

Fondazioni

periodico delle fondazioni di origine bancaria | settembre 2024



Cura

Bisogni e sussidiarietà

A adesso è forse il tempo della cura.
Dell'aver cura di noi, di dire
noi. Un molto largo pronome
in cui tenere insieme i vivi,
tutti: quelli che hanno occhi, quelli
che hanno ali, quelli con le radici
e con le foglie, quelli dentro i mari...

Mariangela Gualtieri, da "Adesso" 2021

Fondazioni

Comitato Editoriale

Mario Cera, Giuseppe Morandini, Carlo Rossi

Direttore

Giorgio Righetti

Direttore Responsabile

Giacomo Paiano

Redazione

Area Comunicazione Acri - Associazione di Fondazioni e di Casse di Risparmio Spa
Via del Corso, 262/267 - 00186 Roma - Tel. 06 68184.330 - rivista.fondazioni@acri.it

Autorizzazione

Tribunale di Roma n° 135 del 24/3/2000

Spedizione

Tariffa regime libero 20/D - Poste Italiane Spa Spedizione in Abb. Postale - 70% - DCB Roma

Grafica e Stampa

Mengarelli Grafica Multiservices srl - Via Cicerone, 28 - 00193 Roma Tel. 06 32111054

Illustrazione di copertina

Illustrazione di copertina, Studio Super Santos | Marco Brancato

Fondazioni è stampato su carta Nautilus Naturale, 100% riciclata, certificata Ecolabel e FSC

CODICE ISSN 1720-2531

Il trattamento dei dati personali viene svolto nel rispetto del Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati per le persone fisiche. L'informativa sul trattamento è consultabile nel sito Acri www.acri.it. Qualora non intenda più ricevere la presente rivista, La preghiamo di inviare un messaggio all'indirizzo rivista.fondazioni@acri.it con oggetto "cancellazione".

Cura

Tema	Bisogni e sussidiarietà	4
Editoriale	<i>L'I care di Don Milani</i> di Giorgio Righetti	6
R'accolte	<i>Comfort object</i> di Briggs Jonny	8

Conoscere



Intervista **10**
Welfare, continuiamo ad agire insieme
con Franca Maino

Progetto **15**
Re-Care Salute si prende cura delle persone senza dimora

Testimonianza **16**
La famiglia, pilastro della cura in Italia
di Giovanni Fosti

Fare



Intervista **18**
Sanità e sociale, una frattura da sanare
con Roberto Speciale

Progetto **23**
ORA - Orientamento, Rete, Ascolto

Testimonianza **24**
Qualità del welfare e vitalità della democrazia
di Giorgio Vittadini

Immaginare



Intervista **26**
Il lavoro di cura è lavoro e non può ricadere solo sulle donne
con Barbara Leda Kenny

Progetto **31**
Sostegno alle persone affette dalla Malattia di Huntington

Testimonianza **32**
Salute mentale e valutazione d'impatto
di Enrico Bellazecca e Valentina Tosi



Vedere

Esperienze di cura sui territori

34



Raccontare

Per l'Alzheimer c'è un Villaggio a Roma che cambia il paradigma della cura

40

Cura

Partiamo dal termine "care" in inglese. Uno dei suoi significati in italiano è "cura". Nel mondo anglosassone, però, la stessa parola si usa anche per dire "m'interessa", "mi curo di un problema o di una persona, perché ci tengo". Si tratta di elementi che vanno a comporre l'ampio significato di "cura", che non è soltanto riferita al percorso terapeutico risolutivo di una malattia, ma è anche accudimento, prevenzione, costante attenzione e assistenza. Cosa significa "prendersi cura" oggi in Italia? Chi è responsabile della cura: lo Stato, le famiglie? La pratica della cura può diventare una pratica collettiva? Qual è il ruolo del Terzo settore e che spazio rimane per le imprese profit? Con queste domande a fare da guida, abbiamo esplorato il tema attraverso le cinque lenti della rivista **Fondazioni: Conoscere, Fare, Immaginare, Vedere, Raccontare.**

Per *Conoscere* partiamo con un'intervista a Franca **Maino**, direttrice scientifica di Percorsi di Secondo Welfare, che presenta le criticità a cui è sottoposto il sistema del welfare e delle azioni innovative messe in campo dalle aziende e dal non profit. La testimonianza è a firma di Giovanni **Fosti**, *associate professor* alla Bocconi, che focalizza l'attenzione sulla centralità della famiglia nel sistema di cura. Passando alla sezione *Fare*, abbiamo intervistato Roberto **Speziale**, presidente di Anfas e coordinatore della Consulta Welfare del Forum Terzo Settore, che si sofferma sull'analisi della difficoltà tutta italiana di accesso alle cure e sottolinea il ruolo del non profit in questo campo. Giorgio **Vittadini**, presidente della Fondazione per la Sussidiarietà, nella sua testimonianza, descrive uno scenario in cui aumentano i bisogni, invecchia la popolazione, cresce la povertà e diventa necessario sperimentare e diffondere nuovi modelli che puntino su forme di partenariato pub-

blico-privato e sulla sussidiarietà. La sezione *Immaginare* si apre con l'intervista a Barbara Leda **Kenny**, *senior gender expert* della Fondazione Brodolini che analizza il ruolo delle donne nel lavoro di cura in Italia. La testimonianza è a cura di Enrico **Bellazzecca** e di Valentina **Tosi** del Politecnico di Milano si sofferma sull'importanza della valutazione d'impatto nel campo della terapia psicologica. La sezione *Vedere*, attraverso le immagini, presenta alcune esperienze, promosse dalle Fondazioni per raccontare i progetti incentrati sulla cura.

Infine, per *Raccontare*, sezione dedicata a un progetto realizzato dalle Fondazioni sul tema del numero, siamo andati a Roma a visitare il Villaggio dell'Alzheimer di Fondazione Roma. Buona lettura!



©MasianPasquelli, Per Aspera ad Astra, Casa di reclusione di Vigevano Compagnia FormAt, Fondazione Cariplo



“L’espressione, che don Milani affisse nella scuola di Barbiana, *I care*, è un richiamo rivolto a tutti e a ciascuno, all’impegno civile e politico per la costruzione e manutenzione di una società più equa, inclusiva e solidale”

L’*I Care* di don Milani

di **GIORGIO RIGHETTI**
Direttore generale Acri

"S

u una parete della nostra scuola c'è scritto grande *I care*. E' il motto intraducibile dei giovani americani migliori. **Me ne importa**, mi sta a cuore. È il contrario del motto fascista Me ne frego”.

Con queste parole, don Lorenzo Milani, nella sua “Lettera ai giudici” del 18 ottobre 1965, memoria difensiva scritta per l'impossibilità, poiché oramai malato di tumore, di presentarsi in tribunale per difendersi nel processo per apologia di reato intentatogli da un gruppo di reduci a causa delle sue dichiarazioni a sostegno dei giovani obiettori di coscienza che rifiutavano il servizio militare, richiamava il senso unico e profondo del suo lungo, straordinario lavoro nella scuola di Barbiana.

Me ne importa, mi sta a cuore è una dichiarazione di impegno politico, prima che umano, che è alla base dell'insegnamento di don Milani.

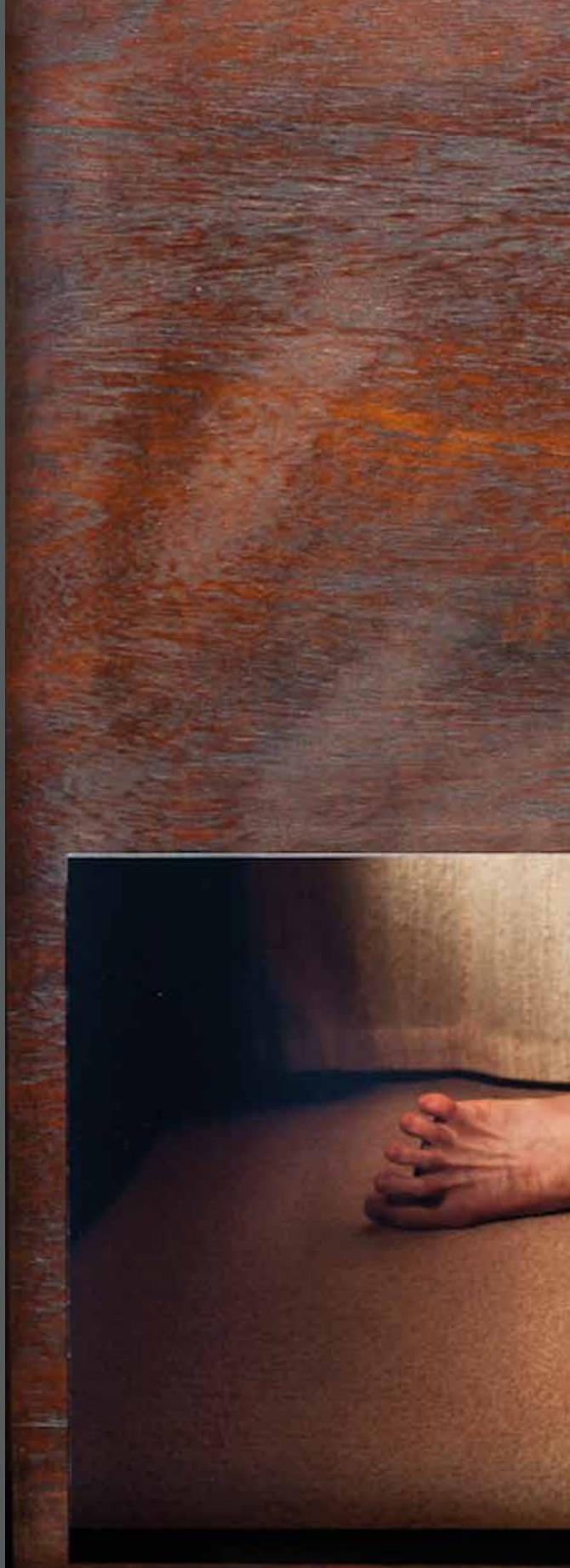
Prendersi cura dei giovani, in uno sperduto paese dell'appennino Toscano, negli anni '50 del secolo scorso, non con un approccio pietistico e rassegnato, ma con l'intento di far crescere in loro la **consapevolezza** della loro condizione, dei loro diritti, del significato di giustizia, che va oltre il concetto di legalità, è stato un atto rivoluzionario che **ha scosso le coscienze** di coloro che, facili all'oblio e troppo intenti ad agganciare l'incipiente *boom* economico del dopoguerra, poco si interessavano delle condizioni di deprivazione, ignoranza e abbandono in cui versava larga parte della popolazione del nostro paese. La scuola è stata il campo di battaglia di don Milani, perché coglieva in essa lo strumento più potente per l'affrancamento dalle condizioni di miseria e sfruttamento, che

si tramandavano di generazione in generazione, proprio a causa di quella che oggi chiamiamo **povertà educativa**. Ma, affinché questo processo di liberazione potesse prendere corpo, bisognava trasformare la scuola da “ospedale che cura i sani e respinge i malati”, cioè interessata solo a educare e formare chi si trovava in condizioni di vantaggio sociale ed economico, a laboratorio di sperimentazione universale per la **formazione delle coscienze** e l'educazione di tutti, a partire dai più fragili. Principi quali la personalizzazione del processo educativo, la collaborazione e la solidarietà, l'insegnamento reciproco, il rifiuto dei voti, la scrittura collettiva, l'incontro con esperti, tra le fondamenta della scuola di Barbiana, sono poi divenuti nel tempo oggetto di riflessione, dibattito, sperimentazione e applicazione negli ambienti accademici e nelle scuole di tutto il mondo.

L'eredità di don Milani è una miniera inesauribile, che continua a restituire pietre preziosissime a tutti coloro che hanno la volontà e il desiderio di continuare a scavare tra le rocce e la polvere delle convenzioni consolidate, delle consuetudini, della rassegnazione. E quell'espressione, che don Milani affisse nella scuola di Barbiana, *I care*, è un richiamo rivolto a tutti, e a ciascuno, all'impegno civile e politico per la costruzione e manutenzione di una **società più equa, inclusiva e solidale**. O, semplicemente, più giusta.

Comfort Object di Briggs Jonny

L'immagine disorienta. Ritagli di foto scomposti e sovrapposti tra loro. Due teste, gambe incrociate disgiunte dal corpo, mentre due braccia accolgono, cingendolo, il volto di un uomo. La cura dell'altro non ha forme stabilite. Esiste anche se i canoni sono rovesciati. L'immagine sembra infatti ispirarsi all'iconografia della Pietà, ma non è la madre che accoglie il figlio, è il figlio che tiene e stringe nel proprio grembo il volto del padre. Stessa solennità e intima partecipazione. La forma è inusuale, la confusione delle forme è voluta. L'opera racconta dell'amore, della premura e dell'impegno verso l'altro. Classe 1985, Jonny Briggs è tra le più interessanti figure emergenti del panorama artistico britannico. La sua ricerca fotografica si è arricchita nel tempo di sculture, oggetti e di interventi in tessuto e video. Briggs ha mantenuto un forte legame con il suo luogo d'origine, il Berkshire e la sua natura, dove fa ritorno ogni volta che deve elaborare nuove idee. La sua famiglia è inoltre fonte d'ispirazione creativa, materia prima delle sue opere, nelle quali appaiono spesso i genitori, i parenti o materiali domestici come oggetti e fotografie di famiglia. L'opera è formata da cinque fotografie montate in un'unica composizione. Il titolo prende in prestito il termine dalla psicoanalisi che spiega l'attaccamento infantile a un oggetto usato come surrogato della figura genitoriale. Qui l'artista propone un'immagine in cui lui e il padre vestono gli stessi abiti, simili sono anche i tratti del viso; in grembo tiene la testa del genitore creando così una confusione identitaria che spinge l'osservatore a interrogarsi sulle finalità dei ruoli. Non esistono ruoli, modi o generi per avere cura di chi ne ha bisogno e non possono esserci interventi di cura automatici e anonimi. Avere cura dell'altro presuppone un atto di responsabilità. Significa andare oltre ai luoghi comuni, ai valori stereotipati della compassione e dell'aiuto, significa abbracciare una visione nuova e pensare alla cura come completamento dell'essere umano, come crescita personale. La cura dell'altro come condizione umana.



Briggs Jonny, "Comfort Object", 2012, Fondazione di Modena, presente nel catalogo multimediale <https://raccolte.acri.it>



Welfare, continuiamo ad agire insieme

**FRANCA MAINO, DIRETTRICE SCIENTIFICA
DI PERCORSI DI SECONDO WELFARE,
ILLUSTRA LE AZIONI CHE IL NON PROFIT
E LE AZIENDE STANNO REALIZZANDO NEL
CAMPO DEL WELFARE E CHE ANDREBBERO
INCENTIVATE**





Franca Maino

Il secondo welfare riconosce un ruolo ad attori che non fanno parte del pubblico nell'affrontare le sfide e i problemi che abbiamo nel nostro sistema di welfare, proponendo un modello che non dia per scontato che le soluzioni debbano arrivare solo dalle istituzioni, ripensando il concetto di cosa pubblica in un'ottica ancora più inclusiva

Franca Maino è direttrice scientifica di Percorsi di secondo welfare e professoressa associata al Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano. Con lei abbiamo parlato di welfare in Italia.

Qual è lo stato di salute del sistema di welfare in Italia oggi?

Sul sesto rapporto di Percorsi di secondo welfare, intitolato "Agire insieme", pubblicato a dicembre 2023, abbiamo parlato di un futuro incerto del sistema di welfare. Mi sembra che oggi questa espressione rimanga valida se non addirittura rafforzata. Nel nostro Paese la povertà continua a crescere, permangono i problemi del nostro sistema sanitario, dell'accesso alla casa e al lavoro. Ci sono persone in condizioni di vulnerabilità che hanno bisogno di risposte e di azioni concrete senza le quali potrebbero scivolare in situazioni di fragilità ancora più severa.

Che ruolo può giocare in questo senso il secondo welfare?

Il secondo welfare riconosce un ruolo ad attori

che non fanno parte del pubblico nell'affrontare le sfide e i problemi che abbiamo nel nostro sistema di welfare. Si propone un modello che non dia per scontato che le soluzioni e le riposte debbano arrivare solo dalle istituzioni, ripensando il concetto di cosa pubblica in un'ottica ancora più inclusiva. Certamente le istituzioni non devono arretrare e il loro contributo rimane fondamentale, ma c'è uno spazio dove può e deve nascere una collaborazione con altri attori della nostra società, profit o non profit, per progettare, decidere, utilizzare risorse e costruire una logica non di subordinazione ma di mutuo scambio. In questo modo sono le persone, con i loro bisogni, che possono diventare protagoniste del cambiamento, superando una logica assistenzialista e passivizzante. Bisogna ribilanciare il rapporto tra Stato ed enti subnazionali, regionali e locali, riconoscendo il fatto che le risposte possono arrivare anche dal basso.

Come si può agevolare questo processo?

Il nostro Paese ha una storia molto lunga di decentramento e trasferimento di competenze,

poteri e responsabilità ai livelli inferiori di governo; è un fenomeno riconosciuto anche nella nostra Costituzione. Negli ultimi due decenni, costellati da crisi ed emergenze di vario tipo, le amministrazioni locali hanno sofferto una riduzione di risorse, ma sono riuscite a reagire anche riconoscendo il valore di attori non pubblici e iniziando a collaborare. In questo modo hanno reso i territori contesti fertili per l'innovazione sociale, per un approccio di prossimità e di comunità. Non si tratta di scaricare completamente tutte le responsabilità al locale ma di trovare un giusto equilibrio. L'individuazione di risorse, ad esempio, può comprendere anche i soggetti privati del territorio, oltre allo Stato, che deve senz'altro continuare a contribuire. Peraltro, le risorse non sono solo di tipo economico-finanziario, ma possono essere anche competenze o conoscenze; la stessa prossimità è una risorsa e un valore importantissimo. L'abitudine a essere prossimi, essere vicini ai bisogni, a comprenderli, a interpretarli, a farli emergere, è il punto di partenza per ripensare qualsiasi tipo di intervento, ribaltando quella logica che definiamo prestazionale. Bisogna che i servizi e le prestazioni si incontrino e si colleghino con i nuovi bisogni della popolazione. Si deve ripartire dalla centralità delle persone, delle famiglie e anche delle organizzazioni, che possono avere un ruolo attivo nel disegnare, realizzare e gestire gli interventi. Le organizzazioni, inoltre, possono contribuire sul piano organizzativo: hanno personale, idee e competenze.

Quali sono gli strumenti collaborativi che possono contribuire a cambiare il sistema di welfare?

Da alcuni anni abbiamo a disposizione la possibilità di ricorrere alla co-programmazione e alla co-progettazione grazie alla riforma del Terzo settore. In particolare, l'articolo 55 del nuovo Codice ha riconosciuto il valore dell'azione congiunta nei processi decisionali, nella collaborazione orizzontale e paritetica delle istituzioni pubbliche e dei soggetti del Terzo settore nell'affrontare le sfide comuni. In più si riconosce il fatto che sia proprio il Terzo settore a poter proporre e ad avanzare la richiesta della co-progettazione. Così facendo si ribadisce e sottolinea che questo tipo di proposta non spetti esclusivamente all'istitu-

6 Grazie a una normativa frutto di contrattazione tra le parti, abbiamo visto crescere e svilupparsi piani di welfare aziendale a beneficio dei lavoratori e delle lavoratrici; le novità più interessanti riguardano il fatto che il welfare aziendale, nato nelle grandi aziende, oggi è oggetto di interesse anche da parte delle imprese medie e medio-piccole,



zione pubblica, ma possa essere anche avanzata da altri attori. Ovviamente questo articolo fa riferimento alle istituzioni pubbliche e ai soggetti del Terzo settore, ma in queste esperienze di *governance* collaborativa ha trovato spazio, ascolto e voce anche il privato profit che ha contribuito con le proprie risorse. Bisogna lavorare ancora di più affinché gli strumenti oggi a disposizione siano valorizzati nella loro massima espressione, siano rafforzate le reti multi-attore e favoriti l'inclusione e il coinvolgimento da parte degli attori del mondo produttivo.

Approfondiamo il tema del privato profit: come si colloca in questo quadro il welfare aziendale?

Quello a cui abbiamo assistito in questi 15 anni è stato un ritorno di attenzione verso il welfare aziendale. Anche in questo caso, grazie a una normativa frutto di contrattazione tra le parti, abbiamo visto crescere e svilupparsi piani di welfare aziendale a beneficio dei lavoratori e delle lavoratrici. Le novità più interessanti riguardano il fatto che il welfare aziendale, nato nelle gran-

di aziende, oggi è oggetto di interesse anche da parte delle imprese medie e medio-piccole. Abbiamo anche osservato casi in cui dei contratti aziendali, che mettono d'accordo gli interessi dei datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanze, vengono adottati da altre imprese o addirittura coinvolgono lavoratori di più aziende. L'altro fronte che si sta sviluppando è quello del cosiddetto welfare aziendale territoriale, in cui vediamo le aziende partecipare a quelle reti multi-attore che menzionavo prima. In questo caso il privato profit fornisce risorse, prestazioni o interventi che non sono solo rivolti ai propri dipendenti, ma aperti anche a chi vive nel territorio su cui opera l'impresa. L'esempio più chiaro è quello dei servizi per l'infanzia come gli asili aziendali: il tempo ha dimostrato che non sono sempre funzionali, poiché bisogna avere un numero ampio di dipendenti sul territorio e le famiglie non amano portare i figli sul luogo di lavoro. Meglio, dunque, dislocare l'asilo nido mettendolo a disposizione e aprendolo anche alle famiglie del territorio, aggregando così la domanda e rendendo sostenibile l'operazione e l'offerta. Ci sono anche aziende

6 Il mondo delle imprese fa sempre più attenzione agli obiettivi ESG, che possono contribuire in termini di accrescimento di responsabilità sociale; soprattutto le medie e piccole imprese hanno un incentivo formalmente riconosciuto in questo senso a sperimentarsi sul fronte del welfare e delle tutele,

che stanno lavorando su servizi per sostenere le famiglie nei periodi delle vacanze scolastiche o in fasce orarie in cui le strutture scolastiche ed educative sono chiuse, ma con l'obiettivo di farlo sia per i propri dipendenti che per chi abita il territorio. Un altro esempio può essere quello del settore chimico o farmaceutico, con aziende che aprono ambulatori o presidi medici anche alla cittadinanza.

Quali sono i passi da percorrere nel futuro?

In un'ottica generale penso sia importante tenere in considerazione che abbiamo avuto l'Agenda 2030 a fare da guida e, adesso che ci avviciniamo rapidamente al 2030, serve un nuovo punto di riferimento che possa far convergere riflessioni e obiettivi di una comunità mondiale impegnata ad affrontare le sfide del nostro tempo. Il mondo delle imprese fa sempre più attenzione agli obiettivi ESG, che possono contribuire in termini di accrescimento di responsabilità sociale; soprattutto le medie e piccole imprese hanno un incentivo formalmente riconosciuto in questo senso a sperimentarsi sul fronte del welfare e

delle tutele. In particolare, il tema della *governance* è molto importante, perché insiste sulla questione della valorizzazione degli attori. Le aziende si interrogano sull'importanza che gli *stakeholder* hanno e vanno alla ricerca di nuove alleanze o potenziano le alleanze già in essere per affrontare insieme le sfide.

“Agire insieme” rimane un concetto centrale dunque?

In effetti, il titolo che abbiamo dato al sesto rapporto di Percorsi di secondo welfare, rimane una bussola, una chiave interpretativa ma anche un po' un punto di riferimento su come auspicabilmente si dovrebbe lavorare. Su questo vorrei spendere qualche parola anche sul ruolo delle Fondazioni, che sul tema dell'agire insieme hanno contribuito enormemente negli ultimi decenni. Non va ovviamente sottovalutato l'apporto in termini di risorse erogate, ma le Fondazioni hanno anche generato idee e pensiero, sostenendo il cambiamento di cui abbiamo parlato e agevolando concretamente quell'“Agire insieme” che può fare la differenza.

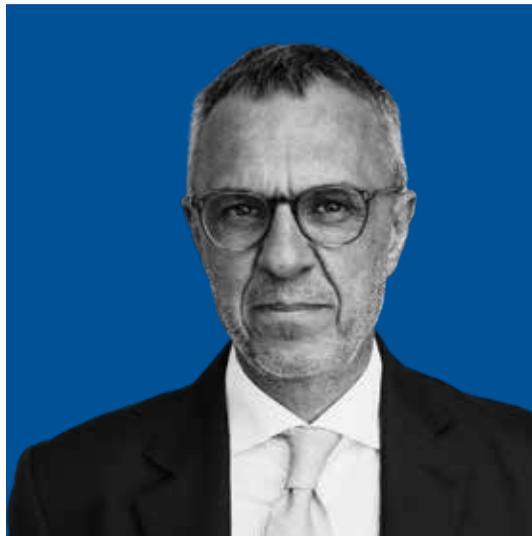
Re-Care Salute si prende cura delle persone senza dimora

Re-care Salute è un progetto sostenuto da Fondazione Con il Sud che, a Palermo, ha consolidato una rete territoriale in grado di rispondere ai bisogni di cura delle persone senza dimora, con una specifica attenzione alla tutela della salute mentale e favorendo percorsi di accompagnamento all'autonomia.

Il progetto si articola in 4 presidi territoriali e 3 unità di strada, che si recano presso i luoghi frequentati dai senza dimora, distribuiscono beni di prima necessità (kit igienico-sanitari e alimentari), si attivano con interventi di mediazione, ascolto e dialogo, al fine di conoscere le storie personali, comprendere i bisogni e tracciare possibili percorsi di miglioramento delle condizioni di vita. Quando necessario, gli utenti intercettati vengono accompagnati presso i servizi territoriali per effettuare screening generali e visite specialistiche o vengono segnalati per una successiva presa in carico da parte di un'equipe composta dal Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Provinciale, dai servizi sociali e dai referenti di Terzo settore coinvolti nel progetto.

Per ogni persona presa in carico viene formulato un PTI (Progetto Terapeutico Individuale) per l'erogazione di trattamenti socio-riabilitativi a valenza terapeutica, pedagogica, farmacologica, relazionale e socializzante. A fronte del percorso di cura vengono elaborati percorsi di accompagnamento all'autonomia, volti a riconoscere concreta dignità e diritti alle persone senza dimora. Si facilitano interventi di supporto all'abitare, attività di inclusione sociale e lavorativa e, parallelamente, si lavora all'informazione e sensibilizzazione della comunità.





Le famiglie non solo si occupano dell'organizzazione nei vari aspetti dell'assistenza, con il peso emotivo e fisico che questa comporta. Possono continuare a reggere senza un supporto di legame e di comunità che contribuisca a cambiare i modelli di cura?

La famiglia, pilastro della cura in Italia

di **GIOVANNI FOSTI**

Associate professor of Practice di Welfare e Innovazione sociale presso SDA Bocconi School of Management

Giovanni Fosti è un esperto di sistemi di welfare, politiche pubbliche e forme di gestione nei servizi sociali e socio-sanitari ed è autore di numerosi saggi e articoli scientifici.

Il pilastro del sistema di cura oggi, in Italia, è la famiglia. Si può parlare, infatti, di sistema di welfare “familiare”. La centralità della **famiglia** nel sistema di cura è andata sviluppandosi di pari passo con un modello di spesa sociale molto orientata verso i trasferimenti monetari (assegni familiari, bonus e indennità di accompagnamento, che rappresentano quasi i ¾ delle risorse) e poco verso i servizi, con un sistema di interventi sociali molto frammentato dal punto di vista degli attori, delle risorse e degli interventi, a cui famiglie sufficientemente forti potevano fare fronte agendo come elemento di ricomposizione. Tuttavia, in soli venti anni, le famiglie unipersonali sono passate dal 20% al 32%, arrivando al 50% nelle grandi città; le madri over40 sono passate dal rappresentare il 3,1% nel 2002 al 6,2% nel 2012; infine, si stima che gli over85 saranno 3 milioni nel 2030. Il modello, dunque, non tiene conto della struttura delle nuove famiglie, dell'**evoluzione della società** e del conseguente emergere di nuovi fenomeni e bisogni sociali, come la denatalità, il fenomeno dei NEET, i *working poor*, le difficoltà nella conciliazione dei tempi di vita e di lavoro. Il sistema di welfare che faceva perno sulla forza delle famiglie e delle reti familiari, sostenute da trasferimenti monetari con cui auto organizzare risposte ai propri bisogni, necessita un ripensamento. Particolarmente problematica, per le famiglie, che spesso non riescono a garantire un'assistenza continua e sufficiente ai propri cari, è **l'organizzazione della cura**. È il motivo per il quale questo “sistema familiare” ha portato allo sviluppo di un mercato di lavoro e servizi “informale”, a bassa competenza, che fatica a rispondere ai bisogni di cura emergenti, rendendo, di fatto, i nuclei familiari dei nuovi datori di lavoro. Sono infatti circa 1 milione le cosiddette badanti, dato che supera di gran lunga quello dei dipendenti dell'intero Servizio Sanitario Nazionale (di poco superiore alle 600.000 unità). È evidente, sulla base di questi dati, la posizione residuale della *governance* pubblica rispetto al tema della non autosufficienza, e la prevalenza del peso economico e organizzativo sulle famiglie.

Il presidio complessivo del **sistema di cura familiare**, inclusa l'organizzazione del sistema di cura informale, è in carico alla generazione cosiddetta “sandwich”, cioè una fascia di popolazione tra i 45 e i 50 anni, schiacciata dalla necessità di doversi occupare contemporaneamente di figli e genitori, oltre che del proprio percorso professionale e di vita, dovendosi fare carico del peso emotivo e anche fisico che il lavoro di cura comporta. Nelle reti sociali che “si accorciano”, aumentano le solitudini, diminuiscono le risorse di cura che si attivano nel contesto familiare, cresce la complessità organizzativa, lievitano le spese associate all'assistenza. Non sono poche, tra le famiglie, quelle che si trovano in condizioni di difficoltà anche sotto il profilo economico, e faticano ad affrontare i costi necessari per prendersi cura dei propri cari. La povertà relativa, infatti, riguarda il 10,6% dei nuclei familiari e tra i più colpiti risultano i nuclei composti da genitori under45 e con 3 o più figli a carico. Più in generale, anche per famiglie in condizioni meno critiche, la presenza di una condizione di non autosufficienza può rappresentare un fattore di impoverimento. Che servano più risorse è evidente, ma è molto complesso definirne le fonti e la reale capacità del paese di metterle a disposizione, in tempi sufficientemente rapidi. In tempi più veloci, è possibile investire su percorsi di innovazione che aprano linee di connessione tra famiglie sempre più isolate, riportando il tema della cura dentro una dimensione meno individuale e familiare, e più comunitaria e di legame. **Processi di innovazione sociale** orientati in questa direzione avrebbero il compito di avviare percorsi di ricomposizione in un sistema di cura sempre più frammentato, dove frammentazione significa isolamento delle persone più fragili, isolamento dei propri familiari, inefficienza nelle risposte, impoverimento delle famiglie. Un terreno abbandonato in cerca di innovatori sociali che credano nell'investimento di legame e di comunità come leva per fronteggiare le sfide che la demografia e la struttura sociale del nostro paese pongono in questi anni.

Sanità e sociale, una frattura da sanare

**INTERVISTA A ROBERTO SPEZIALE,
PRESIDENTE NAZIONALE ANFFAS E
COORDINATORE DELLA CONSULTA WELFARE
DEL FORUM TERZO SETTORE**





Roberto Speziale

Welfare in Italia, i dati sono impietosi: a fronte di bisogni crescenti, soprattutto legati all'invecchiamento, le risorse continuano a essere inadeguate e ben al di sotto della media europea. Questo compromette la possibilità di assicurare il diritto di accesso alle cure

«All'interno delle politiche socio-sanitarie del nostro Paese, il Terzo settore ha un ruolo assolutamente determinante e la pandemia lo ha dimostrato in maniera lampante. Ma sussidiarietà non vuol dire supplenza, come ha ribadito la Corte Costituzionale: il non profit deve essere coinvolto a monte, nella co-progettazione degli interventi. Solo così si può mettere a frutto tutto il suo potenziale di conoscenze e di prossimità. Con la riforma del Terzo settore, ci siamo incamminati nella giusta direzione, ma c'è ancora tanta strada da fare. Soprattutto, resta ancora da sanare l'immotivata frattura tra il settore sanitario e quello sociale». Roberto Speziale è il presidente di Anffas, l'associazione nazionale di famiglie e persone con disabilità intellettive e disturbi del neurosviluppo e il coordinatore della Consulta Welfare del Forum Terzo Settore. Con lui abbiamo cercato di capire meglio quale sia il ruolo del Terzo settore all'interno del nostro sistema di welfare.

Come sta il welfare in Italia?

I dati sono impietosi: a fronte di bisogni crescenti, soprattutto legati all'invecchiamento della popolazione, nel nostro Paese le risorse continuano a essere assolutamente inadeguate e ben al di sotto della media europea. Questo compromette la possibilità di assicurare il diritto di accesso alle cure e, più in generale, al benessere. Perché, tanto sul versante sanitario, quanto su quello socio-sanitario, l'Italia continua a registrare crescenti criticità, indotte, oltre che dalla scarsità di risorse messe a disposizione, anche da una ormai acclarata carenza di figure professionali, non solo medici, ma anche professionisti socio-sanitari ed educatori. Tutto questo allunga a dismisura le liste d'attesa per le prestazioni, a volte arrivando perfino a negare nei fatti il diritto alla salute riconosciuto dalla Costituzione. A lungo andare questo indebolisce la prevenzione e, quindi, trasforma in croniche molte situazioni che potrebbero essere gestite meglio se affrontate per tempo, con minori

costi per il sistema e una migliore qualità di vita per i cittadini.

Rispetto alle risorse, il PNRR ha rappresentato un'inversione di tendenza?

Il PNRR ha previsto due misure dedicate al tema della salute (la 5 e la 6), che hanno stabilito uno stanziamento importante di risorse per riorganizzare e ammodernare il nostro sistema socio-sanitario. Ci sono stati risultati importanti, ma si è trattato prevalentemente di risorse che hanno sanato antichi ritardi a livello di infrastrutture, senza intaccare minimamente però il funzionamento del sistema. Ad esempio, la riforma della presa in carico delle persone anziane non autosufficienti era partita molto bene, con il coinvolgimento di tanti soggetti attivi in questo campo ma, in seguito, con i decreti attuativi, ha preso tutta un'altra strada. Il risultato è stato che non ha prodotto nessun beneficio né alle persone anziane né alle loro famiglie, perché non è andato incontro alle loro reali necessità.

Nel PNRR ci sono anche le “case della comunità”.

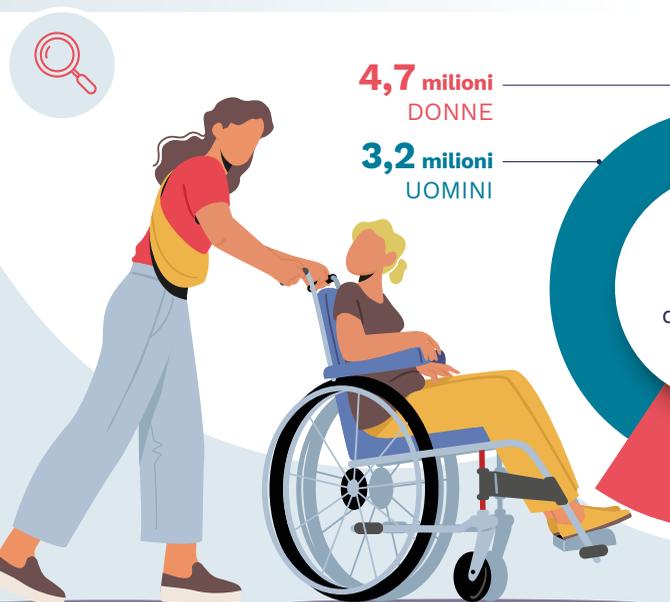
Questa è un'innovazione che aspettavamo da tanto tempo. È una misura che tutto il Terzo settore ha molto a cuore e sulla quale c'è stata una grande elaborazione “dal basso”, perché in questi luoghi si potrebbe finalmente ricomporre l'insensata frattura tra sanitario e sociale, che attualmente hanno competenze frammentate tra Regioni e Comuni, immaginando, invece, servizi socio-sanitari integrati, volti al benessere dei cittadini, coinvolgendo attivamente la cittadinanza e il Terzo settore. Inizialmente ne erano previste circa 1.400 in tutta Italia, poi il numero è stato rivisto, ma la misura stenta a decollare e c'è il rischio che si tratti, anche in questo caso, di una transizione mancata.

Cosa non funziona nel sistema?

La riforma della Costituzione, che ha attribuito la competenza del sistema sanitario alle Regioni, ha contribuito ad aggravare la

I caregiver in Italia

Persone che si prendono cura o assistono altre persone (familiari e non) con problemi dovuti all'invecchiamento, patologie croniche o infermità



Fonte: Istat, Censis

Il PNRR ha dimostrato che le risorse sono importanti, ma da sole non bastano. C'è bisogno di un cambio di mentalità e di riconoscere finalmente il ruolo strategico del Terzo settore

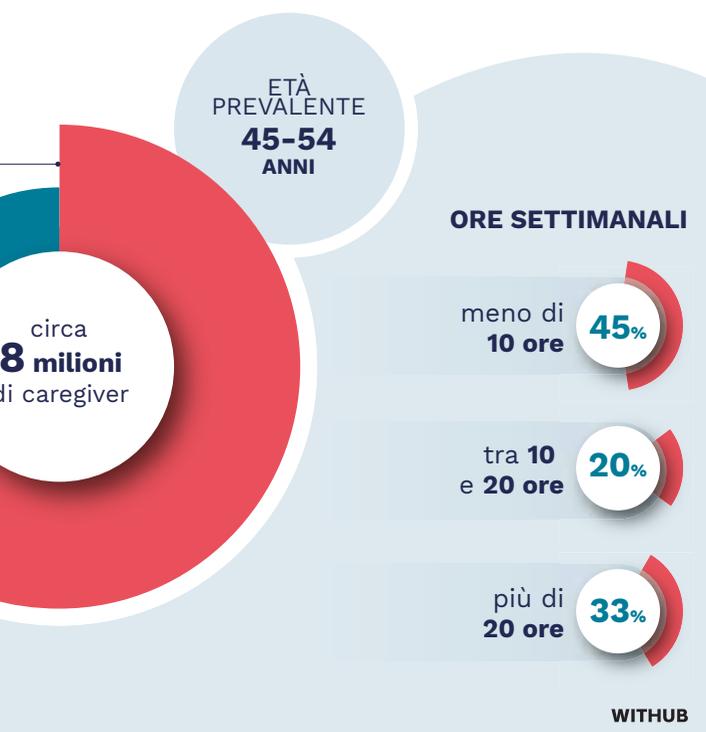
situazione. Nelle intenzioni del legislatore, la riforma aveva l'obiettivo di migliorare il sistema, nella convinzione che, avvicinando i responsabili delle decisioni agli utilizzatori dei servizi, si sarebbero ridotti gli sprechi, responsabilizzati i decisori e attivati i cittadini nel controllare la qualità. Questo avrebbe dovuto portare a un generalizzato e uniforme miglioramento del sistema. Ma non è andata affatto così, anzi la qualità è peggiorata e la disparità tra i territori è aumentata. E la recente riforma dell'autonomia differenziata non farà che aggravare ulteriormente questa situazione. Salute, cura, benessere sono diritti dei cittadini di "rango costituzionale": non possono essere alla mercé della politica dei governi, distribuendone l'onere.

In questo scenario, qual è il ruolo del Terzo settore?

Il PNRR ha dimostrato che le risorse sono importanti, ma da sole non bastano. C'è bisogno di un cambio di mentalità e di riconoscere finalmente il ruolo strategico del Terzo settore. Per prossimità, capacità di adattarsi e *know how* accumulato, il non profit italiano detiene un preziosissimo patrimonio che non possiamo permetterci di disperdere, ma che anzi dobbiamo cercare in tutti i modi di valorizzare nei modi più opportuni.

E lo stiamo facendo?

Non completamente. Troppo spesso il Terzo settore italiano è stato visto come un semplice fornitore di servizi socio-sanitari (a basso costo); rappresenta invece la concreta applicazione del principio costituzionale della sussidiarietà orizzontale. È un sistema che rappresenta un unicum al mondo, per caratteristiche, storia, originalità. Se non ci fosse, milioni di cittadini in difficoltà, famiglie con persone anziane o con disabilità non avrebbero alcun supporto. L'abbiamo visto in modo evidente negli anni del Covid: senza la capacità dimostrata dalle organizzazioni non profit di



**6 La Riforma sulla
disabilità ha messo
in campo una vera
rivoluzione copernicana
unificando il sistema
di accertamento e
introducendo il Progetto
di Vita individuale,
personalizzato e
partecipato 9**

riorganizzarsi per intervenire tempestivamente, con modalità spesso innovative, l'impatto sociale della crisi sanitaria sarebbe stato decisamente peggiore.

La riforma del 2016 incentiva la coprogettazione e la coprogrammazione tra la Pubblica amministrazione e il Terzo settore. Come sta andando?

L'accento posto dalla riforma sulla coprogettazione e coprogrammazione è stata una straordinaria innovazione, ma c'è ancora bisogno di strutturare le forme di collaborazione. È necessaria un'opera diffusa di formazione dei responsabili della PA sui nuovi scenari aperti dalla riforma e sulle loro ricadute pratiche. In questi giorni, su iniziativa del Forum del Terzo settore, è stato insediato un tavolo nazionale che intende avviare un percorso condiviso con il Ministero del lavoro, proprio per diffondere la conoscenza di questi nuovi strumenti affinché possano essere attuati concretamente. È necessario un sistema eti-

co condiviso, che renda chiari i rispettivi ruoli, le regole e la necessaria trasparenza.

Un'ultima domanda. Cosa pensa della recentissima riforma sulla disabilità?

Il giudizio è decisamente positivo. È stata messa a punto prevedendo un pieno coinvolgimento del Terzo settore e delle famiglie e sta mettendo in campo una vera rivoluzione copernicana nell'approccio alle disabilità: unificando il sistema di accertamento e introducendo il "Progetto di Vita individuale, personalizzato e partecipato", cioè un percorso multidimensionale che prevede l'accompagnamento verso l'individuazione dei diversi sostegni necessari per l'autonomia delle persone con disabilità in tutte le fasi della loro esistenza, dalla scuola al lavoro. E, poi, compie un ribaltamento dei paradigmi - non solo lessicali - ma anche culturali: d'ora in poi lo Stato utilizzerà solo l'espressione "persone con disabilità", riconoscendo la centralità della persona.



ORA - Orientamento, Rete, Ascolto

Prendersi cura di una persona affetta da Alzheimer o altre forme di demenza può intimorire e disorientare, spesso ritardando una richiesta di supporto che invece potrebbe dare un grande aiuto. Per questo è nato il progetto “ORA - Orientamento, Rete, Ascolto”: ideato e promosso da Fondazione Cariparo, con il sostegno di Intesa San Paolo, offre supporto psicologico ai *caregiver* di persone affette da Alzheimer, decadimento cognitivo o demenze, e formazione sulle competenze necessarie per gestire il malato in assistenza domiciliare.

Cinque centri di ascolto sono stati attivati a Padova, Rovigo, Este, Camposampiero, Pontelongo. Qui i *caregiver* (familiari, badanti, operatori socio-sanitari, personale infermieristico) possono accedere a colloqui individuali e di gruppo con i neuropsicologi e frequentare seminari e corsi di formazione dedicati alla gestione della cura del paziente con decadimento cognitivo. Inoltre, sono stati previsti specifici corsi di formazione rivolti ai medici di famiglia, per la gestione integrata del paziente con demenza o Alzheimer.

Il progetto Ora ha effettuato oltre 4mila colloqui psicologici, ha coinvolto quasi 1.700 partecipanti nei corsi di formazione e circa 1.000 nei seminari.



Di fronte a uno scenario in cui aumentano i bisogni, invecchia la popolazione, cresce la povertà, dobbiamo sperimentare e diffondere nuovi modelli che puntino su forme di partenariato pubblico-privato e sulla sussidiarietà,

Qualità del welfare e vitalità della democrazia

di **GIORGIO VITTADINI**

Presidente Fondazione per la Sussidiarietà

Giorgio Vittadini è professore ordinario di Statistica all'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Nel 2002 ha fondato e tutt'ora presiede la Fondazione per la Sussidiarietà, un think tank nato con lo scopo di fare della cultura sussidiaria un valore condiviso e un fermento di iniziative sociali, economiche e istituzionali

A

ppena l'8% della popolazione mondiale vive nell'Unione europea, eppure questi Paesi consumano il 58% della spesa globale per il welfare. È un dato che deve farci riflettere. Di fronte a uno scenario caratterizzato da aumento dei bisogni, invecchiamento della popolazione, diminuzione della speranza di vita "buona", crescita della povertà, non possiamo certo rinunciare all'idea del welfare universalistico, che è la grande conquista del nostro continente, ma dobbiamo sperimentare e diffondere nuovi modelli che puntino su forme di **partenariato pubblico-privato** e sulla sussidiarietà.

Tutti ne parlano ma pochissimi la attuano davvero. La **sussidiarietà** è entrata in Costituzione quasi 25 anni fa, ma ancora non è universalmente condivisa la convinzione che il welfare del nostro Paese vada gestito coordinando armoniosamente il pubblico e il non profit. C'è, innanzitutto, una resistenza che ha radici ideologiche "novecentesche", ancorate a visioni che si contrappongono: da un lato fa tutto lo Stato, dall'altro fa tutto il Mercato. Entrambi questi sistemi hanno fallito e, negli ultimi vent'anni, in tutto il mondo, a partire dai 17 Obiettivi Onu per lo sviluppo sostenibile, si sta diffondendo una grande apertura sul tema della cooperazione. Nel nostro Paese, una spinta determinante in questa direzione c'è stata con il Codice del Terzo settore che, come chiarito dalla Corte Costituzionale, ha promosso l'introduzione della **coprogettazione** e della **co-programmazione**. Recentemente la Fondazione per la Sussidiarietà ha realizzato un'indagine per monitorarne il grado di applicazione in Lombardia, dalla quale è emersa una grande difficoltà a "mettere a terra" queste due pratiche perché la pubblica amministrazione è impreparata e intimidita dalla novità. C'è

bisogno di far capire, in maniera diffusa, che questo principio può diventare una prassi amministrativa. È necessario accompagnare questa innovazione, facendo formazione per dirigenti e funzionari della Pubblica amministrazione territoriale.

Un altro pilastro del welfare italiano sono le **famiglie**. Lo sono perché contrastano la perdita demografica, supportano l'istruzione, si prendono cura di anziani e persone con disabilità. A differenza di quanto accade, ad esempio in Francia, le risorse messe a disposizione per le famiglie continuano a contrarsi. Inoltre, il nostro sistema prevede principalmente trasferimenti individuali di denaro e non servizi, producendo sprechi e inefficienze. Esiste, infine, uno stretto legame tra qualità del welfare e vitalità della democrazia. Purtroppo si è ormai diffusa un'idea di **democrazia** "ridotta", che è la democrazia del voto. Ma quello che distingue i sistemi democratici dalle cosiddette "democrazie" (ad esempio, Russia e Turchia), è proprio la presenza dei **corpi intermedi**. Perché la vera democrazia si fonda sulla partecipazione dei corpi intermedi che, auto-organizzandosi, contribuiscono alla cura del bene comune. La politologa Nadia Urbinati ha ribadito in diversi studi come una democrazia caratterizzata da corpi intermedi liberi e vitali ha in sé gli anticorpi per contrastare l'emergere del populismo. Invece, in Italia, negli ultimi vent'anni ha imperato una retorica della **disintermediazione**, che ha denigrato i corpi intermedi, propinando la visione di una *leadership* che si rivolge direttamente al popolo e decide rapidamente, evitando ritardi e possibilità di contraddittorio. Ci siamo finalmente resi conto che una democrazia senza corpi intermedi non può funzionare e stiamo tornando indietro.

Il lavoro di cura è lavoro e non può ricadere solo sulle donne

INTERVISTA A BARBARA LEDA KENNY,
*SENIOR GENDER EXPERT DELLA
FONDAZIONE BRODOLINI*





Barbara Leda Kenny

6 **Viviamo in una cultura che considera che per le donne il lavoro sia una scelta, una possibilità, e che il loro primo luogo di realizzazione sia la casa; eppure, questo non solo non è vero, perché le donne vogliono lavorare, ma non è nemmeno sostenibile** 9

Senior gender expert della Fondazione Brodolini, Barbara Leda Kenny si occupa di politiche di genere, è socia fondatrice di Tuba, la libreria delle donne di Roma e, dal 2017, una delle ideatrici e curatrici di inQuiete, Festival di scrittrici a Roma, nonché caporedattrice della rivista inGenere. L'abbiamo intervistata per parlare del ruolo delle donne nel lavoro di cura in Italia.

Il lavoro domestico e di cura, in Italia, ancora ricade principalmente sulle donne. Perché persiste questo fenomeno?

La persistenza è culturale. In Italia vige la convinzione che il miglior luogo di cura sia la famiglia e che, nella famiglia, le persone con la capacità di prendersi cura siano le donne. Questa convinzione si riflette in un welfare spesso insufficiente o inadeguato, frutto di politiche che continuano a pensare la famiglia in termini tradizionali: non solo basate su una divisione dei ruoli, in cui gli uomini principalmente lavorano e le donne

principalmente si prendono cura, ma anche basate sulla prossimità, quindi su forme di solidarietà intergenerazionale che necessitano la vicinanza geografica. Ma, soprattutto, si riflette in una economia che si basa sul lavoro invisibile e gratuito delle donne.

Quali sono le conseguenze del peso del lavoro di cura sul percorso professionale delle donne?

In Italia siamo fanalino di coda europeo per la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Abbiamo un problema di quantità, quindi relativo al numero di donne che accedono al mercato del lavoro, e di qualità, ossia a quali condizioni accedono quelle che riescono ad entrare. C'è un nesso evidente tra i due fattori. Viviamo in una cultura che considera che per le donne il lavoro sia una scelta, una possibilità, e che il loro primo luogo di realizzazione sia la casa. Eppure, questo non solo non è vero, perché le donne vogliono lavorare, ma non è nemme-

no sostenibile: fare un figlio contando su un solo stipendio in molti casi non è possibile se non è compensato da altri fattori, come il vivere in famiglie allargate o avere una rendita. Ormai lo sappiamo: i figli si fanno soprattutto dove le donne lavorano e dove ci sono servizi. Anche qui torna il discorso della qualità: il precariato, le forme contrattuali che non proteggono le lavoratrici, sono tutti fattori che scoraggiano la realizzazione dei desideri riproduttivi (e a ben vedere!), visto che sono moltissime le donne che perdono o rinunciano al lavoro dopo aver fatto un figlio e sono molte quelle che pagano un prezzo altissimo in termini di carriera.

E qual è l'impatto nel Paese di questo modello, culturale ed economico, di gestione della cura?

Questo modello non funziona. La verità è che scaricare il lavoro di cura sulle donne non è efficiente ed è solo in apparenza gratuito. Ovvero: la carente partecipazione delle donne al mercato del lavoro ha un costo economico in termini di PIL, e anche di innovazione e competitività. Inoltre, se guardiamo al lavoro di cura, non è per niente scontato che le donne della famiglia siano le migliori fornitrici di servizi; eppure persiste questa convinzione. Inoltre, non è cambiato molto il rapporto con il lavoro degli uomini e non è cambiato il loro rapporto con la casa. Gli uomini italiani sono gli europei che meno tempo investono nel lavoro domestico e di cura. E questo è uno dei problemi.

Quali sono gli altri problemi su questo fronte?

In Italia è in corso un processo di negazione. Ci comportiamo come se non sapessimo del fenomeno di migrazione interna per cui i giovani del Sud si trasferiscono al Centro-Nord lasciando genitori che invecchiano da soli, e diventando genitori in città in cui non possono contare sui nonni. Inoltre, non si prendono in considerazione le



“Oltre e dopo i figli, di cui si parla tanto, abbiamo un problema crescente con la cura delle persone anziane: sono moltissime le donne che si prendono cura di genitori non più autosufficienti”

famiglie monogenitoriali (quelle composte da donne sole con figli a carico rappresentano l'11% delle famiglie); le famiglie ricongiunte, ossia persone che hanno avuto figli si sono separate e hanno formato nuove famiglie con altre persone (in Italia ogni 10 matrimoni ci sono 6 separazioni); il fatto che spostando in avanti l'età in cui si fanno i figli, spesso i nonni sono avanti negli anni e non reggono la fatica di prendersi cura dei nipoti; che le vacanze dei figli e le vacanze dei genitori sono pensati in funzione di un modello di famiglia che non esiste più. Oltre e dopo i figli, di cui si parla tanto, abbiamo un problema crescente con la cura delle persone anziane: sono moltissime le donne che si prendono cura di genitori non più autosufficienti. E dove non arrivano le donne, il servizio di cura si delega, spesso sempre a donne, straniere, che vengono pagate dalle famiglie per svolgere un lavoro di supplenza.

E quali sono le condizioni lavorative delle donne straniere?

Questa cultura per cui la cura è una capacità innata delle donne, fa sì che non venga considerata un vero e proprio lavoro; quindi, le famiglie, molto spesso, offrono condizioni di lavoro logoranti, con carichi di lavoro faticosi, a donne con pochi strumenti professionali e linguistici. Esiste, infatti, la “sindrome Italia”, un termine coniato in Romania per parlare del trauma subito dalle donne che hanno lavorato come badanti in Italia. Dal punto di vista del diritto del lavoro non va molto meglio: le lavoratrici del settore domestico sono escluse dai diritti come bonus o congedi, sono a tutti gli effetti lavoratrici di serie B. Sono donne che, per lavorare nel comparto domestico in Italia, spesso lasciano a casa un vuoto di cura che delegano ad altre donne della famiglia. Un effetto domino che travalica le frontiere. Anche qui contesterei il modello: una casa, una persona anziana e una badante è un sistema costoso, ma anche poco efficiente.



6 **Se il problema è culturale bisogna che anche in Italia si faccia un passaggio da un modello tradizionale al modello “dual earner, dual carer”, che significa che in una coppia entrambi lavorano ed entrambi si prendono cura** 9

Per invecchiare bene servono autonomia e socialità, vanno ripensate in primo luogo le forme dell’abitare e le città, immaginando servizi di prossimità che consentano alle persone anziane di vivere a lungo ma di vivere bene.

Dopo aver delineato questo quadro così complesso, le chiederei: come si può contrastare questo fenomeno?

Quello che credo di aver imparato è che non basta una sola misura, serve una visione. Una visione politica di come vogliamo che vivano le persone, quale idea di donna, di famiglia, di genitorialità si vuole promuovere o, ancora più banalmente, di cui si vuole prendere atto. Se il problema è culturale bisogna che, come sta accadendo da anni in Europa, anche in Italia si faccia un passaggio da un modello tradizionale a un modello che in inglese si chiama “dual earner, dual carer”, che significa che in una coppia entrambi lavorano ed entrambi si

prendono cura. In questa direzione stanno andando molti paesi con congedi di maternità e paternità paritari e con la riduzione dell’orario di lavoro per tutti. Senza parlare di altre misure come l’anticipo dell’età dell’obbligo scolastico, le vacanze estive brevi, il tempo prolungato per tutti gli ordini e gradi scolastici, i *cohousing* e sperimentazioni urbanistiche che facilitano la vita sociale delle persone anziane. In Italia ci sono proposte che vanno in questa direzione, ma nessuna è mai uscita dallo stato dei buoni propositi per diventare operativa. Insomma, un primo passo potrebbe essere quello di riconoscere che le famiglie sono cambiate, che di conseguenza i bisogni sono cambiati e che accompagnare questi cambiamenti con diritti, politiche, servizi potrebbe essere un modo per rendere la vita delle donne, ma direi proprio di tutti, un po’ più facile.

Sostegno alle persone affette dalla Malattia di Huntington

L'Associazione Italiana Huntington Emilia Romagna, con il sostegno della Fondazione di Modena, ha avviato un progetto volto ad attivare e sostenere forme di aiuto e ascolto in favore di pazienti affetti dalla malattia di Huntington e di altre gravi malattie neurodegenerative. I pazienti e i loro *caregiver* sono stati coinvolti in pratiche narrative autobiografiche, individuali e collettive, proprie di un approccio di "medicina narrativa", per favorire un maggiore protagonismo sociale e per attivare risorse complementari a quelle sanitarie e socio-sanitarie per affrontare il destino di non autosufficienza. Sono state anche previste attività ludico-creative attraverso il linguaggio poetico a quello visivo, con materiali e dispositivi di diversa natura, in considerazione delle storie, degli strumenti culturali e delle condizioni di salute di ciascuno. È stato, inoltre, realizzato un percorso formativo rivolto ai volontari di Telefono Amico Modena. Il percorso, che ha coinvolto circa 30 partecipanti, ha proposto una riflessione operativa sull'applicazione del metodo di Carl Rogers di ascolto attivo nella relazione di aiuto rivolta a persone con malattie neurodegenerative. Infine, il progetto, con l'obiettivo di informare e sensibilizzare la cittadinanza modenese sulle tematiche connesse alla malattia, è stato presentato nell'ambito dell'incontro internazionale dell'European Huntington's Disease Network, dove sono stati illustrati anche i risultati di un'indagine sulle esigenze formative dei *caregiver* familiari.



“L'accesso alla terapia psicologica gratuita ha migliorato la qualità della vita e la partecipazione sociale e lavorativa delle persone, con molti beneficiari che hanno ripreso gli studi o il lavoro dopo l'accesso al programma e a mesi di distanza dalla fine dello stesso”

Salute mentale e valutazione d'impatto

di **ENRICO BELLAZECCA** e **VALENTINA TOSI**

Enrico Bellazzecca è ricercatore di Tiresia, il Centro di ricerca della School of management del Politecnico di Milano sull'innovazione sociale e la finanza a impatto. Valentina Tosi è responsabile dell'Area misurazione di impatto di Triadi, spin-off del Politecnico di Milano, nata dalla collaborazione tra accademici e professionisti con esperienza di lungo corso nell'ambito dell'impact economy

N

egli ultimi trent'anni, il Servizio Sanitario Nazionale ha affrontato bisogni crescenti in un contesto di progressivi tagli ai fondi pubblici per la sanità. Oltre a generare inefficienze, ciò rischia di escludere dalle cure milioni di cittadini che non possono permettersi assicurazioni o servizi privati, aumentando così le **disuguaglianze sociali**. Uno dei bisogni sanitari più insoddisfatti in Italia è il supporto alla salute mentale. La spesa per la salute mentale nel nostro Paese si attesta intorno al 3,4% del Fondo Sanitario Nazionale, mentre i principali paesi ad alto reddito ne dedicano più del 10%. Nei prossimi due anni potrebbero essere necessari almeno 1,9 miliardi di euro aggiuntivi, oltre ai 4 miliardi già programmati nel 2023. Una stima probabilmente al di sotto delle reali necessità, visto che si prevede un aumento della popolazione bisognosa di assistenza tra il 15% e il 23%. In questa cornice si colloca il progetto **“Vivere Meglio”** dell'Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Psicologi, un esempio di sperimentazione che integra la misurazione di impatto nella pianificazione strategica e progettazione degli interventi per la prevenzione e promozione della salute mentale. “Vivere Meglio” offre un percorso di terapia psicologica gratuita guidato da protocolli che si fondano sulle più recenti conoscenze scientifiche. Si rivolge a persone che soffrono di ansia o depressione e che rischiano pertanto di ridurre la propria partecipazione alla vita sociale e lavorativa. Nel caso di “Vivere Meglio”, la misurazione di impatto è stata centrale per dimostrare che, oltre al miglioramento della salute mentale dei beneficiari, interventi di questo tipo hanno il potenziale di generare **cambiamenti positivi** anche in altre dimensioni della vita sociale. Lo

studio condotto da Triadi, spin-off del Politecnico di Milano, nato dalla competenza scientifica del centro di ricerca Tiresia, ha confermato che l'accesso alla terapia psicologica gratuita ha migliorato la qualità della vita e la **partecipazione sociale e lavorativa delle persone**, con molti beneficiari che hanno ripreso gli studi o il lavoro dopo l'accesso al programma e a mesi di distanza dalla fine dello stesso. Inoltre, l'investimento nell'offrire psicoterapia gratuita si è dimostrato economicamente sostenibile. Lo studio ha evidenziato come questo progetto rappresenti un investimento prezioso, con potenziali risparmi futuri per il sistema pubblico legati a una migliore **qualità della vita** delle persone e, dunque, una minore necessità di consumo delle risorse sanitarie pubbliche. Quasi 10mila persone, principalmente giovani (il 66% tra i 16 e i 34 anni) e di sesso femminile (quasi il 76%), hanno avuto accesso al percorso, e il 95% di coloro che lo hanno completato ha dichiarato che intraprenderebbe nuovamente un percorso terapeutico, rispetto al 46% che non avrebbe preso in considerazione tale possibilità prima di partecipare a “Vivere Meglio”. Questi risultati dimostrano come la misurazione dell'impatto non solo validi l'efficacia delle iniziative esistenti, ma fornisca anche indicazioni preziose per modellare strategie più efficaci, scalabili e sostenibili nel lungo termine, soprattutto in ambiti come quello della salute pubblica. L'importanza della misurazione di impatto risiede quindi nella sua capacità di fornire dati concreti e affidabili per **orientare l'evoluzione delle politiche di crescita** e sviluppo e guidare il finanziamento di servizi sempre più a impatto per il futuro delle comunità.

L'intervista completa su fondazioni.acri.it

Quando la manna non cade dal cielo

La manna è un tipico prodotto siciliano che si ottiene dalla solidificazione della linfa che fuoriesce, in estate, dalle incisioni praticate sul fusto e sulle branche principali di alcune specie di frassino.

Da anni è al centro del progetto “La Manna non cade dal cielo”, realizzato dal Consorzio Manna Madonita, grazie al supporto di Fondazione Con il Sud, che ha contribuito alla messa a coltura di nuovi terreni a frassineto da manna, coltura tipica dell’area di Castelbuono e Pollina ma a rischio estinzione.

Il consorzio che guida il progetto coinvolge i principali produttori di manna del territorio, organizzati in 4 cooperative. La

prima fase progettuale ha visto la rimessa in coltura di terreni interessati da parte di ogni cooperativa agricola coinvolta.

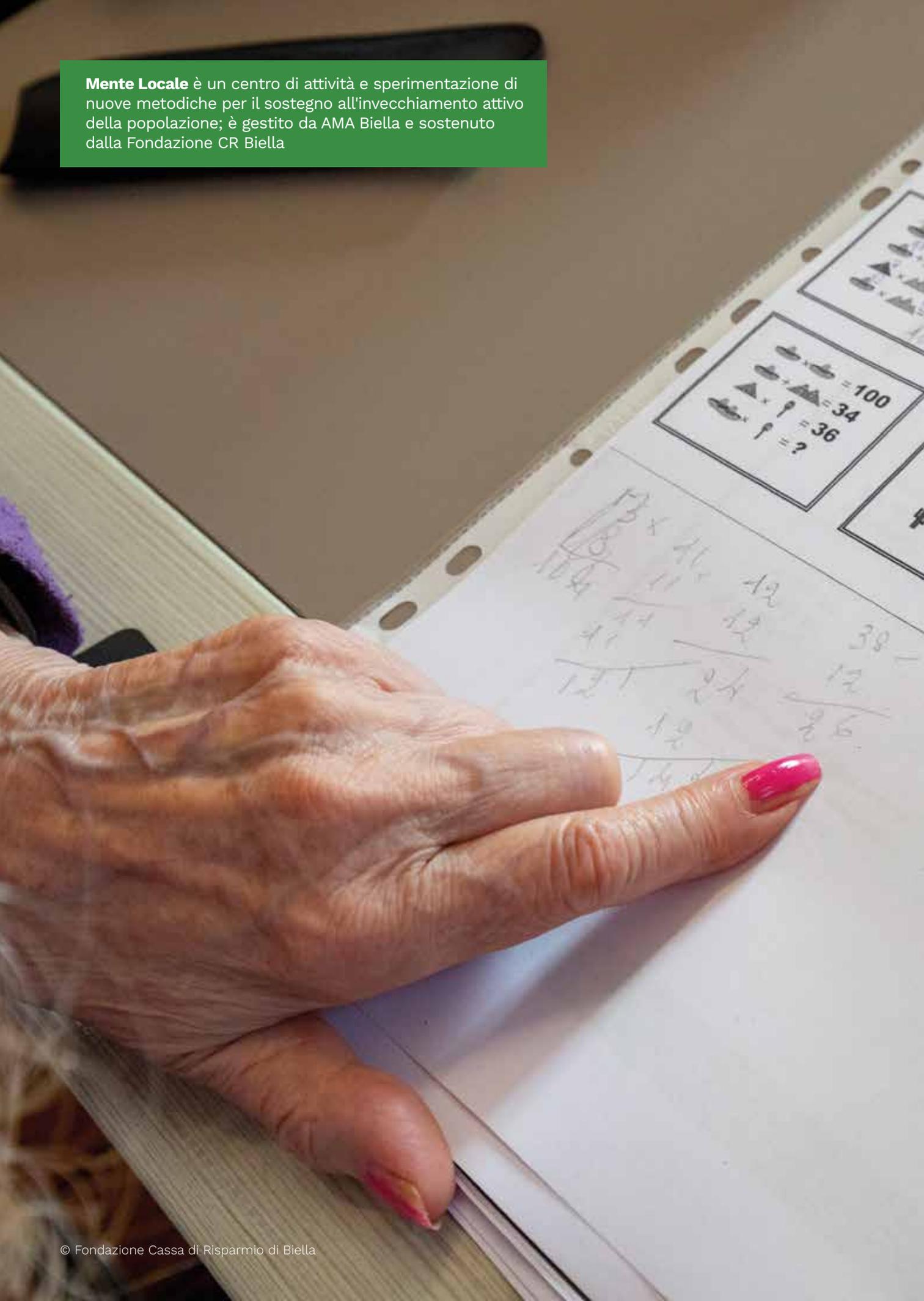
Altro punto fondamentale è stata la realizzazione di un laboratorio e l’acquisto di macchinari e impianti, che hanno permesso di produrre manna pura e cosmetici da immettere sul mercato, nonché di macchinari agricoli che consentono alle cooperative di lavorare in autonomia.

La manna prodotta viene conferita al consorzio che si occupa di purificarla in laboratorio e destinarla alla vendita. La manna ha iniziato a scomparire dagli anni Sessanta, quando è stato realizzato e immesso sul mercato un surrogato sinte-

tico estratto dalla barbabietola da zucchero meno costoso e per questo di facile diffusione. La manna, tuttavia, ha tantissime proprietà che la rendono superiore in termini di purezza ad altri prodotti sul mercato. Oggi, l’aumento dell’attenzione verso i prodotti naturali sta portando ad una riscoperta di alcuni elementi che possono anche rappresentare una risorsa economica per alcuni territori.



Mente Locale è un centro di attività e sperimentazione di nuove metodiche per il sostegno all'invecchiamento attivo della popolazione; è gestito da AMA Biella e sostenuto dalla Fondazione CR Biella



Quiz matematici

$$\begin{aligned} \text{triangle} &= 169 \\ \text{triangle} &= 20 \\ \text{triangle} &= 56 \\ ? & \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{triangle} \times \text{triangle} &= 144 \\ \text{triangle} \times \text{triangle} &= 38 \\ \text{triangle} \times \text{triangle} &= 26 \\ ? & \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{triangle} + \text{triangle} &= 14 \\ \text{triangle} \times \text{triangle} &= 56 \\ \text{triangle} + \text{triangle} &= 1 \\ ? & \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{triangle} + \text{triangle} &= 8 \\ \text{triangle} + \text{triangle} &= 7 \\ \text{triangle} + \text{triangle} &= 5 \\ ? & \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{triangle} \times \text{triangle} &= ? \\ \text{triangle} + \text{triangle} &= 2 \\ \text{triangle} \times \text{triangle} &= 30 \\ ? & \end{aligned}$$

26 / 13

39



Proximity Care è un vasto progetto promosso dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca, insieme a diversi partner del territorio, che ha l'obiettivo di migliorare i servizi sanitari, sociali e socio-sanitari per le "aree interne" della provincia di Lucca; tra le azioni: un servizio gratuito screening itinerante erogato tramite un camper appositamente attrezzato



© Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca



CavaRei è un'impresa sociale che offre servizi per la disabilità, attraverso percorsi occupazionali e progetti di vita autonoma, in profonda connessione con la comunità e il territorio. Il progetto, sostenuto dalla Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì, nasce nel quartiere Cava ed è oggi una vera e propria cittadella, che rappresenta uno dei principali poli di innovazione sociale della comunità forlivese



La fabbrica dei fiori è un progetto, sostenuto da Fondazione Carisap, che si occupa di inclusione lavorativa e integrazione sociale di uomini e donne con disagio mentale, in situazione di disabilità fisica o che vivono in condizioni di disagio e marginalità collaborando con gli enti pubblici e con le altre realtà del Terzo settore del territorio



Raccontare



Alzheimer. Sottobraccio è più facile tornare a casa

A ROMA, NEL QUARTIERE BUFALOTTA, ESISTE IL VILLAGGIO DI FONDAZIONE ROMA DESTINATO AI PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE NEURODEGENERATIVE IN FORTE AUMENTO NEL MONDO

Una decina di manichini in abito da sera, che sembrano pronti per una sfilata *haute couture*, campeggiano in una sala piena di scampoli di tessuto, macchine da cucire e fili di ogni colore. Sembra l'atelier di qualche azienda di alta moda ma no, non lo è. Le signore che cuciono sono molto attente ad ago e filo e mi riservano un'occhiata fugace. Sono tutte residenti al Villaggio Alzheimer della Fondazione Roma, un ambiente pensato per migliorare la qualità della vita delle persone colpite da questa malattia. Il laboratorio di cucito è coordinato dalla signora M. che in passato è stata modellista per una maison di alta moda italiana tra le più famose al mondo. Nonostante la malattia, qui M. prosegue la sua attività, a livello amatoriale, mettendo le sue competenze, la sua esperienza e il suo vissuto, a disposizione di tutti. «Tra gli obiettivi principali del Villaggio c'è la necessità di garantire ai residenti una continuità con la vita precedente, questo perché le persone che vi abitano devono continuare a sentirsi loro stesse. Con l'Alzheimer la vita non finisce». A raccontarlo è Franco Parasassi, Presidente della Fondazione Roma. «L'Alzheimer non colpisce

solamente la persona ma l'intera società - prosegue -. Si tratta di una "malattia sociale". Gli studi dimostrano che l'Alzheimer è una delle malattie a più forte impatto sociale nel mondo. Consideriamo infatti che la persona affetta da questa patologia, per fortuna, non è terminale ma può avere un decorso lungo, dai sette, agli otto, ai dieci anni e anche di più. Chiaramente il paziente, in questi anni, deve essere assistito e a farsene carico, più che il Sistema Sanitario Nazionale, è soprattutto la famiglia».

In Italia, secondo l'Osservatorio delle demenze, coordinato dall'ISS, sono circa 1.100.000 le persone che soffrono di demenza, e di questi il 50-60% soffre di Alzheimer. Sono invece 3 milioni le persone *caregiver* direttamente o indirettamente coinvolte nei percorsi assistenziali. «Fondazione Roma ha voluto rispondere a questo bisogno: nel 2018, è nato il Villaggio Alzheimer nel quartiere Bufalotta di Roma, la cui permanenza è totalmente gratuita perché tutto è interamente finanziato dalla Fondazione». La struttura occupa una superficie di circa 10mila mq e si compone di 14 residenze



destinate a 66 abitanti affetti da Alzheimer in fase lieve o moderata. Nel Villaggio è presente anche un ristorante con annesso bar, mini-market, galleria arti e mestieri, salone di bellezza, sala per le attività motorie, sala benessere, sala musica e sala polifunzionale.

«In fase di osservazione - racconta il Presidente -, prima di concretizzare il progetto, abbiamo fatto una ricerca sul territorio nazionale per capire quali fossero i servizi assistenziali offerti per questo tipo di patologia. Ecco, il panorama era piuttosto desolante. Il malato di Alzheimer veniva ricoverato in case di cura (RSA-Residenza Sanitaria Assistenziale) ma, nella maggior parte dei casi, lasciato a sé stesso dal punto di vista psicologico e sociale». Con questa consapevolezza Fondazione Roma ha oltrepassato il confine e ha esplorato i progetti europei relativi alla patologia in Europa. «Così abbiamo scoperto il quartiere di Hogewey, in Olanda, più precisamente a Weesp, a quindici minuti da Amsterdam, dove sorge il primo villaggio per malati di Alzheimer». Inaugurato nel 2009, Hogewey è un quartiere che, a un primo sguardo, sembra assolutamente

nella norma ma, nella realtà, è una residenza dedicata ai portatori di Alzheimer. «Questo posto ci ha convinti e abbiamo voluto replicarlo in Italia».

Nel Villaggio, il residente (non definito volutamente "paziente") può muoversi liberamente nella struttura realizzata, appunto, come un piccolo borgo, un quartiere vero e proprio. Può andare al bar, al ristorante, può fare la spesa al minimarket, sempre accompagnato dagli OSS (operatori socio-sanitari) che sono il vero cuore pulsante di questo posto. Gli OSS, infatti, seguono la routine dell'ospite da vicino, adattandosi alle sue necessità, ai suoi bisogni, senza imporre alcuna attività o scelta terapeutica forzata. Il residente può ricevere visite in ogni momento della giornata e può anche uscire dal Villaggio o con un parente o altrimenti accompagnato da un OSS.

«Per esempio, un'ospite del Villaggio - spiega il Presidente - ha espresso la necessità di fare una passeggiata tutti i giorni fuori dalla struttura. Tutti i giorni un OSS l'accompagna a fare colazione nel bar del quartiere e si intrattiene con lei per passeggiare e distrarsi». Sul modello olandese, le residen-



Nel Villaggio, il residente (non definito volutamente “paziente”) può muoversi liberamente nella struttura realizzata, appunto, come un piccolo borgo, un quartiere vero e proprio. Può andare al bar, al ristorante, può fare la spesa al minimarket, sempre accompagnato dagli OSS (operatori socio-sanitari) che sono il vero cuore pulsante di questo posto

ze del Villaggio sono divise in tre tipologie: urbane, tradizionali e metropolitane. Al momento dell'ingresso in struttura, una commissione predisposta valuta in quale tipologia di casa si rispecchia maggiormente il paziente e dove preferisce vivere. A spiegarlo è Michele Questa, lo psicologo del Villaggio, mentre mi guida nella visita di una residenza considerata “tradizionale”: «I residenti sono liberi di riempire i loro ambienti con effetti personali, fotografie, oggetti, quadri. Questa modalità è una precisa scelta che chiamiamo “terapia del ricordo” ed è considerata molto più efficace di qualsiasi medicina. Per noi, oltre alla condizione medica, è molto importante conoscere la vita della persona, chi è stato, che lavoro ha svolto, che persone gli piace frequentare». Nella casa tradizionale l'arredamento è classico, quadri appesi alle pareti, tavoli in legno, cucina grande (che ricorda un po' quella della nonna) e tante tante foto. «La tipologia “tradizionale” la assegniamo a persone che hanno come interessi prioritari la famiglia, le tradizioni. L'“urbana”, invece, è per coloro che hanno vissuto poco la casa, perché hanno lavorato molto in città. Infine,

la “cosmopolita” si adatta a chi ha viaggiato molto e ha uno spiccato interesse per l'arte e la cultura. Il concetto di base è far stare insieme persone che condividano interessi e abbiano condotto una vita simile, per favorire proprio una convivenza sana e pacifica in un ambiente a loro affine». Il Villaggio, sempre seguendo il modello olandese, non è una struttura medicalizzata, quindi non può offrire un'assistenza sanitaria come una RSA o un ospedale. «Non possiamo curare il corpo, ma cerchiamo di curare la mente - continua Questa -. Proponiamo ai residenti del Villaggio tante attività sia dentro che fuori, per offrire loro spazi di libertà e piacevolezza, che sono utili a rallentare la malattia». È infatti scientificamente provato che l'Alzheimer non si può curare, perché è una malattia cronica degenerativa, ma si può rallentare, attraverso continui stimoli al paziente. «In questi termini, un grande risultato che otteniamo spesso è la diminuzione dei farmaci nella terapia o addirittura l'eliminazione della terapia stessa per i disturbi del comportamento. Quando esiste un disturbo del comportamento (e nella patologia dell'Alzheimer



Hogeway e gli altri Villaggi della memoria in Europa

Nel 2009 nella cittadina di Weesp, in Olanda, nasce Hogeway, il "Villaggio dei senza memoria", così ribattezzato dagli abitanti del luogo. Hogeway nasce su impulso di Yvonne van Amerongen, un'infermiera impiegata in case di cura per anziani e consulente sanitaria. Yvonne quotidianamente entrava in contatto con persone colpite da forme di demenza e, all'inizio degli anni '90, cominciò a pensare in che modo si potesse rendere migliore la vita di questi pazienti che si era ormai ridotta esclusivamente all'attesa e alla somministrazione di terapie. Dopo molte raccolte fondi e grazie anche al contributo del governo olandese, con un investimento complessivo di 20 milioni di euro, il progetto prese corpo su un terreno di un ettaro e mezzo.

Oggi ad Hogeway vivono circa duecento ospiti, distribuiti in più di 20 residenze, insieme a una numerosa comunità di professionisti sanitari in incognito. Al Villaggio infatti, il personale non indossa il camice e accudisce i pazienti con grande discrezione per mantenere l'impressione di normalità utile al benessere collettivo. Questo clima tranquillo è molto efficace per i malati di Alzheimer, la cui eventuale aggressività viene smorzata dallo stile di vita lento di Hogeway. Inoltre, il Villaggio è di grande conforto anche per le famiglie degli ospiti, che vengono supportate da un sistema validissimo, senza dover rinunciare a un rapporto sereno con i propri cari. Quello di Hogeway è solo il primo di una serie di esperimenti simili che hanno preso piede in Europa. Nello Yorkshire, in Inghilterra, nella città di Fartown, nel 2013, è nato un villaggio completamente ambientato negli anni '50, in cui i suoi ospiti possano trovarsi immersi nelle atmosfere della loro giovinezza (poiché la malattia spesso causa perdita di memoria a breve termine ma conserva quella a lungo termine). Nel 2019 è stato inaugurato un progetto simile anche a Wiedlisbach, vicino a Berna, in Svizzera. In Italia invece, oltre il Villaggio di Fondazione Roma nella Capitale, esiste anche dal 2018 "Il paese ritrovato" a Monza, progetto coordinato dalla cooperativa La Meridiana.

6 Da quando mia mamma è ospite nel Villaggio la nostra vita è cambiata, così come la sua. Abbiamo scoperto un luogo accogliente e di cura, dove tutto risponde ai bisogni delle persone affette da demenza,

coesiste molto spesso), la medicina tradizionale suggerisce farmaci che possano calmare, sedare. Qui invece, conoscendo la storia del residente, cerchiamo di favorire altri strumenti, promuovendo passioni e interessi dei residenti. La distrazione, per questa malattia, è un'arma molto efficace». «Soprattutto agli inizi della malattia per noi è stato molto difficile riuscire a capire come prendersi cura di mia madre». A condividere con noi la sua storia è L., la giovane figlia di una giovane madre residente al Villaggio (perché l'Alzheimer purtroppo non colpisce solo gli anziani). «I servizi pubblici esistenti sono davvero pochi e insufficienti nel sostenere il carico di cura di una famiglia di lavoratori. Anche le strutture private, non solo hanno prezzi inaccessibili, ma spesso non sono specializzate per questo tipo di malattia, come le RSA, e sono inadeguate a persone giovani come mia mamma. Il dolore, il senso di impotenza e di frustrazione per noi era diventato insopportabile. Da quando mia mamma è ospite nel Villaggio la nostra vita è cambiata, così come la sua. Abbiamo scoperto un luogo accogliente e di cura, dove tutto risponde ai

bisogni delle persone affette da demenza: la struttura, le attività, l'approccio competente ed empatico del personale e, soprattutto, la condivisione costante del percorso con le famiglie, rendendole attive e partecipi nel percorso di cura. Ora sappiamo che mia mamma sta ricevendo il sostegno e le cure migliori e questo non solo ci ha alleggeriti dal carico organizzativo e di gestione della cura, ma anche dal grande peso emotivo di assistere alla inesorabile trasformazione causata da questa malattia di una persona così cara».

Al Villaggio è attivo anche il Centro diurno destinato all'assistenza semiresidenziale di persone affette da Alzheimer. Come nel caso della permanenza al Villaggio, anche per i semi-residenti che accedono al mattino, per rientrare nel pomeriggio a casa propria, il servizio è totalmente gratuito. «Anche in questo Centro - spiega Michele Questa - le attività svolte hanno come finalità il mantenimento delle capacità della persona e, in particolare, la soddisfazione dei bisogni di socializzazione e di autonomia degli ospiti». Novità proprio degli ultimi mesi è l'apertura anche del Centro diurno per i malati di



© Fondazione Roma

Parkinson: «Questa per noi è un'altra grande vittoria. Il Parkinson è la seconda patologia neurodegenerativa più diffusa dopo l'Alzheimer. Come quest'ultima, il Parkinson impatta con irruenza sul paziente e sulla sua famiglia, per le problematiche psico-sociali ed assistenziali che inevitabilmente genera». Le attività che si svolgono nel Centro sono personalizzate a seconda dell'esigenza dell'utenza. «In linea di massima vengono proposti laboratori manuali, ginnastica, attività ludico-ricreative, supporto psicoeducativo al paziente e al familiare. Inoltre, proponiamo alcune attività che, negli ultimi anni, hanno dimostrato una solida validità dal punto di vista scientifico: tangoterapia e Tai-Chi. È stato dimostrato che entrambe inducano effetti positivi nel controllo e nella stabilità posturale del paziente, migliorando il movimento e diminuendo il rischio cadute».

«L'attenzione che la Fondazione Roma riserva alle malattie croniche neurodegenerative non si ferma con il Villaggio - conclude il Presidente Parasassi -. La Fondazione vuole dare un forte impulso anche alla ricerca scientifica. Insieme alla Fondazione Po-

liclinico Universitario Campus Bio-Medico e all'Università Campus-Bio-Medico di Roma, stiamo realizzando un centro integrato per la ricerca e la cura della malattia di Alzheimer che sarà dedicato alla diagnosi precoce e alla terapia. Tratto distintivo del Centro sarà la forte sinergia tra attività di ricerca, attività clinica con approccio multidisciplinare e diagnostica strumentale avanzata, con l'obiettivo di arrivare a una diagnosi veloce della malattia, per poter determinare terapie personalizzate e adeguate. L'assistenza da sola non basta, bisogna associarla all'avanzamento della ricerca, per assicurare ai pazienti e alle loro famiglie un futuro più nitido e promettente».

Mentre esco dal Villaggio incontro la signora L. sottobraccio a suo figlio. Lei ogni tanto è confusa e non ricorda la strada. Al Villaggio però c'è sempre qualcuno che gliela indica perché, in fin dei conti, la vita cambia sempre direzione, ma sottobraccio è più facile tornare a casa.