alla relazione con le persone e alla costruzione di nuovi legami con il territorio, richiama all'integrazione socio-sanitaria e al lavoro di comunità (Cicoletti, 2016), conduce a ripensare alla logica dei servizi come unità di offerta accreditate e standardizzate, elementi che spesso rischiano di ingessare l'operatività e di creare aree di frustrazione in chi (persone, famiglie, operatori) spinge per il riconoscimento dell'unicità della persona come portatrice di bisogni, interessi, aspirazioni.

La direzione è rivedere la logica prestazionale e coinvolgere maggiormente il territorio per condividere la responsabilità di progettare e di controllare insieme (Moioli, 2022).

Il Budget di Progetto ha visto in questi anni diverse sperimentazioni in varie regioni d'Italia (Friuli Venezia Giulia, Campania, Lazio). In Lombardia è stato utilizzato nell'ambito di Lecco² e viene sperimentato anche nell'ambito di Cinisello Balsamo, grazie al Progetto L-Inc, sostenuto dalla Fondazione Cariplo all'interno del programma Welfare in Azione. Il progetto “L-inc è un grande laboratorio per l'inclusione sociale che intende sperimentare il Budget di Salute come metodologia e strumento di intervento sociale in favore della migliore qualità della vita delle persone con disabilità” (www.laboratoriolinc.it). G. Merlo (2020) riporta come la sfida del “Budget di salute per la vita indipendente di tutte le persone con disabilità può essere intrapresa e vinta. Una scommessa che [...] supera la classica divisione tra assistenza indiretta e frequentazione dei servizi per concentrarsi dallo strumento (servizio, contributo, progetto, ...) al suo utilizzo e orientamento. L-inc vince perché attiva tutte le risorse disponibili per quello che sono e che possono dare e cerca di metterle a disposizione, al servizio, della persona con disabilità, delle sue esigenze, delle sue preferenze, dei suoi desideri, dei suoi sogni”.

La legge n. 25 del 6/12/2022 della Regione Lombardia (“Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità”) recepisce il Budget di

Progetto (art. 7) e lo definisce “parte integrante” del progetto di vita e in esso “sono individuate le risorse necessarie per dare attuazione al progetto individuale, tenuto conto delle concrete necessità dell’interessato”, risorse che la legge individua come pubbliche e private, comprese quelle eventualmente messe a disposizione dalla persona e dalla sua famiglia.

Nel valutare il nostro lavoro e il funzionamento della rete territoriale, dopo aver riconosciuto la bontà del lavoro svolto e la solidità del sistema avviato, abbiamo individuato alcuni punti critici:

- il coinvolgimento della persona con disabilità, nelle scelte che la riguardano, deve essere incrementato, così come quello delle famiglie;
- i riferimenti alla Qualità della Vita della persona sono ancora limitati;
- il progetto di vita si traduce, spesso, in un elenco di luoghi in cui essere “integrati”, sovrapponendosi ad un mero consiglio orientativo;
- l’integrazione col territorio, sebbene apprezzabile rispetto al passato, è ancora insufficiente.

Senza avere l’illusione che la sequenza illustrata sia la risposta efficace per ogni situazione, il proposito è di tendere ad un progressivo e crescente coinvolgimento delle persone e delle famiglie, ad integrare le competenze professionali, le risorse pubbliche e private e le energie che il territorio esprime.

IL PERCORSO FORMATIVO CON GLI OPERATORI

La prima esigenza che abbiamo avvertito è stata di costruire coi colleghi dei servizi pubblici e privati del territorio un percorso formativo per condividere la metodologia inerente la Qualità della Vita.

Nei primi mesi del 2021 sono state così avviate due edizioni del corso (da remoto), dove abbiamo inviato gli assistenti sociali dei Comuni e i coordinatori dei servizi diurni e residenziali, oltre che operatori di servizi come il Nucleo per gli Inserimenti Lavorativi (NIL) o della psichiatria.

Nel primo dei tre incontri, abbiamo proposto l’approccio basato sulla Cura Centrata sulla Famiglia (*Family Centered Care*, FCC), secondo cui la presa in carico della persona con disabilità debba prevedere come interlocutori tutti i membri della famiglia in cui la persona vive (Dondi, 2008).

Nel rispetto dell’autodeterminazione delle persone, della loro capacità di scegliere e nel tendere a consolidare e valorizzare queste capacità (*empowerment*) la FCC considera la famiglia come un interlocutore alla pari, dove gli interventi sono concordati e basati sui bisogni della persona e della famiglia stessa.

La FCC ritiene che le famiglie debbano essere coinvolte nelle scelte che riguardano la persona con disabilità e che ogni famiglia sia unica e i bisogni di tutti i componenti debbano essere tenuti in considerazione (*id.*).

Il secondo incontro ha trattato il tema della valutazione delle persone con disabilità, e di come il rispetto delle rigide norme di standard e

accreditamenti, abbia in sé il rischio di trascurare o sottovalutare i bisogni e le aspirazioni delle persone, pur all’interno di una offerta di buona qualità professionale. La logica del Budget di Progetto si contrappone a quella dell’accreditamento: le persone vengono considerate per i bisogni, le aspettative e i desideri che portano, non per il grado di gravità; le prestazioni erogate sono legate al percorso concordato con la persona; inoltre si tende all’integrazione tra sociale e sanitario (Righetti, 2013).

Nella logica attuale esiste “il rischio che il progetto si traduca nel posizionare la persona dentro le pianificazioni professionali” e che “la centralità della persona sia uno slogan, una considerazione vuota. Per evitare questo, occorre avere non solo dei principi etici, ma anche una metodologia intelligente, complessa, veramente orientata ai valori e alle aspettative della persona disabile” (Franchini, 2015).

Quest’ultimo concetto è stato l’oggetto dell’ultima giornata di formazione, dove è stato illustrato in cosa consiste l’approccio basato sulla Qualità della Vita e come questa può essere rilevata attraverso l’intervista.

Abbiamo evidenziato la necessità di mantenere un atteggiamento aperto, collaborativo, flessibile, creativo, disponibile a cambi di prospettive e focalizzato sulle persone.

A tutti i protagonisti è richiesto di cambiare il sistema di riferimento (l’accreditamento, gli standard, le cartelle, le certificazioni, la vigilanza) ed esplorare insieme un territorio nuovo, dove costruire, valutare e individuare insieme bisogni, risposte, risorse.

Abbiamo informato del lavoro svolto il Tavolo politico di zona, composto dagli Assessori alle Politiche Sociali dei Comuni dell’Ambito, ai quali abbiamo in particolare accennato al coinvolgimento degli assistenti sociali comunali, fondamentale nell’ottica di un cambiamento di prospettiva così delineato.

Infine, abbiamo incontrato le associazioni dei familiari del nostro ambito, evidenziando l’idea di avviare una sperimentazione sulla Qualità della Vita/Budget di Cura.

Abbiamo riscontrato nei familiari atteggiamenti di delega (“ci fidiamo di voi, diciteci cosa dobbiamo fare”), reazioni scettiche (“ancora con queste cose? Non ci credo più”) e risposte curiose e interessate.

Non intendiamo sostituirci alle famiglie o entrare in conflitto con esse e siamo consapevoli della fatica e della stanchezza di familiari che hanno a che fare da anni con servizi e operatori e che hanno lottato per i propri diritti. Consci di avanzare una proposta complessa, l’intenzione è di camminare insieme e continuare sulla strada dell’inclusione e dell’autodeterminazione.

IL PROGETTO NUOVE ROTTE

L’opportunità di sperimentare l’approccio sulla Qualità della Vita e del Budget di Progetto è stata l’avvio del progetto Nuove Rotte, attraverso il quale gli ambiti di Cinisello Balsamo, Garbagnate Milanese e Rho hanno ottenuto un finanziamento dalla Fondazione Comunitaria Nord

Risorse online

www.anffas.net
www.insiemeperilsociale.it
www.laboratoriolinc.it
www.lombardiasociale.it
www.sercop.it
www.welforum.it

Note

- 1 Si veda anche la definizione di Starace (2014).
- 2 Si veda Ambito di Lecco, Piano Sociale di Zona 2020.



Luca Bianchi

Assistente sociale specialista, lavora presso il Servizio Disabili dell'Azienda Speciale Consortile Sercop di Rho, dove si occupa anche di una sperimentazione del Budget di Progetto.

Milano per “rigenerare e innovare le pratiche di inclusione sociale delle persone con disabilità” nei tre territori. Il progetto nasce da una riflessione su come la pandemia di Covid-19 negli anni 2020 e 2021 abbia inciso sulle nostre vite e come questo ribaltamento costituisca un'opportunità di ripensamento delle procedure e delle azioni che vedono implicate le persone con disabilità e le loro famiglie.³

All'interno del progetto Sercop ha il compito di sviluppare la dimensione organizzativa il cui l'obiettivo è “accrescere pratiche professionali all'interno della rete dei servizi che sviluppino spazi di comprensione, di co-progettazione e co-costruzione di possibili tragitti verso la vita indipendente con il coinvolgimento diretto della PCD al proprio progetto individuale”, per pensare anche a nuove forme di organizzazione delle unità di offerta territoriali.

L'équipe UMA di Sercop è stata implementata da un assistente sociale (sei ore la settimana) e da un'educatrice professionale (per 18 ore la settimana).

Nell'autunno 2022, l'équipe Pro.Di.Ca. ha

individuato alcune persone a cui proporre la sperimentazione, utilizzando come criterio di scelta la conoscenza delle situazioni e una relazione già consolidata coi servizi (da parte di Sercop o della fondazione), la fascia di età (tra i 25 e i 45 anni), la residenza (non tutte dello stesso Comune), la diversa condizione tra chi per esempio lavora e chi è inserito in un centro diurno.

Sono interessate sinora solo cinque famiglie, che hanno accolto l'idea con favore e le prime interviste per la rilevazione della Qualità della Vita sono state da poco avviate.

Sono stati contattati gli assistenti sociali dei Comuni, con cui si è condivisa l'idea progettuale e con i quali sono stati organizzati gli incontri con le famiglie e le persone con disabilità per illustrare la proposta di costruzione di un progetto di vita basato sulla rilevazione della Qualità della Vita e sul Budget di Progetto.

Intendiamo raccogliere dati e valutare l'impatto della proposta sulla vita delle persone, sulla quotidianità dei servizi e sulla qualità del lavoro degli operatori.

Ci attendiamo nel medio-lungo periodo un miglioramento della Qualità della Vita delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Inoltre, auspichiamo un ulteriore rafforzamento della rete territoriale dei servizi e lo sviluppo di modalità diverse di organizzazione delle attività per le persone con disabilità, attività più flessibili e maggiormente personalizzate.

Rimangono diverse domande aperte, ne indichiamo alcune a titolo di esemplificazione:

- la gestione della rete e il coordinamento delle attività richiederanno una particolare attenzione nell'individuazione del *case manager*. Con numeri ridotti è possibile che la funzione sia attribuita all'assistente sociale del Comune. All'aumentare dei progetti sarà fattibile conciliare il *case management* con il lavoro quotidiano, le urgenze, le incombenze anche amministrative?
- È possibile che la responsabilità di concretizzare il progetto di vita sia in capo al Comune e allo stesso tempo il *case management* sia responsabilità di altri (operatori, familiari, ADS)?
- È possibile che siano, su delega pubblica, gli enti gestori dei servizi fruiti dai cittadini con disabilità a espletare questa funzione?
- Come si comporterà il sistema (persona, famiglia, comunità, operatori, servizi pubblici e privati) di fronte ad un cambiamento organizzativo e ad una diversa strutturazione del tempo, delle attività e delle procedure amministrative, compresa la quantificazione delle rette?

Vedremo quali saranno i risultati della nostra sperimentazione; sottolineiamo come le due componenti di processo e contenuto siano state indirizzate verso un fare concreto.

L'elemento di processo è la composizione del gruppo Pro.Di.Ca., la volontà di trovare riferimenti e linguaggi comuni, l'ascolto reciproco e il riconoscimento delle competenze di ognuno, tutto orientato a un elemento di contenuto, il Budget di Progetto e l'approccio basato sulla Qualità della Vita.

Note

- 3 Per la descrizione del progetto, si veda il sito www.insiemepersociale.it, sezione “News ed eventi”.

Bibliografia

- AIRIM, *Linee guida per la definizione degli Standard di Qualità nella costruzione del Progetto di vita per le persone con disabilità intellettiva. Assessment, interventi, outcome*, Associazione Italiana per lo Studio delle disabilità intellettive e evolutive, 2010
- Azienda Speciale Consortile Sercop, *Piano Sociale di Zona 2018-2020*
- Castegnaro C., Gnan E., “Dopo di noi e budget di progetto. La Legge 112/2016 alla prova delle Regioni”, *Welforum.it*, 13 luglio 2021
- Cicoletti D., “Verso il budget di progetto/di salute: una transizione possibile”, *LombardiaSociale.it*, 12 settembre 2016
- Decreto del Presidente della Repubblica, *Adozione del secondo programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*, 12 ottobre 2017
- Dondi A., “Disabilità, trauma familiare e resilienza: il peso della normalità per fratelli e sorelle delle persone disabili”, *Quaderni di psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane*, 49, 2008
- Franchini R., “Dal paradigma funzionale a quello esistenziale: cosa occorre cambiare nel modo di operare con la disabilità?”, *LombardiaSociale.it*, 24 aprile 2015
- Ghetti V. (a cura di), “Il Budget di cura: definizioni e applicazioni. Intervista a Fabrizio Starace, Direttore del Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze patologiche dell'Azienda USL di Modena”, *LombardiaSociale.it*, 28 gennaio 2014
- Merlo G., “Budget di Salute e disabilità: eppur funziona!”, *LombardiaSociale.it*, 2 giugno 2020
- Moioli L., “Libertà delle persone con disabilità e budget di progetto”, *LombardiaSociale.it*, 10 gennaio 2022
- Monteleone R., “La valutazione della persona secondo il budget di salute: spunti per il welfare lombardo”, *LombardiaSociale.it*, 25 febbraio 2015
- ONU, *Convenzione per i Diritti delle Persone con disabilità*
- Regione Lombardia, *Politiche di welfare sociale regionale per il riconoscimento del diritto alla vita indipendente e all'inclusione sociale di tutte le persone con disabilità*, l.r. n. 25, 6/12/2022
- Righetti A., *I Budget di Salute e il Welfare di Comunità. Metodi e pratiche*, Laterza, 2013
- Schalock R. L., Verdugo M. A., *Manuale di Qualità della Vita. Modelli e pratiche di intervento*, Vannini Editoria Scientifica, Brescia, 2006
- Starace F., “Il budget di salute come strumento per l'integrazione socio-sanitaria”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1, 2021
- Verdugo M. A., Schalock R. L., “Quality of Life: From concept to future applications in the field of intellectual disabilities”, *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disability*, vol. 6, 1, 2009

ACCOMPAGNARE ALL'INGRESSO IN STRUTTURA PROTETTA

Francesca Corradini
Giulia Notari

Alcune riflessioni sulle funzioni degli assistenti sociali.

Nell'ambito del corrente dibattito sulla necessaria riforma dell'assistenza alle persone non autosufficienti, è stato sottolineato da diverse voci come occorra superare posizioni ideologiche – che vedono contrapposto il supporto a domicilio all'inserimento in struttura residenziale – per aprirsi a una riflessione più ampia, basata su una risposta adeguata e personalizzata ai bisogni sempre più complessi delle persone anziane (Pasquinelli, 2022a). Nella letteratura internazionale sul lavoro sociale con le persone anziane, è ampiamente trattato il tema della “transizione”, intesa come il passaggio da una condizione e un contesto di vita ad un altro. L'attenzione si focalizza in particolare su ciò che avviene nel passaggio dal domicilio, o dall'ospedale, a una struttura residenziale.

Riflettere sul tema della transizione può risultare molto utile per evidenziare le principali dinamiche presenti, i nodi critici e gli aspetti su cui intervenire, pensando sia alle persone non autosufficienti che alle loro famiglie. L'accompagnamento verso una *healthy transition* (Fitzpatrick, Tzouvara, 2018) può costituire una prospettiva che inquadra numerose funzioni degli operatori sociali, in particolare degli assistenti sociali, professionisti che si trovano a gestire l'accesso dei cittadini agli interventi e alle prestazioni dei sistemi di welfare regionali e locali.

Il presente contributo parte da una sintetica disamina delle principali ricerche internazionali sul tema, per poi affrontare, sempre a partire dalla letteratura disponibile, quali sono e quali potrebbero essere le funzioni degli assistenti sociali in Italia nel percorso di accompagnamento di una persona anziana all'ingresso in struttura residenziale, quali i vantaggi e quali i nodi critici che permangono.

ACCOMPAGNARE LA TRANSIZIONE: FATTORI CHE FACILITANO UN BUON INSERIMENTO

La transizione verso una struttura residenziale è molto di più di una transizione fisica da un ambiente a un altro e si presenta come un processo estremamente complesso sul quale la persona anziana ha spesso scarso controllo e che coinvolge profonde dimensioni psicologiche ed emotive. Seguendo la classificazione di Sussman e Dupuis (2014), la transizione passa attraverso diversi livelli: un livello individuale, connesso ai vissuti e ai desideri della persona anziana,

un livello interpersonale, relativo al coinvolgimento dei familiari e dei *caregiver*, e un livello di sistema, costituito dal contesto istituzionale e organizzativo. Le interazioni tra questi differenti livelli possono assicurare una “buona transizione”, sia in termini di esito che di processo, diversamente il percorso può generare criticità, portando, ad esempio, alla necessità di un nuovo spostamento della persona o comunque a pesanti ricadute sul suo benessere.

Ottenere un buon percorso di transizione, dunque, dipende da diversi fattori: innanzitutto dalla possibilità per la persona e i familiari di sentirsi coinvolti e partecipi nel processo decisionale, senza pressioni dettate dall'urgenza (Cole et al., 2018), esercitando una scelta consapevole; un altro aspetto importante riguarda l'esigenza per le persone anziane di mantenere le relazioni importanti pregresse all'inserimento e, al contempo, di strutturare nuovi rapporti significativi (Brownie et al., 2014); anche una comunicazione efficace tra ospiti, familiari e staff della struttura, prima e dopo l'inserimento, contribuisce a creare un clima di fiducia generalizzato; inoltre, le ricerche evidenziano come sia utile prevedere interventi di sostegno specifici rivolti agli ospiti delle strutture e ai loro familiari, sia sugli aspetti pratici e organizzativi sia sul piano psicologico ed emotivo (O'Neill et al., 2020).

Le ricerche in ambito internazionale evidenziano l'importanza della presenza degli assistenti sociali nell'affiancare e sostenere le famiglie nei processi di inserimento di una persona anziana in struttura protetta. In particolare, gli interventi degli assistenti sociali si possono raggruppare all'interno di alcune macro-finalità (Tanner et al., 2014):

- a. valutare approfonditamente i bisogni della persona per esplorare possibili alternative all'inserimento in struttura e accompagnare le famiglie nella scelta;
- b. assicurare una “transizione globale”, in cui si presti pari attenzione a tutti gli aspetti (clinico-sanitario, emotivo e psicologico, socio-relazionale);
- c. garantire la continuità delle cure nel corso del tempo;
- d. integrare i punti di vista e le esigenze dei diversi attori (persone anziane, familiari e *caregiver*, istituzioni ed enti gestori delle strutture), fluidificando la comunicazione e mediando tra interessi talora contrastanti;

- e. promuovere la partecipazione delle persone e delle famiglie nel processo, garantendo in particolare il rispetto del diritto all'ascolto e all'autodeterminazione delle persone più fragili, con disturbi cognitivi, o appartenenti a minoranze, anche agendo una funzione di *advocacy*.

LA SITUAZIONE ITALIANA

In Italia, data l'organizzazione dei sistemi di welfare su base regionale, ci si trova di fronte a diverse denominazioni delle strutture residenziali, a diversi modelli di gestione e organizzazione, a diverse procedure di accesso e a diversi livelli di contribuzione economica da parte delle famiglie (Pesaresi, 2018). Non è dunque semplice delineare le funzioni degli assistenti sociali nei percorsi di transizione, dal momento che non sono definite e che si intrecciano con le funzioni degli altri professionisti coinvolti (medici, infermieri, operatori socio-assistenziali, ecc.). Peraltro le famiglie possono incontrare assistenti sociali in diversi contesti: nel territorio (servizio sociale di base, solitamente comunale), in ospedale, all'interno delle strutture, oppure possono effettuare tutto il percorso senza avere contatti con operatori sociali (Rusmini, 2018). La sintesi che segue non ha pretesa di esaustività e si basa principalmente su alcune ricerche effettuate nel territorio italiano.

GLI ASSISTENTI SOCIALI NEI SERVIZI TERRITORIALI

La funzione di intermediazione assistenziale

La maggior parte degli assistenti sociali lavora come funzionario negli enti locali e si occupa di raccogliere le domande di assistenza e di consentire l'accesso all'offerta di prestazioni e servizi del sistema di welfare (Burgalassi, 2012). La presenza del servizio sociale di base è considerata dallo Stato italiano un livello essenziale di assistenza, da garantire in tutti i territori. Si tratta di una funzione per alcuni aspetti assimilabile a quella di *case management* dei Paesi anglosassoni (Lymbery, Postle, 2010), perché consiste nell'accompagnare le persone a scegliere tra le diverse prestazioni disponibili e a organizzare l'assistenza. Le funzioni dell'assistente sociale, tuttavia, non si esauriscono solo nel consentire l'accesso alle prestazioni, ma si esplicano sia nell'accompagnamento delle famiglie all'organizzazione del piano assistenziale, sia nel coordinamento delle risorse presenti sul territorio, sia nella promozione del lavoro di comunità (Corradini et al., 2018). A fronte di una richiesta di intervento, il primo compito dell'assistente sociale è quello della valutazione preliminare o *assessment*. La fase di *assessment* è cruciale per «individuare fragilità e risorse all'interno di un sistema di relazioni all'interno delle quali ogni soggetto – anziano, familiari e operatore – riconosce priorità diverse e intravede diversi scenari di aiuto possibile, non sempre coincidenti fra loro» (Riva, 2019, p. 1). Si tratta, tuttavia, di un processo non esente da criticità: per esempio, spesso sono presenti liste di attesa nell'accesso alle prestazioni,

per tanto, a fronte di un bisogno riconosciuto e urgente non si riesce a fornire una risposta adeguata e tempestiva. Le famiglie devono quindi organizzare i percorsi assistenziali facendo conto su risorse private o sulle proprie forze (Fosti, Notarnicola, 2018).

Gli assistenti sociali rivestono un ruolo cruciale anche nell'accompagnare le famiglie a integrare le diverse risorse disponibili (pubbliche e private) e a strutturare percorsi adeguati e flessibili. Questa funzione di accompagnamento, che si può definire di "intermediazione assistenziale" risulta fondamentale per consentire una pianificazione dei percorsi in grado di integrare le sempre più scarse risorse pubbliche con la disponibilità dei familiari e del privato sociale. Tale funzione spesso non è evidente, né riconosciuta all'esterno, talora nemmeno dagli stessi *policy maker*. Non è conosciuta nemmeno dalle famiglie, che spesso si sentono sole in questo percorso e non sanno di poter trovare un operatore che potrebbe affiancarle nell'organizzazione dell'assistenza. Peraltro, dati i carichi di lavoro e l'assenza di procedure predefinite, queste attenzioni rischiano di essere riservate solo alle situazioni più gravi e complesse, mentre nella maggior parte dei casi la funzione di coordinamento della rete dei servizi e degli interventi viene lasciata direttamente alle famiglie (Lusardi, Piras, 2018).

L'accompagnamento all'ingresso in struttura residenziale

In questo contesto, l'assistente sociale del territorio ha una funzione importante nell'accompagnare le persone e le famiglie nella scelta dell'inserimento in struttura e nella fase di transizione. Un aspetto interessante (Sussmann, Dupuis, 2014) è la funzione che gli operatori possono rivestire nel de-stigmatizzare la scelta dell'inserimento in struttura, aiutando le famiglie a ridurre i sensi di colpa e a prendere una decisione consapevole. Questo elemento è indubbiamente correlato, tra gli altri, all'opinione degli operatori sul significato e le conseguenze dell'inserimento in struttura di una persona anziana e sul ruolo delle famiglie nella cura delle persone non autosufficienti.

In una recente ricerca qualitativa svolta in Italia (Corradini et al., 2019) è stato indagato il punto di vista di alcuni assistenti sociali che lavorano sul territorio. Secondo i partecipanti alla ricerca, da un lato l'ingresso in struttura assume una funzione di tutela delle persone deboli e garantisce un adeguato livello di assistenza in presenza di situazioni particolarmente gravi; dall'altro lato, gli operatori ritengono che l'inserimento in struttura comporti lo sradicamento della persona dal suo ambiente e questo potrebbe condurre a un peggioramento delle condizioni, soprattutto quando l'interessato o i familiari non sono molto convinti. Nella maggior parte dei casi, l'ingresso in struttura viene considerato dagli operatori come *extrema ratio*, da attivare in assenza di supporti familiari o di valide alternative che consentano di mantenere la persona al domicilio. Questo atteggiamento

dei professionisti apre un altro tema fondamentale: la necessità di favorire il più possibile una scelta consapevole e informata, da parte sia della persona anziana sia dei familiari, nel rispetto del principio di autodeterminazione previsto dal Codice Deontologico (CNOAS, 2020). Il delicato equilibrio tra la tutela delle persone fragili e il rispetto della loro volontà è evidenziato da diversi autori (Pregno, 2016; Riva, 2014). Nella ricerca citata, gli assistenti sociali intervistati hanno assunto una funzione di accompagnamento e affiancamento alle famiglie, cercando di favorire ingressi graduali, in modo da ottenere il consenso dei diretti interessati e di supportarli anche sul piano emotivo. Questo, tuttavia, ha comportato l'assunzione di un certo grado di rischio da parte dei professionisti, ad esempio accettando che la persona restasse a domicilio in condizioni non ottimali per poter garantire che l'inserimento in struttura fosse il più possibile rispettoso della volontà di tutti (Corradini et al., 2019).

GLI ASSISTENTI SOCIALI NEGLI OSPEDALI

L'inserimento in struttura protetta avviene di frequente in seguito a un ricovero ospedaliero. Nella fase delle dimissioni entrano in campo le funzioni degli assistenti sociali ospedalieri, che rivestono un compito importante nel favorire il passaggio tra l'ospedale e il territorio (Fargion et al., 2017). Tuttavia, nonostante la tradizione storica del servizio sociale ospedaliero (Bortoli, 2013), in Italia l'inserimento degli assistenti sociali negli ospedali non è diffusa in maniera omogenea (Ministero della Salute, 2010). Alcuni studi (Dotti, 2015; Fargion et al., 2017) hanno evidenziato come, anche in Italia, sia complesso definire e circoscrivere il ruolo dell'assistente sociale nel contesto ospedaliero, all'interno di una cultura dominante di tipo clinico.

La questione dell'integrazione tra la componente sociale e quella sanitaria emerge con evidenza, in particolare quando la persona che deve essere dimessa necessita di supporti assistenziali o dell'inserimento in una struttura protetta. Il raccordo tra l'ospedale e la rete dei servizi socio-sanitari del territorio resta infatti un aspetto critico (Berloto et al., 2019): i dati mostrano che quasi il 90% delle persone con più di 65 anni che effettuano ricoveri multipli in ospedale è stato precedentemente dimesso al domicilio senza alcuna forma di presa in carico assistenziale. Peraltro, la presenza di un servizio sociale ospedaliero non risolve automaticamente le criticità della fase di dimissione, perché i tempi dell'ospedale e quelli necessari all'attivazione di un intervento territoriale non sempre coincidono, in particolare quando si tratta di inserire la persona in una struttura residenziale (Ibidem). L'urgenza dettata dall'esigenza di liberare il posto letto può portare a concentrare la valutazione delle condizioni della persona pressoché esclusivamente sugli aspetti clinici, trascurando la componente psicologica e quella sociale, determinanti per un'adeguata pianificazione del percorso di transizione.

Bibliografia

- Berloto S., Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A. "La rete dei servizi LTC e le connessioni con l'ospedale: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti?" in Cergas-Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2019*, EGEA, Milano, 2019, pp.179-220
- Bocconi, CERGAS, *Rapporto OASI 2019*, EGEA, Milano, 2019
- Bortoli B., *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del welfare 1526-1939*. Erickson, Trento, 2013
- Brownie S., Horstmanshof L., Garbutt R., "Factors that impact residents' transition and psychological adjustment to long-term aged care: A systematic literature review", *International journal of nursing studies*, 51(12), 2014, pp.1654-1666
- Burgalassi M.M., *Promuovere il benessere in tempo di crisi: una ricerca sugli assistenti sociali nel Lazio*, Carocci, Roma, 2012
- CNOAS, *Codice Deontologico dell'assistente sociale*, 2020 In www.cnoas.it
- Cole L., Samsi K., Manthorpe J., "Is there an "optimal time" to move to a care home for a person with dementia? A systematic review of the literature", *International Psychogeriatrics*, 30(11), 2018, pp.1649-1670
- Corradini F., Raineri M.L., Avancini G., "Good social work practices with disabled adults and elders who live at home: More than the delivery of services", *Relational Social Work*, 2, 2018, pp. 12-27
- Corradini F., Avancini G., Raineri M. L., *Il Social Work con le persone non autosufficienti. Una ricerca qualitativa sui «casi andati bene»*, Erickson, Trento, 2019
- Crippa A., Mauri R., Spreafico G. (a cura di), *Il futuro delle RSA in Lombardia. Una proposta per il sistema di welfare regionale*, Maggioli Editore, Rimini, 2021
- Dotti M., *Il servizio sociale ospedaliero*, Carocci Faber, Roma, 2015
- Fargion S., Wielander W., Pintarelli D., "Il servizio sociale in ambito ospedaliero: riflessioni sull'interprofessionalità in un contesto di squilibrio di potere", *Autonomie locali e servizi sociali*, 40(2), 2017, pp.299-314
- Fitzpatrick J.M., Tzouvara V., "Facilitators and inhibitors of transition for older people who have relocated to a long term facility: a systematic review", *Health and Social Care in the Community*, 27, 2018 pp. e57-e81
- Fosti G., Notarnicola E. (2018). *L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care: 1° rapporto Osservatorio Long Term Care*. EGEA spa
- Lusardi R., Piras E. M., "Collaborazione e coordinamento nelle pratiche di cura: forme emergenti di relazione tra pressioni istituzionali e accordi informali", *Studi di Sociologia*, 4, 2018, pp. 385-394
- Lymbery M., Postle K., "Social work in the context of adult social care in England and the resultant implications for social work education", *British Journal of Social Work*, 40(8), 2010, pp. 2502-2522
- Ministero della Salute, del Lavoro e delle Politiche sociali, *Funzioni del servizio sociale in sanità*. Documento del Tavolo Tecnico, 2010
- O'Neill M., Ryan A., Tracey A., Laird L., 'Waiting and Wanting': Older peoples' initial experiences of adapting to life in a care home: A grounded theory study. *Ageing and Society*, 42, 2020, pp. 1-25
- Pasquinelli S., "Esiste qualcosa dopo le RSA?", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 1, 2022a, pp.1-2
- Pasquinelli S., "Anziani: dieci punti per la riforma. Patto per un Nuovo Welfare per la Non Autosufficienza", *Welforum.it*, 27 giugno 2022b
- Pesaresi F., "Le tariffe delle Residenze protette per anziani", *I luoghi della cura online*, 2, 2018
- Pesaresi F., "Le case della comunità: cosa prevede il PNRR. Qualche criticità significativa", *Welforum.it*, 25 maggio 2021
- Pregno C., *Servizio sociale e anziani*, Carocci Faber, Roma, 2016
- Riva V., "Strategie e creatività degli assistenti sociali nei servizi per le persone anziane", *Autonomie locali e servizi sociali*, 2, 2014, pp. 239-252
- Riva V., "L'assistente sociale dell'ente locale e la valutazione dell'anziano fragile: tra opportunità e rischi", *I luoghi della cura online*, 1, 2019
- Rusmini G., "Fra la casa e la struttura residenziale: un vuoto da colmare", *I luoghi della cura online*, 2, 2018
- Sussman T., Dupuis S., "Supporting Residents Moving Into Long-Term Care: Multiple Layers Shape Residents' Experiences", *Journal of Gerontological Social Work*, 57(5), 2014, pp. 438-459
- Tanner D., Glasby J., McIver S., "Understanding and improving older people's experiences of service transitions: implications for social work", *The British Journal of Social Work*, 45(7), 2015, pp. 2056-2071
- Tonon Giraldo S. Servizio sociale e anziani, in Campanini A. (a cura di) *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Carocci, Roma, 2021, pp. 53-74
- Vaghi R., "Il percorso di accoglienza e presa in carico di ospiti e familiari nelle RSA: l'esperienza dell'Istituto Pio Albergo Trivulzio (Milano)", *I luoghi della cura online*, 1, 2018



Francesca Corradini

Assistente sociale, è ricercatrice a tempo determinato presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. È docente nei corsi di Laurea triennale e Magistrale in Servizio Sociale presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore nelle sedi di Milano e Brescia e membro del Centro di Ricerca "Relational Social Work".



Giulia Notari

Assistente sociale, lavora presso il Centro di Solidarietà di Reggio Emilia, un ente di terzo settore per il quale coordina progetti di lavoro sociale di comunità e collabora al Centro Studi. È dottore di ricerca in "Social Work and Personal Social Services" e membro del Centro di Ricerca "Relational Social Work" dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

GLI ASSISTENTI SOCIALI NELLE STRUTTURE PROTETTE

Data l'eterogeneità delle strutture e degli standard regionali di riferimento, la figura dell'assistente sociale non è presente all'interno di tutte le strutture protette. Le funzioni di coordinamento possono essere assunte da una figura sanitaria, da una figura sociale (non sempre un assistente sociale) o da entrambe (Tonon Giraldo, 2021).

Quando presente, l'assistente sociale rappresenta un importante valore aggiunto (Vaghi, 2018) e, nella fase di ingresso di una persona in struttura, si occupa di:

- connettersi con i servizi del territorio (ospedale e/o servizi dell'ente locale), acquisendo la valutazione sulla situazione e le informazioni disponibili;
- accompagnare i familiari, cercando di instaurare una relazione di fiducia e accogliendo i dubbi e le fatiche, anche sul piano emotivo;
- supportare i familiari negli aspetti pratici e organizzativi, ad esempio rispetto al pagamento delle rette di degenza;
- accogliere la persona anziana, cercando di strutturare percorsi *ad hoc* per l'inserimento;
- agire da tramite tra i familiari, la persona anziana e lo staff, cercando di favorire il coinvolgimento dei familiari nella vita della struttura e di garantire una relazione di fiducia reciproca.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE FUTURE

Il quadro della realtà italiana necessita indub-

biamente di essere approfondito. Da un lato è evidente l'importanza delle funzioni dell'assistente sociale nella transizione tra il domicilio e la struttura; dall'altro lato, la varietà degli assetti organizzativi a livello regionale e locale e l'assenza di procedure standardizzate rende molto difficile delineare e strutturare i percorsi di accompagnamento delle persone e delle famiglie, spesso lasciati alla discrezionalità delle singole realtà locali o dei singoli professionisti. Una conseguenza è la solitudine delle famiglie nella scelta dell'inserimento in struttura protetta e nelle fasi di accompagnamento successive.

A partire dalle riflessioni effettuate, è possibile sintetizzare alcune prospettive di sviluppo: innanzitutto, nell'ottica di costruire progetti in cui garantire alle persone la necessaria continuità assistenziale, struttura e domicilio costituiscono i due poli di un *continuum*, in cui si definiscono percorsi costruiti su misura, aperti, integrati e flessibili (Pasquinelli, 2022b). All'interno di questo quadro, l'assistente sociale potrebbe assumere il ruolo di *case manager*, non soltanto nel senso di agevolare l'accesso alle prestazioni, ma con la finalità di accompagnare le persone e le famiglie nella transizione da un percorso a un altro, integrando le risorse disponibili su un piano formale e informale. Le Case della comunità previste dal PNRR come luogo in cui si cerca di realizzare un sistema sociosanitario integrato (Pesaresi, 2021) potrebbero costituire la sede in cui sperimentare percorsi virtuosi di transizione. Da notare che il passaggio dall'ospedale alla struttura protetta costituisce molto spesso un nodo critico: le ricerche sottolineano l'utilità di lavorare su questa fase, attraverso la predisposizione di percorsi dedicati alle persone fragili e il potenziamento delle funzioni di intermediazione, oltre che del lavoro di rete tra ospedale, territorio e strutture (Bocconi CERGIS, 2019).

Un ultimo spunto di riflessione è relativo alla figura dell'assistente sociale nelle strutture protette, che non è sempre garantita, ma laddove è presente, è evidente il miglioramento dei percorsi (Crippa et al., 2021). In un'ottica di sviluppo, la riflessione sulle funzioni del servizio sociale nelle strutture protette potrebbe essere inserita nell'ambito della definizione degli standard qualitativi previsti per le strutture. L

LIBRI

Carlo Borzaga, Luca Fazzi, Angela Rosignoli

GUIDA PRATICA ALLA CO-PROGRAMMAZIONE E CO-PROGETTAZIONE

Strategie e strumenti per costruire agende collaborative

Centro Studi Erickson, Trento, 2023

Con l'approvazione del Codice del terzo settore, si è aperta una nuova stagione nella costruzione degli interventi del welfare locale.

Amministrazione pubbliche ed enti di terzo settore possono sperimentare finalmente nuovi strumenti di collaborazione, più adatti ad affrontare le sfide complesse della società contemporanea, sia per quanto concerne la programmazione che la progettazione operativa dei servizi e dei programmi di politica sociale. Mettere in pratica le cosiddette agende collaborative richiede l'acquisizione di nuove conoscenze e competenze, diverse da quelle tradizionalmente utilizzate con i piani di zona, e pone i diversi attori di fronte a sfide inedite e di non facile attuazione. Il volume, avvalendosi di strumenti operativi, esercitazioni ed esempi, costituisce il primo toolkit completo in lingua italiana, per gli operatori e i responsabili di servizi sia pubblici che di terzo settore, per avvicinarsi in modo efficace ai nuovi strumenti collaborativi. Scritto con uno stile lineare e accessibile, rappresenta una guida fondamentale per sviluppare una prospettiva di welfare a carattere realmente sussidiario, inclusivo e innovativo.



LA COMUNICAZIONE IN AMBITO SANITARIO

In un discorso di ripensamento dei servizi socio-sanitari per un'utenza maggiormente diversificata rispetto al passato, è centrale il tema della comunicazione: verbale, che si scontra con le difficoltà linguistiche di tanti utenti stranieri e che quindi necessita di una mediazione – linguistica ma, più complessivamente, interculturale –; non verbale, che comprende una pluralità di azioni volte a far capire ai pazienti i messaggi del personale medico e paramedico.

La comunicazione in ambito sanitario – e istituzionale in genere –, non può più essere intesa in una visione tradizionale, come un processo unidirezionale, dall'istituzione (e i suoi rappresentanti) al paziente. Al contrario, la comunicazione è “un atto di compartecipazione”: è “un processo attraverso il quale i partecipanti creano e condividono informazioni, ma soprattutto, è un cammino” (Giaccardi, 2005, p. 16). È, insomma, un dialogo, uno scambio che permette una comprensione, efficace.

La comunicazione non verbale può essere fonte di profonde incomprensioni, specie quando il messaggio verbale è insufficiente, perché “gesti, colori, atteggiamenti che hanno un significato entro un sistema culturale possono averne uno opposto in un altro: in certi Paesi dell'Africa e in alcune zone dell'India scuotere lateralmente il capo non significa negazione, come in Europa, ma affermazione; la risata sommessa degli orientali, che risulta difficile da decifrare per un occidentale (che tende a leggerla come inappropriata o comunque a trovarla irritante) è un modo culturalmente condiviso di esprimere l'imbarazzo, e talvolta anche l'ira; l'uso del colore rosso per l'abito nuziale è ritenuto inappropriato in Europa, ma è invece tradizionale in India, dove il colore bianco si addice di più ai funerali, e si potrebbe continuare all'infinito” (*idem*, p. 63).

Nel rapporto tra persone di diversa provenienza e cultura, dunque, è necessario che la comunicazione – verbale e non verbale – tenga conto delle differenze di significato che può avere un gesto, un atteggiamento, un'espressione del viso. Se ciò non è sempre possibile nell'incontro tra individui, che magari non hanno un'adeguata conoscenza della cultura altrui, dovrebbe invece essere prassi nelle istituzioni che hanno a che fare con un'utenza straniera plurale. Soltanto una pratica consolidata di mediazione interculturale – con l'inserimento di mediatori all'interno delle istituzioni e a supporto di esse – può evitare le incomprensioni e rendere pienamente efficace la comunicazione.

IL MEDIATORE INTERCULTURALE IN AMBITO SANITARIO

Una delle sfide maggiori della sanità è quella di “prendersi cura” del paziente. Il rapporto terapeutico “per quanto possa essere improntato alla comprensione e alla disponibilità da parte del medico, si mostra particolarmente carente sotto questo aspetto: la capacità tecnica di guarire non corrisponde necessariamente a una capacità di curare, nel senso più generale del ‘prendersi cura’” (Colombo, Rebughini, 2006, pp. 104-105).

In termini sociologici, “il prendersi cura è un'espressione che si applica a entrambi i soggetti della relazione terapeutica, a chi si prende cura di sé e a chi aiuta gli altri. Questa espressione ci rivela che la definizione di salute e malattia è un processo comunicativo, un riconoscimento che avviene all'interno di una relazione” (Melucci, 1994, p. 94).

Le difficoltà comunicative e, di conseguenza, nel prendersi cura del paziente, sono acute quando si tratta di pazienti che non parlano l'italiano e che provengono da contesti socioculturali anche molto diversi. Nell'incontro con il paziente straniero, il medico dovrebbe fare una vera e propria educazione sanitaria. Quando ci si allontana dal proprio universo culturale, si rischia di perdersi e smarrire i propri punti di riferimento; le indicazioni del medico diventano incomprensibili e sono guardate con sospetto e incredulità; si finisce per essere disorientati. Il ruolo del mediatore interculturale in ambito sanitario, come già osservato, non si riduce alla traduzione linguistica ma riguarda la capacità di entrare in dialogo e di facilitare il rapporto tra la struttura e il paziente, relazionandosi caso per caso, dando sicurezza, sostegno e comprensione a ciascuno.

Una prima osservazione preliminare è dunque relativa alle competenze del mediatore in ambito sanitario, che non ruotano attorno ai temi della salute ma sono le stesse di un mediatore che operi in altri contesti. Infatti, la formazione del mediatore interculturale, a livello di laurea triennale, non è diversificata rispetto alle possibilità d'impiego esistenti: nelle strutture sociosanitarie, nel sistema scolastico, nelle carceri, nei centri di accoglienza e via dicendo. La ratio, in tal senso, è quella di offrire ai futuri mediatori capacità trasversali, soprattutto per saper comprendere le persone straniere e i loro bisogni. Nello specifico di un mediatore interculturale che operi a contatto con donne straniere

in gravidanza, non è necessario soltanto saper spiegare cosa il medico dice di fare – e, dunque, avere una conoscenza seppur basilare delle questioni della salute – ma è ancor più importante saper capire la persona per intuire le sue difficoltà e i suoi bisogni, anche quando non sono esplicitati.

L'esistenza di differenze di cultura, di culto, di credenze, di abitudini, di pratiche, non può essere ignorata in strutture sanitarie che hanno un'utenza multiculturale. Le "tipizzazioni" in base alla provenienza delle persone sono spesso riduttive, ma offrono indicazioni comunque utili nel rapporto con i pazienti stranieri.

In molte culture è ancora diffusa la credenza in rituali e pratiche magiche, molto frequenti nella medicina tradizionale, e c'è spesso una sovrapposizione tra malessere psichico e percezione di un male fisico. Ciò accade perché in molte pratiche di medicina tradizionale, la malattia non è ricondotta semplicemente a una causa biologica e funzionale e non è affrontata in termini scientifici. Viene collegata alla colpa, all'influenza di spiriti maligni, alla stregoneria.

Dunque, la malattia riceve un'interpretazione molto differente rispetto a quella che avrebbe nella scienza medica occidentale. Così, a volte, il medico italiano che visita un paziente proveniente da culture di quel tipo, non capisce facilmente, dal colloquio con lui, i sintomi della malattia. Anche perché spesso il paziente assume un rifiuto passivo che si traduce in quello che Watzlawick chiama il "silenzio posturale", che comunica rifiuto, indisponibilità, disagio (Watzlawick, 1997). La mediazione ha il valore di favorire un sistema terapeutico "misto": il paziente, nell'accogliere il sistema di cura occidentale, non rigetta automaticamente il suo. La diagnosi e la cura hanno a che fare con pazienti che hanno alle spalle non solo genitori biologici ma anche una cultura, miti e credenze che scandiscono l'esistenza e le tecniche curative. Le diverse culture hanno diversi modi appropriati per affrontare la malattia. Ciascuna cultura determina quando è appropriato mostrare o comunicare diversi pensieri, sentimenti o stati d'animo (Giaccardi, 2005, p. 65). In altri termini, non è realisticamente possibile cancellare un bagaglio di credenze e abitudini, legate alla salute, in persone che provengono da culture diverse e che si trovano ad affrontare la malattia in Italia, o in altri Paesi occidentali. Spesso i casi di rifiuto passivo, da parte del paziente, sono dovuti all'incomprensione con il medico. Tuttavia, il fatto che si sviluppi un orientamento all'adesione ai protocolli di cura, al consenso alle pratiche mediche, alla collaborazione sia in fase di diagnosi che di trattamento, rappresentano spesso le condizioni necessarie al fine di poter erogare un servizio sanitario efficace e tempestivo. La strada, dunque, è quella di una mediazione che senza ridicolizzare, e neppure negare, un sistema di medicina tradizionale a cui molte persone sono legate, renda possibile una piena adesione del paziente al sistema di cura italiano.

Del resto, va ricordato che queste problematiche non riguardano soltanto persone provenienti da culture molto distanti. Negli anni '60, i due psichiatri Michele Risso e Wolfgang Böker, nel loro lavoro con gli emigranti dell'Italia meridionale in Svizzera non riuscivano a dare risposte coerenti alla loro malattia, che scoprirono essere di natura essenzialmente "culturale". Nella relazione tra struttura sanitaria e utente straniero non è decisivo solo il momento della comunicazione iniziale, verbale e non verbale, tra operatore e paziente, ma anche il percorso successivo di accompagnamento del paziente nell'affrontare la sua malattia. Se in esso viene meno la capacità di comprensione della differenza culturale, viene messa a rischio la continuità e dunque l'efficacia della cura.

"OSPEDALE AMICO DELLE DONNE MIGRANTI. LA SALUTE NON HA ETNIA"

Alcune osservazioni condotte nella ASL Roma 1 hanno mostrato come, molto spesso, le donne straniere che non parlano correntemente l'italiano si avvalgano, al momento della visita medica, dell'aiuto dei figli. Questi ultimi, studiando in Italia, hanno maggiore dimestichezza con la

Bibliografia

- AlmaTerra, *La professione di mediatrice/mediaiore culturale. Ricerca comparata sulle tipologie concettuali e pratiche di utilizzo della risorsa immigrata in campo sociale nell'area dell'intercultura*, Associazione AlmaTerra, Torino, 1999
- Alvarez J., *Diseño visual. Un paso hacia la atención multicultural*, in "Arch Argent Pediatr" 2014
- Burchia E. (a cura di), "Valigia per il parto: ecco cosa mettono nella borsa le donne nel mondo quando vanno a partorire", *Corriere della Sera*, 11 febbraio 2016
- Castiglioni I., *La comunicazione interculturale: competenze e pratiche*, Carocci, Roma 2005
- Cesaroni F., Coltorti S., Sdogati C., *Competenze multiculturali nel settore sanitario e sociale: la sperimentazione di un percorso formativo nell'ambito del progetto TRICC*, Coos Marche, 2010
- Colombo E., Rebughini P., *La medicina contesa. Cure non convenzionali e pluralismo medico*, Carocci, Roma 2006
- Cohen S., Moran-Ellis J., Smaje Ch., *Children as informal interpreters in GP consultations: pragmatics and ideology*, in "Sociology of Health & Illness", vol. 21, 2, 1999
- Cordero N., *Una iniziativa vincente*, in *Mediare tra culture. Il ruolo del mediatore interculturale tra inclusione sociale e promozione delle diversità*, a cura di Guido Lazzarini e Tiziana Stobbione, FrancoAngeli, Milano 2017
- Cravero A., *L'incontro tra medico italiano e paziente straniero*, in R. Rizzi (a cura di), *Ospitare e curare: dialogo interculturale ed esperienze cliniche*, FrancoAngeli, Milano 2002
- Fiorucci M., *Livelli della mediazione e percorsi formativi per i mediatori*, in *Atlante della mediazione linguistico culturale. Nuove mappe per la professione di mediatore*, FrancoAngeli, Milano 2006
- Giaccardi C., *La comunicazione interculturale nell'era digitale*, il Mulino, Bologna 2005
- Gnolfo F., *Presentazione dei risultati del progetto "Ospedale amico delle donne migranti. La salute non ha etnia"*, Roma, 30 maggio 2019
- Groopman J., *Come pensano i dottori*, Mondadori, Milano 2008
- Luatti L. (a cura di), *Atlante della mediazione linguistico culturale. Nuove mappe per la professione di mediatore*, FrancoAngeli, Milano 2006
- Pinotti A., Somaini A., *Cultura visuale. Immagini, sguardi, media dispositivi*, Einaudi, Torino 2016
- Stobbione T., *Multiculturalità e salute*, in *Mediare tra culture. Il ruolo del mediatore interculturale tra inclusione sociale e promozione delle diversità*, a cura di Guido Lazzarini e Tiziana Stobbione, FrancoAngeli, Milano 2017
- Tautonico T., "Guterres lancia un monito sull'Agenda 2030: 'Se non agiamo ora, sarà un epittaffio'", *Asvis.it*, 11 maggio 2023
- Urpis O., *La diversità culturale nelle società complesse*, in "Poliarchie/Polyarchies", 1/2018
- Watzlawick P., *Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica*, Feltrinelli, Milano 1997
- Wołk K., Wołk A., Marasek K., Glinkowski W., *Pictogram-based mobile first medical aid communicator*, CENTERIS 2017 - International Conference on ENTERprise Information Systems/HCist - Barcelona, November 8-10, 2017
- Zanfrini T., *Sociologia delle migrazioni*, Laterza, Bari 2004

lingua e fungono così da interpreti informali (Gnolfo, 2019).

«In alcuni casi, i medici hanno dichiarato di provvedere da soli a trovare un interprete, interpellando un amico o un conoscente proprio o del paziente. Riconoscono che questa procedura informale non sia la più efficace, in quanto l'utilizzo di parenti o amici del paziente come interprete implica un coinvolgimento emotivo che potrebbe in qualche modo falsare la comunicazione. È esplicativa, a questo proposito, la testimonianza del medico ginecologo che opera in un Consultorio Familiare, che riferisce di come le sue pazienti straniere, quando sono accompagnate dal marito o dal figlio, limitino i loro interventi a risposte negative o affermative, cedendo la responsabilità dell'interazione al parente che conosce la lingua. Quando, al contrario, è presente un mediatore culturale, le pazienti parlano più liberamente, chiedono chiarimenti e spiegazioni, dimostrando un atteggiamento collaborativo e di fiducia.» (Cesaroni et al., 2010)

Tuttavia, pur essendo pratica diffusa, non è assolutamente la situazione ideale. Come è stato notato, “i bambini che vengono a sapere cose prima del tempo perché coinvolti in interazioni tra adulti, agendo da interpreti informali in una visita medica, corrono un doppio rischio di essere danneggiati: non soltanto il loro essere bambini rischia di essere prematuramente perso, ma questa conoscenza precoce può avere un effetto dannoso sul loro sviluppo come adulti equilibrati” (Cohen et al., 1999).

Non essendo ancora diffuso l'utilizzo di mediatori, il ricorso a figli e familiari per tradurre l'italiano, nel caso di pazienti stranieri, è consuetudine. Un problema che è stato discusso anche nell'ambito del progetto TRICC:¹

1. “tutti [i medici] riconoscono, idealmente, l'importanza di lavorare con il mediatore culturale, perché più adattabile ed efficace. Tuttavia, permane il ricorso all'interprete informale, specie nell'unità operativa del Pronto Soccorso, dove è difficile reperire un mediatore in situazioni di urgenza;
2. va sottolineato l'incremento dell'utilizzo del servizio di mediazione nei reparti meno assillati dalle urgenze;
3. tutti riferiscono di aver messo in discussione i propri pregiudizi e i propri comportamenti, e, conseguentemente, di aver modificato il proprio modo di lavorare con il paziente migrante. Tuttavia, alcuni riferiscono che dopo alcuni mesi di entusiasmo, le problematiche strutturali e organizzative continuano a rendere il lavoro quotidiano con il paziente migrante difficile e spesso frustrante;” (Cesaroni et al., 2010).

“Facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari, ospedalieri e territoriali alle donne migranti, attraverso l'attivazione di procedure innovative e la creazione di una rete di supporto”: sono questi gli obiettivi dichiarati del progetto “Ospedale amico delle donne migranti. La salute non ha etnia”, attivato dall'ASL Roma 1. Il progetto si è sviluppato negli anni 2018 e 2019 e si è avvalso del lavoro di tre mediatrici inter-

culturali, che hanno operato in diverse strutture della ASL Roma 1: gli ospedali San Filippo Neri e Santo Spirito (nei reparti di ginecologia e ostetricia) e i Consultori familiari Puccinotti e Salaria, presenti nel territorio di competenza dell'azienda sanitaria.

Le mediatrici erano in presenza fissa e hanno garantito le lingue: tagalog, arabo, rumeno, inglese, spagnolo e francese. Il servizio è stato garantito a tutte le utenti straniere delle strutture sanitarie, anche parlanti altre lingue, attraverso una mediazione programmata nella lingua specifica (bengali, russo, albanese, urdu, farsi, indi, amarico, tigrino, cinese, wolof, bambara, mandinke, pular, yoruba).

Gli obiettivi del programma, indicati dal Dott. Filippo Gnolfo (2019), sono stati soprattutto tre: la mediazione; la produzione di materiale informativo multilingua; la formazione specifica degli operatori sociosanitari.

Uno dei principi è stato quello di far sì che ciascuna donna migrante avesse un servizio sanitario adeguato alle sue esigenze, puntando all'equità, più che a un generico concetto di eguaglianza. I cittadini fragili necessitano di un'amministrazione proattiva, che vada incontro alle loro esigenze.

LA VALIGIA PER IL PARTO

Lamette per tagliare il cordone ombelicale e garze è quello che alcune donne mettono nella valigia quando vanno in ospedale per partorire. Hazel, dello Zambia, ha portato in ospedale anche una bacinella per l'acqua, del sapone, e perfino “un foglio di plastica da mettere sul lettino della sala parto per mantenere l'igiene personale dal momento che non c'è acqua per lavare il lettino tra un parto e l'altro”.²

A New York: “un lettore musicale, un reggisceno per l'allattamento, abbigliamento per il bambino, un libro, infradito”. Al contrario, in Uganda: “due guanti chirurgici, lame di rasoio, ovatta, sapone da bucato, bottiglia di disinfettante, una tazza, carta igienica, pannolini, il vestitino per il bambino, biancheria da letto, soldi in caso di emergenza”. Ellen del Malawi una torcia e un rasoio e una stringa per il cordone ombelicale; mentre in Nicaragua si usa portare “batuffoli di cotone da mettere nelle orecchie dopo il parto” (Burchia, 2016). Le varianti nella valigia del parto rispondono non soltanto a differenze culturali ma soprattutto a diversi bisogni. Il contagio di malattie infettive è un rischio concreto: ultimo report mortalità materno-infantile ONU 2023: su 1.878 decessi correlati a infezioni HIV/AIDS nel mondo, 1.738 sono in Africa sub-sahariana. Nei Paesi ricchi è normale portare biancheria usa e getta, del tutto sconosciuta nelle maternità dei Paesi poveri.

Per donne provenienti da Paesi e culture distanti, non è scontato comprendere cosa portare nel reparto di ostetricia in Italia.

Nel periodo in cui ho lavorato per il programma “Ospedale amico delle donne migranti. La salute non ha etnia”, ho realizzato un volantino in pittogrammi per spiegare a un'utenza multiculturale come comporre la valigia per il parto.³

Note

- 1 Il progetto, proposto dall'Università di Utrecht nell'ambito del programma europeo LLP (Lifelong Learning Programme), ha coinvolto quattro Paesi: Germania, Italia, Turchia e Regno Unito. Esso prevedeva l'analisi dei bisogni formativi dei diversi interlocutori che intervengono nel “triangolo” della comunicazione (medici e personale sanitario – interpreti formali e/o informali – pazienti migranti), sui cui risultati progettare interventi formativi, strumenti e metodi innovativi, che risultassero adeguati alle esigenze dei diversi target coinvolti. Partner italiano Coos Marche onlus.
- 2 Si veda l'inchiesta dell'onlus WaterAid riportata in Burchia, 2016.



Ioana Hotea

Assistente sociale interessata all'aspetto della coabitazione interculturale e all'integrazione della popolazione migrante in Italia.

Note

3 "Valigia parto" è stato ripresentato nell'ambito del workshop *Diverse etnie per essere mamma* nella settimana del Festival dello Sviluppo Sostenibile ASVIS 2023. L'evento è stato organizzato dall'ASL Roma 1 presso l'Ospedale Santo Spirito in Saxia a Roma.

«Il riconoscimento dell'immagine richiede un bagaglio simbolico acquisito dalla cultura. [...] Nella comunicazione iconografica, non ci sono classi e sottoclassi ma solo un insieme indivisibile, un insieme continuo di concetti. [...] Questo spiega la comprensione e l'interpretazione collettiva dei simboli e dei pittogrammi.» (Alvarez, 2014)

Si tratta di un piccolo esempio che dimostra l'utilità, nella sanità, di una comunicazione iconografica semplice, affiancata alle tradizionali

forme di comunicazione verbale e scritta.

Il segretario Guterres avverte che soltanto il 12% degli obiettivi dell'Agenda 2030 è sulla buona strada (Tautonico, 2023). Nell'evento "Diverse etnie per essere mamma" abbiamo evidenziato come le buone pratiche di cura attraversano i continenti. La parola del festival sulla sostenibilità di quest'anno è *Futuro* e un futuro sostenibile è un futuro di pari opportunità.

Per concludere, ritengo che nelle istituzioni sarebbe opportuna la creazione di presidi fissi di mediazione interculturale, per dare la possibilità agli immigrati di accedere in maniera piena ai servizi. Tale servizio sarebbe altresì utile alle istituzioni stesse, permetterebbe di far sì che l'utente straniero arrivi al colloquio avendo già chiare le informazioni preliminarmente necessarie al colloquio stesso. **L⁷**

INDICE 2023

ANZIANI

Inside Out, tecnologie, socialità e relazione. Un progetto per anziani a rischio isolamento
L. Toccafondi, F. Cavallo, A. Garganese n. 1, p. 9

Accompagnare all'ingresso in struttura protetta
F. Corradini, G. Notari n. 4, p. 33

DIPENDENZE

Il fenomeno del consumo al femminile
G. Zoccatelli, S. Bassetti n. 1, p. 22

DIRITTI DEL CITTADINO

La segnalazione di violazioni di diritti propri o di pari. Un importante strumento di empowerment
C. Dante, A. Ferrero, G. Vergano n. 3, p. 20

Giustizia ambientale e disuguaglianze di salute
A. Panico, A. Annicchiarico n. 4, p. 26

DISABILITÀ

L'alleanza con le famiglie di persone con disabilità
R. Taberna n. 2, p. 31

L'applicazione del Budget di salute in agricoltura sociale. Rispondere a una domanda che cambia
R. Iacono, M. Ascani, C. De Vivo n. 3, p. 36

Budget di progetto e qualità della vita. La sperimentazione nell'ambito di Rho
L. Bianchi n. 4, p. 29

FORMAZIONE

Formazione e digitalizzazione. Riflessioni a partire dall'esperienza del "cascade training method"
G. Vignani n. 1, p. 4

IDENTITÀ CULTURALE

La comunicazione in ambito sanitario
I. Hotea n. 4, p. 37

IMPRESE SOCIALI

Speciale: *Digitalizzazione, ricerca e sviluppo per le imprese sociali*
M. Campedelli (a cura di) n. 1, pp. 1-13

Digitalizzazione, ricerca e sviluppo per le imprese sociali. Prospettive di lavoro nel sociosanitario
M. Campedelli n. 1, p. 1

Formazione e digitalizzazione. Riflessioni a partire dall'esperienza del "cascade training method"
G. Vignani n. 1, p. 4

Il catalogo tecnologie. Una guida in progress nel mercato dei dispositivi tecnologici
G. Vignani n. 1, p. 7

Inside Out, tecnologie, socialità e relazione. Un progetto per anziani a rischio isolamento
L. Toccafondi, F. Cavallo, A. Garganese n. 1, p. 9

INFANZIA E ADOLESCENZA

Comporre sguardi diversi sul contrasto alle povertà educative
G. Cinotti, C. Guidetti n. 2, p. 1

I progetti sul territorio finanziati da Con i Bambini. Intervista a Marco Rossi Doria
a cura di C. Guidetti n. 2, p. 4

Comunità di pratiche. Processi partecipativi per il contrasto alla povertà educativa minorile
G. Marcolungo, M. Ruffato, G. Maciariello n. 2, p. 6

Di donna in donna, di madre in madre
M. Giordano, A. Mellone n. 2, p. 9

"Provaci ancora, Sam!" a Torino. Attività urbane per l'inclusione e contro la povertà educativa
S. Celano, V. Fini, S. Pirozzi n. 2, p. 13

La valutazione partecipata dei progetti di contrasto alla povertà educativa
G. Cinotti, C. Dessi, E. Gnan n. 2, p. 18

Il minore al centro. Il Programma Traguardi della Fondazione Ufficio Pio
A. Pernetti n. 2, p. 39

La segnalazione di violazioni di diritti propri o di pari. Un importante strumento di empowerment
C. Dante, A. Ferrero, G. Vergano n. 3, p. 20

Indagine sul maltrattamento dei minori nell'ambito sociale di Jesi
S. Tomassoni, F. Pesaresi n. 4, p. 22

INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

L'anno zero dei punti unici di accesso
A. Arduini n. 2, p. 27

Buone pratiche di integrazione sociosanitaria: costruire strumenti per la selezione
M. C. Ghiotto n. 2, p. 35

MALTRATTAMENTO E ABUSO

Indagine sul maltrattamento dei minori nell'ambito sociale di Jesi
S. Tomassoni, F. Pesaresi n. 4, p. 22

MATERNITÀ

Di donna in donna, di madre in madre
M. Giordano, A. Mellone n. 2, p. 9

La comunicazione in ambito sanitario
I. Hotea n. 4, p. 37

MIGRAZIONI

Agricoltura sociale e inclusione dei migranti. Riflessioni a partire da una ricerca IRS
E. Gnan, S. Pasquinelli n. 1, p. 14

La comunicazione in ambito sanitario
I. Hotea n. 4, p. 37

POLITICHE SANITARIE

Giustizia ambientale e disuguaglianze di salute
A. Panico, A. Annicchiarico
n. 4, p. 26

POLITICHE SOCIALI

Dai megatrend globali al welfare locale. Spunti per una governance anticipante
R. Paura
n. 3, p. 3

POVERTÀ ED EMARGINAZIONE

Comporre sguardi diversi sul contrasto alle povertà educative
G. Cinotti, C. Guidetti
n. 2, p. 1

Il minore al centro. Il Programma Traguardi della Fondazione Ufficio Pio
A. Perneti
n. 2, p. 39

Uno strumento di progettazione socio-educativa per l'adulto fragile
S. Castagnola, V. Mammucari
n. 3, p. 28

POVERTÀ EDUCATIVA

Speciale: Comporre sguardi diversi sul contrasto alla povertà educativa
G. Cinotti, C. Guidetti (a cura di)
n. 2, pp. 1-22

Comporre sguardi diversi sul contrasto alle povertà educative
G. Cinotti, C. Guidetti
n. 2, p. 1

I progetti sul territorio finanziati da Con i Bambini. Intervista a Marco Rossi Doria
a cura di C. Guidetti
n. 2, p. 4

Comunità di pratiche. Processi partecipativi per il contrasto alla povertà educativa minorile
G. Marcolungo, M. Ruffato, G. Maciariello
n. 2, p. 6

Di donna in donna, di madre in madre
M. Giordano, A. Mellone
n. 2, p. 9

"Provaci ancora, Sam!" a Torino. Attività urbane per l'inclusione e contro la povertà educativa
S. Celano, V. Fini, S. Pirozzi
n. 2, p. 13

La valutazione partecipata dei progetti di contrasto alla povertà educativa
G. Cinotti, C. Dessi, E. Gnan
n. 2, p. 18

PROFESSIONI SANITARIE

La comunicazione in ambito sanitario
I. Hotea
n. 4, p. 37

PROFESSIONI SOCIALI

Digitalizzazione, ricerca e sviluppo per le imprese sociali. Prospettive di lavoro nel sociosanitario
M. Campedelli
n. 1, p. 1

Servizio sociale: lo sguardo dei futuri professionisti per innovare la professione
C. Bianciardi
n. 1, p. 17

L'alleanza con le famiglie di persone con disabilità
R. Taberna
n. 2, p. 31

Il moral distress nella professione di assistente sociale
S. Bensi, S. Barsanti, R. Boldrini, G. Colombini, V. Sommati, E. Pardini
n. 3, p. 32

Accompagnare all'ingresso in struttura protetta
E. Corradini, G. Notari
n. 4, p. 33

PROGETTAZIONE SOCIALE

La coprogettazione sociale per lo sviluppo di una giustizia di comunità
D. Lo Bianco
n. 1, p. 26

Uno strumento di progettazione socio-educativa per l'adulto fragile
S. Castagnola, V. Mammucari
n. 3, p. 28

SALUTE MENTALE

Il contributo della Psicologia di cure primarie nelle Case della Comunità
R. Nanni, G. Lisotti, D. De Rosa Saccone
n. 1, p. 31

Recovery House
J. Facciolo
n. 3, p. 24

SERVIZI SANITARI

Il contributo della Psicologia di cure primarie nelle Case della Comunità
R. Nanni, G. Lisotti, D. De Rosa Saccone
n. 1, p. 31

La crisi della medicina territoriale tra declino e occasione di rinnovamento
G. Belleri
n. 2, p. 23

L'impatto del PNRR sulla rete dell'assistenza territoriale in Calabria
E. Tricanico, D. D'Amico, P. Gallo
n. 4, p. 18

SERVIZI SOCIALI

L'anno zero dei punti unici di accesso
A. Arduini
n. 2, p. 27

Speciale: Quale direzione per i servizi di Pronto intervento sociale?
G. Cinotti, F. Di Ciò, G. Spolti (a cura di)
n. 4, pp. 1-17

Il Pronto intervento sociale. Una strada aperta con traiettorie ancora da individuare
G. Cinotti, F. Di Ciò, G. Spolti
n. 4, p. 1

Sul Pronto intervento sociale
A. Mirri
n. 4, p. 3

Il Pronto intervento sociale a Venezia
A. Favaretto, M. Spadotto
n. 4, p. 7

Il Pronto intervento sociale di Bologna nella gestione delle emergenze sociali
A. Faccini, M. Sorrentino
n. 4, p. 10

Il Sistema regionale emergenza urgenza sociale in Toscana
C. Corezzi
n. 4, p. 14

TECNOLOGIE

Digitalizzazione, ricerca e sviluppo per le imprese sociali. Prospettive di lavoro nel sociosanitario
M. Campedelli
n. 1, p. 1

Formazione e digitalizzazione. Riflessioni a partire dall'esperienza del "casca-de training method"
G. Vignani
n. 1, p. 4

Il catalogo tecnologie. Una guida in progress nel mercato dei dispositivi tecnologici
G. Vignani
n. 1, p. 7

Inside Out, tecnologie, socialità e relazione. Un progetto per anziani a rischio isolamento
L. Toccafondi, F. Cavallo, A. Garganese
n. 1, p. 9

TERZO SETTORE

Digitalizzazione, ricerca e sviluppo per le imprese sociali. Prospettive di lavoro nel sociosanitario
M. Campedelli
n. 1, p. 1

Visioni di futuro nelle organizzazioni di volontariato. Tra futuri desiderati e futuri possibili
C. Comper
n. 3, p. 6

Future studies, enti del terzo settore e welfare locale
N. Basile, G. Imbrogno
n. 3, p. 10

VALUTAZIONE E QUALITÀ

La valutazione partecipata dei progetti di contrasto alla povertà educativa
G. Cinotti, C. Dessi, E. Gnan
n. 2, p. 18

WELFARE

Speciale: Il welfare al futuro
N. Basile, G. Imbrogno (a cura di)
n. 3, pp. 1-19

Il welfare al futuro
N. Basile, G. Imbrogno
n. 3, p. 1

Dai megatrend globali al welfare locale. Spunti per una governance anticipante
R. Paura
n. 3, p. 3

Visioni di futuro nelle organizzazioni di volontariato. Tra futuri desiderati e futuri possibili
C. Comper
n. 3, p. 6

Future studies, enti del terzo settore e welfare locale
N. Basile, G. Imbrogno
n. 3, p. 10

Ri-costituente: la Costituzione del 2050. 5 lezioni che abbiamo imparato sul futuro
F. Painsi
n. 3, p. 15

Il welfare solitario
S. Pasquinelli
n. 3, p. 40

UNA RISORSA (QUASI) INFINITA

Centinaia di fascicoli, migliaia di articoli.
L'abbonamento PRO 2024 a Prospettive Sociali e Sanitarie offre anche, oltre ai fascicoli a stampa della rivista, accesso illimitato a 28 anni di archivio digitale.

A soli 99 € l'anno.

Tariffe di abbonamento che

NON COMPRENDONO l'accesso all'archivio:

Enti 89 €

ETS 69 €

Privati 59 €

Prospettive
Sociali
e Sanitarie

CCP 36973204 – IBAN IT85 N034 4001 6130 0000 0110 600

www.prospettivesocialiesanitarie.it – pss.abbo@irsonline.it

Via XX Settembre 24, 20123 Milano – tel. 02 46764276

prosp.it/abbonamento