Appunti
sulle politiche sociali

Pandemia e strutture residenziali

Sul modello di nuovo PEI

Accompagnare l'esistenza

La pandemia nelle Marche

236

3/2021

luglio - settembre 2021

Abbonati ad
Appunti sulle politiche sociali

Privati
cartaceo: 20 € (sostenitore 40 €)
online: 18 €
cartaceo + online: 25 €

Enti pubblici/privati
cartaceo: 25 € (sostenitore 50 €)
online: 23 €
cartaceo + online: 35 €

Ai sottoscrittori di un abbonamento sostenitore verranno inviati in omaggio **3 libri** a scelta tra quelli pubblicati dal Gruppo Solidarietà **fino al 2016**.
(vedi elenco su http://www.grusol.it/pubblicaN.asp)

Campagna promozionale

Regala un abbonamento
2 abbonamenti annuali, online e cartaceo, a 30 €

Studenti
cartaceo 16 €; on line 13 €; cartaceo + online 20 €

Abbonamento biennale
privati: cartaceo 35 €; online 25 €; cartaceo + online 42 €
enti pubblici/privati: cartaceo 42 €; online 38 €; cartaceo + online 60 €

Abbonamento triennale
privati: cartaceo 45 €; online 33 €; cartaceo + online 55 €
enti pubblici/privati: cartaceo 60; online 48 €; cartaceo + online 80 €

Rinnova il tuo abbonamento

Ti verrà segnalata l'imminente scadenza dell'abbonamento nell'etichetta.

Avviso importante
Il rinnovo può avvenire solo con Bonifico bancario BPER Banca,
IT61H 0538 7373 9000 0042 887 649.
Il conto corrente postale, dal mese di agosto 2021, non è più attivo.

Contattaci e visita il nostro sito per maggiori informazioni:
www.grusol.it
centrodoc@grusol.it
0731703327

Trimestrale del Gruppo Solidarietà. Nuova serie - Anno 33(XXXIII), n. 3 (236), luglio-settembre 2021, chiuso il giorno 14 settembre 2021. *Direttore responsabile*: Samuele Animali. Redazione: Giuseppe Alberti, Margherita D'Ignazio, Sibilla Giaccaglia, Gloria Gagliardini, Fabio Ragaini.
Composizione: Paolo Urbani. *Stampa*: Tipografia Abbatelli - Castelplanio (AN)
Direzione e Amm.ne: Via Fornace, 23 60030 Moie di Maiolati Sp. (AN), Tel. e Fax 0731.703327- e-mail: grusol@grusol.it
Aut.ne del Tribunale di Ancona n. 13 del 10/04/1989 - una copia € 4,50 (6 per enti pubblici). Gli articoli non firmati sono redazionali. Iscritto al Registro nazionale della stampa n.5624 del 5/2/97 Interamente stampato su carta riciclata.
Gli articoli della rivista possono essere ripresi da altre riviste, citando la fonte, ma non possono essere pubblicati su Internet

Foto della copertina di Mauro D'Ignazio

Sommario

articolo

3 La pandemia nelle strutture sanitarie e sociosanitarie
Alfredo Zuppiroli
Come la mettiamo con il paradigma imperante, quello di un welfare centrato sulle prestazioni, di una sanità aziendalizzata che spesso scambia il doveroso strumento di un attento controllo di gestione con il fine cui deve tendere l'organizzazione? Un welfare focalizzato sulle prestazioni - e non sulle relazioni - fatalmente non potrà che orientare la propria attenzione al tempo cronologico impiegato per ottenere un determinato prodotto.

9 Inclusione scolastica alunni con disabilità. Il cambio di prospettiva dei nuovi modelli di PEI
Angelo Lascioli
Il modello biopsicosociale dell'ICF, ridefinisce il significato di disabilità come questione che riguarda l'interazione individuo-ambiente, per cui le disabilità non vanno più concepite come "dis-abilità", ossia limitazioni delle abilità personali, ma come "problemi di funzionamento", che derivano dal modo con cui determinate condizioni di salute entrano in relazione con i contesti di vita della persona.

17 Garanzia dei diritti sociali e accompagnamento all'esistenza
Fausto Giancaterina
Credo che per rivitalizzare il nostro welfare *sia prima di tutto necessario riappropriarsi del significato più dinamico di quel mandato istituzionale e professionale che ancor oggi coinvolge tutti gli operatori pubblici: essere* accompagnatori competenti dell'esistenza delle persone *nei normali contesti della vita per rigenerare le migliori occasioni di buona qualità della vita stessa.*

24 NON COME PRIMA. L'impatto della pandemia nelle Marche
Gruppo Solidarietà
Il coronavirus è stato il detonatore che ha messo in luce la fragilità del sistema e la sua disfunzionalità. Mentre scriviamo (giugno 2021), siamo alle fine della seconda ondata: la domanda (e la preoccupazione) è se saremo capaci di accogliere gli insegnamenti di questi mesi, oppure, nella "foga della ripresa", dimenticheremo in fretta quanto accaduto, attribuendolo ad una fatalità non prevedibile. L'introduzione al nuovo libro del Gruppo Solidarietà.

28 Segnalazioni librarie

Questo numero

Il numero si apre con la riflessione di **Alfredo Zuppiroli** che riprende alcuni dei contenuti dell'intervento all'incontro promosso, nel maggio scorso, dal Gruppo Solidarietà sul tema "*Persone malate e non autosufficienti. La pandemia nelle strutture sanitarie e sociosanitarie*". Nel ripercorrere gli eventi che dall'inizio della pandemia hanno caratterizzato la vita delle persone che vivono nelle strutture residenziali si riflette su come le misure di distanziamento fisico si sono trasformate in un distanziamento affettivo, fino all'annullamento di ogni forma di relazione. Una situazione che non meraviglia più di tanto se se si considera il paradigma culturale dominante nella società e dunque anche nell'organizzazione sanitaria. Il contributo di **Angelo Lascioli** affronta un tema molto dibattuto negli ultimi mesi in tema di inclusione scolastica degli alunni/e con disabilità: l'introduzione del nuovo modello nazionale di Piano educativo individualizzato (PEI). L'articolo traccia il percorso dalla vecchia alla nuova normativa e indica i tratti caratterizzanti delle nuove disposizioni. In particolare l'assunzione del modello biopsicosociale dell'ICF che ridefinisce il significato di disabilità come questione che riguarda l'interazione individuo-ambiente, per cui le disabilità non vanno più concepite come "dis-abilità", ossia limitazioni delle abilità personali, ma come "problemi di funzionamento", che derivano dal modo con cui determinate condizioni di salute entrano in relazione con i contesti di vita della persona. **Fausto Giancaterina**, ribadisce, riprendendo la riflessione avviata nel numero precedente, la necessità di rivitalizzare il sistema di *welfare* riappropriandosi del significato del mandato istituzionale e professionale che coinvolge tutti gli operatori pubblici: essere *accompagnatori competenti dell'esistenza delle persone* nei normali contesti della vita. Infine, la presentazione del **Gruppo Solidarietà** al nostro ultimo libro (vedi terza di copertina), *Non come prima. L'impatto della pandemia delle Marche*. Il coronavirus come detonatore che ha messo in luce la fragilità del sistema e la sua disfunzionalità. Segnaliamo, nel sito del Gruppo, la possibilità di riascoltare la presentazione avvenuta il 27 luglio con gli interventi di Nerina Dirindin, Cristiano Gori, Fabio Ragaini.

La pandemia nelle strutture sanitarie e sociosanitarie

Alfredo Zuppiroli
Cardiologo, già Presidente della Commissione Regionale di Bioetica, Regione Toscana

Se una lezione vogliamo imparare da COVID-19, è quella della necessità di un radicale cambiamento epistemologico, per inquadrare la medicina in un'ottica sistemica, riconoscendo la complessità bio-psico-socio-ambientale di ogni persona e di ogni evento che la riguarda in tema di salute

A qualche mese di distanza dal Webinar organizzato dal Gruppo Solidarietà il 24 maggio avente per oggetto **"*Persone malate e non autosufficienti. La pandemia nelle strutture sanitarie e sociosanitarie*" è opportuno fare il punto della situazione.** In premessa è doveroso da parte mia ringraziare Gianluca Favero, Direttore Responsabile di *Laborcare Journal*, per l'autorizzazione ad utilizzare in questo contributo ampi passi di un mio recente articolo sul tema[1].

Se allo scoppio dell'epidemia nei primissimi mesi del 2020, quando tutti siamo stati colti di sorpresa, poteva anche essere giustificata una reazione emergenziale dettata dalla scelta del male minore - da una parte i rischi del contagio, dall'altra la lesione degli affetti e la limitazione delle libertà personali - dopo un anno e mezzo le misure di distanziamento fisico che si sono trasformate in un distanziamento affettivo, fino all'annullamento di ogni forma di relazione, non sono più accettabili. Non si vuole qui mettere in dubbio l'efficacia delle strategie di prevenzione della diffusione del coronavirus attraverso tutte quelle misure di protezione individuale e sociale che ormai tutti ben conosciamo: si vuole però stigmatizzare la quasi assoluta indifferenza a ricercare modalità organizzative che per moltissimi mesi ha caratterizzato la stragrande maggioranza delle strutture, salvo pochissime eccezioni. Non si tratta ovviamente di venir meno al rispetto dei criteri sanitari di sicurezza, ma questo non può comportare il taglio indiscriminato di una relazione affettiva, fatta anche di prossimità fisica, tra le persone istituzionalizzate per le ragioni più varie ed i loro cari.

Non solo biologia, anche biografia

D'altra parte non ci si deve meravigliare più di tanto se ciò è successo, se consideriamo il paradigma culturale dominante nella società e dunque anche nell'organizzazione sanitaria. Siamo ancora fermi, purtroppo, a concepire la salute come assenza di malattia, dimentichi di quella definizione dell'OMS che ha ormai più di settant'anni, e che attribuisce alla dimensione psichica ed a quella sociale altrettanta importanza di quella fisica. Invece no, il *leit motiv* è quello della malattia come *disease*, per la quale si ricorre alla dimensione della cura espressa dal *to cure* della biomedicina tecnologica, praticata in ambienti iperspecialistici dove la metafora della guerra contro il nemico, ora rappresentato dal SARS-CoV-2, ben simboleggia la facilità con cui si sono adottate le speciali misure di restrizione dei contatti. Se questo può anche essere accettabile per persone ricoverate in ospedale in condizioni non gravi e per brevi periodi, come è possibile tollerare la privazione delle relazioni affettive per i malati in condizioni critiche o per coloro che, pur non essendo giunti alla fine della vita, sono istituzionalizzati per ragioni varie, ad esempio per gravi disabilità psichiche? Non c'è bisogno di una competenza professionale specifica per immaginare quanta sofferenza emotiva, e di conseguenza anche fisica, possa determinarsi con l'interruzione, spesso prolungata per mesi, delle relazioni con i propri cari!

Abbiamo ormai anche la dimostrazione scientifica di come le parole possano agire esattamente come fanno i farmaci, attivando specifiche aree cerebrali e generando determinate reazioni biochimiche[2]: la cura intesa come *to care*, attenta alla malattia nelle sue dimensioni psichica e socio-relazionale - dunque non solo la *disease*, ma anche la *illness* e la *sickness* - non è affatto una pratica per anime belle, ma una ben precisa modalità terapeutica, complementare e non alternativa! Se una lezione vogliamo imparare da COVID-19, è quella della necessità di un radicale cambiamento epistemologico, per inquadrare la medicina in un'ottica sistemica, riconoscendo la complessità bio-psico-socio-ambientale di ogni persona e di ogni evento che la riguarda in tema di salute. Quanto riduttiva appare una cura che guarda solo alla biologia e trascura la biografia, in particolare per le malattie cronico-degenerative!

Se, come ormai anche il diritto riconosce, il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura (Legge 219/2017), l'organizzazione sanitaria dovrà farsi carico di promuovere e sviluppare le condizioni per favorire adeguate relazioni tra curanti e persone in cura, anche - e soprattutto - in tempo di pandemia. Ma come la mettiamo con l'altro paradigma imperante, quello di un welfare centrato sulle prestazioni, di una sanità aziendalizzata che spesso scambia il doveroso strumento di un attento controllo di gestione con il fine cui deve tendere l'organizzazione? Un welfare focalizzato sulle prestazioni - e non sulle relazioni – fatalmente non potrà che orientare la propria attenzione al tempo cronologico impiegato per ottenere un determinato prodotto, che si tratti di un'indagine diagnostica o della durata di un ricovero: sono purtroppo già presenti in alcune realtà sanitarie i tempari, che fissano il minutaggio per le varie prestazioni, con buona pace del tempo da

dedicare all'ascolto, alla comunicazione, alla relazione. Non possiamo più lasciare alle sole dimensioni tecnocratica ed economico-finanziaria il compito di orientare le pratiche sanitarie: non si tratta solo di curare le malattie, ma anche di prendersi cura di persone malate!

Per combattere la solitudine, per non perdere la tenerezza

"La vita è l'arte dell'incontro", "Amare è volere essere vicino quando si sta lontano, e più vicino quando si sta vicino", ci ricorda Vinicius de Moraes. Che vita è, allora, una vita privata della relazione fisica ed affettiva con le persone che si amano e che ci amano? Di fronte alle misure d'interruzione dei contatti finalizzate alla tutela della salute fisica degli anziani ospiti delle RSA e dei pazienti degenti negli ospedali, alcuni dei quali in fin di vita, la Commissione Regionale di Bioetica (CRB) della Regione Toscana ha redatto nel novembre 2020 un parere intitolato "Per combattere la solitudine, per non perdere la tenerezza"[3]. Vi si affronta il dilemma morale tra affetti e supporto psicologico da un lato ed il blocco delle relazioni con l'esterno dall'altro, in particolare con parenti, amici, con ogni persona cara, con quanto rende una vita, "vita". Senza considerare, nei casi che si concludono con il decesso, la sofferenza di chi rimane, avvolto da un lutto vissuto senza la possibilità di un ultimo momento di contatto, spesso anche senza quell'accompagnamento rituale che è una delle cifre culturali caratterizzanti la specie umana fin dai tempi più remoti. Alla domanda della CRB se fosse stato fatto tutto il possibile per limitare il male minore, se cioè gli interventi strutturali, tecnologici, organizzativi, procedurali nei vari presidi della Regione Toscana avessero tenuto conto di tale problematica, la Giunta Regionale - sollecitata anche dall'Associazione "Tutto è vita onlus" e dalla Fondazione Meyer - ha prontamente risposto con la delibera 1642 del 21 dicembre 2020, finalizzata a "garantire i contatti tra pazienti/ospiti e i loro familiari/caregiver o altre persone di fiducia, all'interno delle aziende sanitarie e negli enti del Servizio Sanitario Regionale nonché delle strutture socio sanitarie (RSA-RSD)".

Nella delibera si legge, tra l'altro: "Rilevato che le proposte presentate considerano la vicinanza delle persone sofferenti ai propri affetti presupposto importante del processo di cura, la cui interruzione, sebbene motivata da indiscutibili ragioni di sicurezza, comporta rischi per la salute e per il benessere delle persone ricoverate; dato atto che tali proposte mirano a garantire, all'interno di tutti i setting di assistenza e cura, i contatti tra pazienti/ospiti e loro familiari/caregiver o altre persone di fiducia individuate dal diretto interessato (fiduciari ai sensi della legge 219/2017, psicologi, assistenti spirituali o altre figure richieste), nelle modalità compatibili con le misure di sicurezza per la prevenzione della diffusione del contagio da SARS-CoV-2; valutato prioritario garantire tale diritto alle persone affette da patologia grave o con prognosi infausta a breve tempo, attraverso una rimodulazione delle procedure organizzative in ragione dei bisogni specifici e della gravità della situazione clinica e psicologica e la presa in cura congiunta delle unità di cure palliative, per essere accompagnati con un approccio globale (sanitario,

psicologico, sociale e spirituale) nel percorso di cura fino al termine della vita; valutato inoltre l'urgenza che le strutture di degenza od ospitalità garantiscano le comunicazioni telefoniche e le videochiamate del paziente/ospite con le persone esterne e/o del personale con la persona esterna indicata dal soggetto interessato, adeguando, se necessario, la connessione alla rete internet e dotandosi della strumentazione con riguardo anche alle esigenze delle persone con disabilità…".

A queste parole sono seguiti i fatti, soprattutto nelle RSA-RSD: anche grazie a finanziamenti specifici è stato possibile, ad esempio, attuare interventi di minima come dotare alcune strutture della connessione alla rete e delle apparecchiature idonee alle videochiamate. La Regione Toscana sta monitorando le modifiche organizzative, procedurali e tecnologiche messe in atto nelle varie strutture: mentre nelle RSA la risposta è stata generalmente molto positiva, non si può dire altrettanto per gli ospedali dove, tranne casi isolati dovuti alla sensibilità ed all'impegno del singolo responsabile (vedi la Rianimazione dell'Ospedale Cisanello di Pisa) le visite dei familiari non sono ancora consentire o lo sono al massimo per pochi minuti.

Consapevoli di tali limitazioni, non sono pochi i pazienti che stanno rinunciando a ricoverarsi, nel timore di ritrovarsi soli proprio quando si è più vulnerabili, fragili e dunque tanto più bisognosi del *to care*, oltre che del *to cure.* Ma in questa pandemia poco o nessun ascolto è stato dato alla voce del paziente, ai suoi desideri, alle sue scelte, nel nome di misure emergenziali che, se avevano una qualche spiegazione un anno e mezzo fa, appaiono oggi sempre più inappropriate. La risposta di tipo tecnologico, specialistico alle forme di COVID-19 ha polarizzato l'attenzione sui reparti di terapia intensiva, dove purtroppo tanti pazienti sono deceduti per le gravi condizioni di base che, una volta sopraggiunta l'infezione da coronavirus, pochissime chance di sopravvivenza concedevano: in questo scenario dobbiamo registrare il mancato o ridotto ricorso alle cure palliative.

Cure palliative dimenticate

Queste ultime, già sottoutilizzate nelle cure di fine vita nei tempi precedenti la pandemia, sono state addirittura dimenticate dall'OMS, quando nei primi mesi del 2020 raccomandava il mantenimento dei servizi essenziali, tra i quali le vaccinazioni, le cure per la salute materno-infantile, i servizi di emergenza e quelli dedicati alle cronicità ma non faceva appunto menzione delle cure palliative[4]. Un'indagine dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha appurato che nei primi nove mesi del 2020, quando ci saremmo aspettati un aumento dei ricoveri in Hospice dato il numero e la gravità dei quadri morbosi legati direttamente o indirettamente alla COVID-19, si è invece assistito a una loro riduzione, significativa nel periodo febbraio-maggio, quello corrispondente alla prima ondata epidemica[5].

Nella già citata delibera toscana sono ben esplicitati indirizzi generali di ausilio per la valutazione dei bisogni dei soggetti ricoverati o ospiti delle strutture socio-sanitarie: in particolare, "secondo quanto prescritto dalle

Leggi n. 38/2010 e n. 219/2017, ogni persona malata che si trova in situazione avanzata della patologia, ha il diritto di accesso alle cure palliative che l'accompagneranno con un approccio globale (sanitario, psicologico, sociale e spirituale) nel percorso di cura fino al termine della sua vita … Ogni medico che abbia la responsabilità clinica di malati affetti da patologie life-threatening (il medico ospedaliero, il medico di medicina generale nel territorio e nelle RSA/RSD in raccordo con i responsabili delle strutture), al manifestarsi di sintomi di difficile controllo o all'aumentare della complessità clinica del paziente, in particolare laddove l'aspettativa di vita sia abbreviata e la durata di sopravvivenza cessi di essere l'unico e principale obiettivo delle cure, esaurite le proprie possibilità di erogazione di cure palliative di base, coinvolgendo anche la componente infermieristica del team di cura, è tenuto a contattare l'Unità di Cure Palliative (UCP) territoriale per una valutazione specialistica ed avviare un processo integrato di assistenza ... È necessario garantire l'assistenza psicologica e quella di un assistente spirituale rappresentante della religione professata o altro assistente spirituale liberamente scelto dalla persona, non necessariamente confessionale … In caso di decesso, è necessario garantire l'accompagnamento nel commiato, eventualmente con la collaborazione del volontariato".

Purtroppo resta ancora molto da fare per tradurre in pratiche quotidiane queste parole, che rischiano di rimanere nel territorio dei buoni auspici se non saranno legate a precisi obiettivi da raggiungere cui le direzioni delle varie strutture dovrebbero attenersi. L'ordinanza del Ministero della Salute dell'8 maggio 2021, nel riconoscere l'importanza delle visite dei familiari per la salute degli ospiti delle RSA e nel disporre conseguentemente tutta una serie di modalità organizzative per garantire le visite in sicurezza, segna un ulteriore passo verso il superamento di una prassi che non è più tollerabile in quanto centrata sulla dimensione tecnica della cura ed indifferente a quella relazionale. "È stato fatto tutto il possibile": questo viene detto dalla stragrande maggioranza dei medici alle persone che non hanno potuto accompagnare i loro cari nell'ultimo tratto di strada. No, non è stato fatto tutto il possibile, quando all'essere umano si toglie ciò che lo rende "umano", quando le sue sofferenze sono ridotte al livello di un difetto meccanico da riparare!

Si deve dunque salutare con soddisfazione la nota circolare del Ministero della Salute del 30 luglio 2021, in cui si richiama l'attenzione sull'opportunità di assicurare a familiari e visitatori dell'ospite della struttura, purché muniti di Green Pass, l'accesso alle residenze sanitarie assistenziali e alle residenze per persone con disabilità tutti i giorni della settimana, anche i festivi, garantendo al contempo che la visita si svolga in un tempo congruo al bisogno di assistenza, di durata possibilmente sino a 45 minuti. E per i pazienti in ospedale? Nei primi giorni di agosto la stampa ha ampiamente pubblicizzato l'entrata in vigore del decreto legge 105 del 23 luglio che, completando gli ambiti di applicazione del Green Pass, dava la possibilità ai familiari non solo di permanere nelle sale d'attesa dei dipartimenti d'emergenza e accettazione e dei reparti di pronto soccorso, ma anche di accedere ai reparti di degenza … ma in questi primi

giorni di settembre siamo ancora ben lontani dalla traduzione in pratica.

Del resto, non ci si deve meravigliare se la medicina e la sanità continuano a concentrarsi sulla malattia e non sulla persona malata: Bernard Lown, uno dei più autorevoli cardiologi americani, sosteneva che "un'incredibile arroganza viene instillata negli studenti di medicina ... Si insegna loro un modello medico riduttivo, in cui gli esseri umani sono solo complesse macchine biochimiche"[6]. In effetti anche in Italia la sottovalutazione dei valori umani inizia proprio nella facoltà di medicina, dato che non è certo la strada migliore per formare i futuri medici quella di ammettere gli studenti al primo anno valutandone le conoscenze nel campo della fisica, della chimica, della biologia, ignorando tutto l'apporto delle scienze umane. È l'inizio di un indottrinamento sistematico alla formazione tecno-scientifica che, trascurando i valori dell'umanesimo, genererà medici perfettamente formati ad utilizzare le tecnologie, ma di fatto de-formati nei confronti delle sofferenze esistenziali.

Proviamo ad accostarci a quella tragica e crescente sequenza giornaliera del numero dei decessi per COVID-19 immaginando quanti di questi siano relativi ad esseri umani morti in solitudine, dopo giorni, settimane, talora mesi di isolamento affettivo: a questo punto chiediamoci se sia ancora eticamente tollerabile un discorso pubblico dove si sente parlare di Green Pass soprattutto come strumento per farsi un aperitivo o mangiare una pizza.

[1] Zuppiroli A., Distanziati ma vicini emotivamente. Laborcare Journal 2021;35:2-5. www.laborcare.it.

[2] Benedetti F., La speranza è un farmaco. Come le parole possono vincere la malattia, Mondadori, Milano, 2018.

[3] https://www.regione.toscana.it/documents/10180/17345814/Parere+CRB+8_2020.pdf/d125252e-71f4-d171-4084-48249d37884b?t=1606810501750.

[4] Palliative care and the COVID-19 pandemic. The Lancet 2020; 395:1168.

[5] https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4482-cure-palliative-in-hospice-anno-2020-pandemia-coronavirus.html.

[6] Lown B., L' arte perduta di guarire. I consigli di un grande medico per un ritorno a una medicina più umana, Garzanti Libri, Milano, 1997.

Inclusione scolastica alunni con disabilità. Il cambio di prospettiva dei nuovi modelli di PEI*

Angelo Lascioli
professore di pedagogia speciale Università degli Studi di Verona

Il modello biopsicosociale dell'ICF, ridefinisce il significato di disabilità come questione che riguarda l'interazione individuo-ambiente, per cui le disabilità non vanno più concepite come "dis-abilità", ossia limitazioni delle abilità personali, ma come "problemi di funzionamento", che derivano dal modo con cui determinate condizioni di salute entrano in relazione con i contesti di vita della persona

Quando non esisteva un "modello di PEI" unico nazionale

A partire dal prossimo anno scolastico 2021/2022, le scuole di ogni ordine e grado saranno tenute ad adottare le nuove modalità per l'assegnazione delle misure di sostegno, previste dal decreto legislativo 66/2017, e i modelli di piano educativo individualizzato (PEI)[1], come previsto dal decreto interministeriale del 29 dicembre 2020, n. 182. L'introduzione di un modello di PEI su base nazionale unico per tutti gli ordini di scuola, rappresenta un evento senza precedenti nella storia dell'integrazione scolastica degli alunni/e con disabilità, iniziata negli anni Settanta del XX secolo. Infatti, per quanto la normativa precedente inerente al tema dell'integrazione/inclusione degli alunni/e con disabilità prevedesse specifiche indicazioni riguardanti il PEI, non era previsto per le scuole l'obbligo di adottare un "modello di PEI". Facendo riferimento alle Legge 104/1992 (Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), ciò che le istituzioni scolastiche dovevano tener presente nella redazione del PEI, consisteva nell'acquisizione della documentazione risultante dalla Diagnosi funzionale e dalla definizione del Profilo dinamico-funzionale (art. 12, comma 5), e sulla base di tale documentazione redigere il PEI. Per quanto attiene ai contenuti, secondo l'Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle Unità Sanitarie

* L'articolo è stato scritto prima della sentenza del TAR del 14 settembre che annulla il decreto 182 2020 sui nuovi modelli di PEI.

Locali in materia di alunni portatori di handicap (DPR del 24/02/1994), il PEI doveva riportare la descrizione degli «interventi integrati ed equilibrati tra di loro, predisposti per l'alunno in situazione di handicap, in un determinato periodo di tempo, ai fini della realizzazione del diritto all'educazione e all'istruzione» (art. 5), tenendo presenti «i progetti didattico-educativi, riabilitativi e di socializzazione individualizzati, nonché le forme di integrazione tra attività scolastiche ed extrascolastiche» (comma 3). La normativa sull'integrazione, pertanto, non fissava per legge un "modello di PEI". In assenza di un modello unico nazionale, al fine di assolvere all'obbligo della redazione del PEI, nelle scuole di ogni ordine e grado si sono sviluppate una serie di buone prassi consistenti nell'elaborazione, in proprio, dei vari modelli di PEI, talvolta concepiti come trasversali ai diversi ordini di scuola, in altri casi pensati in modo diverso per ordine di scuola. Seppur nelle differenze presenti tra i molteplici modelli di PEI diffusi a livello nazionale, l'elemento unificante dei diversi documenti era il riferimento alla struttura e ai contenuti della Diagnosi funzionale e del Profilo dinamico-funzionale, i cui modelli sono allegati al DPR del 24/02/1994. In particolare, in ogni PEI erano descritti gli obiettivi e gli interventi educativi per l'alunno/a con disabilità, in relazione ai seguenti "assi" (o parametri o aree) della Diagnosi funzionale: cognitivo, affettivo-relazionale, comunicazionale, linguistico, sensoriale, motorio-prassico, neuropsicologico, dell'autonomia e dell'apprendimento. I PEI, così formulati, risultavano "modellati" sulla base della struttura della Diagnosi funzionale, riflettendone per certi aspetti anche gli scopi.

Alle radici del nuovo PEI

Con la pubblicazione del D. Lgs. del 13 aprile 2017, n. 66 (Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità, a norma dell'articolo 1, commi 180 e 181, lettera c), della legge 13 luglio 2015, n. 107) e la successiva pubblicazione del D. Lgs. del 7 agosto 2019, n. 96 (Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66), oltre ad essere stata prevista l'adozione di un modello di PEI unico nazionale, è stato profondamente modificato il modo di concepire l'azione inclusiva della scuola a favore degli alunni e delle alunne con disabilità e, coerentemente a tale innovazione, sono stati concepiti la struttura e i contenuti del nuovo PEI. Ma quali sono le novità fondamentali apportate dai Decreti Legislativi 66/2017 e 96/2019? Innanzi tutto è cambiato l'iter di certificazione della disabilità in età evolutiva, in particolare è stato superato quanto previsto dalla L. 104/1992, art. 12, comma 5, laddove si stabiliva che «all'individuazione dell'alunno come persona handicappata ed all'acquisizione della documentazione risultante dalla diagnosi funzionale, fa seguito un profilo dinamico-funzionale ai fini della formulazione di un piano educativo individualizzato». Infatti, nel D. Lgs. 66/2017 tale articolo è stato sostituito con il seguente: «Successivamente all'accertamento della condizione di disabilità delle bambine e dei bambini, delle alunne e degli alunni, delle studentesse e degli studenti ai sensi dell'articolo 3, è redatto un profilo di funzionamento secondo i criteri del

modello bio-psico-sociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ai fini della formulazione del progetto individuale di cui all'articolo 14 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nonché per la predisposizione del Piano Educativo Individualizzato (PEI)» (art. 5, comma 2, lettera b). Sono molteplici le novità introdotte da questo articolo. Innanzitutto la scelta di adottare un nuovo documento, denominato "Profilo di funzionamento", per descrivere la condizione di disabilità dell'alunno/a. Il Profilo di funzionamento dovrà essere redatto dalle Unità di Valutazione Multidisciplinari "secondo i criteri del modello bio-psico-sociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)", a cui è previsto che partecipino, oltre alle specifiche figure professionali stabilite per legge (Neuropsichiatra infantile o esperto nella patologia più almeno due tra terapista della riabilitazione, psicologo e assistente sociale o rappresentante dell'Ente Locale), i genitori, l'alunno/a con disabilità (nella massima misura possibile) e la scuola nella persona del dirigente scolastico o di un docente specializzato nel sostegno didattico (D. Lgs 96/2019, art. 4: modifica all'art. 5 del D. Lgs 66/2017, c. 3). Il "Profilo di funzionamento", una volta redatto, diviene il riferimento fondamentale ai fini della predisposizione del PEI (oltre che per la formulazione del Progetto individuale, di cui all'art. 14 della Legge 328/2000), andando a sostituire la Diagnosi funzionale e il Profilo dinamico-funzionale. Con il superamento della Diagnosi funzionale/Profilo dinamico-funzionale, avviene anche il superamento del "vecchio" PEI, il quale faceva proprio riferimento alla struttura di questi due documenti, in quanto ne "ricalcava" le caratteristiche (suddivisione per "assi") e l'implicita concezione. A marcare la distanza da questa impostazione, interviene l'art. 7 del D. Lgs. 66/2017, laddove si stabilisce che il nuovo PEI dovrà individuare «strumenti, strategie e modalità per realizzare un ambiente di apprendimento nelle dimensioni della relazione, della socializzazione, della comunicazione, dell'interazione, dell'orientamento e delle autonomie» (art. 7, comma 2, lettera c). Il lettore potrà notare che il nucleo del nuovo PEI, come concepito dal D. Lgs. 66/2017, non sono più gli "assi" della Diagnosi funzionale né del Profilo dinamico-funzionale, bensì la realizzazione di un "ambiente di apprendimento" (l'enfasi viene posta sul ruolo degli ambienti nel promuovere i processi d'inclusione, coerentemente a quanto stabilito dall'ICF e dalla Convenzione dell'ONU sui diritti delle persone con disabilità). I nuovi "assi" su cui va costruita la progettazione del PEI, sono dati da una serie di "dimensioni" (il termine fa parte di un linguaggio non clinico, ampiamente utilizzato per descrivere il significato di "Qualità di Vita" e nel linguaggio ICF), che in parte ricalcano proprio le "dimensioni di Attività e Partecipazione" dell'ICF.

Sono sufficienti questi brevi cenni per comprendere che il linguaggio con cui è scritto il D. Lgs. 66/2017 non fa più riferimento al linguaggio della precedente normativa in materia d'integrazione/inclusione scolastica e sociale delle persone con disabilità, il cui asse portante è stata la L. 104/1992, unitamente al

DPR del 24/02/1994. Il massimo elemento di discontinuità tra la precedente legislazione e le novità introdotte dal D. Lgs. 66/2017 è il riferimento al modello bio-psico-sociale della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF). Infatti, è proprio il modello biopsicosociale dell'ICF che, se applicato all'analisi del significato di disabilità, colloca l'approccio all'inclusione scolastica degli alunni/e con disabilità oltre il "vecchio" PEI, ossia al di là della concezione di scuola e di educazione che aveva caratterizzato gli anni dell'integrazione scolastica fin dagli esordi, negli anni Settanta del XX secolo, superando anche le novità introdotte dalla L. 104/1992 e dalla normativa ad essa ispirata. Il modello biopsicosociale dell'ICF, infatti, ridefinisce il significato di disabilità come questione che riguarda l'interazione individuo-ambiente, per cui le disabilità non vanno più concepite come "dis-abilità", ossia limitazioni delle abilità personali, ma come "problemi di funzionamento", che derivano dal modo con cui determinate condizioni di salute entrano in relazione con i contesti di vita della persona. Pertanto, coerentemente al modello biopsicosociale dell'ICF, l'azione sui contesti, finalizzata a ridurre le limitazioni che le persone con problemi di salute possono incontrare in essi, unitamente all'azione di miglioramento dei contesti stessi attraverso l'introduzione di facilitatori al fine di renderli accessibili, è ciò che viene richiesto alle istituzioni scolastiche per promuovere il diritto all'inclusione scolastica e sociale degli alunni e delle alunne con disabilità.

Questo modo di concepire la questione mette in discussione, superandolo, il modello interpretativo della disabilità che ha operato sia nella "vecchia" definizione di disabilità (art. 3, L. 104/1992), che nell'elaborazione dei documenti finalizzati all'individuazione della persona con disabilità e alla redazione del PEI, dalla Diagnosi funzionale al Profilo dinamico-funzionale.

Oltre l'integrazione, l'inclusione

Il modello dell'integrazione scolastica sviluppatosi in Italia a partire dagli anni Settanta, giunge alla sua piena maturazione con la L. 104/1992, che a sua volta nasce e si sviluppa nel solco di una concezione di disabilità che trova la sua massima definizione con la promulgazione dell'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, ICIDH, a cura dell'OMS (1980). La concezione di disabilità presente in questo documento dell'OMS risulta influenzata da una visione del problema di tipo medico, per cui le disabilità vengono concepite come "effetti" derivanti da condizioni cliniche invalidanti (menomazioni, deficit, quadri sindromici, ecc.). In questo modo di "guardare" alla questione, la disabilità risulta essere un problema "in capo alla persona", un suo "modo d'essere", che come tale non può essere modificato se non attraverso il ripristino delle normali condizioni di salute. Manca qui completamente la "visione" della disabilità come condizione che deriva dal prodotto/effetto dell'interazione individuo-ambiente. Nella definizione di "persona handicappata" di cui all'art. 3 della L. 104/1992, si può rilevare la presenza di questo impianto teorico; pertanto, anche nei documenti finalizzati all'individuazione della disabilità previsti dalla L. 104/1992 si riflette la conce-

zione in base alla quale il problema per cui si manifesta una condizione di disabilità non riguarda l'ambiente, ma le condizioni cliniche del soggetto, ossia i suoi "malfunzionamenti" individuali. Ciò lo si può constatare andando a leggere in cosa consiste la Diagnosi funzionale in base quanto stabilito dal DPR del 24/02/1994, ossia una «descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap» (art. 2,), che è «finalizzata al recupero del soggetto portatore di handicap» (art. 4). L'impianto normativo, in quanto ispirato a un modello di welfare di tipo assistenziale, concepisce l'azione a favore della persona con disabilità come azione "risarcitoria" (accesso a servizi e sostegni di varia natura, compresi quelli economici), finalizzata a ridurre l'impatto della disabilità sui processi d'integrazione, per evitare il rischio che si creino condizioni di "svantaggio e di emarginazione sociale" (vedasi il significato di handicap nell'ICIDH e nella L. 104/1992). Considerato che l'ICIDH è rimasta in uso fino al 1999 e che la nuova classificazione dell'OMS, l'International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, è del 2001, si può comprendere che non è da molti anni che è cambiato il modo di "guardare" alla disabilità. Inoltre, la sostituzione della Diagnosi funzionale e del Profilo dinamico-funzionale con il Profilo di funzionamento, prevista dal D. Lgs. 66/2017, non risulta di fatto ancora attiva perché mancano le Linee guida, previste da tale decreto, le quali dovranno contenere «a) i criteri, i contenuti e le modalità di redazione della certificazione di disabilità in età evolutiva, (ai fini dell'inclusione scolastica, tenuto conto della Classificazione internazionale delle malattie (ICD) e della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) dell'OMS); b) i criteri, i contenuti e le modalità di redazione del Profilo di funzionamento, tenuto conto della classificazione ICF dell'OMS» (art. 5, comma 6).

L'obiettivo del Profilo di funzionamento, da quanto si può comprendere analizzando la nuova normativa sull'inclusione scolastica degli alunni e delle alunne con disabilità, non avrà come scopo la descrizione delle condizioni di salute da cui dipende la condizione di disabilità, ma la descrizione delle modalità con cui, in un certo contesto, particolari condizione di salute entrano in relazione con determinate situazioni di vita che rappresentano, per l'alunno/a con disabilità, le circostanze in cui egli fa esperienza della disabilità. L'obiettivo, in questo caso, è d'individuare se e come tali contesti impattino sul suo funzionamento, in una prospettiva biopsicosociale, ossia idonea a dar ragione non solo dei limiti di salute ma anche del funzionamento di altre variabili, di tipo ambientale e personale, in quanto anch'esse decisive nel determinare la qualità del funzionamento umano. Attraverso il Profilo di funzionamento è dunque possibile pervenire a un'accurata descrizione della qualità dell'interazione individuo-ambiente (Pasqualotto, Lascioli, 2020), funzionale alla redazione del PEI se idonea a supportarne il processo di progettazione (Lascioli, Pasqualotto, 2021).

La constatazione che al fine di interpretare correttamente la disabilità sia necessario acquisire un "approccio ecologico" (Bronfenbrenner, 1986), ossia

idoneo a rilevare come l'ambiente e i diversi contesti di vita in cui ciascuno è inserito influenzano il comportamento delle persone, ha spostato anche il "focus" dell'azione a favore degli alunni e delle alunne con disabilità, rimodulando il significato di "integrazione" in quello di "inclusione". L'inclusione, infatti, rappresenta un nuovo paradigma, che va oltre l'integrazione in quanto ne cambia il quadro epistemologico: «Da un "dato" in cui inserirsi a un "divenire" al quale partecipare"» (Canevaro, 2013, pp. 183-184). L'inclusione, osserva Cottini (2017), non rinnega l'integrazione «ma la orienta, di fatto, verso una visione più sociale e contestuale, in grado di organizzare e attivare tutte le risorse disponibili nell'ambiente con l'obiettivo di promuovere una scuola delle differenze» (p. 29). Concepire l'educazione degli alunni e delle alunne con disabilità secondo logiche inclusive, osserva Pavone (2004, p. 127), «richiede di transitare dall'idea di una scuola che incarna un sistema duale unificato (nella stessa classe convivono senza interazioni reciproche la programmazione disciplinare di classe e il piano educativo individualizzato per l'allievo/gli allievi in difficoltà), all'idea di una scuola a sistema unico (in cui la classe identifica un gruppo di allievi naturalmente eterogeneo, e le differenze si convertono nel *modus vivendi* naturale dei processi d'aula)». Ciò comporta, continua Cottini (2017), iniziare a pensare all'azione didattica rivolta agli alunni e alunne con disabilità non solo nei termini di un'azione speciale, a loro *esclusivamente* rivolta, ma come a una ricerca che sia «orientata all'ambiente, al clima, alla differenziazione didattica, alla progettazione condivisa, alle strategie collaborative, allo sviluppo di capacità cognitive e metacognitive, alla formazione di competenze assertive e prosociali, alla conoscenza e gestione delle emozioni, all'impiego funzionale delle tecnologie» (p. 393).

Risultano evidenti nei nuovi modelli di PEI anche gli influssi derivanti dalla *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità* (ONU, 2006), in particolare dove si specifica la centralità del valore dell'accessibilità nel perseguimento dell'inclusione scolastica degli alunni e delle alunne con disabilità. L'art. 1 della *Convenzione*, infatti, riconosce nell'accessibilità (all'ambiente fisico, sociale, economico e culturale, alla salute, all'istruzione, all'informazione e alla comunicazione) il nucleo fondamentale dell'azione di promozione umana e sociale delle persone con disabilità. Nel D. Lgs. 66/2017 si dedica ampio spazio a questo argomento fin dai *Principi generali* e, a seguire, negli artt. 3 e 4 dove si fa riferimento all'accessibilità e alla fruibilità «degli spazi fisici delle istituzioni scolastiche statali» (art. 3, comma 5°, lett. *c*), «dei sussidi didattici e degli strumenti tecnologici e digitali necessari per l'inclusione scolastica » (art. 3, comma 6°), «delle risorse, attrezzature, strutture e spazi e, in particolare, dei libri di testo adottati e dei programmi gestionali utilizzati dalla scuola» (art. 4, comma 2°, lett. *f*). Soprattutto laddove si specifica che nel processo di redazione del PEI «è assicurata la partecipazione attiva degli studenti ai fini dell'inclusione scolastica nel rispetto del principio di autodeterminazione» (D. Lgs. n. 96/2019, art. 9, comma 11).

Le logiche dell'inclusione caratterizzano e permeano il D.I. 182/2020 e le annesse Linee guida al PEI (allegato B del Decreto n. 182/2020), nei quali si

stabilisce che nel PEI oltre a descrivere i punti di forza/debolezza dell'alunno/a con disabilità, vanno precisate «le condizioni di contesto che possono ostacolare o favorire lo sviluppo della persona e degli apprendimenti» (Ministero dell'Istruzione, ministero dell'Economia e delle Finanze, 2020, p. 6).

Il nuovo PEI: brevi riferimenti per l'approfondimento

Da quando è uscito il D. Lgs. 66/2017 si sono susseguiti diversi scritti di vari autori e esperti, che hanno dapprima definito un possibile modello di PEI che fosse coerente con i dettami del decreto (Lascioli, Pasqualotto, 2018; Centra, 2018; Chiappetta Cajola, 2019; Ianes, Cramerotti, Scapin, 2019; Pinnelli, Fiorucci, 2020; Cottini, De Caris, 2020). Il nucleo di questi interventi è la definizione di un possibile modello di PEI coerente con l'approccio ICF, ossia in linea con il modello biopsicosociale dell'OMS, a cui hanno fatto esplicito riferimento i decreti 66/2017 e 96/2019 (Cappello, Bellacicco, 2021). Successivamente all'uscita del D.I. 182/2020 e alla pubblicazione dei nuovi modelli di PEI su base nazionale, il Ministero dell'Istruzione ha promosso una serie di webinar nazionali rivolti agli/alle insegnanti di ogni ordine e scuola e finalizzati a illustrare come compilare i nuovi PEI (https://www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/att_form.html). Sono stati pubblicati anche specifici manuali per guidare gli insegnanti nella compilazione del nuovo PEI, coerentemente a quanto stabilito dalle Linee guida del Ministero (Lascioli, Pasqualotto, 2021; Ianes, Cramerotti, Fogarolo, 2021), a cui si rinvia per gli approfondimenti.

Successivamente alla pubblicazione dei nuovi modelli di PEI non sono mancate anche voci critiche[2], che hanno evidenziato alcune fragilità esistenti nell'impianto stesso dei nuovi PEI, dovuto prevalentemente al disallineamento attuale tra quanto richiesto alle istituzioni scolastiche, che fin dal prossimo a.s. 2021-2022 sono tenute a redigere il nuovo PEI, e quanto richiesto alle Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM), presso le ASL, che in assenza delle Linee guida per la redazione del Profilo di funzionamento, previste dal D. Lgs. 66/2017 (art. 5, comma 6), dovranno continuare a fornire alle scuole le vecchie Diagnosi funzionali. Il problema è che in assenza di un "Profilo di funzionamento", il compito di redigere il PEI come indicato dal D.I. 182/2020 risulta tutt'altro che semplice e scontato. Si tratta di un "gap" che potrebbe se non compromettere, sicuramente rendere meno efficace l'auspicato cambiamento nella qualità dell'inclusione scolastica degli alunni/e con disabilità per cui il D. Lgs. 66/2017 era stato concepito.

Prima dell'inizio dell'anno scolastico 2021/2022, in linea con quanto previsto dall'art. 21 del D.I. n. 182/2020 è probabile che ci sia una revisione dei modelli di PEI, che ci si augura possa guidarne la ompilazione per le scuole seppur in assenza del "Profilo di funzionamento". Sicuramente saranno introdotte, a cura del Ministero dell'Istruzione, le "misure di accompagnamento" definite con il D.D. n. 75/2021, che prevedono una diffusa formazione sul PEI su tutto il territorio nazionale. Tutto ciò induce a ritenere che nel prossimo anno scolastico 2021-2022, a seguito dell'obbligo d'introduzione dei nuovi PEI, le scuole di ogni ordine e grado dovranno riqualificare il proprio personale,

non solo di sostegno, al fine di rispondere adeguatamente alle novità previste dal nuovo PEI nell'ottica dell'innalzamento della qualità dei processi d'inclusione scolastica.

Bibliografia

- Cappello, S., Bellacicco, R. (2021). Tutti uguali, tutti diversi: progettazione di PEI su base ICF. Confronto e sintesi dei principali modelli sperimentati sul piano nazionale. In D. Ianes, H. Demo (a cura di). *Non uno di meno. Didattica e inclusione scolastica* (pp. 132-153). Milano: Franco Angeli.
- Centra R. (2018), *Profilo di Funzionamento, PEI e Progetto Individuale secondo l'ICF*. Roma: Laboratorio Apprendimento.
- Chiappetta Cajola, L. (2019). *Il PEI con l'ICF: ruolo e influenza dei fattori ambientali. Processi, strumenti e strategie per la didattica inclusiva.* Roma: Anicia.
- Cottini L., (2017), *Didattica speciale e inclusione scolastica*. Roma: Carocci.
- Cottini L., De Caris M. (2020). *Il progetto individuale dal profilo di funzionamento su base ICF al PEI*. Firenze: Giunti.
- Ianes F., Cramerotti S., Fogarolo F. (2021), *Il nuovo PEI in prospettiva bio-psico-sociale ed ecologica*. Trento: Erickson.
- Ianes F., Cramerotti S., Scapin C. (2019), *Profilo di funionamento su base ICF-CY e Piano educativo individualizzato*. Trento: Erickson.
- Lascioli A., Pasqualotto L. (2018), *Il piano educativo individualizzato su base ICF. Strumenti e prospettive per la scuola*. Roma: Carocci.
- Pasqualotto L. Lascioli A. (2021), Il nuovo PEI nazionale, tra luci e ombre. In "RicercAzione", Vol. 13, n. 1, Giugno 2021, pp. 21-33.
- Lascioli A., Pasqualotto L. (2021), *Il piano educativo individualizzato su base ICF. Strumenti e prospettive per la scuola. Nuova edizione aggiornata ai modelli nazionali*. Roma: Carocci.
- ONU (2006), *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*, Assemblea Generale dell'onu, 13 dicembre 2006.
- Pasqualotto L., Lascioli A. (2020). *Il profilo di funzionamento su base ICF: esiti di una sperimentazione*, in "Journal of Advanced Health Care", 2, 1, pp. 43-48.
- Pavone M. (2004), *La formazione degli insegnanti per gestire l'eterogeneità in seno al gruppo classe*, in "L'integrazione scolastica e sociale", 3, 2, pp. 127-38.
- Pinnelli, S., & Fiorucci, A. (2020), *Progettazione educativa individualizzata su base ICF. Dai costrutti alla pratica didattica.* Lecce: Pensa MultiMedia.
- World Health Organization. (1980). ICIDH. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva.
- World Health Organization. (2001). ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva.

.

[1] I modelli di PEI sono qui scaricabili: https://www.istruzione.it/inclusione-e-nuovo-pei/decreto-interministeriale.html.

[2] Per un approfondimento rispetto alle voci critiche, si rinvia all'articolo: Pasqualotto L. Lascioli A. (2021), Il nuovo PEI nazionale, tra luci e ombre, RicercAzione, Vol. 13, n. 1, Giugno 2021

Garanzia dei diritti sociali e accompagnamento all'esistenza

Fausto Giancaterina
Già direttore servizi disabilità e salute mentale Comune di Roma

Credo che per rivitalizzare il nostro welfare *sia prima di tutto necessario riappropriarsi del significato più dinamico di quel mandato istituzionale e professionale che ancor oggi coinvolge tutti gli operatori pubblici:* essere accompagnatori competenti dell'esistenza delle persone *nei normali contesti della vita*

È molto triste dover constatare che le disuguaglianze e le difficoltà esistenziali delle persone (e soprattutto delle persone che *fanno fatica a tenere il passo!*) non si arrestano, ma continuano ad aumentare e che la qualità della loro vita e della loro salute (intesa come *bene-essere*) diventano sempre più scadenti. In particolare è sempre più faticoso accedere ad un'istruzione adeguata (specie se universitaria!), ad una formazione specifica e rispondente alle proprie capacità; trovare un lavoro e un reddito dignitoso; disporre di un accesso non complicato e in tempi ragionevolmente brevi alle cure specialistiche; avere sostegni per una buona inclusione sociale e la possibilità di una dignitosa abitazione.

Perché accompagnare l'esistenza

Questa è la descrizione - in estrema sintesi – dell'attuale crisi del nostro *welfare dei servizi territoriali. Un welfare* inventato diverso tempo fa con il mandato di *accompagnare l'esistenza* delle persone e di facilitare loro il riconoscimento e il godimento di quei diritti fondamentali della vita.

Credo che per rivitalizzare il nostro *welfare* sia prima di tutto necessario riappropriarsi del significato più dinamico di quel mandato istituzionale e professionale che ancor oggi coinvolge tutti gli operatori pubblici: essere *accompagnatori competenti dell'esistenza delle persone* (ed in particolare, per quanto qui ci interessa, delle persone con disabilità) nei normali contesti della vita, per rigenerare le migliori occasioni di buona qualità della vita stessa, promovendo l'insieme delle relazioni, delle amicizie, degli affetti e dei desideri (spesso non sempre ben espressi e comprensibili), promossi e sostenuti nei luoghi della scuola, del lavoro, dello sport, del tempo libero, del divertimento,

della vacanza, nei sentieri dell'abitare autonomo, perché sia possibile sviluppare e sostenere l'identità della persona e il suo riconoscersi anche attraverso gli altri.

Accompagnare l'esistenza è quindi per i professionisti significativamente la concreta riscoperta di un lavoro di mediazione e di sostegno per rendere possibile l'esigibilità di quei *diritti basilari del vivere,* vale a dire (e lo ripeto quasi ossessivamente): il diritto all'istruzione, alla formazione, al lavoro, il diritto all'abitare, il diritto alla salute, il diritto all'inclusione per un positivo ruolo sociale.

Allora, se vogliamo ancor più capire il significato del mandato di "*accompagnare l'esistenza*", occorre che ogni *welfare territoriale* si (ri)attrezzi per sostenere realmente il lavoro degli operatori nel ruolo di *"mediatori"*: per garantire, promuovere, tutelare, attuare, sostenere e facilitare il godimento di quei *diritti sociali*. Ma quei diritti non vanno solo e semplicemente rivendicati: hanno bisogno di essere co/promossi e co/attuati.

E qui l'attuale realtà dei servizi non ci aiuta affatto in tal senso. I servizi continuano ad essere in grosse difficoltà: organici ridotti in numero e professioni; risorse finanziarie in calo da diversi anni; esternalizzazioni fuori controllo; operatori che si sono stabilizzati nelle loro competenze professionali su processi di aiuto unicamente per singole prestazioni monodimensionali a discapito di un doveroso approccio multidimensionale (*bio-psico-sociale*), accettando, senza fiatare, l'improduttivo spezzettamento dei servizi stessi, e una persistente mancanza di un qualsiasi programma a favore di *sistemi integrati* soprattutto di quell'indispensabile integrazione tra sistema sanitario e sistema sociale.

Ad esempio (e spero di essere immediatamente smentito), nel sito ufficiale dell'Ordine Nazionale degli Assistenti Sociali non sono riuscito a rintracciare una qualche proposta che, partendo dai *determinanti sociali di salute*, si concretizzasse in una visione operativa di progettazione unitaria e di integrazione sociosanitaria a livello di distretto, per sostenere, in particolare, l'esistenza di persone segnate da fragilità! Molti operatori hanno ritenuto necessario crearsi una nuvola di rifugio e di sicurezza, codificando e applicando consolidate procedure, protocolli operativi, modelli e metodi d'intervento poco rispondenti ad un lavoro che promuova relazioni di inclusione.

Non bastano appelli e denunce

Di fronte ad una tale situazione - a mio modestissimo parere - è importante, *ma non sufficiente* che le Associazioni, (l'altra metà del mondo del *welfare* e veri tutori degli interessi dei propri associati utenti dei servizi) si limitino a pubblicare appelli e denunce verso politici e amministratori, rappresentando con chiarezza storie vive e istanze pressanti (che arrivano loro dalle persone con disabilità e dalle loro famiglie), sul loro isolamento, segregazione, discriminazioni nel lavoro, nella scuola e persino nei confronti delle donne con disabilità.

Non è sufficiente che si chieda con forza un'ampia riforma del sistema di

welfare basato principalmente su criteri di protezione, per un *welfare* profondamente modificato in favore di un nuovo modello basato *sui diritti civili, sociali, umani.* Credo che non basti invocare l'abbandono dell'approccio ai bisogni in favore di progetti personalizzati per sostenere un vivere più autonomo ed indipendente e che il nostro *welfare* sia finalmente un "*welfare di inclusione e prossimità*, integrando le competenze nazionali e regionali".

Ripeto: tutte rivendicazioni, denunce, appelli e proposte importanti (e forse veramente necessari), ma partire solo dalla proclamazione di visioni alte e dalla rivendicazione di sacrosanti diritti rivolgendosi sempre e solo ai tanti decisori politici nazionali e regionali, quando a livello territoriale e nella quotidianità dell'esistenza continuano a mancare servizi, strumenti e professioni di mediazione per la reale esigibilità di quei diritti, non basta e soprattutto non funziona più!

C'è bisogno di un lavoro di co/azioni dal basso per avviare un vero cambio di rotta del nostro *welfare territoriale*: Associazionismo e Terzo settore devono incontrare, ascoltare i professionisti dei Servizi pubblici, valutare insieme positività e carenze, per poi co/progettare e co/proporre un *welfare* non più centrato sulle prestazioni e su rapporti duali, ma un *welfare di prossimità e generativo* partendo dai diritti sociali costituzionalmente garantiti.

Qui si tratta di annientare una situazione che sta alimentando l'assoluta indifferenza e irresponsabilità nei confronti dei servizi territoriali. In permanenza di tale situazione le Associazioni e il Terzo settore non riusciranno mai ad essere il vero motore di un cambiamento culturale che metta sotto gli occhi di Amministratori e Professionisti Pubblici il dovere di essere coerenti e fedeli al mandato istituzionale (art. 2, Costituzione), che impone loro il ruolo di operare con competenza organizzativa per rimuovere ogni ostacolo all'esigibilità dei diritti sociali dei cittadini e attivare una co/costruzione di servizi/risposte, che prevedano una *co/progettazione* nella programmazione, organizzazione, amministrazione e gestione del *welfare territoriale dei servizi,* partendo dalla ineludibile necessità dell'integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali, tra professionisti pubblici e le organizzazioni del Terzo settore, dando il ruolo di vigilanza ai cittadini stessi riuniti in Associazioni.

Serve una penetrante svolta culturale

Se vogliamo far *rinverdire gli "attrezzi"* di lavoro dei servizi territoriali e ritrovare una sintonia per condividere il significato delle parole che usiamo abitualmente per comunicare e agire, dobbiamo essere consapevoli che prima di tutto bisogna provocare una svolta culturale, senza la quale diventa molto difficile che si possa con coerenza operare in relazione al nuovo paradigma di approccio ai diritti come richiesto dalla Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità. Sappiamo che, ancor oggi, nei servizi sociosanitari è dominante il paradigma *bio/medico, settoriale* e quindi parziale.

Credo che bisogna iniziare da qui per proporre un primo vero e proprio approccio antitetico, una transizione verso un paradigma multidimensionale centrato sul *bene-essere (bio-psico-sociale)* della persona, una proposta di

vera cultura alternativa[1], con un passaggio concettuale che sposti l'organizzazione dei servizi in modo significativo.

Il passaggio riguarda (a mo' di esempio) le seguenti *parole/chiave*: da Paziente a *Persona;* da Valutazione individuale a *Valutazione multidimensionale e multiprofessionale;* da Diagnosi a *Funzionamento;* da Prestazioni riparative a *Progetto di capacitazione personalizzato;* da rapporti Unidirezionali dei professionisti dei Servizi Pubblici a *Relazioni pluridirezionali con la rete informale delle persone e con la comunità sociale* in una co-progettazione utile al bene-essere di tutti.

Un secondo approccio antitetico riguarda gli appellativi utilizzati nei documenti, nel linguaggio corrente e nei media per indicare le persone con disabilità. Ancora oggi, ad esempio (nonostante quanto enunciato nella Convenzione ONU), non è del tutto superata la confusione creata dall'utilizzo di termini e di concetti, spesso considerati sinonimi, ma che, in realtà, indicano situazioni, atteggiamenti e impliciti valoriali molto diversi tra loro. Il nocciolo della questione non è semantico, ma è un problema culturale che la società ha nei confronti della disabilità. Come del resto l'utilizzo ambiguo (e ritenuto equivalente) degli aggettivi *individuale e personale*; ne è l'esempio l'acronimo PEI (progetto educativo individualizzato) utilizzato con particolare determinazione dal contesto scolastico e non PEP (progetto educativo personalizzato), o l'acronimo PTRI (progetto terapeutico/riabilitativo individuale).

Ma la Convenzione ONU ha magistralmente utilizzato il termine "persona con disabilità" e non "individuo con disabilità"! Forse perché - come la nostra Costituzione - ha fatto proprio il riferimento al principio personalista. Sappiamo con molta evidenza che "*la persona, nel suo patrimonio identificativo ed irretrattabile, costituisce nella nostra Costituzione il soggetto attorno al quale si incentrano diritti e doveri*"[2]. Inoltre, "*l'intera Carta repubblicana, secondo la comune opinione, costituirebbe un inno alla persona, ai suoi diritti fondamentali, alla sua dignità, una persona salvaguardata – com'è stato felicemente detto – in lunghezza, larghezza e profondità*".[3] Anche il secondo Programma di Azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, all'*Azione 5: "Condivisione e diffusione di principi e strumenti di progettazione personale e loro applicazione"*, chiede di superare il concetto di progetto individualizzato previsto dall'articolo 14 della Legge 328/2000.

Ritengo quindi che, in sintonia con la nostra Costituzione e con la stessa Convenzione ONU, si debba finalmente scegliere la dizione *personalizzato/i* in relazione a piani o progetti, per evidenziare anche l'essere immersi nel dinamismo delle reti relazionali, superando la terminologia che poggia sul concetto di individuo più coerente nel designare l'essere solitario e autoreferenziale.

Le difficoltà riscontrate nei servizi, restii a cambiamenti culturali e operativi, l'agire poco coerente verso i diritti da parte degli amministratori e dei professionisti, spesso determinano una vera stagnazione delle attività e creano nelle Associazioni una frustrazione tale da essere tentati continuamente a mettersi in proprio, presentando esclusivi progetti da realizzare con finanziamenti

pubblici.

Un ultimo passaggio di cambiamento culturale riguarda l'adozione del sistema operativo ***Budget di Salute***. In relazione a tale sistema (attualmente molto in auge e presente in molte sperimentazioni, discussioni e pubblicazioni!) mi sembra doveroso e importante segnalare alcune definizioni *non coerenti con la comune definizione di budget di salute.*

Che cosa non è – a mio parere - il budget di salute: non è sinonimo di budget di cura, in quanto non si limita al solo aspetto sanitario indirizzato al superamento di una condizione di malattia; non è sinonimo di budget di progetto, poiché non si identifica in un singolo determinante di salute (ad es.: l'abitare, il "Dopo di noi", l'inclusione scolastica, l'inclusione lavorativa…); non corrisponde meramente alle risorse economiche disponibili; non va confuso con il voucher, assegno strettamente economico, dato alle famiglie per la gestione in proprio dell'assistenza sanitaria o sociale.

Il Budget di Salute in realtà è un sistema operativo valido a sostenere *progetti di vita personalizzati. Progetti definiti con il coinvolgimento dei cittadini/ utenti, inseriti nel più ampio processo di riabilitazione/abilitazione e capacitazione* e sostenuti dall'insieme delle risorse economiche, professionali e umane, dagli asset strutturali, dal capitale sociale e relazionale della comunità locale, necessari a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire un ben-essere della persona e una sua migliore inclusione sociale. Attraverso il sistema operativo budget di salute la complessità delle risorse disponibili non verrà più utilizzata per finanziare rette in favore di contenitori segreganti, ma per garantire l'esigibilità del diritto alla salute (benessere), attraverso l'attivazione di interventi sociosanitari integrati e personalizzati, attenti ai determinanti sociali di salute.

Serve un deciso cambio di governance

Serve un deciso cambio a livello regionale di *governance* verso un'unitaria gestione di tutti i servizi territoriali, che rompa finalmente la struttura dei servizi a "*canne d'organo*" (indipendenti e incomunicanti), realizzando una produzione legislativa che attui *in primis l'integrazione sociosanitaria*, richiedendo, prima di tutto, una vera adesione delle professioni sanitarie, derivante dalla "*convinta consapevolezza* - come giustamente asserisce Fabrizio Starace[4]- *della dimensione sociale nella produzione di salute e obiettivo quasi del tutto assente nei curricula formativi dei professionisti sanitari. Il ruolo che i fattori ambientali, sociali, culturali e comportamentali esercitano sullo stato di salute e di malattia degli individui e della comunità viene ancora considerato esterno alla tecnicalità sanitaria, salvo poi osservarne il richiamo tra gli aspetti che più di tutti sono in grado di spiegare la variabilità dei quadri chili clinici, del loro decorso, dei loro esiti".*

Conseguentemente serve rimodulare la diversa natura giuridica delle ASL e dei Comuni e fare una ricognizione delle risorse professionali sociali e sanitarie presenti, un attento riordino quantitativo e qualitativo delle professioni nei servizi, superando carenze e squilibri tecnico/operativi in relazione alla capa-

cità di *mediazione* verso tutti i cittadini della regione e utilizzando doverosamente le nuove opportunità legislative:

1. Legge di Conversione 17 luglio 2020, n. 77 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. All'articolo 89: Norme in materia di fondi sociali e servizi sociali. Comma "2-bis. I servizi previsti all'articolo 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, sono da considerarsi servizi pubblici essenziali: *servizio sociale professionale; segretariato sociale per informare i cittadini, servizi di pronto intervento per le situazioni di emergenza sociale; assistenza domiciliare; strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità; centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario*;

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

Un'ultima operazione che le Associazioni e il Terzo settore devono promuovere: l'integrazione gestionale a livello di distretto sociosanitario. E' a questo livello che si gioca la credibilità del sistema servizi ed è proprio a questo livello che non si riesce ancora a superare le contraddizioni più forti, mentre le persone in difficoltà vengono sospinte in un angolo e prevale l'individualismo dei più forti, pronti ad accaparrarsi mezzi e opportunità. Si tratta di un lavoro certosino ma necessario, che deve portare a stabilizzare come prassi condivisa l'integrazione a tutti i livelli gestionali, attraverso: la costituzione dell'ufficio sociosanitario integrato; l'adozione di un bilancio unico sociosanitario (*budget di distretto*, con risorse da ASL e da Comune); l'integrazione professionale con la costituzione di unità valutative integrate (UVI) per la gestione unitaria della documentazione, la valutazione dell'impatto economico delle decisioni, la definizione delle responsabilità nel lavoro integrato, il Punto Unico di Accesso alle prestazioni sociosanitarie (luogo dell'accoglienza sociosanitaria); l'attuazione della presa in carico integrata - diritto/dovere riservato in esclusiva al Servizio pubblico -; la definizione di tutta la strumentazione per una valutazione multidimensionale della situazione della persona, con il coinvolgimento della persona stessa, della sua famiglia e di coloro che se ne prendono cura.

Si tratta di assumere una valutazione che affronti la storia evolutiva della *sua presa in carico*, esaminando quanto le soluzioni (fino ad allora adottate) abbiano contribuito a determinare la situazione in esame e come poterne modificare l'assetto per giungere ad una situazione di positivo cambiamento. È importante ricordare che c'è sempre una commistione tra valutazione e progetto e che, pertanto, non esiste un progetto, ma normalmente un ciclo di progetti: progetto, risultati, ri/progetto; tutto questo soprattutto se si riscontra la persistenza di elementi/barriera nei confronti del bene-essere della persona.

Un ultimo "attrezzo" potrebbe essere sicuramente quello di esigere che ogni persona abbia il **diritto ad un proprio progetto di vita personalizzato**, che preveda il rispetto del *diritto di scelta*, la garanzia della *piena partecipazione* di

tutti gli *stakeholder* alla definizione del progetto; il sostegno con intelligenza e rispetto ai percorsi di autonomia e di *capacitazione*; l'aiuto nel prevenire situazioni di disagio e abbandono; la possibilità di avere un Case *Manager;* l'essere in sintonia con il proprio contesto di vita comunitario; e la verifica periodica degli obiettivi raggiunti, con eventuale ridefinizione periodica in relazione agli eventuali cambiamenti personali di contesto. Il *progetto di vita personalizzato* trova il suo naturale sostegno - come già sottolineato - nel sistema operativo *budget di salute.*

In conclusione

Il lavoro di intermediazione, dei servizi e dei suoi professionisti pubblici è prezioso ed indispensabile: solo loro possono facilitare il godimento di un'inclusione sociale piena e ricca, che porta in dote coesione sociale e bene-essere generalizzato. Ma tutto questo non avviane con un colpo di bacchetta magica: cambiamenti verso una condivisione culturale, l'attuazione di una governance attenta ai cittadini e non ai poteri personali o di parte, progetti di vita personalizzati sostenuti da un sistema operativo che generi partecipazione e co/produzione e co/gestione, valutazione multidimensionale e oggettiva del bene-essere nei progetti personalizzato. Tutto questo non è affatto automatico o miracolistico, ha bisogno di una nuova importante stagione di partecipazione, che sia in grado di costruire una proposta di cambiamento condivisa e di comune interesse, partendo dal basso, dai distretti sociosanitari.

Serve un duro lavoro congiunto (io continuo a chiamarlo "*Un patto tra Servizi Pubblici e Associazionismo, per diritti sociali realmente esigibili*") che risintonizzi obiettivi, modalità operative e senso del lavoro di Associazioni e del Terzo Settore, Terzo Settore insieme ad Amministratori e Professionisti pubblici: insieme analizzare gli attuali processi di funzionamento del sistema organizzativo, per coglierne le fragilità, le carenze e le disorganizzazioni, ma anche le positive realizzazioni, esplorando esperienze di buona vita già realizzate per le persone con disabilità e le loro famiglie. Queste due fondamentali realtà non possono più agire in parallelo e faticare nel comunicare tra loro, facendo finta di non sapere che il riconoscimento e l'esigibilità dei diritti sociali hanno bisogno della mediazione di competenti ed efficaci Servizi Territoriali, ma anche della appassionata co/partecipazione dell'Associazionismo e del Terzo settore.

Diversamente, rassegniamoci a correre *il pericolo di continuare ad abbaiare alla luna!*

[1] Starace F., da: *Lectio magistralis su Budget di salute*, Opera don Calabria, Roma il 24 marzo 2014.
[2] Da: *I diritti fondamentali nella Giurisprudenza della Corte Costituzionale*, Varsavia, 30/31 maggio 2006.
[3] Ruggeri A., *Stato Dottrina, Il principio personalista e le sue proiezioni*, in «federalismi.it», 28 agosto 2013.
[4] Starace F., *Il Budget di salute come strumento per l'integrazione sociosanitaria*, in PSS n.1-2021, Milano, 2021, pgg.3/5.

NON COME PRIMA. L'impatto della pandemia nelle Marche

Gruppo Solidarietà

Il coronavirus come detonatore delle disfunzionalità del sistema. L'introduzione all'ultimo libro[1] del Gruppo Solidarietà. Il nono dedicato, in quasi un ventennio, alle politiche della regione Marche

Gran parte di questo nono *Quaderno* ha come riferimento l'impatto della pandemia sugli interventi e sui servizi rivolti alle fasce più deboli della popolazione. Coprendo un arco temporale di quasi due anni (luglio 2019-giugno 2021), sarà tuttavia facile rilevare come tanti problemi, sorti nella fase acuta della pandemia, fossero già presenti nel nostro sistema sociosanitario regionale, sfibrato da "tagli" (pensiamo solo all'area della prevenzione), razionamenti e dall'assenza di una coerente programmazione. Il coronavirus è stato il detonatore che ha messo in luce la fragilità del sistema e la sua disfunzionalità. Mentre scriviamo questa presentazione (giugno 2021), siamo alle fine della seconda ondata: la domanda (e la preoccupazione) è se saremo capaci di accogliere gli insegnamenti di questi mesi, oppure, nella "foga della ripresa", dimenticheremo in fretta quanto accaduto, attribuendolo ad una fatalità non prevedibile. Purtroppo temiamo che questa sia più di una possibilità.

Vale la pena anche ricordare che nelle Marche sono morte, con positività accertata, più di 3.000 persone (1000 alla fine della prima ondata) la cui età media è di 82 anni; chiediamoci inoltre quanti negli ospedali e nelle residenze sono morti avendo accanto personale esperto nelle cure palliative. Ma cerchiamo di andare con ordine rispetto ai contenuti del Quaderno.

Il primo *contributo* prende spunto dalla fine del Governo del centrosinistra,

a cui da settembre 2020 è subentrata una Giunta di centrodestra. Si rileggono gli ultimi 25 anni di governo e le scelte compiute, in particolare nell'area sociale e sanitaria: i progressivi processi di accentramento regionale, la creazione dell'Azienda sanitaria regionale unica (ASUR) e la progressiva scomparsa della partecipazione territoriale; la confusione dei ruoli tra Regione e ASUR; il ruolo sempre più forte del privato speculativo in ambito sanitario e il progressivo allineamento di parte della cooperazione sociale alle medesime logiche finanziarie e gestionali; l'abbandono dei "luoghi" della valutazione, dell'accompagnamento e della presa in carico. Non solo un abbandono quantitativo (riduzione del personale), ma soprattutto programmatorio e organizzativo. Se questi servizi abdicano al loro ruolo, non possono che diventare i luoghi della certificazione, a cui corrisponde una prestazione, che in sé racchiude (e limita) ogni possibile intervento più complesso, articolato, personalizzato. Non era difficile prevedere che la parabola del centro sinistra fosse al termine.

Un secondo gruppo di contributi prende in esame diversi temi connessi con la pandemia. Una parte, corposa, affronta il tema della cosiddetta *assistenza residenziale* con particolare riferimento alla sfera delle persone anziane. Un primo aspetto da evidenziare è che, nonostante le ripetute richieste, ad oggi la Regione non è stata in grado di fornire dati affidabili rispetto a contagi e decessi all'interno delle strutture. Quando li ha dati, lo ha fatto per lo più in modo goffo ed errato: è il segnale di quanto contino le persone che abitano questi luoghi.

Persone, i sopravvissuti (non solo alla pandemia, ma anche all'isolamento), recluse per oltre un anno (solo da poco più di un mese infatti, salvo precedenti lodevoli eccezioni, le residenze hanno cominciato timidamente a riaprire le loro porte). L'incapacità di offrire dati adeguati indica di quanto disinteresse sia circondato questo mondo. Un mondo che si è dimostrato sufficientemente e drammaticamente sconosciuto anche a molti addetti ai lavori: pensiamo solo ai provvedimenti di contrasto al contagio, che si riferivano solo a specifiche tipologie di strutture e non a tutte quelle che potevano essere potenzialmente interessate. I dati e le analisi presentate nel testo ribadiscono, ancora una volta, l'urgenza di un cambiamento radicale. Anche se, ad oggi, non è stato rilevato alcun segnale concreto che questa volontà sia presente. Le discussioni sembrano fissarsi (per poi inabissarsi), esclusivamente sul recupero delle perdite economiche (i cosiddetti ristori).

D'altra parte, se ancora a luglio 2020, quindi alla fine della prima ondata, la Regione ha avuto il coraggio di approvare i nuovi requisiti di autorizzazione dei servizi diurni e residenziali prevedendo che nelle RSA anziani fino al 40% delle camere potranno essere con tre o quattro letti, difficile che, in queste condizioni, si possano nutrire speranze di cambiamento. L'idea che una persona possa vivere per moltissimi anni in camere a tre/quattro letti dovrebbe risultare inaccettabile sempre. Che questo risulti invece possibile anche a pandemia in corso, dimostra non tanto che la devastante esperienza vissuta qualche settimana prima, con qualche centinaio di decessi accertati, non ha

insegnato nulla, ma che l'unica cosa che conta è il profitto da una parte e il risparmio, sulla pelle dei deboli, dall'altra.

Se nella sola seconda ondata, i dati regionali riferiti alle residenze per anziani e disabili, ci dicono che in più del 30% si sono sviluppati focolai, come possiamo ancora eludere la domanda sul funzionamento di questi servizi? Dobbiamo attribuire la responsabilità al destino, oppure siamo in presenza di un modello che non è stato in grado di garantire la sicurezza alle persone di cui avrebbe dovuto occuparsi? Malati molto gravi in strutture con standard inadeguati (diciamolo ancora una volta che nella gran parte delle residenze sociosanitarie marchigiane lo standard infermieristico, da convenzione, è di 20 minuti al giorno; quello in più lo paga "l'ospite"); competenze geriatriche, nei fatti, assenti; chi invia (e dovrebbe aver valutato) è consapevole di *consegnare* persone a servizi strutturalmente incapaci di rispondere in modo adeguato alle loro necessità? Si aggiunga la crescita dei grandi numeri, dimensioni spaziali impersonali, procedure basate sul calcolo rigido dei tempi, superficialità di un modello qualitativo che in larga parte si riduce alla compilazione di moduli (sottraendo tempo alla relazione): ci serve altro per renderci conto che occorre cambiare profondamento il modello di cura?

In questa seconda parte alcuni contributi (lettere e documenti) rilanciano il tema dei sostegni alla domiciliarità, anche con riferimento a quanto previsto dal cosiddetto "decreto Rilancio": fondi consistenti, volti a potenziare gli interventi di assistenza e cure domiciliari. Un percorso appena iniziato. Vedremo nei prossimi mesi gli esiti e se si riuscirà, effettivamente, a potenziare i sostegni alle persone non autosufficienti che vivono al proprio domicilio. Alle condizioni date, sembra abbastanza improbabile.

Se non hai idee, orizzonti e programmi, l'arrivo dei finanziamenti non garantisce adeguatezza delle risposte. Se hai smantellato i servizi di presa in carico, come puoi pensare di costruire risposte personalizzate? L'unica cosa di cui sarai capace sarà quella di legare l'aumento del finanziamento alle prestazioni. Quello che non serve. Peraltro, come documenta l'ultimo contributo del libro, gli attuali interventi di sostegno alla domiciliarità, cresciuti quantitativamente negli anni grazie a risorse economiche di provenienza statale, si caratterizzano per la loro disomogeneità e mancanza di coordinamento, presentandosi soprattutto come trasferimenti diretti alle persone ed alle famiglie. D'altra parte, le risorse aggiuntive regionali, sia sanitarie che sociali, non sono caratterizzate da impronta progettuale: hanno alimentato i Fondi, allo scopo di mantenere, al crescere dei beneficiari, i medesimi sostegni economici precedentemente erogati.

Non dimentichiamoci cosa è successo nelle diverse fasi della pandemia. Non è la condizione a determinare gli opportuni sostegni, ma il *luogo* in cui ti trovi. Pensiamo alla "sospensione" dei servizi domiciliari nella fase iniziale della prima ondata; oppure alla non previsione di screening periodico per "operatori e utenti" dei servizi domiciliari (a differenza di quelli diurni e residenziali); o ai tempi di vaccinazione per chi si trovava in residenza rispetto a chi risiedeva al domicilio. Tutti indizi che ci dicono quanta fatica facciano i nostri sistemi dei

servizi a sostenere effettivamente ed efficacemente chi vive al domicilio. Non sembra si rifletta a sufficienza su come l'aumento dei trasferimenti monetari diretti rischi di privatizzare il bisogno con la contestuale deresponsabilizzazione del sistema dei servizi e l'isolamento della persone e delle famiglie.

Non mancano poi alcuni contributi che evidenziano come la mancata programmazione regionale abbia ricadute sui territori: regolamentazioni differenziate in servizi identici; mancata applicazione di norme e la contestuale evidente volontà di non farle applicare; provvedimenti (vedi il *fondo regionale di solidarietà*) costruiti in modo talmente inadeguato da non rendere nemmeno possibile l'utilizzo dei fondi in bilancio.

Quello che colpisce ancora una volta è l'incapacità programmatoria, la carenza di obiettivi e, nel caso in cui questi vengano indicati, anche l'inadeguatezza di tipo tecnico. Si aggiunga a ciò una disarmante tiepidezza, quel cercare di accontentare un po' tutti (a partire, gerarchicamente, dai più forti), dimostrando, così, di non avere mai una posizione netta.

Infine, un'ultima parte è dedicata al percorso che ha portato, come sopra richiamato, alla definizione dei nuovi requisiti di autorizzazione e accreditamento dei servizi diurni e residenziali. Nel nostro precedente libro (*Le politiche necessarie*, 2019) abbiamo corposamente documentato parte di questo percorso; in questo volume, la conclusione. Un percorso emblematico di come, in mancanza di una qualche forma di idea di servizi, ci si concentri esclusivamente nella pratica (non quella alta) della mediazione. Uno degli obiettivi raggiunti dalla Regione e dall'ex presidente Ceriscioli è stato comunque quello di mettere sostanzialmente fine al modello delle piccole comunità, promosso a partire dalla fine degli anni novanta dalle stesse giunte di centrosinistra nell'area della disabilità e della salute mentale, e di far proprio il modello delle grandi strutture multimodulari, così come sollecita e propone il privato profit.

Come evidenziamo nel contributo, i requisiti di autorizzazione dei servizi diurni e residenziali sono un tassello (importante) del sistema dei servizi, ma non l'unico. Non si tratta solo di analizzarne i contenuti, avendo come riferimento la qualità di vita delle persone che vi risiedono, ma di collegarli ad altri tasselli: personalizzazione dell'intervento, sostegno alla domiciliarità (da non intendersi, attraverso qualche trasferimento, come scarico di responsabilità sulla famiglia), costruzione di un sistema complessivo e coordinato di offerta. Siamo consapevoli che, nella cosiddetta "area sociosanitaria", sono in gioco esigenze, diritti e interessi economici. La sfida è evitare che siano questi ultimi a definire il quadro delle risposte ai bisogni delle persone, che devono tornare ad essere al centro dello sguardo e dell'azione politica e professionale.

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

segnalazioni librarie

Margherita D'Ignazio, Franca Ferrari,
Gloria Gagliardini, Sibilla Giaccaglia,
Diletta Renna, Andrea Rossi

disabilità

Bernardini M.g., Carnovali S., **Diritti umani in emergenza**,
If Press Srl, Roma 2021, pp. 287, € 18,00.

Alcuni esperti in campo di ricerca e volontariato analizzano il duro impatto che la pandemia da Covid-19 ha avuto sui soggetti più fragili della società: gli "outlier" ovvero coloro che sono sia dentro che contro il sistema. Tra questi le persone con disabilità, gli anziani e allo stesso tempo i loro caregiver che hanno dovuto affrontare tutte le problematiche e il disagio della pandemia tra disservizi e discriminazioni che già esistevano ma che il Covid-19 ha ampliato e in alcuni casi peggiorato.

ecologia

Lambert Gérard, **La febbre della terra**,
Dedalo, Bari 2020, pp. 209, € 13,90.

Questo testo affronta in modo analitico il fenomeno dei cambiamenti climatici e l'influenza che le attività umane hanno sulla salute del pianeta. Il protagonista è un bravo fisico che si finge consulente scientifico del Presidente degli Stati Uniti e fa ricerca in vari laboratori del mondo, studiando i ghiacciai, l'effetto serra e l'aumento dell'anidride carbonica in atmosfera. Riporta poi alla Casa Bianca i risultati delle sue spedizioni ed i probabili scenari, non così lontani, sul nostro futuro.

Tartaglia Angelo, **Clima**,
Gruppo Abele, Torino 2021, pp. 92, € 10,00.

Il fisico Angelo Tartaglia indirizza questa lettera sul clima al Presidente del Consiglio e, attraverso di lui, alla politica tutta. Egli sostiene, dal suo punto di vista di cittadino e scienziato, che pur avendo preso atto del mutamento climatico non si stiano adottando tutte le misure necessarie a contrastarlo. Nel testo, fruibile e puntuale, fa emergere dunque le contraddizioni e le possibili soluzioni, facendo appello alla razionalità di ciascun essere umano.

economia

Brancaccio Emiliano, **Non sara' un pranzo di gala**,
Meltemi, Roma 2020, pp. 224, € 18,00.

Giacomo Russo Spena ricostruisce l'evoluzione del pensiero del professore di economia politica, Emiliano Brancaccio, attraverso la raccolta cronologica di interviste, articoli, dibattiti, saggi. Rimanendo fuori dall'arena politica-partitica, l'economista neo-marxiano sostiene la necessità di una moderna pianificazione economica collettiva per garantire democrazia e libertà, e di un "comunismo scientifico" a fronte di una pandemia che ha messo in luce tutte le falle del sistema

capitalistico.

Bruni Luigino, **La ferita dell'altro**,
Marietti 1820, Milano 2020, pp. 169, € 14,00.

Questa seconda edizione del libro dell'economista Luigino Bruni mette in luce l'aspetto profetico del testo, che affrontava (già prima della pandemia, della vasta diffusione dei social media, dell'aumento del fenomeno migratorio) una riflessione sull'economia moderna e sul suo impatto nelle relazioni. I temi sono la crisi dei rapporti umani generata dalla crisi dei mercati, la paura di esporsi all'altro e alle ferite che ogni relazione può provocare, e il conseguente isolamento sociale.

educazione

Coluccelli Sonia, **Il metodo Montessori nei contesti multiculturali**,
Erickson, Trento 2020, pp. 150, € 19,50.

Intento dell'autrice è illustrare in che modo sia possibile e proficuo applicare il metodo Montessori ai contesti multiculturali, avvalendosi di esempi di buone pratiche e descrivendo tecniche impiegabili dalla prima infanzia all'alfabetizzazione degli adulti. Ad assumere centralità nell'esposizione, però, non sono solo le metodologie didattiche, ma i principi ideologici di una pedagogia cosmica, senza discriminazioni, intrinsecamente aperta all'incontro con l'altro.

Fedeli Daniele, **La gestione dei comportamenti-problema**,
Anicia, Roma 2020, pp. 206, € 22,00.

La scuola, oggi, si trova di fronte ad un importante fenomeno certificatorio di diagnosi, dovuto ad una maggiore cultura e consapevolezza delle problematiche legate alla disabilità, deficit del neuro sviluppo, disturbi dell'apprendimento e difficoltà di vario tipo. Sempre più diventa quindi necessario avere strumenti e adottare tecniche educative. L'autore analizza il comportamento-problema, individua quando si manifesta, presenta gli approcci di intervento psico-educativo e propone schede di lavoro.

Fedeli Daniele, Zanon Francesca (a cura di), **Le regole sono importanti**,
Giunti, Firenze 2021, pp. 127, € 18,00.

L'acquisizione delle funzioni autoregolative svolge un ruolo fondamentale nella crescita delle bambine e dei bambini, come presupposto per riuscire ad agire in modo autonomo e controllato perseguendo obiettivi (mangiare, giocare, disegnare…). Tale progresso non sempre è semplice: per questo il volume offre laboratori realizzabili nella scuola dell'infanzia in diversi momenti della giornata e dell'anno, finalizzati all'acquisizione delle abilità autoregolative (autocontrollo, flessibilità, mantenimento attentivo, pianificazione).

Giuntoli Franco, **Il merito e l'uguaglianza**,
Albatros, Roma 2020, pp. 519, € 19,50.

A cospetto di una nutrita letteratura che si occupa di uguaglianza, sono poche le teorie che si interrogano sulla nozione di merito. Il testo si apre con un'indagine linguistica e lessicale sulla parola uguaglianza e sui suoi usi in relazione al merito (o al bisogno); vengono analizzate teorie e dottrine filosofiche e sociologiche, al fine di fornire chiarimenti e strumenti di riflessione adeguati per una filosofia dell'educazione capace di guidare scelte politiche ponderate nell'ambito della suola.

famiglia

Calandrone Maria Grazia, **Splendi come vita**,
Ponte Alle Grazie, Milano 2021, pp. 221, € 15,50.

Un romanzo autobiografico vivo e luminoso: Maria Grazia Calandrone condivide con il lettore la sua personalissima storia familiare, con un linguaggio intenso e poetico, coinvolgendolo nella trama di gioia, abbandono, amore e dolore di cui è intessuta la sua infanzia. Una donna che racconta e parla alla propria Madre in quanto a sua volta donna, oltre che madre (adottiva), ricucendo attraverso le parole un legame incrinato.

Daffi Gianluca, **Genitori rispettosi e rispettati**,
Erickson, Trento 2020, pp. 150, € 16,00.

Affinché un rapporto genitoriale funzioni nel modo giusto, è importante rispettare i figli e mantenere il ruolo di genitori-educatori. Il libro parte da una serie di situazioni difficili, con esemplificazioni di problemi che l'autore elenca ed analizza. L'atteggiamento risolutivo non esiste, ma lo psicologo Daffi, partendo da studi pedagogici ed esperienze personali, propone suggerimenti ai genitori: non premi o punizioni, ma ascolto, condivisione, controllo delle situazioni e cura dei propri figli.

Mortari Luigina, Sita' Chiara, **L'affido familiare**,
Carocci, Roma 2021, pp. 146, € 15,00.

È importante avere un riscontro dai figli biologici e da quelli che vivono o hanno vissuto un affido, per comprendere meglio le dinamiche familiari che, inevitabilmente, si attivano. Il lavoro delle due autrici è proprio volto a raccogliere le loro voci: ascoltare il parere dei giovani coinvolti è molto utile per chi segue le pratiche di affido, accompagnando famiglia e ragazzi attraverso il percorso, non sempre facile, tra due ambiti familiari.

immigrazione

Di Sanzo Donato, **Braccia e persone**,
Claudiana, Torino 2020, pp. 176, € 24,00.

Di Sanzio compie un lavoro di ricostruzione storica del fenomeno dell'immigrazione in Italia, analizzando l'evoluzione dal punto di vista legislativo, sociale, politico e culturale. L'autore individua il focus negli anni Ottanta: in questo decennio avviene la "scoperta" dell'immigrazione da parte dell'Italia, cambia la sensibilità giuridica, il tipo di narrazione mediatica e di conseguenza la sensibilità collettiva. Punto di svolta, l'assassinio di Jerry Essan Masslo nel 1989, rifugiato politico sudafricano, bracciante agricolo nel casertano.

minori

Farne' R., Balduzzi L. (a cura di), **Bambini invisibili**,
Junior, Azzano San Paolo 2021, pp. 97, € 15,00.

Una piccola mostra fotografica prodotta da genitori che durante il lock-down imposto dal diffondersi del Covid-19 hanno vissuto la quotidianità dei propri figli: didattica a distanza, giochi, letture, ma anche momenti di crisi dovuti al cambio di routine che la pandemia ha imposto. Le foto sono state analizzate da un gruppo di studiosi di Scienze dell'Educazione che ne hanno dedotto le conseguenze emotive nei bambini in una quotidianità a cui si sono dovuti adattare con grande coraggio.

pace

Mancini Roberto (a cura di), **Gandhi**,
Jaca Book, Milano 2020, pp. 96, € 10,00.

L'autore approfondisce la figura politica di Gandhi, colui che inaugurò la pratica della nonviolenza come modalità politica alternativa alla guerra nella sua lotta all'indipendenza indiana. Una lotta politica che si intreccia ad una spiritualità vissuta come "cura per tutto ciò che vive in quanto radicato nella relazione con la verità". Il libro si divide in due parti: la prima inquadra Gandhi nella sua biografia, la seconda propone scritti scelti.

politiche sociali

Moruzzi Mauro, Prandini Riccardo (a cura di), **Modelli di welfare**,
Angeli, Milano 2020, pp. 238, € 31,00.

Il libro s'interroga sui tipi di welfare proponibili dopo lo sgretolamento dei vecchi modelli, ancorati a logiche di stato, mercato, famiglia e cittadinanza. La riflessione interseca i principali assi su cui si stanno ridefinendo le politiche sociali del XXI secolo e suggerisce nuovi percorsi di attivazione. Uno stimolo, ma anche una sfida a un policy making ancora "ingessato" e incapace di andare oltre la prospettiva meramente assistenzialistica.

sanità

Albano Ugo, Martinelli Nicola, **Accompagnare alle frontiere della vita**,
Maggioli, Santarcangelo Di Romagna 2020, pp. 165, € 16,00.

Rispetto all'eredità lasciata dagli studi classici di Elias e Kübler Ross sulla solitudine del morente, questo manuale si pone nella prospettiva del caregiver che si relaziona con la persona giunta al crepuscolo dell'esistenza. Ne nasce un agile ma denso strumento operativo, utile ad ampliare le competenze di ascolto attivo nel lavoro di cura palliativo, nel dialogo con la propria interiorità e nelle riflessioni di ordine etico in merito alle DAT e alla Death Education.

Colombo Asher, **La solitudine di chi resta**,
Il Mulino, Bologna 2021, pp. 197, €18,00.

Il libro affronta il tema dei legami sociali durante la pandemia di Covid-19, dando rilievo alla dimensione della solitudine nel momento della morte. Chi ha perso una persona cara durante l'emergenza sanitaria è stato privato dei rituali sociali fondamentali (ultimo saluto, rituale funebre); ciò ha fatto emergere la più grande paura della collettività, relativa non solo al proprio morire, ma al lasciar morire da sola una persona cara. Il libro indaga questo tema dal punto vista sociologico e antropologico.

Dentico Nicoletta, Missoni Eduardo, **Geopolitica della salute**,
Rubbettino, Soveria Mannelli 2021, pp. 258, €19,00.

Dall'analisi della crisi sanitaria mondiale dovuta alla pandemia da Covid-19, gli autori offrono al lettore una spiegazione dei processi geopolitici e del ruolo che in questa vicenda ha assunto l'OMS. Quale è la sua funzione? Come e da chi viene finanziata? Che dinamiche si instaurano tra gli Stati membri e che responsabilità giocano in questa crisi e che ruolo ha avuto in particolare l'Italia? Queste le domande a cui si tenta di rispondere.

Nava Francesca, **Il focolaio**,
Laterza & Figli, Roma 2020, pp. 241, € 15,00.

Un libro-tributo a tutte le vittime di Bergamo del Covid-19. Una raccolta di indagini, interviste, documenti, testimonianze che l'autrice ha voluto raccogliere in un'inchiesta volta alla ricerca della verità in un momento in cui la politica e il sistema sanitario hanno rivelato le loro lacune segnando il corso di questa vicenda. Quello che sembrava essere un piccolo "focolaio" arginabile è diventato ciò che ha sconvolto l'intera vita di 60 milioni di italiani.

società

Bormolini G., Manera S., Testoni I., **Morire durante la pandemia**,
Messaggero, Padova 2020, pp. 159, € 12,00.

Il libro è un'analisi interdisciplinare (dal punto di vista teologico, medico e psicologico) del tema della morte ai tempi del Covid-19. Di per sé un concetto-tabù, che nella pandemia ha colpito e lasciato una ferita profonda nella nostra società: la solitudine dei pazienti nelle terapie intensive, il corpo della persona cara "scomparso" al tatto dei cari, l'impotenza di medici e infermieri di fronte al virus. Tra testimonianze e storie, una riflessione sulla fragilità umana e la consapevolezza della morte e del suo rispetto.

Zuppi Matteo, Segre' Andrea, **Le parole del nostro tempo**,
Dehoniane, Bologna 2020, pp. 134, € 10,00.

Il cardinale Zuppi ed il professor Segrè riflettono sui cambiamenti del nostro tempo. Lo fanno analizzando alcune parole sia da un punto di vista spirituale che scientifico, quali ad esempio: relazione, lavoro, ambiente, integrazione, economia, volontariato, consumismo, etica. A partire da queste, l'invito è a rivedere i nostri stili di vita per migliorare il futuro e cercare di cogliere gli aspetti positivi di questa difficile epoca pandemica.

volontariato

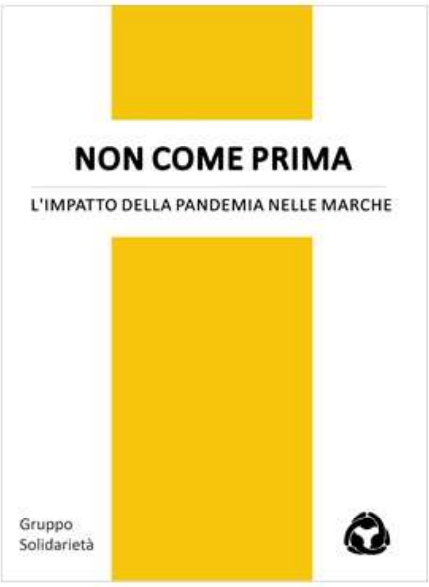
AA.VV., **I giovani e il volontariato**,
Studium, Roma 2020, pp. 241, € 22,50.

Il libro restituisce gli esiti di una ricerca svolta in terra jonica, frutto di una collaborazione tra Università di Bari, di Pisa e LUMSA di Taranto. Il focus è il rapporto tra i giovani e il volontariato, analizzato alla luce della riforma del Terzo Settore e letto con uno sguardo multidisciplinare ma principalmente di tipo pedagogico: i dati della ricerca vengono messi al servizio di insegnanti, educatori, enti del terzo settore, affinché valorizzino il valore del volontariato nella costruzione della personalità e della partecipazione sociale.

Novità editoriale

Gruppo Solidarietà (a cura di), **NON COME PRIMA. L'impatto della pandemia nelle Marche**, Moie di Maiolati, 2021, p. 96, euro 11,50.

In memoria di tutte le persone che sono morte in solitudine,
lontano dagli affetti, ed a chi non ha potuto stare loro vicino
A chi non si è sottratto ai propri doveri



Gran parte di questo nono Quaderno dedicato alle politiche sociali della regione Marche, ha come riferimento l'impatto della pandemia sugli interventi e sui servizi rivolti alle fasce più deboli della popolazione. Coprendo un arco temporale di quasi due anni (luglio 2019-giugno 2021), sarà tuttavia facile rilevare come tanti problemi, sorti nella fase acuta della pandemia, fossero già presenti nel nostro sistema sociosanitario regionale, sfibrato da "tagli", razionamenti e dall'assenza di una coerente programmazione. Il coronavirus è stato il detonatore che ha messo in luce la fragilità del sistema e la sua disfunzionalità. Mentre scriviamo questa presentazione siamo alle fine della seconda ondata: la domanda (e la preoccupazione) è se saremo capaci di accogliere gli insegnamenti di questi mesi, oppure, nella "foga della ripresa", dimenticheremo in fretta quanto accaduto, attribuendolo ad una fatalità non prevedibile (dalla presentazione del Gruppo Solidarietà).

Le pubblicazioni del Gruppo Solidarietà sulle politiche sociali nelle Marche
I soggetti deboli nelle politiche sociali della regione Marche (2003); **Quelli che non contano** (2007); **I dimenticati**(2010); **La programmazione perduta** (2011); **Trasparenza e diritti** (2013); **Dove sono i forti, dove i deboli** (2015); **Le politiche perdute** (2017); **Le politiche necessarie** (2019).

Informazioni e ordini: Gruppo Solidarietà, Via Fornace 23, 60030 Moie di Maiolati (AN). Tel. 0731.703327, e-mail: centrodoc@grusol.it, www.grusol.it. Bonifico bancario, BPER Banca: IT61H 0538 7373 9000 0042 887 649 (specificare nella causale).
OFFERTA. Per ordini pari o superiori alle 5 copie: 9,50 euro a copia. Per ordini superiori a **10 copie: 8,50 euro a copia** (+ 1 euro per spese di spedizione).

Gruppo Solidarietà

Finché vi mantenete nella casella delle "politiche sociali", finché non mettete in discussione la politica economica o la politica con la maiuscola, vi si tollera (...) Quando voi, dal vostro attaccamento al territorio, dalla vostra realtà quotidiana (...) osate mettere in discussione le "macrorelazioni", quando strillate, quando gridate, quando pretendete di indicare al potere una impostazione più integrale, allora non ci si tollera, non ci si tollera più tanto perché state uscendo dalla casella, vi state mettendo sul terreno delle grandi decisioni che alcuni pretendono di monopolizzare in piccole caste.

Papa Francesco

Poste italiane SPA - Spedizione in abbonamento postale d.l. 353-2003
(conv. in L. 27.2.2004 n. 46), art. 1, comma 1, DCB Ancona
Trimestrale - luglio - settembre 2021, anno XXXIII. ISSN 1120-5725