

NUOVA

# PROPOSTA

n. 1/2  
2025

UNEBA

Unione nazionale  
istituzioni  
e iniziative  
di assistenza  
sociale

[www.uneba.org](http://www.uneba.org)

## ANZIANI IL VALORE DELLA CURA

anno L - Poste Italiane SpA - spediz. in abb. post. 70% - C/RM/DBC ISSN 2532-8344

**Una mappa regionale dei servizi residenziali  
Professioni sanitarie: una nuova cura  
Riforma per la non autosufficienza: cosa accadrà?**



Unione nazionale  
istituzioni  
e iniziative  
di assistenza  
sociale

# Uneba da 75 anni al servizio dei più fragili



Con i nostri valori, siamo la voce  
e il sostegno dei **1.000** enti che ogni giorno,  
in **tutta Italia**, si dedicano ai più fragili,  
operando nel settore **sociosanitario**,  
**assistenziale ed educativo**

Per contattare Uneba nazionale:  
mail: [info@uneba.it](mailto:info@uneba.it) - tel. **06 5943091**

**Lo scorso 10-11 ottobre si è tenuto a Verona il convegno dedicato al valore dell'assistenza per le persone anziane. Un momento molto partecipato da cui è scaturito un documento finale, che rappresenta una dichiarazione di intenti per i mesi futuri**

# Un'etica della cura per la fragilità

**Elisabetta Elio**

*Referente commissione anziani Uneba*

**U**n convegno molto partecipato, dagli enti e da rappresentanti delle Istituzioni locali e regionali, quello organizzato da Uneba a Verona lo scorso 10-11 ottobre in tema di “Valori e valore nella cura della persona anziana” al termine del quale la stessa Uneba ha ritenuto fondamentale far sentire la voce degli enti associati che si occupano di cura, in prevalenza non profit, al fine di sollecitare un'azione comune e di sistema a servizio delle persone fragili. Tutti i relatori hanno condotto con sapienza le loro relazioni, sollecitando l'interesse dei presenti. Essi hanno saputo tracciare una realistica quanto preziosa lettura della realtà critica in cui operano i nostri servizi.

Questa realtà è connotata da alcuni elementi eclatanti: a fronte dell'invecchiamento della popolazione e al crescente bisogno di servizi rivolti alla quarta età la riduzione della spesa pubblica si prospetta insufficiente a soddisfare le richieste, in particolare quelle delle fasce più deboli della popolazione; la scarsa appetibilità delle professioni di cura porta a un deficit di risorse umane di cui soffre tutto il settore sociosanitario; le profonde differenze dei sistemi di salute regionali rendono inefficaci i Lea nazionali; la condizione pluripatologica degli anziani che accedono ai nostri servizi ne connota sempre più il carattere sanitario; le tensioni nei bilanci degli enti a causa della situazione economica generale rendono critica la sostenibilità degli stessi; lo stress generato dalla pandemia a livello individuale ed organizzativo genera instabilità nella gestione.

Di fronte a una crisi poliforme diventa fondamentale il richiamo a una responsabilità di tutti gli attori del sistema verso il comune obiettivo di fondo: prendersi cura delle persone più fragili e recuperare la consapevolezza dell'etica della cura. Come esito del convegno, gli enti Uneba hanno raccolto in un documento finale, articolato in sette punti, alcuni punti di azione prioritari sui quali attrarre l'attenzione, di tutti gli attori in campo. In sostanza, si tratta del riconoscimento del ruolo insostituibile degli enti che erogano servizi sociosanitari, dell'avvio di un ragionamento sistemico sui servizi sociosanitari improntato all'equità e alla chiarezza, smorzando le differenze tra regioni, della costituzione di uno spazio di confronto fra gli attori pubblici e privati del sistema sociosanitario, di una chiara assunzione di responsabilità in termini di finanziamento dei servizi destinati a persone affette da demenze gravi, di un reale investimento e una rinnovata valorizzazione delle professioni di cura, della progressiva eliminazione delle differenze contrattuali tra diversi comparti del settore sociosanitario, di favorire tutte le forme virtuose di collaborazione e di rete. Con questo appello, Uneba desidera sollecitare e coinvolgere ogni organizzazione interessata al tema della presa in carico di persone anziane non autosufficienti e ne promuove la diffusione presso tutti gli interlocutori utili a una comune riflessione. ■



**Direttore Responsabile:**  
**MAURIZIO GIORDANO**

**Redazione:**  
Antonella Patete e Sergio Zanarella

**Amministrazione:**  
Via Gioberti, 60 - 00185 Roma  
Tel. 065943091 - Fax 0659602303

**Il nostro sito internet è:**  
[www.uneba.org](http://www.uneba.org)

**la nostra posta elettronica è:**  
[info@uneba.it](mailto:info@uneba.it)

Autorizzazione del Tribunale di Roma  
n. 88 del 21/2/1991

**Progetto e realizzazione grafica:**  
[www.fabiodesimone.it](http://www.fabiodesimone.it)

**Stampa:**  
Consorzio AGE - Pomezia (Roma)

Il giornale è inviato gratuitamente agli  
associati dell'UNEBA

Finito di stampare nel **gennaio 2025**

**3**

**Un'etica della cura  
per la fragilità**  
Elisabetta Elio

**5**

**Valori, impegno, professionalità  
per il futuro della cura**  
Mons. Domenico Pompili

**8**

**Necessità di cura e qualità della vita**  
Virginio Marchesi

**10**

**Una Fondazione che ne vale tre**  
Patrizia Scalabrin

**12**

**Riforma per la non autosufficienza,  
cosa accadrà ora?**  
Cristiano Gori

**14**

**Gli approcci di dialogo con le persone  
anziane e fragili**  
Giuseppe Guaricci

**17**

**Una nuova etica del lavoro  
per e professioni di cura**  
Giorgio Mion

**20**

**Convegno Nazionale UNEBA "Valori e valore  
nella cura della persona anziana"**

**22**

**Progetto Zefiro, il vento del cambiamento  
che trasforma l'assistenza**

# Valori, impegno, professionalità per il futuro della cura

**Una riflessione “alta” su vulnerabilità, narrazioni, speranza, atteggiamento nei confronti delle persone che hanno bisogno di assistenza che ci riconduce alla nostra comune natura umana. Un ampio stralcio dell'intervento di apertura al convegno Uneba**

**Mons. Domenico Pompili,**  
Vescovo della Diocesi di Verona

Che significa essere vulnerabili?

- Un significato privativo ed esclusivo: le persone vulnerabili sono quelle che **dipendono**, che hanno bisogno di assistenza, di qualcuno che le aiuti a fare quello che le persone solitamente fanno da sole. In una cultura come la nostra, fondata sull'ideale del soggetto autonomo, che fa da sé (e fa per tre) e risulta indipendente, la vulnerabilità tocca solo certi soggetti. In realtà, questo immaginario è finto e, a ben guardare, anche inumano.
- Un significato positivo è universale: siamo tutte e tutti vulnerabili perché feribili, e siamo feribili perché viviamo nella prossimità. Possiamo leggere questa porosità dell'essere non solo come esposizione al male ma anche come una buona notizia: siamo raggiungibili dall'amore. Ciò vuol dire che l'autonomia è sì un valore, ma un valore che non nasce nella solitudine ma grazie a legami che tengono e sostengono.

L'invulnerabilità non esiste – ogni vita ha un tallone di Achille – ma il cristianesimo rilegge questo dato come una promessa salvifica che può generare nuove forme di comunità. Il Cristo, infatti è colui che rivela un Dio che apre la possibilità di vivere in modo solidale: possiamo prenderci

cura delle ferite altrui senza smarrire la nostra dignità, così come possiamo accettare un aiuto senza sentirci umiliati. La vulnerabilità, in ogni caso, è sopportabile solo insieme. Se la *vulnerabilità* è un tratto comune, il grado di *fragilità* è certamente singolare e dipende da tanti fattori: ci sono vite più fragili di altre per motivi genetici, storici, geografici, legati alle fasi e all'età della vita. In questa asimmetria si gioca la cura giusta, capace di reciprocità seppure nelle differenze di condizioni esistenziali.

Nell'età anziana, in ogni caso, la fragilità e la vulnerabilità della vita si fanno più evidenti e si torna a essere fortemente dipendenti e spesso ciò comporta il trasferimento in apposite strutture, dove la quotidianità cambia in modo molto consistente e si patisce sempre un certo sradicamento, la memoria custodisce il ricordo più lontano e a volte si smarrisce, facendosi intensamente emotiva. Riguardo le persone che soffrono di demenza senile, scrive Christine Bryden:

«Diventando più emotivi e meno cognitivi, noi ricorderemo il modo in cui ci parlate, non quello che ci dite. Conosciamo i sentimenti ma non la trama. Il vostro sorriso, la vostra risata, il vostro tocco sono le cose con cui possiamo entrare in relazione. L'empatia e la cura. Amateci per come siamo. Siamo ancora qui, con le nostre emozioni e con il nostro spirito, se solo riusciste a trovarci». (Christine Bryden, 2005).

Questo mette di fronte alla necessità di abitare le regole con una certa creatività, ma non a cuor leggero. Un esempio raccontato da un Oss in una Rsa.

«C'è un'ospite molto anziana e lucida solo a tratti. È molto affezionata a un coprispalle di lana e lo vuole indossare sempre. Il lunedì è il giorno del bucato e lei deve consegnare il capo. Si rifiuta di farlo. L'operatrice si spazientisce, prende il coprispalle e lo mette nella cesta delle cose sporche, proseguendo il suo giro. Vede la scena un'operatrice in prova, più fresca sul piano del desiderio e della passione per il lavoro e più “creativa” rispetto alle regole. Si accorge delle lacrime scese su quel viso rugoso, inerme, senza parole come le persone che non si aspettano più nulla di buono. Va dove ci sono le ceste della biancheria da lavare,



recupera il coprispalle, ci mette sopra del profumo, e lo restituisce alla signora». Ha fatto bene? Doveva trovare altre soluzioni? Difficile rispondere, in ogni caso, la storia riporta il dramma dentro il discorso, impedendoci di cedere alla retorica che vorrebbe tutto sempre ben armonizzato. [...]

### Cura

Attorno alla parola “cura” vive un mondo fatto di storie, di bisogni, di passioni, di fragilità, di posizioni etiche e professionali. È dunque un termine di incroci profondi, che deve essere sgomberato dalla retorica dell’altruismo gratuito e che deve riempirsi di ciò che le vite sono, nelle loro differenze. [...]

Di che cosa parliamo quando parliamo di cura? Che cosa ispira le nostre pratiche di cura? Che nesso c’è tra la cura di sé e la cura dell’altro? Chi si prende cura di chi cura? Quali logiche funzionano nei luoghi di cura? Quale spazio alle parole, ai sentimenti, alle speranze e alle delusioni, quando il corpo ferito sembra essere tutto? Che cosa pensiamo di una vita piena di memorie che nessuno ha voglia di ricevere e che dipende da altri per continuare a essere? Che idea di vita abbiamo?

### La cura e come un modo di essere

Susan Sontag scrive che “la malattia è il lato notturno del-

## “La malattia è il lato notturno della vita, una cittadinanza più onerosa” Susan Sontag

la vita, una cittadinanza più onerosa” e così facendo ci riporta al fatto che la cura è un modo di essere che riguarda tutte le vite, prima o poi affaticate direttamente o indirettamente.

Questo ci porta a uscire da

un luogo comune in cui si contrappongono:

- La cura affettiva che riserviamo a coloro che amiamo.
- La cura professionale che pratichiamo nei luoghi di lavoro.

Chi fa della cura uno stile di vita fa saltare il confine tra pubblico e privato, tra affetti e ragione, tra me che sto bene e tu che stai male o viceversa.

La filosofia morale Joan Tronto dice che la cura non è solo una questione morale, perché è anche una questione di giustizia personale e sociale. La cura “non è semplicemente una preoccupazione mentale o un tratto del carattere, ma la preoccupazione di essere umani viventi e attivi, impegnati nei processi della vita quotidiana. La cura è sia una pratica sia una disposizione».

Elena Pulcini, filosofa recentemente morta di Covid, spiegava che la cura è la risposta ai bisogni della vita altrui nella sua quotidianità, nei suoi bisogni fisiologici, ma anche nei suoi desideri emotivi e sociali, è la capacità di fare attenzione ai dettagli che spesso vengono trascurati ed è la forza del dono che non è solo gratuità, ma anche ritorno di significato, di senso, di emozioni personali: prendendomi cura di te scopro che vivere è vulnerabilità e dono, che uno

sguardo può fare la differenza, che un gesto frettoso uccide, che il silenzio può diventare umiliazione, che esistono parole sui corpi che paralizzano l'anima.

Luigina Mortali, filosofa della cura e docente qui a Verona, scrive che non c'è

agire etico senza consapevolezza della propria vulnerabilità e della propria fragilità. La relazione di cura è asimmetrica, ma non per questo di potere dominante. [...]

### **Narrazioni che curano**

Rita Charon, internista e appassionata di letteratura, ha fatto della medicina narrativa uno stile lavorativo: "è quella medicina praticata con le competenze che ci permettono di riconoscere, recepire, interpretare le storie di malattia e reagirvi adeguatamente". Le narrazioni sono una forma di resistenza alla mercificazione della cura e sono linfa vitale per il percorso delle persone legate insieme dalle pratiche di cura.

Secondo Maria Zambrano, si muore in molti modi proprio mentre siamo in vita, e uno di questi modi riguarda l'impossibilità di raccontare la propria storia. Ecco il dramma di certe vite anziane: non avere qualcuno a cui raccontare la propria storia.

Come scrive Charon, però, solo le storie che circolano costruiscono comunità.

"La narrazione trasforma la cura, influenzando molte dimensioni. Ci permette di capire che cosa significa stare bene ed essere malati. Modifica i nostri orizzonti, mostrandoci il legame profondo tra salute e senso di sé. Ci suggerisce che cosa fare per i pazienti".

Una cosa è certa: quando ci comportiamo con benevolenza e coraggio verso qualcuno che soffre, ne usciamo trasformati. È questa la verità rivoluzionaria, fondamentale della narrazione: ci cambia.

Condividendo le storie, costruiamo comunità. Abbiamo bisogno di connessione non solo nelle relazioni terapeutiche, ma anche nei gruppi di operatori e pazienti, per cure più eque, accessibili e dignitose. Per essere professionali abbiamo bisogno di una comunità. I singoli devono certo dimostrarsi generosi e affidabili, ma è in un gruppo che sviluppiamo, apprezziamo e mettiamo in pratica tutto questo.

I nostri metodi incoraggiano un dialogo serio anche sulle paure e sulle speranze, sulla misericordia e sulla giustizia. Non possiamo più sposare un sistema in cui si inizia a parlare del senso della vita alla fine delle cure. Non possiamo più sposare un sistema in cui il colloquio medico è limitato ai codici ICD, in cui si pensa che sia compito dell'operatore sociale occuparsi delle emozioni e del bioeticista discutere dei valori morali. Non possiamo più sposare un sistema basato sul denaro, in cui gli ammalati (o le persone anziane, aggiungo io) hanno sempre meno voce in capitolo.

## **Non possiamo più sposare un sistema basato sul denaro, in cui gli ammalati hanno sempre meno voce in capitolo**

### **Parole di speranza come farmaco**

Il neurofisiologo Fabrizio Benedetti, dell'università di Torino, ci spiega che a volte le parole di speranza possono avere gli stessi effetti dei farmaci che aiutano le persone che soffrono: "Se io ho fiducia in te e

spero di stare meglio, il mio cervello comincia a produrre degli antidolorifici naturali e il mio dolore diminuisce" (in "La speranza è un farmaco", pagina 12). Una specie di effetto placebo legato alle parole di conforto e di speranza, in una relazione di fiducia.

Fabrizio Benedetti non è un credente, ma conosce questo miracolo che accade con le parole e si accorge che la fede può aiutare. Lui non sa dire se Dio esiste oppure no, ma sa che la speranza di una vita raccolta anche quando è vicino alla morte può fare la differenza, aiutare a gestire l'ansia e a patire dell'impotenza senza sentirsi umiliati.

Il sociologo Paolo Trenta sottolinea che questo accade solo ed esclusivamente in una relazione di fiducia nel curante, non solo nelle sue competenze ma anche nelle sue qualità morali. Ciò richiede una ritualità terapeutica di cui fanno parte anche le parole che ci scambiamo, il modo in cui teniamo le stanze, i gesti che facciamo, il tempo che ci prendiamo...

Benedetti ci avverte: le parole sbagliate possono avere un effetto nocebo, possono essere tossiche e dannose, possono indurre ansia, depressione, paura.

Fare attenzione alle parole di chi è fragile:

"Quando si è malati le parole sembrano possedere una qualità mistica. Afferriamo ciò che va oltre il loro significato superficiale, comprendiamo istintivamente questo, quello e quell'altro – un suono, un colore, qua un accento, là una pausa – che il poeta, sapendo le parole scarne in confronto alle idee, ha disseminato per la pagina al fine di evocare, quando le riconsidereremo tutte insieme, uno stato mentale che né le parole possono esprimere né la ragione spiegare".

Ciò è più vero, se ci sono angeli della cura, che con parole e gesti lasciano trasparire il divino in questo mondo e che fanno della vulnerabilità il luogo di quella prossimità e compassione che il Cristo ha vissuto fino in fondo.

Collegandosi a San Paolo, scrive lo psichiatra Eugenio Borgna:

"Nella vecchiaia le possibilità di aprirsi alla speranza si riducono, certo, ma non si spengono, rinascendo senza fine, anche quando sembrano divenire impossibili. Non confondiamo le speranze con le illusioni, e teniamo presenti le cose che Paolo dice splendidamente della speranza che non muore, nella lettera ai romani: 'Infatti nella speranza siamo stati salvati e una speranza visibile non è speranza, perché ciò che si vede come si può ancora sperare? Noi speriamo ciò che non vediamo e attendiamo pazientemente'". ■



# Necessità di cura e qualità della vita

## **Virginio Marchesi**

Presidente Uneba Milano

Il Convegno di Verona è stata l'occasione per presentare l'“Indagine sui servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti nelle diverse regioni” svolta nel corso del 2024 e che ha lo scopo di fare il punto della situazione di tali servizi nelle diverse regioni. Il documento analizza in prima battuta le normative nazionali che nel tempo hanno contribuito a definire il sistema sociosanitario residenziale di risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti e, tra queste, si evidenziano quelle relative alla legge 33/2023 e al decreto legislativo 29/2024, fondamentali per inquadrare la situazione come oggi si presenta e gli scenari futuri.

Un lungo percorso che dagli anni Duemila a oggi ha contribuito a definire quella che possiamo definire la stretta interconnessione tra la “tutela dei diritti” e il “diritto alle tu-

## **Un'indagine svolta nel 2024 fa il punto sui servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti nelle diverse regioni**

tele” intesa come insieme di risposte capaci di andare oltre al “bisogno” tradotto in una frammentazione della persona in specifiche condizioni clinico-funzionali. Si è passati ad una analisi del complesso della rete dei servizi socio-sanitari – domiciliari, semiresidenziali e residenziali – per le persone anziane dalla quale emergono due elementi che ci sembra importante evidenziare:

- Il numero complessivo delle persone assistite nelle diverse tipologie di servizi da cui risulta come complessivamente i servizi semiresidenziali svolgano un ruolo quasi irrilevante e come i servizi domiciliari, al di là del

numero complessivo delle persone assistite, evidenziano un dato medio di “accesso per assistito” e di “ore annue per assistito” che evidenziano la criticità presente in tali servizi di assicurare una reale continuità nella presa in carico;

- Le significative e rilevanti differenze tra le diverse regioni in termini di servizi assicurati ai propri cittadini; Analizzando inoltre i dati relativi ai diversi servizi, in particolare la differenza tra l'indice di beneficiari del servizio della singola regione confrontato con l'indice medio, è possibile comprendere le complessive “strategie programmatiche” delle diverse regioni relativamente ai servizi esaminati individuando le priorità che ogni regione sembra assegnare a una delle reti.

### **I servizi residenziali per le persone anziane**

L'indagine affronta poi, in dettaglio il tema dei servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti partendo da una ricognizione delle diverse normative regionali, relative all'area delle prestazioni sociosanitarie per gli anziani non autosufficienti, che siamo stati in grado di reperire, soprattutto grazie ai presidenti delle diverse sedi regionali di Uneba che hanno attivamente partecipato e contribuito all'elaborazione di questa indagine.

Come evidente dall'elenco delle normative regionali sia relative alle “Tipologie dei servizi” che alle “Remunerazioni” possiamo affermare che questa indagine offre un panorama completo della situazione Italiana. Sono, infatti, presenti dati di 21 regioni/provincie autonome su 22 e riguardano il 97,73% degli abitanti >65.

Considerando che, spesso, le diverse regioni hanno usato acronimi differenti per individuare le diverse tipologie di servizio residenziale abbiamo scelto di ricondurre tali servizi, in ragione delle caratteristiche che presentano, a quanto definito nel 2007 all'interno del documento della “Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza”, utilizzando quelli definiti come “Codice Denominazione”. Giova al riguardo evidenziare come, per alcune tipologie di servizio (Altri Articoli, R1, R2, R2D), quanto evidenziato nella nostra indagine, a nostro parere, non risulta esaustivo di quanto presente sul territorio nazionale in quanto tali tipologie possono essere previste in altre normative riferite, ad esempio, a prestazioni di tipo riabilitativo rivolte alla generalità della popolazione e/o in ambiti di natura sanitaria. Abbiamo, in ogni caso, deciso di presentare i dati relativi a tali tipologie di servizi in quanto offrono un panorama degli interventi previsti in tali aree e le caratteristiche degli stessi interventi.

### **Altre tipologie di servizi**

Nel rimandare alla lettura dell'Indagine, ci sembra comunque utile offrire una sintesi degli elementi più rilevanti emersi. Il primo riguarda il tema relativo alla tipologia di servizi di “Mantenimento per anziani non autosufficienti” che, nel citato documento ministeriale, è costituito da un

unico tipo di servizio, mentre nella nostra Indagine abbiamo rilevato come, nelle diverse legislazioni regionali, vengano complessivamente individuate 52 tipologie di servizio. Elemento che, a nostro parere, evidenzia come in sede di programmazione la quasi totalità delle regioni abbia ipotizzato come la complessità, in termini di condizioni personali e bisogni espressi, che si cela nel termine “non autosufficienza” rende necessario articolare in misura differente la tipologia dei servizi dedicati a tali persone.

In particolare un elemento, a nostro parere significativo, è osservare come, diverse regioni (12) hanno inteso programmare, nell'ambito di tale tipologia di servizio, uno specifico servizio/nucleo, dedicato alle persone con demenza/Malattia d'Alzheimer (nell'Indagine R3D) riconoscendo una specificità di tale problematica che necessita di standard gestionali e/o strutturali specifici e dedicati.

Altrettanto significativo è osservare come, sul piano nazionale, complessivamente le diverse programmazioni regionali evidenziano 42 tipologie di servizi (nell'Indagine R3) che presentano standard gestionali differenti in ragione di criteri relativi la complessità delle persone accolte e, di conseguenza, bisogni di “cura” differenti.

Nell'Indagine abbiamo prestato particolare attenzione nell'evidenziare non solo quello che chiamiamo lo “standard assistenziale”, espresso in minuti di assistenza settimanalmente dedicati a ogni persona accolta, ma anche alle figure professionali che concorrono a definire tali “standard gestionali”. Un elemento che appare evidente, osservando i dati delle diverse regioni, è la differenza, in termini di standard gestionali, che caratterizza le diverse regioni e, come, di conseguenza, la tipologia del servizio sia in certa misura differente a seconda della regione in cui la persona non autosufficiente vive. In conclusione del nostro lavoro abbiamo esposto anche il dato relativo ai costi giornalieri complessivi, comprensivi sia dei costi dell'assistenza che di tutti gli altri costi relativi alla degenza, e quanto, di tali costi, è sostenuta dal Fondo Sanitario (tariffa) e quanto a carico dei cittadini/Comuni. Superfluo qui sottolineare come, per tali tipologie di servizi (R3 e R3D), per i quali i Livelli essenziali di assistenza prevedono una “tariffa” pari al 50% del costo del servizio, le differenze regionali siano altrettanto evidenti. Concludiamo il nostro lavoro sottolineando come oggi, più che in passato, i servizi residenziali per le persone anziane non autosufficienti, debbano coniugare le “necessità quotidiane di cura” con quella che chiamiamo la “qualità della vita”. È per questo che amiamo pensare che in ognuno di noi, ma ancor di più nei nostri accuditi, esiste un limite, un confine tra il “vivere faticoso” e la “fatica di vivere”. Un confine che i nostri accuditi ben conoscono e che viene superato quando la quotidianità si esaurisce nella risposta alle necessità senza tradursi in relazioni capaci di definire un progetto di vita. Bisogno di relazioni cui tutti noi siamo chiamati a dare un senso travalicando il confine della nostra attività e trasformandoci, consapevolmente, in persone che volontariamente stabiliscono e costruiscono relazioni partendo dal compito di “cura”. ■

# Una Fondazione che ne vale tre

## Patrizia Scalabrin

Presidente Fondazione Opera della Speranza Ets e membro Commissione Anziani nazionale

**F**ondazione Opera della Speranza Ets nasce il 1 dicembre 2022 a seguito di un'operazione di fusione di tre fondazioni tra loro accomunate dalla caratteristica di appartenere alla diocesi di Padova, anche se ubicate in diversi comuni della provincia di Belluno. I fondatori, diocesi di Padova e parrocchie locali, hanno voluto pervenire ad un'unica realtà che sia in grado di mantenere nel tempo l'offerta di servizi socio-sanitari e sociali a vantaggio delle comunità locali. La motivazione forte che ha sostenuto il progetto di fusione è da ricondurre alla volontà di mantenere all'interno dei territori che ne hanno beneficiato fino a oggi, la qualificata presenza delle opere di Carità sorte in seno alle singole parrocchie.

Le Parrocchie S. Antonio Abate di Alano di Piave, Natività della Beata Vergine Maria di Fonzaso e Annunciazione Beata Vergine Maria di Quero gestivano da decenni strutture dedicate all'accoglienza e all'assistenza di persone fragili, principalmente anziane, con difficoltà sociali e a volte prive di rete familiare. Tra il 2018 e il 2019 viene condotto il percorso di trasformazione di tali Opere parrocchiali, dirette dai parroci locali, in fondazioni, strutture laiche di diritto civile, i cui soci fondatori sono le parrocchie e la diocesi di Padova: nascono la Fondazione S. Antonio Abate con sede in Alano di Piave, la Fondazione San Giuseppe con sede nel comune di Quero Vas e la Fondazione Santi Antonio e Michele con sede nel comune di Fonzaso.

Purtroppo, appena intrapreso il percorso di trasformazione, le strutture si trovano ad affrontare la terribile pandemia Covid 19 che, come è accaduto un po' ovunque, ha esasperato le loro difficoltà operative, causando una situazione di disequilibrio economico finanziario. Accade così che la Diocesi di Padova, socio fondatore di tutte le tre fondazioni, nel dicembre del 2021 chiede ai rispettivi presidenti delle tre fondazioni di individuare uno scenario che permetta alle strutture di continuare la loro attività in modo "economico".

Il compito assegnato è stato così riassunto: "È individuabile un assetto giuridico ed economico in cui le fondazioni possano continuare a svolgere la loro attività, con la garan-

**Due anni fa, dalla fusione di tre fondazioni della diocesi di Padova, nasceva Fondazione Opera della Speranza. Un cambiamento impegnativo, ma necessario per affrontare le sfide del presente**

zia di mantenere l'equilibrio economico e finanziario, nel rispetto delle regole dettate dal sistema socio-sanitario, così da continuare ad esprimere la catena del valore che queste istituzioni hanno rappresentato fino ad oggi?". Con l'assegnazione di un tale incarico, il Fondatore mostra di essere consapevole che gli scenari socio-economici da approfondire potranno individuare ipotesi diverse, alle quali collegare il futuro delle fondazioni già nel breve e medio periodo.

## Le alternative di intervento e la visione strategica

Le alternative di intervento si sono focalizzate tra la scelta di dismissione delle attività, per esempio attraverso la cessione a uno o più soggetti terzi, e la scelta di condurre un intervento di ristrutturazione complessiva delle strutture mantenendone la gestione diretta. Il motivo per cui



Quero Casa San Giuseppe



L'attività sociosanitaria delle fondazioni è entrata in crisi, mostrando la loro fragilità economico finanziaria, è da imputare tanto a cause endogene, quanto a cause esogene appartenenti all'attuale sistema dei servizi sociosanitari. Le cause endogene sono riconducibili a una organizzazione poco efficiente e trovano un miglioramento attraverso l'ottimizzazione dei processi operativi. Le cause esogene, proprie del mercato attuale, sono da ricondurre a un cambiamento del mercato dei servizi sociosanitari che ha visto un aumento delle spese generali causato dall'emergenza sanitaria con una concomitante riduzione dei ricavi determinata da una minore occupazione dei posti letto. Tra i maggiori costi vanno considerati quelli relativi al personale, soprattutto sanitario, determinati dalla carenza di offerta sul mercato attuale.

Cogliendo la necessità di dare risposte coerenti, puntuali e unitarie alle diverse problematiche, per lo più comuni in tutte le tre strutture, si passa dalla fase di riorganizzazione impostata sulla presenza di singole fondazioni separate, alla creazione di un unico ente per una governance unica che garantisca il prosieguo e il potenziamento delle opere per affrontare gli eventi esterni, il continuo cambiamento delle norme sociosanitarie, i doverosi adeguamenti anche strutturali dei singoli Centri di servizi. Unendo le capacità patrimoniali ed economiche in dotazione a ciascun ente, è stato condotto un processo di razionalizzare organizzativa, che ha permesso di uniformare i canali di spesa, promuovere e migliorare l'offerta dei servizi verso le Comunità, migliorare la formazione e l'integrazione del personale, beneficiare di maggiori capacità finanziarie per raggiungere gli scopi sociali.

Nel corso del 2022 la Fondazione S. Antonio Abate con sede in Alano di Piave, ha incorporato le due altre fondazioni dando vita a Fondazione Opera della Speranza che gestisce complessivamente tre Centri servizi per persone

non autosufficienti, un ospedale di comunità e tre comunità per persone autosufficienti per un'offerta complessiva di oltre 200 posti letto.

### **I risultati attesi**

In modo consapevole i soci fondatori ricordano che il processo di fusione richiede risorse che, nelle fasi iniziali di pianificazione, devono garantire la capacità di affrontare le sfide del cambiamento istituzionale. L'operazione di fusione delle tre fondazioni dovrà consentire il raggiungimento di risultati ottimali sotto diversi profili. Sul piano economico-organizzativo si ritiene, ad esempio, di poter conseguire la massima efficienza nell'utilizzo degli impianti e il raggiungimento di economie di scala nonché una gestione del personale dipendente funzionale a garantire una migliore produttività. Sul versante più propriamente strategico, l'operazione di fusione potrebbe aiutare le strutture a rafforzare la propria presenza sul mercato/territorio, con la possibilità di offrire anche nuovi servizi integrando quelli attuali, presentandosi maggiormente attraente anche nei confronti dei lavoratori ai quali risulta maggiormente in grado di garantire solidità e futuro.

In un mondo in continua evoluzione, le aziende devono essere pronte ad affrontare il cambiamento per distinguersi e rimanere competitive ed è per questo che Fondazione Opera della Speranza Ets ha intrapreso un percorso faticoso che richiede visione strategica e competenze manageriali. Il cambiamento è sempre una sfida i cui risultati saranno monitorati e sostenuti dalle diverse abilità dei componenti dell'organizzazione. E così nel frattempo accade che anche il comune sede della Fondazione ha cambiato nome: dopo la fusione dei comuni di Alano di Piave e di Quero Vas nel giugno 2024 è nato il Comune di Setteville. Sembra proprio che il cambiamento, sia una scelta necessaria di questo tempo. ■

# Riforma per la non autosufficienza, cosa accadrà ora?

## Cristiano Gori

Coordinatore del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza

Il percorso del “Patto per la Non Autosufficienza” è qualcosa di unico: si tratta della prima coalizione nazionale che riunisce la maggior parte delle organizzazioni del terzo settore impegnate su questo fronte così importante. Sul sito del “Patto per la Non Autosufficienza” è possibile scaricare gratuitamente un libro che racconta il percorso di riforma che intrapreso in questi anni. È stato realizzato con l’idea di sintetizzare i progressi fatti e i nodi ancora irrisolti, per offrire una visione chiara e condivisa della situazione. Oggi, però, l’obiettivo è un altro: fare il punto sullo stato dell’arte delle politiche per la residenzialità in Italia, osservandole dal punto di vista di Uneba. Occorre soffermarsi su tre passaggi principali: la riforma nazionale attuale e cosa comporta; uno scenario alternativo, nel caso in cui questa riforma non riesca a svilupparsi adeguatamente; il ruolo che Uneba può giocare in una prospettiva futura.

### Un passo storico, ma ancora incompleto

Partiamo dalla riforma introdotta con la Legge 33 del 2023. Forse qualcuno si starà chiedendo: perché definir-la “riforma nazionale” quando il nostro settore è sempre stato gestito a livello locale? La risposta sta nella storia: l’assistenza agli anziani non autosufficienti è un settore nato relativamente tardi, negli anni Ottanta, quando il nostro sistema di welfare era già strutturato intorno a sanità e previdenza. Questo ha reso impossibile un riconoscimento pieno e autonomo del settore, che si è sviluppato “tra le pieghe” di un sistema già esistente. È proprio per questo che oggi parliamo della prima vera riforma nazionale del settore, un passaggio fondamentale che altri paesi europei, come Germania e Spagna, hanno affrontato rispettivamente nel 1995 e nel 2006.

Ma perché una riforma nazionale è così importante? Per

**Si tratta di un passo storico per l’assistenza agli anziani non autosufficienti, ma c’è ancora molto da fare per una piena realizzazione. La voce di Uneba può contribuire con proposte concrete a un percorso ancora tutto da scrivere**

tre motivi principali: riconoscere ufficialmente l’assistenza agli anziani non autosufficienti come una politica specifica e autonoma, distinta dai servizi sociali e sanitari; organizzare e sistematizzare un sistema frammentato, troppo spesso lasciato alla gestione locale senza un chiaro indirizzo; garantire più risorse, perché solo lo Stato centrale, oggi, può colmare le gravi carenze finanziarie degli enti locali. Purtroppo, però, molti aspetti della riforma restano ancora indietro. Uno dei più problematici è proprio quello legato alla residenzialità, che rappresenta una delle grandi sfide del settore.

### Domiciliarità e indennità di accompagnamento

Un tema cruciale è quello della domiciliarità. Il governo ha introdotto alcuni cambiamenti, ma senza riformare in modo strutturale il sistema. Il problema è che l’assistenza domiciliare attuale, come l’Adi (Assistenza domiciliare integrata), è pensata più per il post-acuzie e i cicli di terapia piuttosto che per affrontare le esigenze della non autosufficienza. Quello che manca è un vero servizio domiciliare specifico per la non autosufficienza, e questa consapevolezza, per fortuna, sta iniziando a farsi strada.

Anche sull’indennità di accompagnamento, le cose restano incerte. La scelta del governo è stata quella di sperimentare un contributo aggiuntivo di 850 euro per alcune categorie di persone, ma questa soluzione non affronta davvero il problema. Non si può semplicemente dire che servono più fondi: è un discorso che, da solo, non basta. Bisogna anche migliorare gli interventi, renderli più efficaci e adeguati. Non basta ripetere che mancano risorse, occorre compren-



dere cosa serve davvero per utilizzare al meglio quelle che ci sono e per ottenere di più: sarebbe quindi necessario utilizzare meglio le risorse già disponibili, ma farlo richiede un cambiamento culturale e organizzativo profondo, che per ora sembra difficile da realizzare.

### **Le difficoltà di una strategia per la residenzialità**

Arriviamo ora al nodo della residenzialità, che è forse l'aspetto più critico della riforma. Definire una strategia nazionale è complicato per diversi motivi: eterogeneità territoriale: le differenze tra regioni sono enormi, sia in termini di servizi offerti che di risorse disponibili; debolezza del settore: in molte aree l'offerta è limitata e poco strutturata, con gravi problemi di accessibilità; mancanza di competenze centrali: lo Stato non si è mai occupato direttamente di questa materia, e oggi paga questa mancanza di esperienza. Nella delega legislativa sono stati individuati come indicatori fondamentali per la residenzialità: l'intensità assistenziale, cioè il minutaggio e le competenze del personale; gli indicatori strutturali, come i metri quadri per paziente; la partecipazione alla spesa, ovvero il contributo richiesto agli utenti. Questi punti rappresentano le basi per qualunque politica sulla residenzialità, ma tradurli in pratica è una sfida enorme.

### **Scenari futuri**

Ma allora quali scenari ci aspettano? Idealmente, dovremmo puntare a un sistema in cui ci sia una forte responsabilità pubblica, un accesso il più possibile universale, una

compartecipazione alla spesa ben calibrata, che sia giusta e sostenibile. Però, se non si fanno progressi concreti – sulla regolamentazione, sui diritti e soprattutto sui fondi, il rischio è quello di scivolare verso un modello simile a quello degli Stati Uniti e occorre capire cosa comporta questa prospettiva. Nel modello americano ci sono dinamiche molto chiare che emergono. Prima di tutto, c'è una progressiva contrazione del pubblico, che viene schiacciato e limitato a occuparsi solo delle fasce economicamente più deboli. Questo accade perché, nel tempo, la classe media smette di usare i servizi pubblici e quindi anche di sostenerli politicamente. La seconda tendenza è una forte espansione del mercato privato puro, che cresce senza regolamentazioni stringenti. Terza dinamica è la frammentazione del sistema, che è già un problema in Italia, ma che potrebbe diventare ancora più marcata. Infine, c'è la proliferazione di sperimentazioni – alcune anche interessanti, che però rimangono sempre isolate e non si trasformano mai in politiche pubbliche.

Lo Stato, finora, ha dimostrato difficoltà nel calarsi operativamente in un settore così complesso e frammentato. In sintesi, la riforma nazionale rappresenta un passo storico per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, ma molti aspetti sono ancora lontani da una piena realizzazione. Se da un lato ci sono segnali positivi, come la consapevolezza crescente sulla necessità di un servizio domiciliare adeguato, dall'altro ci sono sfide enormi, soprattutto per quanto riguarda la residenzialità. Uneba, in tutto questo, può giocare un ruolo fondamentale: essere una voce critica, ma costruttiva, capace di contribuire con proposte concrete a un percorso di riforma che è ancora tutto da scrivere. ■

# Gli approcci di dialogo con le persone anziane e fragili

Dalla Comunicazione Non Violenta alla Programmazione Neurolinguistica

## **Giuseppe Guaricci**

Membro del Comitato Esecutivo  
Coordinatore Responsabile del Servizio  
di Formazione a Distanza

**N**el 2012 l'Europa istituì l'Anno Europeo dell'Invecchiamento Attivo e della Solidarietà tra le Generazioni, per promuovere e sensibilizzare la collettività sul tema dell'invecchiamento attivo della popolazione e della Solidarietà tra le Generazioni, con diversi obiettivi: incoraggiare un approccio positivo verso l'invecchiamento, sottolineando l'importanza di consentire alle persone anziane di essere attive e coinvolte nella società, anche economicamente. Favorire il dialogo e la cooperazione tra le diverse generazioni, incoraggiando iniziative che promuovessero lo scambio di esperienze e competenze. Sostenere nuovi sistemi di previdenza sociale, affrontare le sfide demografiche legate all'innalzamento dell'età media della popolazione europea, garantendo la sostenibilità dei sistemi di assistenza e welfare.

Ma un altro scopo, determinante, voleva essere quello di raccomandarsi a che tutte le società civili iniziassero a "tarare" i loro servizi ed a focalizzare le attenzioni in favore delle persone anziane, destinate a costituire una parte sempre più numerosa della popolazione, affinché fossero considerate risorsa e non peso. Non entriamo nel merito di ciò che sia stato realizzato o meno, limitandoci a constatare come, ragioni di buon senso legate alla costanza dei segnali forniti dall'andamento demografico, impongono una serie di adeguamenti, tra i quali, senza dubbio quello della comunicazione, "benzina" di ogni tipo di rapporto.

Senza entrare in meriti medico-scientifici, analizziamo cosa può essere di aiuto nella comunicazione con i soggetti fragili e gli anziani in particolare. Ricordando che non siamo più di fronte ad un fenomeno meramente tecnico che

riguarda gli oss, gli infermieri, gli educatori e chi altri si prenda cura professionalmente di persone anziane, ma ad un fenomeno epocale che riguarda indistintamente tutti i cittadini, tutti noi.

Cosa s'intende per comunicazione? Quando si realizza un processo di comunicazione? Quali sono i requisiti necessari? Si ha un processo di comunicazione quando da un soggetto A (mittente) parte un messaggio che arriva da un soggetto B (destinatario), il quale coglie che il messaggio è diretto a lui. Quindi abbiamo: elementi soggettivi (il mittente ed i destinatari); un elemento oggettivo: il messaggio, ed elementi variabili: le modalità di trasmissione del messaggio, la tipologia del feedback che si riceve del destinatario, ed altri.

Quando il processo comunicativo consiste in un dialogo con persone anziane, s'impone che il mittente dei messaggi assuma un atteggiamento adattato alle peculiarità proprie dell'anziano con cui parla. In altre parole è il comunicatore che deve fare in modo, nei limiti del suo possibile, che si raggiunga il nostro vero ed unico obiettivo: che la comunicazione sia efficace.

**La comunicazione efficace** si riferisce alla capacità di trasmettere un messaggio in modo chiaro, comprensibile e coerente, affinché il destinatario lo riceva esattamente così come concepito dal mittente. Ciò implica non solo l'uso corretto del linguaggio verbale e non verbale, ma anche l'ascolto attivo e l'adattamento del proprio messaggio al contesto e all'interlocutore. Le tipologie di comunicazione che portano all'obiettivo di ottenere una comunicazione efficace sono diverse: si va dalla Comunicazione Non Violenta, al Counseling, alla Programmazione Neurolinguistica. Tutte però hanno due elementi fondamentali in comune: l'ascolto attivo e l'empatia.

**L'ascolto attivo** è una tecnica di comunicazione basata sulla massima attenzione del mittente. Come tale non investe solo la parte verbale del messaggio ma anche altri sensi, imponendo a chi comunica con persone anziane e fragili in generale, altre "incombenze": prestare attenzione



piena e incondizionata all'interlocutore, evitando qualsivoglia distrazione; stabilire e mantenere il contatto visivo per dimostrare interesse e rispetto; restituire le idee principali discusse, per chiarire e verificare che nulla sia stato perso. Assumere comportamenti non verbali mediante l'utilizzo di gesti, espressioni facciali e posture che manifestino supporto e interesse. Ed altri accorgimenti quali: porre domande, dare tempo, non interrompere, non giudicare. Appare evidente quanto l'assunzione di una modalità di ascolto attivo sia una competenza fondamentale in ogni tipo di relazione - tanto professionale quanto personale - che si voglia instaurare con le persone che si assistono o che siano membri di famiglia.

**L'empatia** invece è la capacità di comprendere e condividere i sentimenti e le emozioni degli altri.

Siamo di fronte ad "*empatia cognitiva*" quando si com-

prendono le emozioni e i punti di vista altrui, senza che le stesse siano, o diventino, proprie; "*empatia affettiva*" quando le emozioni dell'interlocutore determinano a loro volta emozioni altresì nel mittente del messaggio. Ed infine esiste una "*empatia comportamentale*", che riguarda le azioni che si intraprendono in risposta alle emozioni degli altri (ad esempio offrire supporto o conforto). L'empatia è uno dei due punti comuni a tutte le tecniche di comunicazione atte a raggiungere l'ambita efficacia del processo comunicativo, perché favorisce la connessione, la comprensione e il supporto reciproco. Ma soprattutto - per quanto più ci preme, trattandosi di persone anziane o fragili - perché comprendere le emozioni può consentire di cogliere e soddisfare bisogni. Ma non solo. Attraverso una comunicazione efficace raggiunta in modo empatico, oltre a bisogni si possono cogliere anche vecchie attitudini, passioni rimaste inesprese che con la terapia occupazionale possono essere rivitalizzate, recuperando capacità residue della Persona e realizzando la vera *mission* istituzionale delle strutture residenziali e semi residenziali. La comunicazione efficace che dobbiamo raggiungere e fare nostra, come modalità di approccio a persone anziane o fragili in genere, oltre che su empatia ed ascolto attivo, si fonda sui altri tre punti chiave: **la chiarezza** (essere diretti e non ambigui nel messaggio); **l'uso corretto del linguaggio non verbale** (gestire efficacemente il tono di voce, la gestualità e il linguaggio del corpo); **l'adattamento al contesto** (modificare il proprio stile

comunicativo in base all'ambiente, alle circostanze ed al destinatario).

In definitiva la chiave per ottimizzare la comunicazione e per renderla efficace sta nell'applicare alle modalità di trasmissione del messaggio (da parte di chi si rivolge a persone anziane o fragili in generale) non già "nuovi modelli" comunicativi ma quelle parti di tecniche di comunicazione già esistenti ma non usualmente utilizzate nella comunicazione in favore della Terza Età. Per ragioni di sintesi analizziamo solo due esempi ma rilevanti.

**La Comunicazione NonViolenta (CNV)**, sviluppata da *Marshall Rosenberg* (psicologo americano) è un approccio alla comunicazione che promuove l'empatia, la comprensione e il rispetto reciproco, al fine di risolvere conflitti e migliorare le relazioni. La CNV si basa sull'idea che i

conflitti nascono spesso da modalità di comunicazione giudicanti o accusatorie, e mira a sostituirle con un linguaggio che esprime bisogni e sentimenti autentici. Il processo della CNV si articola in quattro passaggi fondamentali: **1. L'osservazione:** descrivere i fatti in modo neutro, senza giudizi o interpretazioni. È importante separare ciò che si vede o si ascolta dai propri pensieri. **2. L'importanza dei sentimenti:** esprimere i propri sentimenti in relazione a ciò che è stato osservato. Questo aiuta a comunicare il proprio stato emotivo senza accusare l'altro. **3. I bisogni:** riconoscere e comunicare i bisogni che si celano dietro i sentimenti, per evitare di cadere in accuse o recriminazioni. **4. L'utilizzo delle richieste:** fare una richiesta concreta e fattibile, piuttosto che esigere o comandare, per promuovere una risposta cooperativa (esempio: *"Potresti dirmi se riesci a chiamarmi entro oggi?"*). L'obiettivo della CNV è quello di favorire una comunicazione basata sull'empatia, in cui entrambe le parti riescano a comprendere i reciproci bisogni e lavorino insieme per soddisfarli, riducendo la tensione e il conflitto, e rendendo la comunicazione stessa più efficace.

**La Programmazione Neuro-Linguistica (PNL)** è un insieme di tecniche e modelli di comportamento e di pensiero, fondata e sviluppata negli anni '70 da *Richard Bandler* e *John Grinder*. La PNL si basa sull'idea che

esiste una connessione tra i processi neurologici ("neuro"), il linguaggio ("linguistico") e i modelli di comportamento appresi dall'esperienza ("programmazione"). *Richard Bandler* era uno studente di matematica e scienze informatiche che per pagarsi gli studi lavorava presso una casa editrice di libri di psicologia, con il compito di trascrivere videoconferenze e lezioni vari delle quali, dopo tanto ascoltare, divenne esperto. *John Grinder* era un professore di linguistica presso l'Università di Santa Cruz ma anche filosofo e *life coach*. Da questo mix di competenze nasce la PNL, dapprima utilizzata in ambiti quali la vendita e la leadership, tutt'oggi invece estesa sempre più anche alla formazione, al coaching, alla psicologia, e non di meno alla comunicazione.

La PNL investe la totalità della mente umana, al fine di migliorare l'esistenza della propria persona ed anche la sua capacità di offrire comunicazione efficace. Infatti i principi chiave della programmazione neurolinguistica sono diversi. **Il rispetto della propria mappa mentale:** ogni persona ha una rappresentazione soggettiva della realtà, che influenza il modo in cui percepisce e reagisce al mondo; **il modellamento:** si possono ottenere risultati di successo studiando e imitando i comportamenti e le strategie mentali di persone eccellenti in un determinato campo. **Lo stato d'animo e le ancore:** le emozioni e gli stati mentali

possono essere influenzati attraverso stimoli specifici, come il linguaggio o gesti particolari. Ed infine **il rapporto e la comunicazione efficace:** sviluppare un buon rapporto con le persone attraverso l'ascolto attivo, l'empatia e l'adattamento ai loro stili comunicativi facilita una comunicazione efficace. E questo nonostante due perplessità di una parte degli studiosi: da un lato si ritiene che ad alcuni principi propri della PNL manchino basi scientifiche; dall'altro che la forza persuasiva che si può arrivare ad ottenere sia così forte, tanto da generare manipolazione. La manipolazione però – per quanto porti immediatamente la mente ad un evento negativo e penalizzante – può avere invece effetti quantomai benefici nei confronti del nostro interlocutore, quando questi ad esempio sia un soggetto non autosufficiente "manipolato" al fine di fargli assumere una terapia, e quindi in suo esclusivo vantaggio.

*"Gli approcci di dialogo con le persone fragili"*, sono attualmente oggetto di una sperimentazione in una RSA per anziani, cui seguirà un progetto editoriale. ■



# Una nuova etica del lavoro per le professioni di cura

**Giorgio Mion**

Dipartimento di Management,  
(Università di Verona)

Il panorama delle organizzazioni che si occupano di servizi sociosanitari è oggi molto differenziato sotto diversi profili: forma giuridica, dimensioni, grado di specializzazione, ma anche vocazione originaria di riferimento. Tra queste, un ruolo di rilievo è ricoperto dal non profit di matrice cattolica. D'altra parte, la dinamica della domanda sta generando la necessità di una modifica sostanziale dei business model delle organizzazioni di cura, indipendentemente dalla loro forma giuridica. Il modello "tradizionale" vedeva nella dimensione sociale (accoglienza, protezione, socializzazione) l'elemento fondamentale della value proposition, mentre oggi la creazione di valore per l'ospite risiede nella capacità di affrontare problematiche sanitarie complesse (situazioni pluripatologiche, demenze gravi), di innovare i servizi e di differenziarli. In questo contesto, la regia pubblica sui servizi rivolti alle persone fragili appare debole sotto diversi punti di vista: anzitutto, in termini di coerenza tra sistemi regionali spesso molto differenziati, anche nella terminologia adottata, ma soprattutto per il sottofinanziamento di servizi ad elevata complessità rivolti a persone molto fragili e, infine, per l'incapacità di fungere da facilitatore di sistema. Se la complessità della gestione degli enti che erogano servizio sociosanitari aumenta, d'altra parte un tema cruciale è oggi quello del lavoro di cura. Esiste un tema fondamentale di desiderabilità sociale di tali professioni, fatta eccezione per quella di medico, seppure anche per i medici in formazione esistano notevoli differenze in termini di orientamento alle diverse scuole di specializzazione. La disaffezione alle professioni di cura è sicuramente causata anche dai livelli retributivi inferiori rispetto a lavori di minore complessità professionale ed emotiva, ma grande rilevanza assumono anche lo scarso riconoscimento sociale (basti

**Livelli retributivi inferiori, scarso riconoscimento sociale, mancanza di orientamento formativo rendono poco desiderabili le carriere di Oss e di infermieri, che andrebbero invece riqualificate e valorizzate**





pensare ai molti episodi di aggressioni in ambito sanitario) e l'insufficiente orientamento scolastico-formativo.

Esiste un tema fondamentale che opera a monte della stessa questione professionale: il riconoscimento della “cura” come un processo che genera valore in termini economici e sociali. Valore per il beneficiario spesso in condizioni di elevata fragilità, valore per la comunità, valore per il sistema economico, seppure non sempre valorizzato, ad esempio quando svolto in ambito familiare ovvero da volontari. I lavori di cura risentono di quella “cultura dello scarto”, espressione cara a papa Francesco, che riduce all'invisibilità e all'insignificanza le persone vulnerabili, escludendole (e con loro coloro che se ne prendono cura) dalle dinamiche socioeconomiche dominanti. Si pone, dunque, un tema etico fondamentale: la cura della fragilità non è un processo “di risulta”, ma un elemento che contraddistingue, dal punto di vista politico (in senso proprio di “vita della polis”), la qualità delle relazioni sociali e, dal punto di vista economico, il sistema produttivo in termini di inclusività e democraticità.

Gli enti di ispirazione cristiana hanno, in questo senso, una responsabilità fondamentale perché sono “figli di un carisma” e, dunque, di un “dono che abilita” l'azione organizzativa verso il bene comune. La responsabilità è duplice: da un lato, riguarda l'autenticità dei valori che guidano il lavoro di cura, ponendo al centro le persone fragili e,

dall'altro lato, chiama in causa un ruolo politico di advocacy verso il diritto di tutti gli attori in campo di vedersi riconosciuto il prezioso ruolo socioeconomico.

### **Cambiare rotta è possibile**

Questo determina la necessità di agire in quattro direzioni, tra loro non indipendenti. Anzitutto, vi è la necessità di riposizionare le professioni di cura entro una ben definita etica del lavoro. In un'epoca che – per citare Bauman – vede il nomadismo professionale come elemento che caratterizza il mondo del lavoro, con una perdita di riferimenti stabili (anche in termini etici), troppo spesso si riduce il lavoro di cura alla mera compravendita di un “monte-ore” necessario per il funzionamento (se non solo per l'accreditamento) delle strutture sociosanitarie, favorendo una sorta di “dumping” basato sulle differenze contrattuali. Si avverte, invece, il forte bisogno di una riqualificazione morale della professione di Oss, infermieri ed altri professionisti. Tale “ripristino” parte da una non formale aderenza valoriale/motivazionale ai carismi di nascita degli enti sociosanitari, ma si dipana anche nell'implementazione di organizzazioni “virtuose” capaci di coltivare la capacità di agire bene e per il bene, attraverso l'implementazione di strumenti gestionali ed organizzativi quali la promozione del clima aziendale, la realizzazione di strutture decisionali partecipative, la

realizzazione di équipe multiprofessionali orientate alla presa in carico olistica e non funzionale.

In secondo luogo, bisogna operare a livello di orientamento alla formazione alle professioni di cura: troppo spesso alla formazione alle professioni di cura – soprattutto a quelle ritenute tradizionalmente più “umili” – si arriva solo come frutto di riorientamento rispetto ad altri percorsi formativi, se non come fallimento di altri percorsi di vita. Ciò non contribuisce a determinare un’etica del lavoro che supera la mera compravendita di prestazioni. Si sottolinea, invece, il bisogno di una crescita nella cultura professionale della cura già nell’orientamento scolastico/universitario e professionale. Si tratta di una responsabilità condivisa tra diversi enti formativi ed operativi; sicuramente, da parte degli enti sociosanitari, c’è il bisogno di far conoscere le potenzialità di sviluppo umano e professionale di coloro che si affacciano alle professioni di cura, unitamente ad uno sforzo congiunto con gli stessi per il giusto riconoscimento economico per il loro lavoro, complesso ed usurante. In questa direzione va anche la necessità di pensare con serietà allo sviluppo di percorsi tutelati e snelli a favore di flussi migratori di persone qualificate e motivate ai lavori di cura che consenta, nel contempo, lo sviluppo personale dei professionisti stranieri, l’armonico inserimento nei gruppi di lavoro e il mante-

nimento di livelli qualitativi adeguati nei servizi erogati. Ancora, in terzo luogo, il cambiamento del business model richiede un parallelo cambio di passo anche nelle funzioni manageriali di coordinamento dei servizi sociosanitari. La “buona amministrazione” e la compliance normativa non sembrano più sufficienti per gestire organizzazioni complesse, rispondere alla value proposition sopra descritta e creare le condizioni per la sostenibilità degli enti. I temi dell’innovazione (digitalizzazione, differenziazione delle professionalità a servizio della persona anziana, modelli di cura sistemici), della generazione di impatto sociale e della capacità di trovare nuove strade per conciliare specificità e sostenibilità (economie di scala) richiedono un approccio propriamente manageriale, supportato da competenze in tema di pianificazione strategica, organizzazione aziendale, leadership e gestione dei gruppi di lavoro, oltreché da competenze soft quali l’empatia e la capacità di lettura etica dei contesti di lavoro.

Ultimo ma cruciale è, infine, il tema del valore sociale del lavoro di cura. Tutto quanto sopra affermato può essere efficace solo se inserito in un prodromico contesto socio-culturale rinnovato, frutto di una responsabilità condivisa a diversi livelli (autorità pubbliche, enti, lavoratori e sindacati, famiglie) per una nuova narrativa della cura. ■



# Convegno Nazionale UNEBA

## “Valori e valore nella cura della persona anziana”

Verona, 10-11 ottobre 2024

**A**l termine del convegno nazionale di Verona, UNEBA ritiene fondamentale far sentire la voce degli enti associati che si occupano di cura, in prevalenza non profit, al fine di sollecitare un’azione comune e di sistema a servizio delle persone fragili.

A tale riguardo, è necessario partire da alcuni innegabili elementi di realtà:

- le **dinamiche demografiche** e sociali forniscono un’immagine della popolazione italiana contraddistinta da un crescente bisogno di servizi rivolti alla “quarta età”;
- di fronte all’**invecchiamento** della popolazione, la **spesa sanitaria pubblica** italiana si conferma al di sotto delle medie europee ed è insufficiente a far fronte alle istanze provenienti soprattutto dagli strati più deboli della popolazione, generando un aumento della spesa out-of-pocket e crescenti iniquità nella possibilità di accesso alle cure;
- le **professioni di cura** soffrono di scarsa desiderabilità e riconoscimento sociale, così da generare un evidente deficit di risorse umane di cui soffrono, più di tutti, gli enti del settore sociosanitario;
- la competenza territoriale sui temi della salute genera profonde differenze, di natura sia formale che sostanziale, nei **diversi sistemi regionali**, rendendo nei fatti inefficaci i livelli essenziali di prestazione definiti a livello nazionale;
- il servizio sociosanitario ha assunto, negli ultimi anni, un **crescente contenuto sanitario**, facendosi carico prevalentemente di “grandi anziani” in condizione pluripatologica e/o affetti da demenze e disturbi cognitivi

importanti e richiedendo competenze altamente qualificate e sistemi organizzativi complessi;

- le **condizioni economiche generali** hanno subito enormi pressioni dovute a fattori di scenario macroeconomico ed hanno visto tassi di inflazione da tempo non registrati nello scenario europeo. Ciò, in assenza di un significativo intervento da parte dello Stato e delle Regioni, ha generato notevoli tensioni nei bilanci degli enti che erogano servizi sociosanitari, sul potere di acquisto delle retribuzioni dei lavoratori e sulla necessità delle famiglie di integrare i costi del servizio;
- da ultimo, non va dimenticato come la **crisi generata dalla pandemia** da Covid-19 abbia generato un notevole stress operante sia a livello individuale (condizione psicologica degli operatori, motivazione al lavoro, percezione soggettiva dei rischi) sia a livello organizzativo.

In tale scenario, si assiste ad una drammatica e diffusa perdita di consapevolezza in termini di **etica della cura**, che vede i diversi attori del sistema sociosanitario impegnati nella difesa di posizioni individuali che, seppur talvolta legittime, perdono di vista la vocazione – etica, prima ancora che gestionale – del sistema: prendersi cura delle persone fragili. Di fronte ad una crisi poliforme diventa fondamentale il richiamo ad una responsabilità comune verso tale comune obiettivo di fondo.

Gli enti UNEBA, nati sulla scorta di solide ispirazioni valoriali e consapevoli della responsabilità derivante da tale eredità, sentono forte l’esigenza di trovare al più presto una **sintesi programmatica improntata al bene comune** e, come tale, attenta prioritariamente ai **diritti delle persone vulnerabili** ed alla realizzazione di un **sistema equo, inclusivo e sostenibile**.

Per questo, si sono individuati alcuni **ambiti prioritari**

**di azione** che vogliamo porre all'attenzione di ogni attore in gioco, primo fra tutti il decisore politico nazionale, regionale e locale:

1. il riconoscimento del prezioso ed insostituibile **ruolo sociale degli enti che erogano servizi sociosanitari**, in particolare quelli non profit, favorendo e sostenendo l'innovazione dei servizi residenziali e non di fronte alle attuali sfide (sanitarizzazione della residenzialità, digitalizzazione e domotica, promozione della domiciliarità, housing protetto);
2. l'attivazione, pur nel rispetto della legittima competenza regionale sulle materie devolute, di un **ragionamento sistemico sui servizi sociosanitari** improntato all'equità ed alla chiarezza, smorzando le differenze tra Regioni;
3. la costituzione di uno spazio di **confronto paritetico permanente fra gli attori pubblici e privati** del sistema sociosanitario, volto ad individuare i possibili efficientamenti in ambito di sostenibilità economica dei servizi;
4. una chiara assunzione di responsabilità in termini di **finanziamento dei servizi** destinati a persone affette da demenze gravi;
5. un reale **investimento** – finanziario, ma anche culturale – **sulle professioni di cura**, che consenta di alimentare il settore con risorse umane qualificate, mediante:

- a. una rinnovata valorizzazione sociale delle professioni di cura, anche in termini di retribuzione;
- b. un investimento sulla formazione e sull'incentivazione/orientamento verso le professioni di cura;
- c. la facilitazione di percorsi disciplinati per l'arrivo di personale straniero già qualificato, mediante procedure chiare e snelle per il riconoscimento dei titoli di studio;

6. la progressiva **eliminazione delle differenze contrattuali** tra diversi comparti del settore sociosanitario, evitando il “dumping” legato alla natura giuridica del datore di lavoro e favorendo, invece, un equilibrato e sostenibile percorso di omogeneità delle retribuzioni a parità di funzione;

7. **favorire tutte le forme virtuose di collaborazione e di rete**, che – facilitando le economie di scala e di scopo – preservino le peculiarità di un sistema sociosanitario contraddistinto da esperienze locali diverse, eticamente orientate e capaci di rispondere con efficacia alla domanda di servizi dei differenti territori.

Con questo appello, UNEBA desidera sollecitare e coinvolgere ogni organizzazione interessata al tema della presa in carico di persone anziane non autosufficienti e s'impegna a promuovere la diffusione di questo documento presso tutti gli interlocutori utili ad una comune riflessione. ■



# Progetto Zefiro, il vento del cambiamento che trasforma l'assistenza

**F**rancesco Facci, presidente di Uneba Veneto, e il collaboratore di Uneba Veneto, Claudio Fantuzzo, sono intervenuti al convegno di San Giovanni Lupatoto con la relazione “L’impegno Uneba nella cura di chi cura” dedicato al progetto Zefiro. Ecco una rielaborazione dei temi trattati.

Quando arriva il tempo della crisi, cosa fai?

Guardi alle tue radici. A da dove sei partito, ai valori in cui credi.

Ed è questa la proposta di Zefiro agli enti Uneba, ed Uneba Veneto in particolare, di fronte alla grande crisi di questi tempi: la mancanza di personale per i servizi, specialmente la mancanza di operatori sociosanitari.

Con meno personale, si offrono meno servizi. Cioè l’esatto contrario del motivo per cui 50, 100, 150 anni fa sacerdoti, suore, laici, comunità hanno dato vita alle iniziative che oggi sono enti Uneba: lo fecero per rispondere ai bisogni di chi è fragile, nella fedeltà ai propri valori.

Ma fin da subito fu chiara ai fondatori la necessità di prendersi cura anche delle persone che si prendono cura di chi è fragile, perché sappiano portare avanti l’opera di assistenza.

Investire sul personale, nel linguaggio di oggi.

E perché investire nel personale? Perché è attraverso le persone che si trasmettono i valori.

Quello che cambia, rispetto a 50, 100, 150 anni fa sono le persone su cui investire. Se un tempo erano uomini e donne del territorio, oggi che nel territorio uomini e donne non ci sono, è necessario guardare lontano dall’Italia per trovare chi si impegni nella *mission* dell’ente.

Ma senza cambiare obiettivi: portare avanti l’assistenza ai fragili, trasmettere i valori.

Sarà facile? No. Coinvolgere persone provenienti da culture diverse, e diverse culture del lavoro, porta delle difficoltà. E ci saranno degli inciampi. Ma la strada è quella giusta.

Questo è lo spirito del progetto Zefiro che, come anticipato nel numero precedente di Nuova Proposta, si dà come programma:

- Portare in Italia Oss formati in istituzioni cattoliche estere
- Offrire loro posti di lavoro stabili, in regola, a lungo termine
- Beneficiare degli “ingressi fuori quota flussi” previsti dal decreto Cutro

- Supportare i lavoratori esteri nell’inserimento in Italia
- Supportare gli enti nell’inserimento dei lavoratori

Ma Zefiro intende impegnarsi anche nella comunicazione, in particolare per:

- Spiegare ai lavoratori esteri come venire a lavorare in Italia
- Spiegare agli enti come ottenere Oss
- Spiegare alla politica perché la carenza di Oss è un problema gravissimo, e perché è indispensabile facilitare gli ingressi dall’estero

Dopo il convegno, già vari enti Uneba, non solo veneti, hanno manifestato interesse per il progetto, mentre Zefiro ha rafforzato i rapporti di collaborazioni con enti esteri, in primis l’Ordine Religioso delle Figlie di San Camillo a Lima, capitale del Perù.

Gli enti interessati ad accogliere Oss stranieri possono scrivere a [info.veneto@uneba.org](mailto:info.veneto@uneba.org)



Lo Zefiro (accento sulla prima E) è un vento di ponente, vento tiepido di primavera e rinascita, ed il progetto ha la speranza di dare il suo contributo a una

rinascita del settore dell’assistenza ai più fragili: un contributo limitato nei numeri, ma di significativa testimonianza.

Zefiro conta sull’appoggio di Fondazione Samaritanus, fondazione nata per volontà di Uneba e Aris. Partner di Zefiro sono Uneba Veneto, con i suoi quasi 100 associati; cooperativa Insieme Si Può, associato Uneba Veneto, impresa sociale di comunità, organismo di formazione accreditato; fondazione Pia Opera Ciccarelli, associato Uneba Veneto, dal 1886 al fianco dei più fragili, fedele all’invito del fondatore: “Vogliate bene agli anziani!”.

Il logo di Zefiro disegna il profilo di un ponte, che collega l’Italia ai Paesi di origine degli operatori sociosanitari con un passaggio che si svolge in entrambe le direzioni. Ma quel ponte, se considerato assieme alla sfera sottostante, raffigura anche le braccia tese in un abbraccio. E in basso, tre parole scandiscono l’essenza di Zefiro: Assistenza – Formazione – Valori. ■

## CHI SIAMO

Dal 1950 al servizio delle persone fragili, al fianco delle libere iniziative assistenziali, **UNEBA** è un'Associazione radicata in tutta Italia, espressione del Terzo Settore: diamo voce a enti del settore sociosanitario, educativo, sociale, assistenziale, dei servizi alla persona.

Le Federazioni regionali **UNEBA**, con ampia autonomia, e le associazioni provinciali **UNEBA** portano avanti i nostri valori e le nostre istanze e mettono a disposizione degli enti competenze ed esperienze, sul territorio, in tutta Italia.

## LA NOSTRA STORIA

**UNEBA** è sorta nel 1950 per iniziativa di alcune opere assistenziali caritative su impulso dell'arcivescovo di Milano, Giovanni Battista Montini, che continuò a sostenerla ed ispirarla anche quando divenne papa Paolo VI. Programmi e finalità degli enti associati ad **UNEBA** non debbono essere in contrasto con i principi cristiani.

## LA NOSTRA VOCE

[www.uneba.org](http://www.uneba.org) è il nostro sito: ogni settimana le sue newsletter gratuite segnalano le notizie del settore sociosanitario e assistenziale e le iniziative di **UNEBA** e degli enti associati. La parte riservata del sito offre agli enti associati vademecum e indicazioni utili per la loro operatività quotidiana. Nuova Proposta è il nostro bimestrale di studio e approfondimento, disponibile anche su [www.uneba.org](http://www.uneba.org).

Nei social network, cerca "Uneba" su Facebook.

Su Twitter: @unebanazionale



## COSA FACCIAMO

Gli enti **UNEBA** si dedicano ad anziani, minori, persone con disabilità, non autosufficienti, sofferenti psichici, uomini e donne con problemi di dipendenza, bambini e bambine con famiglie in difficoltà ed altre situazioni di fragilità. Nelle nostre strutture e servizi, essenzialmente senza scopo di lucro, mettiamo sempre al primo posto la persona: la sua unicità, la sua valorizzazione, la sua dignità.

**UNEBA** rappresenta e tutela gli enti associati verso le istituzioni:

- stimolando Stato, Regioni, Comuni, Aziende sanitarie affinché legislazione e servizi rispondano ai bisogni delle persone e delle famiglie;
- sostenendo privato sociale e volontariato;
- impegnandosi per la libertà di scelta dei cittadini tra i diversi servizi del territorio.

Il contratto collettivo di lavoro **UNEBA** è firmato e rinnovato dal 1983 a oggi, ed applicato dagli enti associati. **UNEBA** cura i rapporti con i sindacati.

**UNEBA** offre agli enti associati, direttamente e attraverso [www.uneba.org](http://www.uneba.org), assistenza e consulenza giuridica, previdenziale, fiscale, tecnica, lavoristico-sindacale.

Organizza convegni e eventi di formazione. **UNEBA** è presente con propri rappresentanti nel Consiglio Nazionale del Terzo Settore, istituito dalla Riforma del Terzo Settore, e porta il suo contributo di idee e proposte alla crescita del non profit: fa parte della Consulta ecclesiale degli organismi assistenziali, di Retinopera e del Forum del Terzo Settore. Opera in dialogo e collaborazione con le più importanti realtà dell'associazionismo.

## PERCHE' ASSOCIARSI AD UNEBA

Oltre ad esprimere la condivisione e l'impegno a promuovere i valori di **UNEBA**, aderire ad **UNEBA** dà diritto ad una serie di servizi:

- fruire di tutela e rappresentanza a livello nazionale, regionale, locale nei confronti di legislatori, amministratori, sindacati;
- avere consulenza generale gratuita su normative, applicazione del contratto di lavoro (con il servizio SAIL), su questioni gestionali, etc.;
- partecipare alla vita istituzionale ed organizzativa dell'**UNEBA**;
- partecipare alle iniziative di formazione: convegni, seminari, progetti finanziati;
- ricevere via email la newsletter **UNEBA**;
- accesso alla parte riservata del sito, con documenti di approfondimento e le risposte degli esperti su casi concreti di applicazione del contratto nazionale **UNEBA**;
- promuovere propri eventi (ad esempio convegni) attraverso [www.uneba.org](http://www.uneba.org), del tutto gratuitamente;
- ricevere la rivista bimestrale **Nuova Proposta**.

## COME ASSOCIARSI AD UNEBA

Per indicazioni su come associarsi ad **UNEBA** è possibile visitare il sito [www.uneba.org](http://www.uneba.org) alla pagina dedicata. Per alcune regioni è prevista una quota regionale aggiuntiva: sul sito vengono pubblicate notizie e informazioni, regione per regione.

# Colpo d'ala

**Il senso della vita  
è quello di trovare il vostro dono.  
Lo scopo della vita  
è quello di regalarlo**

**(Pablo Picasso)**