

INDICE

EDITORIALE

Spiritualità, qualità di vita e riforme sociali: verso una cultura della dignità e del progetto di vita
Suor Veronica Amata Donatello pag. 3

STUDI

Il dono dell'intelligenza, il donarsi nella disabilità intellettiva
Enrico Trevisi pag. 7

Due anni dal Decreto 62: un bilancio della sperimentazione
Paolo Bandiera pag. 13

La nuova valutazione multidimensionale
Roberto Franchini pag. 19

La valutazione multidimensionale nella NNA: sistemi a confronto
Franco Pesaresi pag. 27

La riforma dell'assistenza agli anziani: a che punto siamo?
Cristiano Gori pag. 39

Povertà e salute mentale. Relazione circolare e diritti negati
Federica de Lauso pag. 45

Identità carismatica delle Opere: i mezzi adeguati allo scopo.
Aut sint ut sunt, aut non sint
Davide Gandini pag. 51

ESPERIENZE

Quando un'intervista diventa un incontro: la Basiq come spazio di vita e ascolto
Lisa Frau, Roberta Badas, Anna Puddu pag. 57

Dal bisogno alla possibilità: l'impatto misurabile del progetto di vita
Noemi di Giuseppe e Simona di Cintio pag. 61

Alzare la testa e guardare l'orizzonte
Giorgio Pavan, Laura Lionetti pag. 71

L'Albergo del Cuore e San Vitale Academy come esperienza di innovazione sociale
Luca Zamboni, Dario De Francesco pag. 81

EDITORIALE

Spiritualità, qualità di vita e riforme sociali: verso una cultura della dignità e del progetto di vita

La stagione delle riforme sociali che sta attraversando il nostro Paese interpella profondamente il mondo dei servizi, delle professioni educative e sanitarie, delle comunità ecclesiali e del Terzo Settore. La riforma della disabilità, avviata con la Legge delega 227/2021 e attuata attraverso il Decreto Legislativo 62/2024, insieme alla riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti introdotta dalla Legge 33/2023, rappresentano infatti molto più di un aggiornamento tecnico o organizzativo del sistema di welfare. Esse esprimono un cambiamento culturale che riguarda il modo stesso di concepire la persona fragile, il suo posto nella comunità e il significato della cura.

Questo numero della rivista *Spiritualità e Qualità di Vita* si colloca dentro tale passaggio storico, raccogliendo contributi che, da prospettive differenti, convergono verso una medesima convinzione: la dignità della persona precede ogni valutazione funzionale, ogni classificazione clinica e ogni organizzazione dei servizi. La qualità della vita non può essere ridotta a parametro tecnico, ma deve essere riconosciuta come orizzonte esistenziale e relazionale entro cui ciascuno possa esprimere desideri, appartenenza, partecipazione e senso. L'apertura affidata al Vescovo di Trieste Mons. Enrico Trevisi offre la cornice etica e spirituale dell'intero fascicolo. Il suo contributo sul dono dell'intelligenza e sul donarsi nella disabilità intellettiva ripercorre il lungo cammino storico che ha condotto dall'esclusione al riconoscimento dei diritti delle persone con disabilità. La riflessione richiama con forza l'antropologia cristiana, nella quale ogni persona possiede una dignità intrinseca e inviolabile. In questa prospettiva, il lavoro assume un valore decisivo non solo come strumento economico, ma come esperienza di cittadinanza, appartenenza e riconoscimento sociale. La vera inclusione, ricorda il Vescovo Trevisi, esige soprattutto l'abbattimento delle barriere culturali che ancora limitano la piena partecipazione alla vita della comunità.

I contributi successivi approfondiscono il cuore della riforma della disabilità: il passaggio da un modello centrato sul deficit a una prospettiva fondata sul progetto di vita personalizzato e partecipato. Il Dott. Paolo Bandiera evidenzia come la sperimentazione del Decreto Legislativo 62/2024 abbia introdotto elementi innovativi di grande rilevanza: la valutazione di base ispirata al modello bio-psico-sociale, la valutazione multidimensionale, il budget di progetto e l'accomodamento ragionevole. Pur tra difficoltà operative delle sperimentazioni e le criticità applicative, emerge la sostenibilità di un paradigma orientato ai diritti, all'autodeterminazione e alla partecipazione della persona nei diversi contesti di vita.

Nella medesima direzione si colloca il contributo del Prof. Roberto Franchini, che individua nella valutazione multidimensionale il vero punto di svolta della riforma. Il progetto di vita non nasce più dall'elenco dei problemi della persona, secondo l'insidioso schema "problema-soluzione", ma dai suoi desideri, dalle aspirazioni e dalle mete esistenziali che danno significato alla vita. È qui che emerge il cambiamento più profondo: le terapie e gli interventi specialistici non costituiscono più il fine dell'azione assistenziale, ma diventano strumenti di sostegno all'interno di un orizzonte più ampio, fatto di relazioni, partecipazione sociale, opportunità comunitarie e qualità della vita.

Anche la riflessione dedicata alla popolazione anziana mostra la necessità di superare modelli puramente prestazionali. Il Dott. Franco Pesaresi analizza i sistemi di valutazione dei bisogni assistenziali nei Paesi OCSE, mettendo in luce il ritardo italiano rispetto all'adozione di strumenti nazionali standardizzati e realmente multidimensionali. Lo stesso Dott. Cristiano Gori, affrontando il tema della riforma della non autosufficienza, evidenzia invece le difficoltà e i ritardi che stanno caratterizzando l'attuazione della Legge 33/2023. Ne emerge il rischio che obiettivi ambiziosi – integrazione sociosanitaria, servizi domiciliari, continuità assistenziale – rimangano incompiuti senza adeguate risorse, investimenti e visione strategica.

Questi temi si intrecciano profondamente con le nuove fragilità sociali analizzate dalla Dott.ssa Federica Delauso nel contributo dedicato alla relazione tra povertà e salute mentale di Caritas italiana in collaborazione con il Centro Basaglia. Le disuguaglianze economiche, la precarietà abitativa e lavorativa, l'isolamento sociale e l'indebolimento dei legami non rappresentano semplici fattori di contesto, ma veri determinanti sociali della salute mentale. La sofferenza psichica appare sempre più intrecciata alle condizioni di esclusione sociale, ponendo con forza il tema della salute mentale come provocazione che interpella la comunità per il bene comune e come indicatore di giustizia sociale.

Accanto alle riflessioni teoriche e normative, questo fascicolo valorizza esperienze concrete che mostrano come il paradigma del progetto di vita possa tradursi in pratiche quotidiane di ascolto, partecipazione e comunità. L'esperienza della comunità alloggio di Cagliari racconta come uno strumento valutativo possa trasformarsi in spazio autentico di incontro e relazione rivolto agli anziani; il contributo dell'Istituto Don Orione di Pescara evidenzia come la qualità di vita renda visibile il passaggio di una persona con disabilità adulta dal bisogno alla

possibilità, dalla semplice assistenza alla scoperta delle capacità residue e delle potenzialità della persona; il progetto di cohousing per anziani presentato da Giorgio Pavan e Laura Lionesi mostra infine come rigenerazione urbana, inclusione sociale e invecchiamento attivo possano convergere in nuovi modelli abitativi comunitari che coinvolgono persone anziane e con disabilità.

Sul fondo di tutte queste esperienze emerge una domanda decisiva: quale identità devono assumere oggi le opere sociali e assistenziali? Il contributo di Davide Gandini richiama con lucidità il rischio che l'efficienza organizzativa e la sostenibilità economica diventino fini autosufficienti, smarrendo la radice carismatica delle opere. La tradizione orionina ricorda invece che ogni organizzazione deve restare strumento al servizio della dignità della persona fragile. *Aut sint ut sunt, aut non sint*: le opere siano realmente ciò che sono chiamate a essere, oppure perdono il loro significato più autentico.

Le riforme oggi in atto chiedono dunque non soltanto nuovi strumenti tecnici, ma una conversione culturale. Chiedono di passare dalla centralità delle prestazioni alla centralità della persona; dall'assistenzialismo alla partecipazione; dalla presa in carico alla corresponsabilità comunitaria; dalla logica del limite alla valorizzazione delle possibilità di vita.

In questa prospettiva, spiritualità e qualità di vita non rappresentano ambiti separati. La spiritualità richiama la dimensione più profonda della dignità umana e della relazione; la qualità di vita diventa il criterio concreto attraverso cui tale dignità può essere riconosciuta, sostenuta e resa possibile nella quotidianità delle persone e delle comunità.

Questo numero intende così offrire non solo un'analisi delle riforme in corso, ma soprattutto un contributo alla costruzione di una cultura dell'inclusione, della prossimità e del progetto di vita, nella convinzione che la misura autentica di una società si riconosca dalla capacità di custodire e promuovere la vita delle persone più fragili.

Suor Veronica Amata Donatello
Direttrice Servizio Nazionale Pastorale Persone con Disabilità

IL DONO DELL'INTELLIGENZA, IL DONARSI NELLA DISABILITÀ INTELLETTIVA

ABSTRACT

Il contributo ripercorre l'evoluzione storica e culturale della disabilità, dalla sua esclusione nell'antichità e nel Novecento fino al riconoscimento contemporaneo dei diritti. Alla luce del paradigma dei diritti umani e dell'antropologia cristiana, la persona con disabilità è intesa come portatrice di dignità intrinseca. Particolare attenzione è dedicata al lavoro come strumento di inclusione e cittadinanza attiva, in una prospettiva che supera l'assistenzialismo e valorizza il protagonismo della persona. L'articolo evidenzia infine la necessità di promuovere una cultura dell'inclusione capace di abbattere le barriere, soprattutto culturali.

Il cammino del riconoscimento della dignità umana per le persone con disabilità (fisica e/o intellettiva) non solo è stato lungo e difficile, ma è ancora aperto: da "scarto" della società classica a vittime di sterminio nel secolo scorso, fino alla conquista della centralità giuridica e lavorativa odierna. Se ci troviamo a parlarne è perché siamo ancora insoddisfatti per l'approdo a cui siamo giunti. Il contesto è quello della cura, ma poi sarà quello della giustizia e dignità.

Si narra che alla famosa antropologa statunitense Margaret Mead (1901-1978) uno studente chiese quale fosse il primo segno di civiltà. Ed essa interrogò gli studenti che fecero riferimento a vari utensili (pietre affilate per realizzare primitivi coltelli o frecce, o pietre per realizzare macine o pentole di terracotta...). Altri raccontarono primitive incisioni rupestri. Lei invece spiegò che il primo segno di civiltà lo ha rinvenuto in un femore rotto e poi guarito. Disse che nessun animale sopravvive per così tanto tempo per permettere ad un osso di guarire: non si può raggiungere il fiume per bere, non ci

1. Intervento presentato durante il Convegno "Lavoro e persone con disabilità: una prospettiva di etica sociale", Trieste, 10 marzo 2026.

si può procurare il cibo, non ci si può difendere dai predatori. Mead disse che il prolungato prendersi cura del ferito, del malato è il primo atto di civiltà (Enrico Trevisi, Lettera pastorale, *Ha cura di voi*, p. 25).

1. L'Antichità Classica: il difetto come errore di natura

Nel pensiero greco antico, la perfezione fisica era strettamente legata alla virtù morale e civile. La disabilità non era vista come una condizione da supportare, ma come un limite invalicabile alla partecipazione alla *polis*.

Platone: Nella *Repubblica* teorizza uno Stato ideale basato sull'eugenetica. Egli sostiene che i figli di genitori "inferiori" o nati con malformazioni dovrebbero essere «nascosti in un luogo segreto e ignoto», poiché un corpo malato è un peso per la collettività e non permette l'elevazione dell'anima.

Aristotele: Nella sua *Politica* è ancora più esplicito, scrivendo: «Riguardo all'esposizione e all'allevamento dei bambini nati, sia legge che nessun bambino deforme sia allevato». Per Aristotele, l'essere umano è tale in quanto "animale razionale"; chi nasceva con deficit cognitivi o fisici gravi veniva spesso considerato privo della piena essenza umana.

2. Il Secolo Buio: l'eugenetica nazista e l'Operazione T4

Il punto più basso della storia dell'umanità rispetto al trattamento della disabilità è stato toccato durante il regime nazista. Partendo da teorie pseudoscientifiche sulla "igiene della razza", Adolf Hitler istituzionalizzò l'eliminazione dei disabili.

Aktion T4: Fu il programma di "eutanasia" selvaggia che portò allo sterminio di circa 300.000 persone con disabilità fisiche e mentali tra il 1939 e il 1945.

Vite indegne di essere vissute: I disabili venivano definiti *ballastexistenzen* ("esistenze zavorra"), ovvero pesi economici per lo Stato. Questo approccio trasformò la medicina da strumento di cura a strumento di morte, anticipando le tecniche di gassificazione poi usate nell'Olocausto.

3. La Rivoluzione del Diritto: dallo sterminio all'inclusione

Nel secondo dopoguerra, la sensibilità mondiale è radicalmente cambiata. Si è passati da un **modello medico** (la disabilità come malattia da curare) a un **modello sociale** (la disabilità come risultato dell'interazione tra la persona e un ambiente pieno di barriere).

La Costituzione Italiana (Art. 3 e 38): Sancisce l'uguaglianza dei cittadini e il dovere dello Stato di rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana.

Convenzione ONU (2006): Stabilisce che la disabilità è una questione di **diritti umani**, non di carità.

4. L'apporto dell'antropologia cristiana

L'antropologia cristiana ha rappresentato una rottura radicale rispetto alla visione del mondo antico. Se per i greci la dignità dipendeva dalla perfezione fisica o razionale, il cristianesimo introduce il concetto di **persona** come valore assoluto, indipendente-

mente dalle sue capacità o condizioni di salute. Ecco come si è evoluta questa visione, dai testi sacri alla pratica dei santi.

4.1. L'Antico Testamento: tra esclusione e protezione

Inizialmente, nel mondo ebraico antico, la disabilità era spesso interpretata in modo ambiguo:

Impurità: In alcuni testi (come il *Levitico*), i difetti fisici potevano precludere l'accesso al servizio sacerdotale nel tempio e comportavano diverse esclusioni.

Protezione divina: Allo stesso tempo, la Legge mosaica vietava esplicitamente di maltrattare i fragili: «*Non maledirai il sordo, né metterai inciampo davanti al cieco*» (*Levitico 19,14*). Dio viene presentato come il difensore dei deboli e degli indifesi.

4.2 Il Vangelo: Gesù e la rottura dello stigma

Gesù di Nazareth opera una vera e propria rivoluzione culturale e spirituale nei confronti della disabilità:

Il rifiuto del binomio Colpa-Castigo: All'epoca si credeva che la disabilità fosse la punizione per un peccato. Nel Vangelo di Giovanni (9, 1-3), davanti al cieco nato, Gesù chiarisce: «*Né lui ha peccato né i suoi genitori*». La disabilità non è una condanna divina, ma un luogo in cui Dio manifesta la sua gloria attraverso la cura e l'accoglienza.

Il malato al centro: Gesù non si limita a guarire; egli tocca i lebbrosi, parla con i paralitici e li reintegra nella società. La persona non è più definita dal suo limite, ma dal suo essere "figlio di Dio".

La "scelta preferenziale": Nella parabola del banchetto (Luca 14), Gesù invita a chiamare «*poveri, storpi, zoppi e ciechi*», ribaltando le gerarchie sociali del tempo che li vedevano come gli ultimi. Anzi ogni attenzione rivolta ai piccoli, agli scartati è rivolta a Lui stesso: «*Lo avete fatto a me*» (Mt 25).

4.3 L'Antropologia Cristiana: Imago Dei

Il fondamento dell'antropologia cristiana è che ogni uomo è creato a **immagine di Dio** (*Imago Dei*).

La dignità non si "guadagna" con il lavoro o con la forza fisica; è intrinseca e inalienabile.

Il corpo sofferente è visto come una partecipazione al mistero di Cristo. Questo ha trasformato il disabile da "peso" a "segno della presenza di Dio" tra gli uomini.

A mio parere la cura per i vulnerabili (e lo siamo tutti: siamo nati vulnerabili e in qualche cosa lo siamo ancora, e nella fine della vita lo saremo di nuovo tutti) non è solo un atto etico ma diventa per i cristiani un "sacramentale", un "memoriale", un incontro con il Cristo sofferente. Presente in mezzo a noi.

4.4 I Santi: la carità che diventa istituzione

Lungo i secoli, molti santi hanno dedicato la vita a ridare dignità a chi era considerato “scarto”. E tra di essi le persone con disabilità, sia fisiche che mentali. L’azione accompagna e incarna il pensiero e la spiritualità.

San Giovanni di Dio (1495-1550) Fondatore dell’Ordine Ospedaliero (Fatebenefratelli), rivoluzionò l’assistenza dei malati, introducendo il rispetto per la persona intera, non solo per il corpo.

San Camillo de Lellis (1550-1614) Fondò i Camilliani, con standard rivoluzionari per la sua epoca, per prendersi cura di malati e disabili umanizzando le cure, mettendo al centro la dignità della persona e vedendo nei malati e disabili il Cristo Crocifisso.

San Giuseppe Cottolengo (1786-1842) Fondò a Torino la “Piccola Casa della Divina Provvidenza” per accogliere persone con gravissime disabilità mentali e fisiche rifiutate dagli ospedali dell’epoca.

San Luigi Orione (1872-1940) Si dedicò agli orfani e ai disabili (i “buoni figli”), creando strutture che non fossero solo asili, ma case vere e proprie.

Beato Luigi Monza (1898-1954) Attraverso l’Associazione “La nostra famiglia” le persone diversamente abili, soprattutto bambini, vengono educate con le migliori tecniche medico-scientifico-pedagogiche.

4.5 Da destinatari di carità a soggetti attivi nella comunità

Oggi la Chiesa, attraverso il magistero (da Giovanni Paolo II a Papa Francesco), insiste sul fatto che i disabili non sono solo “oggetti di carità”, ma **soggetti attivi** nella comunità.

«Una società merita la qualifica di “civile” se sviluppa gli anticorpi contro la cultura dello scarto; se riconosce il valore intangibile della vita umana; se la solidarietà è fattivamente praticata e salvaguardata come fondamento della convivenza» (Papa Francesco, 30 gennaio 2020). E in tale prospettiva molti interventi sono stati sul tema del lavoro per i disabili. Ne segnalò alcuni².

13 Settembre 2025: Viene annunciato che Papa Francesco ha introdotto nuove norme (Articolo 2 bis) per agevolare l’inserimento lavorativo di persone disabili all’interno della Santa Sede, potenziando le tutele durante le assunzioni.

2. Molti sono gli interventi su vari aspetti della vita e delle discriminazioni delle persone con disabilità. Per esempio, l’11 Giugno 2016 incontrando i partecipanti al Convegno per Persone Disabili (CEI), Papa Francesco ha sottolineato la necessità di una “inclusione attiva”, evidenziando che le persone con disabilità anche grave hanno diritto ai sacramenti e a una loro partecipazione nella liturgia.

- **17 Ottobre 2024:** al **G7 su Inclusione e Disabilità**, ha sottolineato che garantire lavoro alle persone con disabilità non è assistenzialismo, ma un atto di giustizia e rispetto della loro dignità, definendole “abilità differenti”. Occorre «valorizzare le capacità di ciascuno, offrendo opportunità di lavoro dignitoso. Una grave forma di discriminazione è escludere qualcuno dalla possibilità di lavorare (cfr. *Fratelli tutti*, 162). Il lavoro è dignità; è l’unzione della dignità. Se tu escludi la possibilità, gli togli questo. Lo stesso si può dire per la partecipazione alla vita culturale e sportiva: questo è un’offesa alla dignità umana». E anche le nuove tecnologie «possono essere strumenti potenti di inclusione e partecipazione, se rese accessibili a tutti. Esse vanno orientate al bene comune, al servizio della cultura dell’incontro e della solidarietà».
- **11 Aprile 2024:** Nel discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze Sociali, ha criticato la mentalità utilitaristica che scarta le persone disabili dal mondo del lavoro, ribadendo il loro pieno diritto a contribuire alla società.
- **3 Dicembre 2022 (Giornata internazionale della disabilità):** Nel suo messaggio, ha affermato che «non c’è inclusione se manca l’esperienza della fraternità» e che il diritto al lavoro è parte integrante dell’inclusione, non uno slogan.

Questi interventi parlano in modo specifico del lavoro delle persone con disabilità, anche con disabilità intellettive, che è oggetto del presente convegno. Il lavoro è questione di dignità e dunque fa uscire dal mero assistenzialismo. Tuttavia la disabilità (sia fisica che intellettiva) mostra una caratteristica che ci appartiene a tutti: la diversificazione dei limiti, della vulnerabilità e fragilità, per la quale siamo tutti temporaneamente abili... Siamo stati assai vulnerabili nella nascita e nei primi anni di vita, lo siamo ancora in forme assai diversificate che si mostrano in modo peculiare nelle persone che statisticamente-convenzionalmente hanno alcuni deficit per cui diciamo che hanno alcune disabilità, e se ci va bene moriremo anziani e avendo perso molte nostre autonomie, e dunque da disabili. Quindi, la disabilità ci richiama alla nostra natura caduca, imperfetta, mortale: eppure la nostra vita resta degna, un dono che ci è dato per saper amare e per lasciarci amare. Una vita nella quale le domande di senso restano impegnative per tutti, e non solo per chi ha disabilità gravi.

Nessuno si è dato la vita: la vita è sempre ricevuta come un dono e una promessa: sta a ciascuno imparare ad amare, nei limiti della sua storia di condizionamenti e di libertà. E dentro questa sua storia c’è anche l’imparare a lasciarsi amare. Il lavoro esprime una dimensione peculiare, ma non è l’unica: noi siamo essere relazionali (*persona* è categoria che dice relazioni superando la concezione meramente individualistica). E nella prospettiva personalistica, e dunque accessibile anche al di fuori della prospettiva confessionale cristiana, diventa evidente che la vita vale non solo quando è produttiva per il lavoro che compie ma per le relazioni di cura (talvolta reciproca, ma mai in modo simmetrico) che dicono la grandezza dell’umanità.

Per un cristiano, in tali relazioni si rende presente il mistero di Dio: nei piccoli – e dunque anche nelle persone con disabilità – si mostra il Dio disabile che in Gesù ci è stato manifestato. Molto interessante il libro appena uscito (che recensisce anche testi usciti negli Stati Uniti) di Paolo Marino Cattorini, *Il Dio disabile. Una teologia della vulnerabilità*, edizioni Ancora (Milano 2026).

5. Il Diritto al Lavoro: da oggetto di assistenza a soggetto attivo

Nell'ambiente cattolico e poi nella società civile sono fiorite tante esperienze in cui le persone con disabilità sono state messe al centro, evitando di vederle solo come destinatarie di assistenza. Tante ricerche hanno adottato gli strumenti scientifici che un po' alla volta si affinavano. Vorrei citare uno studioso importante, il dott. Sante de Santis (1862-1935), che è uno dei fondatori della psicologia e neuropsichiatria infantile in Italia. Non solo fu tra i primi a fondare asili per i bambini con disabilità intellettiva ma studiò anche la promozione dei disabili attraverso il lavoro. Attraverso la sua "psicologia della vocazione" si adoperò perché si individuassero anche nei disabili le attitudini per il loro inserimento lavorativo; e se questa innovazione all'inizio fu recepita soprattutto per i mutilati della guerra poi è diventata un pilastro, una linea di impegno per riconoscere la dignità ad ogni persona con disabilità, fisica o intellettiva.

Oggi il lavoro non è solo un mezzo di sussistenza, ma lo strumento principale di realizzazione personale e cittadinanza attiva per le persone con disabilità.

5.1 La Legge 68/99 in Italia

In Italia, la svolta normativa è rappresentata dalla **Legge 12 marzo 1999, n. 68**, che introduce il concetto di **collocamento mirato**.

Obiettivo: Non più una "quota di riserva" vista come un peso per l'azienda, ma una valutazione delle capacità lavorative della persona per inserirla nel posto giusto.

Inclusione lavorativa: Le aziende sopra i 15 dipendenti hanno l'obbligo di assumere lavoratori disabili, riconoscendo che la diversità può essere un valore aggiunto in termini di clima aziendale e produttività sociale.

Molte leggi normative sia a livello italiano che regionale sono intervenute. Ma il cammino è ancora lungo per abbattere le barriere non solo materiali ma anche culturali. Per una effettiva cultura dell'accoglienza, e non solo dell'inclusione, in cui ciascuno diventa protagonista della sua vita.

Conclusione

Il percorso storico mostra un'evoluzione straordinaria: se per Platone il disabile era un'ombra da nascondere e per il nazismo un costo da eliminare, oggi è riconosciuto come un **titolare di diritti inalienabili**. La vera sfida contemporanea non è più solo la sopravvivenza, ma la garanzia di un'autonomia piena, possibile solo attraverso l'abbattimento delle barriere architettoniche, digitali e, soprattutto, culturali. La persona con disabilità va ascoltata e resa protagonista della sua vita. Non semplicemente accudita.

Anche l'aver una disabilità fisica o intellettiva non significa non avere ampi spazi (diversificati per l'unicità di ciascuna persona) in cui occorre essere resi protagonisti della propria libertà di amare e di lasciarsi amare. Qui c'è il difficile capitolo della vita affettiva e della vita lavorativa, ma si tratta di capitoli della più ampia valorizzazione dell'unicità di ciascuno.

Termino con alcune citazioni di papa Francesco in un discorso fatto alla Fondazione Italiana Autismo (1 aprile 2022) che ha l'obiettivo di «promuovere una cultura a favore delle persone nello spettro autistico e con disabilità intellettiva».

«Infatti, portando avanti i progetti di ricerca e le iniziative a favore dei più deboli e svantaggiati, voi date un valido contributo alla lotta contro la cultura dello scarto (cfr. *Evangelii gaudium*, 53), che è tanto diffusa nella nostra società troppo protesa alla competizione e al profitto. Noi siamo vittime di questa cultura dello scarto».

«È necessario continuare a sensibilizzare sui vari aspetti della disabilità, abbattendo i pregiudizi e promovendo la cultura dell'inclusione e dell'appartenenza, fondata sulla dignità della persona. È la dignità di tutti quegli uomini e quelle donne più fragili e vulnerabili, troppo spesso emarginati perché etichettati come diversi o anzi inutili, ma che in realtà sono una grande ricchezza per la società. In effetti, si rimane positivamente sorpresi scoprendo tanti casi di persone con disabilità che fanno una buona esperienza lavorativa – come alcuni di voi qui presenti –, offrendo così una testimonianza significativa a tutti noi».

«Un aspetto essenziale della cultura dell'inclusione è la possibilità per le persone con disabilità di partecipare attivamente. Non chiuderle, no, partecipare. Metterle al centro vuol dire, oltre che abbattere le barriere fisiche, anche far sì che possano prendere parte alle iniziative della comunità civile ed ecclesiale dando il loro contributo. A tale scopo, si tratta di sostenere il loro progetto di vita attraverso l'accesso all'educazione, all'occupazione e agli ambiti del tempo libero, in cui socializzare ed esprimere la propria creatività. Questo richiede un cambiamento di mentalità. Grandi passi sono stati fatti in tal senso, ma rimangono ancora pregiudizi, disuguaglianze e anche discriminazioni. Auspico che le stesse persone con disabilità diventino sempre più protagoniste di questo cambiamento, come voi oggi avete testimoniato collaborando insieme, istituzioni civili ed ecclesiali».

«Il Vangelo ispira a mettere la fraternità al centro dell'economia, perché poveri, emarginati e persone con disabilità non vengano esclusi. Mettere la fraternità al centro dell'economia; non l'egoismo, non il profitto personale, la fraternità».

DUE ANNI DAL DECRETO LEGISLATIVO 62/2024. UN BILANCIO DELLA SPERIMENTAZIONE

ABSTRACT

L'articolo offre un bilancio della sperimentazione del Decreto Legislativo 62/2024, parte della riforma italiana sulla disabilità, evidenziandone innovazioni e criticità. Al centro vi sono la nuova valutazione di base, ispirata al modello bio-psico-sociale, e la valutazione multidimensionale finalizzata al Progetto di Vita personalizzato e partecipato. Particolare rilievo assumono strumenti innovativi come il budget di progetto e l'accomodamento ragionevole, che mirano a garantire diritti, autodeterminazione e inclusione in tutti gli ambiti della vita. La sperimentazione, pur tra difficoltà operative, mostra la sostenibilità del nuovo modello e il suo potenziale trasformativo. L'analisi sottolinea infine come la riforma rappresenti un passaggio verso un welfare di comunità centrato sulla persona, richiedendo però investimenti in formazione, coordinamento istituzionale e cambiamento culturale.

In applicazione della Legge delega sulla disabilità n. 227 del 2021 sono stati adottati tre fondamentali decreti legislativi. Il primo in ordine di tempo (d. lgs. 222/2023), riferito alla riqualificazione dei servizi pubblici in chiave di accessibilità e inclusione; il secondo (d. lgs. 20/2024) attinente all'istituzione dell'Autorità Garante nazionale dei diritti delle persone con disabilità; il terzo, il decreto legislativo 62 del 2024, in materia di definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del Progetto di Vita individuale personalizzato e partecipato. Quest'ultimo provvedimento disciplina in particolare la fase di sperimentazione, disponendo che dal 1° gennaio 2025, anche al fine di assicurare il progressivo aggiornamento delle definizioni, dei criteri e delle modalità di accertamento, è avviata una procedura di sperimentazione della durata di dodici mesi, durata poi estesa con successivi provvedimenti ad ulterio-

ri dodici mesi prevedendo l'entrata a regime della Riforma dal gennaio del 2027, per quanto non già immediatamente operativo ed efficace (ad esempio le disposizioni in materia di modifica del linguaggio della disabilità risultano operative dalla entrata in vigore del d.lgs. 62/24). Su questa base sono progressivamente state svolte attività di formazione nei territori coinvolti nella sperimentazione e hanno avuto avvio i nuovi procedimenti per la valutazione di base e per quella multidimensionale: in una prima fase (decorrente dal 1° gennaio 2025) sono state coinvolte 9 province, individuate su base campionaria tenendo presenti variabili di differenziazione geografica; quindi a partire dal 30 settembre 2025 si è aggiunto secondo i medesimi criteri di differenziazione geografica un gruppo di ulteriori 11 province, seguite dal 1 marzo 2026 da un ulteriore blocco di 40 province, prevedendo che entro la fine del 2026 l'intero territorio nazionale avrà avuto modo di ricevere formazione specifica e sarà pronto per la fase a regime, che partirà, appunto, dal 1° gennaio 2027.

La scelta della sperimentazione risiede nell'esigenza di accompagnare in modo progressivo e senza strappi un processo trasformativo complesso che investe sia la nuova valutazione di base – affidata ad un unico soggetto accertatore identificato nell'INPS – che il procedimento volto alla valutazione multidimensionale finalizzata al progetto di vita e al correlato budget di progetto.

Si tratta di novità tutt'altro che irrilevanti, che incidono profondamente sul procedimento amministrativo e richiedono una serie di passaggi irrinunciabili, sia di tipo organizzativo che di individuazione di soggetti e di potenziamento delle competenze; che, ancora, di messa a punto di procedure, elaborazione di modelli, adozione di strumenti. In tal senso la sperimentazione vuole prima di tutto rispondere all'esigenza di impedire che dall'applicazione delle nuove norme, complessivamente ispirate a principi di maggior tutela dei diritti e di non regressione, di semplificazione, di coordinamento tra istituzioni, soggetti, operatori, possano derivare delle situazioni di svantaggio legate alla fase di transizione e in parallelo verificare sul campo l'applicazione delle novità con possibilità di affinamento in corso d'opera e, qualora necessario, adozione degli eventuali provvedimenti correttivi anche di carattere normativo.

La sperimentazione della valutazione di base

La valutazione di base, affidata all'INPS sull'intero territorio nazionale (fatte salve grazie a una espressa clausola di salvaguardia le prerogative delle Regioni e Province autonome) prevede il passaggio di competenze alle Unità di Valutazione di Base (UVB): i nodi in questo campo hanno riguardato l'individuazione dei componenti, tra cui il profilo del presidente di UVB (allargando con il decreto 19 del 2026 la tipologia di professionalità che può assumere tale ruolo), registrandosi situazioni di scoperta di personale diversificate da territorio a territorio cui in parte si è sopperito con accordi intervenuti con le singole Regioni; la distribuzione e accessibilità delle sedi fisiche in cui sono state collocate le Unità di Valutazione di Base; l'attesa per l'uscita del regolamento attuativo con cui sono stati disciplinati criteri e modalità per l'accertamento della disabilità nelle prime tre condizioni oggetto di sperimentazione, la sclerosi multipla, il diabete mellito di tipo 2, i disturbi dello spettro autistico, in vigore dl 12 luglio 2025 (decreto 94 del 10 aprile 2025). Va considerato al riguardo che alla data di scrittura del presente articolo si

è in attesa della pubblicazione del regolamento riferito alle ulteriori quattro condizioni oggetto della sperimentazione della nuova valutazione di base (artrite reumatoide, cardiopatie, broncopatie, malattie oncologiche).

Si evidenzia che la necessità di adottare uno o più regolamenti a supporto dei nuovi criteri valutativi, estendendo progressivamente le condizioni oggetto della sperimentazione della nuova valutazione di base, si fonda in primo luogo sull'introduzione nel procedimento valutativo di base del sistema ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute), combinatamente a quello dell'ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie) con la conseguente attenzione al funzionamento di base della persona, sul superamento del criterio della capacità lavorativa generica, sull'introduzione di un nuovo questionario a supporto della valutazione, il WHODAS 2.0, strumento di misura internazionale sviluppato dall'OMS finalizzato alla valutazione della salute e della disabilità che si fonda sull'impianto concettuale dell'ICF. A tali novità, la cui portata è di assoluta evidenza, si aggiungono quali ulteriori fattori di complessità da gestire nella fase di sperimentazione l'esigenza di strutturare il nuovo procedimento unificato nel portale dell'INPS; la necessità di raccordare la nuova valutazione di base a quella ai fini lavorativi di cui alla Legge 68 e a quella per l'inclusione scolastica attraverso appositi regolamenti; la formazione dei medici certificatori; la diffusione di informazione alle persone con disabilità, posto che il nuovo procedimento semplificato non prevede più la domanda amministrativa, essendo sufficiente al fine di avviare il procedimento valutativo il certificato introduttivo affidato a medici certificatori sia operanti nell'ambito del SSN che a diverso titolo, e che il certificato attestante la condizione di disabilità ha carattere polifunzionale e durata tendenzialmente illimitata nel tempo – salvo eccezioni da prevedere in apposito regolamento.

Ebbene nel corso dei mesi, dopo una fase iniziale in cui sono stati segnalati ritardi nell'avvio degli iter valutativi di base, anche in alcune circostanze a causa della difficoltà di acquisire il certificato introduttivo da parte dei medici certificatori, si è registrato un progressivo recupero del volume dei procedimenti di valutazione di base, a dimostrare che il nuovo assetto e modello di procedimento – che rappresenta certamente una semplificazione e introduce concretamente sin dalla fase di valutazione di base della disabilità il modello bio-psico-sociale – risulta essere una soluzione percorribile e in grado di reggere a regime l'urto dei grandi volumi. Un elemento di criticità emerso nella fase di sperimentazione ha riguardato la modalità di informativa sul Progetto di Vita da parte della Unità di Valutazione di Base e la conseguente trasmissione delle richieste di Progetto di Vita espresse in sede di UVB mediante la trasmissione da parte dell'INPS del certificato attestante la condizione di disabilità verso gli Ambiti Territori Sociali e i Comuni: al fine di risolvere le criticità riscontrate nell'applicazione concreta di questo passaggio procedimentale il recente decreto legge n. 19 del 19 febbraio 2026 (cosiddetto "decreto PNRR") all'articolo 7 ha modificato la disciplina per assicurare maggiore fluidità e semplificazione del procedimento prevedendo uno specifico servizio dell'INPS che si interfaccia con eventuali piattaforme regionali.

Ma una sfida ancora più ampia è quella che riguarda l'introduzione della nuova valutazione multidimensionale finalizzata al Progetto di vita, combinatamente con la predisposizione del budget di progetto e l'individuazione degli eventuali accomodamenti ragionevoli, come disciplinati dal Capo III del richiamato decreto legislativo 62/2024.

La sperimentazione della valutazione multidimensionale, progetto di vita, budget di progetto. L'accomodamento ragionevole

Uno dei cardini della Riforma è certamente il Progetto di Vita, un progetto in cui coesiste la dimensione del procedimento amministrativo, molto ben strutturato nel decreto a garanzia della certezza di tempi, fasi, responsabilità, passaggi operativi e, nello stesso tempo, fedele alla sua natura progettuale, in termini di attenzione agli obiettivi di cambiamento che partono dalla ricognizione di desideri, aspettative e preferenze; strutturato in attività progettuali (piani di sostegno); sostenuto in chiave di effettività e continuità da risorse, non solo economiche, che confluiscono nel budget di progetto, arricchito da possibili accomodamenti ragionevoli intesi come misure per il caso concreto volte ad assicurare la pienezza e tempestività dell'esercizio dei diritti secondo principi di proporzionalità e non eccessiva onerosità.

Certamente si tratta di misure che fanno tesoro di esperienze di progettazione individuale per le persone con disabilità maturate negli anni sia a livello nazionale che regionale e territoriale – in primo luogo i progetti ex art. 14 della Legge 328/00; i progetti di vita indipendente; i progetti sul dopo di noi e durante noi – ma che presentano tratti di forte innovazione ispirati a criteri di titolarità e autodeterminazione; accessibilità; pari opportunità e non discriminazione strettamente legati alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità recepita in Italia con Legge 18/2009 e che si radicano, ancor prima, nella Costituzione italiana. Ed è proprio nel riconoscere e attuare questi elementi di innovazione che si gioca buona parte del successo della Riforma, evitando di assumere atteggiamenti di difesa rispetto al cambiamento e trincerandosi dietro affermazioni di comodo come *“noi lo facciamo già”*.

In effetti la Riforma traduce concretamente i principi derivanti dalla Convenzione ONU nel procedimento: la titolarità del Progetto di Vita comporta il diritto di ogni persona con disabilità, risultante dalla nuova valutazione di base o già in possesso di una certificazione ai sensi della Legge 104, di formulare domanda, in qualsiasi tempo e in forma libera, di Progetto di Vita, potendo esercitare tutte le prerogative inclusa la facoltà di formulare proposte; chiedere aggiornamenti e revisioni; financo rinunciare al progetto stesso. Diritto, quindi, al Progetto di vita, per ogni persona con disabilità, incluse persone minori di età e persone con necessità di sostegno intensivo, anche molto elevato. E progetto che è della persona, non *“per”* o *“sulla”* persona con disabilità. Il riflesso del principio di titolarità e partecipazione si riscontra poi sulla presenza della persona con disabilità sin dalla fase istruttoria del procedimento, la cosiddetta *“valutazione multidimensionale”* affidata ad una Unità di Valutazione Multidimensionale strutturata in un nucleo essenziale (tra cui la stessa persona) composto da operatori sanitari e sociali, e in una parte ulteriore a composizione variabile secondo le condizioni personali (es. nel caso di persona minore di età intervengono anche i rappresentanti dell'istituzione scolastica e i genitori; o ancora, nel caso di persona sottoposta a misure di protezione, partecipa anche il tutore ovvero l'amministratore di sostegno se dotato di poteri) e arricchendosi di altre figure, anche in modo fluido, in funzione degli ambiti di vita scelti dalla persona per la costruzione del Progetto di Vita e degli aspetti emergenti (coinvolgendo sin da questa fase i referenti dei diversi servizi, pubblici e privati e del terzo settore, formali e informali). Una UVM che quindi diventa luogo di collaborazione interistituzionale, momento di contaminazione di competenze, linguaggi, metodi e approcci; spazio concreto di integrazione tra domini di qualità di

vita, a partire dall'integrazione socio-sanitaria; momento di coprogettazione e costruzione partecipata di piani di sostegno (le prestazioni, i servizi, le misure che vengono rilette e adattate per quanto necessario al fine di assicurare una personalizzazione e un impatto sul funzionamento della persona in chiave di qualità di vita e inclusione) e di budget di progetto.

Ed è proprio il budget di progetto una delle maggiori innovazioni della Riforma: non già una verifica ex post della sola compatibilità economico finanziaria delle attività e interventi; non un mero esercizio di tipo contabile-ragionieristico; ma una attività generativa di identificazione di risorse umane, professionali, tecnologiche, strumentali, economiche, anche esse da costruire in modo personalizzato e dinamico, così da garantire sostenibilità nel tempo, che deriva da un processo dialogico tra i diversi soggetti coinvolti nell'UVM. Identificando in tal modo risorse pubbliche, private, derivanti dalla comunità e dagli enti del terzo settore, anche conferibili volontariamente dalla stessa persona e dalla famiglia, secondo un approccio di coprogettazione ispirato ai criteri dell'amministrazione condivisa di cui al Codice del Terzo Settore (articoli 55 e seguenti) piuttosto che impostato secondo canoni competitivi ed escludenti. Un processo, pertanto, di emersione di opportunità, di riduzione di dispersioni, di messa a sistema di potenzialità latenti e moduli di risposta frammentati, che vengono coordinati e, per quanto opportuno e compatibile, adattati e riconvertiti, fermo il rispetto dei capitoli di provenienza e garantendo una forte coerenza tra risorse e piani di sostegno. Con la possibilità di identificare interventi atipici, in quanto non rientranti nei livelli di assistenza e nell'offerta territoriale, attivando, rispetto a tali soluzioni flessibili e centrate sulla persona, che vanno oltre le rigidità derivanti dalla struttura *“storica”* dell'offerta, ulteriori risorse previste da uno specifico fondo per l'implementazione dei progetti di vita disciplinato dall'art.31 del decreto 62/24. E potendo prevedere, in tutto o in parte, la stessa autogestione del budget di progetto, secondo un apposito regolamento introdotto con il Decreto 17 del 2025.

Tra le principali novità della Riforma figura poi l'introduzione dell'Accomodamento Ragionevole nella portata estensiva prevista dalla Convenzione ONU, e pertanto non limitata alle soluzioni di ragionevolezza già contemplate dalla normativa europea in ambito lavoristico e già recepite dal legislatore nazionale, ma riferibile a tutti i contesti di vita, scuola, cultura, sport, abitare, tempo di vita, salute, etc. In particolare, viene introdotto con l'articolo 17 del decreto 62 un nuovo articolo all'interno della Legge 104/92, l'articolo 5 bis, che nel riportare la definizione di accomodamento ragionevole ispirata alla Convenzione ONU ne disciplina il procedimento anche al di fuori di un Progetto di Vita con la previsione di tutele antidiscriminatorie in caso di diniego immotivato. In sostanza tutt'altro che una negoziazione al ribasso, ma una soluzione efficace e specifica per assicurare alla singola persona, per il caso concreto e in quel determinato contesto, pari opportunità e tempestività di accesso ai diritti in via sussidiaria senza compromettere la portata generale del diritto sotteso. Novità davvero significative, di grande impatto per i servizi e la persona, che richiedono quindi un adeguato impegno, tempo, competenze, qualità del procedimento.

Per garantire tutto questo, a ogni persona con disabilità che ne faccia richiesta, la sperimentazione sta avanzando passo dopo passo, superando incertezze e esitazioni, costruendo sul campo risposte e integrando gli inevitabili spazi non coperti dal decreto legislativo 62 e dai successivi provvedimenti attuativi. E lo fa affrontando caso per caso,

per ogni singola domanda di Progetto di Vita, la sfida dell'innovazione: organizzando le UVM secondo le soluzioni adottate nei territori dalle Regioni; identificando i referenti di attuazione di progetto di vita, figure interne alle UVM che assumono una funzione di fluidificazione tra servizi e soggetti e nei fatti di *case management* del progetto; sperimentando soluzioni di facilitazione previste dalla normativa sia rispetto alla comprensione del procedimento, anche con riferimento a persone con disabilità intellettiva, sia nella espressione delle preferenze e manifestazione di volontà; trovando il giusto equilibrio tra accuratezza del processo e rispetto delle garanzie di tempi di comunicazione di avvio del procedimento e di adozione del provvedimento finale da parte dei diversi soggetti, rispetto a ineludibili esigenze di bilanciamento del carico di lavoro degli operatori; superando via via le difficoltà operative contingenti; mettendo a punto modelli e format che facilitino l'accesso al procedimento e nello stesso tempo non irrigidiscano o creino ostacoli alla partecipazione; identificando strumenti, scale, metodi; scegliendo indicatori centrati sulla persona oltre che di tipo clinico, amministrativo, e di processo. In sostanza ripensando l'attuale sistema di funzionamento dei servizi, spesso a silos, così da garantire coordinamento e contestualità. E adottando la prospettiva e lo stile di un governo condiviso dei diversi passaggi: in questo senso rappresentano un presidio importante le cosiddette "Unità di Supporto Territoriale", uno spazio di lavoro comune tra esperti del Dipartimento per le politiche a favore delle persone con disabilità, Regioni, Aziende Sanitarie, Ambiti Territoriali Sociali.

In sintesi, possiamo affermare senza tema di smentita che la Riforma rappresenti un passo avanti importante verso un vero modello di welfare di comunità che nasce dalla persona. Una Riforma che nel tempo, oltre i ritorni della sperimentazione che la potranno orientare e indirizzare, potrà assumere sempre più concretezza e applicazione diffusa impattando sulle vite di molte persone con disabilità anche attraverso il Piano Triennale d'azione per le politiche della disabilità, in via di pubblicazione e che al Progetto di Vita dedica una intera linea d'intervento strutturata in 16 linee d'azione.

Altrettanto importante sarà lo sviluppo e rilascio di programmi e interventi di formazione a cascata, nazionale/regionale/territoriale; l'emersione di buone pratiche; e una informazione diffusa e abilitante, in primo luogo verso le stesse persone con disabilità e i loro caregiver e familiari.

Ulteriori tasselli centrali del mosaico sono poi legati alla reale valorizzazione del ruolo delle associazioni delle persone con disabilità e delle loro federazioni da un lato e all'armonizzazione della Riforma con altre norme e politiche dall'altro, tra cui la legge delega anziani, il piano non autosufficienza, l'atteso provvedimento in materia di caregiver familiare.

Facendo in modo sempre più che la disabilità esca fuori dai confini di un'area di nicchia e diventi progressivamente politica trasversale in grado di qualificare sistemi, processi e dimensioni su cui costruire una nuova cultura e coscienza collettiva.

di Roberto Franchini - *Responsabile Area Strategia, Sviluppo e Formazione, Opera don Orione*

LA NUOVA VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

ABSTRACT

Il cuore della Riforma in favore delle Persone con Disabilità avviata dalla Repubblica Italiana con la Legge Delega 227/2021 e con il Decreto 62 del 2024 è la valutazione multidimensionale, passaggio chiave che conduce alla costruzione del Progetto di Vita individualizzato e partecipato. In essa è contenuto l'elemento decisivo della svolta culturale, prima che metodologica: fonte del Progetto di Vita non sono i problemi della persona con disabilità, nell'insidioso algoritmo problema-soluzione, ma i suoi desideri, cioè le mete esistenziali che danno senso e direzione alla vita. L'articolo analizza come i desideri, individuati nell'ambito dei domini di Qualità della Vita, si intreccino con le problematiche cliniche e funzionali: da questo rapporto scaturisce la pianificazione dei sostegni, costruito ben più ampio rispetto a quello, limitato e strumentale, di terapia. Le terapie sono soltanto una forma di sostegno, mentre la natura esistenziale degli obiettivi spinge a rintracciare nella comunità la sorgente di infinite opportunità.

Premessa

L'articolo 25 del Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 6¹, dedicato alla valutazione multidimensionale, rappresenta un punto di svolta fondamentale nel modo di comprendere i bisogni delle persone e di costruire il loro "Progetto di Vita". Senza una chiara comprensione del cambiamento "nascosto" in queste righe il Progetto di Vita, che pure è lo scopo di tutto il percorso, rischierebbe di essere un nome nuovo per fare ciò che si è

1. Il decreto, in attuazione della Legge Delega 227/2021, è dedicato a "Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato". Per approfondire in modo esaustivo i suoi contenuti è fondamentale vedere il *Manuale sul Progetto di Vita* di recente pubblicato dal Ministero della Disabilità (De Robertis, 2026).

sempre fatto, nel rispetto di quella tendenza alla conservazione che caratterizza l'essere umano, e dunque tutti i professionisti che operano nel campo dei servizi e dei sostegni.

L'articolo scompone il processo di valutazione in quattro fasi, tra loro interconnesse:

- a) nel rispetto dell'esito della valutazione di base, rileva gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative e definisce il profilo di funzionamento, anche in termini di capacità e performance dell'ICF, nei differenti ambiti di vita liberamente scelti;
- b) individua le barriere e i facilitatori negli ambiti di cui alla lettera a) e le competenze adattive;
- c) formula le valutazioni inerenti al profilo di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale, ai bisogni della persona e ai domini della qualità di vita, in relazione alle priorità della persona con disabilità;
- d) definisce gli obiettivi da realizzare con il progetto di vita, partendo dal censimento di eventuali piani specifici di sostegno già attivati e dai loro obiettivi.

Per mettere in luce gli elementi di novità, anzi, di cambiamento (per certi aspetti radicale) è opportuno sottolineare alcuni aspetti: il punto di partenza, alcune apparenti ridondanze, la natura sostanziale, e solo poi sintattica, degli obiettivi, e infine l'ubiquità dei sostegni.

1. Il punto di partenza

Da dove parte la valutazione multidimensionale? Sino a poco tempo fa, e per molti probabilmente ancora oggi, essa trae origine dall'accertamento dei problemi della persona, allo scopo di pianificare interventi risolutivi, o per lo meno di contrasto alla loro ingravescenza. Nel primo caso, si tratta di guarigione/riabilitazione in senso stretto, consentita dall'ottimismo di possibili recuperi clinici e funzionali; nel secondo, invece, di mantenimento, nella previsione di poter limitare gli effetti, progressivi e invalidanti, del problema individuato.

L'abitudine a ragionare in questo modo potrebbe condurre anche a una costosa aporia, che spinge a protrarre interventi pretenziosamente "risolutivi" di fronte a problemi irrimediabilmente "cronici", nascondendo l'inutilità sotto il tappeto del "mantenimento". Da qui la possibile insensatezza di giorni e settimane, o al limite di vite (quando il contesto è quello residenziale) dove si passa da una terapia all'altra, come criceti in una ruota, in quello che Binswanger chiamava "il solito ritornello" (Binswanger, 1994).

Si tratta di una specie di invisibile algoritmo, sotteso al modo di ragionare di tutti i professionisti del sociale e del sanitario, e che nuovamente potrebbe essere riassunto nella diade problema-soluzione, o, più precisamente, problema-terapie. Gli esempi potrebbero essere infiniti: in una residenza per anziani l'accertamento di un decadimento cognitivo conduce alla pianificazione di interventi di stimolazione centrati di volta in volta sulla memoria o sull'orientamento; l'individuazione di un problema motorio in una persona non autosufficiente conduce alla prescrizione di interventi di fisioterapia, o, in una versione alternativa, di psicomotricità; l'*assessment* di difficoltà della comunicazione in una persona con disturbi del neurosviluppo spinge a programmare interventi

di riabilitazione della funzione verbale, o, di fronte all'impossibilità, di modalità non verbali, scelte in quanto equi-funzionali.

Il dispositivo metodologico di questo paradigma si rintraccia nel modo di costruire il Piano Individualizzato: a volte è Progetto Educativo (PEI), se gli interventi di recupero si trovano esclusivamente nell'ambito sociale e relazionale, a volte è Progetto Riabilitativo, se prevalgono gli aspetti funzionali, a volte è Progetto Assistenziale (PAI), se la dominante riguarda la salute e i bisogni primari, come spesso accade nell'ambito geriatrico.

È sbagliato? Certamente no. È completo? Ancora una volta no! Infatti, nessuno di questi interventi raggiunge il piano, fondamentale per gli umani, del senso degli interventi stessi, dei loro obiettivi veri, del loro scopo e significato nella vita della persona che ne è destinataria. Gli obiettivi, infatti, sono sempre *esistenziali*, e dunque nessun intervento clinico e/o funzionale può essere fine a se stesso: questo è il messaggio profondo della rivoluzione del Progetto di Vita. Non c'è alcuna perdita di dignità nell'affermare che le terapie sono sempre *strumentali*: esse costituiscono una delle tante forme di *sostegno* alla vita delle persone. Le terapie, dunque sono semplicemente una forma, spesso tecnicamente raffinata, di sostegno all'esistenza dell'uomo che versa in condizione di fragilità. Accanto ad altre forme di sostegno (come la relazione, la creazione di opportunità e le modifiche contestuali) rappresentano modi concreti per mettere l'uomo nelle condizioni di sperimentare i livelli più alti possibili di Qualità della Vita.

Ecco, dunque, il radicale cambiamento del punto di partenza: la valutazione multidimensionale non può avere come punto di partenza (e di arrivo, come vedremo) i problemi della persona, quanto i suoi desideri, ovvero l'insieme dei valori, priorità e preferenze che orientano e danno senso alla vita della persona stessa. Occorre dunque cautelarsi da una sorta di *invadenza* dello statuto dei problemi: essi balzano agli occhi nella loro evidenza e drammaticità, spesso perché hanno già messo in scacco la traiettoria esistenziale di chi ne è portatore. La prima cosa che vediamo in un anziano non è la sua voglia di vivere, ma la sua demenza, o la sua depressione; la prima cosa di cui ci accorgiamo quando incontriamo una persona con disabilità è la sua disabilità stessa, non la costellazione di valori che potrebbero dare senso a quella vita. La prima cosa che vediamo in una persona con una dipendenza non è il vuoto esistenziale che potrebbe persino averla causata, ma segni comportamentali che sono effetto di consumi inappropriati e patologici.

È necessaria, dunque, una profonda riforma dello sguardo umano e professionale, che restituisca ai problemi il loro statuto parziale, e orienti la tecnica verso uno sguardo più ampio e comprensivo, che riguarda il sostegno alla vita umana, in tutti i suoi bisogni, fisici, psicologici e spirituali.

2. Le apparenti ridondanze

L'itinerario della nuova valutazione multidimensionale, come tracciato dal Decreto 62/2024, contiene alcune apparenti ridondanze, che in realtà sono l'espressione di alcuni spunti fecondi per comprendere a pieno senso e obiettivi della metodologia di *assessment*.

La prima ridondanza riguarda il termine "obiettivi": alla lettera a) dell'art. 25 si chiede di *rilevare* gli obiettivi della persona secondo i suoi desideri e le sue aspettative; in seguito, alla lettera d) del medesimo articolo si chiede di *definire* gli "obiettivi da rea-

lizzare con il progetto di vita”. Dunque, occorre chiedersi che differenza c’è tra *rilevare* e *definire* gli obiettivi, e ancora più precisamente tra gli obiettivi *rilevati* all’inizio del percorso di valutazione e gli obiettivi *definiti* alla fine del percorso stesso.

In questa differenza si gioca una dinamica profondamente umana: l’esistenza dell’uomo è ragionevolmente segnata dalla distanza tra la sfera dei desideri e quella degli obiettivi concretamente perseguibili. Proprio per questo, l’uomo è *sempre* progettualità, e *mai* compiutezza, e questo su più livelli: i valori per definizione non sono mai raggiungibili, mentre i desideri e le preferenze non sempre sono conseguibili, a causa delle multiformi contingenze personali e ambientali in cui versa l’esperienza umana.

Nella valutazione multidimensionale, tra obiettivi di vita desiderati e obiettivi definiti ci sono diversi oggetti, che in vario modo condizionano l’atto progettuale: il funzionamento della persona, con i suoi limiti e le sue competenze adattive; le barriere esistenti e i facilitatori disponibili; lo stato di salute, e infine i sostegni e le opportunità che possono essere individuati, mediante attenta ricognizione.

Ritorna in altra forma il tema della strumentalità non solo degli interventi, ma anche delle indagini a carattere clinico e funzionale: lo stato di salute e il funzionamento della persona vengono valutati non per pianificare obiettivi clinici e riabilitativi, ma per verificare se e come gli obiettivi di vita desiderati possono trasformarsi in obiettivi definiti. Il “*che cosa*” del progetto di vita è da ricondurre esclusivamente all’ambito dei valori, delle preferenze e dei desideri, mentre il “*come*” (e purtroppo a volte anche il “*se*”) può, e sovente anche deve, essere pianificato con sostegni di carattere clinico e riabilitativo.

Per fare un esempio, se una persona con disabilità desidera frequentare luoghi di ritrovo, come un *pub* o una palestra, la valutazione multidimensionale dovrà accertare se la persona stessa dispone delle abilità adattive necessarie, come ad esempio l’utilizzo di un mezzo di trasporto, la comunicazione verbale, le interazioni semplici, la capacità di maneggiare il denaro e di consumare cibi e bevande. Se una o più di queste abilità non fosse nel repertorio della persona con disabilità, allora si aprirebbe un ventaglio di possibili scelte:

- la pianificazione di sostegni funzionali: l’abilità assente o limitata diventa oggetto di un percorso abilitativo, con il vantaggio che questo tipo di intervento nasce già all’origine non come fine a se stesso, ma immediatamente finalizzato a un obiettivo di carattere esistenziale;
- la pianificazione di sostegni contestuali: l’abilità assente o limitata viene compensata dalla disponibilità di fattori ambientali, come ad esempio un accompagnatore, o una tecnologia assistiva;
- la rinuncia all’obiettivo desiderato, che per ragioni concrete non si trasforma in obiettivo definito.

La stessa dinamica vale anche per problematiche legate alla salute, come ad esempio la presenza di problematiche di salute mentale, che ostacolano la capacità sociale e relazionale, la disagia, che non lascia tranquilli su scelte autodeterminate riguardanti il cibo, oppure l’impaccio motorio o persino il rischio cadute. Alla stessa stregua, prima di rinunciare all’obiettivo, è possibile immaginare la pianificazione di terapie, strumentali a consentirne il raggiungimento, oppure, e con la massima serietà (e sulla base di evidenze), decidere di salvaguardare la salute, a dispetto di desideri, che devono essere

considerati come non perseguibili. L’intervento clinico, nello scenario del progetto di vita, assume dunque una duplice forma: *ad adiuvandum*, nel rendere possibili, mediante terapie, obiettivi che sono ostacolati da condizioni di salute; *ad impediendum*, nell’indicare in modo chiaro i rischi che la persona correrebbe seguendo quella determinata scelta esistenziale, in qualche modo vietandola.

In questo secondo scenario, tuttavia, il clinico dovrà *quasi* sempre confrontarsi con la persona stessa, oppure con il suo portatore di interessi: la rinuncia a un obiettivo, infatti, non può di per sé essere una scelta del professionista, ma della persona con disabilità, la quale, messa nella piena consapevolezza dei rischi che corre, potrà scegliere di proteggersi, astenendosi dal proprio desiderio. Solo nei casi in cui le problematiche cliniche della persona con disabilità la rendono pericolosa non per sé, o non solo per sé, ma per altri, allora, con una responsabilità deontologica ancora più gravosa, il clinico potrà decidere di escluderla da alcune esperienze esistenziali, assumendosi il peso di questo tipo di iniziative, con l’onere dimostrativo ad esse connesso.

Uscendo da questo tipo di situazioni per così dire straordinarie (anche se non così infrequenti) la valutazione multidimensionale prevede dunque una serie di “filtri”, che aiutano a trasformare i desideri in mete esistenziali concrete e perseguibili, pianificando sostegni non solo in termini di opportunità, ma anche di percorsi clinici e riabilitativi, strumentali alla vita della persona.

Da qui si comprendono anche la seconda e la terza ridondanza.

La seconda apparente ridondanza riguarda il profilo di funzionamento, indicato nella prima fase della valutazione multidimensionale. L’espressione “profilo di funzionamento”, infatti, è presente anche nella descrizione della cosiddetta *valutazione di base*, e precisamente al punto d) dell’art. 10 del decreto, dove si afferma. La stessa espressione si ritrova anche all’art. 2 (Definizioni), dove il profilo di funzionamento viene appunto definito come «descrizione dello stato di salute di una persona attraverso la codificazione delle funzioni e strutture corporee, delle attività e della partecipazione secondo l’ICF tenendo conto dell’ICD, quale variabile evolutiva correlata all’età, alla condizione di salute, ai fattori personali e ai determinanti di contesto, che può ricomprendere anche il profilo di funzionamento ai fini scolastici».

Occorre dunque domandarsi: il profilo di funzionamento è un elemento della valutazione di base, o della valutazione multidimensionale? Se invece esso è parte di ambedue, si sta parlando della stessa operazione? Insomma, si tratta di una ridondanza, oppure di una metodologia ricorrente, che, in un contesto differente, si trasforma per scopo e procedura? La risposta è la seguente: il profilo di funzionamento è un’operazione metodologica per così dire neutra, che per sua natura può assumere un contenuto e una traiettoria differenti, a seconda dello scopo della valutazione. Effettuare un profilo di funzionamento significa misurare le limitazioni nelle capacità della persona, ma quante e quali tra queste dipende dalla finalità che sovrintende e orienta il processo di valutazione.

È importante dunque individuare in che modo valutazione di base e valutazione multidimensionale si distinguono tra loro:

- La valutazione di base, appoggiata sui sistemi di classificazione (ICD e ICF), ha come obiettivo l’accertamento della condizione di disabilità, e dunque delle limitazioni in una o più capacità per così dire standard, essenziali alla vita quotidiana. Lo scopo della valutazione di base è l’attribuzione di tutti i diritti che conseguono alla condizio-

ne di disabilità, tra i quali in particolare l'accesso al procedimento amministrativo del Progetto di Vita, con tutti i potenziali sostegni ad esso collegati. La valutazione di base, dunque, è una sorta di soglia d'accesso (*gate assessment*): la presenza di una disabilità è l'origine di un diritto, e dunque "soltanto" l'inizio di un percorso, che entrerà nella fase significativa con la successiva fase della valutazione multidimensionale;

- La valutazione multidimensionale, appoggiata ai modelli di Qualità della Vita e alla valutazione delle preferenze, ha come oggetto l'individuazione dei bisogni (*need assessment*), avendo come scopo la costruzione del Progetto di Vita, articolato in obiettivi e sostegni, inclusi gli interventi sui contesti di vita. All'interno della valutazione multidimensionale occorre nuovamente mettere a punto un profilo di funzionamento, ma esso non riguarda più un set di abilità standard, essenziali alla vita quotidiana, ma le abilità che risultano funzionali agli "ambienti di vita desiderati". Per fare un esempio, se una persona con disabilità desidera andare al cinema, diventa necessario analizzare quali sono le abilità richieste da quel particolare tipo di ambiente, per confrontarle poi con le attuali capacità. Se dunque "andare al cinema" rappresenta l'obiettivo del Progetto di Vita, si renderà necessario valutare alcune abilità, come ad esempio "usare un mezzo di trasporto", "comunicare verbalmente", "utilizzare il denaro" e "acquistare una bevanda presso un locale". Se tutte queste abilità sono presenti, l'obiettivo del Progetto di Vita è immediatamente perseguibile, mentre se una o più di queste presentano limitazioni, occorrerà prevedere un intervento a carattere abilitativo, oppure il sostegno di un assistente personale, oppure ancora un accomodamento ragionevole.

Fase	Scopo	Oggetto della valutazione
Valutazione di base	Accesso ai sostegni (<i>gate assessment</i>)	Set di abilità standard essenziali alla vita quotidiana
Valutazione multidimensionale	Costruzione del progetto di vita (<i>need assessment</i>)	Abilità necessarie per gli ambienti di vita desiderati

La terza e ultima apparente ridondanza riguarda lo stato di salute: alla stessa stregua, esso compare sia nella valutazione di base che nella valutazione multidimensionale. All'art. 10 del Decreto, e cioè nell'ambito della valutazione di base, le lettere a) e b) prevedono l'accertamento e la verifica della condizione di salute della persona, descritta nel certificato medico introduttivo con i codici ICD, oltre alla valutazione delle durature e significative compromissioni dello stato di salute, funzionali, mentali, intellettive o sensoriali, in conformità alle indicazioni dell'ICF e tenendo conto dell'ICD. L'aggettivo "introduttivo" racconta lo scopo del certificato medico: la categoria ICD "introduce" la valutazione di base, che va oltre la categoria nosologica, arricchendosi con i codici ICF, allo scopo di "accertare" la disabilità.

Nell'ambito della valutazione multidimensionale lo stato di salute fisica, mentale, intellettiva e sensoriale non è più funzionale all'accertamento della disabilità, ma entra in relazione con le priorità della persona con disabilità, rappresentandone l'ostacolo o la condizione facilitante. La dimensione clinica (ed in precedenza quella funzionale) sono strumentali ad obiettivi esistenziali, di cui va accertata la possibilità o facilitato il raggiungimento.

3. La sintassi degli obiettivi e l'ubiquità dei sostegni

L'ultimo elemento della valutazione multidimensionale, previo alla definizione degli obiettivi, è il costrutto della Qualità della Vita, che qui non occorre approfondire, e che serve a orientare tutte le valutazioni, dando loro cornice e senso (Franchini, 2024). La natura esistenziale degli obiettivi, e la strumentalità della dimensione clinica e funzionale, tracciano una modalità di scrittura degli obiettivi stessi, oltre ad aprire uno scenario che moltiplica le potenziali fonti dei sostegni.

Gli obiettivi del Progetto di Vita (individualizzato, personalizzato e partecipato) devono avere come soggetto la persona stessa: è la sua vita in gioco, non l'esercizio di una professione! Inserire negli obiettivi espressioni del tipo "potenziare le capacità cognitive", "supportare la partecipazione" o "mantenere le abilità residue" significa non aver raggiunto il piano esistenziale del Progetto di Vita, mantenendosi nel perimetro confortevole delle prestazioni programmate o delle routine professionali. Infatti, nella sintassi di quelle espressioni il soggetto è il professionista, chiamato appunto a "potenziare", "supportare" o "mantenere".

Affermare in modo sistematico la persona con disabilità come soggetto degli obiettivi (rilevati e definiti) è un'indicazione sintattica che aiuta a orientare la rotta progettuale, senza lasciarsi fuorviare. Dopo aver rilevato i desideri, e averli confrontati con gli altri elementi della valutazione multidimensionale (profilo di funzionamento, stato di salute, Qualità della Vita) la definizione degli obiettivi avrà come soggetto sempre la persona, con espressioni del tipo: "G. andrà al cinema una volta alla settimana", "L. farà volontariato nell'associazione X", "P. cesserà di farsi del male", "R. stringerà nuove amicizie", e così via. Il linguaggio che descrive gli obiettivi dovrà poi evitare ogni forma di gergo iniziatico, tipico di alcune modalità di comunicazione professionale, come quando si utilizzano vocaboli come "cognitivo", "psicomotorio", "terapeutico" e così via, sorvegliando le parole, e mettendole alla prova della comprensione di tutti. Non dunque "stabilizzare il tono dell'umore", che è errore di soggetto (i professionisti) e di linguaggio (gergale), ma "C. proverà emozioni positive e riuscirà a dormire di notte".

La concretezza del linguaggio esistenziale dovrebbe giovare anche a rintracciare gli indicatori, cioè quelle "misure" (di frequenza, di presenza, di intensità, etc.) in grado di fornire informazioni sui risultati ottenuti, verificando e guidando successive possibili decisioni progettuali. Espressioni del tipo "migliorare la rete di relazioni" non sono verificabili, in quanto astratte e fumose, oltre che errate nel soggetto e nel linguaggio. Formulazioni del tipo "F. trova nuovi amici" sono al contrario immediatamente traducibili in un "numero", che diventa il segnale dell'efficacia del piano dei sostegni.

Posta la natura esistenziale degli obiettivi, i sostegni potranno essere i più diversi, e solo qui prevedere come "soggetto" i professionisti, oppure altre fonti di sostegno, presenti nella comunità. Il tutto potrebbe essere ricondotto a una semplice formula, o raccomandazione:

- soggetto degli obiettivi la persona con disabilità;
- soggetto dei sostegni ogni tipo di fonte, formale e non formale, come professionisti, volontari e più in generale risorse della comunità di appartenenza.

L'ubiquità dei sostegni spinge a uscire dal perimetro dei sistemi professionali, rintracciando nella comunità una potenziale ricchezza di opportunità, giacimento impensabile all'interno delle tradizionali strutture autorizzate. La quarta fase della valutazione multidimensionale prevede, a partire dal censimento dei sostegni già in atto, l'allineamento di ogni forma di intervento agli obiettivi del Progetto di Vita, a volte confermando, a volte rimodulando, a volte sostituendo quelli già in essere. In questo scenario si colloca uno sguardo più ampio rispetto a quello tradizionalmente rivolto all'offerta immediatamente disponibile: il percorso della valutazione multidimensionale si completa con un'approfondita analisi delle opportunità, possibile soltanto laddove è attivo un profondo lavoro di comunità, nel segno della co-programmazione e della co-progettazione.

BIBLIOGRAFIA

Binswanger, L. (1994). *Il caso Suzanne Urban*. Venezia: Marsilio.

De Robertis, G. (2026). *Il progetto di vita. Tutto quello che c'è da sapere sulla riforma della disabilità e sul decreto 62/2024*. Ministero della Disabilità.

Franchini, R. (2024). Artefici della propria vita. Riflessioni pedagogiche sul "progetto di vita". *Spiritualità e Qualità della Vita*, 17/2024, 15-26.

di Franco Pesaresi - *Direttore Azienda Servizi alla Persona (ASP) "Ambito 9", Jesi (AN)*

LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI DEGLI ANZIANI IN ITALIA E NEI PAESI OCS. LE INDICAZIONI PER L'ITALIA

ABSTRACT

L'articolo analizza i sistemi di valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani in Italia e nei paesi OCSE, evidenziando il ruolo centrale della valutazione multidimensionale nell'ambito dell'assistenza a lungo termine. Tale approccio integra dimensioni funzionali, cognitive, sociali ed economiche, consentendo la definizione di interventi personalizzati e orientati alla qualità della vita. Il confronto internazionale mostra come molti Paesi adottino modelli valutativi più completi rispetto all'Italia, che risulta ancora caratterizzata da frammentazione territoriale e assenza di uno strumento nazionale unico. L'analisi mette in luce limiti e potenzialità degli strumenti regionali attualmente in uso. In conclusione, l'articolo sottolinea l'urgenza di introdurre un sistema nazionale standardizzato, basato su un approccio bio-psico-sociale, capace di garantire equità, appropriatezza degli interventi e migliore allocazione delle risorse.

1. I bisogni della popolazione che invecchia

Con l'invecchiamento, la salute fisica e mentale degli individui tende a peggiorare, con conseguenti potenziali difficoltà nello svolgimento di attività di routine, come vestirsi, fare la spesa o persino fare una passeggiata. Di conseguenza, alcune persone anziane necessitano di una serie di servizi di assistenza e cura personale, comunemente noti come assistenza a lungo termine o LTC.

I servizi di assistenza a lungo termine (LTC) aiutano le persone a vivere nel modo più indipendente e sicuro possibile quando non sono più in grado di svolgere autonomamente le attività quotidiane. Questi servizi soddisfano/si occupano di tre tipi di bisogni:

1. In primo luogo, le attività della vita quotidiana o ADL, sono un insieme di compiti di cura personale, come lavarsi, vestirsi e usare il bagno.

2. In secondo luogo, le attività strumentali della vita quotidiana o IADL, sono compiti necessari per poter vivere in modo indipendente nella comunità. Includono, per esempio, fare la spesa, occuparsi della casa e preparare il cibo.

3. In terzo luogo, oltre alle ADL e alle IADL, alcune persone non sono in grado di mantenere attività sociali in modo autonomo (ad esempio, incontrare gli amici, andare al cinema, ecc.), soffrono di deterioramento cognitivo e hanno altre limitazioni comportamentali. Ciò può portare all'isolamento sociale, che a sua volta può portare a depressione e deterioramento della salute fisica (Llena-Nozal et al., 2025).

La definizione di ADL e IADL è sostanzialmente simile nella maggior parte dei Paesi. Le attività di base della vita quotidiana (ADL) includono solitamente: igiene personale, vestirsi e svestirsi, alimentarsi e idratarsi, garantire l'igiene, spostarsi e mobilizzarsi, muoversi all'interno e all'esterno e comunicare.

Le attività strumentali della vita quotidiana (IADL) generalmente includono: preparare il cibo, fare la spesa, pulire la casa e il bucato, amministrare e gestire la proprietà, curare i pazienti, dedicarsi al tempo libero e socializzare.

2. Come si valutano i bisogni assistenziali degli anziani?

Per determinare il diritto di una persona all'assistenza a lungo termine (LTC) finanziata con fondi pubblici e il livello di supporto fornito occorre innanzitutto procedere con la valutazione multidimensionale.

La valutazione multidimensionale riveste un'importanza cruciale nel contesto dell'assistenza ai soggetti non autosufficienti, permettendo di andare oltre la semplice valutazione delle condizioni fisiche e mediche del paziente, ma includendo anche capacità cognitive, aspetti economici, necessità sociali e dell'ambiente di vita. Questa analisi consente ai professionisti operanti nell'ambito delle cure integrate di comprendere pienamente lo stato di salute e le esigenze di ciascun individuo, permettendo di formulare piani di assistenza dettagliati e personalizzati. Tramite i dati raccolti attraverso la valutazione multidimensionale, è possibile formulare un progetto di assistenza più preciso, individuare fattori di rischio e stabilire obiettivi di trattamento personalizzati. La programmazione basata sui dati facilita la pianificazione a lungo termine, consentendo ai caregiver e agli operatori sanitari di stabilire obiettivi realistici e misurabili nel tempo per il recupero, il mantenimento o il miglioramento della qualità della vita dell'assistito (OECD, 2024b).

Per la valutazione dei bisogni assistenziali, quasi tutti i paesi dell'OCSE includono, seppure in modo differenziato, alcuni o tutti i seguenti aspetti:

- la capacità di svolgere compiti di cura personale di base come lavarsi, vestirsi, mangiare e usare il bagno (attività della vita quotidiana - ADL);
- la capacità di svolgere nonché attività strumentali necessarie per la vita indipendente, come la gestione delle finanze, la somministrazione dei farmaci e la preparazione dei pasti (IADL);
- la capacità di svolgere attività sociali che, per esempio, è considerata fondamentale per una persona che vive da sola a casa (vedi Tab. 1).

Su 34 Paesi considerati, ben 25 nazioni utilizzano strumenti valutativi sia con le ADL che con le IADL. Ma la grandissima parte di queste nazioni aggiungono anche altri aspetti nella valutazione.

Tab. 1. OCSE. La valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani. Completezza* e contenuti.

Nazioni	Completezza	Esigenze dettagliate considerate
Australia	Alta	Ampia gamma di esigenze, integrando strumenti di valutazione riconosciuti a livello nazionale e internazionale (ad esempio Scala di depressione geriatrica)
Austria	Media	ADL, IADL e deficit cognitivi
Belgio	Alta	ADL, IADL, deficit cognitivi, vita sociale e consapevolezza
Bulgaria	Bassa	ADL, IADL
Canada (Ontario)	Alta	InterRAI
Croazia	Bassa	Focalizzato sulle disabilità (solo ADL)
Rep. Ceca	Media	ADL, IADL
Cipro	Media	ADL, IADL
Danimarca	Alta	Capacità funzionale (indice di Barthel), IADL, deficit cognitivi, condizioni domiciliari e possibilità di autodeterminazione, indicazione al supporto riabilitativo
Estonia	Alta	ADL, IADL, ambiente psicologico (salute mentale) e sociale
Finlandia	Alta	Capacità funzionale, inclusi i bisogni cognitivi, mentali e sociali
Francia	Media	ADL, IADL (in alcuni dipartimenti vengono considerati i bisogni sanitari e sociali)
Germania	Alta	Mobilità, attività cognitive e comunicative, modelli comportamentali e problemi psicologici, autosufficienza, bisogni sociali, tra gli altri
Grecia	Bassa	Non ci sono indicatori specifici, la valutazione è legata al livello di invalidità in base alle malattie
Ungheria	Media	ADL, IADL, orientamento nel tempo e nello spazio, comportamento e comunicazione
Irlanda	Alta	ADL, IADL e attività cognitive, rischi nell'ambiente domestico e disponibilità di cure informali
Israele	Bassa	ADL
Italia	Bassa	Attività quotidiane (scala Katz), disturbi cognitivi, routine quotidiane e relazioni sociali
Giappone	Media	Attività quotidiane (ADL) (la maggior parte delle quali relative al funzionamento fisico), attività quotidiane intellettive (IADL), elementi relativi al funzionamento cognitivo, bisogni di salute
Corea S.	Media	ADL, IADL, funzionamento cognitivo, bisogni infermieristici
Lettonia	Bassa	ADL, IADL, comunicazione, comportamento, risoluzione dei conflitti
Lituania	Media	Mobilità, cura di sé, ambiente sociale, nutrizione, percezioni cognitive ed emotive
Lussemburgo	Alta	ADL, IADL, percezioni cognitive ed emotive, bisogni di salute
Olanda	Alta	Bisogni fisici, cognitivi, di salute, ambiente sociale e domestico, qualità della vita ed utilizzo dei servizi
Nuova Zelanda	Alta	Le strutture interRAI-HC e interRAI-LTC valutano le attività quotidiane (ADL), le attività quotidiane (IADL), i bisogni cognitivi ed emotivi
Polonia	Media	ADL, IADL, alcuni bisogni cognitivi e legati alla salute
Portogallo	Bassa	Indice di Barthel (solo ADL)

Romania	Alta	Indicatori funzionali, sensoriali e psico-emozionali
Slovacchia	Media	ADL, IADL
Slovenia	Alta	ADL, IADL, capacità cognitive, di comunicazione, comportamentali e di salute mentale, capacità di prendersi cura di sé, affrontare malattie e trattamenti, interazioni sociali
Spagna	Media	ADL, IADL e processo decisionale più ampio
Svezia	Alta	Standard ICL: ADL, IADL, cognizione, relazioni sociali, cura di sé, vita domestica, comunicazione
Regno Unito	Alta	ADL, IADL, bisogni cognitivi, sociali e sanitari
USA (Califor.)	Alta	ADL, IADL, bisogni cognitivi, sociali e sanitari

* Il criterio della "completezza" è trattato nel paragrafo 3. Fonte: Llana-Nozal et al., 2025.

Dieci Paesi, oltre alle ADL e alle IADL, aggiungono alla valutazione complessiva anche la valutazione delle attività cognitive ed eventuali deficit. Altre sei nazioni (Belgio, Estonia, Lussemburgo, Slovenia, Svezia, Regno Unito) completano il quadro valutativo aggiungendo (oltre alle capacità cognitive) anche la valutazione sulla capacità di svolgere attività sociali (Llana-Nozal et al. 2025).

Dunque, un numero crescente di Paesi sta ampliando gli aspetti sottoposti alle valutazioni dei bisogni di LTC per considerare esplicitamente le attività sociali e le capacità cognitive. Diversi Paesi hanno aggiornato i propri sistemi per tenere conto non solo delle disabilità fisiche, ma anche della salute mentale e cognitiva. Ad esempio, la Germania riconosce la demenza come una condizione che richiede un supporto significativo, anche in assenza di limitazioni fisiche (Pesaresi, 2025c).

Ai 25 Paesi che abbiamo citato sopra, se ne aggiungono poi altri quattro (Danimarca, Finlandia, Germania, Olanda) che pur non facendo esplicito riferimento alle ADL e alle IADL assumono indicatori che a questi si rifanno e che esprimono un sistema di valutazione che tiene conto dei tre elementi che abbiamo indicato nel paragrafo 1.

Ci sono poi altri due Paesi che si rifanno al sistema di valutazione InterRai, Ontario (Canada) e Nuova Zelanda, che comunque contengono al loro interno tutti i dati relativi alle ADL e alle IADL.

Solo i paesi senza una valutazione ufficiale o standardizzata dei bisogni non dichiarano esplicitamente di valutare le ADL e le IADL, come Grecia o Bulgaria.

3. La completezza della valutazione dei bisogni

L'OCSE ha provato a valutare la completezza delle valutazioni dei bisogni per determinare l'idoneità di una persona a ricevere sussidi e/o la tipologia e l'ampiezza del sostegno pubblico, individuando tre livelli di completezza: basso, medio e alto (Cfr. Tab. 1).

Per la categorizzazione sono stati utilizzati i seguenti criteri:

- **Bassa completezza:** un paese viene classificato in questa categoria se la sua valutazione dei bisogni si concentra principalmente sulle limitazioni nelle attività della vita quotidiana (ADL), come la difficoltà a vestirsi o lavarsi in modo autonomo. Questa

focalizzazione limitata indica un approccio più ristretto alla valutazione dei bisogni di assistenza a lungo termine (LTC).

- **Media completezza:** un paese rientra in questa categoria se il suo processo di valutazione considera almeno sei attività quotidiane (ADL), oltre ad alcune attività strumentali della vita quotidiana (IADL). Ad esempio, le difficoltà nel preparare un pasto caldo o nell'assumere farmaci sono alcune delle limitazioni considerate. Questa categoria riflette un approccio più inclusivo poiché comprende una gamma più ampia di compiti funzionali rispetto al livello più basso.

- **Alta completezza:** un paese è classificato come completo quando la sua valutazione dei bisogni adotta un approccio olistico per determinare i bisogni di assistenza dei singoli individui. Ciò include la conduzione di una valutazione funzionale ampia, che comprenda un'ampia gamma di attività della vita quotidiana (ADL) e attività strumentali di vita quotidiana (IADL). Inoltre, la valutazione considera le limitazioni cognitive, comportamentali e/o sociali. Questa categoria si riferisce ai sistemi che, attraverso la loro valutazione dei bisogni, riconoscono la natura multidimensionale dei bisogni di LTC valutando non solo le limitazioni funzionali, ma anche quelle cognitive, comportamentali e sociali.

Quanto più completa è la valutazione dei bisogni, tanto meglio può riflettere l'intera portata delle circostanze individuali, delle capacità funzionali e delle dipendenze assistenziali e, in ultima analisi, migliorare l'equità identificando e affrontando condizioni più complesse. In questo modo, le valutazioni possono svolgere un ruolo cruciale nel rallentare il declino del benessere affrontando problematiche che vanno oltre l'assistenza di base, tra cui isolamento sociale, auto-abbandono, malnutrizione e disagio psicologico. Oltre a garantire che gli individui ricevano un supporto adeguato, una valutazione dei bisogni ben strutturata promuove anche un'allocatione delle risorse economicamente vantaggiosa, dando priorità agli interventi precoci per coloro che ne hanno più bisogno, il che può contribuire a mitigare la domanda di cure più intensive e costose nel lungo periodo (Pesaresi, 2025a, 2025b).

Nel complesso, la metà circa dei paesi dell'OCSE dispone di un sistema di valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani che per completezza può essere definito alto. Alcuni Paesi, pertanto, valutano i bisogni in modo più completo rispetto ad altri.

4. Chi valuta i bisogni di assistenza a lungo termine

In molte nazioni europee (Austria, Croazia, Repubblica Ceca, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lettonia, Polonia, Portogallo, Romania, Repubblica Slovacca e Spagna) la valutazione viene eseguita da un operatore sanitario qualificato professionale¹ o da un infermiere o da un team multidisciplinare composto da almeno un professionista sanitario.

In Croazia, dal 2017, un gruppo di esperti determina il tipo e il grado di disabilità di una persona, presieduto da un medico e composto da almeno un medico e un esperto in disabilità con almeno due anni di esperienza ciascuno.

1. Gli operatori sanitari includono, ma non sono limitati a, medici, infermieri, psicologi, terapisti occupazionali, fisioterapisti.

In Lussemburgo, la valutazione può essere effettuata anche da un professionista sanitario o, in alternativa, da un assistente sociale. È infatti comune che la valutazione venga condotta da assistenti sociali, anche in paesi come Danimarca, Inghilterra, Estonia, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia. La carenza di professionisti sanitari è una questione critica da considerare. La Svezia impiega assistenti sociali qualificati per svolgere le valutazioni, garantendo che queste siano gestite in modo efficiente senza aumentare ulteriormente il carico di lavoro del personale sanitario.

Altri Paesi hanno elaborato risposte alternative a questa carenza, basandosi sul certificato medico rilasciato da un medico di base e in larga misura sulla cartella clinica esistente del singolo individuo. Le autorità basano quindi la loro valutazione dei bisogni assistenziali su questa documentazione. Se le prove fornite non sono sufficienti a determinare il livello di bisogno, può essere condotta una valutazione formale dei bisogni. Questo approccio viene utilizzato per alcune prestazioni in paesi come l'Inghilterra (*Attendance Allowance*), la Finlandia (*Care Allowance*) e il Portogallo.

Alcuni paesi, infine, hanno previsto degli organismi indipendenti che valutano i bisogni di assistenza a lungo termine (LTC) per tutti o per alcuni dei servizi che esistono; è il caso, ad esempio, della Germania, per i servizi forniti dall'assicurazione LTC; o il caso dell'Olanda che ha previsto il Centro di Valutazione dei Bisogni Assistenziali (*Centrum Indicatiestelling Zorg*), un ente governativo indipendente. I valutatori indipendenti possono fornire valutazioni più oggettive, coerenti e imparziali, garantendo un accesso equo e giusto all'assistenza basato esclusivamente sui bisogni individuali.

In Italia, la valutazione dei bisogni viene valutata da un team che in genere vede la presenza di almeno un medico, un infermiere e un assistente sociale. Ma non di infrequente la composizione formale è più ampia mentre quella reale è più ristretta. La lezione per l'Italia, che vive al pari degli altri la carenza di alcune figure professionali, è quella di semplificare l'identificazione del team che valuta o dei professionisti che effettuano la valutazione a condizione però di poter disporre di uno strumento valutativo affidabile e validato.

5. Le norme italiane sulla valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani

Nel nostro Paese, la valutazione multidimensionale dei bisogni degli anziani è da tempo richiamata nella normativa in materia di non autosufficienza. Solo negli anni più recenti, tuttavia, l'attenzione del legislatore si è estesa anche agli strumenti operativi necessari per rendere effettiva tale valutazione. Tra i principali riferimenti normativi si segnalano:

- la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Legge di Bilancio 2022), che attribuisce alle unità di valutazione multidimensionale il compito di analizzare in modo integrato i bisogni clinici, funzionali e sociali della persona, nonché la sua capacità bio-psico-sociale, al fine di stimare il carico assistenziale necessario a garantire la permanenza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e benessere, riducendo al contempo isolamento sociale e ricoveri impropri;
- la legge 23 marzo 2023, n. 33, recante deleghe al Governo in materia di politiche per le persone anziane, e il successivo decreto legislativo n. 29/2024, che demandano a

un ulteriore provvedimento l'individuazione di uno strumento nazionale di valutazione della non autosufficienza;

- il Piano Nazionale per la Non Autosufficienza (PNNA) 2022-2024, che inserisce la valutazione multidimensionale tra le fasi essenziali per la costruzione di percorsi assistenziali integrati rivolti a persone non autosufficienti o con disabilità grave.

La normativa più recente sui servizi sociosanitari per gli anziani fa dunque esplicito riferimento all'introduzione di strumenti nazionali di valutazione multidimensionale come base per una lettura integrata dei bisogni sanitari e sociali. Tali strumenti dovrebbero orientare in modo unitario l'offerta dei servizi e sostenere la definizione di percorsi assistenziali personalizzati e integrati.

La valutazione multidimensionale rappresenta infatti un passaggio centrale nell'assistenza alle persone non autosufficienti, poiché consente di superare una visione esclusivamente clinica, includendo aspetti cognitivi, sociali, economici e ambientali. Questo approccio permette agli operatori delle cure integrate di avere una comprensione complessiva della situazione della persona e di predisporre interventi mirati e coerenti con i bisogni rilevati.

Nonostante ciò, ad oggi non è stato ancora definito uno strumento nazionale unico per la valutazione della non autosufficienza. Per affrontare consapevolmente questa fase di transizione, è utile delineare il quadro attuale delle esperienze in atto nel nostro Paese.

6. Strumenti di valutazione multidimensionale nelle regioni italiane

È opportuno innanzitutto ricordare che, in assenza di uno strumento nazionale, la valutazione delle condizioni e dei bisogni degli anziani è demandata alle regioni e alle province autonome. Lo strumento nazionale previsto dalla legge n. 33/2023, la cui approvazione era inizialmente attesa in tempi più ravvicinati, è stata rinviata dal recente Decreto Milleproroghe (dicembre 2025) a settembre 2026, mentre l'eventuale fase di sperimentazione dello strumento potrà avviarsi non prima del 1° gennaio 2027.

Nel frattempo, tutte le regioni italiane, con una sola eccezione, adottano strumenti di valutazione multidimensionale per l'analisi dei bisogni assistenziali delle persone non autosufficienti. Tuttavia, tali strumenti presentano differenze significative tra una regione e l'altra e, in alcuni casi, anche all'interno della stessa regione. Le diversità riguardano sia la popolazione target sia le tipologie di servizi per cui la valutazione è richiesta.

La Tab. 2 riporta gli strumenti di valutazione multidimensionale utilizzati per gli anziani non autosufficienti dalle regioni italiane. Però occorre anche aggiungere che oltre agli strumenti indicati nella Tab. 2, è utilizzato l'indice di Barthel in Abruzzo ed Emilia Romagna, il QVAD in Friuli-Venezia Giulia, il SOSIA nelle RSA in Lombardia, la scheda VITA nella P.A. di Bolzano e la certificazione di stadiazione e la scheda UVMDi - Valutazione e Progettazione Multidimensionale e Multiprospettica della Persona Adulta con Disabilità in Valle D'Aosta (OCSE, 2024a).

La maggior parte dei dati appena citati e di quelli inseriti nella Tab. 2 sono stati raccolti dall'OCSE con un questionario inviato alle regioni (OCSE, 2024a).

Tab. 2. Strumenti di valutazione multidimensionale degli anziani non autosufficienti in uso nelle regioni italiane

SVAMA	SVAMDI	InterRAI HC	ValGraf	RUG	AGED	Geriatric depression scale	Short portable mental status	Bina	Uno strumento regionale
Abruzzo	Abruzzo	Lazio	Friuli V. Giulia	Lazio	Liguria	Abruzzo	Abruzzo	Emilia Romagna	Lombardia
Calabria	Calabria	Lombardia		Marche		Lombardia			Piemonte
Campania	Lazio								Valle d'Aosta
Molise	Sicilia								
Puglia	Valle d'Aosta								
Sardegna									
Sicilia									
Trento									
Umbria									
Valle d'Aosta									
Veneto									

Fonte: ns elaborazione di OECD, 2024a; Decreto 97/2018 Campania; Regione Sardegna, D.G.R. 35/17 del 10/7/2018.

Per la valutazione multidimensionale degli anziani, la maggioranza delle regioni utilizza quindi la SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane). Gli altri strumenti di valutazione sono molto meno diffusi tra le regioni (Cfr. Tab.2). Il fatto che alcune regioni indicano più strumenti può dipendere dal fatto che vengono utilizzati per setting assistenziali diversi o per integrare la valutazione ottenuta con un solo strumento.

I più diffusi sono comunque la SVAMA (Scheda per la Valutazione Multidimensionale delle persone adulte e Anziane) e la SVAMDI (Scheda di Valutazione Multidimensionale della Disabilità); entrambi gli strumenti di valutazione si basano sul concetto di disabilità identificato attraverso la classificazione ICF, che comprende i bisogni sanitari e sociali della persona, la sua capacità di eseguire le ADL e le IADL e il supporto che riceve dall'ambiente circostante. Infatti, lo strumento di valutazione SVAMA prende in considerazione l'autonomia fisica e mentale della persona, i bisogni sanitari e le limitazioni funzionali. Queste ultime sono misurate attraverso il bisogno di supporto per svolgere le attività della vita quotidiana (ADL) e le attività strumentali della vita quotidiana (IADL).

In genere gli altri strumenti sono diffusi al massimo in due regioni diverse a testimonianza di una grande diversificazione nella scelta degli strumenti di valutazione.

7. Le dimensioni indagate dagli strumenti di valutazione

Gli strumenti di valutazione indagano in misura molto variabile le seguenti dimensioni:

1. dimensione sociale, economica e abitativa;
2. dimensione funzionale e cognitiva;
3. dimensione della salute fisica e mentale;
4. dimensione del benessere generale e della socialità.

La raccolta sistematica di informazioni su queste aree consente agli operatori sanitari e sociali di costruire un quadro complessivo della condizione della persona, superando una lettura esclusivamente clinica e favorendo la personalizzazione dei piani assistenziali.

Un aspetto cruciale è la capacità di anticipare e prevenire l'evoluzione della condizione dell'assistito attraverso una gestione proattiva. Ad esempio, la valutazione della funzionalità cognitiva può rivelare segni precoci di deterioramento che richiedono interventi tempestivi per migliorare la qualità della vita del paziente. Inoltre, una valutazione accurata delle condizioni psicosociali e ambientali può contribuire a creare un ambiente di cura più adatto, riducendo il rischio di depressione, isolamento sociale e altri problemi correlati (OECD, 2024b).

Dimensione sociale, economica e abitativa

La valutazione sociale fornisce informazioni cruciali per comprendere il contesto di vita del soggetto non autosufficiente, offrendo una visione chiara sulle reti di supporto disponibili e su chi fornisce assistenza attiva, come familiari o personale privato. Anche la situazione economica e abitativa viene attentamente considerata. Come si può vedere dalla Tab. 3, la quasi totalità delle regioni italiane raccoglie informazioni circa la situazione sociale, abitativa ed economica. Tuttavia, ci sono alcune eccezioni, rappresentate dalla scheda AGED (*Assessment of geriatric disability*), attualmente adottata dalla Liguria, e la scheda RUG III (*Resource Utilization Groups III*), di cui si avvalgono le Marche. La scheda AGED è pensata principalmente per indirizzare il paziente verso le collocazioni residenziali e semiresidenziali disponibili sul territorio mentre la scheda RUG III è invece nata specificamente per la valutazione degli ospiti collocati in strutture residenziali (OECD, 2024b).

Tab. 3 - Le dimensioni indagate dai diversi strumenti di valutazione

Dimensione indagata	Dimensione indagata adeguatamente	Dimensione indagata in modo insufficiente
Dimensione sociale, economica e abitativa	SVAMA; InterRAI-HC; BINAH; PAP; ValGraf; UVG; VITA	RUG III; AGED
Dimensione funzionale e cognitiva	SVAMA; InterRAI-HC; PAP; ValGraf; UVG; VITA	BINAH; RUG III; AGED
Dimensione della salute fisica e mentale	ValGraf; RUG III, PAP; BINAH	SVAMA; AGED; VITA
Dimensione del benessere generale e della socialità	InterRAI-HC; ValGraf; PAP. Meno: Svama; VITA, RUG; Aged	BINAH; UVG

Fonte: nostra elaborazione su dati OECD, 2024b.

Come risulta del tutto evidente, alcuni strumenti di valutazione – come RUG III e AGED –, pur essendo validi nel loro settore di intervento, non forniscono una valutazione multidimensionale completa perché non hanno un approccio olistico in quanto non sono rivolti a tutta la popolazione anziana ma solo alle persone accolte o accoglibili nelle strutture residenziali.

Dimensione funzionale e cognitiva

Questi dati forniscono una visione delle capacità funzionali e delle esigenze di assistenza di ciascun individuo, permettendo ai professionisti sociosanitari e sociali di pianificare interventi personalizzati sui bisogni e di monitorare l'evoluzione delle condizioni fisiche e cognitive nel tempo. La valutazione accurata delle ADL e IADL è cruciale per identificare precocemente eventuali declini funzionali, prevenire incidenti domestici e ridurre il rischio di ospedalizzazione. Alcune schede, come BINAH, RUG III e AGED, infatti, non coprono in maniera dettagliata ed esaustiva le attività della vita quotidiana (ADL) e mancano di fornire una visione complessiva delle capacità funzionali degli individui non autosufficienti. La scheda BINAH, per esempio, indaga l'aiuto necessario al soggetto per svolgere genericamente le ADL, ma senza valutare separatamente le singole attività come mangiare, lavarsi, vestirsi, etc., compromettendo la possibilità di identificare con precisione le aree di bisogno (OECD, 2024b). La scheda RUG III, pur essendo molto diversa da BINAH e da AGED, come strumento di valutazione generale soffre invece del fatto di essere nata specificamente per la valutazione degli ospiti collocati in strutture residenziali (dove è molto efficace).

Dimensione della salute fisica e mentale

Gli strumenti più completi sotto il profilo sanitario risultano essere ValGraf, RUG III e PAP, che coprono in maniera estesa le principali aree di valutazione. Molti strumenti includono informazioni su linguaggio, udito e vista, mentre aspetti altrettanto rilevanti, come equilibrio e rischio di caduta, non sono sempre considerati.

Per quanto riguarda la salute mentale, non tutti gli strumenti approfondiscono in modo adeguato gli aspetti psicologici e comportamentali. ValGraf si distingue per l'ampiezza delle informazioni raccolte, includendo depressione, ansia, deliri, disturbi del sonno e comportamenti aggressivi. Altri strumenti, come RUG III, UVG, interRAI-HC e PAP, forniscono una sintesi utile, seppur meno dettagliata. BINAH si limita a una valutazione molto generica, mentre SVAMA, AGED e VITA non esplorano questo ambito (OECD, 2024b).

Dimensione del benessere generale e della socialità

La solitudine e l'isolamento sociale rappresentano fattori di rischio rilevanti per numerose patologie, incluse quelle cognitive e depressive. Quasi tutti gli strumenti, ad eccezione di BINAH e UVG, raccolgono almeno alcune informazioni sull'integrazione sociale, sulle attività svolte e sul benessere emotivo della persona.

Alcuni strumenti, in particolare interRAI-HC, ValGraf e PAP, valutano anche il carico assistenziale del caregiver principale, consentendo di individuare precocemente situazioni di stress e di programmare interventi di supporto adeguati (OECD, 2024b).

8. Conclusioni e indicazioni per l'Italia

L'Italia, secondo l'OCSE, purtroppo viene considerata come un Paese con un sistema di valutazione con un basso livello di completezza. Ha pesato sicuramente in questo il fatto che in Italia non c'è ancora un sistema nazionale di valutazione.

Oggi però l'Italia ha una opportunità importante per riformare e migliorare il sistema

della valutazione dei bisogni assistenziali degli anziani perché la Legge Delega 33/2023 prevede un nuovo processo di valutazione delle condizioni dell'anziano, suddividendolo fra due valutazioni, tra loro collegate: una - nuova - di responsabilità statale e una a titolarità locale, che rimane invariata rispetto a oggi. Molto più controverso è il ruolo del successivo decreto legislativo attuativo n. 29/2024 che non facilita l'attuazione della legge.

La nuova Valutazione multidimensionale unificata (VAMU) che stiamo aspettando assorbirà tutte le diverse valutazioni attualmente vigenti per ricevere le prestazioni nazionali (ad esempio invalidità civile, indennità di accompagnamento, benefici della legge 104/92, esenzione dal ticket, presidi e ausili) in un'unica valutazione, realizzata con uno strumento valutativo di nuova generazione.

Decisiva è la disponibilità di uno strumento di VAMU che sia in grado di fornire tutte le informazioni per una valutazione unica e che quindi sia in grado di valutare e graduare la non autosufficienza, l'invalidità e la disabilità. Lo strumento di valutazione multidimensionale, che dovrà essere approvato in attuazione della legge di riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (L.33/2023) dovrà pertanto essere standardizzato, digitalizzato, informatizzato e soprattutto globale (approccio bio-psicosociale, ecc.) in modo tale che sia ad alta completezza, in linea con i migliori standard internazionali, e in grado di classificare gli anziani in profili omogenei di fabbisogno assistenziale. Come abbiamo visto nei paragrafi precedenti gli strumenti di valutazione multidimensionale adottati dalle regioni italiane non sono in grado di rispondere a tutte le esigenze di ogni contesto assistenziale. Alcuni degli strumenti adottati sono focalizzati sull'assistenza domiciliare, altri sull'assistenza residenziale ed altri ancora su quella domiciliare e residenziale.

Ogni strumento presenta dunque punti di forza e limiti specifici, legati al contesto per cui è stato progettato. Ciò non ne invalida l'utilità, ma ne condiziona l'efficacia quando viene applicato a situazioni diverse da quelle di riferimento. Appare quindi necessario disporre di strumenti maggiormente orientati a una valutazione globale, capaci di coprire in modo coerente i diversi setting assistenziali.

In particolare, per una pianificazione efficace degli interventi domiciliari, risulta preferibile l'utilizzo di strumenti con un approccio olistico, più sensibili alla rilevazione dei bisogni legati solamente alle ADL e alle IADL, elementi chiave per garantire un'assistenza adeguata alle persone non autosufficienti (OECD, 2024b). L'attuale eterogeneità degli strumenti regionali, invece, può contribuire a generare disuguaglianze nell'accesso ai servizi.

È inoltre fondamentale che il futuro strumento nazionale sia in grado di classificare la non autosufficienza su più livelli, rappresentando in modo accurato la progressiva compromissione delle autonomie e consentendo una graduazione del fabbisogno assistenziale.

A queste esigenze dovrebbe rispondere il nuovo strumento nazionale di valutazione della non autosufficienza degli anziani che dovrà essere identificato ed approvato con Decreto in base alla legge 23 marzo 2023, n. 33 (Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane) ed il successivo D. Lgs. 29/2024 di attuazione della Legge. L'aspettativa è grande.

BIBLIOGRAFIA

Costenoble, A., Knoop, V., Vermeiren, S., et al. (2021). A Comprehensive Overview of Activities of Daily Living in Existing Frailty Instruments: A Systematic Literature Search. *The Gerontologist*, 3, 61(3), e12-e22.

Katz, S. (1983). Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *Journal of the American Geriatric Society*, 31, 12, 721-727.

Llena-Nozal, A., Araki, S. e Killmeier, K. (2025). Needs assessment and eligibility criteria in long-term care: how access is managed across OECD countries. *OECD Health working papers*, 181/2025.

OECD (2024a). *Un'analisi dello stato di integrazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria a domicilio*, OECD.

OECD (2024b). *Una proposta di modello di intervento per promuovere l'integrazione degli interventi sanitari e sociali a domicilio per persone non autosufficienti*, OECD.

Pesaresi, F. (2025a). *Come si valuta la non autosufficienza in Francia?*, Welforum. Disponibile da: <https://www.welforum.it/come-si-valuta-la-non-autosufficienza-in-francia/> (u. a. 25/04/2026).

Pesaresi, F. (2025b). *La valutazione della non autosufficienza in Spagna*. Welforum. Disponibile da: <https://www.welforum.it/la-valutazione-della-non-autosufficienza-in-spagna/> (u. a. 25/04/2026).

Pesaresi, F. (2025c). *La valutazione della non autosufficienza in Germania*. Welforum. Disponibile da: https://francopesaresi.blogspot.com/2025/11/la-valutazione-della-non_26.html (u. a. 25/04/2026).

Pesaresi, F. (2025d). *Come si valutano i bisogni assistenziali degli anziani nei paesi OCSE*, Welforum. Disponibile da: <https://www.welforum.it/come-si-valutano-i-bisogni-assistenziali-degli-anziani-nei-paesi-ocse/> (u. a. 25/04/2026).

Regione Campania, DECRETO del Commissario ad Acta N. 97 del 16/11/2018: Assistenza socio-sanitaria territoriale: Requisiti, criteri e procedure di accesso per le R.S.A.: Unità di cure residenziali per persone adulte non autosufficienti (R3), per persone adulte affette da Disturbi Cognitivi e Demenze (R2D), e per persone adulte non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate (RD3). Attuazione Programma Operativo 2016-2018 Intervento 19.1 DCA 14/2017.

Regione Sardegna, D.G.R. 35/17 del 10/7/2018: *Linee di indirizzo sui profili assistenziali delle Cure Domiciliari Integrate (CDI) e delle Cure Palliative Domiciliari (CPD)*.

Regione Sardegna, D.G.R. 33/12 del 30/6/2015: *Linee guida per la valutazione multidimensionale, il finanziamento e il monitoraggio dei piani personalizzati* (legge n. 162/1998).

di Cristiano Gori – *Professore ordinario di Sociologia e coordinatore “Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza”*

LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA AGLI ANZIANI: A CHE PUNTO SIAMO?

ABSTRACT

Il testo analizza lo stato della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (L. 33/2023), evidenziando forti ritardi. Gli obiettivi – sistema unitario, nuovi modelli di intervento e ampliamento dell'offerta – risultano in gran parte disattesi: integrazione ridimensionata, servizi domiciliari rinviati, criticità nelle strutture e sperimentazione limitata sull'indennità. Mancano inoltre risorse e una strategia chiara, a fronte di bisogni in crescita.

Introduzione

Seguire il confronto pubblico sulle riforme risulta sovente ostico. L'attenzione, infatti, tende a rivolgersi non alle conseguenze attese per la popolazione interessata, bensì all'evoluzione delle norme (dunque all'introduzione di determinati articoli piuttosto che al suo probabile impatto nella vita delle persone coinvolte). Inoltre, ci si dilunga spesso in un profluvio di riferimenti ad articoli, decreti, regolamenti, etc., rendendo così assai complicato capire cosa conta veramente.

Questo testo esamina lo stato dell'attuazione della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, contenuta nella Legge Delega 33/2023. Nel farlo, cerca di evitare i limiti menzionati: si concentra su pochi punti chiave e li considera dal punto di vista delle persone coinvolte.

In una simile prospettiva, tre sono gli obiettivi della riforma. Primo, la costruzione di un settore unitario. Bisogna passare dall'attuale sistema frammentato a uno il più

possibile unitario, così da semplificare i percorsi delle famiglie ed evitare che debbano – come oggi avviene – peregrinare tra una varietà di sportelli, luoghi e sedi, con una babele di regole e procedure differenti da seguire.

Secondo, nuovi modelli d'intervento. È necessario aggiornare l'offerta di risposte di welfare per allinearla al cambiamento della domanda, in modo differente tra i diversi contesti assistenziali. Si tratta, tra l'altro, di introdurre servizi domiciliari per la non autosufficienza, di prevedere nelle strutture residenziali personale adeguato al diffondersi delle demenze e di impiegare l'indennità di accompagnamento per sostenere il costo delle assistenti familiari regolari.

Terzo, l'ampliamento dell'offerta. Attualmente la rete dei servizi a titolarità pubblica lascia inevase molte domande, poiché sia quelli a domicilio sia quelli in strutture residenziali sono insufficienti. È necessario, dunque, reperire maggiori finanziamenti al fine di allargare l'offerta.

Gli obiettivi si sostanziano in alcuni (pochi) interventi, dando vita alla tabella qui sotto: ora la si vuole riempire di contenuti.

Obiettivo: costruzione del sistema unitario

Governance

Attualmente l'assistenza pubblica rivolta agli anziani viene gestita attraverso tre settori distinti e scarsamente coordinati: le politiche sanitarie, quelle sociali e i trasferimenti monetari erogati dall'INPS. La Legge 33/2023 ha introdotto lo Snaa (Sistema Nazionale per la Popolazione Anziana Non Autosufficiente). Lo Snaa prevede – a livello centrale, regionale e locale – la programmazione integrata di tutti gli interventi a titolarità pubblica per la non autosufficienza, afferenti alle tre filiere menzionate. In pratica, gli attori pubblici coinvolti programmano congiuntamente come utilizzare l'insieme delle risorse per la non autosufficienza, a livello statale, regionale e locale.

Con il successivo Decreto 29/2024 la costruzione dello Snaa viene rinviata nella sostanza, pur mantenendolo nominalmente. Infatti, la programmazione integrata non riguarda più la totalità delle misure, bensì unicamente i servizi e gli interventi sociali (ovvero solo una delle tre filiere richiamate sopra). La realizzazione di un settore integrato, cioè guidato il più possibile da logiche e modelli di interventi unitari – punto di riferimento nelle esperienze internazionali – è dunque uscita dal radar.

Procedure

Richiedere assistenza pubblica, oggi, costringe famiglie e anziani a peregrinare tra una moltitudine di sportelli, luoghi e sedi, affrontando una vera e propria babele di procedure diverse. La semplificazione di questo labirinto burocratico è un obiettivo fondante della riforma. Per rispondere a tale necessità, infatti, la Legge 33 mira a ridurre drasticamente la pleora delle valutazioni delle condizioni degli anziani che determinano gli interventi ai quali hanno diritto. Attualmente ne esistono troppe (5/6) che – oltretutto – non sono collegate tra loro e rendono quanto mai complicata la vita delle persone coinvolte.

Nonostante le promesse della Legge 33, la bozza del Decreto Attuativo – elaborata e portata a compimento presso il Ministero della Salute – presentava contenuti peculiari. Contrariamente a quanto ci si potrebbe attendere da una norma volta alla semplificazione, il Decreto, di fatto, determinava procedure più complicate rispetto all'oggi, aumentando

per anziani e famiglie il numero di passaggi da compiere. In sintesi, un provvedimento legislativo nato per rendere le cose più semplici a chi necessita di assistenza conseguiva l'effetto opposto, ingarbugliandole ulteriormente. Il Patto si è impegnato a fondo affinché questo Decreto non venisse presentato, preparando un'articolata documentazione tecnica a sostegno della propria posizione. Il Ministro Schillaci ha mostrato una notevole disponibilità all'ascolto e ha di conseguenza fatto ritirare il decreto.

Obiettivo: definizione di nuovi modelli d'intervento

Assistenza al domicilio

In Italia manca un servizio domiciliare pubblico specificamente pensato per gli anziani non autosufficienti. Quello più diffuso, l'assistenza domiciliare integrata (ADI) fornita dalle ASL, offre infatti solo singole prestazioni di tipo medico e infermieristico, che sono utili ma non sufficienti a gestire la complessità dei bisogni di questa popolazione.

La Legge 33/2023 introduceva la tanto attesa nuova assistenza domiciliare, basata su tre pilastri: una durata commisurata ai bisogni (che si prolungano nel tempo); una visione globale della condizione dell'anziano (grazie alla collaborazione tra servizi sociali e sanitari); la capacità di offrire risposte appropriate alle diverse esigenze e variabili secondo le situazioni (sul versante infermieristico, riabilitativo, sociale, psicologico e altro).

Tuttavia, con l'emanazione del Decreto 29/2024, la riforma della domiciliarità è stata rinviata. Successivamente, non vi è stato alcun segnale di un cambio di direzione su questa materia.

Strutture residenziali

Il riferimento è lo schema del Decreto attuativo del Ministro della Salute, emanato nell'aprile 2025. Quest'ultimo presentava alcuni punti positivi a livello organizzativo, ma questi sono isolati, di portata limitata e non collegati tra loro. Venivano invece eluse le questioni fondamentali, a partire dalla più importante: la dotazione di personale, cioè la garanzia di un numero sufficiente di operatori per assistere adeguatamente i residenti.

Mancava, in altre parole, la necessaria strategia nazionale capace di definire una visione di medio-lungo periodo per l'assistenza residenziale, un punto di riferimento che servirebbe a tutte le Regioni. Lo Stato dovrebbe fissare pochi – ma cruciali – punti chiave ed assicurare i finanziamenti per realizzarli.

Al contrario, lo schema evidenziava chiaramente l'intenzione dello Stato di non intervenire in questo settore. Se il decreto fosse stato approvato in questa forma, l'assenza dello Stato sarebbe diventata la posizione ufficiale delle istituzioni italiane. Ciò avrebbe significato, per gli anni a venire, che il compito di affrontare le numerose e complesse questioni legate all'assistenza residenziale spetterà esclusivamente alle Regioni. Il Patto si è impegnato a fondo nell'analisi tecnica del Decreto, mostrandone così tutte le debolezze. Ha collaborato con le Regioni, attraverso un fattivo confronto di idee e materiali. Il Decreto è stato bocciato dalla Conferenza delle Regioni e successivamente ritirato dal Governo.

Indennità di accompagnamento

La Legge 33 prevede di riformare l'indennità, attualmente la misura pubblica più diffusa, trasformandola nella prestazione universale. Il beneficio viene garantito esclu-

sivamente in base ai bisogni assistenziali degli anziani, mantenendo quindi l'attuale status di diritto. Inoltre, l'importo, oggi uguale per tutti, viene differenziato secondo l'effettivo bisogno di assistenza, introducendo una maggior equità grazie alla previsione di risposte diverse per condizioni diverse. Infine, a fianco dell'utilizzo del denaro senza vincoli - modalità vigente - viene stabilita una maggiorazione della somma ricevuta in caso la si impieghi per assumere regolarmente assistenti familiari o per usufruire dei servizi di soggetti privati e del privato sociale accreditati, incoraggiando così una maggior appropriatezza della spesa e dell'assistenza.

Con il Decreto 29/2024, al posto della riforma viene prevista una sperimentazione per il biennio 2025-2026, rivolta a circa 25 mila anziani. Viene mantenuta la denominazione di prestazione universale ma le caratteristiche sono molto diverse. A differenza di quanto previsto, l'accesso a questa misura sperimentale è determinato anche dalle condizioni economiche degli utenti, requisito completamente nuovo, e la somma resta uguale per tutti. L'unico elemento ereditato dalla Legge 33 è la maggiorazione dell'importo per chi assume assistenti familiari in modo regolare o ricorre a soggetti accreditati. La maggiorazione, in effetti, è robusta: 850 euro mensili da aggiungere ai 542 già previsti dall'indennità. È difficile immaginare che un così ampio incremento possa essere messo a disposizione di tutti gli attuali 1,3 milioni di anziani beneficiari. È noto che il primo anno della sperimentazione ha incontrato numerosi problemi, basti pensare che su 25 mila utenti attesi ve ne sono stati 6 mila. Di più non è possibile dire perché non sono stati resi noti i dati relativi alla sperimentazione.

Obiettivo: ampliamento dell'offerta

Finanziamenti

Le risorse sono essenziali per ampliare l'attuale offerta di servizi alla persona, sia a domicilio che in struttura, che risulta insufficiente. È importante notare che la Legge 33/2023 non poteva includere nuovi stanziamenti poiché rientrava tra le riforme del PNRR, che per definizione non possono prevedere incrementi strutturali di spesa corrente. A fronte di questo vincolo iniziale, successivamente non sono stati stanziati quegli aumenti strutturali delle risorse dedicate che pure sarebbero stati possibili.

Per garantire l'efficacia della riforma, si stima che a regime siano necessari tra i 5 e i 7 miliardi aggiuntivi annui di spesa pubblica. Questo è un obiettivo da raggiungere gradualmente, attraverso un piano pluriennale. Tuttavia, sarebbe miope concentrarsi unicamente sui fondi senza considerarne l'utilizzo. Ad oggi, la riforma non ha portato a definire alcun concreto percorso di sviluppo al quale destinare le eventuali maggiori risorse. Vi è bisogno, dunque, di nuovi finanziamenti collegati ad una maggiore progettualità, nonché di procedere di pari passo. Reperire più fondi senza aver individuato una chiara strategia di azione costituirebbe uno spreco di risorse; analogamente, mettere in campo la miglior progettualità senza poter contare su finanziamenti adeguati sarebbe uno sforzo inutile.

Conclusioni. Una questione di tempi

La tabella sintetizza lo stato dell'arte dell'attuazione della riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti, la Legge 33 approvata nel marzo 2023. Giunti all'aprile 2026, il

percorso è evidentemente in ritardo e diversi aspetti contenutistici paiono problematici.

In una prospettiva istituzionale, la lentezza non pare un'anomalia. È normale che una riforma ambiziosa, in un settore a elevata complessità politica e tecnica - del quale oltretutto lo Stato non si è mai occupato in precedenza in modo organico - incontri difficoltà importanti. La riforma, vale la pena ricordarlo, era stata attesa invano per 25 anni.

I problemi sorgono nel confronto tra i tempi delle istituzioni e quelli della società. Della riforma si parla dalla fine degli anni '90; l'ultimo paese geograficamente vicino a noi che l'ha introdotta è stata la Spagna, nel 2006. Intanto la popolazione anziana ha proseguito la sua crescita che - nel prossimo decennio - continuerà a ritmi sostenuti. Per contro, l'offerta di servizi e interventi versa perlopiù in gravi difficoltà, stretta tra frammentazione delle risposte, diffusa necessità di rivederle, sottofinanziamento e altro ancora.

Ecco, dunque, perché è necessario considerare i tempi. Diversamente, si corre il pericolo di iniziare a mettere realmente mano al settore troppo tardi, cioè quando la vastità dei bisogni inevasi e il grado di deterioramento delle politiche renderanno impossibili azioni incisive e migliorative di sostanza.

La riforma dell'assistenza agli anziani - Stato dell'arte (Aprile 2026)

RIFORMA (L. 33/2023)	SITUAZIONE ATTUALE
Obiettivo	Costruzione di un sistema unitario
Governance	La costruzione di un sistema di governance integrata è stata rinviata
Procedure	Il Decreto pronto ne avrebbe incrementato la complessità. È stato ritirato
Obiettivo	Definizione di nuovi modelli d'intervento
Assistenza a casa	La riforma dei servizi domiciliari è stata rinviata
Strutture residenziali	Il Decreto proposto prevedeva il disimpegno dello Stato. Per due volte è stato presentato in Conferenza delle Regioni e poi ritirato
Indennità di accompagnamento	Introdotta una sperimentazione (2025-2026) al posto della riforma. Primo anno con notevoli problemi
Obiettivo	Ampliamento dell'offerta
Finanziamenti	In attesa di risorse strutturali / Ancora mancano progetti di sviluppo ai quali destinarle

POVERTÀ E SALUTE MENTALE. RELAZIONE CIRCOLARE E DIRITTI NEGATI

ABSTRACT

Lo scorso 11 febbraio, nella Giornata Mondiale del Malato, Caritas Italiana ha presentato il volume dal titolo “Povertà e salute mentale. Relazione circolare e diritti negati”, scritto in collaborazione con la Conferenza Permanente per la salute mentale nel Mondo Franco Basaglia¹. Il testo offre una lettura complessa e approfondita del disagio mentale in Italia, attraverso l’analisi di dati epidemiologici, studi di sorveglianza, contributi della letteratura, ricerche quali-quantitative promosse da Caritas. Disuguaglianze economiche, precarietà lavorativa, fragilità abitative, isolamento e indebolimento dei legami non emergono come semplici fattori di contesto, ma determinanti sociali di salute che incidono sul benessere psicologico e sull’evoluzione del disagio. Ne emerge un peggioramento strutturale della salute mentale, con effetti particolarmente evidenti sulle giovani generazioni, sulle donne, sulle persone con esperienza migratoria, e una critica al definanziamento cronico della salute mentale, all’indebolimento dei servizi territoriali, alle crescenti disuguaglianze nell’accesso alle cure e ai servizi integrati. Accanto all’analisi delle criticità, lo studio individua possibili direzioni di cambiamento: il potenziamento dell’integrazione sociosanitaria, il rafforzamento dei servizi di prossimità, la valorizzazione del ruolo del Terzo settore e l’affermazione dei diritti, della partecipazione e dei progetti di vita. Il contributo, inoltre, sollecita a riconoscere la salute mentale come bene comune e pilastro della cittadinanza, assumendola come responsabilità collettiva e indicatore di giustizia sociale.

1.Cfr. <https://www.caritas.it/poverta-e-salute-mentale/> (u. a. 2/4/2026).

Dati di scenario

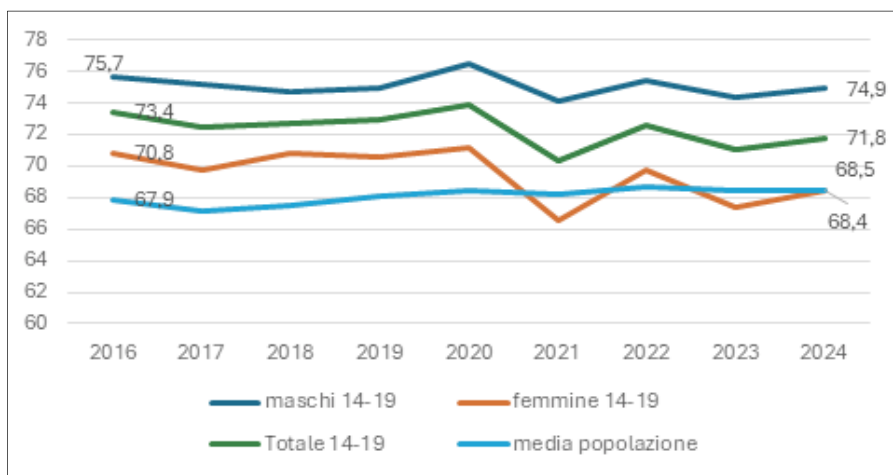
Negli ultimi anni, la salute mentale ha assunto un ruolo sempre più centrale nel dibattito pubblico e nelle agende internazionali. La pandemia ha agito da potente acceleratore, rendendo più visibili fragilità preesistenti e contribuendo a un diffuso peggioramento dello stato di benessere.

In Italia, le evidenze disponibili mostrano con chiarezza l'ampia diffusione dei disturbi mentali. Nell'arco della vita, essi interessano circa il 28% della popolazione – una percentuale in aumento rispetto al 18% registrato intorno agli anni Duemila – mentre nell'ultimo anno coinvolgono il 15% degli individui, contro il 7% del passato. Tra le condizioni più frequenti si collocano la depressione e i disturbi d'ansia. I disturbi psicotici, come la schizofrenia, presentano invece una prevalenza più contenuta ma stabile, pari a 3-6 casi ogni 1.000 abitanti. In modo trasversale emerge inoltre un marcato divario di genere, a svantaggio delle donne.

Le indagini di sorveglianza condotte a livello nazionale e internazionale da Istituto Superiore di Sanità, OCSE, Istat, OMS e UNICEF confermano e rafforzano queste tendenze, offrendo una lettura più ampia del benessere psicologico della popolazione. Nel 2024, l'Indice di salute mentale elaborato da Istat si attesta mediamente a 68,4 punti su una scala da 0 a 100. Si tratta di un valore complessivamente stabile nel periodo 2016-2024, con segnali di lieve miglioramento nel medio termine, ma che cela differenze significative per età e genere.

L'indice – che sintetizza dimensioni quali ansia, depressione e benessere psicologico – evidenzia infatti un peggioramento nelle fasce più giovani della popolazione, mentre con l'aumentare dell'età la situazione tende generalmente a migliorare. In particolare, la fascia 14-19 anni registra lo scostamento più marcato nel confronto tra il 2016 e il 2024. Nel dettaglio, per i giovani di questa età si osserva un calo del benessere mentale pari a 1,6 punti. Il peggioramento risulta più accentuato tra le ragazze, con una riduzione di 2,3 punti rispetto al 2016, a fronte di un calo di 0,8 punti tra i ragazzi.

Grafico 1 – Indice di salute mentale nella fascia di età 14-19 anni (per genere e totale) e media nazionale, anni 2016-2024.



Fonte: ISTAT

Le ricerche internazionali confermano e amplificano questo quadro. Secondo lo studio europeo ESPAD condotto nelle scuole, solo il 59% dei ragazzi tra i 15 e i 19 anni in Italia presenta un buon livello di benessere mentale, con un divario di genere particolarmente marcato: la quota sale al 66% tra i ragazzi, ma si ferma al 35% tra le ragazze.

Il malessere giovanile emerge non solo dalle indagini sul benessere psicologico, ma anche dall'aumento delle richieste di aiuto nei servizi di emergenza, dalle dichiarazioni di ideazione suicidaria, dagli atti di autolesionismo e dall'andamento dei suicidi. Tra il 2015 e il 2022, il numero di suicidi nelle classi di età più giovani è aumentato, con un'impennata particolarmente marcata nel 2021 – circa 80 decessi in più rispetto all'anno precedente – un livello che si è mantenuto anche nel 2022. Questa crescita può essere letta come la punta di un iceberg: la manifestazione estrema di un disagio profondo e strutturale, che interessa le giovani generazioni.

L'aumento complessivo del disagio mentale in Italia trova riscontro anche nei dati amministrativi e nell'utilizzo dei servizi territoriali. Tra il 2022 e il 2023, gli utenti adulti dei servizi psichiatrici sono passati da 776.829 a 854.000, con un incremento di circa il 10%. Parallelamente, si registra un significativo aumento delle richieste di aiuto da parte dei cittadini stranieri residenti, pari a circa il 20% tra il 2019 e il 2023: un fenomeno strettamente connesso all'acuirsi delle difficoltà economiche, sociali e abitative in un contesto di crisi prolungata.

Tabella 1 – Stranieri residenti in Italia. Tasso di prevalenza di accesso ai servizi psichiatrici pubblici e privati accreditati. Anni 2019-2023.

	Tasso x10.000 residenti stranieri	Tasso x10.000 ab. ITALIA
2019	87.6	164.9
2020	93.0	143.4
2021	105.9	158.4
2022	98.1	154.2
2023	104.4	169.5

Fonte: Rapporto Salute Mentale- Ministero della Salute

Povertà e salute mentale: lo sguardo della Caritas

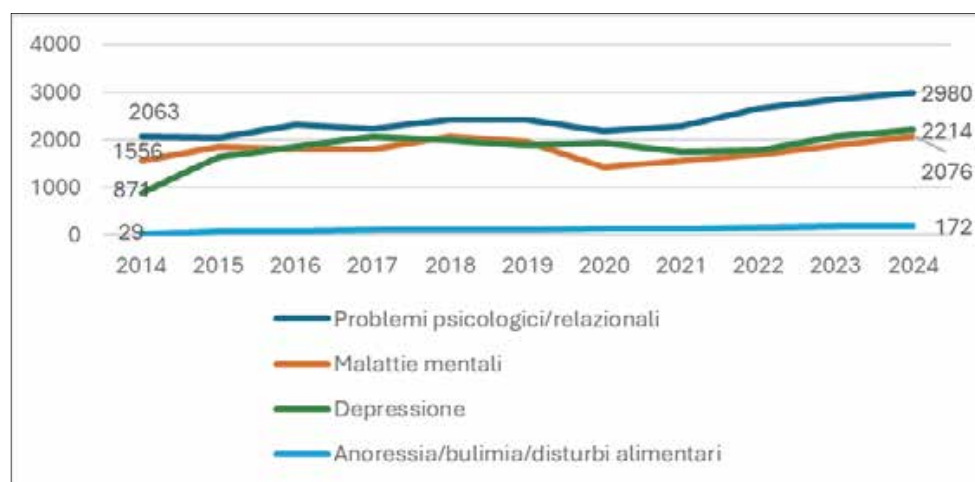
Tra le persone sostenute dalla rete Caritas nel 2024 (complessivamente 277.775), il 14,6% presenta una vulnerabilità di tipo sanitario, mentre il 4,4% manifesta una specifica condizione di sofferenza mentale². Si tratta, con ogni probabilità, di una quota sottosti-

2. Il dato si riferisce ai soli servizi informatizzati: 3.341 servizi distribuiti in 204 diocesi (pari al 92,7% delle diocesi italiane); tali servizi rappresentano circa la metà di quelli promossi e/o gestiti dalle Caritas diocesane e parrocchiali del nostro Paese, che secondo l'ultima mappatura risultano essere 6.780.

mata, anche alla luce delle evidenze istituzionali disponibili presentate. La sottostima può essere ricondotta a diversi fattori: le difficoltà di intercettare il disagio psichico nei contesti di ascolto; il persistere dello stigma sociale e dei sentimenti di vergogna che ancora lo accompagnano; la natura in taluni casi episodica dei colloqui. Nel complesso, le persone con sofferenza psicologica seguite nel corso del 2024 sono state 7.742.

Per quanto riguarda la tipologia dei disturbi, prevalgono le problematiche psicologico-relazionali (38,5%), seguite dai disturbi depressivi (28,9%) e dalle patologie psichiatriche (26,8%). Il dato più rilevante emerge tuttavia nella dinamica di lungo periodo: tra il 2014 e il 2024, si registra un aumento del 154% delle persone con disturbi depressivi, un incremento nettamente superiore rispetto alla crescita complessiva dell'utenza (+62%), con un passaggio da 871 a 2.214 persone (Graf. 2).

Grafico 2 – Persone ascoltate per tipologia di disagio psicologico/psichiatrico - Anni 2014-2024 (v.a.).



Fonte: Caritas Italiana

Dal punto di vista dei profili sociali incontrati, emergono alcune traiettorie ricorrenti; si tratta, in particolare, di: persone senza dimora (uomini soli con dipendenze e disturbi psichiatrici); persone over 55; padri separati *“working poor”*; donne vittime di violenza con forte componente depressiva; famiglie con figli in carico alla neuropsichiatria infantile; giovani tra i 18 e i 25 anni che presentano disturbi di ansia, attacchi di panico, depressioni ad alto funzionamento, a volte combinati a uso di sostanze.

La sofferenza psicologica difficilmente si configura come un problema isolato. Tende al contrario a intrecciarsi con bisogni fondamentali di natura economica, lavorativa, abitativa e relazionale, dando origine a forme di fragilità complesse e stratificate. Quasi l'80% delle persone con disagio psicologico incontrate dalla rete Caritas cumula infatti tre o più ambiti di bisogno, una quota significativamente superiore rispetto ad altri gruppi: tra le persone con sole fragilità sanitarie fisiche la percentuale scende al 58,5%, mentre tra chi non presenta alcuna patologia si ferma al 21% (Tab. 2).

Tabella 2 – Persone ascoltate secondo la presenza di fragilità sanitarie per numero di ambiti di bisogno (%) - Anno 2024

Categoria	1 ambito	2 ambiti	3 o più ambiti	Totale
Persone senza fragilità sanitarie	52,2	26,8	21,0	100,0
Fragilità sanitarie generiche	16,1	25,5	58,5	100,0
Sofferenza mentale	5,7	15,6	78,7	100,0

Un ulteriore elemento riguarda la cronicizzazione dello stato di bisogno. Tra le persone con sofferenza mentale, circa il 40% è seguito da lungo tempo (cinque anni o più), mentre la stessa quota scende al 24,9% tra chi non presenta fragilità di ordine sanitario.

Tabella 3 – Persone ascoltate secondo la presenza di fragilità sanitarie per durata della storia assistenziale (%) - Anno 2024

Categoria	Nuovi ascolti	1-2 anni	3-4 anni	5 anni e più	Totale
Senza fragilità sanitarie	39,4	23,8	11,9	24,9	100,0
Fragilità sanitarie generiche	31,0	22,2	12,2	34,6	100,0
Sofferenza mentale	29,8	19,3	11,2	39,8	100,0

Lo stile Caritas: approcci, funzioni e modalità di intervento

Nel lavoro quotidiano sui territori, le Caritas diocesane sviluppano un approccio peculiare e complementare rispetto agli altri attori del sistema di welfare, fondato sulla prossimità e sulla capacità di intercettare situazioni di disagio psichico spesso invisibili. Attraverso percorsi continuativi di ascolto e accompagnamento, svolgono una funzione di *“cerniera”* tra persone e istituzioni, facilitando l'accesso ai servizi pubblici e sostenendo la continuità dei percorsi di cura, soprattutto nelle fasi più critiche. L'intervento si estende poi all'intera vita quotidiana: casa, reddito, relazioni e mediazione con i servizi diventano elementi centrali per sostenere la tenuta complessiva delle persone. Le Caritas contribuiscono inoltre a contrastare stigma e isolamento, promuovendo esperienze di comunità, prossimità e volontariato. Nei contesti di emergenza e povertà estrema, garantiscono condizioni minime di sicurezza, continuità assistenziale e supporto relazionale. Questa impostazione definisce il cosiddetto *“stile Caritas”*, basato su alcuni principi chiave: centralità della persona e della famiglia, costruzione di relazioni di fiducia, lavoro di rete con i servizi pubblici e il privato sociale, sensibilizzazione delle comunità per ridurre pregiudizi e isolamento, e un'azione di *advocacy* orientata alla tutela dei diritti e alla promozione della giustizia sociale. Gli strumenti operativi specifici dedicati alle persone con sofferenza mentale sono molteplici e includono laboratori per il rafforzamento delle autonomie, attività ludico-ricreative e sportive inclusive, esperienze di *co-housing* per l'autonomia abitativa, tirocini di lavoro e di inclusione, oltre a percorsi di orientamento ai servizi, supporto psicologico e sostegno alle famiglie. In questo quadro, la rete non

si limita a intercettare il disagio, ma si configura come un dispositivo sociale capace di tenere insieme cura, inclusione e diritti, assumendo un ruolo di interfaccia tra fragilità individuali e responsabilità collettiva.

Riflessioni conclusive

La sofferenza mentale non può essere letta esclusivamente come una questione clinica: è profondamente intrecciata a fattori economici, sociali, relazionali e culturali. Povertà, precarietà, isolamento non costituiscono semplici sfondi, ma incidono direttamente sull'insorgenza, sull'evoluzione e sulle possibilità di uscita dal disagio.

In questo senso, la relazione tra povertà e salute mentale si conferma bidirezionale e cumulativa, come ampiamente documentato dalla letteratura. Le difficoltà materiali aumentano l'esposizione al disagio psichico, mentre la sofferenza mentale può compromettere i percorsi lavorativi, abitativi e relazionali, alimentando ulteriormente condizioni di esclusione. Si configura così un circuito che tende ad autoalimentarsi, trasformando situazioni di vulnerabilità temporanea in forme di marginalità persistente.

Accanto alla vulnerabilità delle persone, in aumento, emerge con forza anche quella dei sistemi di risposta. Nonostante un impianto normativo che, a partire dalla riforma avviata con la legge 180 del 1978, ha riconosciuto la salute mentale come parte integrante dei diritti di cittadinanza e ha posto al centro il superamento delle istituzioni totali, oggi si osservano segnali di criticità. Persistono forti disuguaglianze territoriali, carenze di risorse e difficoltà di integrazione tra ambito sanitario e sociale, cui si affiancano l'indebolimento dei servizi territoriali, il progressivo definanziamento della salute mentale e il rischio di nuove forme di istituzionalizzazione.

In questa prospettiva, alcune direttrici appaiono prioritarie come, ad esempio, quella di rafforzare maggiormente l'integrazione tra sociale e sanitario; ridurre le disuguaglianze territoriali attraverso standard vincolanti; investire in modo stabile nei servizi di prossimità e nelle figure professionali; promuovere strumenti personalizzati capaci di coniugare cura, autonomia e inclusione. Al tempo stesso, appare necessario sviluppare sistemi di monitoraggio orientati agli esiti e favorire la partecipazione attiva delle persone e delle comunità nei percorsi di cura.

Investire sulla salute mentale significa rafforzare la coesione sociale, sostenere le famiglie e costruire condizioni di vita più eque e sostenibili; al contrario, la sua marginalizzazione produce costi umani e sociali profondi, spesso invisibili ma duraturi.

Rendere visibile questa sofferenza è un primo passo, ma non sufficiente. Occorre tradurre la consapevolezza in responsabilità pubblica: trasformare l'ascolto in azione, riconoscere la salute mentale come diritto fondamentale della persona e interesse collettivo, e rimuovere le barriere culturali, sociali ed economiche che ancora oggi generano disuguaglianze e stigma. In questa direzione, la crescente consapevolezza della vulnerabilità condivisa richiama a una responsabilità altrettanto condivisa tra istituzioni, servizi e comunità locali. Considerare la salute mentale un bene comune significa assumerla come investimento strategico per la coesione sociale, e non come una questione settoriale. In questo quadro, il modo in cui una società affronta il rapporto tra povertà e salute mentale rivela la sua idea di persona, di dignità e di futuro. È su questo terreno che si misura la capacità di costruire comunità più giuste, inclusive e realmente capaci di prendersi cura.

di Davide Gandini – *Responsabile Area Strategia, Sviluppo e Formazione, Opera don Orione*

IDENTITÀ CARISMATICA DELLE OPERE: L'ORGANIZZAZIONE E I MEZZI ADEGUATI ALLO SCOPO. *AUT SINT UT SUNT, AUT NON SINT'*

ABSTRACT

L'articolo riflette sul rapporto tra identità carismatica e organizzazione delle opere orionine, evidenziando il rischio che i mezzi economici e gestionali finiscano per sostituirsi al fine originario dell'azione assistenziale. A partire dall'esperienza spirituale di Don Orione e dal principio *Aut sint ut sunt, aut non sint*, l'autore sostiene che le opere non debbano limitarsi a offrire servizi efficienti, ma testimoniare concretamente la dignità della persona e la presenza di Dio nella cura dei più fragili. Particolare attenzione è dedicata al contesto delle RSA, dove viene proposta una riflessione critica sui modelli organizzativi orientati esclusivamente alla sostenibilità economica, richiamando la necessità di mezzi adeguati ai fini carismatici e relazionali dell'opera.

“Era possibile tirare avanti per anni, decenni, una vita intera senza avere per una volta il coraggio di andare contro le cose com'erano e continuare a dirsi cristiani, a guardarsi allo specchio?”
(Claire Keegan, *Piccole cose da nulla*, 2020)

Nel Vangelo di Giovanni è raccontato l'episodio nel quale i Giudei domandano a Gesù quali sono le opere da compiere per fare il volere di Dio. Gesù risponde invitandoli ad un cambio di prospettiva. «*Gli dissero allora: “Che cosa dobbiamo compiere per fare le opere di Dio?”*. Gesù rispose loro: *“Questa è l'opera di Dio: che crediate in colui che egli ha mandato”*» (Gv 6, 28-29). Gesù rilancia per far comprendere che si tratta di passare dalle molte opere umane – che

1. L'espressione può essere tradotta come segue: “O siano come sono, oppure non siano affatto”

con le migliori intenzioni ciascuno può intraprendere – all'unica opera, quella necessaria, l'opera di Dio. Don Orione non ha aperto i Piccoli Cottolengo solo per "fare un'opera buona", un'opera umana. Avesse avuto in mente questo – ma don Orione non era un filantropo – non sarebbe stato una notte intera in ginocchio aggrappato alla cancellata della Madonna della Guardia, sul monte Figogna. Perché?

«(...) Sul Paverano vi è un episodio struggente. Un pomeriggio don Orione era andato pellegrino alla Guardia, il famoso santuario mariano di Genova sul monte Figogna, e vi aveva passato tutto il pomeriggio in preghiera. Il rettore del santuario, che lo conosceva bene, lo vede, abbozza un saluto, ma non lo disturba. Arrivata la sera, chiude il santuario e lo chiama: "Don Orione, adesso andiamo a cena, che è l'ora...". Don Orione accetta, cenano, e poi l'altro lo invita a restare: "Guarda, abbiamo una camera". "No, no, devo andar via", "ma no...", "ma sì, devo proprio andare..."; "non ci sono i mezzi di trasporto!"; "non importa, m'arrangerò". Così Don Orione saluta e parte. Di mattina presto, il rettore del santuario, dovendo andare a Genova, percorre il sentiero accanto alla cappella dove era avvenuta l'apparizione della Madonna a un contadino pastore. Passa e vede in ginocchio per terra Don Orione. Stupore e ammirazione. Don Orione era rimasto al buio, nell'umidità – si è circa a mille metri d'altitudine –, in una preghiera lunga tutta la notte, di contemplazione e di implorazione di fronte alla Madonna. E quella stessa mattina Don Orione scese a Genova e iniziò la costruzione del Paverano. Per il quale cercò, s'indebitò e impiegò, al cambio attuale, non so quanti miliardi di lire... [...]» (da un'intervista al card. Giovanni Canestri, 30 giorni, n. 3 anno 2000).

I filantropi sono molto presi dalla convinzione che ciò che stanno facendo è buono e che senz'altro Dio lo vuole. I santi invece lo domandano a Dio e pregano per capire. Perché quella notte in ginocchio, per chiedere a Dio che cosa? La vita tutta di Don Orione svela cosa domandò quella notte alla Madonna: che l'apertura e la presenza a Genova di una nuova opera – il Paverano – fosse come un sacramento, un segno efficace dell'amore di Dio per gli uomini, del suo incessante agire nei loro giorni, nella loro storia. Fosse la testimonianza per tutti, genovesi e forestieri, che davvero Gesù salva e non solo 2000 anni fa ma anche nella Genova del 1933 come nella Genova di oggi. «Questa è l'opera di Dio: che crediate in colui che egli ha mandato».

L'opera di Dio – dentro la quale un'opera orionina vive e al di fuori della quale muore – è la fede in Gesù Cristo. Senza questa fede la speranza è illusione e la carità avvizzisce. «La grande sofferenza dell'uomo – in quel tempo, come oggi – è proprio questa: dietro il silenzio dell'universo, dietro le nuvole della storia c'è un Dio o non c'è? E, se c'è questo Dio, ci conosce, ha a che fare con noi? Questo Dio è buono, e la realtà del bene ha potere nel mondo o no? Questa domanda oggi è così attuale come lo era in quel tempo. Tanta gente si domanda: Dio è una ipotesi o no? È una realtà o no? Perché non si fa sentire? "Vangelo" vuol dire: Dio ha rotto il suo silenzio, Dio ha parlato, Dio c'è. Questo fatto come tale è salvezza: Dio ci conosce, Dio ci ama, è entrato nella storia. Gesù è la sua Parola, il Dio con noi, il Dio che ci mostra che ci ama, che soffre con noi fino alla morte

e risorge. Questo è il Vangelo stesso. Dio ha parlato, non è più il grande sconosciuto, ma ha mostrato se stesso e questa è la salvezza» (Papa Benedetto XVI, Meditazione di apertura della XIII Assemblea Generale Ordinaria del Sinodo dei Vescovi, 08/10/2012).

E dunque?

Lo scopo di una attività umana non è riducibile alla descrizione di essa. L'attività dice "cosa fai", lo scopo dice "perché lo fai". Rispondere alla domanda "perché l'Opera don Orione assiste gli anziani non autosufficienti nelle RSA", dicendo "per garantire loro la miglior assistenza possibile" è sostanzialmente una tautologia che non si interroga circa il fine carismatico, il valore, l'orizzonte di senso di tale opera.

La risposta: "per garantire loro la miglior assistenza possibile" non introduce davvero una ragione per cui lo fai ma riformula semplicemente l'attività stessa. Sono risposte semanticamente povere perché il predicato della risposta contiene già implicitamente il contenuto della domanda. Si tratta di una risposta autoreferenziale, circolare, teleologicamente vuota.

In realtà esiste una decisiva interdipendenza tra mezzi e fini, così che il mezzo non è qualcosa di estrinseco al fine, ma una parte intrinseca di esso, cioè già l'inizio (o la contraddizione) della sua realizzazione. Allo stesso modo è attraverso la consapevolezza del fine da raggiungere che vengono stabiliti i mezzi per perseguirlo: altrimenti mi troverò di fronte ad un tragicomico scollegamento tra il fine che mi prefiggo e i mezzi per raggiungerlo.

Il fine può essere assoluto (tensione alla perfezione, "siate voi dunque perfetti come è perfetto il Padre vostro celeste"²), i mezzi sono sempre invece limitati. Perciò un'Opera orionina è sempre alla ricerca non del bene utopico ma del bene possibile, ossia dell'equilibrio sostenibile tra un fine assoluto ("servire nell'uomo il Figlio dell'Uomo") e l'adeguatezza dei mezzi (persone, professionisti, ambienti, impianti, attrezzature, denaro) con i quali perseguire questo fine. Ma è attraverso la consapevolezza del fine carismatico da raggiungere che dovranno essere stabiliti i mezzi per perseguirlo. La sostenibilità economica di un'opera non è il fine, ma una condizione, necessaria, per il perseguimento del fine carismatico per cui quell'opera esiste (sostenibilità economica che deve sempre restare aperta alla dimensione misteriosa e certa della Provvidenza).

Cosa accadrebbe se si invertissero i termini di questo ragionamento? Cosa accadrebbe se fossero i mezzi il principio ordinatore, se fossero i mezzi a comandare?

Un esempio: cosa succede quando il FINE è il PRINCIPIO ORDINATORE

Il fine di un ristorante è la realizzazione di una attività economica mediante l'offerta a pagamento di buoni cibi ai clienti. Dal principio ordinatore (il fine) deriva che i mezzi utilizzati devono conformarsi al fine: il cibo deve essere buono, i locali belli ed accoglienti, il servizio ai tavoli puntuale e cordiale, gli orari di apertura siano al servizio delle

2. Vangelo di Matteo 5, 48.

esigenze dei clienti, ecc. I mezzi, pertanto, dovendo essere adeguati al fine, dovranno garantire che: le materie prime utilizzate siano buone, i cuochi siano appassionati e competenti, gli ambienti e arredamenti siano gradevoli, i camerieri siano precisi e gentili, gli orari di apertura e chiusura siano conformati alle aspettative dei clienti ecc. Risultato: alta probabilità che il ristorante sia un buon ristorante e gli affari vadano bene.

Un esempio: cosa succede quando i MEZZI diventano il PRINCIPIO ORDINATORE

Avvenisse invece la grande inversione tra fine e mezzi ne deriverebbe che: le materie prime acquistate sarebbero non le migliori ma quelle vendute dagli amici dei cuochi o del titolare; i cuochi assunti sarebbero non i più competenti ma i più “raccomandati”; gli ambienti e gli arredamenti sarebbero quelli più a buon mercato per non sprecare denaro; gli orari di apertura sarebbero decisi in base alle esigenze personali non dei clienti ma dei cuochi e dei camerieri ecc. Risultato: certezza della chiusura di un pessimo ristorante.

E nel caso di una Residenza per anziani?

La prima differenza è che mentre il ristorante viene scelto da chi ci va a cena, una RSA non viene scelta da chi ci va a vivere. Una RSA viene quasi sempre scelta dai familiari. Si tratta di una distonia di fondo condizionante. Spesso la RSA non è stata scelta dall’Ospite ma dai suoi figli e, soprattutto, nemmeno questi ultimi spesso l’hanno scelta veramente, ma si tratta di quella dove si è liberato prima un posto letto. Ne deriva che mentre le differenze tra ristorante e ristorante sono effettive e sperimentabili dai diretti interessati, i clienti, non così avviene per le RSA. Riepilogando: un ristorante che non lavora bene prima o poi chiuderà; una RSA che non lavora bene sarà comunque sempre piena, tanta è la sproporzione tra domanda e offerta.

Proporsi dei buoni fini non basta. Proporsi dei buoni fini è un buon inizio, ma è necessario attuarli e per attuarli occorre saper valutare i mezzi più adeguati a tali fini. I mezzi ad un certo punto possono “prendere la mano” e attraverso una logica interna ineccepibile (ma non allineata allo scopo) possono perfino allontanarci dai fini buoni che volevamo perseguire: si pensi ai cambiavalute e ai venditori di agnelli e colombe nel tempio di Gerusalemme.

I mezzi dunque devono adeguarsi ai fini. Ma c’è il rischio che i mezzi usati per perseguire il fine ci prendano a tale punto la mano da sostituirsi al fine stesso. In tal modo si compirebbe la grande tragica inversione: sarebbe il fine a doversi adeguare ai mezzi. Non di rado questo adeguarsi, questo relativizzarsi, questo capovolgimento dei mezzi che diventano il fine, assume sembianze di pratico buon senso: “*dobbiamo fare il fuoco con la legna che abbiamo*”, si dice. Tuttavia, il rischio è quello di assolutizzare uno strumento utile ai fini dello sviluppo e di trasformarlo nello scopo stesso dello sviluppo. In tal modo perdiamo il senso della

vita buona e, paradossalmente, il nostro organizzare risulta corrosivo nei confronti dei fini che intendevamo perseguire. Viene meno così l’esperienza di una fioritura umana sia personale, sia dell’opera in quanto tale. Essa perderà la sua originalità e, quindi, la sua attrattività.

Riesco a riconoscere “la giusta mercede ai lavoratori”³? Riesco a organizzare, come richiesto dal progetto di vita di ogni signore e signora accolti, gli orari delle alzate degli ospiti, dei loro pasti, del poter uscire o meno per andare in giardino o al bar, del poter essere messi a letto per un riposino dopo pranzo e poi essere di nuovo alzati e non dover stare a letto tutto il pomeriggio, ecc.? Faccio una verifica dei piani di lavoro non solamente da un punto di vista numerico (cfr. i “minutaggi”) ma anche in relazione al loro adeguarsi o meno ai progetti di vita? Oppure ogni volta allargherò le braccia commentando “*facciamo il fuoco con la legna che abbiamo*”?

Se dovessi fare un trasloco spostando tutto da un appartamento ad un altro in un’altra città, con la presenza di molti vasi fragili e preziosi, dipinti, ecc., dovrei scegliere una adeguata ditta di traslochi. Se in quella regione non vi fossero ditte specializzate in trasporto di materiale fragile ma solo generiche ditte di traslochi, dovrei essere molto attento a fidarmi delle assicurazioni di rito sul fatto che “presteranno la massima attenzione”.

Ne consegue che: o trovo mezzi realmente adeguati; o faccio comunque il trasloco accettando il probabile danneggiamento o perdita di alcuni oggetti preziosi. Solo che nel nostro caso la situazione è... più delicata, in quanto non si tratta di spostare vasi preziosi o dipinti, ma di prendersi cura di persone.

“*Aut sint ut sunt, aut non sint*” ripeteva Don Orione (“*o siano come sono, oppure non siano affatto*”) per sottolineare la necessità di vivere pienamente il carisma e la missione dell’Opera orionina. Meglio altrimenti fare altro, se un Centro di Don Orione si fosse ridotto a funzionare come una azienda sociosanitaria, perdendo la propria identità, la propria originalità e la propria funzione spirituale.

Se lo scopo dell’agire quotidiano supportato dall’organizzazione si incarna in una relazione con l’ospite, che riflette il cuore stesso della relazione di cura, occorrerà identificare mezzi adeguati a tale scopo, evitando di osservare i risultati conseguiti attraverso criteri aggregativi e riduttivistici come, ad esempio, il mero allineamento ai minutaggi remunerati dalle tariffe regionali. Seppure tali criteri veicolino dati di cui tenere conto, da soli risultano parziali, ci restituiscono alcune prestazioni ma tacciono le dimensioni più significative, quelle che ci identificano come opera radicata nel “fattore umano” e che, pertanto, ci permettono di non essere sostituibili da una delle tante aziende sociosanitarie.

Ne deriva che le risorse per reperire mezzi adeguati non possono venire solo dal sistema tariffario pubblico, non possono venire solo *dalla legna che abbiamo*. Se il nostro scopo è il fuoco, dobbiamo trovare la legna adeguata a scaldare e illuminare, non rassegnandoci alla legna che abbiamo.

Dobbiamo pensare e sperimentare. Perché nulla è impossibile a Dio, e anche perché storicamente certe realtà sono davvero cambiate, quando invece per secoli sembrava fosse impossibile (gli schiavi, i disabili, i malati psichiatrici...).

È sperimentabile un modello di RSA con costi commisurati non ai limiti dei budget regionali ma alle reali necessità di relazioni di cura e sostenibili non solamente dal sistema tariffario regionale? È possibile – ricordandoci che le reali necessità delle relazioni di cura non possono non includere anche il personale – prenderci cura di chi si prende cura?

Si tratta di un modello di RSA dove il principio ordinatore sia veramente il rispetto della dignità di ogni persona (ospite e operatore). È solo un sogno? Una utopia? Per Don Orione non è stata una utopia, perché a un'opera così centinaia di suoi preti e suore hanno dedicato la vita intera, divenendo loro stessi "i mezzi" adeguati, oltre all'indispensabile aiuto in denaro della Provvidenza. *"Date loro voi stessi da mangiare"* (Matteo, 14, 16). Ma oggi?

Occorre discernere in questo tempo storico, in questo contesto socio-economico-politico, in che modo non essere complici di un sistema che proclama a parole la dignità delle persone e che nei fatti la calpesta. Occorre il coraggio di sperimentare una nuova via, a partire dal non rassegnarci a fare il fuoco con la legna che abbiamo. Per questo temi come, ad esempio, il volontariato e la ricerca fondi sono tra gli indicatori non solamente "importanti", bensì assolutamente decisivi, per l'identità carismatica di un'opera orionina.

di Lisa Frau - *Coordinatrice, Opera Don Orione, Cagliari*
Roberta Badas - *Educatrice, Opera Don Orione, Cagliari*
Anna Puddu - *Educatrice, Opera Don Orione, Cagliari*

QUANDO UN'INTERVISTA DIVENTA UN INCONTRO: LA BASIQ COME SPAZIO DI VITA E ASCOLTO

ABSTRACT

L'articolo descrive l'esperienza dell'utilizzo dello strumento BASIQ all'interno di una comunità alloggio per anziani, come supporto alla costruzione del Progetto di Vita. Lontano da una logica puramente valutativa, la BASIQ si configura come spazio di incontro e ascolto autentico, capace di favorire l'emergere di desideri, ricordi e bisogni profondi. L'intervista si trasforma così in dialogo reciproco, generando benessere negli ospiti e rafforzando la relazione educativa. L'esperienza evidenzia come la qualità della vita non sia solo un dato da misurare, ma un processo condiviso fondato sul riconoscimento della persona, sull'ascolto e sulla costruzione di relazioni significative all'interno della comunità.

Negli ultimi tempi, la nostra comunità alloggio sceglie di intraprendere un progetto di grande valore: contribuire alla costruzione del Progetto di Vita degli ospiti, persone che vivono in quello che, probabilmente, rappresenta l'ultimo luogo della loro esistenza. Un impegno che si fonda su una convinzione profonda: la qualità della vita passa anche dalla possibilità di raccontarsi, di essere riconosciuti e ascoltati, e noi operatori ben abbiamo appreso questo, grazie al percorso di formazione Carismatico che abbiamo seguito negli anni, a cura del Dottor Davide Gandini e dei religiosi dell'Opera Don Orione.

La parola "progetto" richiama l'idea di un percorso umano in evoluzione, un processo fatto di crescita, relazioni e significati che si costruiscono giorno dopo giorno. Accompagnare chi vive in comunità in questo cammino significa assumersi una responsabilità

profonda: riconoscere la persona nella sua interezza, nei suoi desideri, nei suoi valori e nella storia che porta con sé.

Per rendere concreto questo approccio scegliamo, grazie ai suggerimenti e consigli del Dottor Roberto Franchini, di adottare la BASIQ (inizialmente con mille dubbi e paure), uno strumento validato dal Dottor Marco Bertelli per l'indagine della Qualità della Vita (Bertelli et al. 2011). Tuttavia, più che un semplice questionario, la BASIQ si rivela un'occasione di incontro autentico, capace di far emergere ciò che davvero conta per ciascuno, meravigliandoci e sorprendendoci!

Il valore del setting: la libertà di scegliere

Fin dall'inizio comprendiamo che definire l'esperienza come "intervista" è riduttivo. Ciò che accade è qualcosa di diverso, di più umano: un incontro inatteso e condiviso.

Abbiamo pensato di lasciare agli ospiti la possibilità di scegliere il giorno, l'orario, il luogo e persino la persona con cui svolgere l'incontro. Un gesto apparentemente semplice, ma denso di significato: trasforma il momento dell'intervista in uno spazio scelto, non imposto. Questa cura del setting ha effetti sorprendenti. In diversi casi, le signore si fanno trovare pronte, emozionare, attente ai dettagli: chi tiene stretta una sveglia per non perdere l'appuntamento, chi sceglie con cura un abito elegante o si sistema i capelli con particolare dedizione. Gestì che raccontano il valore attribuito all'incontro, la percezione di essere al centro di un'attenzione autentica. Anche l'ambiente contribuisce a rendere speciale quel momento: un angolo tranquillo, una sedia comoda, magari un tè caldo o un piccolo dolce. Dettagli che trasformano un'intervista in qualcosa di simile a una visita, un dialogo tra due persone che si incontrano davvero.

Tuttavia, più che un semplice questionario, la BASIQ aiuta a far emergere cosa rende soddisfatti e dove invece si nasconde un senso di mancanza, di insoddisfazione, offrendo la possibilità di creare interventi che migliorino questi aspetti. È proprio questa trasformazione che rende l'intervista un'occasione per scoprire le vere necessità e i desideri degli ospiti.

Quando l'intervista si trasforma in dialogo

Durante gli incontri, la struttura stessa della BASIQ favorisce una relazione naturale. Le domande sono solo il punto di partenza: spesso la conversazione prende vita in modo spontaneo, lasciando spazio ai ricordi, ai silenzi, ai sorrisi.

Gli anziani si raccontano con libertà, condividendo frammenti della propria storia: il lavoro, la famiglia, le scelte, le perdite, ma anche le passioni e i sogni. A volte i ricordi portano nostalgia, soprattutto quando si parla della casa d'origine o delle persone care. Eppure, anche in quei momenti, emergono gratitudine e serenità: la soddisfazione di poter parlare di sé con qualcuno disposto ad ascoltare davvero. In molti casi, le persone esplicitano quanto sia bello poter dire "mi sento ascoltata".

E poi, quasi inaspettatamente, accade un piccolo rovesciamento: sono loro a fare domande a noi.

"E tu cosa ne pensi?"; "Ti è mai capitato?", e così via. L'intervista, a quel punto, smette di essere a senso unico. Diventa uno scambio reciproco, una conversazione tra due esseri umani che si incontrano. Le distanze professionali si alleggeriscono e si apre uno spazio nuovo, fatto di rispetto, curiosità e condivisione. È l'incontro a diventare davvero il cuore della qualità della vita.

Custodi di storie e di emozioni

Per noi operatori, questa esperienza è tutt'altro che neutra. Ascoltare le storie di vita degli ospiti richiede attenzione, empatia e un ascolto consapevole, capace di accogliere anche ciò che non viene detto. Ogni racconto ci tocca in modo diverso: a volte ci fa sorridere, altre ci commuove; spesso ci fa riflettere sul valore del tempo, delle relazioni, della resilienza umana.

Essere ascoltatori in modo intenzionale significa diventare custodi di narrazioni preziose: frammenti di vita donati con fiducia, che meritano di essere accolti con rispetto. Incontrare le persone in questo modo ci ricorda che la cura non passa solo attraverso i gesti assistenziali, ma anche e soprattutto attraverso la presenza e l'ascolto. Impariamo che ogni anziano custodisce aspetti, emozioni e ricordi che spesso restano invisibili nella routine quotidiana. La BASIQ ci offre la possibilità di farli emergere, riconoscendo e servendo la dignità e il valore della singolarità di ciascuna persona.

Gli effetti sull'atmosfera della comunità

Nei giorni successivi agli incontri, osserviamo cambiamenti evidenti: le persone appaiono più serene, più disponibili al dialogo e con un atteggiamento più disteso. Partecipano con maggiore entusiasmo alle attività quotidiane, mostrando un nuovo equilibrio emotivo. In alcuni casi si nota persino una riduzione nell'uso di farmaci ansiolitici o per il sonno, come se l'ascolto generasse un benessere profondo e duraturo. Riemergono sorrisi più aperti, sguardi luminosi, una leggerezza nuova nel modo di stare insieme. È come se, attraverso quelle conversazioni, ciascuno ritrovasse un frammento di sé.

Un apprendimento per l'équipe

Anche l'équipe educativa trae molto da questo percorso. La BASIQ, vissuta come esperienza relazionale più che tecnica, rafforza la coesione tra noi operatori e la consapevolezza del nostro ruolo.

L'ascolto delle storie di vita rende più profonda la comprensione delle persone che accompagniamo ogni giorno, aiutandoci a costruire interventi più mirati e realmente centrati sui loro desideri. Ulteriore conferma che il Progetto di Vita non è solo un documento o un insieme di obiettivi, ma un processo continuo che nasce dall'ascolto e dalla relazione. Ogni volta che ci fermiamo per ascoltare davvero, contribuiamo a dare forma a un progetto unico, fatto di scelte, significati e possibilità. Il tempo dedicato alla persona è già cura. Fermarsi ad ascoltare non è un lusso, ma un atto essenziale della relazione educativa.

La qualità della vita come esperienza condivisa

Alla fine, ciò che la BASIQ ci insegna va ben oltre la valutazione della qualità della vita. Ci mostra che la qualità della vita non è solo un dato da misurare, ma un'esperienza da vivere insieme. È la possibilità di sentirsi visti, riconosciuti e accompagnati nel proprio percorso, qualunque esso sia. L'intervista si trasforma così in spazio di incontro, in luogo dove le persone possono raccontarsi e, nel farlo, ritrovare valore nella propria esistenza. Scopriamo che l'ascolto autentico è una forma di cura profonda, capace di restituire significato al presente e di rafforzare i legami tra chi abita e chi lavora nella comunità.

Un incontro che racconta la vita

L'esperienza della BASIQ nella nostra comunità ci mostra che ciascun incontro può diventare un momento di crescita reciproca. Quando ci fermiamo ad ascoltare una storia, compiamo un atto di riconoscimento profondo. Diciamo all'altro, con i fatti: la tua vita conta, la tua voce ha valore. In un'epoca in cui tutto corre veloce, concedersi il tempo di un dialogo autentico è una forma di cura sottile ma potentissima.

Iniziamo con l'obiettivo di valutare la qualità della vita dei nostri ospiti, finiamo per riscoprire il senso del nostro lavoro come una conseguenza naturale, ricordandoci che la qualità della vita, in fondo, nasce dall'incontro tra due persone che si ascoltano davvero.

In ogni racconto, in ogni silenzio e in ogni sorriso ritrovato, vediamo riaffiorare la vita stessa. Perché ascoltare, con intenzione e delicatezza, è forse la forma più autentica di prendersi cura e di amare il prossimo... L'Amore conta!

BIBLIOGRAFIA

Bertelli, M., Merli, M. P., Bianco, A., Lassi, S., La Malfa, G., Placidi, G. F. e Brown, I. (2011). La batteria di strumenti per l'indagine della Qualità di Vita (BASIQ): Validazione dell'adattamento Italiano del *Quality of Life Instrument Package (QoL-IP)*. *Giornale Italiano di Psicopatologia / Italian Journal of Psychopathology*, 17(2), 205-212.

di Noemi di Giuseppe - *Psicologa, Istituto Don Orione, Pescara*

Simona di Cintio - *Educatrice, Istituto Don Orione, Pescara*

DAL BISOGNO ALLA POSSIBILITÀ: L'IMPATTO MISURABILE DEL PROGETTO DI VITA

ABSTRACT

L'accostamento tra il carisma di Don Orione e la moderna metodologia dei Progetti di Vita non è solo suggestivo, ma rivela una profonda coerenza. Seppur separati da quasi un secolo, entrambi mettono al centro la dignità assoluta della persona, passando dalla custodia dell'individuo alla sua centralità. A tal proposito, il presente articolo analizza l'effetto del Progetto di Vita (PdV) e come questo abbia permesso di cambiare la vita di M. Il PdV è stato costruito sulla base dei suoi bisogni, a partire dalle risorse e dalle aspirazioni che sono emerse dalla somministrazione della Basiq. L'intervento ha previsto obiettivi specifici orientati allo sviluppo dell'autonomia personale, delle competenze sociali e della partecipazione attiva alla vita quotidiana. I risultati evidenziano un miglioramento significativo nelle abilità relazionali, nella gestione delle attività quotidiane e nel livello di autodeterminazione. Inoltre, lo sviluppo del PdV ha favorito una maggiore coerenza delle azioni e un rafforzamento della collaborazione tra i diversi operatori coinvolti. Lo studio conferma come il PdV rappresenti uno strumento efficace per promuovere inclusione, qualità della vita e autodeterminazione nelle persone con disabilità. La storia di M. ci ricorda che l'assistenza non è solo cura, ma un percorso dinamico verso la scoperta di ciò che ogni persona, con i giusti sostegni, può ancora imparare a scegliere per sé stessa.

Storia di vita

M. ha 45 anni e frequenta la semiresidenza del centro Don Orione di Pescara da circa 25 anni. Il 2024 ha segnato per lui una svolta fondamentale: il passaggio alla residenzialità completa. Dopo la perdita dei genitori e un periodo complesso di convivenza

con i fratelli (è il primogenito di tre figli) il rapporto familiare si è progressivamente indebolito. I fratelli, purtroppo, non riuscivano a far fronte alle sue numerose necessità anche a causa di rilevanti difficoltà personali. Ad oggi tali difficoltà non permettono di mantenere una frequentazione regolare con M. A vigilare sul suo percorso legale e amministrativo vi è la figura dell'Amministratrice di Sostegno, che lui chiama confidenzialmente "l'avvocato", e di cui ha compreso, a grandi linee, la funzione.

Con l'ingresso in residenza le condizioni psicofisiche di M. sono decisamente migliorate, ad oggi è molto più sereno, è capace di gestire con maggior autocontrollo le piccole tensioni quotidiane ed è perfettamente integrato con le dinamiche del centro. Partecipa con continuità alle attività della semiresidenza e, nelle giornate di martedì, giovedì e sabato mattina, è attivamente coinvolto nelle iniziative dell'associazione Madre Terra ETS. Si distingue per un atteggiamento sempre collaborativo e per la sua spiccata socievolezza. Mostra un forte interesse per i momenti conviviali, come feste, uscite al ristorante e celebrazioni di occasioni speciali. Tuttavia, anche in contesti per lui particolarmente piacevoli, può talvolta manifestare una certa inibizione, che non compromette comunque la sua partecipazione. Il suo rapporto con l'attesa resta delicato. Quando M. è a conoscenza di impegni futuri, l'emozione può trasformarsi in agitazione e ripetitività. Per questo motivo, si adotta una strategia comunicativa mirata, informandolo dei programmi all'ultimo momento per proteggerlo dal peso dell'ansia e permettergli di vivere il presente con più tranquillità.

La nascita del progetto di vita

Assessment

Funzionamento cognitivo (WAIS-IV)

M. presenta un quoziente intellettivo globale pari a 42; tale punteggio si colloca in un *range* di funzionamento al di sotto dei limiti normali. L'analisi dei singoli indici evidenzia alcuni elementi utili alla progettazione degli interventi: emerge un relativo punto di forza nel ragionamento visuo-percettivo (IRP 63), che gli consente di orientarsi, riconoscere stimoli visivi e affrontare semplici compiti pratici. La comprensione verbale (ICV 53) è possibile se supportata da linguaggio chiaro e semplificato. Si rilevano invece maggiori difficoltà nella memoria di lavoro e nella velocità di elaborazione (IML 52; IVE 50), con conseguente affaticabilità e possibile insorgenza di stati ansiosi in presenza di richieste rapide o ripetitive.

Comportamento adattivo (Vineland)

Il livello adattivo di M. risulta sensibilmente sotto la norma (punteggio: 22), con difficoltà diffuse nelle autonomie quotidiane. Tuttavia, l'area della socialità rappresenta un ambito di relativo potenziale (socializzazione: 9) insieme alle competenze motorie fini (punteggio: 2) che costituiscono un punto di forza.

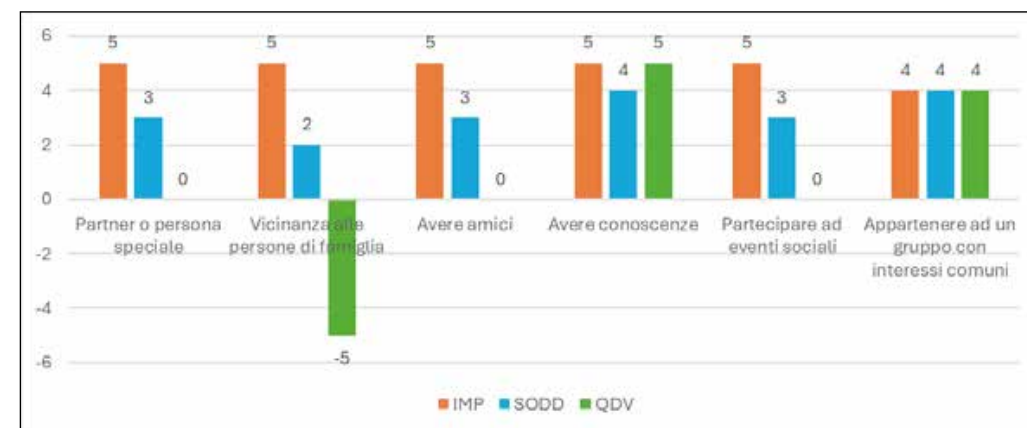
Aspetti comportamentali (VAP-H)

Attualmente, permangono difficoltà nella regolazione emotiva, in particolare in situazioni di stress, con bassa tolleranza alla frustrazione e fragilità nell'autocontrollo. A seguito dell'ingresso di M. in residenza si osserva una significativa riduzione dei comportamenti oppositivo-provocatori, verosimilmente correlata a uno stile di vita più strutturato e contenitivo.

Qualità di vita (Basiq)

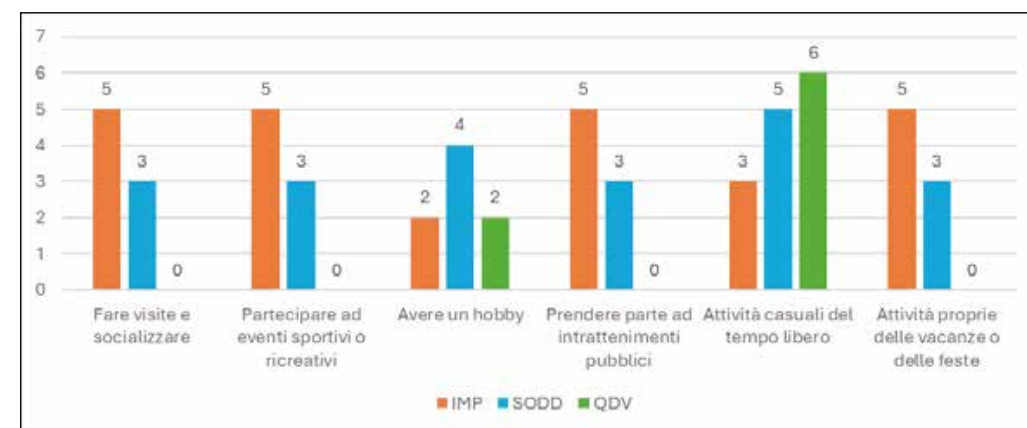
Appartenere sociale

Nel dominio dell'appartenenza sociale, M. mostra una significativa insoddisfazione, in particolare nell'area relativa alla vicinanza ai familiari, con un punteggio di qualità di vita pari a -5. Questo indica una marcata carenza di supporto e legami affettivi.



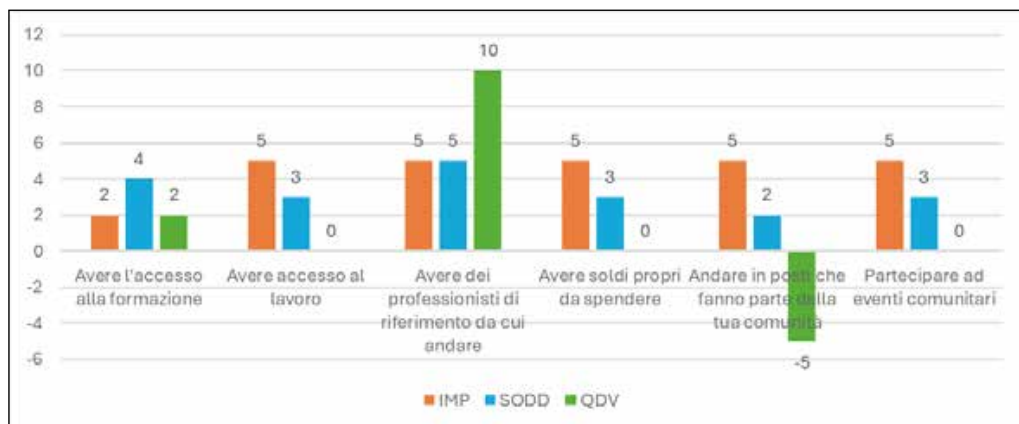
Impiego del tempo libero

M. presenta insoddisfazione generalizzata nella gestione del tempo libero, con particolare difficoltà nei pomeriggi e nei fine settimana trascorsi in residenza. Ciò evidenzia la necessità di interventi mirati che possano garantirgli impegni significativi e piacevoli.



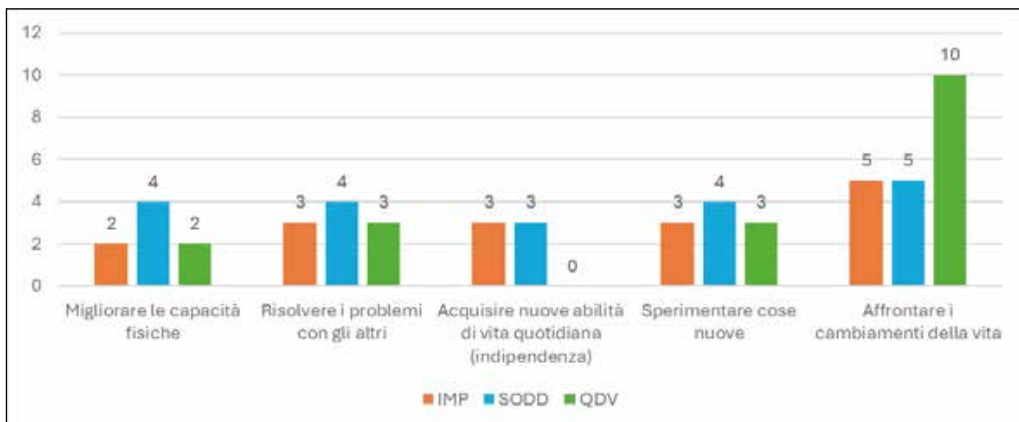
Appartenenza alla comunità

In questo dominio, l'insoddisfazione riguarda specifiche aree, come la disponibilità di risorse economiche proprie e la possibilità di uscire dall'istituto. Tali limiti compromettono la partecipazione attiva e il senso di inclusione nella comunità.



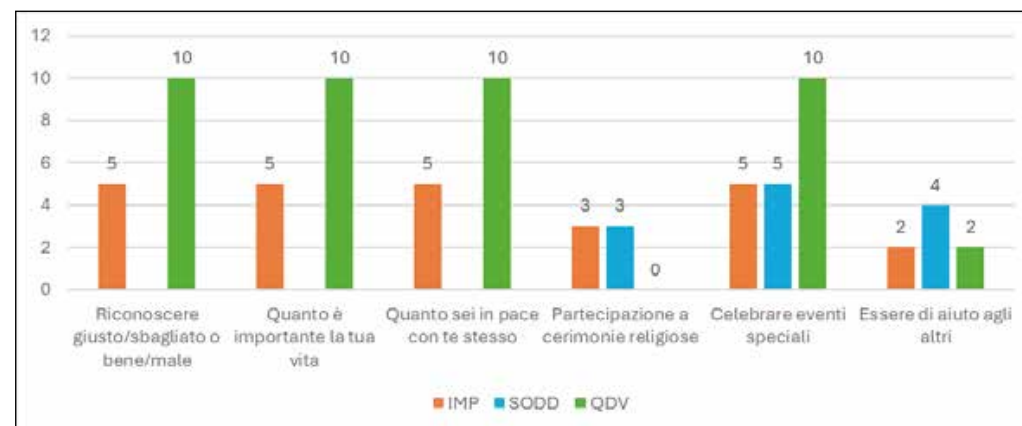
Impegno nella crescita

L'insoddisfazione prevale nelle aree relative all'acquisizione di nuove abilità di vita quotidiana e all'indipendenza personale, con un punteggio di qualità di vita pari a 0. Questi dati suggeriscono la necessità di interventi mirati allo sviluppo dell'autonomia e delle competenze funzionali.



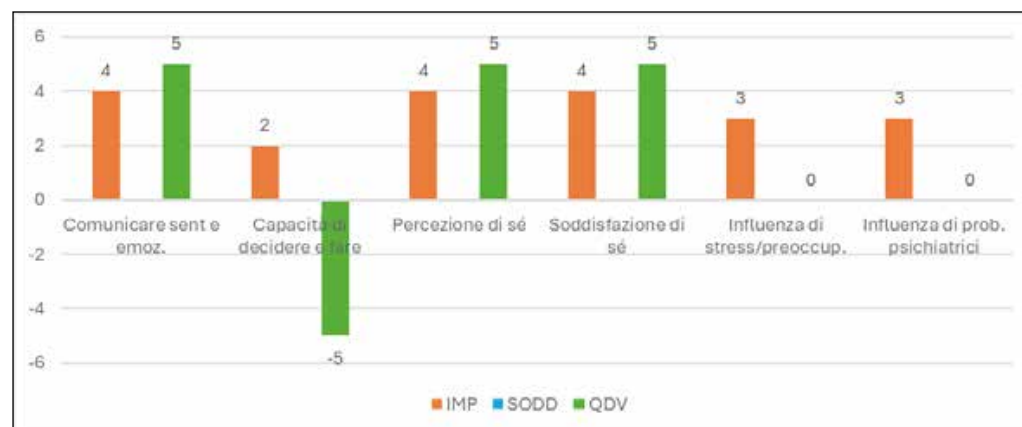
Essere spirituale

Il dominio spirituale risulta generalmente soddisfacente, con deficit rilevabili esclusivamente nell'area delle cerimonie religiose. Per supportare M. in questo ambito, è stata proposta la partecipazione alla Messa domenicale, favorendo così un'esperienza significativa di appartenenza spirituale.



Essere psicologico

M. mostra una carenza nella capacità e opportunità decisionale. Si prevede che, attraverso l'attuazione del Progetto di Vita e l'incremento dell'autonomia nelle diverse occasioni quotidiane, questo dominio possa progressivamente raggiungere livelli di soddisfazione più elevata.



Stesura del progetto di vita

Sulla base delle valutazioni effettuate, l'équipe multidisciplinare, insieme a M., ha formulato il suo progetto di vita, garantendo un approccio integrato e personalizzato sulle sue esigenze, coinvolgendolo direttamente per illustrargli tutte le nuove opportunità.

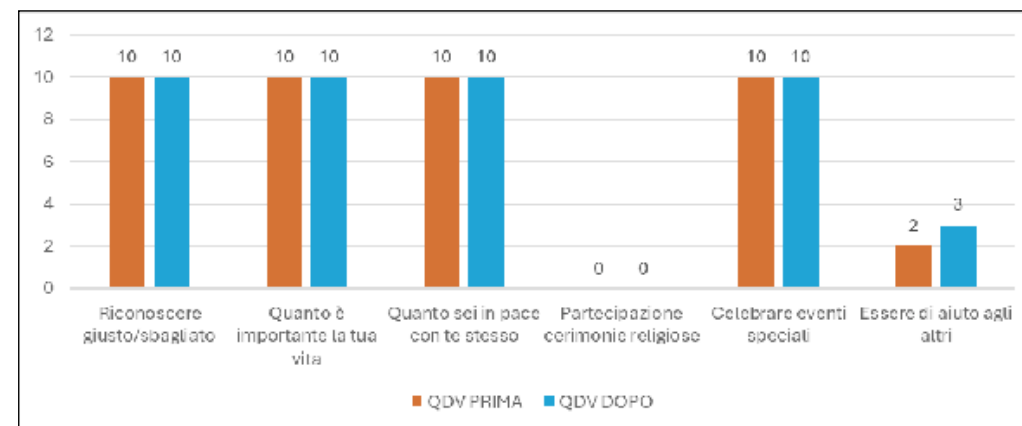
DOMINIO Obiettivo di vita	OBIETTIVI DA RAGGIUNGERE	INTERVENTI
Essere fisico		
Essere psicologico		
Essere spirituale	M. parteciperà con maggiore assiduità alla messa domenica nella chiesa dell'istituto	Franco chiederà a Don Antonio e alle signore che frequentano e animano la messa la disponibilità ad accompagnarlo alla funzione dato che il personale della residenza è impossibilitato a farlo.
Appartenere fisico		
Appartenere sociale	M. manterrà legami affettivi con la famiglia	Chiara contatterà l'amministratore di sostegno per capire le modalità più opportune data la complessità della situazione familiare. Tramite il fratello cercheremo di ottenere un album fotografico di famiglia. Cinzia organizzerà l'uscita al cimitero di Civitaquana, per far visita ai genitori, con alcuni dei suoi compagni.
Appartenere alla comunità	M. avrà a disposizione una piccola somma del suo denaro da spendere a suo piacimento (bar, acquisti, ecc.)	M. avrà la possibilità di andare al Bar (interno) compatibilmente con il suo piano alimentare, inizialmente accompagnato fino a una completa autonomia. Informare il personale del Bar sul lavoro che si sta svolgendo.
Comportamenti pratici		
Impiego del tempo libero	M. utilizzerà il tablet anche in residenza e nel weekend, quando potrebbero esserci dei momenti di noia. M. avrà la possibilità di uscire in compagnia almeno una volta al mese.	Tranquillizzare M., assicurandolo e condividendo con lui le modalità di custodia del tablet da parte delle infermiere. Chiara si informerà, in collaborazione con l'amministratore di sostegno, sulla possibilità di trovare una figura che possa accompagnare M.
Impegno nella crescita	M. sceglierà di poter gestire le sue autonomie nelle attività di vita quotidiana: <ul style="list-style-type: none"> Igiene personale Autonomia alimentare M. si sentirà gratificato nell'aiutare il personale della residenza e della semiresidenza nell'esecuzione di piccoli compiti (prendere la biancheria, riportare il carrello in cucina, ecc.) M. acquisirà maggiori competenze nella gestione di piccole somme di denaro.	Il personale della residenza si impegna ad assecondare le scelte sulla routine di igiene quotidiana (mattina/sera). Il personale della semiresidenza favorirà la possibilità di fargli fare la barba in autonomia. Il personale della residenza lascerà M. decidere sulla sua colazione. M. aiuterà il personale nelle attività di supporto (si istruirà il personale della cucina per una corretta interazione con il ragazzo). Cinzia e Roberta aiuteranno M. nell'uso del denaro.

Verifica a sei mesi

Vengono riportati qui di seguito i dati ottenuti dalla somministrazione della Basiq dopo sei mesi dall'attuazione del PdV. Comparando i dati precedenti con quelli attuali è emerso che in ogni dominio considerato c'è stato un notevole incremento della Qualità di Vita.

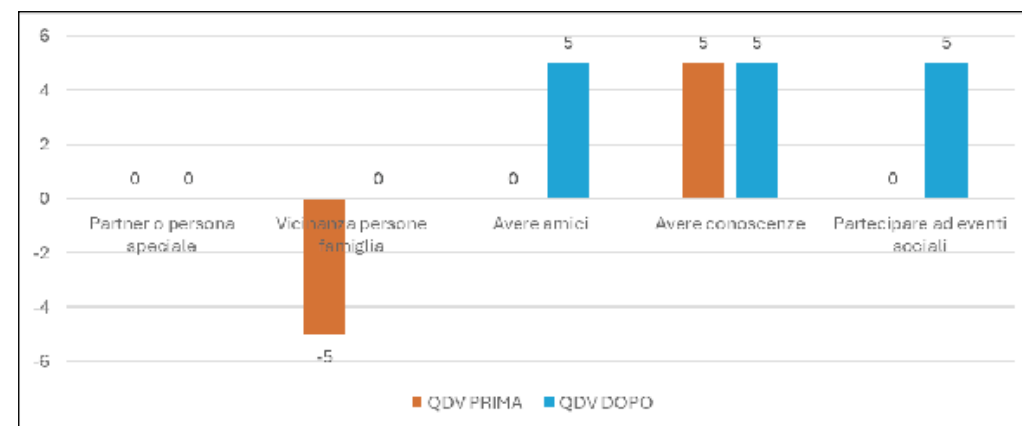
Essere spirituale

M. ha avuto la possibilità di partecipare alla messa domenicale; gli operatori riferiscono che non sempre ha voluto prendervi parte. Tuttavia, M. ha mostrato interesse per ulteriori attività religiose, come la celebrazione della Via Crucis organizzata nei venerdì precedenti alla domenica di Pasqua.



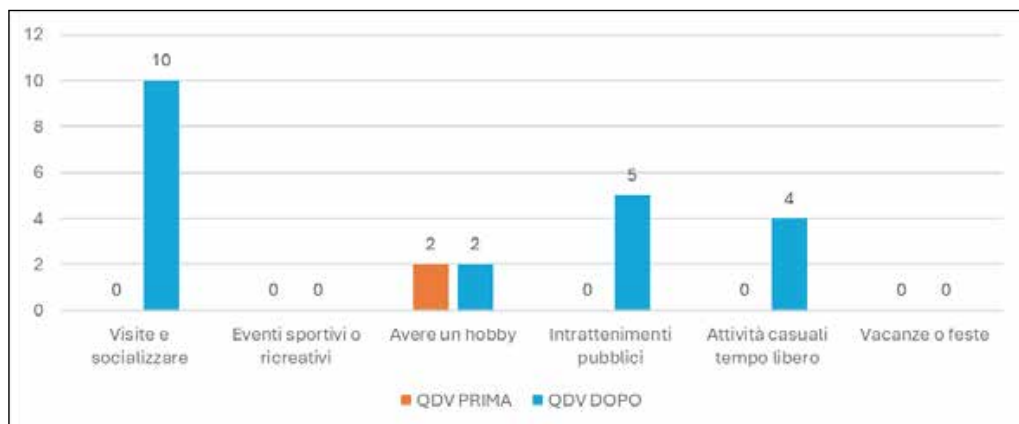
Appartenere sociale

L'amministratore di sostegno non ha ritenuto opportuno organizzare l'incontro con i fratelli. La psicologa ha contattato la sorella per richiedere alcuni album fotografici di famiglia, che al momento non sono ancora stati consegnati. L'educatrice, insieme a M., ha organizzato un'uscita presso il cimitero del suo paese per la visita ai genitori. M. ha scelto i compagni con cui andare e ha provveduto personalmente all'acquisto dei fiori. Questa giornata per lui è stata piena di nuove emozioni. Nella sfera dell'appartenere sociale, infatti, in quasi tutti gli aspetti c'è stato un considerevole miglioramento.



Impiego del tempo libero

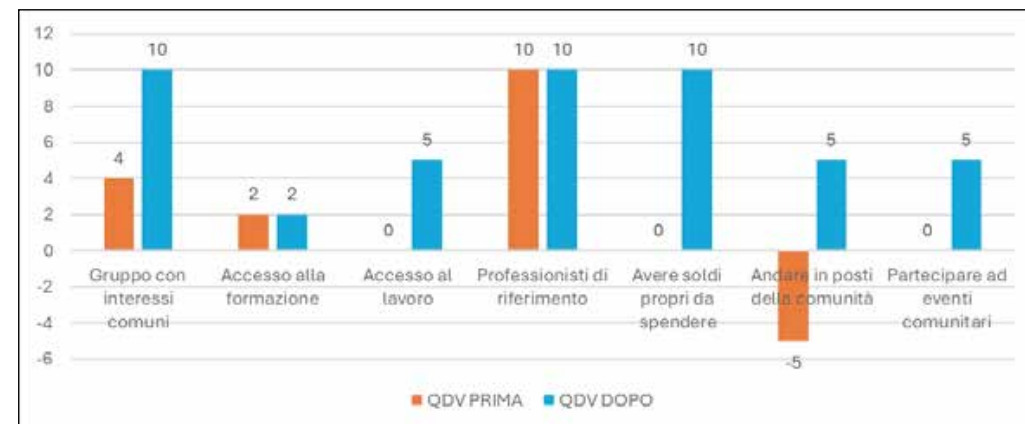
Grazie al supporto costante degli operatori, M. è riuscito a utilizzare il suo tablet in residenza, superando lo stato d'ansia legato al timore che potesse essere danneggiato dagli altri ospiti. Un piccolo ma significativo traguardo di autonomia che gli permette di dedicarsi alle proprie passioni. Tra i diversi obiettivi vi era la possibilità di poter uscire una volta al mese con un accompagnatore; questo non è stato possibile, poiché l'amministratore di sostegno ha riferito di non avere una disponibilità economica adeguata. Tuttavia, grazie alle diverse attività organizzate dall'ETS Madre Terra, M. ha avuto numerose occasioni di partecipare a eventi sociali all'esterno della struttura, come cene sociali, mercatini promozionali, ecc. L'insieme di queste opportunità ha arricchito la sua vita sociale anche in questo dominio; si evidenzia pertanto un miglioramento nell'impiego del tempo libero.



Appartenenza alla comunità

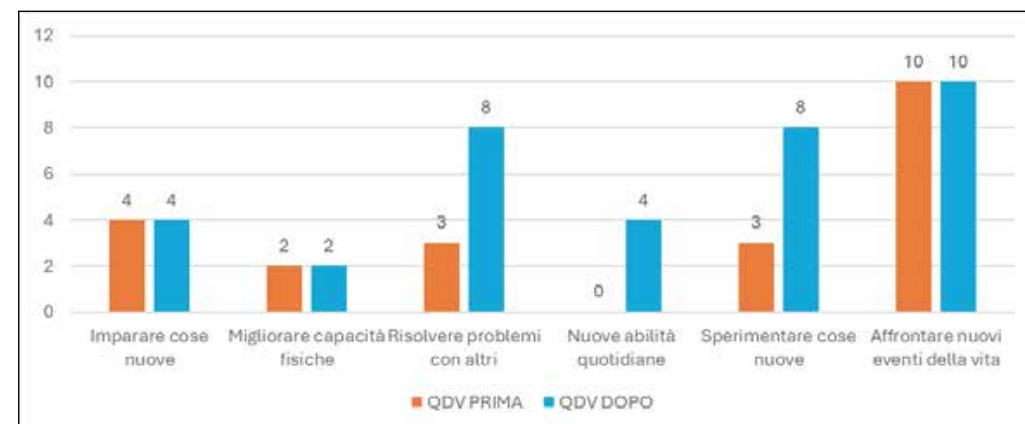
M. ha iniziato a gestire con autonomia il proprio denaro, questa opportunità lo ha reso felice e orgoglioso, portandolo a instaurare una piacevole abitudine settimanale al bar della struttura, dove ama scegliere qualcosa per sé o, talvolta, offrire una consumazione ai propri compagni. Un momento di crescita significativo è avvenuto durante la giornata di autofinanziamento al centro commerciale: qui M. ha vissuto la sua prima vera esperienza di shopping, scegliendo in totale autonomia un completo da poter utilizzare nelle occasioni importanti. Nonostante un comprensibile impaccio nel confrontarsi con la novità dei camerini (non ne aveva mai visto uno in vita sua), la soddisfazione di poter decidere il proprio abbigliamento è stata evidente. Inoltre, in occasione del suo compleanno, M. ha espresso il desiderio di festeggiare con i compagni, cogliendo

l'opportunità per mettere in pratica il lavoro che settimanalmente svolge con la terapeuta occupazionale sull'uso del denaro. Supportato dagli operatori, ha gestito l'intera organizzazione di due feste (una con gli amici dell'ETS e una con i compagni della residenza): ha consegnato personalmente gli inviti e, dopo aver verificato il budget, ha stilato la lista della spesa. M. è andato al supermercato insieme a due operatori e ha scelto i prodotti in autonomia, avvalendosi solo di un minimo supporto verbale. M. ha concluso l'esperienza visibilmente soddisfatto e felice, manifestando la chiara volontà di ripeterla in futuro.



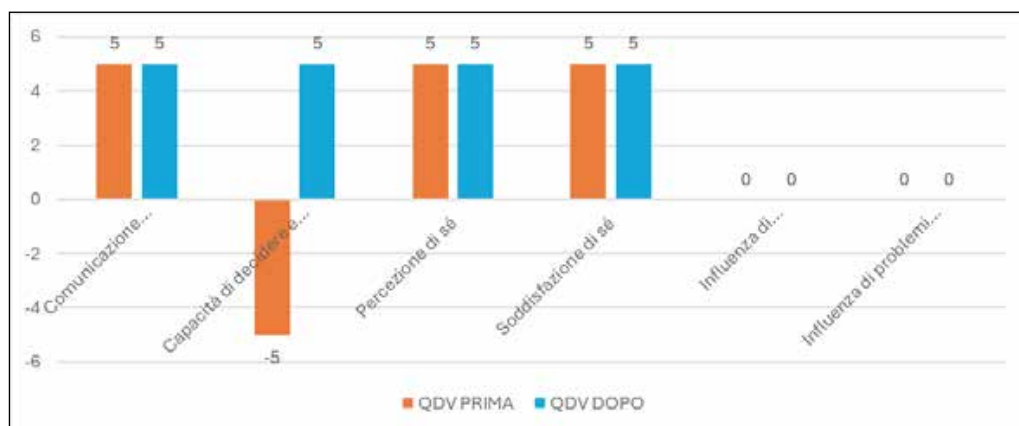
Impegno nella crescita

M. è in grado di gestire con una discreta autonomia gran parte delle attività di vita quotidiana. La sua routine di igiene personale è stata totalmente stravolta, passando da un sostegno quasi totale da parte degli operatori a una gestione semi-autonoma, nei tempi e nelle modalità. Inoltre, M. provvede da solo a prepararsi la colazione in base ai suoi gusti personali. Le sue decisioni, seppur piccole, come scegliere tra acqua naturale e acqua frizzante (quest'ultima è la sua preferita), lo rendono felice e soddisfatto. M. si sente gratificato nello svolgere piccoli compiti quotidiani in supporto agli operatori (portare i carrelli della mensa, occuparsi della biancheria da riportare in lavanderia, ecc...); talvolta è lui a ricordare gli impegni presi, organizzandosi al meglio.



Essere psicologico

Come previsto l'attuazione del PdV ha influito positivamente sull'aspetto psicologico. Ciò emerge in particolare nella capacità di decidere e fare, passando da un punteggio di qualità di vita di -5 a 5. Considerando che per tutta la sua vita M. non ha mai avuto la possibilità di scelta, questo cambiamento radicale ha portato sì benefici ma anche uno stato di confusione rispetto a una nuova prospettiva di vita; possiamo definire quanto osservato "il paradosso della scelta". È un traguardo straordinario che M. abbia iniziato a sperimentare l'autodeterminazione, ma è del tutto fisiologico che questo porti con sé una quota di smarrimento. Quando si passa da una vita "pre-determinata" da altri a una in cui si è al timone, il peso della responsabilità può risultare inizialmente disorientante per poi rivelarsi, con il tempo, semplice come bere un bicchier d'acqua (frizzante)!



BIBLIOGRAFIA

Bertelli, M., Piva Merli, M., Bianco, A., Lassi, S., La Malfa, G., Placidi, G. F. e Brown, I. (2011). La batteria di strumenti per l'indagine della Qualità di Vita (BASIQ): validazione dell'adattamento italiano del Quality of Life Instrument Package (QoL-IP). *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 17, 205-212.

Pilone, M., Muzio, C. e Levrero, A. (2000). *VAP-H. Valutazione degli aspetti psicopatologici nell'handicap. Strumento per la diagnosi nel ritardo mentale secondo l'ICD-10*. Trento: Erickson.

Schwartz, B. (2004). *The Paradox of Choice: Why More Is Less*. New York: Harper Perennial. (Edizione italiana: *Il paradosso della scelta. Perché scegliere ci rende infelici*, Mondadori)

Wechsler, D. (2008). *WAIS-IV – Wechsler Adult Intelligence Scale – Fourth Edition*. London: Pearson.

Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V. e Saulnier, C. A. (2016). *Vineland Adaptive Behavior Scales, Third Edition (Vineland-3)*. London: Pearson.

di Giorgio Pavan – *Direttore generale EnEA, Treviso*

Laura Lionetti – *Direttrice Casa Albergo Salce e Borgo Mazzini Cohousing, Treviso*

ALZARE LA TESTA E GUARDARE L'ORIZZONTE

ABSTRACT

La realizzazione di un *cohousing* per persone anziane, frutto di un progetto di rigenerazione urbana in centro città per offrire un servizio innovativo di abitare in autonomia e in sicurezza, in grado di contrastare l'isolamento, promuovendo l'invecchiamento attivo e la coesione sociale.

Introduzione

Alzare la testa e guardare l'orizzonte è ciò che dobbiamo fare. Tutti. Possibilmente ogni giorno. Alzare la testa è un *incipit* utile per ogni occasione, per la politica, per il commercio, per le relazioni, per il lavoro. Senza uno sguardo lungo rischiamo di inciampare sui nostri piedi, di implodere nel nostro io, di costruire percorsi dal respiro corto, senza prospettiva.

Il progetto, che presentiamo in queste pagine e che fa parte di un'articolata serie di innovazioni, va in questa direzione, nel senso che non ci sono norme specifiche a supporto, né contributi piovuti dal cielo – semmai ricercati con pervicacia e ostinazione nell'ingrovigliato mondo dei finanziamenti – ma solo studio, creatività, idee, una squadra coraggiosa e magari un po' di fortuna.

Un quadro generale

Come sempre, il presupposto al cambiamento è culturale. Che idea abbiamo della nostra casa di riposo, o RSA, o residenza per anziani o, come vengono formalmente

definite in Veneto con una fortunata intuizione, centri di servizi per anziani auto e non autosufficienti? A nostro avviso il segreto dello sviluppo e dell'innovazione sta proprio nel significato che noi attribuiamo al concetto di centro di servizi, uno stimolo alla capacità di queste organizzazioni ad andare oltre se stesse. Parlare di centri di servizi significa andare oltre il concetto di residenzialità, significa concepire queste organizzazioni non come luoghi dove vanno a vivere le persone compromesse che non possono più stare a casa propria, continuando a replicare un modello di esclusione dalla società, magari dorato ma pur sempre di esclusione, significa trasformarli, anche nel pensiero dei cittadini, in villaggi aperti alla comunità, che offrono una serie importante di servizi come ad esempio il centro diurno, la disponibilità di spazi per ospitare organizzazioni di volontariato o culturali, l'assistenza domiciliare, mini alloggi o *cohousing* indipendenti, ambulatori per la riabilitazione, spazi verdi per i bambini con i genitori. In ISRAA abbiamo cercato di innovarci in questa direzione inventandoci nuovi servizi utili alla comunità e proponendoci, in modo integrato e non oppositivo, al sistema dei servizi istituzionali esistenti, a partire dai Comuni e dall'ULSS, ascoltando i cittadini, gli stakeholder, le forze sociali, le associazioni, ponendoci di volta in volta obiettivi in linea con i suggerimenti e con l'analisi dei bisogni che via via andavamo facendo. Quando abbiamo iniziato questo percorso era il 2014, ora, dopo più di dieci anni, siamo una realtà fortemente diversa sia sul piano organizzativo che dei servizi. Solo per fare degli esempi, nel 2014 l'ISRAA gestiva quattro residenze per un totale di 850 anziani, di cui 700 non autosufficienti, compresi due centri diurni. Oggi, dopo 12 anni, oltre a mantenere la residenzialità appena ricordata, diversificandola e specializzandola, abbiamo un ulteriore centro diurno, una Rete Alzheimer territoriale che segue circa 600 famiglie, l'assistenza domiciliare in 12 comuni per un totale di 650 persone assistite a casa, la distribuzione di 60.000 pasti a domicilio prodotti dalla nostra cucina, un *multi-cohousing* che aggrega a fine lavori 12 *cohousing* nel centro di Treviso, la gestione di 20 progetti europei su tematiche come l'invecchiamento attivo, l'*hybrid care*, la teleassistenza, l'intelligenza artificiale. Quale è l'obiettivo di tutto questo movimento? Banalmente, essere utili alla nostra comunità, contribuire a risolvere i problemi connessi alla vita degli anziani e delle loro famiglie, rispondere ai bisogni in continua mutazione con servizi flessibili in grado di rimanere appropriati, parlare un linguaggio semplice, in grado di "prendere in carico" le persone con i loro problemi e farle sentire meno sole. Nell'orizzonte di ISRAA c'è stata poi la trasformazione a inizio 2026 in EnEA, con la fusione, per incorporazione con una IPAB cittadina denominata Appiani Turazza dedicata ai servizi per l'infanzia.

In questo percorso di trasformazione, tra le innovazioni realizzate si inserisce Borgo Mazzini Smart Cohousing.

Borgo Mazzini Smart Co-housing

Borgo Mazzini è una via, una porzione di quartiere nel centro storico di Treviso, il luogo dove ha sede l'amministrazione di EnEA, la residenza per anziani Casa Abergio Salce e un convento del 1500 che negli anni ha svolto molteplici funzioni, da ultime come Ospedale di Treviso e infine come casa di riposo, esperienza conclusa nel 2010 per vetustà e carenza dei requisiti necessari per le autorizzazioni e l'accreditamento. Nel 2013 il nuovo CdA, dopo gli approfondimenti del caso, ha proposto di pensare a un

progetto tenendo conto di tre indirizzi: pensare all'immobile come un patrimonio della città, essere in linea con i principi statutari dell'Ente, evitare di creare un carrozzone pubblico.

Sulla base di queste idee guida è stato creato un gruppo di lavoro multiprofessionale che annoverava all'interno diverse professioni (geometri, architetti, ingegneri, psicologi, sociologi, infermieri, educatori, contabili...), un gruppo a geometria variabile, a seconda degli argomenti e delle necessità che via via emergevano. La regia era in carico alla direzione dell'Ente. Nella prima fase, il gruppo ha approfondito la tematica attraverso studi mirati di esperienze e realtà in Europa e in Canada. Incrociando il tema dell'abitare con il tema dell'invecchiamento, ben presto sono spuntate le prime ipotesi di *cohousing* e/o di *housing* sociale. Parallelamente è stata avviata una breve ricerca tesa ad individuare quali fossero le principali problematiche che venivano riportate da persone ultra 75enni che vivevano nel nostro territorio. Nel merito, i dati ISTAT evidenziano che nella provincia di Treviso (come in tutta la Regione del Veneto) le persone sole con più di 75 anni sono oltre il 45%, una cifra enorme. Abbiamo poi confrontato i risultati emersi dal nostro piccolo studio con alcune ricerche sociali e da questo incrocio sono emerse le seguenti sei più importanti criticità:

- Isolamento sociale: le persone, che spesso abitano da sole in piccoli paesi o nella periferia delle città, denunciano un oggettivo isolamento, determinato proprio dal fatto che le circostanze sono tali da non permettere di frequentare, incontrare, chiacchierare con altre persone;
- Salute: il crescere dell'età porta con sé non solo il naturale incremento delle malattie età correlate, ma anche un'ansia anticipatoria per possibili problemi sanitari futuri che le persone temono di non saper affrontare, soprattutto se vivono da sole;
- Sicurezza: le continue notizie sui media di truffe agli anziani, di intrusioni nelle abitazioni, di violenza per le strade, ha aumentato a dismisura il senso di insicurezza degli anziani che per protezione, tendono a chiudersi in casa;
- Servizi: la distanza dai servizi, sia da quelli sanitari che da quelli che servono per l'ordinaria gestione della giornata (comperare le medicine, il latte, i prodotti per l'igiene, le pulizie...) diventa con l'età un grande ostacolo all'autonomia e quindi al benessere;
- Burocrazia: PEC, bonifici, Spid, pagamento delle utenze, 730, bolli, assicurazioni ... e poi le continue telefonate da venditori di piattaforme televisive, pannelli solari, luce, acqua, gas, poltrone, materassi e chi più ne ha più ne metta... ciò che è complicato nell'età adulta diventa davvero estenuante nella vecchiaia;
- Solitudine: essere isolati, ovvero abitare da soli, non significa per forza soffrire di solitudine, ma certamente chi è oggettivamente solo ha maggiore probabilità di incorrere in questo grave dramma che è poi la porta d'ingresso della depressione.

Elencati i sei fattori di criticità, è venuto del tutto naturale constatare che l'ipotesi di vita in un *cohousing* rappresentava l'antidoto ai problemi appena evidenziati. Abitando in un *cohousing* viene annullato l'isolamento sociale, viene conseguentemente diminuita la probabilità di incorrere nella solitudine e quindi nella depressione; se poi il complesso si trova in un centro cittadino, anche l'accesso ai servizi diventa molto

più semplice e agevolato. Rimangono sospesi i problemi correlati alla preoccupazione per la salute e il tema della burocrazia, questioni che però possono essere considerate nella costruzione progettuale del modello di *cohousing*.

La road map in quattro punti

Il primo documento che riassumeva questo ragionamento è stato presentato al CdA che ha sollecitato il gruppo a proseguire il lavoro. Si trattava a quel punto di definire un percorso che ci conducesse all'ambizioso obiettivo di progettare e costruire un *cohousing* nel complesso di Borgo Mazzini.

Dopo i confronti e gli approfondimenti in seno al gruppo di lavoro, si è presto arrivati a definire una *road map* in quattro punti, percorso che sottintendeva l'adozione di un metodo partecipativo: è un progetto che si realizza con la città.

I quattro punti sono i seguenti:

1. *Creare i presupposti politico istituzionali*: nessun progetto ambizioso è possibile se non si creano le condizioni politico istituzionali per facilitarne lo sviluppo. Il vertice dell'Ente, presidenza e direzione, si è mosso con gli interlocutori istituzionali per presentare loro l'idea, la proposta, il cammino da compiere. Le intenzioni progettuali sono state manifestate alle istituzioni regionali e provinciali, sia politiche che tecniche, al Sindaco e alla Giunta Comunale di Treviso, è stato interloquuto anche con la minoranza, convinti che un bene comune è trasversale alla partitocrazia. Il progetto è stato poi presentato ai diversi interlocutori dell'ULSS, alla Presidenza della Conferenza dei Sindaci e infine alla Sovrintendenza. Tutti gli interlocutori si sono mostrati benevoli, in alcuni casi entusiasti. Tutti hanno immediatamente precisato che non avevano finanziamenti a disposizione; da parte nostra abbiamo assicurato che non eravamo alla ricerca di finanziamenti ma di condivisione e, se del caso, visto che presentavamo anche un cronoprogramma, di un aiuto nell'iter amministrativo per lo sviluppo celere delle pratiche.

2. *Diffondere nel contesto cittadino e provinciale il concetto di cohousing*: l'obiettivo era mettere nell'agenda culturale di Treviso il tema del *cohousing* con le sue diverse sfaccettature. Affinché i cittadini avessero l'opportunità di conoscerne i contenuti, sono state organizzate una serie di iniziative pubbliche tra cui un primo convegno nell'ottobre 2014 intitolato "Per una architettura sociale condivisa in Borgo Mazzini", un convegno nell'anno successivo intitolato "Linee guida per la riqualificazione dell'area Borgo Mazzini" e poi ancora seminari di studio aperti dai titoli evocativi "Promozione e sensibilizzazione della cittadinanza sullo sviluppo di Borgo Mazzini", "Proposta per un innovativo abitare senior", "Rivoluzioniamo il modo di abitare a Treviso".

3. *Avviare una progettazione partecipata con i cittadini*: punto centrale del progetto e aspetto che ha contribuito a dare allo stesso uno spessore di "polis" in quanto frutto del contributo diretto, senza intermediazioni, dei cittadini. Dopo questi incontri il progetto è diventato "pesante", nessuno avrebbe più potuto fermare i motori. Il metodo ha consentito una sorta di approvazione popolare dove tutti ci credevano. Sul piano tecnico, sono stati sviluppati quattro temi per ognuno dei quali si è dato avvio a una serie di incontri utilizzando, a seconda della necessità, due tecniche di gestione di

gruppi diverse: il *focus group* e il *world caffè*. È stato possibile affidare a 50 professionisti dell'ente gli indirizzi operativi generali per gestire oltre 200 persone aggregate nelle quattro tematiche proposte:

- Vivere nel Borgo: socialità, inclusione, solidarietà;
- Vivere nel *Cohousing*: autonomia, autodeterminazione, risorse umane e servizi;
- Luoghi del vivere: spazi abitativi e sociali, verde, sicurezza e accessibilità;
- Sostenibilità economica e linee di finanziamento.

Quello che era un sogno un po' sfumato a occhi aperti di una decina di persone - amministratori, dirigenti, funzionari, professionisti - ha così avuto una prima concretizzazione attraverso un percorso ricco ed articolato, di circa un anno, che ha portato a definire meglio il sogno stesso, modificandone alcuni tratti e definendone la traiettoria.

Le varianti in corso d'opera

Durante questo percorso iniziato oramai 12 anni fa, si è inserito il famoso PNRR. Considerati gli obiettivi della missione 5, l'ISRAA ha proposto al neonato Ambito Territoriale Sociale, di realizzare nel nostro contesto cittadino tre ulteriori *cohousing* in questo caso dedicati, come recita il PNRR, a persone anziane non autosufficienti ma ancora in grado di abitare in autonomia se supportati da accorgimenti domotici e strumentazione tecnica e digitale. Abbiamo candidato al finanziamento due porzioni di palazzina terra cielo da ristrutturare e la trasformazione di una parte di Casa Albergo Salce, residenza che ospita 160 anziani, parte auto e parte non autosufficienti, attigua all'amministrazione e a BMSC. Utilizzando ulteriori possibilità di finanziamento europeo, si sono infine aggiunte altre due opportunità, sempre nell'area di Borgo Mazzini. Nel caso del PNRR i lavori sono stati necessariamente ultimati entro il 31 marzo del 2026, data ultima di presentazione dei lavori finanziati dallo stesso.

Da notare il fatto che quanto illustrato è un vero esempio di rigenerazione urbana destinata a modificare il funzionamento di questa parte di città. La giunta comunale infatti si è già impegnata a pedonalizzare Borgo Mazzini, ovvero la strada centrale su cui si affacciano quasi tutti gli edifici del *cohousing*.



Vivere in un *cohousing*

Andare a vivere in un *cohousing* rappresenta un atto di scelta, consapevole e a suo modo rivoluzionario. Lasciare la casa di una vita, ridurre il proprio spazio, eliminare, chiudere, trasformarsi. Ogni persona che compie questa scelta ha contemporaneamente motivazioni individuali e motivazioni comuni con gli altri abitanti, ed è portatrice di una storia e di un progetto di vita. Per Franca, residente dal 2018,

«*Cohousing* vuol dire darsi un aiuto a vicenda con i componenti della residenza. Condividere, partecipare, in caso di bisogno esserci e in caso di non bisogno rispettare gli spazi dell'altro e rispettare l'altro. Il rispetto tra di noi è una questione molto importante. Vivo qui da Ottobre 2018, sono entrata con la volontà di garantirmi una vecchiaia serena, non in solitudine e non fuori dal mondo. Qui ho un appartamento in città con tutte le comodità che questo comporta e la buona assistenza che ci viene garantita dall'ISRAA a 360 gradi. Mi piace perché mi sento dentro ad un nido, protetta; non che a casa mia non lo fossi ma mi trovavo in una casa molto grande e finché eravamo in tanti tutto è andato bene, quando mi sono trovata da sola mi sono sentita nel vuoto. Mentre qui mi sento proprio in un nido, tant'è che tante volte quando le persone mi chiamano per chiedermi dove sono io rispondo: sono nel mio nido a Treviso. È piccolo ma mi è sufficiente e ha tutte le comodità che mi servono».

Sono compresi nel canone di locazione i costi di tutte le utenze e di manutenzione, le pulizie delle aree comuni, la pulizia semestrale degli alloggi, il noleggio e lavaggio della biancheria piana, l'utilizzo della lavatrice e asciugatrice nel locale comune di ciascun edificio, il servizio di primo e pronto intervento in caso di emergenze, la possibilità di partecipazione alle attività psico socioeducative proposte dall'ente.

Si tratta quindi di una tipologia di *cohousing* a mediazione istituzionale, in cui si accede conoscendo i servizi offerti e si compie una scelta di valori condivisi, sottoscrivendo al momento dell'ingresso la "Carta dei Valori". Il contratto di valore è una proposta di contratto tra le parti (ente gestore, residente e rapporto tra i residenti), contenente i principi di valore che hanno ispirato la realizzazione del Progetto Borgo Mazzini Smart Cohousing. Per i partecipanti al focus tale contratto era una necessità, da far sottoscrivere ai residenti insieme a un contratto residenziale (affitto, locazione, servizi inclusi nella retta, etc.), per rendere tutti consapevoli delle caratteristiche che vuole avere Borgo Mazzini come quartiere solidale. In questo senso esso diventa anche un'opportunità per promuovere un pensiero di vita e uno stile di vita.

Dalla sottoscrizione dei valori alla messa in pratica nei comportamenti passa la vita quotidiana, fatta di gesti di aiuto proposti e ricevuti, mediazioni e prese di posizione, condivisioni e autonomie.

"E se mi succede qualcosa?". "C'è la mia vicina, ci sono i familiari, c'è l'ISRAA".

È una frase che spesso viene pronunciata e gli stessi residenti che si danno la risposta.

Attraverso le varie professionalità, il lavoro di équipe multidisciplinare, la disponibilità di servizi domiciliari e di accoglienza in residenza, sono state fronteggiate le diverse situazioni, in sinergia con i familiari o gli amministratori di sostegno se presenti, costruendo situazione per situazione una risposta specifica, che rispettasse i bisogni ma anche i tempi della persona.

Come racconta Giuseppe:

«Siamo io e mia moglie, non abbiamo figli e non abbiamo parenti vicini; da sempre abbiamo pensato di passare la nostra vecchiaia in un posto protetto in cui in caso di qualsiasi necessità potevamo essere aiutati. Quando abbiamo saputo che l'ISRAA procedeva con i progetti di *cohousing* ci siamo informati e siamo riusciti ad entrare in questa struttura dove ci troviamo benissimo, non bene, benissimo. Siamo entrati il 5 settembre del 2018, e in questo tempo abbiamo potuto constatare che l'ISRAA è sempre presente in caso di necessità e questo per noi è molto importante e ci consola il fatto di sentirci protetti. Quando Mirella mia moglie si è fratturata è stata accolta al rientro dall'ospedale in Casa Albergo Salce, dove è stata alcuni mesi e ha svolto tutta la riabilitazione e poi è tornata ad abitare qui. Siamo bene, ci troviamo bene, con mia moglie siamo contenti, abbiamo trovato qui la soluzione giusta per noi e per la nostra vecchiaia».

Coordinare e accompagnare il *cohousing*

Dai *focus group* nel 2014 all'avvio del primo *cohousing* nel 2018 fino alla presenza attuale di 10 edifici si è passati attraverso molte fasi, prove, sperimentazioni, iniziative. Collaborare, strettamente legato al coabitare, richiede impegno per mettere insieme interessi diversi, talvolta confliggenti, e abilità di gestione dei conflitti che nella pratica inesorabilmente si verificano. Dal 2018, con l'apertura del primo edificio Casa Garzoni, partendo dal patrimonio raccolto nei *focus group* del 2014 e dalla Carta dei Valori, abbiamo iniziato a conoscere e coltivare il capitale sociale, costituito dalla somma delle disponibilità, conoscenze, abilità, interessi che ogni residente, assieme ai suoi familiari e alla comunità, può offrire e ottenere, relazionandosi con gli altri, guidato da principi di reciprocità e di mutuo riconoscimento.

A seguito di un confronto approfondito tra i membri dell'équipe del progetto Borgo Mazzini Smart Cohousing (BMSC), avvenuto nel mese di Aprile 2020, si è riflettuto su come sviluppare le dinamiche di progetto alla luce dell'andamento demografico nazionale e internazionale previsto fino al 2030. Le considerazioni emerse, e riportate di seguito, riflettono la nostra speranza e intenzione di dare forma al 2030, ponendoci sfide fondate su di un pensiero aperto al bene comune, in grado di modificare le dinamiche e le relazioni sociali già in essere, contribuendo a un futuro più desiderabile per tutti. Da qui è nata l'idea di elaborare un manifesto che, partendo dal contesto del Borgo, delinea una visione di invecchiamento che ci guidi nella transizione in "centro servizi" per la comunità e che parli dell'anziano come di persona che non è solo portatore di bisogni, ma anche risorsa per la comunità. I principi base che ci guidano sono quindi sintetizzabili in:

- Il LUOGO come opportunità di crescita umana;
- Il QUARTIERE BORGO a misura di persona e di anziano, per promuovere e garantire il buon invecchiamento;
- La logica di COMMUNITY MANAGEMENT che prevede una équipe di professionisti e la metodologia del lavoro multiprofessionale;
- Il tema dello SVILUPPO DI COMUNITA'.

Abbiamo attivato dall'inizio dell'esperienza un'équipe multiprofessionale che si occupa del *community management*, integrando tutte le risorse, così da rendere il Borgo un luogo di vita protesico. L'équipe è quindi gestore e garantisce i servizi e soprattutto la loro integrazione, ed è facilitatore, quindi, dà supporto e promuove una crescita dei legami di reciprocità e solidarietà, di responsabilità sociale e di consapevolezza del vivere insieme.

Osservando i fili rossi che esistono e che guidano un agire quotidiano articolato, possiamo individuare alcuni elementi di attenzione che sottendono al lavoro degli operatori di comunità: Accogliere il mondo di ciascuna persona, Partire dall'ascolto dei bisogni e desideri delle persone, Costruire e tenere aggiornate le mappe del territorio, Valorizzare ciò che c'è, Lavorare in gruppo, Muoversi con leggerezza, fiducia, creatività.

Organizziamo riunioni plenarie con i residenti del Borgo, per la condivisione di informazioni, la raccolta di idee, l'attivazione di iniziative. In questi incontri vengono utilizzate, a seconda degli obiettivi, le diverse tecniche di conduzione dei grandi gruppi, come il *world café*, *l'open space technology*, per favorire la partecipazione e la condivisione. Nelle varie declinazioni tendiamo a favorire l'emersione dei bisogni e dei desideri delle persone, che vanno poi ad attivare le comunanze tra loro, ad esempio nella partecipazione alle attività proposte dall'ente o in quelle direttamente organizzate dai residenti stessi. A tal fine si è poi creato il Gruppo OPI, ovvero un gruppo composto da alcuni residenti delle varie case che, con la facilitazione di alcuni professionisti dell'équipe, si incontra per programmare le attività da realizzare nello spazio comune dell'Opificio, sito in uno dei complessi e utilizzato per corsi, laboratori, feste, incontri.

Le attività spaziano dai laboratori di stimolazione cognitiva a incontri di promozione della salute, dalla ginnastica allo yoga, dalla pizza mensile al pomeriggio in compagnia, in una fluidità di organizzazione e partecipazione libera e molte sono aperte ad amici e residenti del quartiere.

È previsto uno sportello con l'infermiera di comunità, presente stabilmente tre volte alla settimana nei diversi edifici del *cohousing*, che ha permesso di creare legami stabili di fiducia, offrendo spazi di supporto e confronto e raggiungendo anche persone che per scelta individuale non partecipano alle altre attività comunitarie, diventando così punto di riferimento e sensore.

Gli incontri e i diversi punti di osservazione delle varie figure professionali che operano nel borgo trovano poi raccordo e sintesi nella riunione settimanale di équipe, nella quale le diverse informazioni e osservazioni sui residenti vengono messe in comune.

Considerazioni conclusive

Le attività svolte da EnEA nell'ambito del *cohousing* restituiscono il quadro di un intervento articolato, concretamente attuato e capace di coniugare dimensione abitativa, interventi infrastrutturali, supporto tecnologico, accompagnamento professionale e attenzione ai bisogni sociali e relazionali delle persone coinvolte.

Sul piano attuativo, l'esperienza ha evidenziato il valore delle soluzioni strutturali e tecnologiche adottate, ma anche la necessità di calibrarle in modo differenziato e di integrarle stabilmente con il supporto umano, organizzativo e relazionale. Allo stesso tempo, gli interventi infrastrutturali e le attività di accompagnamento hanno contribuito a costruire le condizioni concrete perché l'autonomia sia realmente praticabile.

Vale la pena, infine, di evidenziare alcune riflessioni che possono servire a chiunque intenda costruire un *cohousing* prevalentemente orientato alle persone che stanno invecchiando.

1. Il *cohousing* è prima di tutto una questione culturale, solo in seguito si pensa ai mattoni, ai soldi, alle logistiche e così via. Chi parte pensando alla speculazione immobiliare legata al grande tema dei vecchi è meglio che trovi altre aree di investimento.

2. Le persone anziane che hanno fatto domanda per abitare nel primo *cohousing*, che aveva 11 alloggi, sono state 354, un numero enorme rispetto alla disponibilità, segno evidente che questo argomento è molto sentito dalle persone che stanno invecchiando. L'idea che ci siamo fatti a seguito di questo successo è che complessivamente EnEA ha messo nel mercato un bene prezioso: la serenità.

3. Chi oggi è interessato a questa soluzione sono persone del ceto medio, che hanno una discreta disponibilità economica, una discreta cultura, con buone competenze relazionali, spesso sole e molto consapevoli del proprio futuro. Per queste persone abbiamo elaborato l'opzione del "sé possibile", cioè del fatto che persone che prima non sapevano nulla di questa opportunità, approfondendo le proprie conoscenze hanno avuto l'illuminazione del "sé possibile" in alternativa al "sé rassegnato" alla vita ordinaria, così come è determinata dal destino.

4. Risulta particolarmente vincente la collocazione centrale del *cohousing* rispetto ai servizi. Abitare in un centro rende autonomi, offre molte opportunità, la vita viene organizzata in modo più semplice.

5. La vicinanza di un centro di servizi come Casa Albergo Salce fa la differenza. La percezione da parte dei residenti del *cohousing* di essere "coperti" in caso di problemi di salute, fa davvero la differenza. Avere l'infermiere di comunità che fa un giro alla settimana è una panacea dai potenziali mali. Sugeriamo, a chi dovesse mettersi in questa impresa, di stipulare un accordo di collaborazione con potenziali centri di salute o centri di servizio perché questa opportunità fa davvero la differenza.

Abbiamo misurato il grado di soddisfazione dei residenti del *cohousing*, ma gli strumenti tecnici hanno nel tempo lasciato il posto all'amicizia, alla frequentazione, al fatto che la maggior parte dei *cohouser* sono diventati abitanti, frequentatori, aiutanti, collaboratori. Sono diventati anche esportatori di cultura, esperti di marketing sempre disponibili a parlare della propria esperienza alle molte delegazioni di visitatori a cui li affidiamo.

BIBLIOGRAFIA

Benasayag, M. e Cohen, T. (2022). *Del dialogo nella complessità*. Lecce: Pensa Multimedia.

Calzà, L. e Trabucchi, M. (2023). *Le parole che non ti aspetti*. Bologna: Il Mulino.

Laloux, F. (2022). *Reinventare le organizzazioni. Come creare organizzazioni ispirate al prossimo stadio della consapevolezza umana*. Milano: Guerini Next.

Pavan, G. (a cura di) (2025). *La moderna assistenza alle persone anziane*. Bologna: Maggioli.

Zallio, M. e Zanutto, O. (2025). *Housing a misura di senior*. Bologna: Maggioli.

di Luca Zamboni, Dario De Francesco – *Cooperativa Sociale San Vitale, Ravenna*

L'ALBERGO DEL CUORE E SAN VITALE ACADEMY COME ESPERIENZA DI INNOVAZIONE SOCIALE

ABSTRACT

L'Albergo del Cuore e San Vitale Academy rappresentano un modello di innovazione sociale che unisce impresa, formazione e inclusione. In un contesto lavorativo reale, persone con fragilità acquisiscono competenze e autonomia, superando l'assistenzialismo. Il lavoro diventa così strumento di dignità, responsabilità e futuro, permettendo a ciascuno di costruire un progetto di vita concreto e riconosciuto.

Tutto è nato da una domanda semplice ma radicale che ci siamo posti come cooperativa: come possiamo parlare di qualità della vita se una persona non ha un lavoro, un ruolo riconosciuto, una responsabilità dentro la comunità?

Noi della Cooperativa Sociale San Vitale, attiva da oltre quarant'anni nei servizi educativi e di inclusione nel territorio ravennate, a un certo punto ci siamo trovati davanti a un bivio: continuare a offrire protezione oppure fare un passo ulteriore e costruire contesti reali di autonomia. Abbiamo scelto la seconda strada; da questa scelta è nata un'esperienza che oggi definiamo di *innovazione sociale*.

L'Albergo del Cuore, nel centro di Ravenna, non è per noi un progetto simbolico né un laboratorio protetto, è un'impresa vera, inserita nel mercato turistico, curata nell'estetica e nella qualità del servizio, capace di sostenersi economicamente. La sua innovazione è prima di tutto culturale: integrare inclusione e sostenibilità senza abbassare gli standard, dimostrando ogni giorno che qualità e fragilità non sono in contraddizione.

Nel modello tradizionale, le persone con fragilità vengono inserite in contesti "adattati"; noi abbiamo scelto un'altra impostazione: il contesto è reale e le persone vengono accompagnate a crescere dentro una realtà vera, con responsabilità autentiche, aspettative concrete e obiettivi professionali chiari. Da qui nasce *San Vitale Academy*, il nostro percorso formativo strutturato che trasforma l'esperienza lavorativa in apprendimento professionale.

I partecipanti non “provano a fare qualcosa”: acquisiscono competenze riconoscibili e trasferibili, affiancati da tutor ed educatori, si formano nelle attività di accoglienza, nel servizio ai piani, nella ristorazione, nella gestione della relazione con il cliente, imparano a lavorare in squadra, a rispettare tempi e responsabilità, a confrontarsi con le richieste del mercato.

Per noi innovazione sociale significa superare la logica dell’assistenzialismo e costruire un sistema in cui impresa, formazione e inclusione convivono in modo strutturale. Non un progetto temporaneo, ma un modello replicabile che tiene insieme sostenibilità economica e impatto sociale.

La *qualità della vita*, per noi, non è un concetto astratto, è poter dire: “Io contribuisco. Il mio lavoro ha valore. Sono parte di qualcosa”: è sentirsi riconosciuti non per ciò che manca, ma per ciò che si è capaci di fare. Questa trasformazione ha un volto concreto: quello di Elia, un ragazzo sempre disponibile, con una forte determinazione a mettersi in gioco e a crescere professionalmente. Lui ha iniziato il suo percorso all’interno dell’*Academy* affrontando ogni mansione con serietà, senza sottrarsi alle difficoltà, imparando passo dopo passo cosa significa lavorare in un’impresa vera.

Oggi è assunto con contratto all’*Albergo del Cuore* e, quando gli abbiamo chiesto cosa rappresenti per lui questo traguardo, ci ha risposto: «Adesso che ho un nuovo lavoro vorrei andare ad abitare con la mia fidanzata Giulia, da soli, senza genitori».

In queste parole c’è il senso profondo di ciò che cerchiamo di costruire ogni giorno: non soltanto un inserimento lavorativo, ma la possibilità concreta di progettare la propria vita in autonomia. Non un aiuto temporaneo, ma un futuro che prende forma.

L’*Albergo del Cuore* dimostra che l’inclusione può essere ordinaria, quotidiana ed economicamente sostenibile, che l’innovazione sociale non consiste nel creare qualcosa di straordinario, ma nel trasformare ciò che è normale in uno spazio stabile di dignità e opportunità. Il futuro della nostra *Academy* va in questa direzione: rafforzare le reti territoriali, consolidare le competenze, rendere il modello sempre più solido e aperto, affinché lavoro, relazioni e fiducia continuino a incontrarsi in modo concreto.

Perché la qualità della vita, quando è autentica, passa anche da qui: dalla possibilità di scegliere, di costruire, di diventare adulti.



Foto 1:
L’Albergo
del Cuore



Foto 2 e 3: Albergo del Cuore (esterni e camera)



L. Zamboni, D. De Francesco, L’Albergo del Cuore e San Vitale Academy
come esperienza di innovazione sociale - Spiritualità e qualità di vita, XXI/2026



Foto 4: Servizio al tavolo



Foto 5 e 6: Elia alla reception

Foto 7: Elia in una camera



SPIRITUALITÀ E QUALITÀ DI VITA

COMITATO EDITORIALE

don Giovanni Carollo
don Carlo Marin
don Lorenzo Lodi
don Ugo Rega
don Valeriano Giacomelli
don Roberto Polimeni

DIRETTORE RESPONSABILE

Roberto Franchini
*Ph.D., Opera don Orione, Università Cattolica,
Segretario SIDIN (Società italiana Disturbi del Neurosviluppo)*

COORDINATORE

Elisa Rondini
Ricercatrice, Opera Don Orione, Università degli Studi di Perugia

COMITATO SCIENTIFICO

- Marco Bertelli
*Direttore CREA (Centro di Ricerca E Ambulatori) Fondazione San Sebastiano della Misericordia di Firenze,
Presidente WPA-SPID (World Psychiatric Association Section Psychiatry of Intellectual Disability),
Past President EAMH-ID (European Association for Mental Health in Intellectual Disability),
Presidente SIDIN (Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo),
Presidente Eletto AISQuV (Associazione Italiana per lo Studio della Qualità di Vita)*
- Sr Veronica Donatello
*Conferenza Episcopale Italiana, Ufficio catechistico nazionale,
Responsabile del Settore per la catechesi delle persone disabili*
- Federica Floris, *Opera don Orione Genova*
- Vincenzo Alfano, *Opera don Orione Savignano Irpino*
- Davide Gandini, *Opera don Orione Genova*

Pubblicazione Semestrale di Informazione Scientifica
ANNO 12 / n. 21 Gennaio - Giugno 2026

Edizioni Opera Don Orione
PROVINCIA RELIGIOSA "MADRE DELLA DIVINA PROVVIDENZA"
Via della Camilluccia 142-00135 ROMA

Realizzazione e stampa B.N. Marconi - Genova - Tel. 010 6515914

ISSN 2611-2841
Spiritualità e qualità di vita - Testo stampato