



Ordine Assistenti Sociali
Consiglio Regionale della Calabria

SCENARI SOCIALI

ANNO V N° 1 - maggio 2013

Periodico dell'Ordine Professionale degli Assistenti Sociali della Calabria

PROFESSIONE:

**Mandati ed etica professionale
del Servizio Sociale**

TESTIMONIANZE:

Una goccia nell'Oceano

METODOLOGIE:

Prendersi cura dell'altro

BUONE PRASSI:

**L'intervento sulle persone affette
da autismo e sulle loro famiglie**

**MAGGIO
2013**

Direttore: Angela Malvaso

Direttore Responsabile: Vito Samà

Comitato Scientifico: Angela Badolato, Silvia Biamonte, Vincenzo Bonomo, Rossella Cafarda, Mario Caserta, Diana Clericò, Luca Fazzi, Angela Malvaso, Emanuela Miceli, Maria Rosa Rechichi, Teresa Romano, Pietro Romeo, Angela Rosignoli, Matilde Eleonora Rotella, Amalia Talarico, Anna Maria Vanzillotta

Hanno collaborato a questo numero: Angela Badolato, Vincenzo Bonomo, Mario Caserta, Cleto Corposanto, Luca Fazzi, Rosa Frontino, Angela Malvaso, Anna Mosca, Maria Rosa Moscato, Francesco Paglione, Maria Rosa Rechichi, Francesco Riganello, Teresa Romano, Piero Romeo, Angela Rosignoli, Leonardo Ruffo, Amalia Talarico

Progetto Grafico e Impaginazione: Domenico Sestito

Stampa: Stampa Sud srl – Lamezia Terme (CZ)

Direzione e Amministrazione

Ordine degli Assistenti Sociali Consiglio Regionale della Calabria
Via D. Milelli, 44 - 88100 Catanzaro Tel. 0961/721933 - Fax 0961/480371
e-mail: ordscalabria@thebrain.net

Scenari Sociali

Edito dall'Ordine degli Assistenti Sociali - Consiglio Regionale della Calabria
Registrazione Tribunale di Lamezia Terme Periodico d'informazione di categoria al n. 1/2009 del 19 gennaio

CONSIGLIO DELL'ORDINE

Presidente: MALVASO Angela - Vice Presidente: BONOMO Vincenzo
Segretario: TALARICO Amalia - Tesoriere: BADOLATO Angelina

Consiglieri: BIAMONTE Silvia, CAFARDA Rossella, CASERTA Mario, CLERICO' Diana, FRANCO Ilda, MICELI Emanuela, RECHICHI Maria Rosa, ROMANO Teresa, ROMEO Pietro, ROTELLA Matilde Eleonora, VANZILLOTTA Anna Maria

COMMISSIONI

**PRIMA COMMISSIONE «Rapporti, informazione e servizi agli iscritti»
Iscrizioni e cancellazioni**

Presidente: VANZILLOTTA Anna Maria
BIAMONTE Silvia, CAFARDA Rossella, CASERTA Mario, MICELI Emanuela, ROMANO Teresa, TALARICO Amalia

**SECONDA COMMISSIONE «Politiche del lavoro» - Terzo Settore
Libera professione**

Presidente: BIAMONTE Silvia
CAFARDA Rossella, FRANCO Ilda, ROMANO Teresa, RECHICHI Maria Rosa

TERZA COMMISSIONE «Politiche sociali» - Rapporti con Istituzioni

Presidente: ROMEO Pietro
CLERICO' Diana, MALVASO Angela, RECHICHI Maria Rosa, ROTELLA M. Eleonora

**QUARTA COMMISSIONE «Politiche della Formazione/Ricerca»
Rapporti con l'Università - Tirocinio professionale, Esame di Stato**

Presidente: MICELI Emanuela
BADOLATO Angela, BONOMO Vincenzo, CASERTA Mario, MALVASO Angela, ROMEO Pietro, TALARICO Amalia

COMMISSIONE DEONTOLOGICA DISCIPLINARE

Presidente: FRANCO Ilda
BONOMO Vincenzo, CLERICO' Diana, ROTELLA Matilde Eleonora, VANZILLOTTA Anna Maria

sommario

EDITORIALE: 3

PROSPETTIVE

Alcune sfide per il Consiglio che verrà 4
Dove va la psichiatria? 10

PROFESSIONE

Il valore della supervisione nell'ambito del tirocinio 6
Mandati ed etica professionale del Servizio Sociale 9

LA FINESTRA

Cangia capu solution' -World Social Work Day 2013 12
Navigando in rotta ordinata tra gli Ordini sul web 13

TESTIMONIANZE

Una goccia nell'Oceano... 14
Un'esperienza nei Comuni dell'alto Ionio Catanzarese 16

METODOLOGIE

Prendersi cura dell'altro 18
Punto di ascolto per chi assiste i familiari affetti da demenza 21

INCONTRI

Da dietro le sbarre uno sguardo al futuro 24

BUONE PRASSI

L'intervento sulle persone affette da autismo 25

ISTITUZIONI

Affidamenti Familiari in Calabria 28
L'immigrazione e l'approccio multidimensionale 29

SOCIETÀ

Modelli di Welfare States a confronto 32

CONSIGLI

Consigli per la lettura 34



di Angela Malvaso

Presidente
Consiglio Ordine Professionale
Assistenti Sociali Calabria

Agitazione ad oltranza per un sistema integrato di servizi

L'Ordine Professionale della Calabria, che con i suoi oltre 2300 assistenti sociali nel 2013 registra quasi 20 anni di presenza, in aderenza alla sua mission – quella di porsi, a livello locale, come interlocutore stabile delle istituzioni e del mondo politico e di operare per promuovere la tutela del cittadino, della sua rete familiare, della comunità oltre che rafforzare e dare visibilità alla professione di assistente sociale – ha sempre svolto, attraverso i suoi rappresentanti, un ruolo di presenza attiva e propositiva, per quanto critica, nei confronti dei soggetti politici e del governo regionale. Ora la realtà socio-economica drammatica obbliga ad uno stato di agitazione da perseguire fino a quando non sarà attuata l'inversione di tendenza, con il coinvolgimento di tutte le forze che operano sul territorio. Questa, che è una vera e propria guerra, si combatte non con contromisure fragili, ma con servizi forti. Abbiamo denunciato più volte, nella nostra Calabria, la grave carenza della rete di servizi alla persona, l'esiguo, ed in alcuni casi inammissibile, numero di assistenti sociali in servizio, spesso assunti in condizione di precarietà, con contratti a termine che impongono turn over forzati e provocano discontinuità nell'azione, amplificando il rischio di cronicizzazione delle fragilità delle famiglie e delle persone e producendo ulteriori costi. Gli assistenti sociali hanno l'impegno dell'ascolto e dell'intervento di aiuto, ma devono essere messi nelle condizioni di dare soluzioni, di "poter agire" con puntualità e professionalità anche per tentare di dare voce a chi non ne ha. Per questo ribadiamo con estremo vigore che occorre investire nelle politiche sociali, nell'implementazione della rete dei servizi, soprattutto quella del servizio pubblico, per la realizzazione di un sistema integrato d'interventi e servizi sociali e per la diffusione capillare del segretariato sociale e del servizio sociale professionale nei comuni calabresi come livelli essenziali d'assistenza. Dotando i Comuni di operatori competenti e in grado, per quantità e preparazione, di offrire spazi di ascolto e di sostegno, è possibile captare per tempo, prima che mutino in dramma, le avvisaglie di sofferenza e di pericolo delle persone disperate, sorreggendole nell'uscire dallo stato di angoscia, vergogna e/o di intimidazione che spesso le stringe in un vortice difficile da frantumare. L'Ordine professionale, che non è mai stato corporativo ed autoreferenziale, richiama, d'altra parte, i propri iscritti ad un'azione di formazione da curare e perfezionare costantemente, sin da quella di base che vede coinvolto pure il rapporto con il mondo accademico, anch'esso da "revisionare". E' indispensabile, infatti, migliorare le conoscenze teorico-metodologiche, dotare ed aggiornare ininterrottamente la cassetta degli attrezzi di strumenti cognitivi ed operativi che consentano di fronteggiare le situazioni in continuo mutamento. Soprattutto i giovani assistenti sociali, giustamente in attesa di poter intraprendere in questa regione un tragitto professionale e lavorativo all'altezza delle sfide imposte da una globalizzazione senza quartiere, devono essere, in ogni caso, preparati e sostenuti, nel percorso formativo precedente e successivo alla laurea, anche come liberi professionisti. Essi dovranno essere sempre più in grado di progettare, di organizzare, dirigere servizi ed interventi, effettuare mediazione, offrire consulenze tecniche specialistiche alle istituzioni (Enti pubblici e privati) o docenze e ricerche: attività che rappresentano una valida - anche in termini economici - pista di azione occupazionale. Le istituzioni e la comunità professionale, dunque, dovranno congiuntamente, ciascuno per la propria parte, rimboccarsi le maniche ed agire con immediatezza, adoperandosi nella rapida concretizzazione del Patto per il Welfare proposto dall'Ordine Professionale, che abbatta il triste primato negativo della regione in tema di investimenti procapite rispetto al resto della penisola, intervenendo urgentemente su temi del lavoro, continuità, impiego delle risorse disponibili, formazione, esigibilità dei diritti, crescita, sicurezza, formazione, cittadinanza, partecipazione. Non è demagogia. Sentiamo il dovere non solo professionale e culturale, ma anche civile, di dire basta alle storture, di attivare una mobilitazione ad oltranza. Martin Luther King ammoniva: "Può darsi che non siate responsabili per la situazione in cui vi trovate ma lo diventerete se non fate nulla per cambiarla". E' improcrastinabile mettere punto ed andare a capo. E' ora di passare ai fatti. Non c'è più tempo per le promesse, forse neanche per le riflessioni. Occorre agire. ■

Alcune sfide per il Consiglio che verrà

di Mario Caserta *



Tra qualche mese anche la nostra comunità professionale sarà interessata da questa grande coincidenza elettorale che sta vivendo il nostro paese. Senza voler tentare paragoni azzardati (il Papa, il Parlamento, il Presidente della Repubblica) noi, molto più sommessamente, saremo chiamati al rinnovo dei Consigli Regionali dell'Ordine, Calabria compresa, il cui mandato si conclude il prossimo agosto 2013. Scadenza importante per la vita dell'Ordine Regionale, alla quale è opportuno prepararsi per tempo perché, pur nella brevità della vita della nostra professione ordinata, è un passaggio epocale che richiede slancio alla mobilitazione ed all'impegno per il futuro, soprattutto da parte delle nuove generazioni di Assistenti Sociali che si stanno affacciando in questi anni alla professione. Osservando come nel corso degli anni si sono succeduti gli esiti elettorali e gli incarichi, e per quanto prevedono la normativa e i regolamenti, **almeno due saranno gli elementi caratterizzanti il rinnovo del Consiglio Regionale dell'Ordine:** potremmo assistere ad un importante ricambio generazionale, sostenuto dalla nuova generazione di Assistenti Sociali che in questi anni si è formata e si affaccia alla comunità professionale e al mondo del lavoro, ed un ricambio che è anche culturale perché collegato alle novità legislative e occupazionali che si sono imposte in questi anni rispetto agli anni '90. Nell'attuale Con-

siglio oramai uscente è presente un nucleo di professionisti che, nel corso dei 20 anni di vita del nostro Ordine, ha ricoperto gli incarichi di presidenza e governo dell'Ordine, ha vissuto lo stesso percorso formativo pre-riforma universitaria (poi completato con la formazione prevista dalla nuova normativa), e soprattutto ha vissuto la stagione delle grandi riforme sociali che hanno modificato l'assetto del nostro paese negli anni della costruzione del welfare universalistico. Di quella stagione si è beneficiato anche in termini di accesso al mondo del lavoro garantito (nelle Aziende Sanitarie, nel Ministero della Giustizia e negli altri Enti Locali e Regionali): una fase fortunata, probabilmente irripetibile dal punto di vista del risultato occupazionale, ma anche una fase entusiasmante sul piano del protagonismo vissuto nei luoghi e nelle occasioni dove si costruiva il "sociale", dove era necessario rappresentare non soltanto le esigenze di categoria ma affermare la costruzione delle politiche sociali in funzione dell'interesse della persona, della famiglia, della comunità. Non per ultimo, questa "generazione adulta" ha contribuito a costruire il primo impianto formativo universitario in Calabria, dove all'Università della Calabria si è arrivati ad avere ben 7 Assistenti Sociali con incarichi di docenza di insegnamenti professionali. Quando nel 1995 venne istituito l'Ordine Professionale gli iscritti eravamo 1098, quasi tutti provenienti dalla formazione pre-riforma. Adesso ci troviamo ad essere oltre 2250 iscritti (93% donne, 7% uomini), circa 1700 appartenenti alla sez. B e 550 iscritti

alla sez. A. Come si vede anche dai numeri, dalle prime lauree anno 2002 ad oggi, è più che raddoppiato il numero degli Assistenti Sociali in Calabria: una rigenerazione non solamente quantitativa, ma anche culturale e formativa perché ha dovuto fare i conti con l'universo accademico, calabrese e non, e con il successivo passaggio dell'esame di stato. La nuova generazione, superiore alla metà degli iscritti perché nel frattempo molti sono stati i colleghi andati in pensione e quindi fuoriusciti dall'Albo, è invece portatrice di nuove istanze che richiedono una rappresentazione che, forse, la "generazione adulta" non riuscirebbe da sola a tutelare ed affermare. La novità sempre più diffusa del lavoro organizzato "per progetti", a tempo, che sicuramente si scontra con le emergenze sociali che non hanno invece sospensioni o riduzioni, è l'espressione reale di come il welfare è cambiato, per scelte politiche e per necessità, relegato ormai all'ambito del "possibile" secondo le esigue risorse destinate alle politiche sociali e al sostegno delle categorie deboli della nostra società.

Questo è lo scenario di novità che si impone al nuovo Consiglio che verrà. Saranno candidati ed eletti giovani colleghi forse ancora non entrati nel mondo del lavoro o altri con molti anni di anzianità professionale ed appartenenza all'Ordine, o ancora altri che hanno già svolto nel passato con competenza ed impegno incarichi dentro il Consiglio regionale: sicuramente giovani o adulti che avranno di fronte questioni aperte, attualissime, punti di un'agenda impegnativa.

Le prospettive politico-amministrative degli anni a venire prefigurano una sempre maggiore difficoltà per gli enti locali a gestire direttamente i servizi, le maglie delle risorse finanziarie destinate alle politiche sociali si fanno sempre più esigue, con conseguente contrazione dei livelli occupazionali nel settore pubblico e affidamento dei servizi in gestione al privato sociale.

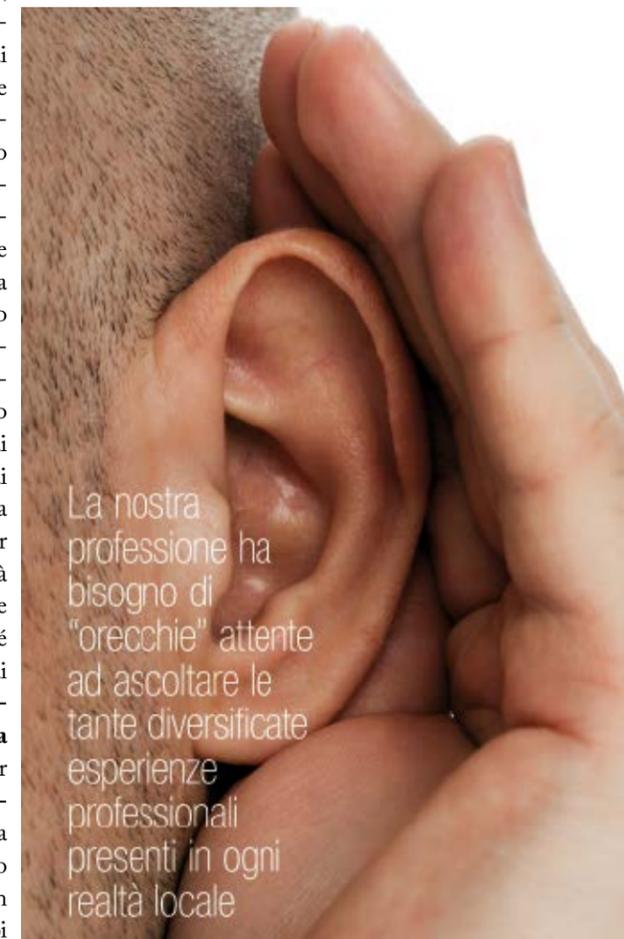
Il prossimo Consiglio dovrà difendere e riconquistarsi spazi e protagonismo necessari ad affermare la indispensabilità della nostra professione nell'ambito della realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali, sia sul piano dell'operatività che sull'altro delle capacità di progettazione e programmazione dei servizi, tipica

funzione di nostra competenza. Questo diffondersi del lavoro sociale per appalti e gare sta comportando anche una voluta confusione nelle attribuzioni professionali e nei riconoscimenti retributivi. Serve ricomporre in maniera organica la giungla delle professioni d'aiuto in Calabria, attraverso un riordino che elimini doppioni o lacune, confusioni diffuse a dismisura più per gli interessi autoreferenziali della galassia del sottobosco formativo regionale che non per le reali esigenze dell'evolversi delle professioni. Inoltre serve difendere i livelli retributivi di appannaggio della nostra professione: non si può più assistere o accettare che l'assistente sociale impegnato in un progetto venga sacrificato e retribuito a livelli mortificanti. Considerando che, in prospettiva, saremo sempre più sospinti verso la libera professione ed il lavoro a tempo determinato (non solo noi, purtroppo) va aperto un tavolo di confronto permanente con le organizzazioni di rappresentanza del privato sociale, anche in sinergia con gli organismi di coordinamento e rappresentanza delle professioni intellettuali e tecnico/sanitarie.

Al tempo stesso **va governato e meglio ripensato l'ambito della formazione di base e della formazione continua.** Gli effetti della crisi delle politiche sociali si stanno dispiegando anche sulle nostre sedi universitarie, con contrazione o chiusura dei corsi. E' naturale che non ha senso continuare a sfornare nuovi professionisti se poi il mercato del lavoro non riesce ad assorbirne quote significative, ma allo stesso tempo non si può scaricare solo sul professionista tutto il peso del lavoro che non c'è. La stessa vicenda della implosione della calendarizzazione per l'entrata a regime della formazione continua è il segnale che le tappe forzose che l'Ordine si era imposto non ha retto al confronto con impegni ed obblighi ai quali singoli iscritti e Ordini regionali non possono riuscire ad assolvere con le poche forze e le scarse risorse a disposizione. Il rinvio dell'entrata in vigore del sistema dell'obbligo della formazione continua è la presa d'atto che va rivisto con maggior senso di realtà il bilanciamento degli obblighi tra singolo professionista, Ordine nazionale e regionale, e non per ultime le istituzioni e il mondo del lavoro e accademico. C'è anche un'altra

questione non marginale o semplicemente nominalistica, che forse andrebbe riaperta e affrontata anche dal livello nazionale, alla luce delle novità intervenute in questi anni. Le professioni con due nomi, "tecnico di..", "assistente..", "operatore di..", non godono di grandi riconoscimenti e credibilità, è come se fossero "ad integrazione" di qualcos'altro. A ben guardare, siamo formati per larga parte da sociologi, quasi tutti i testi su cui studiamo appartengono alle discipline e biblioteche sociologiche, la riforma Gelmini ha di fatto chiuso l'accesso alla didattica per noi Assistenti Sociali a favore delle docenze incardinate, e al tempo stesso viviamo da un bel po' di anni l'anomalia di uno svuotamento delle vocazioni di studio "sociologiche" a favore della nostra "sociale"; a questo maggior orientamento verso l'operatività piuttosto che verso l'analisi, come accadeva negli anni '70-'80, perché non interrogarsi sulla necessità di **aggregare e far coesistere le professioni sociali sotto una unica denominazione, sociologo,** per l'appunto, **lo studioso della società e del sociale,** un po' come per la professione di psicologo, studioso della psiche, o di altre simili con suffisso "-logo". Dentro di essa poi si seguono ambiti professionali diversi, orientati all'analisi dei fenomeni "macro", universalistici o generali, piuttosto che all'intervento "micro", sulle relazioni interpersonali, sui piccoli aggregati quali la famiglia o il gruppo, sulle dinamiche finalizzate al reinserimento sociale, senza per questo nulla togliere o deprivare o confondere di contenuti la complessità di una professione che si articola attraverso indirizzi collettivi o individuali. Non per ultima, la sfida che bisogna vincere per prima, già nella fase di presentazione delle candidature e delle elezioni vere e proprie, è lo sforzo alla massima partecipazione al voto e soprattutto alla più ampia rappresentanza territoriale nella composizione del Consiglio che verrà. **La nostra professione ha bisogno di "orecchie" attente ad ascoltare le tante diversi-**

ficte esperienze professionali presenti in ogni realtà locale; così come ha necessità di "voci" che trasmettano istanze, esigenze, problematiche aperte. La nostra Re-



La nostra professione ha bisogno di "orecchie" attente ad ascoltare le tante diversificate esperienze professionali presenti in ogni realtà locale

gione è ricca di memoria professionale, di buone pratiche, di capacità innovative di risposte alle emergenze sociali, e ne continua a dare attuale e forte testimonianza. Finora l'esperienza ci ha insegnato che quanto più il Consiglio è organo rappresentante tutti gli ambiti professionali e territoriali, tanto più acquista autorevolezza e conoscenze per sostenere le nostre prerogative ed i nostri diritti professionali. Assumiamo perciò il senso etico del servizio verso la professione, rendendoci quanto più possibile disponibili alla candidatura e, attraverso un buon gioco di squadra, partecipare attivamente alla elezione del nuovo Consiglio dell'Ordine Regionale che avrà il suo bel da fare ma sarà sicuramente espressione credibile e rappresentativa di tutta la Calabria. ■

Il valore della supervisione nell'ambito del tirocinio di servizio sociale

di Angela Rosignoli, Luca Fazzi*



Il tirocinio di servizio sociale rappresenta un sistema di opportunità eccezionale per lo sviluppo professionale.

Infatti, se è vero che l'apprendimento degli elementi teorico scientifici alla base della professione di assistente sociale avviene attraverso i percorsi formativi istituzionali sui banchi dell'università, l'apprendimento delle tecniche e dei comportamenti operativi avviene esclusivamente affiancando un professionista, osservandolo, imitandolo e sperimentandosi all'interno di reali processi operativi e precisi contesti. Il fatto poi che il tirocinio sia collocato all'interno del piano di studio e delle attività didattiche, al contrario dell'apprendistato o del tirocinio post laurea, conferma ulteriormente quanto la costruzione di professionalità debba avvenire in un costante raccordo fra discipline teoriche e prassi del servizio sociale professionale. L'apprendimento dalla pratica soprattutto nelle professioni di aiuto è considerato un procedere virtuoso: la prassi genera nuova conoscenza che si rinnova a sua volta in prassi e così via, circolarmente. Di questa conoscenza ri-generata ve n'è tuttavia poca traccia, gli assistenti sociali scrivono poco - non ne hanno il tempo - stanno lontani dai luoghi d'insegnamento - raramente ne hanno il titolo - e così il pensiero si perde rimane esclusivo, *ingrigliato* nelle pratiche quotidiane dei singoli professionisti. La verità è che gli operatori del sociale

sono stanchi, il mandato professionale subisce inesorabilmente il pressing del mandato istituzionale e le ricerche empiriche più recenti confermano che gli assistenti sociali lamentano sempre più spesso la loro insoddisfazione per il lavoro che non sentono più come proprio, ma dell'istituzione che paradossalmente non li rappresenta (Fazzi 2010). Stiamo assistendo in questo scenario a un progressivo sbiadimento dell'identità professionale che lascia il posto alle regole di organizzazioni sempre più stressate dal sovraccarico burocratico, da un lato, e dalla pressione verso il contenimento dei costi, dall'altro. Routines e procedure rischiano di diventare dunque i moderni baluardi di una comunità professionale *alle corde* che se non riflette sulle proprie origini, valori e principi rischia il *knock out*.

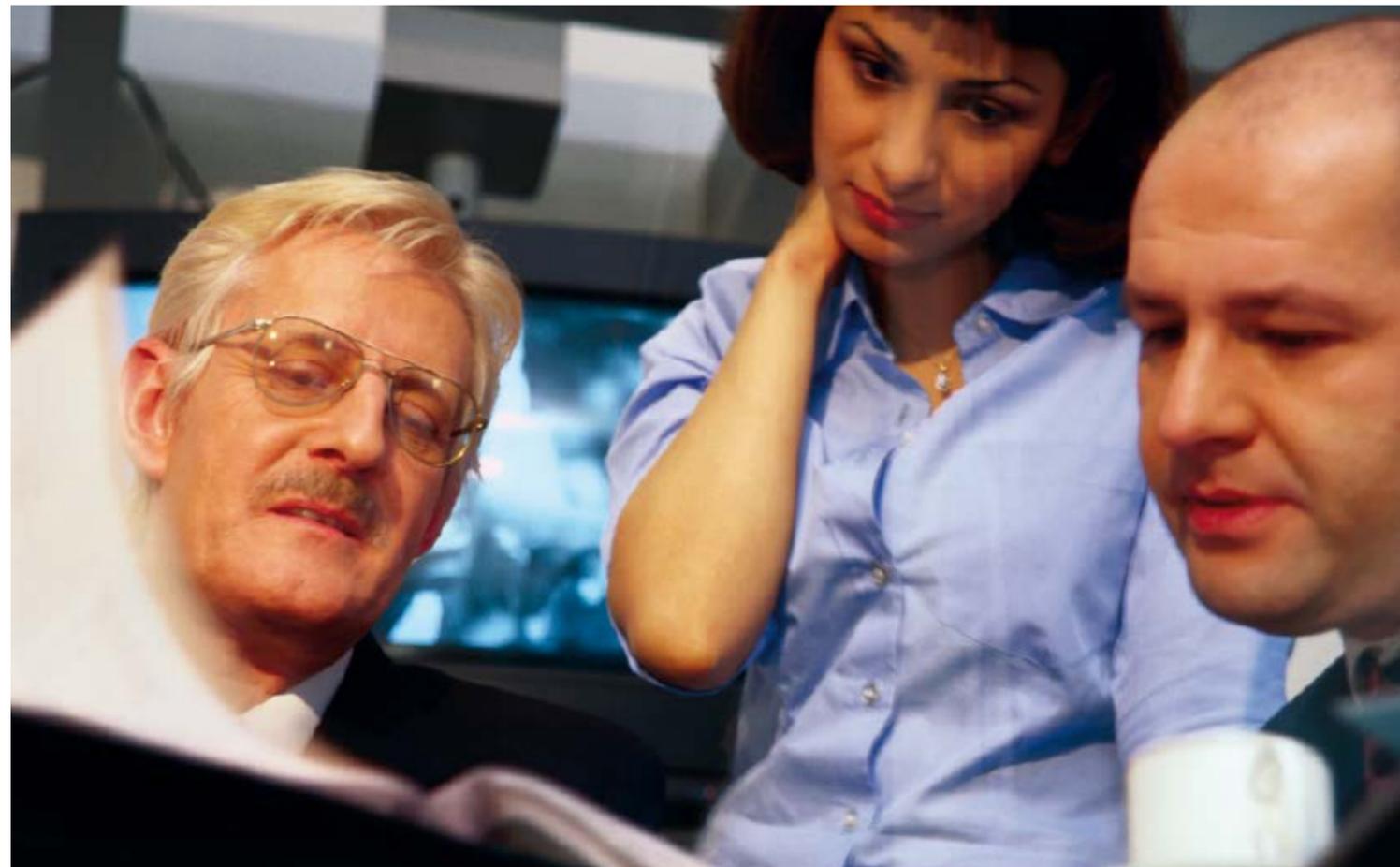
Un nuovo modo di pensare la supervisione
A ben vedere, in questo campo di battaglia, la supervisione di tirocinio occupa una posizione strategica per sostenere e promuovere il ruolo e le finalità del servizio sociale professionale. La supervisione di tirocinio costituisce un'estensione della didattica universitaria e i supervisori possono essere considerati a tutti gli effetti come membri di una più ampia comunità formativa insieme ai docenti dei corsi universitari con la differenza che questi ultimi insegnano nelle aule e i primi sul campo. La supervisione si presenta oggi come un'opportunità per il professionista per dare continuità al patrimonio culturale e professionale del servizio sociale e per rimettere in discussione, in modo critico se necessario, il proprio lavoro

acquisendo nuove competenze e nuovi strumenti. Ma a quali condizioni? Quali sono le caratteristiche di un buon supervisore? In che termini la supervisione può diventare un'occasione di formazione per gli stessi supervisori? La risposta a questi interrogativi pone di fronte alla necessità di invertire una tendenza che finora ha caratterizzato gli studi e le analisi sul tema del tirocinio cioè quella di lasciare molto spesso in sottofondo le riflessioni sul ruolo del supervisore e di equiparare la capacità di fare supervisione con quella di essere un buon professionista dell'aiuto. Vale la pena invece definire nuove coordinate per approfondire le qualità e abilità di questa figura immaginandone anche inedite versioni (Fazzi e Rosignoli, 2012). Questo significa in primo luogo che la supervisione assume un ruolo chiave nella trasmissione interprofessionale del sapere generato dal mondo dell'esperienza e perché ciò avvenga, sono richieste competenze professionali, un'adeguata sensibilità pedagogica e una buona conoscenza del contesto. Tutt'altro che improvvisazione. Non si diventa un buon supervisore solo perché si è lavorato per molti anni in un servizio. L'esperienza degli studenti è piena di ricordi di supervisori che non sono stati capaci di fare crescere le nuove generazioni, di farle appassionare alla professione, di farle sentire protagoniste del proprio futuro non per cattiva volontà masempicamente per scarsa vocazione all'insegnamento e mancanza di preparazione relativa al sostegno dei processi di apprendimento. In secondo luogo, la supervisione dovrebbe rappresentare un'occasione di formazione per gli stessi supervisori che attraverso ogni tirocinio hanno l'occasione di leggere la realtà con occhi diversi da quelli offuscati spesso da routines professionali e organizzative burocratiche e ripetitive. Il rapporto con i tirocinanti può diventare se ben strutturato e gestito una formidabile occasione per sviluppare un atteggiamento riflessivo ed esplorativo e per disapprendere le routines organizzative che nel tempo limitano inesorabilmente l'identità professionale recuperandone l'autenticità originale e stimolando nuove idee creative per rimediare ai problemi e alle urgenze del quotidiano riuscendo a guardare la situazione dall'alto e a comprendere cosa proporre

e inventare per operare efficacemente e coerentemente con la propria professionalità. **La supervisione come pratica professionale**
Il punto di partenza è che la supervisione è una funzione principalmente educativa che si sviluppa in una relazione duale tra principiante ed esperto. In quanto tale obiettivi, stili e finalità della supervisione si

White e Queener (2003) definiscono come "working alliance", ovvero la collaborazione tra supervisore e tirocinante incentrata sulla condivisione di obiettivi e compiti e sul rispetto e la fiducia reciproci e favorire la riflessione dello studente sulla pratica quotidiana aiutandolo a dare un significato ai processi in cui è coinvolto. Questo sta a

si è rivelato utile e in che termini conferma la teoria. In questo senso i colloqui di verifica o le sessioni di supervisione saranno occasioni formidabili per imparare condividendo il proprio pensiero, esaminandone la ragionevolezza e modificando le proprie opinioni ascoltando il punto di vista dell'altro. Sostenere quest'approccio significa per



collocano in una chiara cornice pedagogica. In altre parole, la responsabilità pedagogica del supervisore non si risolve esclusivamente nello stabilire una relazione più o meno empatica con lo studente quanto piuttosto nel conoscere quale modello d'insegnamento sta utilizzando e quali sono le condizioni che lo rendono più o meno efficace. Secondo questa logica accanto all'esperienza professionale per essere un buon supervisore è necessario dunque essere in grado di individuare situazioni concrete di apprendimento che permettano allo studente di confrontare la teoria con la pratica, costruire un ambiente collaborativo, strutturare ciò che

significare che partendo dalle competenze, debolezze e attese degli studenti, lo stile del supervisore dovrebbe stimolarne la crescita proprio in termini di maturità professionale. Essere consapevoli di ciò esclude la possibilità che le azioni del supervisore assomiglino solo a un fare lezione ma piuttosto siano orientate dall'interesse del supervisore a tirar fuori dallo studente ciò che già conosce al fine di usare queste nozioni in situazioni diverse e a generare apprendimento. Il supervisore agendo in questo modo sarà in grado di incoraggiare lo studente a sviluppare una sorta di spirito scientifico di ricerca analizzando ciò che è accaduto e perché, se

il supervisore scegliere e offrire opportunità di apprendimento che tengono inevitabilmente conto di alcune condizioni (Berry, 2008). In primo luogo, le attività proposte agli studenti dovrebbero essere accuratamente pensate e predisposte dal supervisore in relazione a un'ipotesi di lavoro e a dei contenuti di esperienza specifici che vanno chiariti allo studente; per secondo il supervisore dovrebbe offrire continui e puntuali feedback sugli apprendimenti; terzo il supervisore dovrebbe stimolare l'interesse dello studente a ricercare le ragioni delle sue difficoltà facendo leva su quello che già conosce in modo attento e disponibile senza

incorrere in atteggiamenti invasivi o direttivi; quarto il supervisore dovrebbe coinvolgere lo studente nel processo di valutazione sostenendo l'autovalutazione come processo di consapevolezza delle proprie capacità. Infine, il supervisore dovrebbe accettare l'idea che ogni studente e ogni processo di apprendimento non possono essere standardizzati o guidati da obiettivi uniformi. Al contrario ogni tirocinio va costruito per permettere al singolo studente di esprimere al meglio le proprie attitudini e le proprie motivazioni rinunciando all'idea di dovere ottenere per tutti il medesimo risultato e rispettando i tempi dei processi di apprendimento e le intelligenze emotive e personali in campo. Ponendo poca attenzione a queste condizioni si rischia di porre lo studente in una condizione che limita inevitabilmente la sua capacità di apprendimento; al contrario un'attività eccessiva in tal senso può ingenerare pericolose situazioni di dipendenza che riducono la naturale capacità d'iniziativa dello studente.

La supervisione come autoapprendimento

La seconda grande sfida a fianco di quella pedagogica riguarda l'uso della supervisione come strumento di apprendimento non solo per il tirocinante, ma anche per il supervisore. La definizione di supervisione varia fra quella di accompagnamento dello studente nello sviluppo di consapevolezza di sé all'apprendimento di un ruolo professionale a quella di controllo per l'accesso alla professione (Sarchielli, 1990). Tra questi due versioni ve ne sono infinite altre che si sviluppano a partire dalle singole esperienze che ogni supervisore ha strutturato nel tempo e con le quali svolge il proprio ruolo. Tuttavia ognuna di queste letture si presenta parziale, perché considera la supervisione come una relazione unidirezionale dove lo studente apprende, mentre il supervisore agisce esclusivamente il ruolo di responsabile del processo valutativo senza cioè essere a sua volta diretto beneficiario. Soprattutto nell'attuale fase di trasformazione dei servizi e delle pratiche di lavoro consolidate, la rappresentazione della supervisione come processo unidirezionale rischia di trasformarsi in una grave perdita di opportunità per la crescita professionale degli operatori. Gli assistenti sociali hanno

bisogno di un feedback esterno per mettere alla prova le proprie conoscenze e il proprio modo di operare che nel tempo rischia come ogni pratica lavorativa di trasformarsi in convinzioni consolidate difficili da modificare e mettere in discussione (Black e William; 1998). La resistenza al cambiamento è più grande in particolare nei periodi in cui il riconoscimento istituzionale per le attività e le professioni diventa più precario come sta accadendo chiaramente con il welfare dei servizi nell'attuale fase di crisi economica. L'atteggiamento verso l'autoapprendimento e l'uso della relazione con lo studente come chiave di lettura critico riflessiva del proprio operato costituisce in questo quadro un elemento molto importante per fornire agli operatori riscontri e elementi di apprendimento e crescita personale. Un orientamento a considerare la supervisione come un processo da cui sia il supervisore che lo studente possono apprendere reciprocamente è dunque un aspetto strategico della supervisione perché in questo modo viene trasmesso allo studente uno stile di lettura della realtà flessibile e multidimensionale, mentre il supervisore apprende a non dare mai per scontati i propri apprendimenti e le proprie pratiche lavorative, un rischio assai frequente nei contesti di servizio sociale molto standardizzati e vincolati da logiche organizzative rigide e prescrittive che poco spazio lasciano alla libera espressione dell'identità professionale. Allora strategicamente le domande degli studenti possono diventare chiavi di lettura dell'adeguatezza delle proprie competenze. Assumere che la propria conoscenza è sempre parziale rappresenta un modo per porre attenzione alle sollecitazioni che provengono dall'esterno. Lo studente con l'atteggiamento tipico del neo-assunto, meno condizionato dagli schemi mentali, può contribuire a creare situazioni di verifica sulla coerenza fra i principi, gli obiettivi e i valori in gioco nelle prassi e procedure perpetuate con esasperata tecnicità ma che talvolta riflettono le pratiche caratteristiche dell'istituzione in cui si opera. Animato da quest'atteggiamento di apertura, il supervisore è in grado di cogliere le opportunità di confronto e aggiornamento delle proprie metodologie con i contributi stimolati dallo studente e dall'U-

niversità avendo l'occasione di svincolandosi dalle continue emergenze di particolare fase storica in cui gli spazi di riflessione professionale sono sacrificati in rari momenti di confronto in equipe o lungo in corridoio o di fronte alla macchina caffè.

In conclusione

Il valore della supervisione sta nell'essere non solo un'abilità acquisita come derivazione meccanica dell'esperienza di esercizio della professione di assistente sociale all'interno dei servizi, ma anche e soprattutto un processo educativo che coinvolge sia lo studente sia il supervisore. Affinché diventi un'esperienza autentica e originale, il supervisore dovrebbe essere in grado di osservare e sostenere il percorso di apprendimento dello studente e allo stesso tempo assumere un atteggiamento riflessivo e auto valutativo per il miglioramento continuo del proprio modo di operare: un'avventura nella riflessione sul modo di vivere, esprimersi e agire non solo come supervisore ma anche come professionista. La sfida di formare e preparare i professionisti a svolgere in modo adeguato la funzione di supervisori di tirocinio dovrebbe su queste basi essere considerata un obiettivo strategico, sia dell'Università (Black e William; 1998), che della comunità professionale e della sua rappresentanza politica e istituzionale.

Bibliografia

- Bery R., (2008), *Assesment for Learning*, Hong Kong University Press, Hong Kong.
- Black, P., William, D. (1998), *Inside the black box*, London, School of Education, King's College
- Fazzi L., (2010), *Trasformazione dello stato sociale, privatizzazione e identità professionale degli assistenti sociali in Italia: alcune rilevazioni empiriche*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 3.
- Fazzi L. Rosignoli A. (2012), *Guida per i supervisori di tirocinio per il servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Sarchielli G. (1990), "Il tirocinio professionale nel processo di socializzazione al lavoro", in Neve E., Niero M. (a cura di), *Il Tirocinio*, Franco Angeli, Milano.
- White, V. E., Queener, J., (2003). *Supervisor and supervisee attachments and social provisions related to the supervisory working alliance*, in "Counselor Education and Supervision", 42.

* A. Rosignoli, Coordinatrice dei tutor di servizio sociale dell'Università di Trento

* L. Fazzi, Pres. del corso di laurea mag. in Metodologia, Organizz. e Valut. dei servizi sociali dell'Università di Trento

Mandati ed etica professionale del Servizio Sociale

di Vincenzo Bonomo *



Per il Servizio Sociale il "mandato" legittima l'azione nei confronti della collettività, impegna verso il singolo, all'interno delle organizzazioni, identifica l'impegno nella e della comunità professionale. Nel Servizio Sociale si deve parlare di una pluralità di "mandati". La questione del triplice mandato, cui la dimensione politica del servizio sociale risponde, è rintracciabile nei mandati di cui è investita la professione: **sociale** (le indicazioni che provengono dalla comunità stessa sia in forma di domande esplicite che implicite e che devono essere mediate con i vincoli istituzionali, legislativi e professionali), **professionale** (contenuti della professione definiti dalla comunità professionale che comprendono i modelli teorici di riferimento e la deontologia professionale) e **istituzionale** (funzioni svolte in base alla normativa generale e specifica della propria organizzazione). Sembra opportuno specificare che il concetto di mandato contiene quell'insieme di funzioni attribuite, di assegnazione di ruolo, di attese, di compito e di competenze attribuite che dovrebbero orientare e motivare gli interventi dell'assistente sociale (Gui, 2008).

La duplice appartenenza alla comunità professionale e all'organizzazione per cui si opera comporta conseguenti dinamiche potenzialmente conflittuali e dilemmatiche per i professionisti. Sussiste, spesso, una discrasia tra mandato professionale, ruolo, valori ed abilità assunti dalla comunità professionale e generati dalla formazione universitaria e mandato istituzionale, ruoli ed abilità richieste dal mondo del lavoro. Il conflitto fra il mandato istituzionale e quello professionale si "alimenta" dei seguenti macrofattori (Pieroni, 2012): - cambiamenti nell'orientamento della politica sociale, - trasformazioni sul piano delle normative, - riduzione delle risorse, - inversione del processo di sviluppo dei diritti delle persone.

Il servizio sociale, collocato in un crocevia di istanze (persona, comunità, istituzioni), deve riuscire a coniugare e tradurre in percorsi

Bibliografia

- Bonomo V. "L'AssNAS: presenza e contributo per la professione di Assistente Sociale", La Rivista di Servizio Sociale, ISTISS, Roma, n. 2 - 2012
- Dente F. "Il servizio sociale oggi tra crisi e rinascita", La Rivista di Servizio Sociale, ISTISS, Roma, n. 2 - 2012
- Pieroni G. "Il codice deontologico e il sistema di responsabilità professionali dell'assistente sociale: responsabilità professionali, disciplinari, civili e penali", Atti seminario CROAS Toscana, Firenze, 2012
- Banks S. (1995) "Etica e Valori nel Servizio Sociale. Dilemmi morali e operatori riflessivi nel Welfare Mix" Erikson, Trento

* Vice Presidente Cons. Ord. Prof. Ass. Soc. Calabria

di intervento esigenze non solo plurime e complesse, ma anche, a volte, contraddittorie. Le diverse posizioni si traducono in istanze antagoniste, difficilmente mediabili, che pongono l'assistente sociale di fronte alla necessità di una scelta nell'individuazione di percorsi di intervento, così come nella programmazione dei servizi, scelta che chiama in causa in modo significativo principi etici e deontologici. Gli assistenti sociali sono più colpiti di altri professionisti da ricadute di questi cambiamenti. Il servizio sociale riveste un ruolo cruciale per portare una norma generale a livello di una concreta e specifica situazione di vita e di bisogno delle persone. L'assistente sociale assume un ruolo strategico nel sistema pubblico di risposta ai bisogni poiché collocato nei territori di vita delle persone, nei nodi di accesso ai servizi, nei processi di programmazione, elaborazione politiche e legislazione sociale. Fa parte della responsabilità professionale individuare e colmare la distanza esistente tra l'azione definita nell'ambito del mandato istituzionale e professionale e la realizzazione dell'intervento all'interno di una logica di rispetto dell'unicità della persona, della sua autodeterminazione.

L'Etica della responsabilità ha, appunto, come contenuto il rapporto tra il mandato sociale e quello professionale: ciò che i professionisti mettono in campo è l'etica della responsabilità, in cui pongono in gioco i loro saperi esperienziali e professionali, gli aspetti emotivi e relazionali, per gestire adeguatamente i "dilemmi" che si incontrano. La nostra responsabilità si fissa al centro del quadro delimitato da queste insidie. Il venir meno di un quadro certo di politiche sociali di riferimento, in cui il servizio sociale ritrovi significato, giustificazione e rinforzo alla propria *mission*, come - l'aumento dei fattori di disuguaglianza e ingiustizia sociale, le norme pericolosamente esposte a giudizi di discriminazione anche sotto l'aspetto dei diritti fondamentali universali, la mancanza di definizione da parte dello Stato dei diritti "esigibili" delle persone in stato di difficoltà - offre, paradossalmente, l'opportunità agli assistenti sociali di riprendere le giuste coordinate e ritrovare il senso dell'agire del proprio lavoro. Nel quadro di cambiamenti politici, culturali ed economico-sociali che costituiscono il contesto in cui oggi la professione si trova ad operare, la sfida è quella di ricercare nuove prospettive e un nuovo significato per il futuro della professione, in relazione alla complessità dei bisogni nella società attuale. Di sicuro, il servizio sociale deve cambiare prospettiva per non essere schiacciato dal proprio mandato istituzionale e non essere più visto soltanto come una "longa manus" dello Stato. In senso più ampio, deve essere soggetto attivo e propositivo, in grado di assumere e utilizzare la valenza politica come parte integrante del proprio operare. "E' necessario ri-appropriarsi di una dimensione promozionale e preventiva e comunitaria che ha caratterizzato il servizio sociale negli anni passati" (Dente, 2011) per cercare di incidere maggiormente, con proprie analisi e proposte, sui processi in atto in un'ottica di maggiore equità e giustizia sociale. ■

Dove va la psichiatria?



di Angela Badolato *

Se ripenso ai miei ormai più di trent'anni di attività in un centro di salute mentale non posso non pensare ai cambiamenti che in questo periodo di tempo sono avvenuti. Ricordo ancora la voglia di cambiamento e di innovazione che si respirava nel 1982 anno in cui ho iniziato a lavorare, eravamo a soli 4 anni dall'emanazione della legge Basaglia la famosa 180/78 che segnava un momento di rottura rispetto a tutto quello che era stato

fin lì il mondo della psichiatria e del paziente psichiatrico. Avevamo tutti l'entusiasmo di far partire sul territorio servizi capaci di sostituirsi ai tanto deprecati manicomi offrendo nuove risposte, nuovi servizi, nuove tipologie di intervento. Come sempre avviene in una fase di inizio l'entusiasmo e la disponibilità personale dovevano coprire le carenze, l'inesperienza, la mancanza di servizi di affiancamento a quella operazione di rivalutazione delle persone ricoverate in Ospedale Psichiatrico per poi trovare migliore e più adeguata collocazione. E che fatica convincere le poche famiglie ancora presenti a valutare la possibilità di un rientro a casa del padre, del marito, del figlio, dello zio, della sorella che potevano essere dimessi dall'O.P. Ad aiutare in questa operazione c'era "l'assegno Omofamiliare" (che brutto termine) elargito dall'amministrazione Provinciale di "ben" 150.000 lire all'anno alle famiglie che accettavano di riprendere in casa il familiare proveniente dall'O.P. Quanta resistenza c'era nel varcare la soglia del nostro ambulatorio temendo di essere etichettati! in fondo quello era il servizio per i "pazzi" ed era per questo che la tipologia di pazienti che si lasciavano seguire dal Centro erano solo persone con storia manicomiabile, di basso livello culturale e di fascia d'età abbastanza alta, prevalentemente di sesso maschile. Nel tempo con un lavoro capillare e con una presenza sul territorio significativa si è totalmente modificata la tipologia d'utenza arrivando ad abbracciare tutti i ceti sociali, tutti i livelli culturali, abbassando notevolmente la fascia d'età, ma anche con differente tipologia diagnostica e con diverso grado di stabilizzazione.

Ma quali sono le nuove sfide presenti nella realtà quotidiana dei nostri servizi, è realmente tutto cambiato? Oggi più che mai ci ritroviamo a dover affrontare la difficoltà di dare risposte aderenti ai bisogni emergenti nell'ambito della psichiatria. L'organizzazione dei servizi sul territorio, la differenza tra un servizio e l'altro della dotazione di personale, la disomogenea distribuzione sul territorio delle già poche strutture di accoglienza residenziale e semiresidenziale non può garantire un eguale risposta su tutto il territorio calabrese. Se poi ci si sofferma sulla normativa nazionale di riferimento

occorre risalire all'ultimo progetto obiettivo datato 1998/2000, mentre in ambito regionale occorre far riferimento alle linee guida della tutela della salute mentale, normativa che regola l'organizzazione dei servizi e che dal 2004 ad oggi ha subito 4 rielaborazioni (DGR 477/2004 - DGR 105/2007 - DGR 141/2009 - DPGR 31 del 07/03/2013) ma che sostanzialmente non riescono a dare un nuovo impulso all'ambito psichiatrico.

I reparti ospedalieri (SPDC) sempre in numero minore e con ridotti posti letto ormai fanno fatica ad accogliere la richiesta di ricovero proveniente dal territorio e spesso ci si ritrova ad eseguire ricoveri in TSO anche fuori regione, con tutto quello che un ricovero in urgenza a 200/300/500 KM può comportare non solo al paziente ma soprattutto alla famiglia. Superata la fase acuta e quindi al momento della dimissione sorge l'altro problema: è sempre possibile restituire il paziente in una fase sub-acuta alla famiglia? E se ciò non è praticabile dove può essere accolto per un periodo un po' più lungo fino alla stabilizzazione? Chi deve tro-

vare la soluzione a questo interrogativo (in genere l'Assistente Sociale) si trova davanti ad un muro insormontabile, in Calabria non esistono strutture ospedaliere deputate ad accogliere la degenza in post-acuzie, e quindi spesso ci si ritrova a dover utilizzare strutture che hanno nella loro organizzazione una funzione ben diversa dando origine a commistioni tra pazienti con diverso progetto d'intervento, con diversa autonomia rischiando pertanto di riproporre, in piccolo, l'organizzazione manicomiabile tanto contestata e combattuta. Da non trascurare neanche l'assenza quasi totale di strutture socio assistenziali per pazienti psichiatrici stabilizzati con necessità esclusiva di risposta alberghiera, carenza che spesso genera ricoveri impropri nelle strutture socio-sanitarie presenti con un conseguente notevole incremento dei costi ed una difficoltà sempre crescente di trovare collocazione per i soggetti bisognosi di quella modalità di ricovero. E ancora la normativa regionale solo ora con la DPRG 31/2013 distingue (almeno nell'enunciato) le strutture per disabili mentali da quelle per pazienti psi-

chiatrici stabilizzati, cosa questa che potrebbe sembrare una sfumatura irrilevante ma che cambia completamente la possibilità di dare risposte più adeguate ad ognuna delle due tipologie, differenza che invece è ben chiara agli addetti ai lavori che ogni giorno si trovano ad affrontare il problema di far convivere il ritardo mentale con la schizofrenia. Altra emergenza attuale è la ricollocazione dei pazienti dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che dovevano cessare d'esistere già dal 2012 secondo quanto sancito dalla legge n. 9 che prevede il definitivo superamento degli OPG e la realizzazione di strutture residenziali definite "case di cura e custodia" dedicate ai soggetti a cui sono applicate misure di sicurezza, strutture non ancora realizzate sul territorio calabrese.

La preoccupazione che rimane è che ancora una volta una normativa innovativa e che si pone come migliorativa della situazione psichiatrica, rimanga un'incompiuta, monca e che invece di provocare effetti positivi possa avere ulteriori ricadute negative sulle famiglie e sui servizi costretti a farsi carico di situazioni difficilmente gestibili. ■

UN CENTRO REGIONALE ANTIVIOLENZA A CATANZARO



L'8 marzo 2013 è stato inaugurato a Catanzaro, il Centro Regionale Antiviolenza "Mondo Rosa", gestito dal Centro Calabrese di Solidarietà in partenariato con l'Unione dei Comuni del Versante Ionico. Il Centro Antiviolenza è un luogo di donne, competenti

e con professionalità diversificate ma estremamente specializzate sul tema della violenza di genere, che lavorano a fianco delle donne vittime di maltrattamenti e di ogni tipo di violenza fisica psicologica economica e sessuale e vittime di stalking. In Italia sono state 124 le donne ferocemente uccise nel 2012, una ogni 2 giorni, in nome di un «amore» malato e assassino. La violenza domestica è aumentata dal 18% al 22%. L'autore è il marito (48%), il convivente (12%) o l'ex (23%), un uomo tra il 35 e i 54 anni (61%), impiegato (21%), istruito (il 46% ha la licenza media superiore e il 19% la laurea). Non fa uso particolare di alcol o di droghe (63%). La violenza domestica è dunque un fenomeno trasversale alle razze, alle culture, alle età, alle condizioni sociali e per tale motivo il Centro Antiviolenza accoglie donne di qualsiasi età, religione, cultura, livello di istruzione, estrazione sociale: è una casa aperta h 24, non nascosta ma protetta, ed è identificabile e difesa dalla presenza di altre donne e dalle relazioni forti di esse con le Istituzioni sul territorio. I servizi offerti sono gratuiti sono l'ascolto telefonico h24, 365 giorni l'anno; la consulenza e assistenza legale; l'assistenza sociale, psicologica, mediazione cul-

turale; l'orientamento al lavoro, l'ospitalità residenziale nelle situazioni a maggiore rischio per le donne con i loro eventuali figli. L'invio nella nostra struttura può avvenire tramite contatti istituzionali: (Forze dell'ordine, Servizi Sociali e Sanitari), altri Centri Antiviolenza regionali e nazionali, la rete amicale e familiare della donna, tale invio è completamente gratuito. Per facilitare il primo contatto delle donne con le operatrici del centro è attivo il numero verde 800 757 657. Riteniamo necessario rompere quella che ancora oggi è una credenza: la violenza non rappresenta una modalità di vita "normale", spesso viene confusa con un conflitto di coppia, ma non lo è, perché questo vorrebbe significare un rapporto paritario in una relazione intima. Le conseguenze della violenza sono profonde e vanno oltre la salute e la felicità dei singoli individui, condizionando il benessere di intere comunità. Vivere in una situazione caratterizzata da violenza limita il senso di autostima di una donna e la sua abilità a partecipare alla vita sociale. Diversi studi hanno dimostrato che le donne vittime di violenza sono quotidianamente ostacolate nella loro possibilità di accedere alle informazioni e ai servizi, di prendere parte alla vita pubblica e di ricevere sostegno attivo da amici e parenti. Non sorprende inoltre che le donne in queste condizioni siano spesso incapaci di occuparsi in modo adeguato di se stesse e dei propri figli o di ottenere un lavoro e di avere una vita professionale. Noi vogliamo aiutare le donne con i loro bambini a trovare dignità e coraggio di denunciare e la forza di ricominciare.

Le operatrici del Centro Antiviolenza "Mondo Rosa".

Cangia capu solution'

Cronaca del World Social Work Day 2013 Calabria

di Francesco Riganello *

Per il terzo anno consecutivo il 10 aprile scorso, presso l'Università della Calabria, si è celebrato l'anno internazionale del Servizio Sociale. In realtà più che di una celebrazione si è trattato di un momento di confronto sulla professione e sul servizio sociale.

A fare gli onori di casa e trait d'union della giornata è stato il Professor Alessandro Sicora, docente di Metodologia del Servizio Sociale e membro del comitato esecutivo dell'European Association of School of Social work, mentre il Professor Piero Fantozzi, dell'UNICAL, ha introdotto i lavori tracciando un breve excursus sul corso di laurea pensato e attuato nel 1999 come risposta alle fragilità del territorio. «La Calabria - ha detto - paga decenni di arretratezza culturale e formare professionisti capaci nella costruzione di opportunità, è ancora oggi l'impegno dell'Università.

Anche se con amarezza e per problemi di fondi sono stati abbandonati avamposti significativi e chiuse le sedi distaccate di Locris e Crotona». Per Vandana Shiva, a cui è stata attribuita la laurea honoris causa, tuttavia è possibile rafforzare la costruzione di una nuova prospettiva sociale attraverso un approccio che ha sintetizzato in vernacolo calabrese: «Cangia Capu». Sì, proprio così, cambia testa, ossia «l'impegno a ripensare in forma nuova il servizio sociale, da azione di supporto filantropico che si esaurisce nell'erogazione di prestazioni, a elemento professionale che si arricchisce di motivazione e competenza». Nel corso dei lavori in video si sono susseguite le esperienze da



vari paesi del mondo, tra cui Cipro, Lituania, Croazia e Grecia, dove è attivo il servizio sociale professionale. Le prospettive di welfare in Italia sono state introdotte, invece, da Vincenzo Bonomo, vice Presidente nazionale dell'AssNAS (associazione nazionale assistenti sociali) che ha fornito indicazioni per fronteggiare le nascenti fragilità che la politica non sembra scorgere. «La crisi ormai sempre più allargata, - ha detto Bonomo - pregiudica le risposte ai bisogni sociali, i servizi alla persona diventano discrezionali e offerti a macchia di leopardo. In tal senso occorre ripensare i servizi, non più come espressione univoca dello Stato». Dalla Presidente dell'Ordine della Calabria, Angela Malvaso, è arrivato invece il monito sul ruolo del servizio sociale come interprete del territorio: «La Calabria, in aggiunta alle ataviche povertà, affronta nuovi disagi, senza risposte economiche adeguate.

Il professionista - ha detto la presidente dell'ORDAS - non può cedere alla tentazione di tirare i remi in barca. Al contrario

deve attivare un surplus di energie attraverso il cambiamento dell'agire professionale, perché l'assistente sociale è un decodificatore dei bisogni e da questa posizione privilegiata, può favorire l'emancipazione delle persone». Al video messaggio del segretario dell'AIDOSS, Annamaria Campanini, è seguita la presentazione di un lavoro svolto dagli studenti dell'UNICAL.

Sono state presentate alcune delle possibili iniziative da avviare sui territori per contrastare le povertà economico-relazionali.

Banca del tempo, laboratori di formazione professionale, lavoro di rete, raccolta di beni riciclabili, gruppi di auto mutuo aiuto, sono solo alcune delle risposte di contrasto alle fragilità emerse dai brainstorming svolti all'interno di laboratori tematici.

Laura Corradi sociologa e docente di studi di genere, ha introdotto le esperienze di professionisti sul campo, evidenziando il principio di molteplicità quale base d'analisi delle diversità. Emilio Molinari, assistente sociale e direttore dell'UEPE di Cosenza, ha evidenziato come il servizio sociale penitenziario, sia caratterizzato anche da importanti attività e procedure d'indirizzo economico contabile.

Analogamente agli altri, anche questo servizio risente di risorse limitate, basti pensare che per l'intera provincia di Crotona operano solo tre assistenti sociali. Infine la testimonianza di Maria Rosa Moscato, giovane professionista, che ha deciso di impegnarsi in prima persona in qualità di assessore alle politiche sociali presso il Comune di Vazzano, in provincia di Vibo Valentia.

Al centro del suo operato assessorile interventi di sussidio e sviluppo di buone pratiche, come quelle per lo sviluppo locale contro lo spopolamento attraverso l'utilizzo dei voucher INPS per retribuire piccoli lavori di manutenzione o finanziare attività culturali. Oppure il centro polifunzionale per l'unione giovanile «Il mulino della gioventù», realizzato grazie alla presentazione di un PISL. «Attraverso la comprensione delle diversità, - ha detto la giovane assistente sociale e assessore - è possibile superare gli equivoci e sconfiggere i silenzi, perché c'è sempre una dimensione di tolleranza che può essere condivisa da molti». ■

Navigando in rotta ordinata tra gli Ordini sul web

di Mara Rechichi*



Il diario di bordo della navigazione condotta per questo numero di Scenari Sociali, registra una sorta di «calma piatta» nei siti degli altri Ordini, pur con qualche eccezione che vedremo più avanti. Ciò è dettato da due motivi fondamentali: il primo è che siamo nel periodo di scadenza del pagamento della tassa di iscrizione all'Albo, che varia da regione a regione, sia per termine di scadenza, sia per quote da corrispondere; il secondo riguarda la vicina scadenza di mandato dei Consigli in carica. Da rilevare che, riguardo alla Tassa d'Iscrizione, si nota in tutti i siti la presenza di precisazioni con i riferimenti di legge che rimandano all'obbligatorietà del pagamento. Dicevo che la tassa varia per due aspetti: i termini di scadenza, che vanno da febbraio ad aprile; l'importo della tassa, che va dai 150 euro (senza distinzione di sezione) in Trentino ai 100 euro e 90 euro della Calabria (rispettivamente sez. A e B). Sì, avete capito bene. Noi calabresi paghiamo la tassa d'iscrizione più bassa d'Italia!

Per quel che riguarda, poi, le nuove elezioni cui saremo chiamati tutti per rinnovare i nostri Consigli regionali, si evidenzia che solo i colleghi del Molise sono i primi ad assolvere a questo dovere, a metà Aprile, mentre tutti gli altri saranno chiamati al nostro dovere di elettori, e magari anche candidati, sul finire dell'estate. Le eccezioni a cui ho accennato sopra, riguardano un argomento, in particolare, che

viene messo in evidenza. Infatti, navigando, sembra di capire che la crisi globale che stiamo vivendo abbia anche intaccato la nostra identità; sembra che abbiamo perso l'orientamento, sembriamo smarriti, in cerca di noi stessi, come se non sapessimo più chi siamo, cosa significa la professione che abbiamo scelto. Tanto che il sito del Veneto riporta in primo piano l'evento formativo dal titolo «Il Codice Deontologico: identità, responsabilità e prospettive future, per una comunità professionale consapevole», riportando la seguente presentazione: «*Si dice che sia "tempo di crisi". Crisi è una parola che può indurre fraintendimenti. Nell'immaginario collettivo e oggi più che mai la si ritiene una parola "negativa". Il suo significato invece è propriamente "generativo". Crisi significa scelta, decisione. Se ci sentiamo in crisi anche come professionisti significa che stiamo scegliendo. Oggi scegliamo di riflettere sulla nostra identità professionale che, pur in tempi di crisi, ci offre strumenti e risorse che ci permettono di farvi fronte. La riflessione vuole essere condivisa e arricchita dagli Assistenti sociali che ogni giorno si occupano delle problematiche, dell'utenza e della comunità. Oggi vogliamo occuparci della nostra comunità professionale anche ripensando ai contenuti del nostro Codice Deontologico.*»

Quanti di noi si interrogano su questo?

Una menzione riservata, questa volta va fatta per il sito del Consiglio Nazionale, che si presenta rinnovato, sia nella veste grafica che nell'organizzazione dei contenuti.

Mentre vi invito a visitarlo all'indirizzo invariato, www.cnoas.it, vi preannuncio che troverete in primo piano il Comunicato

Stampa che diffonde la lettera con cui la Presidente Edda Samory ha scritto ai vertici RAI per richiedere un incontro urgente, stante la continua scorretta comunicazione che mette sotto luce negativa il servizio sociale professionale durante dibattiti televisivi e fiction. Troverete ancora, ripreso da alcuni altri siti regionali, la campagna informativa sulla misura RVA, Ritorno Volontario Assistito, che si propone di accompagnare i migranti nel ritorno volontario ai propri Paesi di origine. Tale progetto è supportato dalla rete RIRVA (Rete Italiana per il Ritorno Volontario Assistito). Il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali ha aderito con convinzione al Progetto RIRVA come partner di supporto. «*Non poteva essere altrimenti - ha dichiarato la Presidente Samory in conferenza stampa - vista l'importanza che il tema dell'immigrazione riveste per la Professione di Assistente Sociale. Il Ritorno Volontario Assistito ci vede coinvolti nelle attività di costruzione di un "progetto di vita" a sostegno del migrante che sceglie di ritornare nel suo Paese di origine. I nostri colleghi che quotidianamente operano sul territorio sono in frontiera, e sanno bene quanto è importante il lavoro personalizzato e i progetti individualizzati.*» Trovate tra le tante altre risorse, anche l'Albo Unico, una pagina dedicata con filtri che consentono di ricercare tutti gli assistenti sociali d'Italia. Concludendo, un'esortazione: intanto che continuate a navigare sulla rotta Ordinata, tornate a visitare spesso anche il nostro sito regionale www.ordascalabria.it, presto troverete anche qui alcune novità. ■

Una goccia nell'Oceano...

Impegno professionale e politico in tempo di crisi economica, disoccupazione alle stelle, tagli alla ricerca e all'istruzione

di Maria Rosa Moscato *



Ma che epoca stiamo vivendo?! Che cosa ne sarà del domani? Possiamo costruire un futuro sulla base di incertezze? Possiamo continuare a sognare, a sperare e a proiettarci in un futuro simbolico? Quanto dovremmo aspettare ancora per un lieve miglioramento? E soprattutto chi dovremmo aspettare? Sarà più conveniente aspettare soluzioni che arrivino dall'alto o sarà meglio girarsi le maniche, unire le forze e optare per soluzioni piccole ma immediate e vicine ai cittadini e alle realtà che ci circondano? Io ho preferito la seconda! Sono una neo-laureata in Scienze del Servizio Sociale, specializzanda in Scienze delle Politiche e dei Servizi Sociali, ho 25 anni e come tanti studenti mi sono iscritta all'Università convinta che una volta concluso il percorso accademico avrei trovato un lavoro attinente al mio titolo di studio, se non in Calabria almeno al nord.

Tuttavia, poco prima di completare la mia carriera universitaria il mondo intero ha subito una profonda crisi economica che ha riportato, e continua a riportare, delle conseguenze in tutti gli ambiti: nella famiglia, nel lavoro, nelle scuole. Sempre di più si sente parlare di aumento della disoccupazione, della "fuga dei cervelli" e noi che ancora siamo iscritti all'Università vediamo giorno dopo giorno svanire i nostri sogni e crollare i nostri progetti; davanti ai nostri occhi non abbiamo altro che punti inter-

rogativi. In aumento sono i laureati che finiscono per lavorare nei call-center, presso i centri commerciali o nella peggiore delle ipotesi fanno ritorno a casa vivendo giornate vuote o in cerca di lavoro! Contemporaneamente sento parlare di declino delle politiche sociali, dovuto alla diminuzione delle risorse economiche nelle principali istituzioni e negli enti. Le speranze di noi futuri operatori sociali trovano sempre più spazio nel volontariato, perché siamo consapevoli che perlomeno ci consente di fare un minimo di esperienza professionale, oppure pensiamo a qualcosa di nuovo, qualcosa da inventare e che possa indirizzarci verso un impiego nell'ambito sociale. Inoltre, noto l'assenza della figura degli Assistenti Sociali in molti di quei posti di lavoro in cui la loro presenza dovrebbe essere garantita; al contrario laddove sono presenti sussiste, a volte, quella visione distorta della professione.

Lo sconforto sembra, dunque, un sentimento destinato a persistere e ad aumentare col passare del tempo. Ritengo ingiusto abbattersi e piegarsi di fronte a tale negatività; non possiamo continuare a sottrarci al presente e alle difficoltà che lo contraddistinguono, non possiamo restare inermi con la speranza che siano sempre gli altri e sempre i vertici a cambiare le cose: in ballo c'è il nostro futuro, un futuro che stiamo comunque costruendo fatto di sogni e sacrifici!

E' stato proprio questo lo spirito che mi ha indotto, circa un anno fa, ad accettare l'invito alla candidatura di consigliere per le elezioni comunali del mio piccolo paese. Una scelta caratterizzata da iniziale indecisione

e insicurezza, non lo nascondo, d'altronde ogni nuova esperienza è accompagnata da simili sentimenti e solo dopo un periodo di lunga riflessione ho deciso di accettare la proposta e intraprendere questo nuovo percorso, curiosa di conoscere da vicino il mondo politico e di comprendere il funzionamento di questa *macchina* che storicamente condiziona le nostre vite. La parola *politica* attiene all'arte di governare la società e la *società* rappresenta l'insieme di individui che attraverso forme di aggregazione interagiscono per perseguire degli obiettivi comuni. E' chiaro, dunque, che la politica (nonostante oggi si presenti, per certi versi, come qualcosa di lontano e a volte incomprensibile) sia la cosa che più di molte altre riguarda ogni cittadino, singolo o associato, perché tende ad influenzare ogni sfera della nostra quotidianità. La politica ci appartiene ed è parte fondante del nostro passato, parte integrante del nostro presente e parte indispensabile del nostro futuro. Oggi più che mai sarebbe opportuno riscoprire il vero valore del termine che rischia di assumere un'accezione diversa dal suo significato originario, dal momento che molti la intendono come qualcosa di contaminato, di occulto o di indecifrato.

La mia avventura inizia così, per la sete di conoscenza e di ricerca che mi induce a voler studiare e osservare da vicino l'organizzazione, le dinamiche e le scelte che riguardano l'attività politica. L'iniziale impegno nella campagna elettorale mi ha insegnato tanto e subito ho fatto tesoro di quei momenti frenetici e imprevedibili; l'ottimo risultato, poi, delle elezioni e la "pole position" da 1° eletta mi hanno concesso l'onore di essere nominata *Assessore* con principali deleghe *alle Politiche Sociali e alle Politiche Giovanili* e non posso non cogliere l'occasione per ringraziare i miei sostenitori e Domenico Villi (Sindaco del Comune di Vazzano - VV). Questo esordio, accompagnato da un entusiasmo mai provato fino ad allora, mi ha incoraggiata ad impegnarmi al massimo e a dare un contributo per la crescita ed il miglioramento della mia amata comunità, una piccola cittadina descritta da coloro che la conoscono come "*un'òasi di pace*"; la tranquillità accompagna la vita quotidiana dei cittadini e l'accoglienza conquista i cuori dei

visitatori e dei passanti. Solidarietà, volontà e dedizione rappresentano le caratteristiche principali di questa realtà ed è stato, dunque, possibile sperimentare, dare vita a nuove idee ed attivare programmi atti a garantire e tutelare il benessere dei cittadini. In brevissimo tempo ci siamo prodigati per realizzare insieme gli obiettivi preposti, nonostante le mille difficoltà che un piccolo Comune di provincia è costretto a far fronte, noi anche con fondi dimezzati, siamo riusciti a fare tanto: dall'attivazione di canali informativi su questioni che interessano tutte le fasce della popolazione all'inserimento dei giovani e degli adulti nel mondo del lavoro; dalla realizzazione di attività culturali alle manifestazioni su temi di interesse nazionale, come la lotta alla mafia; dal sostegno alle famiglie e agli anziani che versano in situazioni di bisogno all'istituzione di un "Tavolo dei Giovani" come punto di ascolto e di raccolta delle loro esigenze, cercando di dare alle stesse risposte esaurienti. Parte di queste attività sono state realizzate in collaborazione con associazioni e istituzioni presenti sul territorio. Inoltre, grazie all'impegno costante, alla volontà

e all'intersecazione degli interessi e delle competenze degli amministratori abbiamo ottenuto, dopo solo pochi mesi dal mandato, un finanziamento europeo per la realizzazione di un centro polifunzionale ("il Mulino della Gioventù") e la costruzione di un anfiteatro quali servizi di sostegno contro lo spopolamento, aggiudicandoci il primo posto tra i comuni calabresi che hanno aderito al bando ed altre attività sono attualmente in programma e altre ancora pronte per essere "imbandite". Ora, l'intenzione non è quella di elencare l'insieme delle attività realizzate dall'amministrazione, bensì di diffondere una voce che possa giungere vicino e lontano a voi che state leggendo e a tutte le persone affrante o arrese di fronte alla realtà odierna che rischia di distruggere ogni minima voglia di fare, di creare e soprattutto di lottare per qualcosa in cui si crede. Certo non siamo onniscienti né onnipotenti e tanto meno convinti di risolvere i problemi da soli e in breve tempo. Il mio non è altro che un *piccolo* contributo dato da *piccolo* Assessore di un *piccolo* paese. Resta però il fatto che l'Oceano è pur sempre formato da tante *piccole* gocce! ■

"Non pensare a cosa il tuo Paese può fare per te, pensa a cosa tu puoi fare per il tuo Paese."

John Fitzgerald Kennedy

Un'esperienza nei Comuni dell'alto Ionio Catanzarese



di Leonardo Ruffo *

È finita a dicembre 2012 l'esperienza di 4 Assistenti Sociali, inviati dal Centro per la Famiglia di Catanzaro della Fondazione Calabria Etica, nei 31 comuni dei distretti socio sanitari di Catanzaro e Catanzaro lido. In questo breve scritto mi limiterò a dare testimonianza e divulgare i dati riguardanti i comuni a me affidati.

Mi presento, sono Leonardo Ruffo, assistente sociale dal 2010, Mediatore Familiare e Penale Minorile ed Operatore di Onoterapia. I Comuni di cui vado a trattare sono Andali, Belcastro, Botricello, Cerva, Cropani, Petronà e Sersale, geograficamente vicini ma diversi tra loro. Superata l'iniziale diffidenza nei cittadini, convinti che l'assistente sociale sia "una vecchia donna che ruba i bambini", ho avuto modo di cre-

are splendide relazioni con dipendenti, amministratori e popolazione. Per avviare gli sportelli territoriali per la famiglia" ci sono voluti circa 6 mesi, tenendo conto delle sole 3 ore settimanali a sede e la distanza dalla mia abitazione a Catanzaro (Circa 40 km). Durante tutta l'esperienza ho cercato di conoscere le realtà diverse di territori vicini, ho fatto la spesa nei supermercati della zona fermandomi a parlare con il fruttivendolo, il salumiere e la cassiera, ho fatto colazione nei bar e pranzato nei ristoranti e self service, cercando di raccogliere il maggior numero di informazioni utili al mio lavoro. La prima distinzione osservata è la differenza tra zone di mare e zone di montagna. I Comuni che si trovano sulla SS106, contano popolazione in numero decisamente maggiore, probabilmente incentivata dalle

migrazioni verso il mare e dall'attrattiva turistica e commerciale e lasciano osservare un numero di extracomunitari ben integrato nella società. Dalla presila in molti si sono spostati negli anni verso il mare probabilmente per affrontare minori disagi nel raggiungere i servizi e trovando lavoro in una zona commercialmente più sviluppata. Ho potuto notare che nonostante internet abbia accelerato i processi di aggiornamento e comunicazione in gran parte del mondo, in alcuni piccoli centri della presila, alcune tradizioni restano radicate anche nei più giovani. Pur essendo importante mantenere gli "usi locali", è vitale distinguere la tradizione culturale e linguistica come l'Arbereshe di Andali o le origini pastorali di Petronà, dal superamento di atteggiamenti che non aiutano la popolazione a progredi-

re. Troppo spesso nella cronaca nera locale spiccano episodi legati a questioni d'onore e violenza su donne e bambini, ben riscontrabili dal numero di morti violente e segnalazioni arrivate in solo un anno presso i miei uffici, alle caserme dei Carabinieri, nei Tribunali e sulle pagine dei giornali. Le problematiche più frequenti emergenti sul territorio sono comuni a quelle nazionali: disoccupazione, disagi economici. Come in tutta Italia oltre ai tantissimi giovani che non riescono a trovare lavoro, sono moltissimi gli adulti, spesso con famiglie numerose, che vengono licenziati e trovano enormi difficoltà a reinserirsi nel mondo lavorativo. Portatori di handicap o anziani spesso vivono i loro problemi in solitudine a causa delle difficoltà di raggiungere i servizi socio sanitari. Gli spostamenti in auto, per ricevere le cure sanitarie adeguate, diventano un problema non solo sociale (bisogna che uno dei familiari si faccia carico di ac-

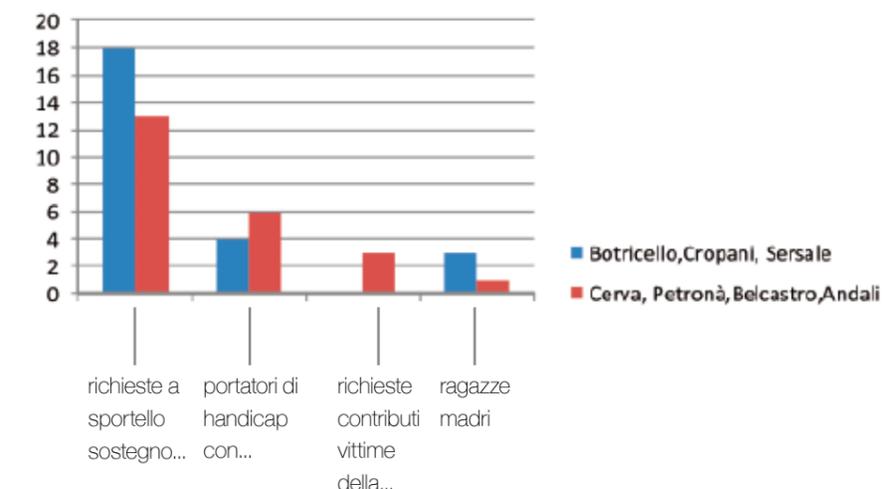
compagnare il paziente, quando trasportabile), ma anche economico, per la distanza dai centri di cura. Pochi i servizi offerti dalle Istituzioni, anch'esse in crisi. I Comuni cercano di offrire ambulatori per anziani e navette per i pazienti più disagiati, perché tutti abbiano la possibilità di accedere alle cure. Per quanto concerne la mia esperienza all'interno di queste zone, posso affermare con forza che la possibilità di confrontarsi con un Assistente Sociale "dedicato al Comune" è stata ben apprezzata dalle amministrazioni oltre che dai cittadini con i quali si è creato un rapporto di stima e rispetto che continua anche oggi dopo circa 4 mesi dalla chiusura degli sportelli. Posso dire con enorme gioia di essere stato coinvolto nella nascita di 6 nuove associazioni di volontariato, di aver conosciuto ed essermi confrontato con le varie realtà riuscendo ad integrarmi e comprendere gli stili di vita, spesso più sani di quelli della Città. Le numerose telefona-

te che ricevo ancora settimanalmente sono indicative dell'importanza del ruolo svolto dalla mia figura a favore della popolazione. Gli incarichi "lasciati" sono stati affidati ad uffici provinciali colmi di lavoro che costringono gli impiegati ad affrontare lunghi viaggi per effettuare una sola visita domiciliare e trovando quindi enormi difficoltà nell'effettuare colloqui periodici. Gli amministratori devono perdere molto tempo per improvvisarsi specialisti del sociale mentre gli assistenti sociali, formati professionalmente, lavorano ai call center o nei supermercati. Ringraziando chi di dovere per l'opportunità offerta con questa esperienza, porgo a tutti affettuosi saluti nella speranza che "chi di competenza" possa concedere ai cittadini il giusto diritto di avere un adeguato servizio sociale nel proprio comune. ■

Seguono alcuni interessanti dati di attività riguardanti l'esperienza di un anno nei comuni a me affidati, ricordando che i primi sei mesi sono stati spesi nella pubblicizzazione del servizio e nel lavoro di conoscenza del territorio per una buona integrazione sociale.

Comune	Numero abitanti	Stranieri	Casi Presi in carico
Botricello	4.924	343	15
Cropani	4319	207	14
Andali	792	14	3
Cerva	1256	10	4
Petronà	2682	35	8
Sersale	4773	97	18
Belcastro	1400	83	3

Dati relativi al solo anno 2012 : Richieste volontarie negli sportelli territoriali dei Comuni (non sono stati conteggiati gli interventi richiesta delle Istituzioni)



Prendersi cura dell'altro

Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie,
dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via.
Dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo,
dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai.
Ti solleverò dai dolori e dai tuoi sbalzi d'umore,
dalle ossessioni delle tue manie.
Supererò le correnti gravitazionali,
lo spazio e la luce per non farti invecchiare.
E guarirai da tutte le malattie,
perché sei un essere speciale, ed io, avrò cura di te.

(Franco Battiato, *La Cura*)

di Cleto Corposanto *



Tema importante, affascinante e difficile quello del "Prendersi cura dell'altro". Nella nostra attuale realtà culturale distratta, se non proprio indifferente, dobbiamo chiederci cosa possa rappresentare il prendersi cura dell'altro. Se l'altro rappresenta un astratto termine di riferimento, allora il rapportarsi agli altri esseri umani può essere reputato accessorio ed accidentale. Se, invece, della presenza dell'altro è costituito il nostro stesso essere allora la cura verso l'altro riguarda la stessa cura verso se stessi e verso il mondo. La relazione con l'altro, tuttavia, non è un dato di fatto: deve essere attivata. Tale attivazione è possibile attraverso le circostanze della vita, che possono farsi autentiche opportunità. Ma anche per la "cura" come sigla della condizione umana, vi è un mito dell'origine. Il racconto sulle origini della cura è tratto da un testo latino. "La cura stava attraversando un fiume quando scorse del fango cretoso. Pensierosa, ne raccolse un po' e cominciò a dargli

forma. Mentre stava riflettendo su cosa avesse fatto, interviene Giove. A questo punto, la cura prega Giove di infondere lo spirito a ciò che essa ha fatto senza però sapere cosa sia. Giove acconsente volentieri, però poi la cura pretende di imporre il nome a ciò che ha fatto e Giove non è d'accordo. Mentre Giove e la cura litigano interviene la Terra che reclama il battesimo di ciò che è stato fatto in quanto parte del suo corpo, il corpo della Terra. I disputanti eleggono Saturno, il Tempo, come giudice. La decisione di Saturno, incontestabile, è la seguente: Tu, Giove, hai dato lo spirito e al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, hai dato il corpo e riceverai il corpo; poiché per prima fu la cura che diede forma a quest'essere, finché esso vive lo possiede la cura. Per tutta la vita l'uomo è l'essere della cura e visto che proviene dalla Terra, dall'humus, il suo nome è homo". Questo concetto viene ripreso – ed è il primo che ne parla in termini filosofici – da Heidegger, che parlando proprio della cura ricorda: "L'uomo è essenzialmente capacità di prendersi cura", attivando automaticamente concetti come relazione, possibilità, apertura, dono. Rifacendoci a definizioni più vici-

ne a noi della cura, importante sottolineare quella di Erikson, che parla della cura come dell'"interessamento in costante espansione per ciò che è stato generato per amore, necessità o per caso e che supera l'adesione ambivalente ad un obbligo irrevocabile. La cura – continua Erikson – non va confusa con l'accudimento. Quest'ultimo è un comportamento adattivo su base biologica, la cura è invece un atteggiamento verso la relazione ed è attraversata dalle qualità simboliche etico-affettive che costituiscono il nutrimento valoriale della relazione. Tali qualità possono essere figurate in modo più specifico a seconda del tipo di relazione familiare che consideriamo (legame coniugale, parentale, generazionale e comunitario). Ne derivano forme specifiche di cura a seconda del tipo di relazione considerata...". In questo ragionamento Erikson insomma focalizza la propria attenzione soprattutto sulla cura in relazione alla famiglia; ma noi sappiamo che l'essenza della cura può invece accompagnare relazioni e modalità differenti, comprese quelle poeticamente descritte da Franco Battiato nel suo bellissimo testo che si intitola appunto "La Cura". Ma a quanti livelli può essere attivo il principio della cura nella collettività? Intanto vale la pena ricordare che di norma il prendersi cura di qualcuno è strettamente connesso a situazioni di fragilità, sociali o sanitarie, economiche o legate all'età, o a qualche dipendenza, al viaggio (pensiamo ai flussi migratori importanti che caratterizzano anche la nostra epoca), alla salute e alla malattia. E' fatalmente una di queste condizioni a far scattare il principio di cura, che si esplica a livelli differenti che proviamo velocemente a ricordare: il primo è il livello professionale: i professionisti della cura, e quindi medici, assistenti sociali, educatori, psicologi, tutti quelli che insomma svolgono una professione d'aiuto, attivano al bisogno processi che stanno dentro l'ampio contenitore della cura. C'è chi, per dirla all'inglese, attiva processi di "cure" e di invece a che fare con il "care"; i termini *care* e *caring* conoscono oggi una grande fortuna, tanto da essere entrati nel lessico quotidiano; ma, come accade per tutti i termini non facilmente definibili e oltremodo suggestivi, corrono anche il pericolo di venire impiegati, nei più diversi ambiti, con una valenza fortemente retorica, che finisce per svuotarli

di ogni contenuto significativo. In questo senso pur sottolineando il pluralismo semantico di queste nozioni, va messo in evidenza come nel concetto di "care", nel senso di caring, ciò che rileva sia soprattutto il riferimento a un insieme di disposizioni umane e morali (virtù) quali: il senso di responsabilità e l'impegno nei confronti del benessere altrui, la disponibilità a identificarsi con la sofferenza degli altri, la solidarietà nella condivisione.

Uno dei paradossi della medicina contemporanea sta proprio qui: la sua crescente specializzazione e informatizzazione, l'impiego di strumenti tecnici sempre più sofisticati e complessi, sono tutti fattori che hanno contribuito in maniera determinante al raggiungimento di traguardi fino a pochi anni fa impensabili, sia in ambito diagnostico che terapeutico; ma questa "rivoluzione" della clinica ha anche comportato, ed è questo un giudizio diffuso, un prezzo elevato in termini di progressiva spersonalizzazione della prassi medica, di allentamento dell'attenzione per la soggettività del "paziente" e di tendenziale divaricazione degli aspetti, originariamente inscindibili, della "cure" e della "care" (della cura della malattia/del prendersi cura della persona del malato).

Ed è significativo, in questo senso, il fatto che la soggettività del malato ed il significato biografico che la malattia riveste, con tutto il suo carico di solitudine e di angoscia, di bisogni inespressi, possano ri-acquistare davvero centralità solo quando l'efficacia terapeutica della medicina ufficiale riconosce il proprio fallimento e si passa alle c.d. "cure palliative". La medicina palliativa, pur adottando i metodi e la razionalità della scienza medica, sposta infatti l'obiettivo del medico dalla malattia alla qualità della vita del malato e questo comporta una ridefinizione dell'idea stessa di salute, che ne mette in discussione la definizione obiettiva meramente fisiologica. In quest'ambito al modello bio-medico si sostituisce un modello bio-psico-sociale che viene a includere nel concetto di salute tutto "quel complesso di condizioni fisiche, sociali, esistenziali/ psicologiche che oggi chiamiamo "qualità della vita".

La considerazione della centralità della persona del malato, della "qualità" della sua vita, dovrebbe tuttavia essere alla base del rapporto terapeutico non solo nelle situazioni in cui si tratta di "evitare che la grande efficacia biologica della tecnologia moderna produca un prolungarsi dell'agonia, cioè un accanimento terapeutico", ma anche nelle situazioni non definibili come "terminali".

Il secondo livello è quello del volontariato. Di chi insomma sceglie di occuparsi e di prendersi cura dell'altro non dentro una situazione professionale/monetizzata. Funzione importantissima e insostituibile quella dei volontari. Una funzione che si lega molto bene a quella che possiamo chiamare "care ethics" fondata sul valore della responsabilità verso l'altro, pur nel rispetto e fedeltà verso di sé – che si propone non come alternativa, ma come integrativa dell'etica astratta dei diritti e delle regole.

Due ideali di rapporto umano sottendono questa più complessa concettualizzazione dell'impegno morale: l'uno prevede che sé e l'altro saranno considerati ugualmente degni e trattati con equità nonostante le differenze di potere, l'altro si prefigura che ciascuno riceverà risposta e verrà incluso, nessuno sarà lasciato solo e fatto soffrire. Due visioni in tensione reciproca che riflettono la verità para-

dossale dell'esperienza umana: il fatto che ci possiamo conoscere

solo nella misura in cui viviamo in connessione con altri e che possiamo avere esperienza del rapporto soltanto nella misura in cui impariamo a differenziare l'altro da noi. Dopo il livello professionale e quello del volontariato, c'è da ricordare il terzo livello, cui velocemente abbiamo accennato già prima, all'interno del quale scatta il principio della cura, che è quello delle relazioni famigliari, di qualunque natura. Un prendersi cura che sta dentro una sorta di patto morale, di una necessità di fare reti di relazioni che riempiano di contenuti le nostre stesse relazioni affettive. Ma probabilmente bisogna andare avanti, e insistere nel perseguire un modello che faccia della cura dell'altro uno dei centri di riferimento dell'agire delle persone.

Solo così potremo uscire dal limbo dell'individualismo nel quale molti di noi sono finiti, e attivare quel meccanismo che gli antichi greci chiamavano

katanoein, che sta per guardare bene, dentro le cose, accorgersi, prestare attenzione.

La relazione con l'altro, tuttavia, non è un dato di fatto: deve essere attivata. Tale attivazione è possibile attraverso le circostanze della vita, che possono farsi autentiche opportunità. La 'circostanza' - così come prospettato da

Ortega Y Gasset - è tutto ciò che ci circonda e che ci pressa, tale che noi stessi siamo l'insieme del nostro io e della nostra circostanza. E' attraverso quest'interdipendenza tra l'io e la circostanza che può presentarsi l'opportunità. L'opportunità rappresenta una possibilità di comprensione e un'occasione d'intervento.

L'opportunità, per questo, è derivante dallo sviluppo della sensibilità e dalla coltivazione delle attitudini relazionali e comunicative. L'opportunità, quindi, è condizione imprescindibile della cura. Se, infatti, la cura è da intendersi come preoccupazione verso l'altro, allora è attraverso l'opportunità che la disponibilità - in quanto atteggiamento di

disposizione verso gli altri ed attenzione alle situazioni esistenziali - può farsi strada. C'è tuttavia da chiedersi quali siano le condizioni per attivare l'atteggiamento della cura. Prima di tutto la cura è un atteggiamento e non un semplice comportamento. E' un saper essere che s'istituisce con la messa in prova della vita stessa, attimo per attimo, situazione dopo situazione. E' attraverso di essa che la stessa vita può svelare la sue opportunità. Si tratta di un atteggiamento in quanto discende da un'inclinazione individuale, che formata e coltivata riesce a divenire abito comportamentale, come predisposizione e modalità d'approccio esistenziale. Questo oltre l'abitudine e l'impulso, che di per sé non solo non producono conoscenza, ma devono essere rispettivamente contrastati e liberati, per far sì che ci possa essere una ricerca cosciente. Così pure di disponibilità autentica si tratta e non di posa. Non è di fronte agli altri che la cura

è messa in atto. Il prendersi cura rappresenta l'assunzione d'un compito di vita, dove non è predominante né l'esterno né l'interno, bensì l'impegno che si prende ed il senso ed il valore che gli si dà. Per questo è costituito dal senso della corresponsabilità. In questo l'aspetto emancipante dell'educazione. Nella cura - intesa come prendersi cura - l'etica dell'intenzionalità e

l'etica della responsabilità possono trovare un punto di contatto, costantemente da riequilibrare e verificare, ma sempre pregni di motivazione e ricchi di significatività.

Ed è nel prendersi cura che l'altro deve poter essere reso consapevole, tale da attivare un processo di corresponsabilità, in un percorso d'emancipazione e d'autonomizzazione, pur nella continua interdipendenza.

Compito dell'educazione è quindi quello di promuovere nel soggetto la cura di non lasciarsi catturare dall'anonimia e decidersi per la scelta consapevole di un modo originale di essere nel mondo. L'educazione coltiva nel soggetto educativo la passione per la cura di sé, lo accompagna nel processo di

costruzione di processi cognitivi ed emotivi necessari a tracciare con autonomia e con passione il cammino dell'esistenza. Quindi il processo educativo, per aiutare l'altro a diventare quello che può essere, dovrebbe declinarsi come pratica di cura dell'altro affinché diventi capace di aver cura di sé.

Spetta a noi educatori quindi il compito più grande di far posto al processo e al percorso di cura nella nostra società, facendo in modo che si sia capaci di alcune cose fondamentali: **La ricettività:** lasciare che l'altro ti interpellati a partire da sé; è la capacità di fare posto all'altro, ai suoi pensieri e ai suoi sentimenti. **La responsività:** saper rispondere adeguatamente agli appelli dell'altro, agire per promuovere il suo benessere.

La disponibilità cognitiva ed emotiva: mettere a disposizione le proprie capacità e risorse personali nella relazione con l'altro. **L'empatia:** saper stare col pensiero e col sentire in prossimità dell'altro, partecipando alla sua irripetibile singolarità.

L'attenzione sensibile: individuare le potenzialità e i punti deboli dell'altro.

L'ascolto: mettere l'altro al centro, ossia considerare il suo essere presente per comprendere quello di cui ha necessità per vivere una vita umana. E' capire ciò che egli esprime. **La passività attiva:** farsi attenti al percorso di crescita dell'altro, preoccuparsi di proteggerlo e di sostenerlo, avendo considerazione del suo proprio modo di essere.

Significa *saper attendere*, lasciare all'altro il tempo di essere, il tempo di cui ha bisogno per rispondere affermativamente all'appello ad esistere. E' offerta di spazi liberi e di tempi non vincolati, affinché l'altro senta di poter sperimentare autonomamente la sua ricerca di sé. **La riflessività:** l'aver cura chiede all'educatore d'interrogare continuamente l'esperienza che sta vivendo, coltivando un atteggiamento riflessivo, che consideri ogni situazione non come un caso sussumibile in una regola generale, ma nella sua singolarità.

Il sentire nella cura: è la capacità di nutrire *fiducia* nell'altro, poiché l'aver fiducia è sentimento essenziale per non essere intrusivi e lasciare essere l'altro. Ne siamo capaci? Ne siamo capaci.

Basta impegnarsi in questa direzione con convinzione e caparbietà. ■

Un punto di ascolto per chi assiste a casa i familiari affetti da demenza

di Amalia Talarico *

L'intervento di seguito illustrato in sintesi per motivi editoriali, è estratto da un project work per l'istituzione di un Punto di Ascolto indirizzato ai familiari dei pazienti affetti da demenza moderata/severa che frequentano il Centro U.V.A., in una accezione dinamica di indirizzo, formazione, informazione orientamento e sostegno nell'affrontare le diverse problematiche inerenti il lavoro di cura. Il punto prevede la presenza dell'Assistente Sociale nel ruolo di facilitatore dei processi organizzativi e di altri operatori da inserire nel corso di implementazione del punto ed a seconda dei bisogni e delle istanze espresse dai familiari. Il luogo di realizzazione è il Distretto Socio-Sanitario dell'ASP di Catanzaro nel servizio Tutela Anziani di Catanzaro, al cui interno esiste un Centro U.V.A. Al Centro afferiscono anziani, affetti da varie forme di demenza. Il paziente vi accede con richiesta di valutazione U.V.A. da parte del M.M.G., viene accolto dall'Assistente Sociale che attraverso la somministrazione della scheda sociale, strutturata in dieci sezioni ciascuna inerente un'area informativa (compresi i dati relativi alla rete di sostegno del paziente) pone le basi alla relazione di aiuto. L'equipe del Centro U.V.A è composta da due Geriatri, un Assistente Sociale e un Infermiere. **Le demenze rappresentano la quarta causa di morte nella popolazione anziana ultrasessantacinquenne dei Paesi occidentali e la loro diffusione è in costante crescita in conseguenza dell'allungamento dell'aspettativa di vita.**

In Italia circa 80% delle persone colpite da demenza sono assistite a casa da familiari e, tra questi, sono soprattutto le donne (circa il 70% dei caregivers) ad essere maggiormente interessate al fenomeno. Dalle informazioni

raccolte presso il Centro U.V.A., durante la somministrazione della scheda sociale al familiare del paziente demente, si osserva che l'esperienza del lavoro di cura è un percorso irto e pieno di ostacoli, sia dal punto di vista emotivo che della gestione pratica dello stesso. Il familiare sperimenta una tempesta di emozioni nel nuovo ruolo che vanno da sentimenti di rabbia a sensi di colpa, panico (soprattutto quando subentrano disturbi comportamentali, con manifestazioni di aggressività), rifiuto della situazione.

La gestione pratica è disseminata da difficoltà quotidiane, a volte il *care* è lo stesso coniuge a sua volta disabile e anziano, cosicché diventano a loro volta inabili nell'affrontare certi tipi di assistenza, come per esempio sollevare l'assistito o qualsiasi altra condizione che richieda un impegno fisico; spesso, quando la situazione diventa insostenibile, la famiglia è costretta a ricorrere all'aiuto di badanti, o a vicini di casa non sempre disponibili a svolgere gratuitamente tali incombenze. Il peso di tutte queste difficoltà vengono comunque "divise e condivise" quasi sempre nella ristretta cerchia della famiglia dell'anziano che è continuamente sottoposta ad una continua e difficile autorganizzazione con le sole risorse umane e materiali disponibili nella famiglia ristretta; **"Si parla sempre più spesso di asimmetria informativa per identificare la situazione in**

cui la famiglia si trova ad operare delle scelte in assenza di informazione adeguata e consapevolezza, usando come strumenti per l'orientamento unicamente le proprie capacità e suggerimenti informali".

Poter contare su istituzioni che recepiscono le difficoltà familiari e le pongano al centro dei loro interventi e sostegni (psicologici, sociali, sanitari, ecc) può rendere meno gravoso il compito del *caregiver* e migliorare al contempo la relazione con il proprio congiunto. Lo scarso sostegno fornito dalle istituzioni (2%) alla famiglia "alle prese" con l'assistenza al proprio caro si evidenzia nella tabella in basso che è parte di una recente indagine condotta presso il Centro U.V.A su 351 familiari di pazienti affetti da varie forme di demenza che aveva lo scopo di tracciare il profilo del *care*. Il progetto sul punto di ascolto prevede l'apertura, due giorni a settimana, di uno spazio all'interno del Centro U.V.A dedicato ai familiari dei pazienti affetti da demenza moderata/severa che avranno così l'opportunità di trovare ascolto ed aiuto: ai dubbi, alle necessità di sfogo e di sollievo conseguenti alle responsabilità di cura; inoltre può rappresentare "luogo" di insegnamento e rinforzo delle abilità esperienzialmente acquisite. Le famiglie si assumono la responsabilità di assistere *perché capita* o *perché il destino ha voluto così*, come ebbe a dire una *caregiver* durante un colloquio; la preparazione, la formazione non fanno parte di questo "destino", le abilità acquisite nel lavoro di cura sono molto spesso dettate dall'affetto, dalla intuizione emotiva, dalla situazione

contingente e soprattutto dalla sofferenza nel vedere il proprio caro stare male, motivazioni forti che inducono il caregiver a dare il meglio di sé e a diventare “esperto in situazione”, inconsapevole ma esperto. Le istituzioni dovrebbero accompagnare, sostenere e promuovere questa ricchezza spontanea all’autoformazione, in un processo di miglioramento continuo delle “abilità” istintivamente apprese ed agite sulla base delle emozioni.

Il Punto di Ascolto intende rafforzare queste abilità attraverso la strutturazione di cicli di formazione/informazione alla famiglia, tenuti da professionisti nel campo clinico, sociale, psicologico, nutrizionale e legale, che li aiutino a fronteggiare al meglio in maniera consapevole ed informata il lavoro di cura. Il programma di formazione/informazione riguarderà: **La Comunicazione Verbale, Non Verbale; La gestione dei disturbi comportamentali; Gli aspetti legali e burocratici, La corretta alimentazione.**

La motivazione che ha portato al progetto per l’istituzione di un punto di ascolto nasce dalla considerazione che il Centro U.V.A pur eseguendo a domicilio diverse prestazioni (prelievi, fleboclisi, medicazioni, cateterismi vescicali visite geriatriche visite sociali), per i malati non autosufficienti, e reso in questo modo il servizio più vicino al mondo del paziente, risulta ancora troppo distante sia una presa in carico globale della persona (nel senso di attivare processi con l’obiettivo di migliorarne il più possibile la qualità della vita), sia il coinvolgimento attivo della famiglia nel processo assistenziale e questo, per oggettiva assenza sul territorio di un’integrazione socio-sanitaria compiuta ed omogenea. L’operatività poi dell’Assistente Sociale (ruolo che per formazione più di ogni altro considera il mondo del paziente quale riferimento essenziale nell’affrontarne sia le problematiche che i cambiamenti) è spesso limitata, per oggettivo imbrigliamento di sistema, ad una mera funzione osservativo-valutativa delle esigenze del paziente e del familiare, al momento della somministrazione della scheda sociale: “Per l’assistente sociale, un intervento di aiuto diretto a mantenere od a sviluppare benessere diventa dunque sovente un intervento per aiutare ad usufruire di determinate pre-

stazioni, quando non si riduce proprio al mero accertamento che sussistano i requisiti per riceverle. E’ dunque in questo contesto dunque ristretto della “prestazione” che è maturata l’idea del progetto sul Punto di Ascolto: andare cioè oltre l’impegnativa e la richiesta del medico di base e la passività che connota il rapporto operatore-malato-famiglia



mettendo al centro la famiglia del paziente, dandogli voce e un ruolo più attivo e positivo in un’ottica di scambio dinamico con l’istituzione. L’obiettivo del Punto di Ascolto si esplica su due direttrici: migliorare la qualità della vita del caregiver attraverso un ascolto che contenga ed accoglia le ansie, le angosce e le emozioni che lo attraversano

nell’esperienza del lavoro di cura; rinforzare e consolidare le abilità apprese nel caregiving. Accettare la demenza di un familiare è un’esperienza traumatica, molto spesso il caregiver attraversa un processo di adattamento in quattro fasi: **La negazione; Il supercoinvolgimento; La collera, Il senso di colpa.** In tutte queste fasi è importante non

lasciare solo il caregiver ad affrontare i problemi derivanti dal lavoro di cura, ma offrire disponibilità e attenzione a tutte le problematiche sociali ed ai risvolti psicologici ed emotivi negativi che si possono presentare nel difficile compito del prendersi cura di un malato affetto da demenza. Soprattutto per l’Assistente Sociale nel ruolo di facilita-

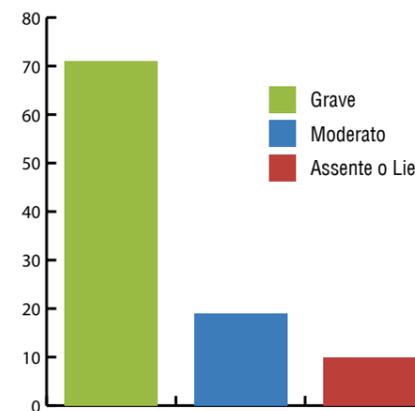
tore del Punto di Ascolto sarà fondamentale mettersi nei panni degli altri “potersi/sapersi mettere dalla parte dell’altro, esercitare la propria capacità (razionale, cognitiva, emotivo affettiva, con conoscenza e controllo di sé) per capire fino in fondo la posizione e <le ragioni degli altri>. Che non è solo conoscere il contesto di vita della persona, comprendere le dinamiche e la complessità dei problemi che porta. E di più: si tratta di giocare un ruolo che ci metta in grado per un momento di usare la sua ottica; provare, attraverso un processo di identificazione consapevole, a trovare quel punto da cui la persona utente/cliente vede e sente la sua propria situazione, per potere veramente <comprendere> le cose così come vengono vissute da quella persona ed in quella fase della sua vita, per poi potersene allontanare rimanendo però empaticamente vicini. Se si saprà trovare quel punto di visuale, quella persona sentirà che si sta cercando di entrare in un vero contatto; e potrà, forse, (sop-) portare quel lavoro spesso doloroso, di analisi e ricerca per uscire dallo stato di crisi o per trovare soluzioni: quelle realisticamente possibili, non sempre le auspiccate o desiderate”.

Analisi del contesto territoriale

Il Distretto Socio-Sanitario n°1 di Catanzaro (di seguito DSS1) fa parte dell’Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro (di seguito ASP/CZ) e comprende il territorio di 16 Comuni (Catanzaro, Settingiano, Marcellinara, Tiriolo, Miglierina, Amato, Gimigliano, San Pietro Apostolo, Cicala, Pentone, Fossato Serralta, Sorbo San Basile, Taverna, Albi, Magisano, Sellia Superiore). Il DSS1 è inserito nel territorio della Provincia di Catanzaro ed ha una superficie di circa 552 Kmq. La popolazione residente al 01/01/2011 ammonta a circa 121.118 unità, concentrata prevalentemente nell’entroterra montano della Provincia di Catanzaro e risiede per circa il 77% nel Comune di Catanzaro che, oltre ad essere il capoluogo di Provincia, è il Capoluogo della Regione Calabria. I cicli di informazione/formazione saranno indirizzati ai familiari dei malati affetti da demenza severa/moderata che frequentano il Centro U.V.A, direttamente coinvolti nel caregiving, con un alto grado di stress (che verrà rilevato attraverso la somministrazione del RSS (Relative Stress Scale), l’assenza di supporto parentale ed un maggiore isolamento sociale. I cicli di

informazione/formazione saranno attivati per un numero massimo di 20 soggetti, di cui 5 individuati fra i familiari che assistono pazienti affetti da demenza moderata. E’ stato scelto questo target di familiari poiché sono i soggetti che più facilmente possono sperimentare un alto livello di stress per la presenza, nei pazienti di cui si prendono cura, di maggiori probabilità di insorgenza di disturbi comportamentali, di ridotta autonomia e la presenza di un alto grado di deterioramento cognitivo. Il grado di stress nei caregivers è stato calcolato attraverso la somministrazione di un test riguardante la scala di valutazione RSS (Relative Stress Scale). Il test, somministrato ad un campione di 350 caregivers, ha anche consentito di effettuare la selezione finale dei 20 caregivers destinati a comporre i cicli di Informazione/Formazione. Di seguito i risultati del test.

CAMPIONE UTENTI = N° 350		
DATI RSS (Relative Stress Scale)		
	N°	%
Assente o Lieve	35	10%
Moderato	67	19%
Grave	248	71%
	350	100%



Per la realizzazione delle attività previste dal progetto verrà costituita una equipe di formatori composta da professionisti di varie discipline: cliniche, psicologiche, sociali e legali, che a seconda delle tematiche af-

frontate gestiranno i cicli di formazione/informazione ai familiari. L’equipe sarà composta da: un Geriatra, un Infermiere, uno Psicologo, un Assistente Sociale, un Avvocato, un Neurologo, un Dietologo ed un familiare con una lunga esperienza nel lavoro di cura in qualità di testimone qualificato. L’Infermiere, il Geriatra e l’Assistente Sociale saranno gli stessi operatori del Centro U.V.A., gli altri professionisti saranno individuati fra le associazioni di volontariato del territorio che manifesteranno la loro disponibilità. Gli incontri si svolgeranno settimanalmente nella sede del Centro U.V.A., nelle ore pomeridiane in un ampio locale messo a disposizione dall’Unità Operativa Tutela Anziani. La segreteria del Punto di Ascolto avrà un numero telefonico dedicato che coincide con quello dell’Assistente Sociale che avrà il ruolo di facilitatore.

I familiari (n° 20) che parteciperanno ai cicli di informazione/formazione saranno individuati sulla base di parametri quali: Il maggior punteggio ottenuto in termini di stress nella scale RSS, somministrata ai familiari su base individuale presso il Centro U.V.A. (durante l’attesa del paziente al periodico controllo clinico) e presso il domicilio. L’assenza di supporti assistenziali familiari, determinati attraverso la somministrazione della scheda sociale, utilizzata nel Centro U.V.A., che contiene i dati relativi alla rete di sostegno sociale.

L’innovatività che può essere riscontrata nell’istituzione del Punto di Ascolto Alfeo sta nel tentativo di costruire un’alleanza terapeutica fra l’istituzione pubblica (in questo caso l’azienda sanitaria) e la famiglia che viene vista quale soggetto dinamico protagonista nel processo di cura. La legittimazione da parte di un servizio pubblico nel riconoscere e sostenere: competenze potenzialità e ricchezze della comunità, per un reciproco aiuto con la finalità ultima di “mantenere” il più possibile i soggetti deboli nel proprio ambiente di vita. L’istituzione vista non come soggetto unico che educa, cura, detentrica assoluta del sapere “scientifico” ma come soggetto che si avvicina al mondo del paziente in una accezione di reciproco sostegno e scambio delle abilità e competenze. ■

Da dietro le sbarre uno sguardo al futuro



Negli anni della nostra formazione ci siamo sempre appassionati alla devianza e appena finiti gli studi speravamo di entrare a lavorare alle dipendenze del Ministero della Giustizia; la vita e le occasioni di lavoro ci hanno portato poi su altre strade. Quando si è presentata l'occasione di scrivere sulle condizioni delle carceri e sull'inclusione sociale sulle pagine di "Scenari Sociali" ci siamo subito proposte. In Calabria sono presenti 12 case circondariali (Castrovillari, Catanzaro, Cosenza, Crotona; Lamezia Terme, Laureana di Borrello, Locri, Palmi, Paola, Reggio Calabria, Rossano, Vibo Valentia) e 3 con una sezione di casa di reclusione (Cosenza, Laureana di Borrello e Palmi). Le case circondariali sono le più diffuse presenti in ogni città con sede di Tribunale: vi sono detenute le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori a 5 anni o con un residuo di pena inferiore a 5 anni. Le case di reclusione sono gli istituti adibiti all'espiazione della pena. In molte case circondariali c'è una "sezione penale" e in alcune case di reclusione c'è una "sezione giudiziaria" destinata alle persone in attesa di giudizio. I posti disponibili nei vari Istituti di pena calabresi sono 1875 mentre i detenuti presenti a dicembre 2012 erano 3046 di cui 55 donne, 2991 uomini e 591 stranieri. Questi dati sono stati forniti dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia.

Secondo i dati riportati dall'associazione politico-culturale Antigone nel novembre 2012 emerge che i detenuti in Italia sono 26804 di cui il 40,1% è in carcere non per scontare una pena detentiva ma per custodia cautelare. Alcuni dati che emergono dal rapporto di Antigone è che su 46795 posti disponibili oggi in cella ci sono 66685 detenuti per un tasso di affollamento del 142,5% contro una media europea del 99,6%. Sono soprattutto uomini italiani detenuti nelle nostre carceri, 8,6% dalla Calabria. Tuttavia noi non vogliamo far emergere solo le situazioni di disagio vissute dai carcerati, pur reali e poco consone alla dignità della persona, ma a fronte di ciò, esistono testimonianze di come la reclusione possa a volte portare ad un cambiamento totale della propria vita. Abbiamo contattato il cappellano del carcere di Cosenza, don Giancarlo Gatto, per farci raccontare storie positive di vita vissuta nella casa circondariale e tra le altre c'è sembrata significativa quella di G. D. un condannato per omicidio. Questi afferma che "dopo anni di dolore e dopo aver viaggiato in un tunnel buio e senza uscita, ho un qualcosa dentro che non so nemmeno spiegare cos'è. Un tempo ce l'avevo con tutto e con tutti, ma oggi mi porto un treno carico di sofferenza e forse Gesù ha deciso che è arrivato il momento di fermarsi in stazione e sganciare l'intero vagone carico di disperazione". A seguito di un percorso riabilitativo è arrivato al punto di affermare che non si sente più solo e "forse vincerò questa ultima mia battaglia per la vita, per una vita con la pace nel cuore". G. D. era

un ragazzo come tanti altri, vissuto in una famiglia come tante altre, che a seguito della morte improvvisa e violenta del padre investito da un pirata della strada, ha iniziato il suo percorso deviante, vivendo per lunghi periodi nella condizione di detenzione fino al delitto che lo vede oggi in carcere per l'uccisione di un ragazzo. "Porto dentro di me quel dolore della mia vita costellata dal sangue, quello del mio papà e quello che ha versato sopra di me quel ragazzo che morì per le mie mani". Questa persona si rende conto della gravità del suo gesto ed accetta la sua condizione presente perché possa diventare più forte e migliore "rendermi conto che questa prova che sto vivendo non sarà stata inutile, sogno il rimanente della mia vita come una persona normale, devo farcela a dare una svolta a tutto". Continua per bocca di don Giancarlo a parlare G. D. "mi sono reso conto che fare del bene, rendersi disponibile per gli altri ti rende più sazio, è come sedersi in una tavola imbandita ricca di tutte le cose di cui sei ghiotto". G. D. esprime la volontà di poter, alla fine del suo percorso riabilitativo, far parte di una comunità per essere di aiuto agli altri che vivono la sua stessa sofferenza. Da questa testimonianza emblematica, si evince che è possibile un cambiamento della propria vita e del modo di viverla all'interno del carcere, che non è visto solo come punizione, ma con la possibilità di effettuare un percorso di aiuto che porta al miglioramento della stessa e con la prospettiva che una volta espriata la pena, si possa ritornare nella società con pari dignità degli altri uomini. ■

di Rosa Frontino e Teresa Romano *

* Rosa Frontino, Assistente Sociale specialista

* Teresa Romano, Consigliere Ord. Prof. Ass. Soc. Calabria



Integrazione e continuità socio-sanitaria: l'intervento sulle persone affette da autismo e sulle loro famiglie

Un'esperienza personale maturata in una struttura dedicata

di Anna Mosca *

L'integrazione socio-sanitaria è un tema di attualità nello scenario delle politiche di welfare italiano. Essa si articola in un insieme di pratiche, strumenti, culture e competenze professionali che tendono a propiziare l'integrazione tra il settore sanitario e quello sociale. La società ha bisogno di soddisfare bisogni sanitari, sociali ed educativi. Ha bisogno di "curarsi" e di "prenderci cura". La prima delle esigenze rimanda ad una logica sanitaria, l'altra ad una logica sociale; concetti questi definiti come: "cure" e "care". La logica sanitaria mira a produrre guarigione, mentre quella sociale fornisce aiuto e sostegno. Le due logiche devono svilupparsi parallelamente e comunicare continuamente. Infatti i membri di una comunità non necessitano di risposte differenziate - o sanitarie o sociali - ma delle une e delle altre. Negli ultimi anni, il versante dell'integrazione socio-sanitaria si è andato via via dilatando per effetto del progressivo au-

mento delle patologie invalidanti e per l'aumento delle dipendenze e dei disagi derivanti dalla precaria consistenza della struttura familiare e sociale. Per cui il concetto di "salute" non è più considerato solo come assenza di malattia, ma comprende qualcosa di più complesso che include le aspettative umane e le relazioni sociali. Questa teorizzazione è stata sancita, a livello mondiale, da due importanti eventi: la Conferenza Internazionale di Alma Ata nel 1978 e la Carta di Ottawa nel 1986. Per cui, oggi, è assodato che il concetto di salute è esteso al sistema uomo nella sua accezione più complessa, al suo essere bio-psico-sociale, al fine di comprendervi: lo stato fisico, quello mentale e, infine, quello relazionale. E' solo così che il concetto di *salute* diventa profondamente incardinato all'ECOSISTEMA e comprende ogni aspetto della vita dell'individuo. L'assunto dell'integrazione socio-sanitaria sta nel considerare la persona come un'UNITA' e non come un

insieme di parti. Questa esigenza scaturisce da una concezione dell'uomo olistica. Per cui, oggi, la finalità dell'integrazione consiste nel migliorare le condizioni di vita della persona in ogni suo aspetto, cercando di rimuovere le cause di malessere e stimolando la tensione al miglioramento. Le figure professionali di riferimento cooperanti per il raggiungimento di questa integrazione sono: il medico e l'assistente sociale. Essi considerano il loro intervento come un dovere e cercano di agire in conformità a ciò che considerano sia congruo per la promozione globale della persona. Il primo, il medico, prende in considerazione la malattia del corpo; il secondo, i fattori ambientali e la condizione socio-economica della persona. E' aspirazione di ogni individuo essere considerato "globalmente", "olisticamente". Questa aspirazione è bene interpretata da quanto recita il Codice Deontologico della nostra professione: "l'Assistente Sociale riconosce la centralità della persona in ogni

intervento. Considera e accoglie ogni persona portatrice di una domanda, di un bisogno, di un problema, come unica e distinta da altre in analoghe situazioni e la colloca entro il suo contesto di vita, di relazione e di ambiente, inteso sia in senso antropologico-culturale che fisico” (Titolo II-PRINCIPI-7). Portatori di bisogni sono anche i nuclei familiari dai quali, spesso, emergono istanze di ascolto e di sostegno. Mai come negli ultimi tempi, con l'aumento delle patologie cronico-degenerative e l'emergere delle dipendenze, la famiglia ha dovuto occuparsi dei propri cari. Per cui la famiglia viene considerata, oggi, come una risorsa da comprendere nel procedimento finalizzato all'integrazione e non soltanto una entità da ascoltare e supportare. Si tiene conto infatti che essa, spesso, si

sostituisce ai vuoti del SSN fronteggiando la carenza di servizi e soprattutto di quelli specialistici. Ed allora prendere in considerazione la famiglia significa porsi nell'ottica del suo sentire, delle sue angosce e dei suoi timori e sostenerla. L'aiuto consiste nel facilitarla a districarsi tra le maglie pervasive della burocrazia ed aiutarla ad individuare i servizi e scegliere le professionalità. Essa, così, non è più destinataria passiva del processo di aiuto, bensì co-attrice, attiva e partecipata. Come sostiene Rogers: “Nessuno conosce il problema se non il portatore stesso del disagio”. Il Decreto Legislativo n°229/99 ha disciplinato in modo nuovo l'integrazione sociosanitaria. Infatti, nell'art.1 precisa che: “le attività a rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali sono attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria

non può svolgersi o produrre effetti”.E, nell'art.6 del medesimo D.lgs., si specifica che: “rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul fondo sanitario nazionale, i ricoveri in strutture protette” e che “le prestazioni erogate in queste strutture devono essere in via esclusiva o prevalente inerenti la riabilitazione e la rieducazione funzionale, il recupero fisico-psichico...”.Purtroppo, ancora oggi, la disapplicazione di questa impostazione è evidente: infatti nel nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) vige una cultura centrata sul primato dell'assistenza medica ospedaliera la quale, tuttavia, non è in grado di focalizzare l'attenzione sul contenuto TECNICO della prestazione. Perché, quando si parla di “presa in carico

È veramente una grande difficoltà per le famiglie accettare la patologia ed è palpabile come esse sperino sempre che la diagnosi sia sbagliata

dei problemi”, ci si deve concentrare sull'analisi del bisogno e partire dall'analisi del bisogno e non dal sistema di offerta. Solo così può emergere meglio il ruolo delle famiglie come “care giver”, e il carico di assistenza cui si sottopongono non solo svolgendo un “lavoro di cura” ma anche garantendo la continuità. Ecco perché le famiglie hanno bisogno e diritto di essere aiutate e sostenute. Un aiuto insostituibile è sicuramente rappresentato dalla loro liberazione dall'incombenza di gestire nel proprio domicilio congiunti affetti da patologie gravi e che, per conseguenza, necessitano di assistenza intensiva, come per le persone autistiche. Ciò si può realizzare mediante ricoveri a lungo termine in strutture dedicate nelle quali somministrare programmi abilitativi ed educativi. Ciò produce due grandi vantaggi: uno è rappresentato dal perseguimento dell'obiettivo di rendere ragionevolmente autonomi i soggetti disabili, l'altro è consentire alle famiglie, così sollevate, di non essere economicamente parti di società soccombenti ma protagoniste e produttive. Questa premessa scaturisce dalla mia personale esperienza professionale maturata, ne-

gli ultimi tre anni, in una ed unica struttura in Calabria che si occupa di rieducazione e riabilitazione a lungo termine per soggetti adulti affetti da autismo. Mi riferisco alla Fondazione Marino per l'autismo Onlus sita in Melito Porto Salvo(RC). Essa, sin dalla sua attivazione, si è caratterizzata per la scelta di rigorosi percorsi abilitativi scaturiti da progetti educativi individualizzati e specifici per soggetti con Disturbo dello Spettro Autistico e si è inoltre attestata come strumento di integrazione socio-sanitaria realizzando servizi sul territorio che coinvolgono i ricoverati, le loro famiglie ed il contesto territoriale. Un'esemplificazione concreta è rappresentata dalle “dimissioni protette”, considerate dalla struttura un'estensione extra moenia del suo servizio sociale, che si sono dimostrate scelta indispensabile per garantire la continuità assistenziale e riabilitativa ai ragazzi dopo le dimissioni. La Fondazione nasce da un atto d'amore dei coniugi Marino, genitori di due dei ragazzi ricoverati. Essa offre la possibilità di ospitarne in tutto dieci con l'intento di fornire un servizio sufficientemente specifico e mirato per una patologia come l'autismo. Gli obiettivi di fondo della Fondazione Marino in questa direzione sono:

- incrementare l'autonomia e la comunicazione dei ricoverati
- far loro acquisire norme minimali di comportamento che favoriscano l'adattamento sociale attraverso specifici processi cognitivi
- ridurre l'uso dei farmaci
- attivare la formazione permanente per gli operatori
- sensibilizzare e informare il territorio coinvolgendo le famiglie

I ragazzi vengono sospinti a generalizzare le acquisizioni con il loro avviamento ad attività: orticole, di laboratorio per la lavorazione dell'argilla, espressive (bricolage, riciclo carta), ad attività esterne programmate, ad attività domestiche e psicomotorie in piscina. La Fondazione, a testimonianza della sua vocazione e all'integrazione dei ricoverati, oltre ad erogare trattamenti terapeutico-riabilitativi, ha ideato e sviluppato per le famiglie che hanno in carico persone autistiche, il progetto di una piattaforma di software su web quale strumento di tuto-

raggio, comunicazione, abilitazione e integrazione. Al progetto è stato dato il nome di ALLERT e funziona come:

- Ausilio al soggetto autistico
- Programma abilitativo
- Strumento di integrazione
- Mezzo di comunicazione continua con la famiglia
- Pronto intervento a distanza, garantito da un tutor alla famiglia

Ritengo proficua la filosofia che ispira la gestione della struttura. Nei fatti essa si configura come una estensione dell'ambiente familiare nel quale i genitori continuano ad essere protagonisti programmando la gestione della vita di un loro figlio disabile, nella naturale previsione del distacco definitivo dopo la loro scomparsa e si proietta all'esterno con le dimissioni protette, i progetti di integrazione scolastica e quelli di integrazione col territorio.

Tutto ciò dà alla Fondazione la configurazione di struttura “aperta”. Questa prassi se da un lato consente ai ricoverati di non avvertire la soluzione di continuità rappresentata dal cambiamento, dall'altro consente ai genitori di non vivere in modo traumatico il distacco repentino dal proprio figlio realizzando così una transizione dolce dall’“insieme a noi” al “dopo di noi”. La famiglia è il nucleo sociale fondamentale e all'interno di essa i genitori realizzano il progetto di vita per la prole. Tra la progettazione e la realizzazione si frappongono, però, le difficoltà più disparate. E poi, nelle famiglie in cui

sono presenti figli disabili affetti da autismo, la situazione è ancora più problematica in quanto la programmazione di vita per questi deve tener conto della disabilità “muro” di condizionamento sulle speranze dei genitori i quali devono concentrare, quindi, le loro attenzioni sul futuro lontano, quando essi non ci saranno più. Ovviamente tutto ciò scaturisce dalla peculiare tipologia di malattia autistica quali:

- la mancanza d'interazione;
- i comportamenti problema;
- la difficoltà a svolgere una vita normale; e dalle ricadute in termini sociali e cioè:
- l'incomprensione sociale;
- l'incertezza per il futuro per il ragazzo autistico.

È veramente una grande difficoltà per le famiglie accettare la patologia ed è palpabile come esse sperino sempre che la diagnosi sia sbagliata. Quando, però, sono costrette a prenderne coscienza e da quando ciò si verifica inizia un percorso di disperazione e di solitudine perché, al danno della malattia, si aggiunge il dolore dell'incomprensione di parenti e amici. Generalmente sono le madri a subire lo squilibrio più forte che è accompagnato da sensi di colpa il più delle volte privi di fondamento. Gli interlocutori principali delle famiglie non sono amici e parenti, bensì persone estranee alla vita familiare, come: educatori, assistenti sociali, medici, psicologi e terapisti, figure professionali con le quali le famiglie devono interagire quotidianamente. L'assistente sociale

ha un compito molto gravoso perché, durante il counseling, deve far comprendere alle famiglie che non esiste una guarigione per la patologia autistica ma che è tuttavia possibile un apprezzabile miglioramento delle condizioni di vita del congiunto grazie a terapie adeguate, soprattutto riabilitative, le quali devono essere somministrate da personale specializzato e in strutture protette come la Fondazione Marino, lontano dal frastuono sentimentale della famiglia di origine. In conclusione si può affermare che l'autismo è una sindrome che richiede strutture di ricovero specifiche nelle quali i ricoverati possono trovare un ambiente a “loro misura” e personale competente che li aiuti ad acquisire nuove autonomie per migliorarne la qualità di vita e propiziare l'inserimento sociale. Un ambiente non protetto, nella prospettiva del “dopo di noi”, non è una via percorribile per una persona con autismo, tant'è che l'alternativa è la permanenza in famiglia fino all'età adulta. Però, quando i genitori saranno scomparsi essi, senza competenze e senza autonomie, privi di supporti familiari e sociali, diventano la parte reietta della società. Ecco quindi, l'importanza di realizzare strutture ad hoc che preparino queste persone al “dopo di noi” e nelle quali essi possano acquisire abilità e autonomie da sfruttare in previsione di un'integrazione. Sicuramente la Fondazione Marino ne è un esempio concreto e reale. ■

WELFARE COME DIRITTO - Scenari e sfide del Servizio sociale professionale - a cura di G. De Robertis e A. Nappi, Ed. La Meridiana



Sotto la pressione della crisi economica mondiale, il processo di erosione e delegittimazione del welfare ha subito un'accelerazione fatale che tende a scardinare una delle più importanti conquiste istituzionali dei sistemi sociali e politici dal dopoguerra a oggi. L'ipoteca sul welfare, accesa da politiche rigoriste sulle quali incombono colossali speculazioni finanziarie, rischia di rovesciare un caposaldo delle democrazie occidentali, che ha assicurato l'equilibrio e la coesione, la crescita economica e lo sviluppo dei diritti di cittadinanza. Questo è il rischio. Anzi la sfida: dimostrare la vitalità del welfare come progetto generatore di opportunità e non come vulnus endemico dei sistemi sociali. Assumendo una diversa prospettiva, i contributi raccolti in queste pagine propongono una visione produttiva del sistema di tutela dei diritti civili e sociali che chiamiamo Stato Sociale. Non certo in termini di difesa autoreferenziale o per mera contrapposizione di principio rispetto alle ricette di messa in liquidazione a buon mercato. Le riflessioni proposte accompagnano all'esplorazione del modello attuale, con una forte matrice regionale, che, nonostante i suoi limiti e malgrado l'endemica esiguità delle risorse disponibili, sviluppa un complesso di interventi, progetti, piani e programmi di lavoro con ricadute positive dirette su una quota significativa della popolazione italiana. E con effetti positivi indiretti sull'intero sistema-Paese. Il Servizio Sociale vive dentro queste dinamiche con una progettualità attiva e con la consapevolezza che il welfare del Terzo Millennio costituisca un diritto fondamentale e non un mero costo per le nostre comunità. Libro da sfogliare: http://issuu.com/meridiana/docs/welfare_come_diritto

All'interno interventi di: F. Dente, T. Vecchiato, E. Neve, V. Bonomo, M. Toti, O. Coppe, A. Pavese e B. Rosina, F. Fattizzo e R. Ghisalberti

Affidamenti Familiari in Calabria

di Piero Romeo*



La Delibera della Giunta Regionale n. 706 del 9 novembre 2007, che revocava la precedente n. 474/2002 ed avente per oggetto "Affidamento etero familiare di minori privi di ambiente familiare idoneo" ha dettato le linee guida sull'affidamento familiare della Regione Calabria, rifacendosi alla Legge Nazionale n. 149 del 28 marzo 2001 "Diritto del minore ad una famiglia", e tenendo in dovuta considerazione quelli che sono i criteri della legge regionale n. 23 del 5 dicembre 2003, che ha recepito la Legge 328/2001 e che all'art. 7, comma 2 lettere c e i - prevede rispettivamente "misure di sostegno alle responsabilità familiari ed interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso

famiglie persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e della adolescenza"; nonché all'art. 8 comma 3 lettera d. che prevede, tra l'altro, il servizio di affidamento familiare per far fronte ad emergenze personali, familiari e sociali. Oltre alle linee guida, la Regione Calabria ha determinato con decorrenza 1 gennaio 2008 la misura del contributo retta giornaliera di € 20.000,00 da erogare alla famiglia affidataria. In questi anni però si è fatto un uso sconsiderato degli affidamenti etero familiari, più delle volte a famiglie non idonee ad assolvere appieno il loro dovere vero i minori loro affidati. Basti pensare che nel solo anno 2012 i minori affidati a famiglie in Calabria sono stati oltre 600, oltre quelli affidati in strutture socio assistenziali. E' un dato questo che bisogna far riflettere parecchio: specie i colleghi Assistenti Sociali ai quali è affidato il compito più delicato che è quello di valutare e selezionare la famiglia affidataria. Certo non è un compito facile in mancanza di un Albo degli Affidatari. Pochi sono i Comuni e/o i Distretti che hanno provveduto alla costituzione dell'Albo. Il Comune di Catanzaro, con quasi centomila abitanti, ha costituito l'Albo delle Famiglie Affidatarie da circa due mesi; mentre nel Comune di Crotona è in fase di costituzione. Come sono pure inesistenti gli Albi dei Centri Affidi Provinciali che a loro volta dovranno affluire nell'Albo Regionale degli affidatari. L'ordine degli Assistenti Sociali, ultimamente, nell'ambito della formazione continua ha organizzato uno specifico laboratorio di gruppo al quale hanno aderito circa 30 Assistenti Sociali provenienti da tutta la Calabria. Il gruppo di lavoro è stato condotto da due consiglieri dell'Ordine: Piero Romeo e Diana Clericò. Ogni collega Assistente Sociale ha portato la propria esperienza lavorativa, che più delle volte coincide con quelli che sono i pochi mezzi messi a disposizione dagli enti Locali e da una mentalità ancora degradata dal punto di vista sociale e culturale. Uno dei compiti del nostro Ordine, al quale va dato il merito dell'organizzazione del Laboratorio, è quello di sensibilizzare ancor di più ad una corretta e ponderata valutazione, sia gli Enti Locali che i Tribunali per i Minori. ■

* Consigliere Cons. Ord. Prof. Ass. Soc. Calabria

L'immigrazione e l'approccio multidimensionale del servizio ospedaliero di Vibo Valentia

a cura di Angela Malvaso *

Il fenomeno migratorio nella sua complessità, e in particolare l'immigrazione nella nostra regione, non può essere più considerato fatto emergenziale, ma strutturale: come tale richiede che i sistemi organizzativi dei servizi debbano riordinarsi alla luce di nuovi bisogni che emergono dalla collettività e dalle comunità locali. Nasce da questo presupposto la scelta di proporre, di seguito, i contenuti del capitolo dedicato all'approccio del servizio ospedaliero quale servizio alla persona in una società multietnica del Rapporto del Servizio Sociale a cura del POU (Presidio Ospedaliero Unico) dell'ASP di Vibo Valentia, che seppure potrebbero apparire datati dal punto di vista statistico, costituiscono un valido approccio metodologico di lavoro, condiviso anche dall'attuale Commissario Straordinario, Dott.ssa Maria Pompea Bernardi e dal Direttore Sanitario Aziendale, Dott. Francesco Miceli. Il documento è stato redatto dall'equipe guidata dal direttore del POU, Matteo Cataudella, dalla scrivente, che ne ha curato la stesura, e dalle colleghe Michelina Brogna, Elia Giuliano, Josephine Manno, Rosina Iennarella e Michela Ragno.

Il punto di partenza: la situazione demografica.

I migranti collocatisi nel territorio vibonese seguono più o meno le stesse dinamiche che si riscontrano nelle altre regioni e precisamente:

- Migranti alla ventura
- Migranti con una meta specifica
- Migranti teste di ponte

Nel territorio dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia al 1° gennaio 2008 risultavano residenti ben 4211 stranieri a fronte dei 2994 dell'1 gennaio 2007 (fonte ISTAT), con un aumento rispetto all'anno precedente di 1217 unità, pari al 40,6%. Appare manifesto il maggior numero di presenze di sesso femminile (2.353

maggiore concentrazione di immigrati nel distretto di Vibo Valentia. Solo in 7 Comuni su 50 si è registrata una loro presenza al di sotto delle 10 unità. Significativo è anche il dato dei nati da cittadini stranieri (51 nati al 31 dicembre 2007) (Fonte Istat). Anche le richieste di intervento al servizio sociale, limitatamente al presidio ospedaliero di Vibo

POPOLAZIONE STRANIERI RESIDENTI NELL'ASP DI VIBO VALENTIA PER DISTRETTO

	Vibo Valentia	Tropea	Serra San Bruno
M	1007	643	208
%	46	41	47
F	1191	923	239
%	54	59	53
Totale	2198	1566	447

F - 1858 M), fenomeno riconducibile soprattutto alla tipologia di domanda di lavoro del territorio (badanti, domestiche, baby sitter, operaie), mentre gli immigrati di sesso maschile sono muratori, operai agricoli, ambulanti, commercianti. Per quanto riguarda la provenienza, 2819 stranieri risultavano giungere dai paesi dell'est europeo, 953 dell'Africa, 256 dell'Asia, 124 dell'America del Sud, 51 dell'America del Nord ed, infine, 8 dell'Australia. L'ingresso in Europa di Romania e Bulgaria ha comportato, rispetto all'anno precedente, un incremento delle presenze nell'ASP rispettivamente da 229 a 1085 unità (+856) pari al 37% per i Rumeni e da 277 a 551 unità (+ 274) pari al 10% per i Bulgari. E' anche evidente una

Valentia, per l'attività inerente le dichiarazioni di nascita è influenzato da detto dato. Per quanto attiene all'età degli immigrati è da evidenziare una presenza consistente di minori (17%) di giovani e di adulti mentre gli anziani (over 65) sono presenti in maniera nettamente inferiore. Pertanto, le patologie cliniche e le problematiche sociali sono essenzialmente riconducibili a quelle di una popolazione giovane in controtendenza di quelle della popolazione italiana tendenzialmente legata a problematiche legate alla senilità. Altro dato significativo da segnalare è quello relativo ai ricoveri (ben il 25% degli immigrati ha avuto almeno un ricovero); sarebbero da aggiungere, ma non rilevati, i pur numerosi accessi al servizio di

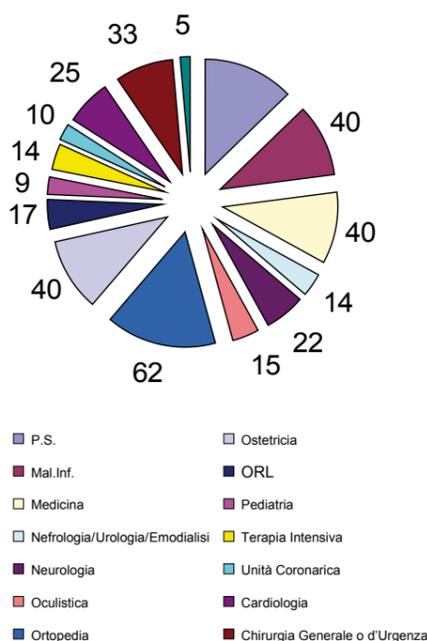
P.S. e di Emodialisi ed i ricoveri in regime di DH e di DS dei pazienti stranieri, residenti e non residenti in Calabria.

Percentuale che dimostra quanto sia rilevante, anche dal punto di vista quantitativo, l'assistenza ospedaliera fornita. Non è trascurabile il dato delle segnalazioni pervenute al Servizio Sociale Professionale da altri enti o servizi per un totale di ben 215 casi. Ovviamente poche sono le richieste dirette da parte dei pazienti o dei loro familiari, poiché la prassi operativa prevede il filtro degli operatori dei reparti dove i pazienti stessi sono ricoverati, come riportato nella tabella che segue.

Il grafico che segue mette in evidenza la

Segnalazione al Servizio Sociale Ospedaliero di pazienti stranieri	
Segnalatore	Totali
medico e/o caposala e/o operatore del reparto	397
singolo paziente	19
familiari	11
Enti e/o Istituzioni	215
Totali	642

provenienza delle segnalazioni per U.O. Il reparto con maggiore richiesta d'inter-



vento è l'ortopedia con 62 chiamate, segue il P.S. ed ancora l'ostetricia e le malattie infettive. Tali dati, a nostro avviso, sono pienamente rispondenti alle realtà di vita degli stranieri in Calabria, spesso impegnati in lavori a rischio di infortunio, o comunque sottoposti a scarse condizioni igieniche. e l'intervento dell'assistente sociale è probabilmente collegato a necessità di dimissioni protette o a richieste di filtro e di informazioni sul prosieguo delle cure o di interventi riabilitativi. Considerato l'elevato n. di giovani donne immigrate è anche congrua la richiesta d'intervento dall'ostetricia e ginecologia. In campo nazionale oltre la metà dei ricoveri delle straniere residenti in Italia riguarda l'assistenza a gravidanza, parto, puerperio e l'Ivg, dato che riflette la giovane età e il modello di fecondità adottato dalle coppie immigrate. Una piccola parte dei bisogni assistenziali potrebbe sfuggire alle rilevazioni correnti in quanto gestite da reti di assistenza informale che operano all'interno delle comunità, o dal volontariato sociale o esitare in rimpatrio volontario. Come già affermato in precedenza si precisa che i dati in nostro possesso forniti dal SIA (Sistema Informatico Aziendale) non includono gli accessi al Pronto Soccorso. Il servizio con il maggior numero di segnalazioni risulta es-

Richieste d'intervento per pazienti stranieri

Enti/Istituzioni	AI SSO Tropea	AI SSO Vibo	Totali
Comuni	20	21	41
Prefettura/Questura	0	7	7
Carabinieri/polizia	0	16	16
Tribunale	0	3	3
Consulorio familiare	0	13	13
Servizio Sociale Territoriale	50	10	60
URP	0	4	4
SERT	0	4	1
CSM	0	1	5
RSA	10	0	10
Case famiglia	0	0	0
Case Protette	0	0	0
Unità multidisciplinare	0	0	0
ADI	15	5	20
Volontariato	3	2	5
Altro	30	0	30
TOTALI	133	82	215

sere il Servizio Sociale Territoriale con ben 60 casi indicati, seguito dai Comuni con 41 Casi. Significativo anche il dato degli In-vii dall'ADI con 20 casi; da non trascurare neppure quello relativo all'invio da parte delle forze dell'Ordine e della Magistratura, unicamente registrato dal P.O. di Vibo Valentia, che, se preso complessivamente, dà un totale di 26 casi, pari al 12 %.

Si può desumere che, per quanto concerne il rapporto del servizio sociale ospedaliero con gli enti ed il territorio, si è avviato un lavoro di rete positivo, certamente da incrementare attraverso progetti mirati. Se si parte dal rapporto che intercorre tra immigrati, popolazioni autoctone e la pubblica amministrazione anche i problemi che emergono in ambito sanitario nella relazione con le popolazioni immigrate sono sintetizzabili in due categorie. La prima è legata al linguaggio ed alla conoscenza della lingua, alla cultura nel suo insieme. L'altra difficoltà è di tipo tecnico: la normativa poca e lacunosa, la burocrazia, la cultura diversa, la poca conoscenza delle norme, sia in ambito amministrativo, che in quello sanitario. Il meccanismo di risorse scarse cerca di implementare strutture appositamente dedicate a bisogni particolari. Occorre, invece, sostenere e promuovere il concetto di cittadinanza complessa, societaria, che non significa un riconoscimento dell'immigrato dal punto di vista giuridico, statale, sociale, ma comporta, attraverso il rispetto della sussidiarietà, la necessità di governare un sistema di rete sociale che si muova in favore del rispetto, della valorizzazione della dignità dell'individuo in quanto persona.

Il concetto di persona dal punto di vista filosofico è nettamente altra cosa rispetto alla serialità. Non pos-



Da sinistra: A.A.S.S. Michela Ragno, Josephine Manno, Rosina Iannarella, Michela Brogna, Il Commissario Straordinario dell'ASP, dr.ssa Maria Pompea Bernardi, Angela Malvaso, Eila Giuliano

siamo omologarlo; ogni persona ha la propria identità. Non parliamo, pertanto, di immigrati o autoctoni. Parliamo di persona. Il processo di aiuto, in una relazione professionale con un soggetto migrante e la sua comunità, deve instaurarsi in un'ottica di tipo interculturale in cui l'assistente sociale e l'équipe devono essere consapevoli che il peso delle propria cultura, nell'operatore ed utente, gioca un ruolo importante all'interno della relazione di aiuto. Il modello di integrazione da realizzare è quello dell'uguaglianza emancipante (Jabbar, 2004). Nel rispetto di detto modello viene promossa la piena partecipazione del soggetto immigrante alla comunità di accoglienza. I concetti chiave su cui è fondato sono tre: il primo è "l'inclusione" che consente piena "partecipazione". Altro concetto è "l'integrazione" che non include l'assimilazione, cioè il diventare uguali agli altri, significa, al contrario, capitalizzare la diversità, riconoscerla, apprezzarla, valorizzarla, utilizzare il contributo che proviene dal soggetto. Il modello dell'uguaglianza emancipante è un modello di integrazione che si rinviene tipicamente nel terzo settore e nel privato sociale. E' più complesso da realizzare, ma è più attento alla relazione di aiuto perché valuta la "vicenda migratoria", quello che sta dietro al "progetto migratorio", alla storia di colui che è partito da un paese altro dal nostro con una peculiare trama di vita. "La linea politica seguita nel nostro Paese

rispetto ai servizi sociali e sanitari è stata quella di non creare servizi sociali speciali per immigrati, ma di dare il diritto d'accesso agli stessi servizi di cui usufruiscono gli italiani" (Dal Pra Ponticelli, 2005). Anche agli stranieri privi di permesso di soggiorno in corso di validità, sono assicurate nei presidi pubblici e privati accreditati le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia, e infortunio e gli interventi di medicina preventiva. Gli interventi di servizio sociale a favore della popolazione immigrata in condizione di regolarità si concretizzano in attività di assistenza sociale e sostegno all'immigrazione. In genere sono richieste di azioni legate a cose molto concrete: segretariato sociale, esigenze di tipo abitativo, economico, di lavoro e inserimento scolastico dei figli. L'intervento dell'assistente sociale deve mirare a potenziare la capacità di utilizzare i servizi e rendere meno "intricate" le barriere legali e burocratiche - amministrative, che limitano l'accesso al welfare. Le difficoltà più frequenti, dunque, riguardano:

- La difficoltà di comprensione di documenti scritti.
- Le anamnesi
- Le difficoltà di comprensione verbali.
- Un uso non adeguato dei servizi ospedalieri.

Il processo di aiuto, in una relazione professionale con un soggetto migrante e la sua comunità, deve instaurarsi in un'ottica di

tipo interculturale in cui l'assistente sociale e l'équipe devono essere consapevoli che il peso delle propria cultura, nell'operatore ed utente, gioca un ruolo importante all'interno della relazione di aiuto stessa.

A partire da ciò, occorre tenere ben presente che non si può affrontare un fenomeno così complesso rispondendo solo alle richieste dell'amministrazione di provenienza (che deve garantire criteri di efficienza che la obbligano a produrre "un tanto... nel tempo di...") o solo a quelle dei cittadini, a cui spesso riesce a rispondere solo in maniera approssimativa, in casi di emergenza, cercando di tamponare le situazioni di maggiore disagio. Si ritiene che sia necessario, al contrario, rinnovare le culture professionali ed organizzative attivando degli interventi preliminarmente pensati, sperimentati, implementati e che debbano entrare a far parte a pieno titolo della prassi professionale. Attraverso prestazioni professionali innovative, che non si basino esclusivamente su approcci lavorativi, uso di tecniche e metodologie di ricerca ormai obsoleti, ma consolidati, perché fanno parte a pieno titolo del bagaglio professionale, è opportuno scegliere di volersi avventurare in nuovi percorsi impegnativi (accettando il rischio di mettersi in discussione). Richiamando Schon (2006) occorre promuovere, quindi, la figura di un professionista che non si limita ad applicare l'operatività teorica concettuale, il suo bagaglio professionale; non si limita soltanto ad operare con la cassetta degli attrezzi che qualcuno gli ha consegnato, ma è riflessivo nel suo agire. ■

Bibliografia

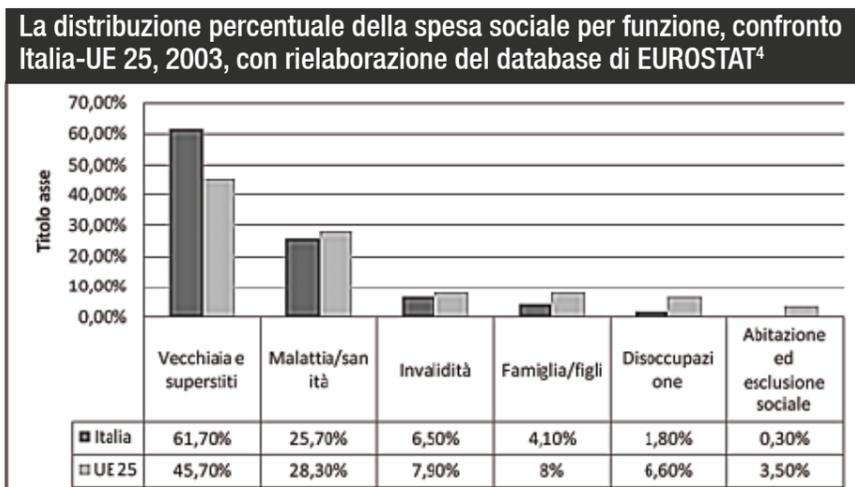
- Bauman Z., Modernità liquida, Laterza, Roma-Bari, 2002
- Bissolo G. e Fazzi L., Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi, Carocci Faber, Roma, 2005
- Schon D. A., Formare il professionista riflessivo. Per una nuova prospettiva della formazione e dell'apprendimento nelle professioni, Franco Angeli, Milano, 2006
- Venneri E., Diritto alla salute e identità culturale degli immigrati tra controllo e servizio: quali implicazioni per gli operatori?, in Mara Tognetti Bordogna (a cura di), Disuguaglianze di salute e immigrazione, Franco Angeli, Milano, 2008

Modelli di Welfare States a confronto

di Francesco Paglione *

Prima di procedere con la definizione dei due modelli Occupazionale e Universalistico si rende necessario definire il concetto fondamentale di Welfare State: «il Welfare State è un insieme di politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione, tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro i rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale, introducendo, fra l'altro, specifici diritti sociali nonché specifici doveri di contribuzione finanziari¹». A questo punto possiamo iniziare l'analisi effettuando una scomposizione di due modelli. Il criterio importante che viene utilizzato ad oggi per effettuare questa distinzione è relativo al "formato di copertura", cioè tutte le regole riguardanti l'accesso e affiliazioni ai principali schemi di protezione sociale, mirati principalmente a quelli pensionistici e sanitari. «Nel modello universalistico (adottato dai paesi anglo-scandinavi) gli schemi di protezione sociale coprono tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro posizione lavorativa. Nel modello occupazionale (adottato dalla maggioranza dei paesi europeo-continentali) gli schemi di protezione sociale sono invece rivolti ai lavoratori, che vengono coperti da una pluralità di schemi occupazionali, con regole diverse gli uni dagli altri²». In Italia il Welfare State viene finanziato in modo differente rispetto agli altri paesi dell'UE. Il nostro paese eroga per la protezione sociale una quota del proprio PIL, che analizzandola risulta più bassa rispetto alla media UE. Effettuando un'ulteriore analisi risulta anche che l'Italia non si differenzia molto dalla Finlandia e Gran Bretagna.

Ritornando sull'aspetto italiano si nota che gran parte della spesa sociale è assorbita dalle funzioni di "vecchiaia e superstiti", parliamo di circa il 62% rispetto al 46% della media UE. Possiamo quindi dire che il 62% della nostra spesa ricade sul sistema pensionistico, ma per poter capire in modo analitico la situazione del Welfare State italiano è opportuno utilizzare una schematizzazione delle voci interessate (vedi tabella sotto riportata³).



Osservando la tabella possiamo individuare un sistema italiano obiettivamente particolare: nemmeno gli altri paesi del mediterraneo registrano l'instaurazione di una **distorsione funzionale**, inoltre è corretto precisare che nel nostro paese esiste anche una seconda distorsione tecnicamente definita di natura **distributiva**. Secondo Pierre Rosanvallon, studioso francese di politiche sociali, «la stretta con-

sione tra il concetto di "cittadinanza", la sua progressiva espansione nel corso del Novecento e lo Stato Sociale, affermando che la creazione di molti degli attuali schemi previdenziali in vigore in Francia come nel resto degli altri paesi occidentali è un momento del processo di universalizzazione e di applicazione al sociale del principio mutualistico⁵».

Per comparare i due sistemi è opportuno introdurre delle definizioni sui concetti fondamentali di **pensione** e **sistema sanitario**: il concetto di pensione individua quella «prestazione pecuniaria vitalizia prevista a fronte di rischi di vecchiaia e invalidità nonché in relazione al grado di parentela con un assicurato o un pensionato defunto (rischio di premorienza⁶)»; con il termine sistema sanitario, invece, si intende comunemente «l'insieme delle istituzioni, degli attori e delle risorse, umane e materiali, che concorrono alla promozione, al recupero e al mantenimento della salute, esso si compone di vari sottoinsiemi che interagiscono tra di loro e nei quali operano attori diversi, ciascuno con logiche ed interessi specifici⁷». I più importanti sottoinsiemi sono tre: della **domanda**, della **produzio-**

ne e del **finanziamento**. Effettuando un excursus storico comparando i due sistemi per quanto riguarda il "livello di copertura" possiamo dire che «permaneva una differenza fra sistemi di welfare a carattere universalistico, cioè finalizzati a garantire una protezione minima a tutti i cittadini, e sistemi a carattere occupazionale, finanziavano i vari schemi di protezione sociale. A loro volta questi sistemi, secondo l'analisi proposta da Maurizio

Ferrera si distinguevano in: occupazionali puri (Francia, Belgio, Germania, Austria), ossia con una copertura prevalentemente agli occupati che versavano i contributi e prevedevano integrazioni solo di tipo marginale per gli altri soggetti (con schemi di natura "residuale" di solito privati); di tipo misto (Svizzera, Italia, Paesi Bassi e in parte Irlanda), ossia combinavano aspetti occupazionali e universalistici. Sempre secondo questa classificazione, i sistemi universalistici "puri" (tipici dell'area Scandinava) erano quelli le cui prestazioni riguardavano indistintamente tutti i cittadini senza accertamento dello stato di bisogno o "prova dei mezzi" ed erano eventualmente integrati da schemi occupazionali perlopiù pubblici. Quelli universalistici "misti" prevedevano invece generalmente i means test e schemi integrativi occupazionali a carattere privato. Questa differenziazione, secondo Ferrera, è frutto di una "divaricazione originaria", che si sarebbe prodotta già con le prime iniziative di lotta al pauperismo per accentuarsi poi con l'evoluzione storica dello Stato Sociale, e in particolare con la distinzione fra sistemi imperniati sulle assicurazioni occupazionali o sulle assicurazioni nazionali⁸». Sul piano del finanziamento, il criterio della ripartizione (il pay-as-you-go sistem) ereditato dal "Social Security Act" statunitense aveva generalmente prevalso su quello della capitalizzazione, tipico delle prime assicurazioni obbligatorie di tipo bismarckiano. All'inizio degli anni settanta, quindi la maggior parte degli schemi di protezione sociale era basata su una sorta di "patto generazionale" tra la popolazione più giovane che, in quanto attiva, finanziava lo Stato sociale con i suoi contributi, e

la popolazione più anziana o bisognosa di aiuti, che usufruiva dei servizi del welfare. «Il sistema sanitario italiano è considerato dalla Organizzazione Mondiale della Sanità uno dei primi al mondo in base ai tre parametri di valutazione complessiva: miglioramento dello stato di salute della popolazione, risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria ai cittadini, assicurazione delle cure sanitarie a tutta la popolazione. Non mancano tuttavia situazioni di estrema inefficienza soprattutto nelle aree del Mezzogiorno. Le disparità non sono dovute alla mancanza dei mezzi, bensì a un differente impiego delle risorse⁹». «Alcune Regioni hanno mantenuto o addirittura implementato modelli organizzativi obsoleti per cui a elevati livelli di spesa corrisponde una bassa qualità dei servizi rogati. Ne è riprova il fatto che sono sempre più consistenti i flussi di mobilità di pazienti dal Sud al Nord alla ricerca di prestazioni e livelli essenziali di qualità non erogati dalle Regioni di appartenenza, nonostante (e forse proprio a causa di) una capillare e abnorme diffusione di ospedali "generalisti. L'incremento esponenziale dei costi e il dispendio di risorse umane e professionale è l'ovvio conseguenza¹⁰».

Le riforme degli anni Novanta.

Ridimensionamento del sistema pensionistico pubblico + Sviluppo di forme pensionistiche complementari

- Da sistema pensionistico a monopilastro a ripartizione
- A sistema pensionistico multi pilastro con schema a ripartizione e capitalizzazione -> riallineamento della spesa sociale per pensioni sulla media europea

Gli obiettivi delle riforme degli anni Novanta

- Sostenibilità finanziaria e contenimento dei costi
- Ridurre la frammentazione normativa e le iniquità intragenerazionali
- Transizione verso un sistema multi pilastro attraverso la creazione e il rafforzamento dei canali complementari di previdenza

L'esame dell'evoluzione del sistema pensionistico italiano dalle origine agli sviluppi più recenti realizzato con questo lavoro, è stato svolto adottando una visione storica e comparata, individuando le svolte principali nella tutela della vecchiaia nel nostro paese. Attraverso la stessa prospettiva comparata, il prossimo passo sarà l'esame delle sfide principali che i "decisori"¹¹ hanno dovuto fronteggiare a partire dalla fine degli anni Settanta e le soluzioni adottate. ■

Bibliografia

- Ferrera M., Le Politiche Sociali – Il Mulino, 2006
- Ferrera M., Modelli di Solidarietà – Il Mulino, 2004
- Conti F., Silei G., Breve Storia dello Stato Sociale Carocci, 2005
- Del Giudice F., Mariani F., Solombrino M., Diritto della Previdenza Sociale, Simeone Edizioni Giuridiche, 2011
- Kazepov Y., La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia – Carocci, 2009.
- Forumterzosettore, Le sfide dell'Italia che investe sul futuro "Libro verde del terzo settore".
- Ministero del Lavoro, La vita buona nella società attiva "Libro Bianco del futuro del modello sociale"

1. Definizione tratta dal libro "Le Politiche Sociali" di Ferrera, quadro 1.1. pagina 17, riferimento al capitolo L'analisi delle Politiche Sociali del Welfare State.
2. Definizione estratte dal libro "Le Politiche Sociali" di Ferrera, capitolo L'analisi delle politiche Sociali e del Welfare State, riferimento al paragrafo 5 – Le tipologie dei Welfare State - 5.1 "Due modelli".
3. Concetti rielaborati dal libro "Le Politiche Sociali" di Ferrera, capitolo L'analisi delle politiche Sociali e del Welfare State, riferimento al paragrafo 6 "Il Welfare State Italiano".
4. Ferrera, Le Politiche Sociali, pag. 46.
5. Rosanvallon, La nuova questione sociale., pp. 35-6.
6. Ferrera, Le Politiche Sociali, pag. 54.
7. Ferrera, Le Politiche Sociali, pag. 172.
8. Ferrera, Modelli di solidarietà, pag. 101.
9. Libro bianco sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva" pag. 16 – I parte.
10. Libro bianco sul futuro del modello sociale "La vita buona nella società attiva" pag. 16 – II parte.
11. Ferrera – Le Politiche Sociali – pag. 190.

CONSIGLI PER LA LETTURA

a cura di Mara Rechichi



Nato all'interno di un ciclo di seminari dell'Università Bicocca di Milano, *Etnografie di genere* è un libro che raccoglie otto articoli, frutto di ricerche etnografiche condotte in aree di studio diverse, tra contadine andine, devoti sufi egiziani, giovani donne marocchine, prostitute indonesiane, uomini e donne cubani, attiviste indiane che si battono contro la deforestazione, donne italiane che si oppongono all'aborto, studenti e studentesse malgasy, i saggi che il volume raccoglie indagano il genere come processo che forma i soggetti ed è da questi rimesso in gioco e trasformato. I vari contributi considerano gli immaginari e l'immaginazione come risorse per la costruzione di modi di vita e di progetti sociali. Suggestiscono inoltre che le relazioni (d'amore, d'amicizia, di parentela, ecc.), i corpi e gli affetti siano terreni privilegiati per la produzione del genere. Nella sfera delle relazioni intime, dei sentimenti e del sé si incarnano norme di genere, disparità di potere, definizioni del maschile e del femminile, concezioni del matrimonio e della maternità, forme di controllo e di violenza, ma prendono ugualmente forma desideri, sensibilità e vissuti che eccedono e sfidano gli immaginari di genere. Scritto a più mani da Claudia Matalucci, Arianna Ceconi, Paola Abenante, Laura Menin, Matteo Carlo Alcano, Flora Bisogno, Federica Riva, Valentina Mutti.

Claudia Matalucci *Etnografie di genere. Immaginari, relazioni e mutamenti sociali*, Edizioni Altravista – 2012 ISBN 9788895458502, 200 pagg., prezzo in libreria 19 euro.



Novità in casa Erikson, con la nuova edizione di un "classico", *I giganti del lavoro sociale*, integrata e aggiornata con recenti contributi. Ci presenta le biografie di oltre settanta "maestri" del settore. «Siamo come nani sulle spalle dei giganti, sì che possiamo vedere più cose di loro e più lontane, non per l'acutezza della nostra vista, ma perché sostenuti e portati in alto dalla statura dei giganti» diceva il filosofo Bernardo di Chartres nel lontano 1150. È da questa famosa citazione, ripresa poi da Newton, che trae spunto l'idea guida di questo libro di Bruno Bortoli, uno dei massimi esperti italiani nella storia del lavoro sociale. E proprio ai «giganti» del social work, alle **figure cardine del lavoro sociale professionale, dalle origini anglosassoni al primo Novecento italiano**, è dedicata l'accurata e rigorosa ricostruzione storica che permea le pagine di questo volume. Ne emerge un universo di esperienze, sperimentazioni, idee e «vissuti» ancora poco noti: si evidenzia il grande ruolo avuto dalle donne nell'evoluzione del lavoro sociale, si scorgono l'etica, la scientificità e le relazionalità che hanno accompagnato lo sviluppo delle professionalità sociali. Per scoprire che forse quelle esperienze non sono preistoria, ma hanno molto da dire a chi oggi lavora nel campo dei servizi di welfare ed è impegnato a misurarsi con la rapida accelerazione delle emergenze sociali. Una preziosa fonte di informazioni che si lega ad una lettura appassionante anche per i non addetti ai lavori.

Bruno Bortoli, *I giganti del lavoro sociale. Grandi donne (e grandi uomini) nella storia del Welfare 1526-1939*, Edizioni Erikson – 2013 ISBN 9788859001652, 539 pagg., prezzo in libreria 21 euro.

19 giugno 2013

Ordine Assistenti Sociali
Consiglio Regionale della Calabria

Assemblea Regionale/Incontro con gli iscritti

“Quali scenari per la professione?”

"Masseria i Risi" - Loc. Risi - 88046 Lamezia Terme - S.Eufemia (CZ)

PROGRAMMA

Moderata: Maria Rosa Rechichi
Consigliere CROAS Calabria

- 9.30 Registrazione dei partecipanti
- 10.00 Saluti autorità
- 10.15 Apertura Lavori

Interventi

Angela Malvaso, Presidente CROAS - Calabria
Nazzareno Salerno, Assessore Lavoro, Formazione Professionale e Politiche Sociali- Regione Calabria
Edda Samory, Presidente CNOAS

Comunicazioni

Vincenzo Bonomo, Vice Presidente CROAS - Calabria
Amalia Talarico, Segretario CROAS - Calabria
Angelina Badolato, Tesoriere CROAS - Calabria

Presidenti Commissioni Consiliari CROAS - Calabria:

Annamaria Vanzilotta, Rapporti, informazione e servizi agli iscritti
Silvia Biamonte, Politiche del lavoro
Pietro Romeo, Politiche sociali
Emanuela Miceli, Politiche della Formazione/Ricerca
Ilda Franco, Commissione deontologica disciplinare

Dibattito

- 14.00 Pausa Pranzo
- 15.30 L'Ordine & gli iscritti
- Dibattito
- 17.00 Conclusione dei lavori

COME ARRIVARE

In auto:

Autostrada A3, uscita autostradale Lamezia Terme, direzione Sant'Eufemia-Aeroporto. Alla rotonda dell'aeroporto imboccare la direzione Sant'Eufemia-Stazione Centrale FS. Oltrepassata la Stazione Centrale FS, proseguire su Via del Mare per circa 1 Km. Troverete sulla vostra sinistra le indicazioni per la struttura.

In treno:

Stazione FS Lamezia Terme Centrale (distanza 1 km) (disponibile servizio navetta gratuito da/per stazione FS)

Contatti:

Azienda Agrituristica "Masseria i Risi"
Loc. Risi 88046 Lamezia Terme - S.Eufemia (CZ)
Tel : +39 (0)968 411023 Fax +39 (0)968 53814
e-mail: info@masseriairisi.it

Agli iscritti che confermeranno la propria adesione entro e non oltre le ore 12:00 del 18 giugno 2013, all'atto della registrazione verrà rilasciato un buono da utilizzare per il pranzo gratuito.

Evento utile all'acquisizione di 7 crediti formativi in materia metodologica e deontologica.

Per info contattare la Segreteria Organizzativa:

Via Milelli, 44 – Catanzaro
Tel. 0961.721933 – Fax 0961.480371
ordascalabria@thebrain.net



Ordine Assistenti Sociali
Consiglio Regionale della Calabria