

IL SERVIZIO SOCIALE NELL'EMERGENZA COVID-19

a cura di
Mara Sanfelici, Luigi Gui,
Silvana Mordegli



Fondazione
Nazionale
Assistenti Sociali

FrancoAngeli

OPEN  ACCESS



Condivisione del sapere nel servizio sociale

collana della Fondazione Nazionale Assistenti Sociali/FNAS

La collana si propone come luogo di pubblicazione del sapere emergente in servizio sociale: uno spazio, quindi, nel quale rendere pubblico, condivisibile e oggetto di confronto il patrimonio ricco e rinnovato di conoscenze, scoperte e pratiche degli assistenti sociali (*Social Workers* nella dizione internazionale) progettato e curato dalla Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali, anch'essa strumento e opportunità a servizio della comunità professionale.

La letteratura di servizio sociale, in tutte le sue declinazioni (storica, etica, giuridica, antropologica, sociologica, politica, economica e organizzativa) è viepiù cresciuta anche in Italia nel corso degli ultimi decenni, prevalentemente per la spinta propulsiva di docenti e studiosi, interni ed esterni alla disciplina professionale, orientati a trasmettere conoscenza e competenza nelle aule dell'università. Sono meno evidenti, invece, seppure presenti, le pubblicazioni sulle pratiche e sulle tematiche affrontate quotidianamente negli interventi sociali e nelle nuove frontiere in cui operano i *professionals* di servizio sociale.

La Fondazione, dunque, cura e promuove questa collana per valorizzare le ricerche, le proposte culturali e le pratiche progettuali che animano e concretizzano la disciplina di servizio sociale, per sostenere i professionisti nello sviluppo di nuove competenze, per portare ad evidenza le notevoli potenzialità di produzione disciplinare già presenti e provocare criticamente ulteriori capacità.

I volumi pubblicati sono sottoposti a valutazione anonima di almeno due *referees* esperti.



Fondazione Nazionale Assistenti Sociali

La *Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali*, istituita nel 2015 dal Consiglio Nazionale dell'Ordine, ha l'obiettivo di valorizzare la professione di assistente sociale, promuove studi e ricerche scientifiche direttamente e attraverso collaborazioni esterne, svolge indagini e rilevazioni al fine di acquisire e diffondere conoscenze inerenti alla professione e ai settori d'interesse del servizio sociale (metodologia e deontologia professionale, politiche sociali, organizzazione dei servizi, innovazione), organizza attività finalizzate all'aggiornamento tecnico-scientifico e culturale degli assistenti sociali, anche avvalendosi di convenzioni con Università ed enti pubblici e privati, partecipa a bandi di progettazione e gare internazionali, europei e locali. Promuove, inoltre, iniziative editoriali e attività tese a consolidare la connessione tra la professione e il sistema culturale nazionale e internazionale.

Collana coordinata da

Silvana Mordegia, Presidente FNAS

Comitato editoriale

Luigi Gui, Silvana Mordegia, Francesco Poli, Mara Sanfelici, Miriam Totis

Comitato scientifico

Elena Allegri (*Università del Piemonte Orientale*), Teresa Bertotti (*Università di Trento*), Fabio Berti (*Università di Siena*), Marco Burgalassi (*Università di Roma3*), Annamaria Campanini (*Università di Milano Bicocca*), Maria Teresa Consoli (*Università di Catania*), Marilena Dellavalle (*Università di Torino*), Roberta Di Rosa (*Università di Palermo*), Silvia Fargion (*Università di Trento*), Fabio Folgheraiter (*Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*), Günter Friesenhahn (*Hochschule Koblenz*), Gianmario Gazzì (*CNOAS*), Luigi Gui (*Università di Trieste*), Francesco Lazzari (*Università di Trieste*), Kinue Komura (*Bukkyo University, Kyoto*), Walter Lorenz (*Univerzita Karlova, Praha*), Alberto Merler (*Università di Sassari*), Silvana Mordegia (*Università di Genova*), Carla Moretti (*Università Politecnica delle Marche*), Urban Nothdurfter (*Free University of Bozen-Bolzano*), Clarisa Ramos Feijóo (*Universitat d'Alacant*), Anna Maria Rizzo (*Università del Salento*), Ana Sánchez Migallón Ramírez (*Universidad de Murcia*), Mara Sanfelici (*Università di Trieste*), Alessandro Sicora (*Università di Trento*).

IL SERVIZIO SOCIALE NELL'EMERGENZA COVID-19

a cura di
Mara Sanfelici, Luigi Gui,
Silvana Mordegli



Fondazione
Nazionale
Assistenti Sociali
Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

FrancoAngeli
OPEN ACCESS

Progetto grafico di copertina: Alessandro Petrini

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Publicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate*
4.0 Internazionale (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione , di <i>Silvana Mordegli</i>	pag.	9
1. Le linee del fronte	»	9
2. La ricerca: un contributo all'approfondimento su servizio sociale e COVID-19	»	10
3. Una comunità di pratiche	»	11
4. In conclusione	»	12
5. <i>Last but not least</i>	»	13
1. Una comunità professionale e l'emergenza , di <i>Gianmario Gazz</i>	»	15
<i>Gianmario Gazz</i>		
Premessa	»	15
1. Aspettare la fine della tempesta?		16
2. Le priorità per le persone (e per i professionisti)		21
2. La vulnerabilità "normale" e il servizio sociale , di <i>Mara Sanfelici</i>	»	24
<i>Mara Sanfelici</i>		
1. Il concetto di vulnerabilità nella letteratura sulle emergenze collettive	»	24
2. La costruzione della vulnerabilità sociale nella società contemporanea e la crisi del welfare	»	26
3. La vulnerabilità nella pandemia COVID-19	»	28
4. Lo svelamento della vulnerabilità come condizione umana	»	31
5. Vulnerabilità in tempi ordinari e straordinari: il (possibile) posto del servizio sociale nel welfare	»	34
Riferimenti bibliografici	»	38
3. Spiazzamento e apprendimento dall'esperienza in tempo di COVID , di <i>Luigi Gui</i>	»	40
<i>Luigi Gui</i>		
Premessa	»	40

1. Spiazzamento nei servizi	pag.	42
2. Incertezza negli interventi	»	46
3. Apprendimento nell'innovazione	»	50
Riferimenti bibliografici	»	53
4. Il servizio sociale nella crisi COVID-19: un progetto di ricerca, di Mara Sanfelici	»	56
1. Le ragioni della ricerca	»	56
2. Gli assunti della ricerca	»	59
3. Gli obiettivi, le fasi e il metodo della ricerca	»	62
4. Le caratteristiche dei rispondenti e le condizioni di lavoro in diversi ambiti di intervento	»	66
Riferimenti bibliografici	»	69
5. Famiglie e minori alla prova del COVID-19, di Cristina Tilli	»	71
Introduzione	»	71
1. Il quadro precedente alla pandemia	»	71
2. Famiglie e minori nel mezzo della pandemia	»	75
3. Istituzioni e assistenti sociali in cerca di risposte	»	81
4. Uno sguardo al futuro	»	91
Riferimenti bibliografici	»	93
6. Servizi sociali e persone immigrate, di Daniela Simone	»	96
1. Il contesto di riferimento	»	96
2. I servizi e la professione	»	100
3. I provvedimenti governativi	»	103
4. I bisogni emersi e le risposte del sistema dei servizi	»	104
5. I minori stranieri non accompagnati	»	111
6. Prospettive future	»	111
Riferimenti bibliografici	»	114
7. Servizi sociali e salute mentale, di Maria Patrizia Favali e Barbara Rosina	»	116
1. Il contesto di riferimento	»	116
2. I bisogni emersi e la risposta degli assistenti sociali e dei servizi	»	119
3. Prospettive future	»	127
Riferimenti bibliografici	»	132

8. Servizi per l'implementazione delle misure di contrasto alla povertà , di <i>Alessandra Cerro, Loredana Ferrante, Nadia Laganà, Cinzia Ripa</i>	pag.	135
1. L'emergenza sanitaria e la risposta istituzionale	»	135
2. Le politiche sociali in materia di contrasto alla povertà	»	139
3. I bisogni sociali tra necessità nuove e pregresse	»	144
4. La messa in campo di buone pratiche	»	150
5. Riflessioni conclusive	»	156
Riferimenti bibliografici	»	158
9. La gestione dell'emergenza nei servizi per le persone anziane , di <i>Mara Sanfelici</i>	»	161
Introduzione	»	161
1. Risorse e criticità del sistema di welfare per gli anziani	»	162
2. "Preparedness" e risposta all'emergenza	»	165
3. L'impatto della pandemia sulle persone anziane, le famiglie e i servizi	»	167
4. Cosa ha aiutato nell'emergenza sanitaria	»	170
5. Possiamo fare meglio	»	175
Riferimenti bibliografici	»	177
10. Dialoghi digitali. La comunità professionale si confronta sulle esperienze in tempo di COVID , di <i>Elena Allegri e Roberta Teresa Di Rosa</i>	»	179
1. L'impatto della pandemia sul servizio sociale	»	179
2. I webinar. Confronto in prima linea: mettersi insieme all'ascolto dell'esperienza	»	182
3. Temi, questioni, problemi	»	185
4. Formazione delle nuove generazioni	»	190
5. Per non concludere	»	191
Riferimenti bibliografici	»	192
Gli autori	»	195

Introduzione

di Silvana Mordeglia

1. Le linee del fronte

(Il virus) cessò d'improvviso com'era iniziato, e non si seppe mai la quantità dei suoi scempi, non perché fosse impossibile stabilirla ma perché una delle nostre virtù più consuete era il pudore delle disgrazie (*L'amore ai tempi del colera*, Gabriel Garcia Marquez)

Il punto di vista del servizio sociale rappresenta una angolazione dalla quale osservare un evento, la pandemia “COVID-19”, che sta sconvolgendo a livello mondiale le vite di persone e comunità e ha messo in discussione opinioni e convinzioni, restituendoci un senso di precarietà esistenziale per molti versi estraneo ai profili culturali che contraddistinguono l'epoca contemporanea. La paura della malattia, della morte, di ritrovarsi improvvisamente in situazioni di disagio economico e sociale potranno essere raccontati, col tempo, con la lente erudita dello storico. Il nostro dovere di professionisti è oggi quello di raccogliere dati, documenti, documentazione, storie, collegati alla pandemia per farne oggetto di studio, di conoscenza e trarne elementi per migliorare la professione agita.

Gli assistenti sociali si collocano tra i professionisti impegnati in prima linea sul fronte dell'emergenza COVID-19. Si tratta, infatti, di un fenomeno ascrivibile non solo all'area sanitaria, ma che investe le sfere economica, sociale e geopolitica. In questi mesi, ci siamo ripetuti che il distanziamento può essere ‘fisico’ e mai ‘sociale’, ma in realtà le disuguaglianze fanno sì che in frangenti come quelli attuali chi è fragile sia meno tutelato e più esposto ai rischi e proprio nei confronti di questi soggetti è diretto prioritariamente il lavoro degli assistenti sociali.

Sul fronte professionale la comunità degli assistenti sociali in risposta alla

crisi sta mettendo in campo conoscenze e esperienze a disposizione di persone e organizzazioni. È necessario non solo mettere a sistema i modelli professionali che hanno orientato il fronteggiamento della emergenza sanitaria, ma anche analizzare, sulla base dei dati acquisiti, i fattori di vulnerabilità che hanno contribuito all'aggravamento della crisi, ponendo le basi di un impianto di epidemiologia sociale, fino a oggi pressoché assente nel nostro Paese - e funzionale alla costruzione di risposte all'emergenza sanitaria e sociale - che affiancare il ben più radicato sistema di epidemiologia sanitaria.

2. La ricerca: un contributo all'approfondimento su servizio sociale e COVID-19

Nel contesto composito di studi, riflessioni, inchieste, approfondimenti che si stanno moltiplicando, in diversi ambiti scientifici e operativi, questa ricerca parte dal coinvolgimento degli assistenti sociali che affrontano l'impatto dell'emergenza come persone e come professionisti¹. L'obiettivo di partenza del gruppo di ricerca è stato quello di dare voce all'esperienza degli assistenti sociali impegnati in prima linea sul fronte della pandemia, attraverso la costruzione e la diffusione del questionario: "Gli assistenti sociali nell'emergenza Covid-19", al quale hanno risposto circa ventimila professionisti. La *survey* ha avuto una preminente rilevanza pragmatica: contribuire alla costruzione di conoscenza utile a potenziare gli interventi sociali nel ciclo di gestione delle emergenze.

La letteratura sul servizio sociale in emergenza è consistente soprattutto nei paesi anglosassoni, mentre nel nostro Paese è ancora scarsa la sistematizzazione dell'apparato teorico e metodologico e, dunque, la rilevanza teorica del lavoro è consistita nella costruzione di materiale empirico, utile a indagare un tema ancora poco esplorato in Italia.

Un obiettivo è stato quello di monitorare ciò che stava accadendo nei diversi territori italiani fin dalle prime settimane della crisi, facendo emergere l'esperienza dei professionisti sul campo. Ci siamo chiesti quali bisogni sociali sono emersi, quali difficoltà i servizi sociali hanno sperimentato, quali idee e iniziative sono state sviluppate per rispondere ai bisogni delle persone e delle comunità in un contesto improvvisamente sconvolto dalle regole

¹ Nello specifico, la Fondazione nazionale degli Assistenti Sociali (FNAS), in collaborazione con il CNOAS, ha individuato quattro linee di azione inerenti il filone "Servizio sociale vs. emergenza Covid-19": l'organizzazione di due seminari webinar svolti il 29 maggio e il 12 giugno 2020; il progetto di ricerca in questione "Gli assistenti sociali italiani nell'emergenza Covid-19"; un percorso formativo a distanza "Il servizio sociale nelle emergenze". Per approfondimenti: www.fondazioneassistentsociali.it.

imposte dalle misure di contenimento. È stato possibile indagare sui fattori di vulnerabilità dei territori, sulle risorse che possono essere messe a sistema, aprire uno spiraglio sulle caratteristiche dei sistemi di *welfare* nelle diverse regioni italiane che hanno ostacolato o aiutato a fronteggiare la crisi e i punti di forza e le criticità della stessa comunità professionale, non sempre efficace nello sforzo di sistematizzare e far circolare conoscenze, e farsi volano per l'innovazione². Un ulteriore obiettivo è stato quello della costruzione di opportunità per 'fare comunità professionale' in pratica, costruendo connessioni e scambi tra i territori a livello nazionale. Questo obiettivo si è tradotto nella scelta di un metodo partecipato nella fase di analisi dei dati emersi. Ciò ha permesso di utilizzare la ricerca non solo come strumento per analizzare il fenomeno ma anche come opportunità per riflettere insieme all'intera comunità professionale sulle conoscenze, le idee e le pratiche innovative che gli assistenti sociali mettono in campo.

Il questionario ha offerto l'occasione, inoltre, di attivare reti internazionali che permettono di condividere e costruire nuova conoscenza sul *social work* in emergenza³.

3. Una comunità di pratiche

Mi soffermo brevemente sulla scelta di attivare la partecipazione di assistenti sociali nell'analisi dei dati emersi dalla ricerca.

I Consigli regionali dell'Ordine (CROAS) hanno partecipato in modo attivo alla fase di analisi dei dati come co-ricercatori, segnalando colleghi esperti in diverse aree tematiche o con precedenti esperienze di ricerca. Le attività di analisi sono state precedute e accompagnate da incontri che hanno permesso di offrire agli assistenti sociali coinvolti le basi per la lettura dei dati, garantire il rispetto delle norme che regolano la tutela della *privacy*, fornire elementi di etica nella ricerca e offrire linee guida per la composizione dei report. Si è trattato di un impegno consistente, scandito da *deadline* serrate, affinché i risultati potessero essere messi a disposizione della comunità professionale in tempo utile.

Ragionare sulle necessità e le pratiche che hanno aiutato le persone, le comunità e gli assistenti sociali stessi ad affrontare questa crisi ci ha per-

² “Gli assistenti sociali porteranno le loro capacità, conoscenze e competenze non solo agli individui emarginati ed esclusi, ma anche ai gruppi e alle comunità per sostenere che i sistemi affrontino positivamente le barriere strutturali, sociali e culturali”, Assemblea Generale IFSW 2016, Seoul, Corea.

³ Il questionario è stato adottato anche in Spagna e Portogallo a cura di una rete di studiosi di Servizio sociale di alcune università, grazie alla mediazione di Iassw-Aiets.

messo di costruire gruppi di studio e pensiero su diverse aree tematiche, sull'esempio di quello già avviato dalla Fondazione sul tema delle cure palliative. L'obiettivo è dare sostanza al radicamento scientifico della disciplina ed elementi alla metodologia professionale. L'emergenza COVID evidenzia difficoltà, e malfunzionamenti che già esistono. Quanto è accaduto e sta ancora accadendo sembra si comprima sul presente ma non è così: c'è un prima e ci sarà un dopo, esiste un processo che riguarda gli individui e le comunità e, dunque, è importante recepire l'emergenza, saper usare dei filtri, decodificare quanto sta avvenendo. Sappiamo quanto sia faticoso decodificare l'inedito, per le persone, per le comunità, per le organizzazioni, per la politica, e il tentativo è quello di costruire e usare dei filtri che ci permettano di comprendere, che ci consentano questa decodifica, e di sistematizzare e rendere utili le acquisizioni dalle sperimentazioni sul campo.

4. In conclusione

Non si può pensare che le conseguenze sociali di questo periodo si riassorbano in tempo breve. La fase di ricostruzione potrebbe impegnare mesi o anni, e sicuramente avrà effetti differenti in base alle peculiarità delle persone, delle reti familiari, amicali e di comunità. L'intervento sui singoli non può prescindere da un intervento complessivo sul tessuto sociale al quale l'individuo appartiene.

Sarebbe un'occasione persa non fare tesoro di quanto abbiamo appreso sul campo, come persone e come professionisti, da un evento così drammatico com'è stata e com'è la pandemia causata dal COVID-19. Come assistenti sociali e come studiosi è nostro dovere trarre elementi che portino il servizio sociale ad una svolta rispetto alla tutela e alla promozione della salute. Dal confronto con i diversi gruppi di co-ricercatori sono emerse analisi e conseguenti riflessioni che ci consentono di parlare dei punti di forza, delle potenzialità e delle criticità delle organizzazioni e delle pratiche dei servizi sociali, alcune già note, altre emerse in fase di emergenza che, auspico, contribuiranno a dare sostanza al radicamento scientifico della disciplina e elementi alla metodologia professionale.

È a tutti noi nota la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. In quel 'sociale' è definita la nostra responsabilità di professionisti direttamente implicati. Un'implicazione che comprende, ma che va oltre il lavoro nelle unità di valutazione multidimensionale e nelle nuove unità speciali di continuità assistenziale introdotte in emergenza, e include il lavoro di promozione della salute individuale e collettiva nei territori e nelle comunità.

Mi auguro che questo lavoro possa anche arricchire il contributo al di-

battito intorno alle coordinate culturali e metodologiche del lavoro di comunità: lavorare con la comunità, oltre la dimensione dell'urgenza, a fianco del lavoro di pianificazione sociale e, del lavoro di rete, come strumento di prevenzione e promozione della salute nei territori. L'approccio di comunità non è solo un insieme di tecniche ma, prima di tutto, un insieme di valori che hanno a che fare con la giustizia, la democrazia, l'*empowerment*.

5. Last but not least

Ringrazio tutti coloro che hanno collaborato alla ricerca e alla scrittura del volume che ne contiene gli esiti.

Non si tratta di ringraziamenti dovuti e formali ma espressione di gioia e soddisfazione: la Fondazione è partita 'dal nulla', nel settembre di quattro anni fa, e grazie al supporto della comunità professionale in tutte le sue accezioni ha arato un solco a disposizione di quanti vogliano seminarlo. Grazie, dunque, ai colleghi che partecipano attivamente alle attività proposte; a chi ha costruito e lavorato nei progetti messi in campo a favore di fasce vulnerabili attraverso i quali si sono aperti spazi per il lavoro di servizio sociale in ambiti inediti o nei quali non è sufficientemente valorizzato il suo contributo; grazie alle collaborazioni generose dei colleghi in accademia; a quelle dei Consigli regionali e del Consiglio nazionale, di cui FNAS è 'costola'.

Lascio alla lettura e chiudo tornando al pensiero con cui ho aperto l'introduzione. Il titolo di questo volume mi evocato per assonanza quello del romanzo di Garcia Marquez e riflettendoci mi sono resa conto che, in fondo, non si tratta solo di un'assonanza: anche un saggio può essere, metaforicamente, una storia d'amore, di coraggio e di speranza, nel nostro caso verso il servizio sociale che esplora dimensioni individuali e collettive, che evoca la responsabilità di chi, per professione, prende la parola per darla a chi non ce l'ha o a chi non l'ha più, non ponendosi limiti.

1. Una comunità professionale e l'emergenza

di Gianmario Gazzi

Premessa

La tragica esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 nel nostro Paese ha evidenziato i punti di forza e di debolezza del sistema italiano di protezione sociale.

Questo breve contributo, che precede la presentazione degli esiti della ricerca svolta in piena emergenza sanitaria, vuole ripercorrere la complessità degli interventi urgenti realizzati dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (Cnoas) per contrastare un evento straordinario vissuto dalla professione e dalle sue rappresentanze istituzionali. Nessuna pretesa da parte di chi scrive, di poter indicare la soluzione dei problemi del sistema integrato di servizi e interventi sociali, noti anche in precedenza alla pandemia, ma piuttosto la responsabilità etica di lasciar traccia di quanto visto, vissuto e appreso.

Il servizio sociale e gli assistenti sociali hanno retto all'impatto della crisi, mostrando il lato migliore della professione con coraggio e sacrificio, pur se privi di dispositivi e risorse adeguate. Innegabili sono state la forza di volontà e la creatività degli assistenti sociali con le quali hanno difeso e garantito i diritti delle persone e sopperito ai limiti di servizi già in affanno in condizioni di normalità. Il sistema sembra aver resistito meglio in alcuni territori e meno in altri: sicuramente ci sono state punte d'eccellenza, ma non possiamo dire che sia *“andato tutto bene”*.

Quanto avvenuto nei primi mesi dell'anno ha colto tutti di sorpresa e purtroppo impreparati. Non è questo un giudizio, ma una constatazione che vuol dar merito della reattività del sistema Paese spesso sottovalutata. Ciò nonostante, è del tutto evidente l'impatto sul sistema sanitario nazionale e successivamente sul sistema economico, così come altrettanto forte è stata la ricaduta sul sistema dell'istruzione e in molti altri ambiti della nostra vita.

In questo “sconvolgimento” il sistema di protezione sociale, sociosanitario e assistenziale territoriale ha subito una pressione da più fronti. La crisi legata alla diffusione dell'epidemia, che va definita obiettivamente come

sistemica, ha reso più evidenti le conseguenze delle politiche di *austerity* e *new public management* applicate alla sanità e al sociale negli ultimi anni, dei tagli lineari e dello scarso investimento nella formazione di tutti i professionisti coinvolti. Non dimentichiamo, inoltre, che quanto sarebbe previsto dalla riforma del sistema del 2000 ha pagato, e paga tutt'oggi, elementi di criticità legati a una *governance* frammentata e farraginosa, una mancata definizione di politiche organiche a livello nazionale e regionale, divari infrastrutturali (dei servizi) sia intraregionali che interregionali e la prevalenza di trasferimenti economici e prestazionali a scapito di logiche e interventi di prevenzione e di supporto.

Come detto in premessa, permane l'esigenza di riequilibrare l'intero sistema, attraverso la definizione chiara dei soggetti deputati a garantire il diritto costituzionale alla salute delle persone (intesa non solo come assenza di malattia), e della rete nazionale per lo sviluppo di servizi sociali, adeguati alla domanda sociale, come previsto dalla legge di riforma 328 del 2000.

Dall'inizio della pandemia osserviamo una oggettiva difficoltà ad intervenire, non solo in termini di assistenza medico/sanitaria territoriale, ma anche di supporto sociale e assistenziale per chi ha fragilità, difficoltà di salute o multi-problematicità pregresse. Questi soggetti sono coloro che hanno pagato il prezzo più alto sia durante la fase acuta della pandemia che ora nella crisi economica e sociale derivante.

Come spiega bene Sanfelici (*infra*) nel secondo capitolo di questo testo, la retorica del virus democratico è una *fake news*.

1. Aspettare la fine della tempesta?

La difficoltà di intervenire e la impreparazione – in alcuni territori – sono state così forti che, nei fatti, si sono sospesi i servizi socio-assistenziali e con essi i diritti costituzionali delle persone. Pur permanendo il lavoro da remoto, la sospensione di molti interventi domiciliari e dei centri semi-residenziali, così come il dramma di quelli residenziali (si pensi alle Rsa e alle comunità alloggio), ha prodotto un ulteriore *gap* per chi era già in difficoltà. In una situazione di pandemia, di limitazioni al movimento e alla libertà e di supporto relazionale, le difficoltà di chi era già in condizioni di fragilità sono evidentemente aumentate o esplose.

Ciò che tutti i dati mostrano, compresi quelli di questa ricerca, è che non tutti i luoghi del Paese garantiscono gli stessi diritti e ciò, per chi della dignità e della protezione delle persone ne fa professione, non è tollerabile.

Come Ordine professionale, sin dalle prime giornate, seppur frastornati dall'emergenza, abbiamo cercato di comprendere ciò che stava succedendo

e come intervenire a supporto di professionisti e soprattutto delle comunità e delle persone. Quando ci si ritrova in una “tempesta perfetta” l’istinto di molti è quello di mettersi al riparo e cercare di resistere agli scossoni, alle onde e attendere che cali il vento. Sarebbe stato certamente un modo di sopravvivere, ma evidentemente non coerente con il mandato che ci riserva il nostro DNA professionale.

Una prima questione riguardava come fare ad accendere i fari su ciò che avveniva a chi non rientrava nel *mainstream* della comunicazione generalista. La seconda questione concerneva la ricostruzione di un quadro complessivo dei diversi territori e, in ultimo, provare a dare spazio a una riflessione su come intervenire a tutela di tutti.

Il compito che ci si è assunti come comunità professionale, come Ordine, è stato quindi innanzitutto di dare indirizzi ai professionisti con una prima circolare¹ – successivamente ripresa nei contenuti anche dal Ministero del Lavoro e Politiche sociali² – per ribadire ruolo e funzioni in una situazione di calamità.

Oltre a ciò, grazie alla collaborazione con la Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali e i Consigli regionali, si è avviata la raccolta delle informazioni per lo sviluppo di un lavoro di conoscenza attraverso la ricerca e tramite le testimonianze dirette degli iscritti. Un lavoro sinergico che ha, evidentemente, prodotto i suoi risultati: oggi abbiamo dati e informazioni che permettono di intervenire per dare voce alle “storie” delle persone e degli assistenti sociali, rappresentarle senza stereotipi e pregiudizi e proponendo interventi normativi urgenti.

Per tornare alla tempesta che ci ha colti, la scelta fatta è stata di non nasconderci sottocoperta, non attendere che passasse, ma restare in campo e affrontarla come han fatto gli assistenti sociali sul territorio.

Il quadro emerso è, come descrive questa ricerca, quello di un sistema territoriale dei servizi sociali che ha trovato grandissime difficoltà legate alla mancanza di mezzi adeguati a fronteggiare la pandemia. Se in alcuni territori, ad esempio, il ricorso al cosiddetto *smartworking* ha significato la presenza costante degli operatori 24 ore su 24, in altri si è trattato di un vero e proprio ritirarsi delle istituzioni. Impreparati a garantire la sicurezza, alcuni servizi hanno mantenuto gli assistenti sociali in presenza, rischiando molto in termini di salute; altri ancora, a distanza di mesi, faticano a garantire la riapertura al pubblico. Gli stessi interventi straordinari previsti dal Governo – cosiddetti buoni alimentari – non sono stati gestiti allo stesso modo in

¹ https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/1454_CIRCOLARE-covid19.pdf

² <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Sistema-dei-Servizi-Sociali---Emergenza-Coronavirus.pdf>

territori limitrofi, denotando l'ennesima forma di discrezionalità del diritto all'aiuto.

Queste situazioni si sono determinate in particolare per ragioni legate alla incertezza rispetto agli assetti istituzionali e di conseguenza alle carenze programatorie e regolatorie, all'assenza dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, al sottofinanziamento strutturale dei servizi sociali sul territorio pari allo 0,4% del PIL (con una spesa storica squilibrata a favore dei trasferimenti monetari), al ridotto investimento sul personale e la crescita professionale.

Come dimostrano le ricerche e i dati attualmente disponibili, la grave crisi pandemica non ha messo sotto stress la sola rete sanitaria, ma contestualmente la rete dell'assistenza territoriale che non è riuscita ad affrontare in modo energico l'aumento della domanda. Ancora oggi, in molti territori si fatica a riavviare servizi sia semiresidenziali che residenziali (le Rsa, ad esempio) caricando le famiglie di compiti di cura ormai divenuti insostenibili. Contestualmente, sin da marzo 2020, la crisi economica derivante dall'emergenza ha per un verso aumentato le richieste di aiuto (ad esempio, il sostegno economico e materiale), per l'altro reso più complesse le condizioni di fragilità acuendo le crisi psico-sociali di persone e famiglie derivanti da un quadro di sostanziale incertezza. È del tutto prevedibile che in tempi relativamente brevi la richiesta di servizi di welfare per una più ampia parte della popolazione possa aumentare ulteriormente e che questa debba caratterizzarsi per una maggiore capacità di integrare sistemi diversi e di attivazione/inclusione dei beneficiari.

Oggi possiamo affermare che, ancora una volta, a fronte di una situazione di evidente difficoltà dei sistemi di sostegno e di una crescente crisi sociale, la maggior parte degli interventi emergenziali è stata di natura erogativa. Tra questi, solo per elencarne alcuni, giova ricordare che sono state eliminate le condizionalità per il Reddito di Cittadinanza, si è creato *ex novo* il Reddito di Emergenza, sono stati convertiti in bonus di varia natura i fondi ricavati dal maggior debito dello Stato.

Come professione abbiamo partecipato a tale processo con un nostro approccio e un'azione politica diretta tramite incontri istituzionali e di *lobbying*, svolti sin dall'inizio del *lockdown* per segnalare quanto stavamo osservando.

In particolare, abbiamo appoggiato per il primo periodo gli interventi di sostegno economico introdotti dal Governo, consapevoli che molte persone seguite dai servizi – con lavori precari e non specializzati – si sarebbero trovate senza alcuna entrata.

Abbiamo però energicamente chiesto che Governo e Parlamento assumessero uno sguardo più a lungo termine. Si è quindi provato a lavorare per promuovere una visione che si emancipasse da logiche puramente erogative

e riparative per sostenere chi era in condizione di isolamento o esclusione (pensiamo ad esempio ai bambini, alle persone con disagio psichico o ancora agli anziani soli e chiusi in casa). Consapevoli delle ricadute che la situazione d'emergenza avrebbe avuto sulle relazioni, sulle condizioni occupazionali ed economiche e su quelle generali di salute delle persone, abbiamo provato a indicare la necessità di sostenere la futura ripartenza, avendo cura di pensare, innanzitutto, all'accompagnamento dei soggetti più vulnerabili. Tutto questo ha trovato spazio anche in un insieme di iniziative pubbliche³, sui media nazionali e in azioni strette di alleanza con i soggetti della cosiddetta società civile⁴.

Tutto il lavoro che, ognuno per la propria parte, ha svolto non è stato vano, anzi.

Innanzitutto, si è ottenuto che fosse chiarito esplicitamente il diritto costituzionale all'accesso ai servizi sociali previsti dall'art. 22 della Legge 328 del 2000, attraverso l'approvazione di un emendamento al Decreto Rilancio. Nello specifico, all'art. 89 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" è stato aggiunto il comma:

I servizi previsti all'articolo 22, comma 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328, sono da considerarsi servizi pubblici essenziali, anche se svolti in regime di concessione, accreditamento o mediante convenzione, in quanto volti a garantire il godimento di diritti della persona costituzionalmente tutelati. Allo scopo di assicurare l'effettivo e continuo godimento di tali diritti, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nell'ambito delle loro competenze e della loro autonomia organizzativa, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, definiscono le modalità per garantire l'accesso e la continuità dei servizi sociali, socio-assistenziali e socio-sanitari essenziali di cui al presente comma anche in situazione di emergenza, sulla base di progetti personalizzati, tenendo conto delle specifiche e inderogabili esigenze di tutela delle persone più esposte agli effetti di emergenze e calamità. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione del presente comma nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

La disposizione richiama innanzitutto il tema dei diritti costituzionali che devono essere garantiti, e l'impegno delle regioni ad approntare piani specifici per garantire la continuità dei servizi sociali e assistenziali sul territorio.

³ <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/04/Nessuno-Resti-Indietro.pdf>

⁴ <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/04/CNOAS-E-ALLEANZA-scrivono-al-Presidente-del-Consiglio.pdf>

Come detto precedentemente, infatti, per molti mesi – fermo restando la continuità nell’accesso da remoto – in diversi ambiti territoriali molti servizi sono stati e, come segnalato da numerosi professionisti è mancata una regia efficace nell’emergenza. Grazie alla previsione normativa introdotta, oggi, le regioni devono prevedere come intervenire e soprattutto non possono più lasciare persone e professionisti in balia degli eventi.

Non solo questo. Nella stessa norma si ritrovano altri due aspetti importanti relativi alle richieste sostenute dalla comunità professionale. La prima riguarda il sostegno al terzo settore perché continuasse, dopo una grave crisi economica e finanziaria dovuta al fermo, a sostenere l’azione di aiuto nella cosiddetta “fase 2”. Nel decreto, infatti, numerosi sono gli interventi volti a garantire la continuità e successivamente l’azione di tutto il comparto del *no profit*.

Un ulteriore cambiamento riguarda lo spiraglio significativo di ripresa dei percorsi di integrazione sociosanitaria. Il Ministero della Salute ha richiesto e previsto l’integrazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale con la presenza degli assistenti sociali. Nei mesi del *lockdown*, grazie alla mole di informazioni raccolte dalla professione, si è avviato un dialogo importante con le istituzioni che ha portato al comma 7 art. 1 del Decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34 che prevede:

Ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell’integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale a supporto delle Unità speciali di continuità assistenziale di cui all’articolo 4-bis del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, possono conferire, in deroga all’articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del profilo di assistente sociale, regolarmente iscritti all’albo professionale, in numero non superiore ad un assistente sociale ogni due Unità per un monte ore settimanale massimo di 24 ore. Per le attività svolte è riconosciuto agli assistenti sociali un compenso lordo orario di 30 euro, inclusivo degli oneri riflessi.

Questa disposizione, con la previsione di circa 14 milioni di euro di risorse destinate, intendeva garantire tutte quelle situazioni di fragilità che si erano evidenziate nella fase più acuta dell’epidemia, integrando alla valutazione clinica, quella socio-ambientale.

Per essere pratici e chiari, questo significa implementare il territorio, per la parte sanitaria, di circa 600 assistenti sociali, per tutelare i bisogni delle persone al fine di garantirne la salute: un primo passo per non lasciare indietro nessuno.

2. Le priorità per le persone (e per i professionisti)

È stato sufficiente? No, ancora no.

Come accennato in premessa, i problemi di sistema sono “esplosi” durante la pandemia, ma non sono sicuramente stati risolti con queste prime iniziative.

Oggi, a ridosso della definizione delle riforme sostenute dai diversi fondi europei, dobbiamo indicare le priorità su cui intervenire a favore dei diritti sociali, ancor oggi non garantiti.

Se si volesse essere semplicistici, basterebbe indicare l'applicazione delle norme a partire dalla Legge 328 del 2000, ma nel frattempo sono trascorsi 20 anni e, forse, qualcosa si deve ripensare per adattarsi all'oggi.

Certamente di quella norma, come fondamento di ogni possibile azione futura, bisogna riprendere il tema delle strategie che indicava: investire nei servizi sociali territoriali rispetto alla spesa in trasferimenti monetari.

È evidente come sia necessario incrementare e riorganizzare le linee di finanziamento nazionale e, altresì, individuare e garantire i livelli essenziali ancora oggi assenti. Attraverso il potenziamento e la qualificazione della rete dei servizi socioassistenziali, a partire dai servizi fondamentali individuati dall'art. 22 della Legge 328/2000, si potrebbero avere effetti importanti sia per le persone in difficoltà, sia sul PIL e l'occupazione, in particolare quella femminile. Per fare questo vanno definiti standard, indicatori e requisiti vincolanti per la programmazione regionale, ad esempio con la definizione di una rete nazionale del servizio sociale professionale (con un parametro di almeno 1 assistente sociale ogni 3000 abitanti), così come rispetto alla copertura ed intensità assistenziale pro capite dei servizi domiciliari, sia assistenziale che educativa (come già avviene nelle poche regioni virtuose).

Coerentemente a questo, serve quindi individuare un quadro legislativo omogeneo e sistemi programmatori ed organizzativi per l'integrazione socio-sanitaria, al fine di intervenire – in particolare nelle situazioni di cronicità e non autosufficienza – in via preventiva e integrata, riducendo i carichi assistenziali familiari, aumentando i trasferimenti a favore di servizi integrativi della cura familiare di natura semi-residenziale e domiciliare.

Infine, dovendo scegliere delle priorità e non solo delineare dei desiderata difficilmente realizzabili, deve essere rafforzato un modello di governo partecipato delle politiche sociali e socio-sanitarie con gli attori sociali, dando certezza al sistema di affidamento dei servizi e sostenendo gli investimenti in innovazione e co-progettazione degli interventi territoriali per la prevenzione di situazioni di marginalità e di esclusione sociale con il Terzo settore e le realtà private.

Per disegnare il *welfare* locale per il futuro prossimo, i tre interventi per

l'equità e la salute appena indicati non sono eludibili. Non incidere su livelli essenziali, integrazione sociosanitaria e governance, obiettivamente, porterebbe allo spreco di risorse e a un'inefficienza dell'azione a favore di chi è più fragile.

Contemporaneamente, osservando le proposte in una dimensione di sistema Paese complessivo, non possiamo negare quanto viene indicato da molti studiosi come effetti di un investimento forte e poderoso sul welfare (non solo sulla sanità o sulla previdenza).

In primo luogo, investire sui servizi di cura (per tutti) significa lavorare in chiave preventiva, intercettando precocemente le situazioni di vulnerabilità, evitando, quando possibile, interventi più onerosi nelle fasi successive. Non secondario è il controvalore economico di interventi e servizi di cura professionali e integrati, anche nei termini di ottimizzazione della spesa sanitaria.

Altro importante riflesso di politiche che investono sui servizi riguarda la parità di genere e l'occupazione femminile. La presenza di servizi di cura, la loro elasticità nell'erogazione e la capillarità dell'offerta sono elementi essenziali (insieme alla riorganizzazione delle modalità e tempi di lavoro) per garantire alla componente femminile della società un maggiore accesso e permanenza nel mercato del lavoro; queste azioni avrebbero anche un impatto positivo su redditi familiari e contribuirebbero al contrasto del fenomeno della povertà minorile. Non possiamo negare che, per ragioni culturali e storiche, i compiti di cura nelle famiglie italiane ricadano ancora sulle donne che però – a differenza di soli pochi anni fa – sono sempre più sole nell'affrontarlo.

Le politiche che hanno via via soltanto monetizzato o parzialmente indennizzato il lavoro di cura, hanno, in realtà, creato un welfare “privato e familiare” praticamente sempre al femminile che, spesso costituisce un'isola che non comunica e non si connette con i sistemi istituzionali.

Non va dimenticato, inoltre, che la maggior parte dei professionisti che di cura e assistenza si occupano sono donne. Il paradosso delle politiche degli ultimi anni è che, mentre si effettuavano tagli più o meno lineari alla scuola, al servizio sanitario e ai servizi sociali, riducendo in tal modo l'occupazione femminile, parallelamente si è sviluppata una politica di bonus e assegni per il lavoro di cura domiciliare spesso informale o irregolare.

I servizi territoriali integrati, se rinforzati adeguatamente, avrebbero inoltre un deciso impatto a favore delle aree interne e le periferie urbane. La mancanza di servizi di cura accessibili e diffusi penalizza maggiormente le persone che risiedono in queste aree.

Nei centri di minori dimensioni, laddove l'erogazione di servizi di cura risulta meno conveniente anche per i privati (comprese le assistenti fami-

liari/badanti), date le scarse risorse a disposizione degli Enti titolari delle funzioni amministrative connesse alla cura dei più fragili, le persone hanno ancor più difficoltà a conciliare i tempi di vita, cura e lavoro.

Le ricerche svolte nelle aree più periferiche e marginali, hanno evidenziato che le persone non hanno bisogno e non desiderano più soldi, ma di più servizi.

Non va infine dimenticato che maggiori investimenti nelle reti di servizi, il potenziamento degli interventi e un parallelo ripensamento degli assegni (finalizzandoli alla spesa per progetti di cura personalizzati o servizi convenzionati/accreditati) razionalizzerebbe la spesa sociale e renderebbe trasparente e riconoscibile il lavoro, aumentando contemporaneamente le tutele di tutti: di chi presta il servizio e delle famiglie che ne usufruiscono.

In conclusione, la crisi generata dalla pandemia ha mostrato a tutti noi la fragilità, la solitudine, l'isolamento e messo a nudo tutti i limiti di un sistema di protezione sociale da troppo tempo depotenziato. Il ruolo degli assistenti sociali in Italia è stato determinante per continuare a garantire i diritti delle persone, e in particolare di quelle più fragili. Oggi, ancora con rischi obiettivi di nuove crisi, la professione si sta prodigando per indicare le azioni prioritarie ai decisori nazionali e locali. Lo fa in un modo differente dal recente passato italiano: non rivendica, ma propone e costruisce. Lo abbiamo fatto insieme, con ricerche, dando voce alle storie, ai bisogni e alle risorse delle persone, e soprattutto con la nostra professionalità e impegno.

2. La vulnerabilità “normale” e il servizio sociale

di Mara Sanfelici

1. Il concetto di vulnerabilità nella letteratura sulle emergenze collettive

Il concetto di “vulnerabilità” è da tempo utilizzato nella letteratura sulla gestione delle emergenze per l’analisi delle condizioni di potenziale fragilità delle persone coinvolte, sia dal punto di vista fisico, sia rispetto alle possibilità di accedere alle risorse necessarie a mitigare l’impatto di un evento scatenante (ad esempio, un terremoto, un’inondazione, una epidemia).

Gli studi sulla vulnerabilità si concentrano su due diverse fasi della gestione delle emergenze. Nel periodo che precede il disastro, si costruiscono le possibilità o gli ostacoli che influenzano la capacità di fronteggiarne l’impatto. A parità di esposizione al rischio che un evento si verifichi, cambia il livello di vulnerabilità di individui e gruppi sociali, in relazione alle caratteristiche individuali e del contesto nel quale sono inseriti (Blaikie *et al.*, 1994).

I processi politici, economici e sociali influenzano in modo rilevante la condizione di vulnerabilità (Wisner *et al.*, 2004; Zakour e Gillispie, 2013), impattando sul capitale sociale degli individui, le modalità di allocazione delle risorse, la possibilità di finanziare i servizi per mitigare e compensare le vulnerabilità in fase pre-emergenza.

La gestione di una crisi sanitaria, come quella originata dal COVID-19, richiede un’analisi preliminare delle condizioni che espongono i soggetti a un maggior rischio di contagio: ad esempio, le persone che vivono in contesti abitativi sovraffollati o gli ospiti di strutture dove è più complesso garantire il distanziamento fisico o l’isolamento. L’assenza di pianificazione rispetto alla tutela dei soggetti più vulnerabili comporta una maggiore probabilità di danni alla salute delle persone.

Le conseguenze della crisi legata al coronavirus coinvolgono anche la dimensione sociale. È noto come uno status socio-economico meno elevato sia associato a una maggiore vulnerabilità in emergenza (Zakour, 2007). Le

persone che vivono in condizioni di povertà hanno meno risorse per prevenire o far fronte a situazioni di crisi. Le misure restrittive imposte per il contenimento della diffusione del virus hanno determinato la chiusura o la sospensione di numerose attività economiche, e la conseguente perdita di reddito per milioni di persone. Tale condizione espone al rischio di non avere a disposizione risorse economiche per soddisfare bisogni fondamentali e coinvolge soprattutto coloro che, vivendo in condizioni di precarietà economica, non possono contare su proprietà e risparmi, o chi non dispone di reti sociali in grado di veicolare risorse.

La letteratura di settore identifica vulnerabilità anche a livello di comunità, definite in relazione a caratteristiche demografiche, culturali ed ecologiche. Il tasso di povertà di un'area è una variabile negativamente associata alla probabilità di sopravvivenza e recupero dopo il disastro (Sherraden e Fox, 1997). Le comunità sono più vulnerabili quando possono contare su scarsi servizi e organizzazioni per far fronte alle emergenze o quando il loro coordinamento è poco efficiente (Maglajlic, 2019). La gestione efficace di una pandemia richiede la presenza di strumenti per la prevenzione del contagio a disposizione dei lavoratori più a rischio e della popolazione, un'informazione accurata per la prevenzione, servizi integrati in grado di attivare interventi capillari nei territori per il tracciamento, la cura della malattia, l'aiuto alle persone più colpite dalla crisi.

Rispetto alla fase post-emergenza, gli studi si sono focalizzati sulle vulnerabilità che possono emergere in conseguenza alle modalità di gestione della crisi, ad esempio disuguaglianze che si determinano nell'implementazione delle politiche pubbliche, o l'esclusione di alcuni soggetti dall'accesso alle risorse per far fronte all'impatto del disastro. Misure costruite per rispondere all'emergenza COVID-19 possono involontariamente determinare esclusione o condizioni di svantaggio per alcuni gruppi che hanno meno voce o potere, o non proteggere adeguatamente le popolazioni più esposte al rischio.

La vulnerabilità descrive dunque una condizione potenzialmente dinamica, costruita nelle relazioni di interdipendenza tra individui, comunità, territori e istituzioni che entrano in tensione con l'evento scatenante. L'analisi della vulnerabilità, prima e dopo l'emergenza, dovrebbe intersecare due dimensioni: da un lato, i fattori che a livello macro influenzano le possibilità per il fronteggiamento; dall'altro, una conoscenza approfondita dei contesti in cui gli individui operano e il modo in cui il disastro impatta a livello micro, nelle situazioni di vita quotidiana in cui i soggetti possono anche fare esperienza di crisi sovrapposte (Olori, 2015).

2. La costruzione della vulnerabilità sociale nella società contemporanea e la crisi del welfare

Questo paragrafo sintetizza alcuni concetti nella letteratura sulle politiche sociali e i sistemi di welfare, per fornire un quadro generale sul contesto in cui si è innescata la crisi sociale legata alla pandemia COVID-19.

Il concetto di “vulnerabilità sociale” è utilizzato per riferirsi agli effetti di cambiamenti socio-economici che hanno modificato l’assetto delle società industriali, i modelli di protezione sociale ad esse legati, le caratteristiche dei rischi sociali (Morlicchio, 2006).

Nelle tre decadi successive alla fine della Seconda guerra mondiale sembra essere superata la precedente condizione di insicurezza, attraverso l’affermarsi di un modello sociale, in cui la maggior parte della popolazione attiva è salariata e i sistemi nazionali di protezione sociale riducono il livello di vulnerabilità determinato dal libero gioco delle forze di mercato. Questo sistema si associa e regge anche grazie a modelli familiari imperniati su una divisione tradizionale dei ruoli in base al genere, secondo il modello del *male bread-winner*. La società salariale è rimasta “fortemente differenziata” e “tutt’altro che egualitaria” (Castel, 2011, p. 25), ma al tempo stesso fortemente protettrice. Pur nelle rilevanti differenze di reddito, la maggior parte delle categorie sociali beneficiano degli stessi diritti di protezione, assicurando almeno le condizioni minime di indipendenza.

Questo modello si è potuto realizzare in coincidenza con la crescita della produttività e dei redditi, associata all’idea di un possibile progresso sociale. La povertà e l’insicurezza appaiono come fenomeni più residuali, grazie agli effetti della crescita economica e alla capacità correttiva dello stato sociale (Morlicchio, 2006). La durezza delle condizioni di lavoro per la classe operaia sembra compensata dalla promessa di protezione nel caso di rischi legati alla disoccupazione temporanea, alla malattia, all’invecchiamento.

In questo contesto, i rischi sociali sono interpretati come eventi esterni che sconvolgono improvvisamente la normalità del quotidiano, ma sporadici, e legati a contingenze specifiche, a cui far fronte attraverso meccanismi di previsione e protezione (Ranci, 2002). La situazione di costante esposizione al rischio sembra riguardare maggiormente gruppi di popolazione rimasti ai margini, ma la loro presenza non mette in discussione il modello ascendente della società (Castel, 2011): lì si assiste, in attesa che progressivamente la loro condizione venga superata. L’opinione diffusa è che le assicurazioni sociali devono rendere inutili le istituzioni assistenziali (Castel, 2011). È diventato normale essere protetti e rivendicare la protezione dello Stato.

La situazione nelle società postindustriali si è trasformata: l’esposizione al rischio coinvolge gruppi sempre più numerosi e l’insicurezza diventa un

aspetto del quotidiano anche per gli strati intermedi della popolazione. Cambiano la struttura del mercato del lavoro, le forme di protezione sociale, i modelli familiari, la divisione tradizionale dei ruoli al loro interno. Scompare la capacità del mercato di garantire la quasi piena occupazione e la difesa dal rischio di disoccupazione. Cresce il cosiddetto lavoro atipico e flessibile, con vaste aree di precarietà lavorativa soprattutto tra i giovani e la difficoltà di conciliazione con i tempi di vita. Aumenta inoltre la disponibilità di lavori a bassa produttività, non remunerati in modo sufficiente a sostenere un reddito familiare. In relazione a cambiamenti strutturali e culturali, anche la proporzione di donne nel mercato del lavoro cresce, superando il modello familiare del *male breadwinner*. Tuttavia, in un contesto caratterizzato da elevato invecchiamento della popolazione, scarsi servizi a sostegno della famiglia e politiche per le pari opportunità poco efficaci, i compiti di cura continuano a gravare soprattutto sulla componente femminile. Le famiglie unipersonali e quelle monoparentali sono in aumento. I nuclei monoreddito, in cui è più spesso la donna a rinunciare al lavoro, sono più esposti a vulnerabilità in caso di perdita dell'occupazione. Contemporaneamente, i sistemi di welfare subiscono processi di erosione, in particolare dopo la crisi finanziaria del 2008, e non sembrano essere in grado di adeguarsi ai cambiamenti nelle strutture sociali ed economiche.

All'inizio del nuovo millennio, Ranci (2002) evidenzia come nella società postindustriale i rischi sociali abbiano assunto caratteri differenti. Condizioni come la disoccupazione o la non autosufficienza coinvolgono gruppi sempre più numerosi e tendono a protrarsi nel tempo. Più che essere protetti dalla loro occorrenza, è necessario essere attrezzati per la loro gestione, che coinvolge aspetti materiali, relazionali, emotivi e identitari (Ranci, 2002). Secondo Ranci, un altro tratto distingue il tipo di rischi sociali nella società industriale e in quella postindustriale. Nella prima i rischi sono considerati come una gamma definita di eventi, e il livello di esposizione ad essi individua una specifica collocazione sociale: «si è “normali”, oppure “a rischio” oppure in una situazione di disagio conclamato (quando l'evento si è verificato)» (Ranci, 2002, p. 536), in base alla vicinanza o lontananza da eventi classificati in base alla loro pericolosità. Al contrario, nella società postindustriale l'associazione ad un livello determinato di rischio non corrisponderebbe più a una precisa collocazione sociale. L'inserimento precario nei canali che consentono l'accesso alle risorse veicolate nei principali sistemi di integrazione sociale coinvolge anche chi nelle società industriali era classificato come “normale” (e non “a disagio”). Ranci porta l'esempio delle fasce di popolazione anziana o delle famiglie “normali”, il cui attuale reddito oscilla frequentemente al di sotto e al di sopra della soglia di povertà.

Per riferirsi a tale condizione, l'autore suggerisce di parlare di vulnera-

bilità sociali anziché di nuovi rischi sociali. Da questa prospettiva, la vulnerabilità non indica la probabilità, più o meno nota, di cadere in una situazione di disagio o di subire danni, ma una condizione legata alle trasformazioni sociali in corso, che determinano la precarietà dell'accesso alle risorse per l'inserimento sociale, con conseguenze su diverse dimensioni della vita quotidiana, in cui l'incertezza diventa esperienza ordinaria per ampi strati della popolazione.

Morlicchio (2006) evidenzia come l'aumento del numero di individui e famiglie in condizioni di maggior incertezza economica e sociale sembra aver ricevuto talora maggior attenzione, rispetto alla persistenza di processi di trasmissione intergenerazionale di gravi forme di povertà, concentrate soprattutto in alcune aree. Situazioni legate a processi di precarizzazione, marginalizzazione, e oppressione nei contesti sociali costruiscono condizioni di vulnerabilità, che per alcuni gruppi rischiano di diventare o diventano croniche.

Se la vulnerabilità può essere definita come «una situazione di vita in cui l'autonomia e la capacità di autodeterminazione dei soggetti è permanentemente minacciata da un inserimento instabile dentro i principali sistemi di integrazione sociale e di distribuzione delle risorse» (Ranci, 2022, p.546), la differenza tra le famiglie “normali” e quelle “a disagio” è il grado e il tempo di esposizione a tale condizione, che in alcuni casi diventa la nuova “normalità”, ovvero l'unica realtà possibile. Ciò che è cambiato nelle società postindustriali è il rischio che, con il progressivo sgretolamento della protezione pubblica e i processi di globalizzazione non governati, si torni a una condizione di vulnerabilità di massa, a cui il welfare era riuscito a dare una risposta sistemica, seppur standardizzata e non inclusiva dei gruppi marginali.

3. La vulnerabilità nella pandemia COVID-19

Molti hanno evidenziato il carattere democratico della pandemia COVID-19: siamo tutti vulnerabili, esposti al rischio di contagio e di danni legati al possibile sviluppo dell'infezione. Butler (2004) parla di una vulnerabilità universale, che riflette la condizione di fragilità e finitezza di tutti gli esseri umani, il cui corpo fisico è potenzialmente esposto a pericoli ambientali (malattie, catastrofi naturali), o determinati da altri esseri umani. Si tratta di una vulnerabilità intrinseca alla condizione umana, una vulnerabilità “ontologica” (Giolo e Pastore, 2018), legata ai bisogni fisici e relazionali e alla dipendenza dagli altri per soddisfarli.

La vulnerabilità ha anche una dimensione “situazionale” (Mackenzie *et al.*, 2014), ovvero influenzata da elementi contestuali. Butler (2004) distingue la condizione universale di vulnerabilità dalla sua esperienza particolare,

utilizzando il concetto di “precarietà” per descrivere la condizione in cui certi individui o gruppi sono esposti al rischio di subire danni in modo sproporzionato rispetto ad altri. L’impatto di una pandemia ha conseguenze differenti, in relazione a condizioni particolari degli individui e ai livelli di protezione messi in campo per prevenire i danni.

La vulnerabilità è dunque universale, come tratto essenziale degli esseri umani, ma la sua esperienza è particolare, legata ai momenti della vita individuale, ai diversi modi in cui si articolano le relazioni intersoggettive e al contesto.

La vulnerabilità dipende sia dalle condizioni dell’ambiente fisico, sia dall’agire altrui. A quest’ultimo è legata la possibilità di essere offesi, danneggiati o discriminati, ma anche riconosciuti, nutriti, sostenuti, e protetti. Nel corso di una pandemia la prevenzione del contagio dipende in larga misura da comportamenti individuali e collettivi e dalla disponibilità di servizi efficaci nel gestire non solo la cura, ma anche il tracciamento, la comunicazione pubblica, gli aiuti alle persone colpite dalla crisi. La tutela della salute dipende inoltre dalle condizioni ambientali: sono più esposti al contagio coloro che vivono e lavorano in contesti dove il distanziamento fisico non è possibile o non è rispettato, lavoratori non adeguatamente tutelati, migranti alloggiati in centri sovraffollati, persone sfruttate nel lavoro dei campi che vivono in edifici abbandonati, campi o ripari di fortuna. La condizione di vulnerabilità è legata alle effettive possibilità di accesso alle risorse materiali, emotive, affettive e relazionali per far fronte al quotidiano e agli eventi critici. In questo senso la pandemia non è democratica: l’impatto, come in ogni crisi, è maggiore per i gruppi sociali che hanno meno disponibilità di accesso alle risorse per tutelarsi.

Il paragrafo precedente ha riportato alcune analisi condotte già all’inizio di questo millennio rispetto a una condizione di vulnerabilità sociale diffusa in ampi strati della popolazione. I processi di precarizzazione si sono acuiti nelle ultime decadi e un numero crescente di soggetti rischia di essere escluso dall’accesso alle risorse per percorsi di vita autonomi e per l’integrazione sociale. Ciò che la pandemia ha reso solo più evidente è come l’insicurezza esperita da chi vive in condizioni di precarietà economica e sociale si traduca facilmente nella certezza di non avere risorse per soddisfare i bisogni primari in caso di eventi critici familiari o collettivi.

Nella società postindustriale la precarietà è diventata una condizione più “normale”, coinvolgendo ampi strati della popolazione. In seguito alla pandemia, molte persone sono esposte non solo al rischio sanitario, ma anche alla crisi sociale ed economica innescata dalle misure necessarie al contenimento del contagio. La perdita del lavoro e l’incertezza rispetto al futuro è diventata la condizione che caratterizza il quotidiano di milioni di persone. Si è resa più evidente l’importanza di politiche strutturali su casa, lavoro e

reddito. È altrettanto emersa la difficoltà di garantire i diritti di lavoratori che, seppur “essenziali”, sono impiegati in modo irregolare e dunque senza tutele: lavoro nero nell’ambito del turismo, delle costruzioni, dell’agricoltura, dei servizi per la cura di persone anziane e disabili.

Un rischio non trascurabile è quello di focalizzare l’attenzione esclusivamente sui “nuovi poveri”, costruendo percorsi differenziati per “famiglie normali” e “a disagio”, poveri “meritevoli” e “immeritevoli”. Vivere nell’insicurezza comporta la difficoltà a padroneggiare il presente e anticipare progetti per il futuro e una condizione di cronica esclusione può facilmente trasformare la “sofferenza” in “disagio conclamato”. Il rischio è etichettarlo con la cosiddetta “imprevidenza”, associata alle classi popolari meno abbienti e denunciata dai moralisti del XIX secolo (Castel, 2011), fino a che non è stata riconosciuta la necessità di tutelare coloro che non hanno accesso ai mezzi per garantirsi l’esistenza, siano gruppi sociali nuovi e numerosi, o quelli marginali “normalmente” esclusi.

Far luce su condizioni di maggior esposizione alla vulnerabilità è necessario a ispirare politiche che riconoscono la necessità di una tutela particolare e prioritaria ai gruppi più esposti e la relativa responsabilità dei governi (McLaughlin, 2012). Tuttavia, alcuni autori evidenziano i potenziali rischi legati al discorso sulla vulnerabilità.

In primo luogo, il *focus* esclusivo sulla dimensione particolaristica della vulnerabilità, come caratteristica di un insieme individuato di soggetti “svantaggiati”, rischia di alimentare forme di stigmatizzazione nei confronti di chi viene classificato come appartenente a gruppi “a rischio” o “vulnerabili”. Interventi e politiche, non adeguatamente supportate da processi di riflessività, possono portare a etichettare persone o gruppi come “vittime” da tutelare, non riconoscendone le risorse e l’*agency*, o come “persone a rischio” da guidare verso comportamenti “corretti” e “appropriati” secondo la “norma”, negandone le differenze. Diversi studi hanno inoltre messo in evidenza la tendenza alla patologizzazione o al paternalismo nelle politiche e negli interventi a tutela di persone classificate come vulnerabili nell’ambito della salute mentale (Moon, 2000), della disabilità (Hollomotz, 2009), della genitorialità adolescenziale (Van Loon, 2008), dello sfruttamento a fini lavorativi o sessuali (O’Connell Davidson, 2011; FitzGerald, 2016), contribuendo ad aumentare i vissuti di vulnerabilità.

In secondo luogo, l’attenzione prioritaria ai deficit individuali oscura problemi strutturali, che producono esclusione e marginalizzazione. Che si tratti della condizione di molti o di alcuni, di una condizione temporanea o cronica, la vulnerabilità deriva dall’assenza di protezione dalle reti relazionali di interdipendenza e dalle strutture e istituzioni in grado di fornire risorse e beni per soddisfare i bisogni fisici e relazionali o fronteggiare eventi imprevisti.

La pandemia COVID-19 ha colto impreparati i governi di quasi tutti gli Stati del mondo. L'Italia è stato il primo Paese occidentale pesantemente colpito dai suoi effetti, con migliaia di persone contagiate e decedute. In una prima fase dell'emergenza, l'attenzione prioritaria del governo a garantire misure a tutela della salute fisica e l'assenza di altri strumenti di prevenzione del contagio ha portato alla scelta di misure restrittive, che hanno impattato sulla vita lavorativa e personale di milioni di persone. Sono state introdotte misure di tutela per l'esposizione al rischio di disoccupazione e per chi ha perso il lavoro, tuttavia si sono contemporaneamente rese evidenti fragilità nei sistemi di protezione che caratterizzano il nostro Paese da anni.

Molte persone sono state escluse dai trasferimenti monetari, ad esempio larga parte dei lavoratori senza contratto, italiani e stranieri. Con netto ritardo si è "scoperta" la condizione di elevata esposizione al rischio degli anziani nelle strutture residenziali. Le prime linee guida per la gestione di strutture che ospitano persone in condizioni di elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria sono state diffuse alla fine del mese di luglio 2020. Non è stata immediatamente affrontata la questione del diritto all'istruzione di molti bambini e ragazzi che non avevano accesso agli strumenti per la didattica a distanza. Non abbiamo informazioni precise su quanti servizi assistenziali o educativi a sostegno delle famiglie siano stati sospesi e con quali conseguenze. Anche i servizi sanitari considerati di eccellenza si sono dimostrati vulnerabili: un modello centrato sulle cure ospedaliere non sembra il più adatto a gestire gli effetti di una pandemia (Nacoti *et al.*, 2020). Si è evidenziata l'importanza di investire sui servizi sanitari territoriali e le attività di prevenzione sul territorio (Nacoti *et al.*, 2020), ma è necessario individuare come tradurre tale analisi in un nuovo modello che ne orienti la gestione in integrazione con le cure ospedaliere e i servizi sociali.

È altrettanto evidente come sia difficile l'ascolto e l'inclusione del patrimonio di esperienza e conoscenza di individui, gruppi e comunità nella gestione della pandemia, e l'effettiva capacità di riconoscerne le risorse e l'*agency*, se non sono attive le strutture e le competenze per farlo, con il rischio di formulare misure standardizzate, calate dall'alto e poco adattabili in relazione alle caratteristiche delle diverse aree territoriali.

4. Lo svelamento della vulnerabilità come condizione umana

Se il non poter dare per scontate le certezze del quotidiano era già una condizione di ampie fasce della popolazione nel contesto pre-emergenza, la pandemia COVID-19 e la crisi sociale che ne è conseguita sta evidenziando come la possibilità di scivolamento in una condizione di sofferenza o di grave

precarietà coinvolga milioni di persone. L'ulteriore diffusione della vulnerabilità richiede un cambiamento delle forme attuali di protezione sociale. Si tratta non tanto di definire nuove categorie, ma di includere una prospettiva a lungo trascurata, che consenta di riconoscere la nostra condizione di reciproca esposizione e reciproca dipendenza.

Porre al centro il tema della vulnerabilità costringe a riflettere su aspetti spesso oscurati, quali la finitezza e la sofferenza umana, l'esposizione all'ambiente e all'agire altrui e la conseguente possibilità di trovare nelle proprie reti risorse e sostegno, ma anche di essere discriminati o danneggiati.

Nell'opera *Precarious Life*, scritta dopo il disastro dell'11 settembre 2001, Butler (2004) utilizza il concetto di vulnerabilità, mettendone in evidenza sia la dimensione corporea, che quella della relazione di interdipendenza. L'autrice sottolinea come l'esperienza di una crisi collettiva e delle conseguenti perdite possono diventare occasione per comprendere le sofferenze inflitte agli altri e l'importanza dell'attenzione alla vulnerabilità altrui. Riconoscersi vulnerabili significa riconoscersi simili, sia nell'essere esposti a ferite, sia nella possibilità di dare e ricevere cura.

Questa prospettiva offre la possibilità di superare la concezione negativa di dipendenza e vulnerabilità, associata all'idea di un soggetto autonomo, indipendente, autosufficiente, concepito come atomo sociale portatore di diritti (Giolo e Pastore, 2018). Il pensiero femminista ha aiutato a mettere in evidenza come questo assunto abbia coinciso con una cultura patriarcale, che di fatto ha promosso uno status di autonomia privilegiata, ma solo per alcuni, a spese della vulnerabilizzazione di altri. In particolare, la presunta autosufficienza del maschio adulto è stata per lungo tempo fondata sul lavoro di cura delle donne, reso invisibile e misconosciuto, occultando così la propria dipendenza (Tommasi, 2018). È sullo sfondo di questa idea di autonomia che la vulnerabilità, non più intesa come fragilità potenziale che accomuna ogni persona, è stata definita come caratteristica di individui o gruppi "speciali", diversi, bisognosi di cure. Questo assunto si è tradotto in "una protezione che, persi i caratteri di reciprocità, si è venuta a configurare nei termini freddi e asimmetrici e, di fondo, stigmatizzanti, del rapporto *top-down* promosso dal primo welfare protezionistico" (Verza, 2018, p. 240).

Oscurare la vulnerabilità significa negare anche la relazionalità e la dipendenza, parti integranti della condizione umana. Una diversa prospettiva indica invece la possibilità di incentrare sulla vulnerabilità il fondamento stesso del vivere associato, integrando sia la lettura universalistica, sia quella particolaristica della vulnerabilità (Butler, 2005). La prima si riferisce al comune interesse alla possibilità di cura, restituendole valore; la seconda implica una responsabilità collettiva nei casi concreti in cui la mancanza o il danno diventano realtà (Verza, 2018). Tale prospettiva richiede contempora-

neamente un'azione politica e culturale, in grado di bilanciare le inevitabili competizioni per il potere e l'accesso a posizioni di privilegio, e un'azione pratica per la mitigazione della vulnerabilità e la messa in campo di risorse nei casi in cui si trasformi in danno, evitando interventi che sottraggono autonomia.

Come indica Pastore, in questo senso riporre al centro la vulnerabilità significa riconsiderare il valore della dipendenza reciproca che si costruisce nei rapporti di cura, intesa non solo come disposizione morale dell'individuo, ma come «pratica sociale che implica un sostegno istituzionale e l'assunzione di una responsabilità collettiva» (Pastore, 2020, p. 289).

Per Butler è nelle relazioni che si determina il grado di riconoscimento, tutela e protezione che ognuno di noi può avere o non avere. L'autrice evidenzia l'inconsistenza degli appelli etici e astratti al rispetto dell'uomo nella sua essenza: l'autentica risposta etica può emergere solo dal riconoscimento della prossimità e della similarità. Il suo è un invito alla resistenza e all'inclusione, ad andare oltre la semplice critica dei meccanismi di potere, e riconoscere l'interdipendenza e la vulnerabilità della vita stessa, facendosi carico delle responsabilità che ogni apertura all'altro comporta.

Butler (2009) sottolinea come non possiamo dare per scontato che tutti gli esseri umani viventi abbiano lo *status* di soggetti degni di diritti, protezione, libertà e senso di appartenenza politica: al contrario questo *status* va garantito attraverso mezzi politici e, quando viene negato, la deprivazione va resa manifesta. L'analisi dei modi in cui la vulnerabilità viene identificata o oscurata, protetta oppure sfruttata, ci "svelano" come esistano diversi gradi di riconoscimento per diversi esseri umani. Non tutte le vite sono considerate, secondo il discorso normativo, di pari dignità: alcune sono "più sacrificabili" di altre, meno degne o indegne (Butler, 2009). Alcuni soggetti viventi vengono esclusi dalle reti di protezione politiche e sociali, con il risultato di essere esposti a condizioni di inintelligibilità e oblio.

Guardiamo "a distanza" le continue morti dei migranti nel Mediterraneo, le condizioni dei braccianti sfruttati dal caporalato nel settore agricolo, in cui si produce il cibo per le nostre tavole, lavoratori che riscopriamo essenziali in fase di pandemia, quando è a rischio la possibilità che riescano a raggiungere i nostri campi per lavorarli. Riscopriamo che esiste la violenza in famiglia solo in occasioni che giungono all'attenzione dei media come morti tragiche, senza considerare la necessità di costruire adeguate politiche e servizi per la tutela di donne e bambini, oggetto di abusi e violenza. Abbiamo osservato con più attenzione la condizione delle persone anziane nelle strutture, troppo spesso chiamate a garantire cura del corpo fisico e delle relazioni, senza gli adeguati strumenti, in nome del contenimento dei costi.

5. Vulnerabilità in tempi ordinari e straordinari: il (possibile) posto del servizio sociale nel welfare

I profondi cambiamenti nel mercato del lavoro e nella famiglia hanno trasformato la domanda sociale, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo, sfidando i modelli di risposta tradizionali. I sistemi di protezione sociale sono stati costruiti in relazione al riconoscimento di diritti soggettivi e automatici di protezione nel caso in cui si verifichi una precisa gamma di rischi associati a determinate categorie di popolazione (Ranci, 2002; Pavolini, 2002). Inoltre, la maggior parte delle misure di welfare è strutturata per far fronte a eventi già accaduti: il risarcimento dei rischi avviene una volta che questi si sono realizzati, più spesso con trasferimenti monetari, con scarso investimento sui fattori scatenanti e le risorse per fronteggiarli. Quando i bisogni coinvolgono gruppi sempre più ampi, eterogenei e frammentati, le risposte tradizionali non sono più adeguate, in particolare quelle basate su automatismi (Pavolini, 2002).

Se la vulnerabilità e la precarietà diventano l'esperienza di molti, è più difficile associare cause individuali e oscurare condizioni di deprivazione. Si riscopre che la fenomenologia della vulnerabilità è complessa, determinata da una molteplicità di fattori interrelati, rischiando di intrappolare in circoli viziosi. L'insicurezza sociale protratta o permanente «non nutre solo la povertà. Essa agisce come un principio di demoralizzazione, di dissociazione sociale, alla stregua di un virus che impregna la vita quotidiana, dissolve i legami sociali e mina le strutture psichiche degli individui» (Castel, 2011, p. 21).

Per affrontare la vulnerabilità è necessario non solo risarcire, ma soprattutto sostenere, attraverso servizi e opportunità che rendano possibile una gestione adeguata delle situazioni di vita. I trasferimenti monetari sono spesso non sufficienti a recuperare l'autonomia economica, se una pluralità di fattori ostacola l'inclusione sociale, ovvero la possibilità di avere accesso a un lavoro, un'abitazione adeguata, un tessuto relazionale che nutre e sostiene, il benessere psicologico che deriva dalla certezza di poter soddisfare i bisogni fondamentali.

Politiche che hanno come finalità principale la riduzione del danno sempre di più, invece di risolvere le situazioni di fragilità, rischiano di accettare di convivere con esse (Ranci, 2002).

Una politica sociale autenticamente generativa (Gui, 2017, Magatti e Giaccardi, 2014) in grado di riconoscere il valore della solidarietà che si esprime nelle reti formali e informali, si realizza in interventi sul campo che traducono in pratica i concetti di inclusione e partecipazione, che riconoscono e affrontano processi legati a una vulnerabilità particolare, concreta, legata ai territori e ai contesti di vita (Pastore, 2020); diversamente, essa rischia

di ridursi a slogan, forme di delega che escludono la responsabilità istituzionale, o nuove forme di oppressione (Pavolini, 2002).

Il lavoro degli assistenti sociali e di altri operatori a fianco delle persone nel loro quotidiano offre la possibilità di realizzare in pratica ciò che spesso rimane una dichiarazione di intenti, ovvero l'ascolto delle soggettività, l'attivazione della partecipazione, la connessione e la valorizzazione di diverse prospettive e capacità, l'azione per rendere visibili i luoghi e le situazioni che più facilmente la società relega ai margini. In situazioni in cui la vulnerabilità si è già trasformata in danno e nel mancato soddisfacimento dei bisogni primari, i professionisti del sociale intervengono a sostegno delle reti naturali di supporto, affiancandole attraverso l'attivazione di nuove reti per rispondere a bisogni urgenti ed emergenti.

Nell'emergenza sociale innescata dal COVID-19, migliaia di assistenti sociali sono stati impegnati in prima linea nel garantire interventi per soddisfare bisogni primari in modo tempestivo (ad esempio, la distribuzione di alimenti, farmaci o il reperimento di un alloggio sicuro). Cruciale è stato il collegamento con associazioni, organizzazioni o gruppi in grado di tutelare le categorie escluse dai provvedimenti governativi, ad esempio i migranti o i lavoratori irregolari, non protetti dalle misure di contrasto alla crisi. L'orientamento sui diritti, gli aiuti disponibili e le azioni necessarie per garantire il rispetto delle misure di prevenzione del contagio si svolge attraverso un'azione capillare nel territorio. Essa si accompagna all'ascolto delle difficoltà e dei bisogni emergenti, e all'inclusione delle possibili risorse e soluzioni che individui e comunità possono mettere in campo.

L'intervento del servizio sociale non dovrebbe essere considerato come un servizio complementare nella gestione dell'emergenza, ma come risorsa necessaria, sia per pianificare e attivare le misure che rispondono alla disorganizzazione del tessuto sociale, sia per contrastare i processi che costruiscono disuguaglianza. Questo consentirebbe di riposizionare i servizi sociali come strutture societarie a supporto delle persone e delle loro reti e strumenti per la loro realizzazione, anziché come strutture adatte a riparare i danni di un sistema che esclude o preclude opportunità e accesso ai diritti.

Il ruolo del servizio sociale di comunità (Allegri, 2015) e la ricerca-azione partecipata, sia in fase di prevenzione che di risposta all'emergenza, sono individuate nella letteratura di servizio sociale (Pyles, 2007) e nelle sperimentazioni internazionali come attività cruciali per costruire la partecipazione attiva delle persone nella lettura di bisogni e nella definizione di risposte che siano rilevanti per loro. Si tratta di funzioni complesse, che richiedono non solo investimenti e un'adeguata formazione, ma anche flessibilità di obiettivi e strumenti, e una riformulazione degli assunti che orientano l'attuale organizzazione del welfare. Non più interventi residuali, emergenziali,

in risposta al danno, per gli esclusi dal sistema, ma investimenti a sostegno del tessuto relazionale, fondati sull'analisi dei processi che costruiscono precarizzazione ed esclusione, e la costruzione partecipata e continuamente rigenerata delle risposte nella comunità.

Alcuni degli assunti che orientano i sistemi di protezione sociale tradizionali e contemporanei, descritti nei paragrafi precedenti, sembrano tuttavia ostacolare questo processo. In primo luogo, l'idea secondo cui occorre ridurre al minimo i costi a carico della collettività degli interventi per chi è in difficoltà, come se questa non fosse una condizione che potenzialmente riguarda tutti (Pastore, 2020), indirizzando alla competizione per risorse scarse e il mantenimento di posizioni di privilegio per l'accesso ad esse. In secondo luogo, l'assunto per cui gli automatismi dei meccanismi di protezione sociale sono sufficienti a garantire l'indipendenza sociale degli individui, rendendo progressivamente sempre più inutili e marginali le istituzioni del 'sociale' (Castel, 2011). Pur includendo un'idea di progresso per larghe fasce di popolazione, il modello per prestazioni e automatismi sembra non in grado di attivare la partecipazione attiva, e includere i processi che nel sociale, nelle relazioni, nelle reti costruiscono le risposte alla vulnerabilità. Le nuove forme di protezione individualizzate e frammentate, non incluse in una visione sistemica, non di rado associate a un depauperamento dei servizi pubblici o alla loro privatizzazione, sembrano recuperare l'idea di aiuto come azione destinata ai più deprivati, al fine di garantirne la sopravvivenza, senza possibilità di un'effettiva emancipazione.

Preterossi (2018, p. 217) sottolinea come «l'individualizzazione della vulnerabilità (come se non fosse un problema collettivo) produce e giustifica la privatizzazione del welfare». L'autore invita a un utilizzo di tale concetto, che tenga sempre ben presente «il suo sostrato sociale e la sua dimensione relazionale, politica», evitando il rischio che concorra a degradare la concezione della solidarietà.

Se, come ci indicano alcuni filosofi (Giolo e Pastore, 2018; Butler, 2005), diamo senso alla vulnerabilità come tratto peculiare dell'essere umano e allo stesso tempo come condizione variabile legata ai contesti di vita individuale e collettiva, è possibile individuare due responsabilità del servizio sociale, come disciplina e professione che intende promuovere «il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, nonché la liberazione delle persone» (IFSW, 2014).

È compito del servizio sociale e delle istituzioni in cui opera garantire il rispetto della dignità, riportando luce sui processi sociali e culturali che generano vulnerabilità, sofferenza, umiliazione, e talvolta morte, situazioni che richiedono impegni e responsabilità collettiva, oltre che obblighi istituzionali.

I diritti sociali «non vanno “meritati”, né possono essere monetizzati»

(Preterossi, 2018, p. 217), ma sono riconosciuti e tutelati dagli strumenti normativi e costruiti nelle pratiche, attraverso *policies* e interventi in grado di ridurre le vulnerabilità e aumentare le capacità per riconoscere i processi che le costruiscono e compensano. Si tratta contemporaneamente di lavorare per superare nel senso comune lo stigma negativo associato alla perdita di capacità e autonomia e alla condizione di “debolezza” di individui o gruppi considerati come “bisognosi”, talvolta etichettati come gli “ultimi”, i “marginali”, rischiando di essere posizionati in una categoria di “diversa normalità”, una normalità “oltre i margini”.

Allo stesso modo il servizio sociale è stato posizionato, non di rado, nelle politiche e in alcune organizzazioni del welfare, quando inteso come l’ambito dedicato a chi non è in grado di adattarsi, a chi è rimasto ai margini. Un servizio sociale che interviene più spesso in “emergenza”, quando il danno è accaduto, più che coinvolto in processi per la mitigazione delle vulnerabilità nel contesto sociale. Si costruisce in tal modo un effetto paradossale del sostegno ai “vulnerabili”, persone da aiutare per ciò che altri considerano “il loro bene”, rischiando di contribuire a riprodurre le disuguaglianze e a farle accettare come dimensione “normale”, l’unica possibile, una condizione internalizzata (Dalrymple e Burke, 1995) dalle stesse persone ai “margini della normalità”.

La “scoperta” della vulnerabilità come condizione che ci rende simili e interdipendenti aiuta sia a restituire importanza all’assunto della responsabilità collettiva, sia alla necessità di un “servizio sociale di iniziativa”. Si tratta di un approccio *ex ante*, volto a concretizzare nelle azioni a livello micro e macro la promozione della dignità, della sicurezza e della fiducia nelle capacità e il riconoscimento della pienezza dei diritti, all’interno di una prospettiva dove l’autonomia e la vulnerabilità sono inestricabilmente connesse e ancorate alla comune condizione umana (Giolo e Pastore, 2018).

La posizione privilegiata in cui si colloca l’azione degli assistenti sociali, nell’intersezione tra il micro e il macro, se inclusa nel pensiero necessario a riformulare il welfare a tutela della collettività, può aiutare a tradurre in pratica la riconosciuta necessità di interventi co-costruiti con le persone (Fargion, 2013) e le comunità a cui appartengono (Maglajlic, 2019). Si tratta di interventi che riconoscono le capacità dei soggetti di definire e modellare i propri progetti di vita e promuovono la costruzione di contesti fiduciarci, in cui si strutturano le condizioni che consentono di attualizzare capacità e aspettative e affrontare condizioni di vulnerabilità inevitabilmente legate all’esistenza.

La pandemia e la condizione di precarizzazione diffusa aiutano a fare luce sulla necessità di superare un modello di welfare prestazionistico che, escludendo le idee di reciprocità e relazione, corre il grave rischio di stigmatizzare

la vulnerabilità e costruire ulteriori forme di esclusione sociale, anziché stimolare una protezione solidale della vulnerabilità come condizione comune, «una visione non formalistica, ma umanamente relazionale, di partecipazione civica nel compito della cura reciproca» (Verza, 2018, p. 245), costruita nella pratica quotidiana con le persone e le comunità. In tal senso, essere portatore di bisogno non si qualifica più come condizione di marginalità, ma come normalità, in una dimensione relazionale in cui riacquistano dignità e valore le azioni di dare e ricevere cure reciprocamente.

Riferimenti bibliografici

- Allegri E., (2015), *Il servizio sociale di comunità*, Carocci, Roma.
- Blaikie P., Cannon T., Davis I. e Wisner B. (1994), *At Risk. Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*, Routledge, London.
- Butler J. (2004), *Precarious Life: The Power of Mourning and Violence*, Verso, London-New York.
- Butler J. (2005), *Giving an Account of Oneself*, Fordham University Press.
- Butler J. (2009), *Frames of War: When is Life Grievable?*, Verso, London-New York.
- Castel R. (2011), *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Einaudi, Torino.
- Dalrymple J. e Burke B. (1995), *Anti Oppressive Practice, Social Care and the Law*, Open University Press, Maidenhead.
- Fitzgerald S. (2016), "Vulnerable Geographies: Human Trafficking, Immigration and Border Control in the UK and Beyond", *Gender, Place and Culture: A Journal of Feminist Geography*, 23, 2: 181–97.
- Giolo O. e Pastore B., a cura di (2018), *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Carocci, Roma.
- Gui L. (2017), "Servizio sociale e generatività", *La Rivista delle Politiche Sociali*, 14, 1: 67-79.
- Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Hollomotz A. (2009), "Beyond 'Vulnerability': An Ecological Model Approach to Conceptualizing Risk of Sexual Violence against People with Learning Difficulties", *British Journal of Social Work*, 39: 99-112.
- International Federation of Social Workers (2014), *Global Definition of Social Work*. Testo disponibile al sito: www.ifsw.org, consultato il 9/9/2020.
- Mackenzie C., Rogers W. and Dodds S. (2014), *Vulnerability: New Essays in Ethics and Feminist Philosophy*, Oxford University Press, Oxford.
- Magatti M. e Giaccardi C. (2014), *Generativi di tutto il mondo, unitevi! Manifesto per la società dei liberi*, Feltrinelli, Milano.
- Maglajlic R.A. (2019), "Organisation and Delivery of Social Services in Extreme events: Lessons from Social Work Research on Natural Disasters", *International Social Work*, 62,3: 1146-1158.

- McLaughlin K. (2012), *Surviving Identity: Vulnerability and the Psychology of Recognition*, Routledge, London.
- Moon G. (2000), "Risk and Protection: The Discourse of Confinement in Contemporary Mental Health Policy", *Health and Place*, 6: 239-50.
- Morlicchio E. (2006), "Sopravvivere in condizioni di incertezza cronica a Napoli", *Meridiana*, 55: 61-78.
- Nacoti *et al.* (2020), "At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation", *NEJM Catalyst*. doi: 10.1056/CAT.20.0080.
- O'Connell Davidson J. (2011), "Moving Children? Child trafficking, Child Migration and Child Rights", *Critical Social Policy*, 31, 3: 454-77.
- Olori D. (2015), *Ricerca qualitativa, vulnerabilità e disastri. Note metodologiche*, in Saitta P., a cura di, *Fukushima, Concordia e altre macerie: vita quotidiana, resistenza e gestione del disastro*, Editpress, Firenze.
- Pastore B. (2020), "Vulnerabilità situata e risposte alle vulnerazioni", *Etica & Politica*, 1: 283-291.
- Pavolini E. (2002), "Il Welfare alle prese con i mutamenti sociali: rischio, vulnerabilità, frammentazione", *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4: 587-618.
- Preterossi G. (2018), *La dimensione sociale della vulnerabilità*, in Giolo O. e Pastore B., a cura di, *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*. Carocci, Roma.
- Pyles L. (2007), "Community Organizing for Post-disaster Social Development: Locating Social Work", *International Social Work*, 50, 3: 321-332.
- Ranci C. (2002), "Fenomenologia della vulnerabilità sociale", *Rassegna Italiana di Sociologia*, 4: 521-551.
- Sherraden M.S. e Fox E. (1997), "The Great Flood of 1993: Response and Recovery in Five Communities", *Journal of Community Practice*, n. 4, 3: 23-45.
- Tommasi W. (2018), Relazioni, dipendenza e vulnerabilità, in Giolo O. e Pastore B., a cura di, *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Carocci, Roma.
- Van Loon J. (2008), *Governmentality and the subpolitics of teenage sexual risk behaviour*, in Peterson A. and Wilkinson I. (eds.), *Health, Risk and Vulnerability*, Abingdon, Routledge.
- Verza A. (2018), *Il concetto di vulnerabilità e la sua tensione tra colonizzazioni neoliberali e nuovi paradigmi di giustizia*, in Giolo O. e Pastore B., a cura di, *Vulnerabilità. Analisi multidisciplinare di un concetto*, Carocci, Roma.
- Wisner B., Blaikie P., Canno, T. e Davis I. (2004), *At Risk. Natural Hazards, People's Vulnerability, and Disasters*. Testo disponibile al sito http://www.preventionweb.net/files/670_72351.pdf, consultato il 9/9/2020.
- Zakour M.J. (2007), *Social work and disaster*, in McEntire D.A., eds., *Disciplines, Disasters and Emergency Management*, Charles Thomas Publisher, Springfield Illinois.
- Zakour M.J. e Gillespie D.F., (2013), *Community Disaster Vulnerability. Theory, Research, and Practice*, Springer, New York.

3. Spiazzamento e apprendimento dall'esperienza in tempo di COVID

di Luigi Gui

Premessa

In Italia, il 23 febbraio 2020, il Consiglio dei ministri ha approvato il primo decreto del Presidente del Consiglio (Dpcm) in materia di misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Il decreto riguardava i comuni della Lombardia e del Veneto per contenere un contagio che pareva essere appena iniziato. Bisognava isolare subito i primi focolai, fermare le persone possibili veicoli del Coronavirus che arriva dalla Cina. Così sembrava.

Il primo obiettivo, dunque, era limitare gli spostamenti.

Il 25 febbraio è seguito un secondo Dpcm ancor più severo; con le persone si fermava anche buona parte del loro lavoro, dell'attività economica, dell'attività formativa e scolastica, dell'attività culturale, di culto religioso, sportiva, delle diverse forme di socialità pubblica.

Si è reso subito evidente che il contenimento degli effetti del virus ricadeva pesantemente nel tessuto socio-economico del Paese. Il 28 febbraio veniva approvato un nuovo decreto legge che introduceva misure urgenti di sostegno alle famiglie, ai lavoratori e alle imprese paralizzate dall'emergenza COVID.

Il 4 marzo il Presidente del Consiglio ha firmato un Dpcm che investiva l'intero territorio nazionale senza più differenziare le regioni nel divieto di ogni forma di assembramento di persone in luoghi pubblici o aperti al pubblico.

Dalla sera dell'11 marzo veniva disposta la chiusura di tutte le attività commerciali, di vendita al dettaglio a eccezione dei generi alimentari, di prima necessità, delle farmacie e parafarmacie.

Il 22 marzo i ministri della Salute e dell'Interno hanno adottato congiuntamente una nuova ordinanza che vietava a tutte le persone fisiche di trasferirsi o spostarsi con mezzi di trasporto pubblici o privati in comuni diversi

da quelli in cui si trovavano, salvo che per comprovate esigenze lavorative o di assoluta urgenza.

Così, nell'arco di tempo di un solo mese, l'intera popolazione che viveva in Italia è stata posta – come direbbero gli inglesi – in *standby*. Come a doversi fermare trattenendo il sospiro, in attesa che qualcuno tornasse presto a dire: “liberi tutti!”.

La realtà che si è prodotta in poche settimane aveva tutta l'evidenza dell'emergenza, come capita a fronte di calamità naturali o disastri provocati dall'uomo, ma portava con sé una sconcertante novità: la calamità non si è manifestata a partire da un impatto violento, devastante, che imponesse dapprima una grande mobilitazione di soccorsi e andasse poi ad attenuarsi via via verso il ripristino della normalità; al contrario, a partire da episodi inizialmente contenuti, si intravedeva la proiezione di una crescita progressiva, esponenziale, di un danno che andava arginato nella sua minacciosità incombente, senza conoscerne bene il rimedio né scorgerne con chiarezza i termini. Inoltre, questa calamità si è subito mostrata pervasiva, investendo tutti, ugualmente, potenziali vittime e potenziali soccorritori, ha trovato paritariamente impreparati anche coloro che sarebbero stati ritenuti necessariamente esperti, scientificamente e tecnicamente competenti. Infine, non apparivano con certezza né il tragitto che portasse al ripristino della normalità, né la sua durata.

Al contempo, si è prodotto collettivamente un paradosso per la cultura sociale: chiudere è più salutare che aprire, isolarsi aiuta più che incontrarsi.

L'espressione “distanziamento sociale”, mutuata dal lessico epidemiologico ove significa distanza di sicurezza interpersonale per evitare la trasmissione di malattie, è entrata nel linguaggio diffuso amplificato dai mass media per evocare la condizione di isolamento e la riduzione di socialità.

Cosa ha rappresentato per il servizio sociale questo rovesciamento semantico? Questo cambiamento di prospettiva? Quali paralisi d'intervento e di comunicazione ha imposto questa condizione di stallo relazionale?

I principi di una disciplina professionale “di aiuto alla persona” (Dal Pra Ponticelli, 2004), la sua cultura, le sue metodologie di intervento volgono a processi di comunicazione e condivisione del disagio (Dellavalle e Cellini, 2015; Fargion, 2013; Sanfelici, 2017), di socializzazione e strutturazione delle risposte d'aiuto, di allestimento di servizi che producono beni relazionali (Sacco, Zamagni, 2002; Donati e Solci, 2011), ma il mandato emergenziale questa volta è sembrato imporre il congelamento di tali processi, ha imposto una ridefinizione del senso e dei modi del “servizio”.

Il servizio sociale, interpretato professionalmente in Italia dagli assistenti sociali, nell'emergenza COVID-19 dei primi mesi del 2020 ha vissuto, al pari dei suoi “serviti”, una provocazione profonda, radicale, per la difficoltà

di esserci senza poter andare, per la necessità di comunicare senza poter incontrare, per dover ri-dimensionare, nel senso di ridare multidimensionalità alla realtà personale e sociale apparentemente compressa nell'unica dimensione sanitaria, ampliando lo sguardo.

1. Spiazzamento nei servizi

In ogni catastrofe e calamità, i primi momenti sono segnati dall'allarme, dalla confusione, dalla deflagrazione che scombina prepotentemente la routine (Desai, 2006). Ciò che era dato per ovvio non è più "al suo posto" o addirittura non c'è più. Il contesto ambientale appare repentinamente mutato al punto di faticare a riconoscerlo (Dominelli, 2013; Gui, 2016).

È quanto ha investito anche il servizio sociale italiano nel marzo del 2020, portando con sé un allarmato e spiazzante disorientamento.

1.1. Ambientale

In primo luogo si è trattato di uno spiazzamento ambientale.

Gli spazi fisici abitualmente frequentati non sono più frequentabili. Con la sequenza accelerata dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri sono mutati i criteri di accessibilità e gli impedimenti, le categorie di eccezione e le modalità da adottare per muoversi negli spazi pubblici e incontrare le persone.

Si potrebbe dire che, in qualche modo, l'ambiente di vita e di lavoro, pur rimanendo materialmente inalterato, è trasfigurato: talora desertificato, talaltra affollato di attori con nuovi costumi e nuovi copioni (la bardatura anti-COVID composta da mascherine, guanti, visiere, camici usa-getta, scafandri, procedure di lavaggio e disinfezione, dedizione di spazi idonei e riservati, nuove modalità comunicative).

Calarsi nell'ambiente di vita delle persone, conoscerne le risorse e le difficoltà emergenti sono competenza e funzione degli assistenti sociali, "esperti di territorio", come propria costitutiva specificità (Ferrario, Gottardi, 1987; Guerini, 2013), «Inevitabilmente – si scriveva nella rivista professionale *Centro Sociale* già negli anni '70 – l'assistente sociale percorre il quartiere, entra nelle case in cui le famiglie vivono» (Vacca, 1971, p. 117). Ma in questo frangente, tale immersione ambientale è inibita. Proprio mentre la condizione delle persone si infragilisce o vede acuirsi la propria sofferenza, gli assistenti sociali sono trattenuti, nell'improvvisa necessità di cercare nuovi modi per ri-ambientarsi e ri-conoscere quell'ambiente. D'alto lato, con un'accelerazione prima

inimmaginabile, si sono dischiusi e resi accessibili novi ambienti: gli spazi virtuali consentiti dalla comunicazione *on-line*. Le visite domiciliari, smaterializzate, private della plasticità della presenza fisica, si sono trasformate in nuove forme di «ingresso nel privato, nella casa intesa come ambito domestico» (Andrenacci, 2009, p. 91) attraverso le *webcam* dei PC, dei *tablet*, degli *smartphone* dei cittadini utenti. Più di prima, molti cittadini hanno introdotto nel proprio mondo vitale, attraverso gli schermi dei propri strumenti informatici, insegnanti, medici, assistenti sociali, educatori, responsabili di strutture residenziali. Altre case, all'opposto, sono rimaste ancora più chiuse, impenetrabili alla comunicazione, inaccessibili alle visite, radicalizzando il *digital divide*, la differenza tra “cittadini digitali” e cittadini esclusi dai canali della comunicazione telematica (Bentivenga, 2009; Gui, 2015).

1.2. Relazionale

La seconda area di spiazzamento, dunque, è stata relazionale.

Non è difficile far cogliere quanto la relazione interpersonale sia cruciale nel lavoro degli assistenti sociali e per buona parte ne rappresenti al contempo sia la “materia prima” sia il “prodotto finale”. Riconoscere e accogliere richieste d'aiuto è il primo passo dell'intervento professionale, la qualità della relazione che si instaura determina l'intero processo di fronteggiamento dei problemi (Folgheraiter, 2007), i significati che si generano nell'interazione sono parte della costruzione di un miglioramento possibile (Dal Pra Ponticelli, 2010).

L'emergenza COVID, con le sue barriere alla trasmissione del virus, ha imposto inediti filtri alla comunicazione interpersonale, canalizzata entro strettoie selettive che ne hanno ridotto la portata, bloccata dall'esprimersi in alcune sue manifestazioni di immediatezza e fisicità.

Come cogliere la pluralità delle domande che la popolazione rivolgerebbe ai servizi, senza poterne consentire la libertà d'accesso?

Come qualificare le richieste provenienti dalle persone in difficoltà, senza mettere in campo le competenze professionali legate all'empatia, alla lettura della prossemica, alle diverse forme della comunicazione non-verbale?

Come ascoltare i messaggi che non oltrepassano i necessari filtri che l'emergenza sanitaria impone? Come raggiungere l'anziano solo, trattenuto a casa, che chiederebbe aiuto se solo potesse? Come recepire l'appello di persone deboli (minori, donne, disabili, sofferenti psichici) che nel chiuso delle loro abitazioni vedono amplificarsi la soggezione a relazioni violente, squalificanti o la mancanza di protezione e cura?

Lo spiazzamento iniziale degli assistenti sociali è denso di domande, alla

ricerca di nuovi strumenti comunicativi e nuove procedure per recepire i bisogni emergenti dalla popolazione. Sentimento gravato ancor più dalle limitazioni di movimento e di relazione a cui loro stessi/stesse sono soggetti e dalla preoccupazione di essere a loro volta contagiati/contagiate o veicolo di contagio.

1.3. Strumentale

In questo terreno si esprime lo spiazzamento tecnico-strumentale di professionisti provocati a imboccare vie inesplorate di applicazione tecnica coerente alle proprie metodologie di intervento.

L'alternativa, talora purtroppo obbligata, è l'inattività, in attesa di un momento più favorevole, senza sapere quando e come si presenterà.

In molti casi, invece, si sceglie di prendere l'iniziativa, comunque. Le prassi note vanno subito sostituite da modalità inedite. Assistenti sociali abituati ad accogliere i loro utenti con sorriso e stretta di mano, ora devono coprire naso e bocca con la mascherina chirurgica, celare la loro mimica facciale e ritrarre la mano o coprirla con un guanto asettico. Il solo sguardo deve sorreggere l'intensità comunicativa fra volti mascherati. La sola voce, mediata dal telefono, deve trasmettere la capacità di accogliere le domande dei cittadini, di chiarificarne il contenuto, di riformularne il senso, di rassicurare, di motivare nuova iniziativa e potenzialità d'azione, di essere ascoltato e di ascoltare (Arnkil e Seikkula, 2013). Oppure bisogna sviluppare la telecomunicazione, le videochiamate e le videoconferenze su piattaforma on-line, le équipe che appaiono a due dimensioni nella superficie degli schermi, mettendo in dialogo operatori visibili solo come "foto icona" o in riquadri di schermo.

L'informalità della "pausa caffè" condivisa, spazio prezioso di relazione interprofessionale e non di rado di decisioni operative (Chicco, 2009), come tutte le occasioni di informalità complementare, scompare assieme a ognuna di quelle ritualità dell'interazione quotidiana (Goffman, 1971) che nutrono la comunicazione e la cultura dei servizi.

Se il *digital divide* differenzia i gruppi di popolazione, non di meno questo si evidenzia anche tra i professionisti e all'interno dei servizi. Molti, in particolare tra gli assistenti sociali con maggiore anzianità di servizio, non sono avvezzi alle tecnologie comunicative più recenti e ne restano spiazzati (Berzin, Singer e Chan, 2015). I più esperti di comunicazione in prossimità, spesso si palesano come i più impacciati nella comunicazione a distanza. Vanno allestiti in tempo rapido nuovi sistemi informativi, procedure di rilevazione e di diffusione delle informazioni in una realtà in rapida evoluzione.

Anche la strumentazione va rapidamente riadattata quanto si alterano i confini tra professionale e personale, tra aziendale e privato. Come documenta questa ricerca (*infra*) per alcuni mesi (e in molti casi tuttora) si è lavorato da casa più che nella sede dell'Ente, si sono usati prevalentemente il telefono cellulare personale e il proprio *notebook*, nell'improvvisazione di uno *smart-working* a cui per lo più non si era preparati.

Compiti e processi di lavoro hanno dovuto essere rimodulati e con essi il modello organizzativo del servizio.

1.4. Organizzativo

Il quarto ambito di spiazzamento ha riguardato l'organizzazione. In alcuni enti gestori di servizi l'emergenza ha imposto riorganizzazioni repentine e drastiche. Si è dovuto decidere in emergenza chi sarebbe rimasto a casa e chi avrebbe continuato a recarsi nel posto di lavoro. Anche gli spazi d'uso sono stati rimodulati, riassegnati per diverse composizioni, resi compatibili con le distanze fisiche tra scrivanie e con la numerosità di lavoratori per stanza, secondo le indicazioni prescritte dalle nuove misure, miscelando in formule nuove compiti *soft* e compiti *hard*, orari da cartellino e lavoro agile.

Nell'emergenza anche le mansioni dei professionisti sono state in parte alterate, taluni hanno dovuto assumere nuovi compiti e nuove responsabilità. L'inerzia di un assetto organizzativo consolidato nelle forme della burocrazia professionale ha dovuto lasciare il posto a differenti forme di adhocrazia, che consentissero l'adattamento repentino alle mutate condizioni di contesto (Mintzberg, 1983). Gli stessi livelli di autorità e di autonomia professionale in molti casi vengono regolati diversamente da prima, dovendo fare i conti con le direttive politico-amministrative statali e locali e con l'autorevolezza tecnico-scientifica dei comitati di esperti in area sanitaria.

In tutto questo, la provocazione da spiazzamento ha investito l'area delle competenze complementari fra professionisti, tra funzionari, tra servizi, tra istituzioni. È stato rapidamente ripensato: "chi fa che cosa", a chi compete far fronte alle diverse esigenze emergenti. Le amministrazioni locali, nei livelli regionale e comunale, hanno dovuto cercare (e negoziare) nuovi confini e nuove complementarità con gli organi dello Stato, in primo luogo con l'Esecutivo e i suoi ministri, anch'essi impreparati ai repentini mutamenti (De Rita, 2020). Non meno le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, hanno dovuto ristabilire i campi di competenza e di interdipendenza e rispondere alle direttive delle Regioni. All'interno dei diversi enti, poi, i servizi si sono dovuti rimodulare producendo nuova possibile integrazione anche tra operatori.

2. Incertezza negli interventi

Quanto sin qui esposto può aiutare a comprendere come i servizi sociali e in essi gli assistenti sociali siano stati investiti dall'irrompere della pandemia. In tale realtà, può risultare utile analizzare con maggiore attenzione tre aree di azione che hanno visto crescere prepotentemente i livelli di incertezza professionale e al contempo l'urgenza d'intervenire. Come si è avuto occasione di argomentare in altra sede (Gui, 2018), a differenza di altri professionisti più decisamente marcati da un approccio disciplinare scientifico-positivista, teso a stabilire con crescenti gradi di certezza la realtà dei fatti, le catene causali degli eventi e la prevedibilità dei fenomeni conformemente alle scoperte della ricerca da laboratorio, gli operatori del sociale si trovano invece a fare i conti quotidianamente con elevati gradi di incertezza, nella complessità e variabilità dei fattori che incidono sull'evoluzione dei processi, con diverse possibili attribuzioni di significato di ciò che accade da parte dei soggetti implicati, per il valore co-costruttivo della realtà sociale degli attori che la recepiscono e al contempo la realizzano (England, 1986; Payne, 1997). Non rappresenta dunque una novità il fatto che gli assistenti sociali agiscano costitutivamente entro gradi relativi di incertezza professionale (Fargion, 2013), ciò che però diviene rilevante in quest'occasione, e per certi versi molto sfidante, è l'invasione dell'incertezza dalla sponda del *front-office* fin sul terreno del *back-office*.

2.1. Recepire

Nei primi due mesi di emergenza COVID, come si è detto, le iniziative di contenimento del contagio e di contrasto al disagio hanno prodotto nei servizi sociali un duplice effetto in due sensi opposti: da un lato un repentino arresto dei movimenti e degli interventi, di congelamento di iniziative, di limitazione delle possibilità comunicative; d'altro lato l'altrettanto repentina consistente mobilitazione di risorse e la disposizione di azioni da mettere in campo al più presto per fronteggiare tempestivamente le difficoltà emergenti.

Emblematico, in tal senso, è quanto è accaduto con l'ordinanza n.658 del 29 marzo, Pcm Dipartimento della Protezione Civile, che destinava ai comuni un «contributo per misure urgenti di solidarietà alimentare» di complessivi quattrocento milioni di euro, ripartiti in ragione della distribuzione territoriale della popolazione. In pochissimi giorni le amministrazioni comunali si sono trovate sia con l'impegno di contenere i movimenti, tanto dei cittadini quanto dei propri dipendenti, sia, al contempo, a dover allestire velocemente un sistema, auspicabilmente equo, di informazione a tutti i potenziali beneficiari del contributo, di recezione delle relative richieste, di cernita e selezione dei

destinatari dell'aiuto, di concreta definizione e attuabilità della prestazione "aiuto alimentare". Si tratta di un esempio efficace per cogliere l'impegno di accelerata riorganizzazione e inventiva messa in campo da molti assistenti sociali attivi nei comuni, per rendere concreto un servizio nuovo superando strozzature comunicative bidirezionali: dalla parte dei servizi, già prevalentemente in *smartworking*, per raggiungere con l'informazione tutta la popolazione potenzialmente necessitante dell'aiuto, senza poterla incontrare e tantomeno monitorarne il bisogno emergente; dalla parte dei cittadini potenziali utenti, per esprimere la domanda d'aiuto nelle forme canalizzate secondo rigide procedure formali (autocertificazioni, modelli prestampati, limitazione dei movimenti e riduzione degli sportelli d'accesso, degli orari, dell'interlocuzione diretta con gli operatori ecc.). Quali che siano state le soluzioni concrete adottate variamente dai comuni lungo tutto il territorio nazionale (coinvolgimento del volontariato locale, attivazione di *call center*, affidamento del servizio a cooperative sociali, mobilitazione del personale interno, convenzioni con enti privati e servizi commerciali o altro), la sfida di *social work* è stata: tracciare nuove possibili vie d'accesso bidirezionale tra cittadini e servizi, nonostante gli handicap comunicativi imposti dall'emergenza sanitaria, senza perdere il contatto con i soggetti più deboli, meno in grado di farsi intendere, di attivarsi, di ottenere i benefici del *welfare* emergenziale (Desai, *op. cit.*).

2.2. Progettare

La condizione di emergenza nel momento più acuto della difficoltà catalizza ogni attenzione e ogni sforzo per far fronte all'imprevisto, per rispondere prontamente all'allarme, per soccorrere le vittime (Mirri, 2018). Quanto più forte è l'allarme che segnala la gravità del pericolo e l'acutezza del dolore legato agli eventi, tanto maggiore è la mobilitazione di energie su ciò che sta accadendo nell'*hic et nunc* di un presente sconvolto. Se questa pare essere la dinamica che caratterizza i soccorsi in ogni calamità (Di Rosa, 2013), questa volta, come già accennato, si è manifestata nell'ambivalenza tra pressioni a intervenire massicciamente e freni all'azione per lasciare spazi vuoti, persone e luoghi incontaminati.

L'attenzione è rimasta comunque focalizzata sul presente, tra agire subito e fermarsi subito. Si è vissuta una sorta di sospensione del tempo che è parsa poter congelare temporaneamente il pensiero sul futuro. Come se la pressante esigenza di rispondere oggi potesse rimpiazzare, almeno temporaneamente, la necessità di prefigurare il domani. La miscela di urgenza e di incertezza (non si conosce con chiarezza il COVID-19, né si è certi sul suo comportamento, sulla sua persistenza o meno, sugli effetti che produce nell'uomo e

nelle diverse età, sui fattori ambientali che ne determinano la diffusione, sulle strategie terapeutiche per contrastarlo, sulle possibilità di cura o vaccino ecc.) pare ridurre fortemente ogni sicura prospettiva progettuale. Dal primo semestre del 2020, non solo in Italia ma in tutto il mondo, le previsioni di evoluzione degli effetti che la pandemia può produrre negli ecosistemi globali sul piano sanitario, sul piano economico-finanziario, sociale, sul piano politico-amministrativo, sul piano culturale soffrono tutta l'incertezza della mancata conoscenza di un fenomeno inedito. Ogni progettazione deve mettere in conto l'eventualità della smentita.

Tutto questo riguarda, ovviamente, anche il lavoro sociale, il *social work*, il lavoro degli assistenti sociali. In queste pagine il tema merita attenzione, perché l'attrezzatura teorico-metodologica del servizio sociale porta gli operatori a riconoscere ogni vicenda personale e sociale in una prospettiva processuale (Ferrario, 1998). L'aiuto non è mai concepito come atto puntuale, isolato e isolabile da un contesto e da un divenire. Per questo, ogni intervento di servizio sociale è concepito in chiave progettuale. L'azione dell'assistente sociale non può non porsi in tale prospettiva, pur nella piena consapevolezza che ogni prefigurazione di percorso, ogni piano d'azione, ogni accordo operativo con i cittadini assistiti ha il valore dell'ipotesi e della proposta da monitorare, da verificare, da riprogettare passo dopo passo, accompagnando il cammino delle persone e dei loro *network* relazionali (Miodini e Ferrari, 2018). Dover comprimere nel presente il senso di ogni azione o di ogni astensione deformerebbe l'intervento sociale se non vi fosse il tenace tentativo di riallineare gli elementi di un pensiero proattivo (e non solo reattivo) che ricolloca l'emergenza lungo un *continuum* temporale, per quanto biograficamente sconvolto, per collegare il passato con il futuro.

Nel frangente "emergenza COVID" gli assistenti sociali, ancor più che nel lavoro ordinario, assumono l'incertezza sul futuro come un terreno cognitivo da attraversare e non necessariamente come barriera alla progettazione. Laddove l'amministrazione dei servizi non assume tale sfida, la cultura amministrativa burocratico-prestazionistica appronta "soluzioni tampone" che aumentano la dipendenza assistenziale, passivizzante, di chi è soccorso, senza mobilitare nuove energie, nuove iniziative e nuove risorse per il miglioramento.

2.3. Socializzare

In piena fase di *lockdown* la popolazione italiana, confinata nelle proprie abitazioni, si è trovata incredibilmente accomunata dalla medesima condizione (tutti soggetti alle stesse cogenti regole di comportamento, tutti asseragliati in casa) e al contempo disomogenei e separati nei differenti modi per

renderla possibile. Persone e famiglie costretti per un trimestre a essere “omogeneamente disomogenei”. Cioè tutti accomunati dalla doverosità dell’isolamento e per la stessa ragione ciascuno isolato dagli altri nelle condizioni concrete in cui restare chiuso nella casa, nel ricovero, nelle dimore necessarie o possibili. Tutti uguali per un verso, senza distinzione di ceto e di cultura (si è sentita financo l’espressione «il COVID-19 è democratico»), ma per altro verso tutti profondamente diversificati per le possibilità reali di attenersi alle misure di isolamento. Non è difficile accorgersi che le differenze di alloggio, per dimensioni, per salubrità, per posizione geografica, per affollamento o solitudine, per collocazione urbana determinano esperienze di agio o di difficoltà assolutamente diverse; tanto quanto sono determinanti le differenze d’età, di salute, di cultura, la qualità delle relazioni affettive, la dotazione di strumenti di comunicazione (telefonica, telematica, massmediale), l’impegno lavorativo e la possibilità di esercitarlo o meno a distanza.

Omogeneizzante è stata (ed è) la comunicazione mass-mediata. Il televisore, ospite fisso in ogni appartamento, veicolo preponderante di rappresentazione della realtà “che sta fuori”, è stato trasmettitore assiduo della comune condizione di assoggettati all’emergenza, esposti al contagio, alla malattia, alla possibile morte ma anche al soccorso dei sistemi sanitari e dei suoi operatori «eroi in trincea» (Garfin, Silver e Holman, 2020, p. 355-357).

Tutti in ascolto di una narrazione comune, eppure soli nelle esperienze personali e familiari.

In molte città o piccoli centri abitati prontamente si è mossa l’azione volontaria e solidale di chi si è adoperato per soccorrere altri. L’incomprimibile bisogno di bucare l’isolamento attraverso gesti d’auto non ha tardato a manifestarsi in mille modi, così come hanno pullulato le composizioni audio e video che attraverso i *social media* rimettevano insieme le persone, formando *puzzle* di immagini e suoni, per accostare i tasselli di vita di tanti singoli in un unico quadro. Artisti, insegnanti, preti, giornalisti, blogger esperti o improvvisati hanno alimentato una conversazione collettiva che risocializzava le vite trattenute dal distanziamento sociale.

Anche gli operatori sociali concorrono a questa tessitura sociale, specialmente nei *network* relazionali più deboli e meno visibili, distanti, per lo più, dai codici comunicativi dello spettacolo e dell’*audience*. Da molteplici testimonianze (Allegrì e Di Rosa, *infra*) si coglie come proprio a causa dell’impedimento dei movimenti, molti assistenti sociali sono riusciti a valorizzare ancor più il supporto di volontari, vicini di casa, tirocinanti per comporre trame solidali (trasportare la spesa alimentare a domicilio, provvedere al monitoraggio della salute dei più fragili, dialogare con i più isolati, sostenere e intrattenere i bambini ecc.).

In questo, anche tra gli assistenti sociali pare di poter riconoscere due dif-

ferenti tipi di comportamento riconducibile ai due idealtipo rilevati da Gregori negli utenti assistiti: gli “smarriti” e i “tenaci” (Gui e Gregori, 2012, p. 65-75). I primi, gli assistenti sociali smarriti, sono spiazzati dagli avvenimenti, bloccati nel presente non riescono a intravedere un futuro e rimangono «nell’attesa di eventi che dall’esterno possano portare una spinta positiva nel far uscire dalla situazione di stallo in cui si sentono di vivere» (*ivi*, p. 66); gli altri, gli assistenti sociali tenaci, «tendono ad avere un’immagine di sé positiva, vedono (o intravedono) – utilizzando l’idealtipo di Gregori – la possibilità di cambiamento, sono in grado di individuare in sé risorse spendibili, vedono in sé delle competenze stabili e tale dimensione di stabilità è proiettata anche nel futuro, che viene percepito come aperto, foriero di positivi sviluppi», in tal modo questi assistenti sociali si accingono a trasformare «una condizione non controllabile e instabile in una più stabile e co-costruita» (*ivi*, p. 68) valorizzando per quanto possibile nuove possibilità di connessione e condivisione.

3. Apprendimento nell’innovazione

Seguendo la pista dei “tenaci”, nella prospettiva dell’idealtipo su citato, ci si può interrogare su come è stato sin qui affrontato e come si può affrontare in prospettiva l’ambiente sociale riconfigurato dal virus (presenza attuale e minaccia futura).

Riprendendo gli ambiti di spiazzamento già indicati, si pongono i seguenti quesiti: come, anche nei servizi e attraverso i servizi, è possibile praticare e migliorare la comunicazione e la relazione con i cittadini utenti e con le comunità locali? Di quale strumentazione (concettuale, logistica, materiale) è necessario dotarsi per non rimanere smarriti nel presente? Quali forme organizzative e lavorative potranno rispondere meglio alle caratteristiche del nuovo contesto? Quali complementarità di competenza possono essere sviluppate? Da quali conoscenze disciplinari e tecniche partire e quali sviluppare ulteriormente?

Nelle situazioni inedite i professionisti sono messi alla prova, la loro competenza è in gioco assieme alla loro legittimazione; a loro, in primo luogo, spetta dar prova di adeguatezza, di capacità di proporre soluzioni nel proprio campo d’azione attingendo al proprio bagaglio professionale.

Se “il sanitario”, in emergenza COVID-19, ha massimamente dispiegato il suo linguaggio, la sua strumentazione, la sua competenza tecnico-scientifica pur nell’iniziale incertezza, “il sociale” è forse destinato a una condizione marginale se non addirittura accessoria?

L’*impasse* provocata da uno scenario inedito spinge a recuperare ogni sapere utile a farvi fronte nel modo più adeguato.

Prima fonte a cui attingere, in tale impegno, è il *corpus* teorico della disciplina, rappresentato dalla letteratura accademico-scientifica acquisita sin dalle aule universitarie negli anni della formazione di base e incrementato progressivamente con gli aggiornamenti della formazione professionale continua. Certamente una rivisitazione attenta e critica delle teorie e dei modelli d'intervento professionale può offrire l'importante orientamento da cui intraprendere iniziative di fronteggiamento anche dell'inedito, pur consapevoli che la pista su cui procedere non è ancora chiaramente indicata. Per definizione, l'inedito non è già stato sperimentato, non vi si è già indagato a sufficienza per conoscerne i diversi aspetti e ancor meno sono già state elaborate, confutate e ridefinite teorie a cui ricorrere. Il professionista scrupoloso, che fosse guidato unicamente da uno stile di pensiero illuminista (Fargion, 2002), che privilegiasse «un approccio deduttivo e quantitativo» (*idem*: 140), per essere certo dell'esito “corretto” dell'intervento grazie al rigore con cui applica la teoria, di fronte all'inedito indugerebbe nell'attesa di poter analizzare molteplici casi analoghi, formulare esplicitamente ipotesi che ne colgano i nessi e le regolarità, testarne la fondatezza, sino a formulare induttivamente nuove generalizzazioni empiriche, nuove teorie da utilizzare di nuovo deduttivamente. Ma l'impellenza dell'azione interpella i professionisti per affrontare la realtà sociale così come si presenta nel suo esprimersi contingente, nell'*hic et nunc* che non concede rinvii. Se non si può differire il tempo dell'azione, il professionista è spinto a ricorrere «a quel genere di improvvisazione che si apprende nel corso della pratica più che da formule imparate durante gli studi universitari» (Schön, 1983, p. 57, trad. it. 1996). Tali azioni messe in campo, però, non si generano da escogitazioni operative estemporanee e infondate, quanto piuttosto – utilizzando ancora il pensiero di Schön – sono tratte da “repertori” professionali accumulati grazie all'esperienza (esempi, immagini, dinamiche vissute, azioni sperimentate) che grazie all'azione riflessiva del professionista consentono scelte «pertinenti» (Schön, *op. cit.*). I professionisti sanno di poter orientare le loro decisioni operative ripercorrendo, nella propria memoria professionale, scene e vicende simili alle attuali seppure diverse, in tal modo potendo evocare le vicende passate come metafore di possibilità presenti. Possono riconoscere come verosimili percorsi che assomiglino a itinerari già attraversati (Botturi, 2002), al punto di immaginarne plausibile l'andamento, pur con le modifiche aderenti alla scena attuale.

In questo frangente COVID, l'esercizio di riflessività degli assistenti sociali (Sicora, 2005) è stato massimamente messo alla prova, essi hanno dovuto azzardare azioni nuove prima di disporre con certezza di teorie nuove, hanno dovuto mettere in campo il proprio sapere tacito ancor prima di poterlo esplicitare con chiarezza (Polanyi, 1966). Nel dilemma tra attendere teorie e

tempi nuovi o azzardare subito nuove modalità di intervento, nuovi strumenti per comunicare e interagire e nuove forme organizzative, gran parte degli assistenti sociali – come documenta la presente ricerca (*infra*) – ha imboccato la seconda via. Ha privilegiato l’orientamento epistemologico più consolidato nel *social work* (Marzotto, 2002; Fargion, 2009), che non pone la teoria e la pratica in sequenza gerarchica né cronologica ma le fa procedere al contempo, nella miscela costante del *learning by doing*, dell’apprendimento come coinvolgimento nelle pratiche (Zanon, 2016, p. 47).

A fronte dell’incertezza provocata dalla realtà inedita, più che dedurre l’azione dalle teorie o indurre generalizzazioni empiriche dall’analisi puntuale della molteplicità dei casi incontrati, gli assistenti sociali sono stati provocati dall’emergenza ad abduire, cioè a ipotizzare, pur con la riserva della verifica successiva, la sensatezza di percorsi la cui efficacia non è già garantita da un modello operativo assodato, a immaginare possibilità di nuove azioni suscitate dal proprio patrimonio esperienziale composto da «giudizi percettivi» – secondo la teoria di Peirce (Gallie, 1965, p. 96) – e da «credenze» (*ibidem*), ossia da congetture provvisorie che istruiscono l’azione prima ancora del controllo razionale e della verifica rigorosa, pur necessaria in un momento successivo.

L’emergenza COVID, in tal senso, ha rappresentato una straordinaria fucina di abduzioni, di azzardi operativi che hanno aperto piste nuove. Gli assistenti sociali sono stati in parte travolti dalle mutate condizioni di contesto ma in parte anche sospinti, proprio per questo, a imparare cose nuove.

Quest’ultimo aspetto, dunque, merita forse particolare attenzione. L’apprendimento che può essere tratto dal fare esperienza di contesti nuovi e di nuove pratiche è massimamente generativo di innovazione professionale.

Il verbo “apprendere” contiene il significato di prendere, afferrare, premesso dal suffisso “ad” per marcare l’atteggiamento di moto verso l’azione che si compie. La conoscenza che viene presa, afferrata, assunta con un gesto attivo, per un esito a cui ci si volge.

Similmente, il verbo “imparare” etimologicamente si compone dal verbo latino *parare*, che significa procurarsi, rafforzato dal suffisso “in” per conferirne il valore di particolare impegno, indica l’azione di assumere nuovi elementi che paiano per qualche aspetto necessari. Dunque, imparare come azione necessaria per affrontare la realtà e connotata da un apposito impegno. Imparare dall’esperienza, in questa prospettiva, non può intendersi come esito scontato, se non quando lo si assuma come impegno specifico.

Proseguendo in questa considerazione, si osserva che se da un lato la conoscenza mossa dall’inferenza logica della deduzione, richiede il ricorso a teorie fondate e modelli operativi che abbiano già dato prova di efficacia, e d’altro lato la conoscenza mossa dall’inferenza dell’induzione impone il rigore sperimentale della ricerca empirica, applicata con l’impiego di metodo-

logie documentabili e controllate, la conoscenza mossa dall'abduzione richiede un importante sforzo di riconoscimento delle proprie azioni e dei propri pensieri. Il processo abduittivo mobilita le potenzialità del pensiero immaginativo, della supposizione creativa, che compone in modo nuovo elementi di conoscenza incontrati in precedenza (Massari, 2001; Sinigaglia, 2018: 71-91). Tale procedere della mente rimane per lo più implicito e "tacito" (Polanyi, *op.cit.*) consentendo di formulare pensieri che in buona parte sfuggono dal controllo razionale consapevole. Pensieri che consentono di scegliere e di agire ma su cui spesso non ci si sofferma, non ci si ferma "adprenderli" e con ciò a "in-parare" da essi. Per riconoscere il pensiero abduittivo, il pensiero esperienziale, il repertorio professionale che si produce nel corso dell'azione (Schön, *op.cit.*) è necessario un intenzionale impegno di ritorno, di ri-presenza, di ri-cognizione di quanto si è pensato e agito. Si tratta per buona parte di un processo di riflessione che chiede di pronunciare con parole (concettualizzazione) ciò che il sapere esperto ha messo in campo prima delle parole (concetti e teorie) per portarlo al rango di sapere controllato, verificabile, trasmissibile. *Learning by doing*, per utilizzare una formula anglofona, richiede *talking about what you are doing*.

Il momento storico che il *social work* sta vivendo, così come molti campi dell'agire umano, può consentire di apprendere molto solo se chi è impegnato nell'azione professionale e nello sviluppo disciplinare riuscirà non solo ad attivare percorsi di ricerca empirica sistematica, ma anche ad avviare occasioni narrative, descrittive, di riflessività esplicita sull'azione generatasi nel campo. Azione carica della potenzialità innovatrice che ogni momento di crisi produce, ma che potrebbe rimanere parzialmente nascosta e divenire occasione sprecata se restasse contenuta nelle esperienze biografiche degli operatori senza venir raccontata, raccolta, "pubblicata", cioè resa "conoscenza pubblica", sottoposta al vaglio della comunità disciplinare e professionale, arricchita di contenuti, ri-formulata, almeno in parte, nella forma di teorie e modelli da imparare.

Riferimenti bibliografici

- Andrenacci R. (2009), *La visita domiciliare di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Arnkil T.E. e Seikkula J. (2013), *Metodi dialogici nel lavoro di rete*, Erickson, Trento.
- Bentivenga S. (2009), *Diseguaglianze digitali. Le nuove forme di esclusione nella società d'informazione*, Laterza, Roma.
- Berzin S.C., Singer J., Chan C. (2015), "Practice Innovation through Technology in the Digital Age: A Grand Challenge for Social Work", *American Academy of Social Work & Social Welfare*, 12: 3-15.

- Bottuti F. (2002), *Sapere pratico e servizio sociale*, in Marzotto C., a cura di, *Per un'epistemologia del servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Chicco S. (2009), *Stili di lavoro degli assistenti sociali e processi valutativi nelle organizzazioni*, in Gui L., a cura di, *Organizzazione e servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Dal Pra Ponticelli M., a cura di (2004), *Prendersi cura e lavoro di cura*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- Dal Pra Ponticelli M. (2010), *Nuove prospettive per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Dellavalle M. e Cellini G. (2015), *Il processo di aiuto del servizio sociale. prospettive metodologiche*, Giappichelli Editore, Torino.
- De Rita G. (2020), *Come cambia l'Italia. Discontinuità e continuismo*. Edizioni E/O, Roma.
- Desai A. S. (2006), *Disaster and Social Work Responses*, in L. Dominelli, *Revitalising Communities in a Globalising World*, Ashgate, Aldershot.
- Di Rosa R. (2013), *Il servizio sociale nell'emergenza. Esperienze e prospettive dall'Abruzzo all'Emilia*, Aracne, Roma.
- Di Rosa R. (2016), *Principi e metodi di intervento sociale nelle catastrofi: il contributo di Lena Dominelli*, in Calbucci R. et al., a cura di, *Servizio sociale e calamità naturali. Interventi di servizio sociale*, EISS, Roma.
- Dominelli L. (2013), *Disaster Interventions and Humanitarian Aid Guidelines, Toolkits and manual*, School of Applied Social Sciences, Duhram University, UK.
- Donati P., Solci R. (2011), *I beni relazionali. Che cosa sono e quali effetti producono*, Bollati Boringhieri, Torino.
- England H. (1986), *Social Work as Art: Making Sense for Good Practice*, Gower, Aldershot.
- Fargion S. (2002), *I linguaggi del servizio sociale. Rapporto teoria-pratica nelle rappresentazioni del processo di lavoro degli assistenti sociali*, Carocci, Roma.
- Fargion S. (2009), *Il servizio sociale. Storia, temi e dibattiti*, Laterza, Roma-Bari.
- Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale. Riflessioni, casi e ricerche*, Carocci, Roma.
- Ferrario F. e Gottardi G. (1987), *Territorio e servizio sociale. aspetti e problemi di un intervento*, Unicopli, Milano.
- Ferrario F. (1996), *Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello centrato sul compito*, Carocci, Roma.
- Folgheraiter F. (2007), *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Erickson, Trento.
- Gallie W.B. (1965), *Peirce and Pragmatism* (trad. it.: *Introduzione a Charles S. Peirce e il pragmatismo*, Universitaria G. Barbera, Firenze).
- Garfin D.R., Silver R.C., Holman E.A. (2020), "The Novel Coronavirus (COVID-2019) Outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure", *Health Psychology*, 39, 5: 355-357.
- Goffman E. (1967), *Interaction Ritual*, Doubleday, Garden City.
- Grayson D., Coventry L. (1998), *The Effects of Visual Proxemic Information in Video Mediated Communication*, ACM SIGCHI Bulletin.

- Gregori D., Gui L., a cura di (2012), *Povert : politiche e azioni per l'intervento sociale*, Carocci, Roma.
- Guerrini M.R. (2013), *Territorio*, in A. Campanini, diretto da, *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Gui L. (2016), *Funzioni e prospettive del servizio sociale nelle calamit . Primi esiti di una ricerca*, Calbucci R. et al., a cura di, *Servizio sociale e calamit  naturali. Interventi di servizio sociale*, EISS, Roma.
- Gui L. (2018), *Altervisione. Un metodo di costruzione condivisa del sapere professionale nel servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Gui M. (2015), *Le trasformazioni della disuguaglianza digitale tra gli adolescenti: evidenze da tre indagini nel Nord Italia*, "Quaderni di Sociologia", 67: 33-55.
- Magnani L. (2001), *Abduction, Reason and Science. Process of Discovery and Explanation*, Kluwer Academic/Plenum, New York.
- Marzotto C., a cura di (2002), *Per un'epistemologia del servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Mintzberg H. (1983), *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*, Prentice Hall, Upper Saddle River (NJ).
- Miodini S., Ferrari M. (2018), *La presa in carico. Il processo di ascolto*, Carocci, Roma.
- Mirri A. (2018), *Emergenze, urgenze e servizio sociale. Teoria, metodologia e tecniche*, Carocci, Roma.
- Payne M. (1997), *Modern Social Work Theory*, Mac Millan, London.
- Polanyi M. (1966), *The Tacit Dimension*, Routledge & Kegan, London.
- Sacco P., Zamagni S. (2002), *Complessit  relazionale e comportamento economico: materiali per un nuovo paradigma di razionalit *, Il Mulino, Bologna.
- Sanfelici M. (2017), *I modelli del servizio sociale, Dalla teoria all'intervento*, Carocci, Roma.
- Schön D.A. (1983), *The reflexive practitioner. How Professionals Think in Action*. Basic Books, New York. (trad.it.: *Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale*, Dedalo, Bari, 1993).
- Sicora A. (2005), *L'assistente sociale riflessivo. Epistemologia del servizio sociale*, Pensa MultiMedia, Lecce.
- Sinigaglia M. (2018), *Imparare dai problemi sociali: il percorso abduittivo*, in Gui L., a cura di, *Altervisione. Un metodo di costruzione condivisa del sapere professionale nel servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Vacca R. (1971), "Il problema della casa nel lavoro degli assistenti sociali", in *Centro sociale*, 100-102: 117-127.
- Zanon O. (2016), *Le pratiche formative nei servizi alla persona. Teorie e innovazioni*, Carocci, Roma.

4. Il servizio sociale nella crisi COVID-19: un progetto di ricerca

di Mara Sanfelici

1. Le ragioni della ricerca

Il presente volume costituisce l'esito del lavoro empirico svolto nell'ambito del progetto di ricerca "Gli assistenti sociali nell'emergenza COVID-19", promosso e realizzato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (Cnoas) e dalla Fondazione Nazionale Assistenti Sociali (Fnas). L'indagine è stata condotta attraverso una *web-survey*, somministrata nel mese di aprile 2020, a cui hanno partecipato circa ventimila assistenti sociali italiani.

Gli assistenti sociali si collocano tra i professionisti impegnati in prima linea sul fronte dell'emergenza determinatasi in seguito alla pandemia. La crisi attuale chiama la comunità professionale a mettere in campo un bagaglio di conoscenza ed esperienza essenziale nella fase di risposta all'emergenza. È fondamentale mettere a sistema le competenze acquisite, contribuire all'analisi dei fattori di vulnerabilità che nei sistemi sociali hanno contribuito ad aggravare l'impatto della crisi, e mettere in campo strategie per rispondere ai bisogni sociali emergenti.

Il nostro Paese è stato frequentemente colpito da catastrofi naturali e molti assistenti sociali hanno sperimentato anche in passato la necessità di riadattare i propri modelli e strumenti di intervento nel caso di crisi collettive (Calbucci *et al.*, 2016; Di Rosa, 2012). Per la prima volta, tuttavia, una situazione di emergenza ha coinvolto l'intero territorio nazionale, e le misure adottate per far fronte alla crisi comportano sfide che non conoscono precedenti nella storia del Paese. Il *lockdown* e la conseguente paralisi delle attività economiche hanno acuito la vulnerabilità di diverse fasce della popolazione (Sanfelici, 2019), esercitando una pressione straordinaria sui servizi sociali. Il distanziamento fisico dalle persone sfida le modalità di lavoro ordinarie e l'utilizzo di alcuni degli strumenti e delle tecniche degli assistenti sociali.

Pur considerando le potenzialità legate alla comunicazione digitale, la

distanza fisica e le sue conseguenze sulle possibilità di stare in relazione con gli altri sono parte dei danni causati dalla pandemia. Le nostre possibilità di interagire nelle relazioni sociali si sono ridotte, e gli assistenti sociali sanno bene come queste siano parte della cura ai problemi che la stessa malattia può provocare.

La relazione di aiuto è la base su cui si costruiscono gli interventi del servizio sociale con gli individui, i gruppi e le comunità. I modi in cui l'atteggiamento empatico si traduce nella relazione professionale mettono in gioco abilità comunicative e relazionali (Campanini, 2017; Fargion, 2013; Sanfelici, 2017), che si esprimono con il linguaggio verbale e del corpo. Comunicare, anche attraverso la presenza fisica, di "esserci" per l'altro, di essere disponibili ad accogliere vissuti di incertezza, sofferenza, o sollievo per avercela fatta, riconoscere l'altro, i suoi tentativi, il suo bisogno di condividere pesi, a volte insopportabili, è costruire cura, attraverso la possibilità di affidarsi reciprocamente. Promuovere la prossimità sociale nelle comunità, "fare rete" nei territori, lavorare per la cura di sé e degli altri sono azioni che vanno in direzione contraria al "distanziamento sociale".

Seppur costretti a lavorare all'interno dei vincoli legati al "distanziamento fisico", la sfida dei professionisti del sociale in pandemia è stata, ed è tuttora, quella di accorciare la distanza sociale, attraverso il lavoro di empowerment delle reti e di contrasto ai processi che generano esclusione.

L'approccio di rete nel servizio sociale orienta i professionisti all'analisi della frequenza e dell'intensità delle relazioni tra le persone, come misura della forza e della qualità dei legami sociali nelle reti (Sanfelici, 2017). Il loro potenziamento è fondamentale per veicolare risorse materiali e affettive necessarie al fronteggiamento dei problemi (Folgheraiter e Raineri, 2017). Le conseguenze del distanziamento fisico impattano soprattutto sulle persone inserite in reti più fragili, o chi è escluso dall'accesso a strumenti di comunicazione alternativi. In tempi ordinari e straordinari, è parte del mandato professionale degli assistenti sociali lavorare per contrastare i processi sociali e culturali che costruiscono "distanza", intesa come marginalizzazione ed esclusione delle persone o dei gruppi percepiti come diversi, sulla base dell'attribuzione all'appartenenza a determinate categorie sociali, a cui viene attribuita una posizione di inferiorità (Dalrymple e Burke, 1995).

Nella prima fase dell'emergenza, altrettanto sfidanti sono stati i vissuti degli assistenti sociali, legati all'incertezza, all'angoscia, alla paura per i possibili effetti del contagio, al dolore per le migliaia di persone sofferenti e decedute a causa dell'infezione.

Nei primi giorni dell'emergenza sono state molte le voci ascoltate dai consiglieri degli ordini professionali, conversazioni tra colleghi in cui si sono condivisi dubbi, paure, ipotesi di soluzioni parziali e provvisorie, difficoltà

incontrate nei servizi. Le storie pubblicate dai professionisti sul sito del Cnoas parlano di «giornate [vissute] con tantissime lacrime negli occhi, l'impotenza nelle mani, nel cuore, nel telefono, nelle email» (Zanni, 2020) e della necessità di trovare sostegno all'interno della comunità professionale.

Un'assistente sociale di Bergamo ha scritto la sua storia, nella forma di una lettera all'Ordine Nazionale:

Viviamo soli sai, Ordine! La rete sociale, caro Ordine professionale, che tu ci hai insegnato che dobbiamo costruire ed alimentare, come fa l'acqua per una piantina in continua crescita, è messa a durissima prova. Ogni famiglia ha dolore al suo interno, ha urgenze a cui dover rispondere. Ogni chiamata che riceviamo è pervasa da paura, da solitudine e mi rendo conto che l'unica cosa da fare ora è resistere (...)

Caro Ordine professionale, mi rivolgo a te come una mia madre lavorativa, perché so che puoi sostenermi, aiutarmi e, finita questa guerra, ascoltami, se possibile anche abbracciarmi: fammi sentire che appartengo a qualcuno. Così che anche la notte che stiamo attraversando, non sarà solo stata portatrice di brutali e bestiali assenze, ma anche di ritrovamenti di una comunità professionale che c'è, nonostante tutto. A guerra finita Bergamo ti aspetta, ed insieme ripartiremo dalle macerie ricostruendo la nostra amatissima rete e le nostre comunità (Zanni, 2020).

Il confronto con i colleghi ha motivato il Cnoas e la Fnas a utilizzare tutti gli strumenti a disposizione del servizio sociale, incluso quello della ricerca di servizio sociale.

La motivazione che ha guidato l'indagine, oggetto di questo volume, è stata quella di raccogliere e analizzare dati utili ad attivare un'analisi e una riflessione condivisa con la comunità professionale, e le altre professioni e discipline, su tre livelli:

- le difficoltà di cui gli assistenti sociali hanno fatto esperienza durante la pandemia, nei contesti organizzativi e nel lavoro con le persone;
- i fattori di vulnerabilità nei territori e le caratteristiche dei sistemi di welfare che hanno ostacolato o aiutato a fronteggiare la crisi;
- le conoscenze, le idee e le pratiche innovative che gli assistenti sociali hanno messo in campo in fase di emergenza, facendo emergere il valore, spesso non visibile né quantificabile, che i professionisti del sociale producono nel fare cura delle relazioni, in particolare quando le reti e i loro legami vengono improvvisamente sconvolti.

Tali informazioni sono utili anche all'analisi dei punti di forza e delle criticità della stessa professione, non sempre efficace nello sforzo di mettere a sistema e dar voce alle esperienze e alle conoscenze che emergono dal lavoro con le persone e nei territori, e farsi volano per l'innovazione.

2. Gli assunti della ricerca

A livello globale, gli eventi dannosi più comuni includono terremoti, inondazioni, cicloni, epidemie e incidenti industriali (OMS, 2019). Si stima che ogni anno 190 milioni di persone siano direttamente colpite da emergenze dovute a rischi tecnologici o cause naturali. Dal 2012 al 2017, l'OMS ha registrato più di 1200 focolai in 168 paesi, legati a nuove epidemie o malattie infettive riemergenti (OMS, 2019). Solo nel 2018, l'OMS ha rintracciato 352 focolai di malattie infettive, tra le quali la sindrome respiratoria da coronavirus (MERS-CoV) in Medio Oriente, e la malattia provocata dal virus Ebola (EVD) (OMS, 2019).

Oltre alle conseguenze in termini di morti e danni per la salute fisica, le emergenze possono impattare sui sistemi sociali e sanitari, attraverso il danneggiamento e la distruzione delle infrastrutture, il sovraccarico o l'interruzione dei servizi. Una singola emergenza può compromettere i progressi raggiunti nell'ambito della salute pubblica e in altri settori per decenni (OMS, 2019).

Nella letteratura nordamericana è più spesso utilizzato il termine *disaster*, “disastro”, per riferirsi a eventi dannosi legati a cause naturali o provocati dall'uomo. Si tratta di eventi che impattano sulla collettività, interrompendo il normale funzionamento del sistema sociale ed economico, condizione che richiede interventi immediati per il ripristino dell'equilibrio e la riorganizzazione delle risorse (Lombardi, 1993). Nella tradizione europea si è più spesso utilizzato il termine “emergenza” per riferirsi alle conseguenze di eventi improvvisi e imprevedibili che minano l'equilibrio nei processi di funzionamento sociale e richiedono risposte tempestive.

Da tempo la letteratura ha evidenziato i rischi di un approccio residuale alle emergenze che, in relazione alla necessità di interventi immediati, rischia di non considerare le specificità degli individui e dei contesti, adottando visioni uniformanti (Pitzalis, 2018; Benadusi, 2015) ed escludendo dall'analisi le ragioni economiche, sociali e politiche che influenzano questi eventi.

Il modello *Emergency and Disaster Risk Management (Health EDRM framework)* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) assume una prospettiva ecologica, evidenziando come un disastro si verifichi quando una condizione che determina pericolo (ad esempio, un terremoto o un'epidemia) incontra una combinazione di vulnerabilità, che impedisce di rispondere in maniera sufficiente a tale pericolo. Il modello Health EDRM è guidato da un approccio proattivo, anziché residuale. L'analisi degli stati di vulnerabilità delle persone e delle comunità è considerata la chiave che guida la formulazione di programmi di preparazione per la gestione delle emergenze. Si tratta inoltre di un modello integrato, multisettoriale e multilivello, orientato da un

approccio “inclusivo” e “centrato sulle comunità”, che riconosce l’importanza di un’attenzione specifica ai bisogni dei gruppi maggiormente vulnerabili e della valorizzazione delle risorse di individui e comunità.

Il *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction* (SFDRR) è stato adottato in Giappone nell’ambito della Terza Conferenza Mondiale delle Nazioni Unite (UNISDR, 2015). L’obiettivo esplicitato è quello di prevenire nuovi rischi di disastri, attraverso l’implementazione di misure integrate e inclusive, che prevenivano e riducano l’esposizione ai disastri e aumentino la preparazione alla risposta.

Il concetto di riduzione del rischio di disastri sottolinea l’importanza di mitigare i fattori di vulnerabilità che possono aumentare i danni provocati dall’evento scatenante. In questa direzione, il Sendai framework individua priorità e azioni sia a livello locale e nazionale, sia a livello globale e sovranazionale.

Il servizio sociale può giocare un ruolo determinante nella implementazione di tali azioni. La letteratura di *social work* ha prodotto diversi contributi sul ruolo del servizio sociale nelle diverse fasi del ciclo di gestione delle emergenze per la prevenzione, l’attivazione di partecipazione all’analisi delle vulnerabilità e dei bisogni sociali emergenti, la definizione di risposte strategiche, con l’obiettivo di dare voce ai diritti delle persone più vulnerabili (Elliott, 2010; Dominelli, 2012; Gillispie, 2013; Pyles *et al.*, 2015; Sanfelici e Mordegli, 2020).

Il Sendai framework indica tra le priorità quella di promuovere la comprensione del rischio di disastri, attraverso la raccolta, l’analisi, e l’utilizzo di dati rilevanti, al fine di stimare l’esposizione ai rischi. I dati devono essere tradotti in informazione utile a sviluppare, aggiornare periodicamente e diffondere ai decisori, all’opinione pubblica e alle comunità esposte l’informazione sui rischi e le strategie di prevenzione.

Zakour e Gillispie (2013) evidenziano il contributo del servizio sociale nell’analisi dei processi politici, economici e sociali che determinano condizioni di vulnerabilità e generano disuguaglianze. Anche in tempi ordinari, la vulnerabilità sociale caratterizza il vivere quotidiano delle persone che gli assistenti sociali impegnati sul campo incontrano: difficoltà economiche, abitative, perdita del lavoro, malattie, relazioni vissute come problematiche, difficoltà di fronteggiamento di sfide che spesso derivano dalla stratificazione di condizioni di svantaggio. Un’analisi costantemente aggiornata degli stati di vulnerabilità dovrebbe informare una pianificazione degli interventi che consente di limitare i danni determinati dall’evento scatenante. Tale analisi è tanto più utile in pratica, quanto più è focalizzata sui bisogni e le sfide quotidiane di persone e comunità e gli specifici rischi a cui sono esposti, in relazione a determinati tipi di disastri. Essa dovrebbe essere utilizzata per

migliorare il patrimonio conoscitivo dei funzionari governativi e dei diversi attori della società civile, attraverso la condivisione delle esperienze e delle buone pratiche, nonché per informare programmi di formazione e educazione sulla riduzione dei rischi di disastri (UNISDR, 2015).

Sia il Sendai framework che il Modello Health EDMR dell'OMS sottolineano l'importanza dell'inclusione di conoscenze, esperienze e pratiche locali, in grado di integrare la conoscenza scientifica nella valutazione dei rischi legati ai disastri. Le strategie e i piani di intervento devono essere adattati al contesto, con un approccio trans-settoriale, ma specifico per ciascun settore. La valutazione partecipata dei bisogni della comunità dovrebbe costituire il primo step nella fase di gestione delle crisi (Pyles, 2016; Allegrì, 2015; Giorio, 2013). È fondamentale costruire legami con le associazioni, le comunità esistenti, e i gruppi informali. Questa azione consente di mobilitare risorse e conoscere il contesto locale, incluse le dinamiche che portano ad escludere i gruppi con meno potere (Smith, 2001).

Una efficace governance del rischio di disastri (“priorità 2” nel SFDRR) implica una visione chiara, piani (locali, nazionali e sovranazionali) di riduzione del rischio e la valutazione tecnica e finanziaria delle capacità di gestione per far fronte ai rischi identificati (UNISDR, 2015). Nelle organizzazioni dei servizi sociali questo dovrebbe tradursi nella costruzione di piani per l'emergenza, che definiscono il coordinamento interno e quello multilivello, individuando in modo chiaro ruoli e funzioni.

Il SFDRR sottolinea inoltre l'importanza di investimenti pubblici e privati per la prevenzione e la riduzione del rischio di disastri, attraverso misure strutturali e non strutturali (“priorità 3”) (UNISDR, 2015). Tali investimenti sono essenziali per salvare vite umane e mitigare i danni e per migliorare la resilienza economica, sociale, sanitaria e culturale delle persone, delle comunità, dei paesi e delle loro risorse, nonché dell'ambiente (UNISDR, 2015).

La fase di risposta ai disastri (“priorità 4”) è condizionata da un'adeguata pianificazione in fase pre-emergenza. I framework internazionali indicano l'utilità di usare la fase di ricostruzione come occasione per promuovere lo sviluppo sociale ed economico, attraverso l'implementazione di nuove tecniche che riducano il rischio di disastri a breve, medio e lungo termine, la pianificazione territoriale, il miglioramento degli standard strutturali e la condivisione dell'*expertise* e delle conoscenze, mettendo a sistema gli apprendimenti e gli interventi valutati come utili (UNISDR, 2015).

L'obiettivo è quello di “ricostruire meglio” (UNISDR, 2015), integrando le misure per la riduzione del rischio con le misure di sviluppo. In fase di ricostruzione, il ruolo del servizio sociale è cruciale per attivare interventi necessari a garantire il soddisfacimento di bisogni primari e l'attivazione di servizi essenziali, il sostegno psico-sociale, l'orientamento sui diritti e gli

aiuti, il lavoro in rete con altri servizi specialistici nelle situazioni che richiedono interventi integrati, il lavoro con i gruppi e le comunità (Sanfelici e Mordegli, 2020). Il focus del servizio sociale è trifocale (Gui, 2004, p. 34), orientando azioni per il sostegno alle persone, il miglioramento delle organizzazioni dei servizi, il contrasto a processi sociali e culturali che costruiscono condizioni di discriminazione e svantaggio, prima e dopo l'emergenza.

La ricerca oggetto di questo volume ha voluto indagare quali variabili nei complessi sistemi dei servizi sociali hanno sostenuto o ostacolato il fronteggiamento della crisi innescata dalla pandemia, con l'obiettivo di contribuire alla costruzione di conoscenza utile nella fase di risposta alla crisi e nella ricostruzione.

3. Gli obiettivi, le fasi e il metodo della ricerca

La ricerca ha inteso dare voce e visibilità a ciò che gli assistenti sociali hanno visto e vissuto sul campo nelle prime settimane dall'inizio dell'emergenza, monitorando i cambiamenti nella fase del *lockdown*, attraverso il loro sguardo.

Quali trasformazioni dei bisogni sociali hanno osservato gli assistenti sociali in prima linea? Quali pratiche e interventi hanno messo in campo per rispondere ai bisogni delle persone e delle comunità, in un contesto improvvisamente sconvolto dalla pandemia? Le organizzazioni dei servizi sociali erano preparate per la gestione dell'emergenza? Quali difficoltà hanno vissuto gli assistenti sociali sul campo?

Il disegno della ricerca è stato orientato da valutazioni etiche e criteri di rilevanza pragmatica. Il Cnoas e la Fnas si sono interrogati sull'opportunità di procedere con una rilevazione, utilizzando il tempo e l'impegno dei professionisti, in un momento in cui per la maggior parte degli assistenti sociali si sono profondamente modificati, talora sconvolti, molti dei dati per scontato della quotidianità, sia in ambito professionale che privato. La scelta è stata quella di costruire un questionario con un numero limitato di domande, con l'obiettivo di monitorare la risposta dei servizi alla crisi in corso, dando voce alle difficoltà e all'esperienza degli assistenti sociali, impegnati in prima linea. Gli enti promotori hanno garantito il rispetto dei criteri indicati nella dichiarazione di Singapore sull'integrità della ricerca.

Il questionario ha incluso venti domande a risposta chiusa sulle caratteristiche dei rispondenti e alcune variabili organizzative che possono impattare sulla gestione della crisi. Quattro domande a risposta aperta hanno consentito la possibilità di raccontare esperienze, vissuti e punti di vista rispetto a:

- le trasformazioni dei bisogni sociali in seguito all'emergenza sanitaria;

- le difficoltà che gli assistenti sociali hanno sperimentato;
- le pratiche e gli interventi che hanno messo in campo per affrontare l'emergenza;
- i dilemmi etici che sono emersi nel contesto della crisi.

Il Cnoas ha diffuso la *web survey* all'intera popolazione nazionale degli assistenti sociali, attraverso email agli iscritti all'Albo nazionale, newsletter e pubblicizzazione sui social network. Tutti i professionisti iscritti all'Albo hanno potuto partecipare all'indagine, indipendentemente dalla posizione lavorativa. I dati sono stati rilevati dal 1 aprile al 30 Aprile 2020, periodo che ha coinciso con il *lockdown* a livello nazionale. La *survey* ha ottenuto un tasso di risposta pari al 48% della popolazione totale.

Considerati gli obiettivi dell'indagine, il dataset utilizzato per l'analisi ha incluso solo le risposte degli assistenti sociali che hanno dichiarato di esercitare la professione al momento della compilazione del questionario. L'analisi è stata condotta su un campione non probabilistico, composto di 16615 assistenti sociali.

Dal punto di vista operativo la ricerca si è articolata nelle seguenti fasi:

- Fase 1: costruzione dello strumento di rilevazione dei dati, sulla base dell'analisi della letteratura (Sanfelici e Mordeglija, 2020), condotta nell'ambito di una ricerca qualitativa avviata dalla FNAS nel 2019 sul tema del servizio sociale in contesti di emergenza. Per il pre-test, il questionario è stato somministrato a 15 assistenti sociali e modificato in relazione alle informazioni emerse;
- Fase 2: somministrazione della websurvey dal 1 al 30 aprile 2020;
- Fase 3: analisi dei dati quantitativi e dei dati qualitativi;
- Fase 4: diffusione dei risultati.

I dati quantitativi sono stati analizzati utilizzando tecniche di analisi monovariata e bivariata. Considerate le differenze tra regioni nei tassi di risposta al questionario, sono stati confrontati i dati ottenuti in questa *survey* con quelli rilevati in precedenti indagini del CNOAS, osservando distribuzioni simili per età e per genere. È ragionevole ipotizzare che l'attribuzione di crediti formativi per la compilazione del questionario abbia ridotto l'effetto di *bias* di selezione che caratterizzano un campione non probabilistico autoselezionato, come quello oggetto di questa analisi.

I risultati dell'analisi quantitativa hanno restituito una prima fotografia (Sanfelici, 2019), utile a evidenziare come alcune variabili hanno interagito nel contesto della crisi, mitigandone o aumentandone l'impatto, esplorando in particolare tre dimensioni:

- a) la capacità degli enti di garantire la tutela della salute dei professionisti e delle persone che accedono ai servizi sociali, attraverso la disponibilità di misure di protezione e la riorganizzazione delle modalità di lavoro;

- b) la preparazione delle organizzazioni e dei professionisti alla gestione della crisi, rilevata attraverso domande sulla disponibilità di criteri per guidare l'azione in emergenza e la presenza di unità specializzate nel lavoro in emergenza;
- c) le condizioni contrattuali degli assistenti sociali, assumendo che la precarietà della condizione lavorativa influenzi negativamente la qualità della relazione professionale con individui e comunità, in tutte le fasi del ciclo di gestione delle emergenze.

Si tratta di informazioni rilevanti per consentire di fare luce su dimensioni che influenzano la qualità dei servizi e la tutela dei professionisti.

I risultati sono stati pubblicati sulla Rivista di Servizio Sociale in formato *open access*, al fine di consentirne la più ampia diffusione.

L'ultimo paragrafo di questo capitolo riporta una sintesi dei risultati dell'analisi quantitativa, fornendo una fotografia che dettaglia le condizioni di lavoro degli assistenti sociali e le risposte degli enti all'emergenza, distinguendo i diversi settori dell'intervento professionale (salute mentale, servizi per la tutela minori, etc.).

I capitoli di questo volume discutono i risultati dell'analisi qualitativa dei dati riferiti ad alcune aree di intervento: i servizi per la tutela minori, i servizi per la salute mentale, i servizi a sostegno delle persone in età anziana, i servizi che implementano misure a contrasto della povertà e i servizi specialistici per i migranti. L'obiettivo è formulare ulteriori ipotesi interpretative sulla gestione e l'impatto dell'emergenza sanitaria nei servizi sociali, i punti di forza e le criticità emersi negli enti e nella professione, indicando possibili apprendimenti e ipotesi per future direzioni di sviluppo.

L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando l'analisi tematica, secondo le fasi del metodo indicato da Braun e Clarke (2006). I temi sono stati identificati in relazione ai significati espliciti o "di superficie" dei dati, e «l'analisi non ha cercato nulla al di là di ciò che un rispondente ha scritto» (Braun e Clarke, 2006, p. 84). I testi sono stati letti per intero e sono state annotate le idee iniziali. Successivamente, sono stati generati i codici iniziali, rivisti e raccolti in potenziali sotto-temi. I temi più ampi hanno aggregato sotto-temi simili, attraverso l'analisi delle interazioni tra essi.

L'indagine è utile a supportare azioni in due direzioni. In primo luogo, i risultati hanno fornito evidenze a sostegno di un'azione di *voice*, condotta dal Cnoas al fine di promuovere il miglioramento delle condizioni di lavoro e della qualità dei servizi sociali italiani, come descritto in dettaglio dal contributo del Presidente Gazzi in questo volume (*infra*).

In secondo luogo, la ricerca è stata utilizzata come un'occasione per "fare comunità professionale", costruendo connessioni e scambi tra i territori a livello nazionale e internazionale. Grazie alla mediazione di IASSW (Interna-

tional Association of Schools of Social Work), il questionario è stato condiviso con ricercatori di altre università dell'Europa mediterranea, con l'obiettivo di confrontare i risultati e favorire gli scambi con altri Paesi. Inoltre, successivamente alla fase di raccolta dei dati attraverso la *survey*, la Fnas ha attivato una rete a cui hanno immediatamente aderito quattordici Consigli regionali, con l'obiettivo di individuare nei diversi territori assistenti sociali esperti, in grado di collaborare all'analisi dei dati qualitativi e alla discussione dei risultati emersi.

L'utilizzo delle tecnologie di comunicazione digitale è stato uno strumento fondamentale per sostenere lo scambio e l'apprendimento collaborativo tra i professionisti, costruendo una sorta di comunità virtuale. Una serie di incontri on-line ha coinvolto assistenti sociali, con l'obiettivo di condividere gli assunti della ricerca, valorizzando diversi tipi di conoscenza. Alcuni partecipanti hanno precedenti esperienze di coinvolgimento in ricerche di servizio sociale, alcuni sono professionisti esperti in specifici ambiti in cui la professione è impegnata (servizi per la salute mentale, la tutela dei minori, etc.), altri hanno conseguito un dottorato di ricerca o lavorano come ricercatori.

La Fnas ha attivato un percorso utile al rafforzamento delle conoscenze sulla tecnica adottata per l'analisi dei dati qualitativi. L'obiettivo di questo processo è stato quello di sostenere e potenziare una comunità di apprendimento, in cui sono valorizzati in egual misura:

- un orientamento ai risultati utili alla pratica professionale e ad informare la risposta a problemi e vulnerabilità sociali, emerse durante l'emergenza;
- un approccio all'analisi delle informazioni che emergono dal campo, disciplinato dagli strumenti della ricerca.

L'aspettativa è che la comprensione del processo di creazione della conoscenza possa permettere ai professionisti coinvolti di vedere come i loro sforzi si inseriscano in un sistema più ampio, un circolo di creazione di un *know-how* teorico e pratico, utile per informare la fase di ricostruzione e la pratica in contesti di emergenza.

Non potendo disporre, prima di avviare l'indagine, di un insieme di informazioni sul fenomeno da indagare, le finalità della ricerca non possono che essere esplorativo-descrittive, ossia volte a rilevare dati utili per rendere conto di "come" si è manifestato il fenomeno oggetto di studio. Si è ritenuto di procedere con l'analisi per offrire una fotografia, seppur parziale e non esaustiva, del fenomeno in corso, in un tempo del tutto straordinario, raccogliendo dati utili alla costruzione di successive indagini, che potranno contare su una più ampia letteratura e analisi del contesto.

4. Le caratteristiche dei rispondenti e le condizioni di lavoro in diversi ambiti di intervento

I rispondenti (n=16615) si distribuiscono in modo simile nelle fasce di età dai 31 ai 40 anni (27%), dai 41 ai 50 anni (25,3%) e dai 51 ai 60 anni (23,9%). Il 7,9% degli intervistati ha 60 anni o più, il 15,9% ha 30 anni o meno di 30 anni. Il 5,9% dei rispondenti ha dichiarato di appartenere al genere maschile, il 94% al genere femminile, il 0,1% ad altro genere. Le distribuzioni per genere e età sono simili a quelle rilevate in altre indagini nazionali sugli assistenti sociali in Italia (Sicora e Rosina, 2019).

Tre quarti dei rispondenti (74,5%) dichiarano di essere impiegati come assistenti sociali di base. Il resto del campione intervistato ha incarichi di coordinamento (18,6%) e responsabilità (5,4%) o esercita la professione in qualità di dirigente (0,6%), consulente (0,6%), progettista (0,2%), formatore o ricercatore (0,1%).

Il 15,5% dei rispondenti lavora in servizi non dedicati a un *target* di popolazione specifico, più spesso presso enti comunali. Percentuali più elevate, pari a quasi un quinto del campione (19,2%), si rilevano tra gli assistenti sociali impiegati in servizi dedicati al sostegno delle persone di età inferiore ai 18 anni e alle loro famiglie. I rispondenti si distribuiscono in percentuali simili nei servizi dedicati alle persone in età anziana (13,2%), alle persone con disabilità (12,7%), nei servizi che implementano misure di contrasto alla povertà (12,1%). Il 12,6% è impiegato nei servizi socio-sanitari per le dipendenze (4,9%), la salute mentale (6,6%), le cure palliative (1,1%). Il 6,4% degli assistenti sociali che hanno partecipato all'indagine lavorano nell'ambito dell'esecuzione penale. Il 3,4% lavora in servizi dedicati agli immigrati, il 2,3% in servizi per il contrasto di gravi forme di marginalità e le persone senza fissa dimora. Il resto del campione si distribuisce in diversi servizi dedicati al contrasto della violenza di genere o per la promozione del welfare aziendale.

La Tabella 1 mostra la distribuzione per età nei diversi settori in cui gli assistenti sociali sono impiegati, evidenziando proporzioni maggiori di giovani nei servizi per le persone migranti e per il contrasto alla povertà. I professionisti più anziani sono più frequentemente impiegati nei servizi socio-sanitari (salute mentale, dipendenze) e presso i servizi per l'esecuzione penale.

La Tabella 2 mostra come le percentuali di lavoratori a tempo indeterminato siano nettamente superiori nei servizi per l'esecuzione penale (91,3%), le dipendenze (88,5%) e la salute mentale (81,6%), rispetto ai servizi per le misure a contrasto della povertà (37%) e i servizi per le persone migranti (61,7%), ambiti che sembrano caratterizzati dunque da personale più giovane e più precario.

Tab. 1 - Classi di età

	21-30	31-40	41-50	51-60	60+	n.
<i>Cure palliative</i>	11,5	31,1	23,5	20,2	13,7	183
<i>Dipendenze</i>	6,4	12,4	22,0	46,6	12,6	815
<i>Disabilità</i>	11,5	25,0	29,0	24,2	10,2	2104
<i>Esecuzione penale</i>	10,1	15,1	26,5	39,4	8,9	1068
<i>Genitorialità/minori</i>	14,7	29,7	26,7	21,4	7,5	3196
<i>Grave marg./SFD</i>	22,1	30,6	24,2	17,6	5,6	376
<i>Invecchiamento</i>	17,7	28,3	26,8	20,0	7,2	2186
<i>Migrazioni</i>	27,6	36,4	18,5	13,7	3,7	561
<i>Misure povertà</i>	25,5	35,6	20,8	14,6	3,5	2003
<i>No target spec.</i>	17,1	28,5	25,7	22,3	6,5	2573
<i>Salute mentale</i>	11,7	22,5	23,3	30,4	12,1	1100
<i>Altro</i>	8,4	17,8	26,2	34,7	12,9	450
<i>Totali</i>	15,9	27,1	25,3	23,9	7,9	16615

Tab. 2 - Tipo di contratto

	Co.co.co	Det.	Indet.	P.IVA	Coop.	Inter.	n.
<i>Cure palliative</i>	4,9	8,2	60,7	24,6	1,6	0,0	183
<i>Dipendenze</i>	1,2	6,1	88,5	3,1	0,9	0,2	815
<i>Disabilità</i>	1,7	10,6	80,0	3,9	2,8	1,0	2104
<i>Esec. penale</i>	0,6	0,9	91,3	6,8	0,3	0,1	1068
<i>Genit. /minori</i>	1,4	11,8	81,5	2,1	2,1	1,1	3196
<i>Marg./SFD</i>	0,8	17,0	73,7	2,9	4,8	0,8	376
<i>Invecchiamento</i>	0,9	12,9	77,7	3,1	4,0	1,4	2186
<i>Migrazioni</i>	4,8	25,1	61,7	4,6	3,0	0,7	561
<i>Misure povertà</i>	1,8	49,1	37,0	7,0	1,8	3,2	2003
<i>No target spec.</i>	1,9	15,4	74,9	3,5	3,1	1,1	2573
<i>Salute mentale</i>	1,1	9,5	81,6	3,4	4,1	0,3	1100
<i>Altro</i>	4,2	9,1	82,0	3,1	1,1	0,4	450
<i>Totali</i>	1,6	16,2	74,3	4,1	2,6	1,2	16615

Circa la metà del campione analizzato (n=8823) ha svolto attività a contatto diretto con le persone e, solo la metà (50,4 %) dei professionisti inclusi in questo sotto-campione ha dichiarato che i dispositivi di protezione individuale erano sufficienti (Sanfelici, 2019).

L'indisponibilità dei DPI ha probabilmente influenzato l'ampio ricorso al lavoro da remoto o dalla sede del servizio. Nella fase del *lockdown*, la modalità più frequente (41,5%) adottata nei servizi sociali italiani è stata l'alternanza tra lavoro da remoto e lavoro dalla sede del servizio. Un quinto (22%) dei rispondenti ha lavorato esclusivamente dal proprio domicilio. Solo l'8,1% ha dichiarato che il datore di lavoro non ha concesso di poter svolgere il proprio servizio da remoto. In relazione alle caratteristiche dell'attività svolta, circa un terzo degli assistenti sociali (28,4%) ha continuato a svolgere le proprie funzioni presso la sede del servizio.

Le percentuali più elevate di professionisti che non hanno lavorato da remoto variano in modo significativo rispetto agli ambiti in cui gli assistenti sociali sono impiegati (Tabella 3): le proporzioni più elevate si registrano nei servizi socio-sanitari per la salute mentale (54,7%), le dipendenze (48,8%), servizi in cui non si evidenziano rilevanti discostamenti dalla media rispetto alla disponibilità di dispositivi di protezione individuali (Tabella 4). In questi servizi, dunque, il minor ricorso al lavoro da remoto potrebbe essere associato non tanto all'ente di appartenenza, ma alle caratteristiche dell'utenza o a diverse scelte nell'organizzazione delle attività, maggiormente influenzate dalla presenza di figure sanitarie.

Tab. 3 - In conseguenza all'emergenza COVID-19, stai lavorando da casa?

	No, non è possibile per il tipo di attività	No, non mi è stato concesso	Si, lavoro solo da casa	Si, parzialmente (da casa, e in ufficio)	n
Cure palliative	47,0	12,0	15,8	25,1	183
Dipendenze	48,8	14,8	12,4	23,9	815
Disabilità	31,0	9,4	26,4	33,2	2104
Esec. penale	6,3	1,1	18,3	74,3	1068
Genit./minori	18,6	7,8	25,9	47,6	3196
Marg./SFD	26,3	5,9	19,9	47,9	376
Invecchiamento	37,4	8,2	15,7	38,7	2186
Migrazioni	30,5	7,1	25,7	36,7	561
Misure povertà	18,0	5,9	33,8	42,2	2003
No target spec.	29,2	7,4	19,2	44,2	2573
Salute mentale	54,7	13,1	9,1	23,1	1100
Altro	27,3	9,1	27,1	36,4	450
Totali	28,4	8,1	22,0	41,5	16615

Tab. 4 - Se lavori a contatto diretto con le persone, hai i dispositivi (DPI) necessari per proteggerti?

Regione	No, non sono disponibili	Si, e sono sufficienti	Si, ma non sono sufficienti	n
Cure palliative	2,9	50,7	46,3	136
Dipendenze	5,0	53,0	42,0	579
Disabilità	8,3	48,6	43,1	900
Esecuzione penale	13,9	43,1	43,1	511
Genit./minori	8,7	48,0	43,3	1514
Marg./SFD	4,9	50,0	45,1	204
Invecchiamento	4,9	61,1	34,0	1312
Migrazioni	6,9	51,1	42,0	376
Misure povertà	9,5	42,9	47,6	802
No target spec.	6,6	50,1	43,3	1379
Salute mentale	3,7	51,2	45,1	891
Altro	8,2	47,9	43,8	219
Totali	7,1	50,4	42,4	8823

Le visite domiciliari sono state drasticamente ridotte. In una recente indagine nazionale è emerso che quattro quinti degli assistenti sociali intervi-

stati svolgono regolarmente visite domiciliari (Sicora e Rosina, 2019). Durante la prima fase dell'emergenza, solo il 5,4% dei rispondenti ha dichiarato di aver svolto colloqui al domicilio delle persone. L'analisi bivariata mostra distribuzioni vicine alla media nella maggior parte degli ambiti di intervento, con l'eccezione dei servizi per la salute mentale in cui si registra una percentuale pari al 15,7%.

I risultati dell'analisi qualitativa consentono di evidenziare come variabili quali il lavoro da remoto, o in condizioni di tutela o scarsa sicurezza, abbiano inciso sulla qualità del lavoro degli assistenti sociali e quali strategie i professionisti hanno messo in campo per far fronte a tali condizioni.

Nei capitoli che seguono, i ricercatori e i co-ricercatori coinvolti nell'indagine discutono i risultati dell'analisi qualitativa riferita ai diversi ambiti di intervento, analizzando le criticità emerse e le buone pratiche messe in campo, e suggerendo future direzioni possibili per rigenerare il ruolo del servizio sociale nel sistema di welfare.

Riferimenti bibliografici

- Allegri E., (2015), *Il servizio sociale di comunità*, Carocci, Roma.
- Calbucci et al. (2016), *Servizio sociale e calamità naturali. Interventi di servizio sociale*, Edizioni EISS, Roma.
- Benadusi M., a cura di (2015), *Antropologia nei disastri. Ricerca, attivismo, applicazione. Antropologia Pubblica*. 1, 1, 25-46.
- Braun, V. and Clarke, V. (2006), "Using Thematic Analysis in Psychology", *Qualitative Research in Psychology*, 3: 77-101.
- Campanini A. (2017), *L'intervento sistemico. Un modello operativo per il servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Coppola D. (2015), *Introduction to International Disaster Management*, Oxford, Butterworth-Heinemann.
- Dalrymple, J. and Burke, B. (1995), *Anti Oppressive Practice, Social Care and the Law*, Open University Press, Maidenhead.
- Di Rosa R.T., a cura di (2012), *Il servizio sociale nell'emergenza. Esperienze e prospettive dall'Abruzzo all'Emilia*, Aracne, Roma.
- Dominelli L. (2012), *Green Social Work: from Environmental Crises to Environmental Justice*, Polity Press, Cambridge.
- Elliott D. (2010), *A Social Development Model for Infusing Disaster Planning Management and Response in the Social Work Curriculum*, in Gillespie D.F. and Danso K. (eds), *Disaster Concepts and Issues. A Guide for Social Work Education and Practise*, CSWE Press, Alexandria, Virginia.
- Fargion S. (2013), *Il metodo del servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Folgheraiter F., Raineri M.L. (2017), "The Principles and Key Ideas of Relational Social Work", *Relational Social Work*, 1,1: 12-18.

- Gillispe D.F. (2013), *Disasters*, in *Encyclopedia of Social Work*, National Association of Social Workers Press and Oxford University. Testo disponibile al sito <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore>, consultato il 9/9/2020.
- Giorio G. (2013), *Comunità*, in Campanini A., a cura di, *Nuovo Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Gui L. (2004), *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Carocci, Roma.
- Lombardi M. (1993), *Tsunami: crisis management della comunicazione*, Vita e Pensiero, Milano.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Testo disponibile al sito <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?ua=1>, consultato il 9/9/2020.
- Pitzalis S. (2018), La costruzione dell'emergenza. Aiuto, assistenza e controllo tra disastri e migrazioni forzate in Italia, *Argomenti*, 10, 103-132.
- Pyles L., (2016), "Decolonising Disaster Social Work: Environmental Justice and Community Participation", *British Journal of Social Work*, 0: 1-18.
- Pyles L., Svistova J. and Andre J., (2015), *Disaster Recovery in post-Earthquake Rural Haiti: Research Findings and Recommendations for Participatory, Sustainable Recovery*, University at Albany, Albany, (NY).
- Sanfelici M. (2017), *I modelli nel servizio sociale. Dalla teoria all'intervento*, Carocci, Roma.
- Sanfelici M. (2019). "I servizi sociali ai tempi del coronavirus: le condizioni di lavoro degli assistenti sociali nella prima fase dell'emergenza". *La Rivista di Servizio Sociale*, 2: 4-21.
- Sanfelici M. (2020), "The Italian response to the COVID-19 crisis: Lessons learned and Future Direction in Social Development", *The International Journal of Community and Social Development*. 2, 2: 191-210.
- Sanfelici M. e Mordeglia S. (2020), "Per una nuova cultura dell'emergenza: ruolo e funzioni del servizio sociale in situazioni di crisi personali e collettive", *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 1: 213-226.
- Sicora A., Rosina B. (2019), *La violenza contro gli assistenti sociali in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Smith J. M. (2001), *When the Hands are Many: Community Organization and Social Change in Rural Haiti*, Cornell University Press, Ithaca.
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2015), *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2020*. Testo disponibile al sito <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>, consultato il 9/8/2020.
- Zakour M. J. and Gillespie D. F. (2013), *Community Disaster Vulnerability. Theory, Research, and Practice*, Springer, New York.
- Zanni C. (2020), "Caro Ordine, finite la guerra Bergamo ti aspetta", *Animazione Sociale*. Testo disponibile al sito <http://www.animazione sociale.it/caroordine-professionale/>, consultato il 9/8/2020.

5. Famiglie e minori alla prova del COVID-19

di Cristina Tilli

Introduzione

Nel presente capitolo verrà trattato l'impatto della pandemia e le risposte istituzionali e professionali messe in campo a favore delle famiglie, in particolare lì dove sono presenti bambini e ragazzi. In senso ampio infatti la famiglia, come costruzione sociale (Saraceno e Naldini, 2013), è attraversata da una serie di aspetti che riguardano anche, ad esempio, il tema della povertà, il lavoro di cura nei confronti di persone anziane e/o con disabilità; né si può dimenticare che uno o più componenti possano essere investiti da aspetti di fragilità legati alla salute mentale o alle dipendenze, o collegate a procedimenti penali. Molti di tali aspetti vengono affrontati in altre parti del volume, e dunque in questo spazio il *focus* si concentrerà su quanto attiene alla genitorialità, e dunque alle relazioni reciproche tra genitori e figli.

Dopo uno sguardo al quadro concettuale e normativo precedente la pandemia, verrà quindi analizzato quanto emerso dalle risposte degli assistenti sociali che hanno risposto al questionario ed operano in tale ambito, in particolare in riferimento ai bisogni/criticità individuati ed alle possibili risposte/buone prassi messe in campo nel momento dell'emergenza.

1. Il quadro precedente alla pandemia

Prima di entrare nel vivo di quanto emerso dalla ricerca è utile tratteggiare un quadro sintetico sulla realtà di famiglie e minori, e del sistema complessivo di politiche e servizi presenti nella realtà italiana in loro sostegno.

1.1. *Famiglia: sostantivo plurale*

Dai numerosi studi sulla realtà familiare emerge la presenza di una grande varietà di modi di realizzare la famiglia, nello spazio (tra le diverse culture presenti nel mondo) e nello svolgersi del tempo – nel corso della storia dell’umanità, ma anche delle singole storie personali (Saraceno e Naldini, 2013). Dal punto di vista dell’evoluzione storica nel mondo occidentale, il grande mutamento della struttura familiare viene per lo più collocato tra il XIX e il XX secolo, in coincidenza della rivoluzione industriale, periodo in cui si è affermato come modello più diffuso quello della famiglia cosiddetta “nucleare”. In realtà, anche in passato ne esistevano diverse tipologie (famiglie nucleari, adulti soli con figli, persone con figli che si risposavano formando nuove famiglie, figli cresciuti da adulti diversi dai propri genitori); ma si trattava di forme con una presenza residuale rispetto alla tradizionale famiglia contadina, dovute per lo più all’alta mortalità o all’emigrazione (ibid.).

I mutamenti demografici (diminuzione delle nascite e allungamento della durata della vita), i cambiamenti nelle scelte di vita (minore tendenza a sposarsi e aumento di separazioni e divorzi), e le modificazioni nel contesto sociale allargato provocano oggi una trasformazione delle storie individuali e familiari (Rivellini, Bordone e Ortensi, 2012), in quella che Donati (1981) definisce «morfogenesi familiare». Nella realtà odierna possiamo dunque individuare alcune tipologie di struttura familiare (Malagoli Togliatti e Lubrano Lavadera, 2002; Campanini, 2004; Saraceno e Naldini, 2013):

- famiglia unipersonale: molti anziani, in prevalenza donne, ma anche giovani e adulti (in maggioranza uomini) che escono dalla famiglia di origine;
- coppia senza figli: giovane coppia nei primi anni di matrimonio o di convivenza, oppure adulta/anziana, dopo l’uscita dei figli dalla famiglia;
- famiglia nucleare, che attraversa oggi, in molti casi, fasi e tempistiche differenti dal passato. I figli giovani vi rimangono infatti mediamente più tempo, per difficoltà legate al mercato del lavoro; e si può assistere al rientro in famiglia per motivi prevalentemente economici di figli adulti in seguito a separazione/divorzio o alla cessazione di una convivenza, o di genitori anziani rimasti vedovi;
- famiglia monogenitoriale (per lo più la madre) con uno o più figli – tipologia di famiglia in crescita in tutti i paesi sviluppati, prevalentemente a causa di processi di separazione/divorzio o conclusione di convivenze;
- famiglie ricostituite/ricomposte, con la formazione di una nuova coppia in cui almeno uno dei due adulti abbia avuto un precedente matrimonio/convivenza e vi siano dei figli, ed in cui coppia genitoriale e coppia coniugale/convivente non coincidono.

Nel prosieguo del lavoro – anche in coerenza con l’ambito di lavoro degli

assistenti sociali dei quali sono state selezionate le risposte – il *focus* principale sarà costituito dalle famiglie in cui sono presenti figli minori, e quindi verranno sostanzialmente lasciate da parte le considerazioni riguardanti le prime due tipologie sopra elencate.

1.2. Politiche e servizi a sostegno di famiglie e minori

Il quadro normativo del nostro Paese riguardante le famiglie e i minori può essere osservato da due diversi profili: il primo costituisce il “diritto di famiglia” in senso stretto, e comprende tutte le norme che si occupano della configurazione della famiglia: come si forma, i figli, i membri fragili, nonché diversi e molteplici aspetti relazionali e patrimoniali. Il riferimento normativo principale in questo caso è costituito dal primo libro del Codice civile, entrato in vigore nel 1942 e successivamente più volte modificato per adeguarlo alle diverse configurazioni che la famiglia assumeva nel corso del tempo (Lenti, 2018).

L’altro insieme di norme che interessa la realtà familiare è costituito da quelle che in vario modo mirano a sostenere e aiutare la famiglia, come indicato dall’art. 31 della Costituzione, e vengono usualmente definite le “politiche per la famiglia”, in senso stretto (Saraceno, 2020). Si tratta di un complesso di norme elaborato a livelli normativi diversi¹ (Giovannetti, Gori e Pacini, 2014), con una «commistione di modelli differenti» (Bramanti, 2005, p. 270), che di fatto dunque non costituisce un sistema omogeneo (Tomassone, 2012).

Tra queste, in primo luogo troviamo le politiche ed i servizi di sostegno a carattere generale, usualmente suddivisi in tre tipologie:

- misure di sostegno al reddito, in forma di trasferimenti monetari o agevolazioni fiscali (assegni per famiglie con almeno tre figli e per neomamme non lavoratrici, agevolazioni fiscali per i figli a carico, e sostegni specifici come le diverse tipologie di bonus). Si tratta, per la quasi totalità dei casi, di interventi legati al reddito percepito, e dunque destinati sostanzialmente alle famiglie più povere;
- servizi a carattere educativo per la prima infanzia (asili nido e similari), pensati anche come supporto ai genitori che lavorano ed hanno figli nella fascia di età 0-3 anni;
- politiche di conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di cura, consistenti nella possibilità per i genitori che lavorano di prendere periodi di

¹ Va ricordato che, a seguito della Riforma del Titolo V della Costituzione, la maggior parte delle competenze nel campo dei servizi sociali si collocano a livello locale.

congedo, retribuiti in misura diversa, entro una certa età del bambino (12 anni, salvo la presenza di situazioni particolari). Le norme su questo particolare aspetto hanno visto una evoluzione nel tempo², anche nella direzione di un riequilibrio di genere nella cura dei figli, benché tale obiettivo sia ancora molto lontano (Saraceno, 2020).

Complessivamente si tratta di misure tra loro frammentate e insufficienti, nella maggior parte delle realtà regionali, a supportare le famiglie nella direzione di una equità in senso orizzontale e verticale (idem); uno dei motivi per cui ancora oggi nel nostro Paese viene in gran parte utilizzato, ove disponibile, il supporto delle generazioni precedenti (Saraceno e Naldini, 2013).

Accanto a queste misure di carattere generale troviamo politiche e servizi rivolti più specificamente al sostegno della coppia e della genitorialità, e contemporaneamente alla protezione e tutela dei minori, che possiamo sinteticamente indicare in una sorta di “crescendo” progressivo dell’intervento di tutela.

In questo percorso, dapprima incontriamo una serie di servizi volti a sostenere la responsabilità genitoriale e/o a favorire e supportare i minori nella loro crescita e nei processi di socializzazione, nati grazie alla L. 285/97, con un’attenzione di tipo preventivo e promozionale. A titolo di esempio rientrano in questa area servizi quali i “Centri Famiglie”, variamente denominati, i servizi educativi a carattere domiciliare, con funzioni di supporto ai genitori e/o di temporanea supplenza delle funzioni educative, e le realtà diurne/semiresidenziali (centri educativi e di aggregazione giovanile).

Nelle situazioni di aperta conflittualità, che portano a separazioni/divorzi, o comunque alla divisione della coppia genitoriale in presenza di figli minorenni, le attuali disposizioni normative³ prevedono per i figli l’affidamento condiviso tra i due genitori (modalità già possibile in precedenza, ma che a seguito di tale legge diventa la scelta da privilegiare).

Infine, il nostro ordinamento comprende una serie di norme volte alla protezione e tutela di bambini e ragazzi, qualora si trovino in situazioni familiari che possano esser loro di pregiudizio; il quadro di riferimento in questo caso è rappresentato dal Codice civile⁴, e l’intervento dei servizi sociali si inserisce in una collaborazione con le autorità giudiziarie (Procure e Tribunali, per i Minorenni e Ordinario). In questo ambito è in alcuni casi necessario utilizzare, accanto a quelli già elencati, anche strumenti di intervento più “forti” a protezione dei minori, quali l’allontanamento dai genitori ed il collocamento fuori famiglia (in strutture o in affido familiare), o l’adozione.

² Il riferimento attuale è rappresentato dal d. lgs. 151/2001 – “Testo Unico sulla maternità e paternità” – e s.m.i.

³ Nella fattispecie, la L. 54/2006 e s.m.i.

⁴ In particolare, dagli articoli 330; 333; 336; 403.

Per favorire il mantenimento dei rapporti genitori-figli – sia nel caso appena richiamato dei minori fuori famiglia, in particolare quando il livello di protezione lo renda necessario, sia nel caso la conflittualità della relazione renda complesso esercitare il “diritto di visita” tra il genitore separato/divorziato presso il quale il minore non è collocato e il figlio stesso – sono nati in molte realtà servizi specifici, denominati in vario modo (“luogo/spazio neutro”, “incontri protetti”), in cui l’incontro tra genitore e figlio viene monitorato da un professionista, solitamente un educatore.

Vedremo tra poco come questo sistema di servizi, già lacunoso e frammentato sia stato fortemente messo in crisi dalla pandemia, in particolare nel periodo di chiusura totale; e di come le risposte siano state differenziate tra il primo gruppo di misure più generaliste – sulle quali è intervenuto direttamente il Governo – e i servizi per i quali gli organismi territoriali e i professionisti hanno cercato di attivare buone pratiche possibili nello specifico contesto emergenziale.

2. Famiglie e minori nel mezzo della pandemia

L’arrivo della pandemia nel nostro Paese e le misure di chiusura attuate dagli inizi di marzo, hanno collocato la famiglia – in particolare quella nucleare/convivente – in una posizione di «rinnovata centralità» (Satta, 2000, p. 165), a causa dell’obbligo, per la stragrande maggioranza delle persone, di trascorrere in casa con i propri familiari la totalità del tempo di vita. La contemporanea chiusura di molti servizi ha contribuito a rendere le convivenze familiari – soprattutto là dove erano presenti figli minori – particolarmente “dense” di relazioni, non sempre positive.

In questo senso, le risposte alla domanda rivolta agli assistenti sociali sui principali bisogni emersi nel corso della pandemia restituiscono una lettura complessa e variegata della realtà di famiglie e minori, su cui è possibile trarre alcune interessanti linee di tendenza. Il primo elemento che appare con grande evidenza, tuttavia, è la rilevanza che gli intervistati attribuiscono alla questione economica: circa i due terzi dei rispondenti che operano in questo ambito⁵ (oltre 3.400) rilevano infatti un bisogno di tipo economico, e complessivamente un quarto del totale dei partecipanti evidenzia *unicamente* tale

⁵ È interessante notare come tale quota sia più alta tra gli assistenti sociali che lavorano nei Comuni, che hanno avuto a che fare più direttamente, nel periodo considerato, con competenze legate all’erogazione di varie forme di sostegno economico; ma forse ancor più rilevante è il fatto che quasi la metà degli assistenti sociali operanti nelle strutture sanitarie territoriali hanno segnalato la presenza di tali bisogni, rispetto ai quali hanno usualmente un coinvolgimento diretto pressoché nullo.

tipologia di bisogni. Pur non approfondendo il tema specifico, trattato in altra parte del volume, appare interessante osservare non solo l'elevata ricorrenza dell'argomento ma anche la rilevanza qualitativa ad esso attribuita: per definirlo vengono infatti utilizzate espressioni come «drammatico aumento del problema economico», «emergenza economica», sottolineando la necessità di provvedere a «beni di prima necessità», «cibo», «generi alimentari primari». Gli assistenti sociali segnalano in questo senso – in analogia a quanto evidenziato anche nelle relative statistiche nazionali (Istat, 2020a) – che i nuclei familiari con figli minori sono maggiormente soggetti a fenomeni di povertà, soprattutto se composti da un'unica figura genitoriale o comunque monoreddito; e che la pandemia e la conseguente chiusura delle attività hanno reso più gravi situazioni già precarie ma hanno portato ai servizi anche persone non conosciute in precedenza, e in particolare

quella fascia di utenza “grigia” che si incontra poco e/o solo per contributi standard, non per una presa in carico vera e propria.

Oltre a quello economico, emergono in maniera rilevante altri temi, legati agli aspetti relazionali – in particolare, a due aspetti contrapposti, ovvero da un lato alla solitudine/isolamento/carenza di relazioni, dall'altro alla “fatica” della convivenza forzata all'interno dei nuclei familiari; nonché all'impegno psicologico e organizzativo, familiare ed educativo, in particolare nel periodo di mancanza/sospensione di servizi. Tali tematiche verranno ora analizzate in riferimento a differenti tipologie di situazioni familiari.

Da un punto di vista generale, gli assistenti sociali hanno osservato nelle famiglie una situazione psicologica diffusa di incertezza, smarrimento e disorientamento sia nei confronti della malattia, il «nemico senza volto», sia nei confronti delle notizie ripetutamente diffuse, ed una difficoltà in generale a gestire la propria emotività nel tempo di sospensione costituito dal *lock-down*, richiedendo in alcuni casi di

potersi confrontare con esperti in merito alle emozioni che questo tempo del coronavirus suscita.

In diversi casi questo ha provocato negli adulti una maggior fragilità, sofferenze, paure, non solo per sé ma anche per i propri figli, e difficoltà talvolta anche a capire «cosa è importante dire ai propri figli rispetto al Covid-19». Sull'altro versante, la convivenza forzata 24 ore su 24 – soprattutto lì dove gli ambienti domiciliari erano ristretti – ha creato, a livello relazionale, situazioni di tensione e difficoltà comunicative. Tutto questo ha avuto importanti ricadute sulla gestione dei figli, in particolare adolescenti, tra gli estremi

opposti della difficoltà a «tenerli in casa» e di quelli che invece, passato il *lockdown*, hanno fatto fatica ad uscire di nuovo, sprofondando nell'apatia. Molti genitori, osservano alcuni intervistati, si sono «trovati “chiusi” a fare i conti con i propri figli», i quali a loro volta facevano «fatica ad “inventarsi” una giornata», in assenza della possibilità di attività esterne.

In questo quadro generale, due aspetti hanno ulteriormente reso complessa la situazione: la conciliazione tra i tempi di lavoro e i tempi di cura e la didattica a distanza. Riguardo al primo aspetto, come osserva Sabatinelli (2000), «l'emergenza Covid-19 ha mutato rapidamente e profondamente consolidate abitudini e prassi organizzative delle famiglie italiane»: la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado dai primi di marzo e l'impossibilità di avvalersi del supporto parentale allargato hanno fatto saltare tutti i precedenti modelli organizzativi, creando grandi difficoltà ai genitori con figli nelle fasce d'età in cui è ancora necessario l'accudimento, sia che svolgessero il lavoro in forma di *smartworking*, sia che operassero in attività definite essenziali e quindi con necessità di allontanarsi da casa. Come vedremo più avanti, il Governo ha tentato di dare una pur parziale risposta a queste esigenze dapprima nel mese di marzo attraverso il Decreto Cura Italia, e poi a maggio con il Decreto Rilancio.

La didattica a distanza ha rappresentato da un lato un modo – l'unico ritenuto possibile, nella situazione pandemica – per mantenere un minimo di relazioni e garantire una continuità nell'attività didattica. Dall'altro però, come evidenziano diversi assistenti sociali coinvolti, ha costituito per molte famiglie un ulteriore aggravio di lavoro, in condizioni di base molto differenziate, a partire dalla disponibilità degli spazi e della strumentazione informatica e della rete (non è stato semplice neanche nelle famiglie più “dotate” avere sufficienti spazi e strumenti per genitori in *smartworking* e uno/due figli a seguire le lezioni); per giungere a situazioni di maggior povertà, anche nelle competenze digitali, di genitori e figli. In questo quadro complesso è dunque fortemente aumentato il carico familiare per i genitori, e più spesso per le madri, che, osserva un assistente sociale,

si devono sperimentare in maestre, compagni di gioco, brave cuoche, munirsi di tanta pazienza per gestire le dinamiche familiari e poco spazio per sé.

Le criticità sopra descritte, comuni a molte famiglie con minori, si sono presentate in maniera ancor più pressante in quei nuclei più fragili – famiglie multiproblematiche, monogenitoriali, in condizioni di povertà socio-educativa e culturale – generalmente più conosciute dai servizi, insieme ad ulteriori elementi di problematicità che emergono dalle risposte degli intervistati.

Un gran numero di assistenti sociali ha infatti evidenziato un generale aumento delle fragilità negli adulti, sia sotto un profilo economico (molti dei nuclei seguiti si mantenevano, faticosamente, con lavori precari e/o in nero, e dunque non sempre sono riusciti ad accedere alle misure di sostegno previste dal Governo) sia sul versante delle capacità genitoriali, nei molti casi in cui queste erano magari non del tutto compromesse, ma anche solo un po' affievolite: tanto da portare alcuni di loro a chiedere agli operatori «indicazioni per poter gestire i propri figli». D'altro canto, i minori che vivono in contesti problematici sono spesso più difficili da contenere già in condizioni "normali", e la forzata chiusura ha provocato in diversi di loro forti insofferenze con segnalati episodi di aggressività, arrivando in qualche caso, in particolare negli adolescenti, a fughe da casa.

Anche la didattica a distanza ha presentato per queste famiglie, secondo quanto evidenziato da alcuni intervistati, maggiori difficoltà, sia per la forte carenza – alcuni assistenti sociali hanno segnalato una «mancanza quasi totale» – di dispositivi e di adeguata connessione *wi-fi*, sia per una più diffusa povertà (culturale, educativa, «digitale») delle figure adulte.

Dal punto di vista relazionale, diversi operatori segnalano che

le dinamiche familiari già complesse e incrinata con la convivenza stretta rischiano di degenerare ulteriormente,

sfociando più facilmente in fenomeni che coprono un ampio spettro degli abusi a danno dei minori⁶ – dalla trascuratezza al maltrattamento alle violenze intrafamiliari – e delle donne, spesso obbligate a rimanere ancora con il partner maltrattante a causa della difficoltà a trovare accoglienza in case rifugio. La violenza sulle donne, in particolare, ha visto un sensibile aumento nel periodo di chiusura, come evidenziabile anche dalla quantità di chiamate al numero verde 1522, più che raddoppiate nel periodo marzo-giugno 2020 rispetto agli stessi mesi dell'anno precedente (Istat, 2020b).

Ma l'aspetto che forse, secondo la valutazione dei professionisti intervistati, ha pesato di più, facendo la differenza tra le situazioni "normali" e quelle più fragili, è stata la mancanza dei servizi. Se infatti, come si è visto in precedenza, il carico familiare è stato pressoché per tutti molto impe-

⁶ Secondo la definizione della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), «il maltrattamento infantile include tutte le forme di maltrattamento fisico e/o emotivo, abuso sessuale, trascuratezza, incuria e sfruttamento commerciale o di altro tipo, che risulti in un effettivo o potenziale danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del bambino nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere», da https://www.who.int/health-topics/violence-against-children#tab=tab_2, consultato il 30/8/2020, traduzione dell'autrice.

gnativo, ancor più critica è stata la situazione per i nuclei familiari già fragili, seguiti in precedenza dai servizi spesso sul crinale tra «contesto spontaneo» e «contesto giudiziario» (Bertotti, 2012). Qui infatti la mancanza dei servizi – solo in parte, vedremo più avanti, sostituiti con forme diverse dal contatto diretto – ha da un lato amplificato, in molti casi, le difficoltà; dall’altro ha reso più rarefatte le possibilità di tutela e protezione dei minori.

Accanto al «bisogno di continuare ad avere un riferimento nel servizio», di «sentirsi pensati», gli assistenti sociali hanno infatti a più riprese evidenziato il ruolo fondamentale, e dunque la gravità della mancanza, nella fase cruciale del *lockdown*, di tutte le forme di supporto educativo alla genitorialità: da quelle in forma domiciliare ai centri aggregativi, con

minori inseriti in contesti diurni che si sono trovati di punto in bianco a casa, con difficoltà a gestire l’attuale didattica a distanza, e il rischio che si accentuino le differenze e le distanze con i compagni e che rimangano ancora più isolati.

Tali servizi, insieme alla scuola, svolgevano anche, come alcuni hanno evidenziato, un importante ruolo di monitoraggio per i minori a rischio che è dunque venuto a mancare. Se a questo si aggiungono difficoltà specifiche, quali quelle, evidenziate da un assistente sociale, di «accertare il livello di pregiudizio (come fare i colloqui in questa fase?)» o di mettere in atto provvedimenti emessi dalle Autorità Giudiziarie, soprattutto riguardo agli inserimenti dei minori in strutture, il quadro della protezione e tutela evidenziato dai professionisti si presenta davvero problematico.

Un altro ambito particolarmente critico, che secondo il giudizio degli assistenti sociali ha risentito negativamente della situazione generale, è quello delle conflittualità di coppia, che in generale hanno visto un aumento: sia per le coppie in fase di separazione, sia per quelle già separate/divorziate con figli minori. Nel primo caso, il forzato prolungamento della convivenza ha esacerbato i conflitti tra genitori, con «i figli minori che sono (stati) direttamente coinvolti nelle liti familiari»; nel secondo, è stato duramente messo alla prova il complesso e mai definitivamente raggiunto equilibrio nell’esercizio della bigenitorialità. Dalla difficoltà degli spostamenti nella fase delle restrizioni alla mancanza di servizi quali i cosiddetti “luoghi/spazi neutri”, atti a garantire gli incontri protetti, gestire il “diritto di visita” è diventato in molti casi un percorso ad ostacoli, talvolta anche a causa del contributo negativo di ciascuno dei due componenti: come osserva un assistente sociale

benché il diritto di visita prevalga sull’emergenza sanitaria, quest’ultimo elemento viene strumentalizzato dal genitore collocatario aumentandone la conflittualità, o al contrario viene utilizzato dall’altro genitore come scusa per non vedere il figlio.

Si tratta di un tema molto rilevante, che riguarda sia la necessaria componente relazionale, sia il profilo dei diritti soggettivi, con la necessità di contemperare il diritto alla salute e quello al mantenimento delle relazioni⁷. È interessante notare come nelle segnalazioni degli intervistati il primo aspetto venga colto da entrambe le prospettive (quella del genitore e quella del figlio), mentre l'aspetto del "diritto di visita" sembra venir colto maggiormente dalla parte del genitore, e meno da quella del diritto del minore.

Un altro ambito, le cui peculiarità in questa fase sono state evidenziate da diversi assistenti sociali, è costituito da quello in cui i minori si trovano, del tutto o parzialmente, fuori dalle loro famiglie di origine, ovvero principalmente i minori in affidamento familiare – a tempo pieno o part-time – e quelli collocati in strutture comunitarie. I problemi si sono manifestati agli occhi degli operatori innanzi tutto nelle relazioni tra genitori e figli, poiché lì dove questi ultimi erano collocati stabilmente fuori famiglia gli incontri in presenza – anche a causa dell'impossibilità di utilizzare spazi/luoghi neutri – sono stati sospesi un po' ovunque; mentre per gli affidi part-time è stato giustamente segnalato dagli intervistati il rischio sanitario legato al fatto che «i minori effettuano continui spostamenti da una casa all'altra». Tali problematiche sono ulteriormente amplificate nelle situazioni in cui – nonostante tutti i possibili tentativi – il contesto di controllo viene rifiutato, o comunque vissuto in maniera negativa, dai genitori.

Nelle situazioni di minori fuori famiglia, un altro aspetto che ha mostrato criticità importanti è quello della gestione dei minori stessi, innanzi tutto da parte delle famiglie affidatarie, che hanno dovuto affrontare problemi simili a quelli già evidenziati all'inizio, ma con il *quid* in più della «gestione di bambini con storie, vissuto e quindi atteggiamenti problematici». Anche le strutture comunitarie che ospitano minori hanno d'altro canto sperimentato, secondo le segnalazioni degli assistenti sociali, diversi aspetti di criticità, legati alla compresenza di più minori con aspetti di fragilità. Dalla «difficoltà ad approntare attività di senso a favore dei ragazzi» e più in generale ad organizzare le loro giornate, a quella di garantire contemporaneamente i supporti per le lezioni *online* a diversi minori, sino alla gestione di comportamenti devianti: tutto questo nelle comunità è stato amplificato, sia dai numeri sia dal sostanziale blocco delle attività progettuali esterne alle strutture. In tale quadro generale è stata essenziale la capacità degli operatori di «mediare l'angoscia collettiva» dei minori, sostenere e tranquillizzare bambini e ragazzi.

L'ultimo ambito familiare per cui gli intervistati hanno evidenziato bisogni e criticità è quello, specifico, dei nuclei con figli minori in cui entrambi

⁷ Per una riflessione sul rapporto tra diritto alla salute e gli altri diritti, nello specifico ambito delle separazioni, si veda Ciancolo (2020).

i genitori sono risultati positivi e/o ammalati di Covid-19. Se già nel caso di genitori che hanno vissuto al domicilio la quarantena e/o la fase della malattia non è stato facile “mettere in sicurezza” i minori, decisamente più complesse sono state le situazioni dei minori in cui entrambi i genitori (o l’unico presente) sono stati ricoverati: per essi gli operatori hanno

dovuto verificare la presenza di altro parente o li abbiamo dovuti collocare in struttura

o ancora cercare una famiglia affidataria. Passaggio, quello del collocamento fuori famiglia, affatto scontato, come segnala un professionista lombardo, anche a causa di cortocircuiti istituzionali:

comunità e famiglie affidatarie non hanno dato la disponibilità in assenza di tampone e l’Ats⁸ non ha autorizzato il tampone ai bambini in assenza di sintomi.

3. Istituzioni e assistenti sociali in cerca di risposte

Il quadro appena descritto presenta complessivamente tinte molto fosche; tuttavia, dalla ricerca emergono anche molti spunti interessanti in termini di innovazioni, creatività, consapevolezza, e buone prassi – anche piccole – volte a cercare risposte per vecchi e nuovi bisogni, che si cercherà qui di sintetizzare. Prima però appare utile richiamare alcuni cambiamenti del quadro normativo, con particolare riferimento agli interventi di politica sociale a favore di famiglie e minori, contenuti nei c.d. decreti Cura-Italia e Rilancio.

3.1. La risposta del Governo: i Decreti “Cura Italia” e “Rilancio”

Il riconoscimento dello stato di emergenza internazionale da parte dell’Organizzazione Mondiale della Sanità a fine gennaio 2020 e l’emersione della malattia anche nel nostro Paese dal mese di febbraio hanno portato ad una forte produzione normativa da parte del Governo italiano, i cui atti principali sono rappresentati da due decreti-legge, denominati “Cura Italia” e “Rilancio”.

Il primo – emesso in piena emergenza, a metà marzo, e convertito in legge il 24 aprile – riguardo al sostegno specifico per le famiglie con figli minori presenta sostanzialmente due misure:

⁸ Agenzie di Tutela della Salute, costituiscono in Lombardia le aziende sanitarie territoriali.

- la possibilità, per i dipendenti del settore privato, di fruire di un congedo parentale straordinario di 15 giorni per chi ha figli al di sotto dei 12 anni, retribuito al 50%, o – in alternativa – di fruire di un c.d. “bonus baby-sitting” di 600 euro (indipendentemente dal numero dei figli presenti);
- un incremento di 85 milioni di euro del Fondo per l’innovazione digitale e la didattica laboratoriale, con l’obiettivo di sostenere la didattica a distanza.

Qualcosa in più è presente nel Decreto Rilancio, emanato a metà maggio in coincidenza con l’inizio di una seppur parziale riapertura. Da un lato infatti questo conferma ed amplia le misure precedenti: congedo parentale per un totale di 30 giorni, e bonus baby-sitting aumentato a 1200 euro complessivi. Dall’altro, come evidenziato da Alleanza per l’Infanzia (2020), è da valutare positivamente «il fatto che, a differenza di quelli che lo hanno preceduto in questi mesi di emergenza, il Decreto Rilancio si occupi esplicitamente anche dei diritti dei bambini, ragazzi e delle loro famiglie», attraverso un sostegno diretto al sistema educativo per la prima infanzia ed alla possibilità di utilizzare per il pagamento di centri estivi o di servizi socio-educativi una parte del bonus baby-sitting – in alternativa al pagamento di baby-sitter.

Complessivamente però, come evidenziato da più parti (Agostini, 2020; Alleanza per l’Infanzia, 2020; Cordini e Sabatinelli, 2020) il *focus* principale delle misure predisposte è costituito dalle esigenze degli adulti lavoratori piuttosto che dal diritto dei minori – in particolare dei piccolissimi nella fascia d’età 0-2 anni – ad usufruire di adeguati servizi educativi e di socializzazione. Inoltre, la frammentarietà e complessiva scarsità delle misure, pur nell’apprezzabile tentativo di dare risposte immediate, finisce per obbligare le famiglie a trovare soluzioni alternative, o in una riduzione/rinuncia al lavoro – più probabile da parte delle donne, che generalmente percepiscono stipendi più contenuti – o in un ricorso alle reti informali, lì dove siano disponibili, con un rischio di pesante ricaduta in particolare sugli anziani (Coradini e Sabatinelli, 2020).

Tra le indicazioni emanate a livello governativo, vale la pena di fare un accenno anche alla Circolare del Ministero del Lavoro n. 1/2020, dedicata specificamente al sistema dei servizi sociali; in un quadro complessivo in cui viene evidenziato il ruolo fondamentale di tale sistema, in particolare durante l’emergenza, si esplicita che possono continuare ad operare, fatto salvo il rispetto delle misure di distanziamento, alcuni servizi, tra i quali «centri di ascolto per famiglie che erogano tra l’altro consulenze specialistiche, attività di mediazione familiare e spazi neutri su disposizione dell’autorità giudiziaria, centri antiviolenza, *nella misura in cui assicurano servizi strumentali al diritto alla salute o altri diritti fondamentali della persona*».

3.2. Le risposte degli assistenti sociali: lavorare con le persone

All'interno del quadro sopra descritto si è collocato l'intervento dei professionisti, con la necessità di ri-pensare e (spesso) velocemente agire il proprio lavoro nei servizi con modalità inedite, cercando di dare risposte, come si è visto, a bisogni "vecchi" e "nuovi" (Biraghi, Gabrieli e Okely, 2020).

Forse per questo motivo la domanda in cui si chiedeva agli assistenti sociali di descrivere una buona pratica apre un ventaglio praticamente inesauribile di possibili risposte; ed in effetti, anche tenendo in conto l'alto numero dei rispondenti, si può osservare una varietà molto ampia di pratiche, riconducibile però ad alcune focalizzazioni, che verranno di seguito utilizzate per cercare di sintetizzare il materiale raccolto. Va premesso che – in alcuni ambiti più che in altri – la descrizione di prassi effettivamente realizzate si alterna ad indicazioni che sembrano più dei "desiderata": pratiche che l'intervistato vorrebbe fossero realizzate, e che ritiene sarebbero utili nel proprio e in altri contesti lavorativi.

Il primo *focus* è quello specifico sulle famiglie e i minori, utenti già conosciuti o cittadini del territorio in cui gli assistenti sociali lavorano, che mai in precedenza si erano rivolti ai servizi; si tratta dell'ambito a cui si indirizza il maggior numero di risposte, anche se forse meno di quante se ne potessero attendere (poco più della metà del totale dei rispondenti). Un'altra particolarità – considerato quanto descritto nel paragrafo precedente – consiste nella scarsissima rilevanza quantitativa delle buone prassi connesse a bisogni economici: vengono più che descritte nominate una serie di misure, volte a garantire l'erogazione di beni di prima necessità, pagamenti di bollette, pacchi viveri, buoni spesa, oppure a fornire agli studenti strumenti per la didattica a distanza. A fronte del fortissimo risalto attribuito ai bisogni economici, le "risposte", messe in campo a livello nazionale e/o locale vengono cioè solamente in pochi casi considerate, dagli intervistati, delle buone prassi da segnalare.

Questa discrasia si presta a diverse interpretazioni; da un lato infatti le prime risposte messe in campo dal Governo, in particolare con il Decreto Cura Italia, hanno riguardato essenzialmente sostegni economici, diretti o indiretti; dall'altro forse, come rileva un assistente sociale, per una scelta di

dedicare più tempo al dialogo con le persone che all'erogazione di prestazioni o sussidi perché c'è molta ansia e paura collettiva.

Una mole decisamente più consistente di segnalazioni coinvolge complessivamente una serie di prassi/iniziativa/attività rivolte a famiglie e

minori, con particolare attenzione alle situazioni maggiormente seguite dai servizi (fragilità familiari, separazioni, collocamento dei minori fuori famiglia); si tratta sia di “vecchi strumenti”, promossi con nuove modalità, sia di nuove iniziative. Molte delle prassi segnalate pongono al centro dell’attenzione i minori, con un interesse potremmo dire a 360 gradi. Troviamo dunque una serie di proposte volte innanzi tutto a impegnare le loro giornate; ad esempio predisponendo, anche con la collaborazione di altre figure professionali e/o servizi comunali, strumenti di vario tipo (video, podcast, blog “chiusi” riservati agli utenti seguiti) per suggerire ai genitori attività da realizzare e giochi da costruire con i propri figli. C’è qui chi si è organizzato per

aiutare i genitori nella gestione di bambini attraverso il regalo di una scatola, contenente giochi e attività, che i genitori possono fare con i bambini, che viene consegnata settimanalmente dai volontari;

chi ha inventato

un gioco “Corona game”, per cui due volte alla settimana mandiamo alle famiglie una proposta di attività da fare con i bambini e poi ci mandano le foto;

chi infine ha elaborato

una proposta di attività di utilità sociale a distanza: lettura di favole per bambini da parte di adolescenti.

Troviamo poi interventi volti a sostenere i minori nella didattica *online*, dai «servizi di supporto educativo scolastico in streaming» all’utilizzo di una app volta a supportare, attraverso la creazione di gruppi di studio, i minori che presentavano difficoltà nel seguire la didattica a distanza. Altri si sono invece mossi per costruire collaborazioni con gli insegnanti e i genitori per supportare i nuclei più in difficoltà nella stampa del materiale didattico, all’organizzazione di servizi di doposcuola *online*. Accanto a questi, si possono rintracciare diverse sperimentazioni volte a trasferire in modalità remoto, utilizzando delle videochiamate, i servizi di educativa domiciliare e le attività dei centri diurni,

per presidiare il nucleo e non sganciare i minori dal contesto socio-relazionale che frequentavano fino a poco tempo fa.

Una situazione del tutto particolare, come si è visto in precedenza, è quella dei minori ospiti delle comunità, in cui gli operatori hanno cercato di aiutarli ad organizzare i tempi

definendo una giornata tipo e facendo collaborare i minori nella preparazione dei pasti e nella pulizia degli spazi propri e collettivi

e organizzando attività di gruppo. Un'esperienza singolare è quella di una comunità per minori e giovani, in cui

un'équipe di quattro operatori ha scelto di vivere stabilmente in struttura per condividere la limitazione della libertà con gli ospiti e, evitando le turnazioni, limitare i contatti con l'esterno proteggendo ospiti e operatori. La convivenza ha avvicinato i ragazzi agli educatori ed il clima complessivo è decisamente collaborativo e positivo.

Un'altra tipologia di interventi è stata rivolta più direttamente a sostenere la genitorialità, con colloqui sociali e psicologici effettuati in modalità remota, ma anche immaginando la realizzazione di

un gruppo di auto-mutuo-aiuto genitoriale così strutturato: incontro svolto alla presenza dell'assistente sociale tramite strumenti di comunicazione e chat *online* (skype fino a 50 partecipanti), a cadenza almeno settimanale di un'ora e mezza.

Gruppi di sostegno e confronto attraverso l'utilizzo di piattaforme da remoto vengono segnalati anche a favore delle famiglie affidatarie, in qualche caso affiancati da una newsletter settimanale, volta a condividere

informazioni sul diverso funzionamento del servizio in questo periodo, sulle novità che interessano le famiglie (INPS, ammortizzatori sociali, voucher), apertura o chiusura degli uffici, soluzioni condivise ai problemi, ecc.

Un altro gruppo di buone prassi riguarda la relazione genitori-figli, nelle situazioni di separazione/divorzio conflittuale e quando i minori sono collocati fuori famiglia: in diversi contesti si sono cercate soluzioni per garantire la continuità delle relazioni e il diritto di visita, attraverso «videochiamate protette», «incontri protetti via skype», ed in alcuni casi favorendo tra genitori e figli scambi di foto e lettere.

Oltre alle molteplici attività sopra descritte, è interessante notare come un numero considerevole di intervistati abbia indicato elementi inerenti alla relazione tra cittadino-utente e assistente sociale, "letta" in entrambe le direzioni. Dal punto di vista dei minori e delle famiglie, vengono segnalate le diverse modalità attraverso le quali ci si è organizzati come singoli per essere reperibili telefonicamente oppure indicando come i servizi siano riusciti a creare apposite linee, numeri verdi, call center, anche con funzionamento nelle 24 ore. Un particolare rilievo viene però attribuito anche al "movimento", potremmo dire, che l'assistente sociale fa verso i nuclei familiari: da chi ha cercato

di contattare io in modo proattivo tutti gli utenti in carico, non aspettando che fossero loro a contattarmi solo laddove si verificasse un problema,

a chi si è organizzato creando «una lista dei fragili che vengono chiamati ogni giorno», o comunque calendarizzando, dandosi delle scadenze al massimo settimanali per chiamare o videochiamare, a seconda dei casi, i genitori e/o i minori.

L'obiettivo qui non è più – come nei casi descritti in precedenza – di garantire comunque dei servizi che si è visto essere fondamentali, soprattutto nelle situazioni di maggior fragilità; l'obiettivo, il *focus* è la relazione stessa, declinata in entrambi gli aspetti, spesso co-presenti, di sostegno e di controllo (Bertotti, 2012). E dunque troviamo evidenziata l'importanza e l'utilità di mantenere la relazione con le famiglie, non lasciandole sole ma anche facendo sì che non si sentano «dimenticate», per «mantenere l'aggancio e la fiducia» ma anche per sostenerle e contenere le crisi; di «parlare con i minori di quello che sta accadendo», di

non trascurare la relazione d'aiuto poiché anche solo un contatto telefonico può aiutare l'utenza a superare la sensazione di solitudine.

Sul versante del controllo, gli assistenti sociali si sono mossi per monitorare almeno telefonicamente le situazioni più a rischio; complessivamente però, l'immagine che emerge più nitidamente è di relazioni professionali che in molti casi hanno acquistato in empatia, anche perché, osserva un intervistato,

mantenere un contatto telefonico sulle situazioni in carico può essere l'occasione di mostrare un lato più umano chiedendo “come sta?” senza che per forza si debba comunicare qualche cosa (lavoro in un servizio di tutela minori, le persone percepiscono principalmente il ruolo di controllo dell'assistente sociale). In tante chiamate le persone si sono sentite libere di esprimersi e hanno raccontato qualcosa in più di sé stesse.

Al centro della relazione si posiziona dunque l'ascolto, fondamentale per le persone che ne sono «assetate», e che

in questa fase (in cui anche le decisioni dei Tribunali sembrano in parte congelate) sortisce un effetto di coinvolgimento e di pacificazione.

3.3. Le risposte degli assistenti sociali: lavorare per le persone

Sin qui, in estrema sintesi, abbiamo ripercorso le buone prassi riferite dagli intervistati con il *focus* sulla relazione e sugli interventi/attività a favore di minori e famiglie. Come anticipato in precedenza, molti assistenti sociali hanno evidenziato – accanto o in alternativa a queste – elementi che hanno il *focus* su altre dimensioni.

Una prima dimensione evidenziata è quella organizzativa, all'interno della quale troviamo sia aspetti inerenti all'organizzazione del lavoro a livello macro, sia modalità operative utilizzate dagli assistenti sociali per meglio esercitare la pratica quotidiana. Nel primo caso, molti indicano come positivo lo *smartworking* e l'organizzazione del lavoro in presenza attraverso la turnazione degli operatori, la creazione di un segretariato sociale telefonico, una riorganizzazione/rimodulazione complessiva del lavoro, ed un rapporto più diretto tra dirigenza ed operatori, in alcuni casi anche attraverso la creazione di «unità di crisi con compiti assegnati» o «équipe di regia». A livello generale viene anche segnalata l'utilità di «snellire la parte burocratica», in qualche caso forse come auspicio, in altri come prassi effettivamente realizzata, in particolare nei rapporti con il Tribunale per i Minorenni (TM), attraverso la realizzazione di indagini semplificate e udienze in videochiamata, «per non paralizzare l'attività in corso». Interessante anche la segnalazione relativa ad un ambito territoriale che ha deciso di elaborare

un “protocollo emergenza Covid” nel caso fosse richiesto dal TM di mettere in protezione un minore.

Altre prassi indicate hanno a che vedere con aspetti complessivi di organizzazione del singolo operatore, dall'ottimizzazione dei tempi di lavoro ad una attenzione a individuare e/o rivedere le priorità, sospendendo gli interventi non necessari/limitando il lavoro alle urgenze, oppure per qualcuno approfittare di un maggior tempo disponibile per i mancati accessi degli utenti «per riordinare il lavoro arretrato». In altri casi, gli intervistati entrano maggiormente nel dettaglio, indicando l'utilità di costruire alcuni strumenti operativi, quali cartelle condivise ed elenchi di utenti, sia per calendarizzare i contatti

così si riesce a sentirli tutti con più frequenza, senza dimenticarsi nessuna situazione, sia per individuare,

tramite un'analisi effettuata in un periodo non emergenziale, un elenco dei nuclei fragili o multiproblematici che possa essere consultato ad ogni tipo di emergenza (sanitaria oppure terremoto oppure rischio alluvione, ecc.);

con uno sguardo quindi che superi l'emergenza attuale per guardare oltre.

L'ultimo aspetto che attiene all'organizzazione, intesa come struttura organizzativa piuttosto che come strumento/processo (Ziliani, 2013), riguarda la prevenzione e tutela della salute dei lavoratori/professionisti impegnati, sia con accenni in senso generale al tema sia con riferimenti agli strumenti specifici (Dispositivi di Protezione Individuale, plexiglass per i colloqui), in diversi casi per segnalarne l'assenza. È interessante rilevare che questo tipo di richiami riguarda un numero molto scarso di intervistati; ciò potrebbe essere legato non tanto ad un disinteresse per tale aspetto, quanto alla tipologia di domanda (la richiesta di indicare buone pratiche può forse essere interpretata più frequentemente come qualcosa che l'interessato e/o i colleghi hanno messo in atto), e al ritenere tali aspetti più come un prerequisito per operare, la cui predisposizione spetta giustamente ad altri – l'organizzazione per cui si lavora – piuttosto che all'assistente sociale in prima persona.

Un altro ambito di focalizzazione, richiamato da circa un quarto degli intervistati, evidenzia come buone prassi tutte quelle che hanno a che vedere con i processi di collaborazione/coordinamento/costruzione di reti, sia con altri professionisti sia più in generale con altri servizi e attori operanti nel territorio, in molti casi indicando processi di valorizzazione/ridefinizione/ampliamento di reti già presenti. Qui troviamo segnalati in moltissimi casi attori con i quali usualmente i servizi sociali si mettono in rete, dai servizi socio-sanitari pubblici agli enti del terzo settore, ai servizi educativi e scolastici. In altri casi troviamo segnalata l'utilità di nuove o più strette collaborazioni, quali ad esempio con i supermercati, e soprattutto di collegamenti specifici in contesti emergenziali, ovvero con la Protezione Civile e i Centri Operativi Comunali (Coc); in particolare per questi ultimi, in due casi la risposta evidenzia esplicitamente la collaborazione del servizio sociale al Coc territoriale. Alcuni segnalano poi iniziative specifiche, quali la

costituzione di una conferenza *online* periodica tra Procura per i Minorenni, Tribunale per i Minorenni, comunità per minori, Ats, Regione, Unità di crisi della Regione, Garante Regionale Infanzia per affrontare l'emergenza,

o l'attivazione di

un gruppo composto da 12 operatori "operatori di resilienza", la rete composta da assistenti sociali, educatori professionali e insegnanti ha l'obiettivo di tenerci connessi tra noi e di mantenere il legame con le famiglie (gruppi, associazioni familiari,

genitori singoli) con le quali lavoriamo nei centri per le famiglie e nelle ludoteche. L'obiettivo è promuovere la resilienza degli adulti affinché loro stessi possano essere capaci di insegnare la resilienza ai loro figli.

Particolarmente interessanti appaiono i richiami più ampi a un lavoro sociale *con e nella* comunità⁹, e in particolare la segnalazione di una «forte sinergia creatasi tra istituzioni e comunità», che vanno quindi oltre alla pur fondamentale collaborazione tra attori istituzionali e di terzo settore.

Tra le tante voci che segnalano la positività della collaborazione e del coordinamento troviamo anche chi ne evidenzia, nel particolare frangente della pandemia, le criticità:

anche il lavoro di rete trova il limite di non potersi confrontare e non poter agire direttamente (...) data la modalità oramai anche per gli aiuti di passare tramite terzo settore e di essere attivabili tutti ed esclusivamente *online*, si finisce con il fare solo da passaparola senza poter aiutare direttamente l'utenza.

Un ultimo, interessante *focus* delle buone prassi è costituito dal professionista stesso; una parte di assistenti sociali ha infatti affiancato o sostituito le buone prassi con una serie di caratteristiche/capacità che a loro avviso è necessario utilizzare, una sorta di “saper essere” dell'assistente sociale, in particolare in questi frangenti: dalla resilienza alla mente aperta e creativa, dalla flessibilità di pensiero alla capacità di discernimento a quella di

accogliere il cambiamento sviluppando nuovi strumenti di fronteggiamento personali.

Molti hanno poi sottolineato l'importanza di mantenere la calma e i nervi saldi, di non farsi prendere dall'ansia, di esercitare l'autocontrollo.

Un numero maggiore di intervistati ha invece evidenziato come buone prassi quelli che potremmo definire dei veri e propri strumenti per meglio lavorare. Tra questi viene segnalata la necessità di una formazione specifica «che prepari ad affrontare le emergenze», e che sostenga nell'utilizzo di strumenti virtuali; ma soprattutto viene evidenziata l'importanza della riflessività. Molti sono infatti i richiami alla necessità di prendere/darsi «il tempo di pensiero» e di riflessione, sia per «fare i conti di cosa significa questa situazione per noi stessi», sia per

⁹ Il lavoro di comunità – tradizionalmente uno dei cinque “metodi” del servizio sociale – è stato negli ultimi due/tre decenni ripreso, sia dal punto di vista teorico che operativo. Cfr. in proposito, a titolo di esempio, Allegri (2015) e Folgheraiter e Donati (1991).

evitare di attivare interventi “di pancia” in un momento in cui la lucidità anche degli operatori non è al massimo.

Qualcuno propone, per sostenere la riflessività, iniziative

di scrittura autobiografica personal/professionale su questa esperienza con possibilità di condivisione.

Su questa scia, alcuni assistenti sociali richiamano l’importanza di continuare o avviare processi di supervisione professionale, realizzandoli a distanza, singolarmente o in équipe.

Accanto a riflessione e supervisione, l’altro strumento fondamentale richiamato è quello del reciproco sostegno nel lavoro con gli altri, evidenziando che

il confronto costante e la condivisione delle criticità sulle situazioni in carico ma anche rispetto allo stato d’animo di ognuno nell’affrontare l’emergenza è stato sicuramente un valore aggiunto.

Ricorre frequentemente in queste risposte il richiamo al “lavoro di squadra”, alla necessità di creare spirito di squadra ed a favorirne il senso di appartenenza, a riflettere insieme e condividere le riflessioni. Questo viene considerato fondamentale per non “sentirsi” né “essere” soli, nel lavoro in generale, ed in particolare lì dove è necessario prendere decisioni, ma anche per contrastare la tendenza al “fare”, proteggendo lo spazio comune dei professionisti:

come assistenti sociali ci siamo sforzati di ricavare e garantire uno spazio di incontro di gruppo settimanale regolare, che inizialmente era “saltato” come se il “fare” fosse l’unica modalità possibile; a tale fine è stato espressamente chiesto alla dirigenza di non mettere in ferie forzate gli operatori in quella giornata.

Come si è visto, un tratto costante che ricorre nelle diverse tipologie di buone prassi individuate è il richiamo all’uso delle tecnologie digitali, cui quasi la metà dei rispondenti si è riferito. Se infatti è certamente aumentato l’utilizzo del telefono e delle mail, in particolare nelle relazioni con gli utenti, la vera novità di questo periodo sono state le videochiamate, realizzate attraverso diversi strumenti e tecnologie, che hanno favorito i rapporti con le famiglie e i minori, con gli altri professionisti, servizi e attori, ed anche per la cura del sé professionale. Nella stragrande maggioranza dei casi, il richiamo ha connotati positivi, talvolta addirittura entusiastici, ritenendoli strumenti fondamentali, che agevolano il lavoro sia aiutando a mantenere il contatto visivo con le persone seguite, sia ottimizzando i tempi del lavoro in équipe:

per molti una vera scoperta, che ha aperto nuove prospettive, «una cosa impensabile fino a poco tempo fa». Non mancano però – anche se quantitativamente inferiori – i richiami negativi, in cui pur non negandone l'utilità nello specifico frangente si evidenzia come questi mezzi limitino comunque di molto la relazione, anzi per alcuni siano

sicuramente in antitesi rispetto alla vicinanza ed alla relazione che caratterizzano l'intervento dell'operatore sociale.

Un'ultima annotazione viene da diversi operatori, ovvero la loro “scelta” di utilizzare strumenti propri (il cellulare, ad esempio) pur di mantenere contatti e relazioni, poiché quelli forniti dal servizio non erano adeguati – o, in alcuni casi, mancavano del tutto.

4. Uno sguardo al futuro

La pandemia da coronavirus ha rappresentato e rappresenta un'esperienza del tutto nuova per le generazioni attuali, che in particolare nell'ambito delle famiglie con minori ha fatto risaltare alcune criticità già note ma sostanzialmente sinora non adeguatamente affrontate.

La prima riguarda la tenuta del modello familistico italiano di cura, basato prevalentemente sulle «solidarietà familiari e parentali» e collegato ad una tradizione – comune agli altri paesi dell'Europa mediterranea – di «non-politiche familiari» (Saraceno e Naldini, 2013, p. 257). Gli interventi governativi volti a potenziare strumenti già presenti (congedi parentali) o crearne di nuovi (bonus baby-sitting/centri estivi) si sono inseriti in un quadro complessivo carente e frammentato, nel quale le risorse parentali – peraltro non per tutti presenti – non erano utilizzabili. D'altro canto lo *smartworking*, certamente utile per decongestionare mezzi pubblici e luoghi di lavoro, «non può essere invece considerato una misura di conciliazione nella cornice della chiusura delle scuole e dei servizi socio-educativi per la prima infanzia» (Cordini e Sabatinelli, 2020). Tale criticità si è innestata su – ed ha a sua volta contribuito ad aumentarne il *gap* – disuguaglianze già presenti tra realtà familiari con possibilità ed opportunità molto differenti. In tal senso, la “mancata democraticità” del virus, richiamata da Gazzi (2020) durante gli Stati Generali, è da attribuirsi prevalentemente alla scarsa equità del nostro sistema di supporto alle famiglie, che non riesce, anche in tempi non emergenziali, a ridurre le disuguaglianze. In questo senso, la pandemia ha realizzato una sorta di disvelamento di qualcosa che si sapeva/intuiva presente ma non se ne conosceva adeguatamente la portata: come se improvvisamente

una porzione di oceano si prosciugasse, mostrando la parte di iceberg fino ad un attimo prima sommersa.

Analogamente, nei contesti familiari “a rischio”, in cui – oltre ad una generale povertà socio-economica e culturale – erano presenti relazioni fragili, compromesse, conflittuali, il periodo di emergenza ha in molti casi aumentato gli aspetti di criticità, perché come osserva un assistente sociale

la solitudine imposta dalle circostanze non è fattore protettivo per la “autoregolazione” dei contesti a rischio,

e ciò può valere sia per la solitudine in senso stretto, sia per l’essere “lasciati soli” dai servizi: non a caso gli assistenti sociali hanno a più riprese evidenziato la necessità di mantenere la relazione con le famiglie e i minori già seguiti, nelle modalità rese possibili dalle circostanze e all’interno del quadro frammentato di politiche familiari più volte richiamato.

Complessivamente, a bambini e ragazzi – e in particolare, a quanto e come questo periodo di forzata *a-socialità* ha influenzato e influenzerà il loro sviluppo, in termini anche di paura dell’altro ad esempio – è stata dedicata, un po’ a tutti i livelli, un’attenzione residuale (Picardi, 2020; Satta, 2020).

All’interno di questo aspetto si inserisce un’altra criticità, che vale la pena di richiamare pur non essendo specifica dell’ambito qui analizzato, poiché ha avuto un impatto significativo sulla possibilità di mantenere/riattivare le relazioni: la reale presenza di strumenti – tecnologici e di protezione – atti a lavorare nel contesto di *lockdown* prima e di parziale riapertura poi. Se infatti, come si è visto, nelle buone prassi sono stati individuati anche elementi a carattere organizzativo, non mancano le segnalazioni relative alla inadeguatezza, quando non all’assenza, di strumenti divenuti essenziali, e rispetto ai quali molti contesti organizzativi non erano pronti, per carenze strumentali, ma talvolta anche per rigidità burocratiche.

Accanto alle criticità, sono emersi dalla ricerca anche diversi elementi che fanno dire ad un assistente sociale che

questa emergenza sanitaria, che ha creato in ognuno di noi enormi difficoltà nello svolgimento del proprio lavoro, rappresenta anche un’opportunità per il futuro, per favorire maggiore collaborazione, anche tra professionalità diverse, e consentire di implementare buone prassi.

Nonostante molte organizzazioni non adeguatamente preparate, e diversi intervistati che chiedono una maggior formazione specifica, è possibile intravedere nelle buone prassi evidenziate alcune indicazioni presenti nella letteratura specifica sulle emergenze (Calbucci *et al.*, 2016; Mirri, 2018; Pelosio, 2020) e/o nel Vademecum “Servizio Sociale professionale e post pandemia”,

pubblicato nel mese di giugno (CNOAS, 2020)¹⁰. Dalle risposte degli intervistati emergono infatti l'attenzione posta al lavoro nelle e con le équipes multi-professionali, al lavoro di comunità, alle ri-organizzazioni necessarie, e soprattutto la consapevolezza che, con le emergenze, è necessario “giocare d'anticipo” per non trovarsi impreparati. E tuttavia, in questa particolare emergenza che stiamo vivendo c'è qualcosa in più: per l'estensione territoriale dell'emergenza stessa, e perché ha investito direttamente la relazionalità, con l'ossimoro del “distanziamento sociale”. Il primo aspetto ha fatto sì che il doppio coinvolgimento (come professionisti ma anche come possibili vittime della situazione emergenziale), sperimentato in altri contesti solo da chi ad esempio vive e lavora nelle zone soggette a calamità naturali, abbia in questo caso riguardato tutti gli intervistati: che dunque hanno cercato – e in molti casi trovato, a quanto emerge dalla ricerca – nel confronto reciproco e nella riflessività gli strumenti, fondamentali sempre in questo lavoro, ma talvolta tralasciati a causa di carichi di lavoro eccessivi. Elemento comune a chi lavora anche in altri ambiti, ma particolarmente necessario per la tutela di chi ha a che fare quotidianamente con la complessità del lavoro a protezione dei minori (Cabiati, 2015).

Sull'altro versante, quasi per un paradosso, la “a-socialità” fisica, necessaria per fermare l'espandersi del virus, ha contribuito a ri-centrare l'attenzione dei professionisti sulla relazione, curata con creatività e in modo proattivo anche, come si è visto, nelle situazioni particolarmente complesse di tutela dei minori. In tali contesti, dove come già richiamato è necessario tenere insieme le componenti professionali di aiuto e di controllo, questa nuova centratura sulla relazione professionale ha contribuito ad aumentarne l'aspetto empatico, e questo probabilmente in molte situazioni ha evitato, attenuato, rinviato *sine die* la rottura degli equilibri, anche e soprattutto in situazioni potenzialmente molto esplosive.

Riferimenti bibliografici

Agostini C. (2020), *Non è solo un problema di conciliazione*. Testo disponibile al sito <https://www.secondowelfare.it/editoriale/non-e-solo-un-problema-di-conciliazione.html>, consultato il 9/9/2020.

¹⁰ Il Vademecum è stato elaborato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, insieme alle altre realtà che compongono il “Tavolo del Patto per la Professione” (ASit – Servizio Sociale su Internet, Assistenti Sociali per la Protezione Civile, Associazione Nazionale Assistenti Sociali, Società Italiana di Servizio Sociale, Società per la Storia di Servizio Sociale, Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali); particolarmente interessante appare il fatto che l'elaborazione sia stata compiuta sostanzialmente in contemporanea con la raccolta dei dati attraverso il questionario, realizzata nel mese di aprile 2020.

- Alleanza per l'Infanzia (2020), *Decreto Rilancio. Alcuni passi in avanti per i diritti di bambini, adolescenti e genitori ma ancora molta strada da fare*. Testo disponibile al sito <https://www.alleanzainfanzia.it/decreto-rilancio-alcuni-passi-in-avanti-per-i-diritti-di-bambini-adolescenti-e-genitori-ma-ancora-molta-strada-da-fare/>, consultato il 7/9/2020.
- Allegri E. (2015), *Il servizio sociale di comunità*, Carocci, Roma.
- Bertotti T. (2012), *Bambini e famiglie in difficoltà*, Carocci, Roma.
- Biraghi C., Gabrieli A. T., Okely O. (2020), "Lavorare a distanza: la professione dell'assistente sociale oggi", *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3: 16-19.
- Bramanti G. (2005), "La valutazione delle politiche sociali per la famiglia: alcune questioni di metodo", *Studi di sociologia*, 43, 3: 267-290.
- Cabiati E. (2015), *Gli assistenti sociali in child protection*, Erickson, Trento.
- Calbucci et al. (2016), *Servizio sociale e calamità naturali. Interventi di servizio sociale*, Edizioni EISS, Roma.
- Campanini A. (2004), "Famiglia o famiglie nel terzo millennio", *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 12: 17-33.
- Ciancolo V. (2020), "Le libertà costituzionali ai tempi del CoVid-19. Prevalenza del diritto alla salute o bilanciamento dei diritti?", *Il Sole 24 ore*. Testo disponibile al sito <http://www.diritto24.ilsole24ore.com/art/dirittoCivile/2020-04-02/le-liberta-costituzionali-tempi-covid-19-prevalenza-diritto-salute-o-bilanciamento-diritti-153503.php>, consultato il 9/9/2020.
- Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (2020), *Vademecum "Servizio Sociale professionale e post pandemia*. Testo disponibile al sito <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/06/Vademecum-SERVIZIO-SOCIALE-PROFESSIONALE-E-POST-PANDEMIA.pdf>, consultato il 9/9/2020.
- Cordini M., Sabatinelli S. (2020), "Famiglie, bambini e servizi all'infanzia nel DL Rilancio", *welforum.it*, 17/6/2020. Testo disponibile al sito <https://welforum.it/il-punto/decreto-rilancio-e-welfare/famiglie-bambini-e-servizi-allinfanzia-nel-decreto-rilancio/>, consultato il 29/8/2020.
- Donati P. (1981), *Famiglia e politiche sociali. La morfogenesi familiare in prospettiva sociologica*, Franco Angeli, Milano.
- Folgheraiter F., Donati P. P. (1991), *Community care: teoria e pratica del lavoro di rete*, Erickson, Trento.
- Gazzi G. (2020), *Integrazione sociosanitaria e livelli essenziali. Perché la sfida ora è nei territori. Intervento del presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali agli Stati Generali*. Testo disponibile al sito <https://welforum.it/integrazione-sociosanitaria-e-livelli-essenziali-la-sfida-ora-e-nei-territori/>, consultato il 9/9/2020.
- Giovannetti M., Gori C., Pacini L., a cura di (2014), *La pratica del welfare locale. L'evoluzione degli interventi e le sfide per i Comuni*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Istat (2020a), *Report sulla povertà, anno 2019*. Testo disponibile al sito https://www.istat.it/it/files/2020/06/REPORT_POVERTA_2019.pdf, consultato il 28/8/2020.
- Istat (2020b), *Il numero verde 1522 durante la pandemia (periodo marzo-giugno*

- 2020). Testo disponibile al sito <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/speciale-covid-19>, consultato il 9/9/2020.
- Lenti L. (2018), *Diritto di famiglia e servizi sociali*, Giappichelli, Torino.
- Malagoli Togliatti M., Lubrano Lavadera A. (2002), *Dinamiche relazionali e ciclo di vita della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Mirri A. (2018), *Emergenze, urgenze e servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Peloso S. (2020), *Servizio sociale e situazioni di emergenza*, in Campanini A., a cura di, *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Picardi I. (2020), “Bambin@ nel lockdown: dematerializzazione e alleanze dei corpi nello spazio pubblico dell'emergenza pandemica”, *Sociologia Italiana*, 16: 185-205.
- Rivellini G., Bordone V., Ortensi L. E. (2012), *I fenomeni demografici nel corso di vita familiare*, in Donati P., a cura di, *La famiglia in Italia. Sfide sociali e innovazioni nei servizi*, Carocci, Roma.
- Sabatinelli S. (2020), *Famiglie diseguali, anche di fronte al virus*. Testo disponibile al sito <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarita/tempi-di-precarita/famiglie-diseguali-anche-di-fronte-al-virus/>, consultato il 29/8/2020.
- Saraceno C. (2020), “Politiche per le famiglie e disuguaglianze”, *Politiche Sociali*, 1: 103-124.
- Saraceno C. e Naldini M. (2013), *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna.
- Satta C. (2020), “Una nuova centralità? La famiglia al tempo della pandemia tra ordinarietà e straordinarietà”, *Sociologia Italiana*, 16: 165-184.
- Tomasone F. (2012), *La legislazione sociale per la famiglia in Italia*, in Donati P., a cura di, *La famiglia in Italia. Sfide sociali e innovazioni nei servizi*, Carocci, Roma, Vol. I.
- Ziliani A. (2013), *Servizio sociale e organizzazione*, in Campanini A., a cura di, *Nuovo Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.

6. Servizi sociali e persone immigrate

di Daniela Simone

1. Il contesto di riferimento

L'immigrazione straniera è presente in Italia da oltre quarant'anni, quindi il fenomeno dovrebbe essere collocato in un quadro più ampio del più recente e massiccio flusso delle cosiddette migrazioni forzate (richiedenti asilo, vittime del traffico di esseri umani, minori stranieri non accompagnati) che in questo ultimo decennio hanno caratterizzato gli arrivi in Italia (Ambrosini, 2019). Le scelte politiche su queste migrazioni si sono quasi esclusivamente concentrate sui temi dell'accoglienza e della gestione emergenziale, oscurando il fenomeno migratorio nella sua completezza (ISMU, 2019).

D'altra parte, definire ancora emergenziale una realtà decennale risulta fuorviante: studiosi, esperti, organizzazioni nazionali e internazionali concordano nell'affermare che l'immigrazione è ormai un fenomeno strutturale, in continua evoluzione e destinato a permanere nel futuro. Già nel 2015, l'allora Ministro dell'Interno Alfano nel corso di una audizione davanti la Commissione Affari costituzionali del Senato aveva dichiarato «mi sembra improprio parlare di emergenza e non di strutturalità del fenomeno» (Ministero dell'Interno, 2015).

Solo assumendo questa prospettiva si può uscire da una visione legata agli avvenimenti del momento per orientarsi verso politiche di lungo respiro, capaci di promuovere inclusione e coesione sociale e con uno sguardo a tutto tondo sui diversi aspetti del fenomeno (Bauman, 2016; Lazzari, 2015).

Come già evidenziato altrove (Simone, 2020), le politiche per l'integrazione e le norme di riferimento, oggi come in passato, condizionano il livello di riconoscimento dei diritti e l'accesso al sistema di welfare dei cittadini stranieri e definiscono il modo in cui l'immigrato è rappresentato e l'idea del ruolo che dovrebbe rivestire all'interno della società.

Non è questa la sede per un excursus normativo, ma si richiamano sinteticamente due leggi successive, una proposta dal centro-sinistra mentre la

seconda dal centro-destra, che ben rappresentano il segno di culture e sensibilità diverse sul tema dell'immigrazione e sui dei diritti concessi o negati.

La prima norma organica sull'immigrazione si vara solo nel 1998, la legge 6 marzo n.40, *Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*, nota come legge Turco–Napolitano, dai nomi dei ministri della Solidarietà sociale e dell'Interno primi firmatari. La legge delinea un sistema finalizzato a favorire l'integrazione dei migranti, attraverso il riconoscimento agli stranieri regolari di accesso ai diritti sociali in condizione di parità con gli italiani. Allo stesso tempo, stabilisce il diritto all'istruzione anche ai minori stranieri irregolari, così come quello alla salute che è esteso limitatamente agli interventi urgenti, agli adulti nella medesima condizione.

Viene altresì introdotto un sistema di protezione e recupero delle vittime di tratta e sfruttamento.

Con questa legge, per la prima volta, viene istituito il Fondo nazionale per le politiche migratorie, a garanzia della piena attuazione di quanto previsto, e istituita la Commissione per le politiche di integrazione degli immigrati. Si introduce una novità per quanto concerne le politiche degli ingressi: viene rilanciato il sistema delle quote e si introduce l'istituto della garanzia che consente l'accesso e il soggiorno in Italia per un anno ai cittadini non comunitari in cerca di lavoro (Ambrosini, 2005). Aspetto quest'ultimo che assume particolare rilievo, poiché la regolamentazione degli ingressi diventa lo spartiacque tra ingressi legali e illegali.

La legge viene poi trasformata, qualche mese dopo, nel “Testo unico sull'immigrazione e sulla condizione giuridica dello straniero”, ancora oggi norma di riferimento ma che ha subito modifiche e integrazioni successive in applicazioni di nuove normative nazionali ed europee.

La prima importante modifica al T.U. avviene a seguito dell'approvazione della legge 30 luglio 2002 n. 189 “Modifica della normativa in materia di immigrazione e asilo” conosciuta come legge Bossi–Fini. Di orientamento opposto, essa limita la gamma dei diritti sociali degli immigrati prevedendo, ad esempio, la riduzione della validità del permesso di soggiorno in caso di disoccupazione da 12 a 6 mesi con conseguente caduta nell'illegalità di coloro che non trovano lavoro nell'arco di tempo previsto; l'espulsione immediata per gli stranieri privi di permesso di soggiorno; l'ingresso e permanenza sul territorio nazionale subordinati al possesso di un contratto di lavoro che implica anche l'obbligo del datore di lavoro di assicurare al dipendente straniero una sistemazione abitativa e le spese di rientro in caso di licenziamento. «I vincoli introdotti rendono complesso e difficoltoso per i datori di lavoro il reclutamento di nuovi lavoratori immigrati: il messaggio che il legislatore comunica è quello di una grande riluttanza nell'ammissione di nuovi immigrati, considerati una sorta di soluzione di ultima istanza» (Ambrosini, 2005, p. 213).

Per la severità delle restrizioni e la violazione dei diritti degli immigrati, alla legge sono state mosse critiche da molti ambienti come quello delle organizzazioni del terzo settore impegnate nel lavoro con i migranti, della Chiesa, dei rappresentanti di organismi della società civile, le organizzazioni internazionali, oltre che dai parlamentari dell'opposizione. (Simone, 2020).

La norma guarda esclusivamente «[...] al criterio dell'utilità economica dell'immigrato, mettendo in secondo piano altri fattori determinanti per l'integrazione, quali gli elementi identitari o i capitali sociali e culturali. [...]». Da questo momento, pare drasticamente ridotta l'attenzione alla soggettività della persona immigrata, come pure la promozione di percorsi mirati a una dimensione integrativa armonica con la società di accoglienza» (Di Rosa, 2017, p. 123).

Guardando ancora al tema dei diritti e dell'inclusione/esclusione sociale, non può mancare un accenno all'involuzione normativa riguardante i richiedenti asilo. Con i due decreti sicurezza (noti come decreti Salvini) emanati nel 2018, si cancella con un colpo di spugna il sistema di accoglienza unico per richiedenti e titolari di protezione internazionale; si modificano, in senso peggiorativo, le fattispecie dei permessi di soggiorno; si dà origine a quella che nel dibattito è stata denominata politica dei "porti chiusi".

Molte sono state le reazioni critiche ai provvedimenti, non solo per la contrazione dei diritti degli immigrati ma anche per i profili di incostituzionalità. Lo stesso Presidente della Repubblica ha eccepito in tal senso.

Nel merito dei provvedimenti, si ritiene opportuno formulare alcune considerazioni. Del primo dei due decreti, convertito con legge 1 dicembre 2018 n. 132, si segnala:

- abolizione del permesso di soggiorno per motivi umanitari e introduzione di una gamma di nuove tipologie di permessi che, per qualità ed efficacia, non possono essere ritenuti similari al permesso di soggiorno abolito. Non si può in questa sede fare un approfondimento sulla questione, ciò che utile segnalare è che l'effetto di tale disposizione è stato un progressivo aumento degli immigrati irregolari e conseguente incremento della marginalità sociale con rischio di cooptazione da parte della criminalità. Risulta evidente che gli esiti della norma sono stati, paradossalmente, di segno contrario all'obiettivo del legislatore che voleva garantire sicurezza.

- divieto di iscrizione anagrafica dei richiedenti protezione internazionale che, come facilmente comprensibile, comporta l'impossibilità di accesso ai servizi di welfare. Seppur con un anno di ritardo, l'articolo è stato bocciato lo scorso 31 luglio 2020 dalla Corte costituzionale che ha così ripristinato il diritto preesistente.

- il sistema di accoglienza viene modificato passando dal Sistema di Protezione per Richiedenti asilo e Rifugiati (Sprar) a Sistema di protezione

per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati (Siproimi).

Con questa trasformazione escono dal sistema pubblico gestito dagli enti locali i richiedenti asilo che trovano ospitalità nei Centri di accoglienza straordinari (Cas) i quali, a loro volta, subiscono una forte riduzione dei finanziamenti con conseguente restringimento dei servizi a disposizione per i percorsi di protezione e inserimento sociale, proprio nella fase di maggiore vulnerabilità delle persone.

La ridefinizione dei regimi di capitolato per la gestione dei Cas ha visto la chiusura dell'accoglienza diffusa e dei piccoli centri a favore di grandi centri, per lo più gestiti da organizzazioni a scopo di lucro. Con i nuovi capitolati, non è più prevista la figura dello psicologo, né quella dell'infermiere, gli assistenti sociali subiscono la riduzione di due terzi del tempo lavoro, passando da diciotto ore settimanali a sei per i centri fino a cinquanta ospiti e da ventiquattro a otto nei centri fino a centocinquanta ospiti.

All'indomani della conversione in legge del "decreto sicurezza", il Presidente del Cnoas, Gianmario Gazzi (2018), ha dichiarato:

L'applicazione del Decreto Salvini, definitivamente approvato dal Parlamento tre giorni fa, nelle modalità previste dalle circolari che in questi giorni vengono emanate dalle Prefetture feriscono e umiliano le coscienze di tutti noi perché in nessun conto tengono i diritti universali di ogni uomo, primo tra tutti quello della dignità. Le centinaia di uomini e donne e dei tanti minori e bambini che in queste ore vengono privati di diritti di protezione già acquisiti e vengono fatti allontanare dai Cas e dai C.A.R.A. e letteralmente gettati in strada, oltre che l'abolizione degli Sprar, sono una vera e propria vergogna nazionale. Una vergogna oltraggiosa di ogni norma perché colpisce anche migranti regolari, provvisti di documenti di identità e con permesso di protezione umanitaria come il caso di quelli espulsi dal Cara di Isola Capo Rizzuto.

Il secondo decreto sicurezza convertito con modificazioni in legge 8 agosto 2019 n. 77 ha stabilito il divieto di ingresso, transito o sosta di navi nel mare territoriale, prevedendo sanzioni amministrative in caso d'inottemperanza. Sono nella memoria collettiva le immagini delle navi delle ONG, cariche di migranti salvati in mare che hanno stazionato al largo dei nostri mari per divieto di approdo sulle coste italiane.

In sintesi, è indubbio che il disegno della politica dell'asilo, delineato con i due decreti, è orientato ad intervenire su due fronti: quello interno con la stretta al sistema di accoglienza ed integrazione dei migranti, quello esterno con la limitazione degli ingressi attraverso la chiusura delle frontiere.

Si vuole ancora attirare l'attenzione su due fuochi di attenzione: per ciò che riguarda il primo, già in precedenza si è accennato alla questione degli

ingressi programmati, quindi legali, ma non si può non evidenziare che in Italia, negli anni, si è assistito alla drastica riduzione delle quote di ingresso di lavoratori non comunitari previste dai cosiddetti “decreto flussi” finalizzati a rispondere alle esigenze del mercato del lavoro italiano. Si è passati da trecentocinquanta mila unità nel 2010 a poco più di trentacinquemila nel 2019, così che l’unico modo per l’ingresso è oggi rappresentato, impropriamente, dal canale dell’asilo. Per il secondo, non si può non sottolineare come l’immigrazione sia uno dei temi sensibili e divisivi all’interno del dibattito politico e pubblico e che la considerevole risonanza mediatica e comunicativa, più che ad approfondire il tema, abbia contribuito a semplificare un fenomeno ben più complesso della sua rappresentazione quotidiana.

La succinta analisi proposta ha l’obiettivo di porre all’attenzione alcune questioni che si collegano al lavoro della ricerca presentata nel volume e certo non esaurisce la tematica che, per complessità e per i molteplici livelli che interessa, trova spazio in un’ampia letteratura di diverse aree disciplinari, da quella sociologica (De Vita e Berti, 2004; Lazzari, *op. cit.*) a quella giuridica, (Ciaffi, Parisi e Patti, 2018) da quella antropologica a quella economica e non solo.

2. I servizi e la professione

I flussi migratori di questi quarant’anni hanno fatto emergere nuovi e differenti bisogni ed i servizi di welfare sono apparsi impreparati a organizzare un sistema di risposte adeguate alla nuova realtà. Al contempo, un ulteriore elemento di complessità è dato dalle regole di accesso al sistema di welfare che è condizionato dallo status giuridico dei cittadini stranieri: in base alla tipologia di permesso di soggiorno è possibile ottenere o viceversa non poter accedere alle opportunità offerte (si pensi, a titolo esemplificativo, ad alcune prestazioni previdenziali).

Secondo i dati Istat 2019, in Italia sono residenti più di cinque milioni di stranieri, pari all’8,7% della popolazione, quindi un numero significativo di cittadini che oltre a contribuire al PIL nazionale accedono al sistema dei servizi di welfare. Come indicato da Barberis e Boccagni (2017, p. 29), «non abbiamo dati nazionali chiari, ma alcuni studi locali ci dicono che i servizi sociali sono noti e utilizzati in qualche forma da almeno un terzo degli immigrati».

Le normative nazionali e le indicazioni europee hanno delineato una forte responsabilità del livello locale, provocando disomogeneità territoriali nel sistema di welfare.

Provando sinteticamente a spiegarne la dinamica, si può innanzi tutto fare

riferimento al fatto che con la riforma del Titolo V della Costituzione, le Regioni hanno acquisito piena competenza legislativa in ambito socio-assistenziale rafforzato il ruolo nella programmazione delle policy per l'integrazione delle persone di origine straniera. Parallelamente, con l'affermarsi del sistema di *governance* multilivello, come strumento di *policy* per la realizzazione e implementazione delle strategie comunitarie, i livelli locali hanno sempre più incidenza.

Secondo il TU di nostro interesse, le competenze in materia di politica per gli immigrati vedono un'architettura a piramide: dal livello centrale, che definisce le linee di indirizzo e le risorse finanziarie, alle Regioni, che hanno la responsabilità della programmazione, agli enti locali che realizzano i programmi. Ma la piramide non è l'unica forma, poiché esistono materie di esclusiva competenza dei Comuni che, di conseguenza, si rapportano direttamente con il livello centrale, come ad esempio per il sistema asilo Siproimi.

Vi sono poi le risorse finanziarie messe a disposizione degli Stati membri dalla Commissione Europea: nel settennio di programmazione 2014–2020 è stato istituito il Fondo Asilo Migrazione Integrazione (Fami) gestito dal Ministero dell'Interno, che attraverso un complesso processo di concertazione ha strutturato il Programma Nazionale fissando obiettivi e azioni. La strategia prevista per la realizzazione del Programma è multisetoriale, multilivello relativamente agli attori istituzionali e *multistakeholders*. Anche in questo ambito si rinforza la centralità del livello locale che attraverso l'accesso ai fondi può implementare programmi e opportunità nei singoli territori. L'attivismo degli Enti locali, e degli attori istituzionali nel loro complesso, ma anche del terzo settore impegnato nel lavoro a favore dei migranti, può fare la differenza.

Per sintetizzare, possiamo rifarci a quanto già affermato da Barberis (2009) e tuttora valido circa il fatto che

non esistono tipi di servizi o interventi che possiamo definire uniformemente diffusi sul territorio nazionale, è chiara l'evidenza di una forte frammentazione nell'accesso ai servizi in gran parte dipendenti dall'agenda politica locale e dai rapporti fra amministrazione pubblica e terzo settore. Questo è l'effetto complessivo dell'assenza di normazione prima e del tipo di normazione nazionale in materia migratoria (Barberis, 2009, p.238).

Passando ora all'organizzazione dei servizi, un tema ancora oggi presente nel dibattito riguarda l'interrogativo se siano più adeguati servizi dedicati agli immigrati o se sia preferibile l'accesso di questi ultimi ai servizi generali cui accedono italiani e stranieri. La questione era già stata chiaramente esposta un decennio fa da Ponzio e Zincone (2010) in questi termini:

Guardando alle dinamiche in atto si nota che, dopo un primo periodo durante il quale si è cercato di rispondere ai bisogni istituendo servizi dedicati agli immigrati, negli ultimi anni prevale la tendenza a favorire servizi rivolti alla totalità della popolazione. Per contro, si registra talvolta la volontà di reintrodurre misure specifiche, poiché i servizi generali si rilevano talvolta poco preparati per trattare l'utenza immigrata (Ponzo e Zincone, 2010, p. 11).

Va evidenziato che la questione sulla dicotomia fra polivalenza e specializzazione riguarda anche altri ambiti di competenza dei servizi territoriali, senza che sulla stessa sia aperta un'organica riflessione sostenuta da evidenze sui risultati di un modello piuttosto che dell'altro. Non si tratta semplicemente di schierarsi con l'una o l'altra posizione, cosa che avrebbe un effetto semplificatorio e riduttivo della complessità, bensì di porsi interrogativi a riguardo, e produrre ricerche e analisi che forniscano elementi utili ad indirizzare i servizi.

Entrando ora nel merito delle questioni professionali, si può rilevare che, all'interno del quadro delineato in termini di frammentarietà normativa e organizzativa, le/gli assistenti sociali sono stati e sono chiamati ad affrontare una realtà poliedrica (Pattaro e Nigris, 2018) e resa ancora più complessa da quanto è ben illustrato da Barberis e Boccagni (2017):

Il tema dell'immigrazione sconta un'elevata politicizzazione e un limitato pragmatismo. Questo comporta una pressione enorme – e anche indebita se vogliamo – sugli operatori che si trovano a gestire quotidianamente l'utenza immigrata (Boccagni, 2017, p. 30).

Solo a titolo esemplificativo, si propone una riflessione sulla complessità del lavoro con le famiglie immigrate.

Soffermandoci in particolare sui compiti attribuiti al servizio sociale nei confronti della genitorialità, rinveniamo una serie di elementi di complessità che contrassegnano il processo d'aiuto, sin dalla fase conoscitiva per espandersi poi in quella valutativa e di realizzazione dell'intervento di sostegno/controllo. [...] La necessità è quella di comprendere – di fronte alla famiglia migrante che palesa criticità nell'esercizio delle funzioni genitoriali – l'intreccio delle molteplici variabili di natura personale, sociale e culturale che incidono nel percorso di inserimento: risorse e difficoltà di ogni membro, funzionamento familiare, capacità di trovare e accettare aiuti, oltre che caratteristiche di accoglienza o di ostilità del contesto» (Dellavalle, 2012, p. 75).

È in questo contesto, ricco di luci e di ombre, che i professionisti fronteggiano le sfide poste dalle società multiculturali, che vivono la tensione tra il bisogno di aggiornamento e il tentativo di adattare i loro modelli ordinari alle

esigenze specifiche di utenti con una cultura differente dalla propria, da un lato, e la sensazione di non avere sempre le competenze e i mezzi adeguati per farvi fronte, dall'altro (Di Rosa, 2017). A quest'ultimo proposito, va evidenziata la fragilità sul piano della formazione di base, delle elaborazioni metodologiche e della ricerca sull'azione professionale. Nonostante l'esperienza maturata in questi decenni, gli assistenti sociali non sembrano aver accumulato competenze specifiche nel lavoro con società multietniche (Pattaro e Nigris, op. cit.), e questo chiama in causa la formazione universitaria, ma anche quella continua. Troppo spesso le proposte formative agli assistenti sociali sono per lo più orientate ad approfondire il fenomeno dal punto di vista sociologico e giuridico, mentre occorrerebbe ampliare la riflessione agli aspetti socio-antropologici e metodologici.

3. I provvedimenti governativi

Durante l'emergenza sanitaria, al fine di garantire l'accoglienza dei migranti ed assicurare la tutela della loro salute sono state adottate diverse misure relativamente all'accoglienza e ai permessi di soggiorno.

Con il decreto legge 25 marzo 2020, n. 18 ("Decreto Cura Italia") sono stati prorogati al 31 dicembre 2020 i progetti di accoglienza dei migranti nel sistema Siproimi.

Analogamente è prolungata la permanenza, anche se sono venute meno le condizioni di accoglienza, per gli stranieri accolti in centri di prima e seconda accoglienza, sino al termine dello stato di emergenza e, in particolare, i minori stranieri non accompagnati potranno rimanere nei centri di accoglienza anche dopo il raggiungimento della maggiore età.

I richiedenti protezione internazionale e i titolari di protezione umanitaria sottoposti al periodo di quarantena, con sorveglianza attiva o in permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva, hanno potuto essere ospitati (su disposizione del prefetto) nelle strutture del Siproimi, destinate ordinariamente ai soli rifugiati e minori non accompagnati.

Il decreto è intervenuto anche sui titoli di soggiorno estendendo fino al 31 agosto 2020 la validità dei permessi di soggiorno e degli altri titoli di soggiorno in Italia.

Con il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 ("Decreto Rilancio") sono stati previsti ulteriori interventi in materia, come l'introduzione di una procedura di emersione del lavoro irregolare di cittadini stranieri e italiani impiegati nei settori agricoltura, lavoro domestico e cura della persona. Con il medesimo decreto è stata disposta come misura straordinaria e in deroga alle vigenti normative: l'accoglienza per massimo sei mesi dopo la cessazione

dello stato di emergenza sanitaria dei richiedenti asilo nelle strutture del Sistema di protezione per titolari di protezione internazionale e per minori stranieri non accompagnati (Siproimi).

Per quanto concerne il tema dell'informazione sulla pandemia sono state realizzate diverse iniziative: la produzione di materiali in quattordici lingue, l'implementazione del *Portale Integrazione Migranti*, curato dalla Ministero del Lavoro, a riguardo delle iniziative istituzionali, del terzo settore e dei territori.

4. I bisogni emersi e le risposte del sistema dei servizi

Passando ora alle informazioni rilevate attraverso la *survey*, che ha coinvolto quasi seicento assistenti sociali impiegati nei servizi per le persone immigrate (Capitolo 4), va precisato che una parte di coloro che hanno dichiarato di non lavorare prevalentemente presso strutture residenziali ha, comunque, portato riflessioni sulle attività connesse a tali strutture.

In generale non si osservano apprezzabili differenze sui bisogni emersi e sulle risposte degli assistenti sociali tra coloro che operano all'interno del sistema di accoglienza e coloro che invece operano nei servizi territoriali, pur nelle dovute peculiarità delle specifiche realtà.

Una prima osservazione di carattere generale riguarda l'impatto della pandemia sulle persone straniere che già si trovano in una situazione di vulnerabilità, collegata all'esperienza migratoria. Gli effetti dello sradicamento e della perdita di relazioni familiari e di prossimità, l'incertezza nella costruzione del percorso di integrazione, il contatto con una nuova realtà ancora sconosciuta, le difficoltà connesse alla limitata conoscenza della lingua italiana e la scarsa conoscenza del sistema di welfare, le paure collegata all'iter di riconoscimento giuridico hanno amplificato le condizioni di debolezza durante l'emergenza sanitaria, come emerge nel seguente passaggio di una risposta:

lavoro in Centri di Accoglienza per Richiedenti Asilo, gli utenti inizialmente si sono sentiti un po' come tutti in una situazione di pericolo e molto spesso riemergevano echi del loro doloroso e violento passato.

A fianco di ciò che si potrebbe definire stratificazione della precarietà, nel senso che alla situazione di incertezza dell'esperienza migratoria si sovrappone l'insicurezza dovuta alla situazione sanitaria, occorre sottolineare le difficoltà correlate a fronteggiare l'epidemia in un contesto come quello delle strutture di accoglienza dove risulta complesso, se non impossibile,

garantire il distanziamento fisico e l'individuazione di ambienti idonei per l'isolamento o la quarantena.

Come si è detto precedentemente, il citato decreto sicurezza ha favorito la concentrazione dell'accoglienza in strutture di grandi dimensioni a discapito dell'accoglienza diffusa, così che la pandemia ha richiesto agli operatori dei centri significativi sforzi di riorganizzazione degli ambienti, ad esempio prevedendo la riduzione/eliminazione degli spazi comuni come le aree di consumo dei pasti e la riorganizzazione delle attività laboratoriali e formative. Ma, oltre agli spazi, sono state individuate soluzioni organizzative adatte a rispondere comunque alle esigenze degli ospiti, come riferito da un/a rispondente:

nel campo specifico della mia esperienza ci stiamo organizzando in maniera tale da rispondere alle esigenze personali degli ospiti (acquisto beni di prima necessità e tabacchi) stilando una lista settimanale che ci consenta di mandare solo 1 operatore all'acquisto di tali beni evitando il più possibile uscite dal centro da parte degli ospiti.

Tra gli aspetti segnalati dei professionisti che hanno partecipato alla *survey*, si evidenziano le loro difficoltà e lo smarrimento provato a fronte della mancanza di formazione sulla pandemia e sui rischi sanitari, della carenza di dispositivi di protezione individuale sia per gli stessi operatori sia per gli ospiti, ma anche relativamente alle preoccupazioni connesse al rischio di contagio e conseguente tutela dei propri familiari. I professionisti, quindi, sono stati chiamati a fronteggiare le proprie paure e preoccupazioni e allo stesso tempo a fare in modo che queste non producessero ricadute nella relazione con le persone ospiti. Una doppia fatica, che ha fatto dichiarare ad alcuni assistenti sociali «l'importante è stato apparire calmi», «mettere da parte i problemi e i pensieri personali e concentrarsi sulle persone».

Relativamente ai bisogni dei cittadini stranieri, nella ricerca emerge con preponderanza l'esigenza di sostegno psicologico e psico-sociale, per fronteggiare le paure dell'incertezza e dell'ignoto, le conseguenze dell'isolamento e l'interruzione della relazionalità, gli effetti della "convivenza forzata" con persone che non si sono scelte e il conseguente bisogno di privacy, la paura dell'altro per il rischio di contagio, ma anche preoccupazione per la situazione della propria famiglia in patria:

molte persone, infatti, già provate a livello psicologico per il loro vissuto e per la costante ricerca di equilibrio in un contesto nuovo e differente da quello di origine, stanno avendo problemi nella gestione dell'ansia, dello stress e dell'isolamento forzato.

Ritornano con insistenza nelle risposte le paure collegate all'interruzione dell'iter per il riconoscimento dello status a causa della chiusura delle *Questure*. Tale timore è più che comprensibile se consideriamo la normale

tempistica prevista dalla procedura accompagnata dall'incertezza dell'esito. Non emerge invece, nelle risposte, se i provvedimenti governativi di proroga delle scadenze dei permessi di soggiorno abbiano o meno ridimensionato le preoccupazioni degli immigrati.

Gli assistenti sociali sono stati impegnati in un significativo lavoro relazionale e di accompagnamento per rispondere a bisogni di assicurazione e di ascolto, di dare senso ad una quotidianità improvvisamente diversa e piena di incognite, alla richiesta di non essere lasciati soli nel fronteggiare lo smarrimento e alla necessità di mantenere punti di riferimento negli operatori.

L'idea forte che si rileva nelle risposte è «esserci, nonostante il distanziamento» «esserci comunque e non lasciare sole le persone»: essere, dunque, presenti come professionisti e come équipe, assumendo la responsabilità collettiva del supporto.

Una pratica che stiamo utilizzando all'interno dell'Ente è quella di effettuare videochiamate di gruppo alla presenza di tre professionisti (assistente sociale, psicologa e mediatrice interculturale) per dare ampiamente spazio alle persone che presentano maggiori fragilità, al fine di contenere le paure e far emergere gli aspetti positivi che possono derivare da tale situazione (ad esempio concentrarsi maggiormente sulla lingua italiana tramite lezioni su WhatsApp o quiz inviati dai Cpia o da noi, programmare insieme attività future stimolanti, ripensare alla quotidianità di prima, che spesso veniva vissuta come immobile e noiosa, come a una possibilità per utilizzare meglio il tempo).

A caratterizzare parte dell'impegno degli assistenti sociali è stato l'uso di piattaforme *online*, mail, videochiamate, gruppi WhatsApp, telefonate, finalizzato al sostegno, alla verifica dello stato di benessere, a intercettare ulteriori bisogni, a fornire informazioni.

Alcuni professionisti hanno segnalato una propria difficoltà nell'utilizzo di tali strumenti non ritenuti idonei per gestire la relazione professionale: «Non smettere di avere colloqui seppur protetti. Il contatto visivo con noi è importantissimo».

Altri assistenti sociali hanno invece valorizzato tali opportunità, che sembrano aver implementato l'area della relazione interpersonale, come si evince dalle due risposte seguenti:

L'utilizzo delle videochiamate per comunicare con gli utenti, funzionano più di quanto mi sarei aspettato.

È stata un'occasione per recuperare i rapporti e per avere ulteriore conferma di quanto la presenza sia essenziale per stabilire rapporti di fiducia, anche senza intenti troppo ambiziosi.

Alle difficoltà degli operatori nell'uso di questi strumenti si potrebbe contrapporre, invece, la familiarità e la consuetudine che hanno gli immigrati con queste tecnologie, che rappresentano l'unico canale comunicativo con le proprie famiglie nei paesi d'origine.

Certamente non va sottovalutato il problema linguistico: alcuni assistenti sociali segnalano che la comunicazione attraverso telefono e videochiamate si presenta più difficoltosa che in presenza, così che si è provveduto ad un maggiore coinvolgimento dei mediatori culturali.

Qualche osservazione in merito a lavoro in équipe che presenta diverse sfaccettature anche di senso opposto: se da un lato vengono segnalate criticità relazionali e di coordinamento, anche dovute allo stress dell'emergenza, dall'altro si rilevano sforzi per individuare strategie organizzative che producano sostegno reciproco, facilitino la presa di decisione, sopperiscano alla riduzione del personale in presenza, come di seguito rappresentato:

organizzazione di equipe a distanza e adozione di strumenti di comunicazione a distanza (es mezzi di comunicazione telematica non solitamente adoperati) per fornirsi supporto emotivo e pratico e rivedere e impostare nuove procedure e linee di azione alla luce dell'emergenza in corso.

Un'altra area segnalata è connessa ai bisogni informativi. Come per tutti i cittadini, è emersa la necessità di comprendere la situazione di emergenza sanitaria che si stava vivendo, insieme a quella di essere assicurati e orientati sui percorsi sanitari e sui comportamenti da adottare.

Una difficoltà evidenziata dagli assistenti sociali riguarda la fatica di far comprendere l'entità della situazione sanitaria, l'importanza delle misure di prevenzione e delle limitazioni alla circolazione imposti dal *lockdown*. Molti segnalano una iniziale sottovalutazione del rischio da parte degli ospiti, con conseguente difficoltà nel gestire il problema, come esemplificato da questa testimonianza: «Lavorando con un'utenza straniera, subito non è stata compresa l'entità del problema poiché considerata come “malattia dei bianchi”».

Le accennate difficoltà linguistiche hanno richiesto agli assistenti sociali l'individuazione di strategie per facilitare la comunicazione sui rischi del contagio, sui comportamenti da adottare e sull'uso dei dispositivi. L'esclusivo utilizzo del materiale informativo multilingue prodotto a livello nazionale è apparso ai professionisti di scarsa efficacia, se non accompagnato da ulteriori strategie di implementazione dell'informazione. Per rappresentare la complessità sul piano comunicativo – rilevata e gestita dai professionisti – è necessario sottolineare la presenza di immigrati analfabeti o a bassa scolarizzazione e immigrati che conoscono esclusivamente il dialetto della loro zona di provenienza, come illustrato dalla risposta seguente:

Con l'utenza straniera è indispensabile fornire materiale informativo nelle loro lingue madri. Fondamentale è l'intervento dei mediatori linguistico-culturali dei paesi di provenienza i quali oltre a riportare opportunamente le informazioni necessarie veicola anche il corretto significato e l'importanza della situazione di emergenza in atto e delle misure adottate dal governo.

Interessanti, poi, sono le azioni messe in atto per coinvolgere i beneficiari, promuovendo l'attivazione del loro protagonismo a beneficio dell'intera comunità di riferimento:

Sono state diverse le attività di sensibilizzazione attuate, sempre nel rispetto delle distanze di sicurezza da rispettare. Sono stati fatti dei video che hanno coinvolto i beneficiari del progetto, al fine di far recepire con attività alternative, l'importanza del rispetto delle regole.

Organizzazione di informativa COVID sotto forma di laboratorio. Dopo aver spiegato alle minori l'attuale emergenza sanitaria mondiale, è stato loro chiesto di spiegare tramite modalità video cos'è il COVID-19 e quali sono le buone pratiche da seguire in struttura nella loro lingua madre, spiegando di conseguenza le modifiche al regolamento di struttura. Ciò al fine di utilizzare il loro video. Per le informative da sottoporre alle nuove MSNA in arrivo.

Viene segnalato, inoltre, lo sforzo di contrastare notizie false o contraddittorie, divulgate in rete o attraverso il passa parola fra gli stessi immigrati:

Stiamo cercando di attenzionare le *fake news* che stanno girando in modo da poterle condividere con gli utenti.

Le informazioni veicolate non sono state circoscritte agli aspetti sanitari, ma hanno riguardato molti ambiti: dai benefici attivati a livello nazionale e locale, come ad esempio i buoni spesa, alle opportunità offerte dalla rete dei servizi pubblici e del terzo settore attivi sul territorio, ma anche informazioni sulle opportunità offerte *online* per segnalare attività alternative, come risulta da diverse riposte, ad esempio:

Vicinanza agli utenti attraverso azioni non usuali prima dell'emergenza, ma che dimostrano di esserci, come le videochiamate, la proposta di video con giochi o letture di qualità per chi ha figli minori, segnalazione di gruppi *online* che fanno ginnastica insieme. Questo anche per creare la consapevolezza di non essere isolati.

Con il cellulare dell'ufficio, si è sempre in rete con ogni singolo ospite del progetto, in modo particolare con l'applicazione di WhatsApp (ovviamente nel rispetto della privacy). Ciò ha anche permesso di poter inviare alle famiglie con i bambini, alcuni semplici video, dove si sono condivisi modalità di gioco in cui sviluppare

fantasia, creatività, etc.... Abbiamo condiviso con i nostri ospiti, i momenti di messaggi, preghiera delle diverse comunità religiose (anche momenti di scambi interreligiosi).

Un'altra area di bisogni riguarda il tema dell'inclusione socio-lavorativa. La sospensione e/o riduzione delle attività formative, dei tirocini lavorativi, la perdita dell'occupazione, ancorché irregolare, ha amplificato la già sperimentata situazione di incertezza e precarietà, oltre che creare, ovviamente, serie difficoltà sul piano economico. Su questo ultimo aspetto gli assistenti sociali segnalano come persone e nuclei familiari si siano ritrovati nella condizione di non poter soddisfare i bisogni primari (alimenti, farmaci), oltre che non poter pagare le utenze e gli affitti.

Se questa realtà ha investito una vasta fascia di italiani, si deve sottolineare che per gli immigrati questo aspetto assume un'eco più pregnante se si considera che i dati ISTAT sulla povertà assoluta nel 2019 descrivono un'incidenza del 5,9 % tra i cittadini italiani contro il 26,9% tra quelli stranieri residenti. Si può, quindi, sostenere che gli immigrati partono da una situazione di maggiore svantaggio.

Gli assistenti sociali si sono attivati per garantire il soddisfacimento dei bisogni primari facilitando le persone all'accesso alle prestazioni previste ma anche attivando la rete di risorse presenti sul territorio.

Per quanto concerne l'interruzione dei percorsi formativi, a volte già difficilmente raggiunti in considerazione dell'organizzazione del sistema dell'istruzione, sono stati attivati canali *online*, ad esempio per l'apprendimento della lingua italiana, in raccordo con le strutture scolastiche, ma anche attività formative che potranno essere spendibili nel futuro.

L'emergenza, quindi, non solo vista e vissuta come vincolo contingente, ma anche con uno sguardo rivolto al dopo, con l'attenzione allo sviluppo di nuove competenze.

Una buona pratica attivata è la pianificazione di attività di formazione in remoto per sviluppare abilità utili in futuro quando sarà terminata l'emergenza.

Si sono attivati corsi di formazione *online* (es. lingua italiana, corsi professionali con ottenimento di attestato HACCP¹).

Ciò che emerge in modo significativo, soprattutto nelle strutture di accoglienza, sono le strategie attivate per dare un senso alla quotidianità e al tempo. Un tempo non solo occupato, ma anche un tempo in cui le proprie competenze sono messe a disposizione della comunità locale.

¹ Il riferimento è alle norme che regolano la somministrazione di cibi e bevande.

Lavoro presso un Progetto SIPROIMI che aveva attivato per le beneficiarie un laboratorio sartoriale. Attualmente le signore producono mascherine che donano alla collettività, vista la difficoltà nel reperirle.

A fronte di questa progettualità, però, sono emerse realtà nelle quali la scarsità di strumentazione tecnologica o difficoltà della rete telematica hanno impedito la realizzazione dei percorsi. Un cenno particolare va posto per i minori che non sono riusciti a seguire la didattica a distanza, anche a causa delle difficoltà delle famiglie ad orientarsi sulle modalità, per i quali sono stati realizzati interventi di accompagnamento in presenza, così come «Traduzione anche video di tutte le istruzioni per accedere ai portali delle scuole».

Un altro tema emergente riguarda il lavoro con la rete territoriale. In molte risposte si evidenzia un lavoro integrato con gli altri servizi per «condividere problemi e soluzioni» e con il Terzo settore che, in questa fase emergenziale, risultava particolarmente attivo. Si potrebbe dire, però, che l'emergenza ha riportato all'attenzione dei professionisti la riflessione sul lavoro con il territorio e la comunità locale (Allegri, 2015; Bifulco, 2015), sull'implicazione corresponsabile dei cittadini (già italiani o non ancora), come persone e nelle forme associate, con le organizzazioni e le istituzioni che strutturano e sostengono la vita sociale (Cesareo, 2017, p. 2019). Non solo vengono esplicitati i diversi livelli di collaborazione, ma ci si interroga anche sulle modalità di lavoro:

Una conoscenza più capillare del territorio permetterebbe di entrare maggiormente nelle situazioni, se il lavoro non fosse solo in ufficio ma con la comunità e dentro alla comunità questo permetterebbe in situazioni di emergenza come questa di essere a conoscenza delle criticità non ancora in carico ma che potrebbero scoppiare in questo periodo.

Lavorare di più in sinergia con il terzo settore (volontariato) e rivedere vecchi schemi di interventi divenuti al giorno d'oggi vecchi.

Abbiamo fatto una mappatura di tutti i servizi già esistenti e attualmente operativi di distribuzioni pasti e viveri.

Ci stiamo adoperando per creare una doppia rete una istituzionale ed una caritatevole per sostenere i nuclei familiari in difficoltà, per affrontare questo momento di crisi cercando di non creare assistenzialismo e fornendo una serie di informazioni per favorire una corretta alimentazione, una rete che insieme a generi alimentari promuove educazione alla salute.

L'assistente sociale, dunque, in questa fase emergenziale sembra riscoprire l'importanza di recuperare una funzione tipica della professione: con-

nette nodi delle reti, promuove la solidarietà della comunità locale, collaborare per l'individuazione di soluzioni ai problemi emergenti. Si ravvisa in questo caso un'operatività orientata a lavorare nella comunità che

[...] implica un cambiamento di prospettiva. Si tratta di predisporre contesti cooperativi e di confronto, di potenziare competenze, di mobilitare risorse poiché [...] sono questi i fattori determinanti per uno sviluppo autenticamente sostenibile e duraturo nel tempo (Allegri, 2015, p. 87).

5. I minori stranieri non accompagnati

Molte delle risposte riguardano assistenti sociali occupate nella gestione di strutture per minori stranieri non accompagnati.

Molte delle necessità e delle risposte sono sovrapponibili a quelle rilevate per gli adulti e illustrate in precedenza in merito alla comprensione del problema sanitario e all'uso dei dispositivi di prevenzione.

Appare, invece, più complessa la gestione del divieto di uscita e del tempo quotidiano, tanto che emerge la necessità di mantenere il ritmo sonno veglia e contenere il rischio di conflittualità tra gli ospiti.

In merito al tema dei percorsi di inclusione, a fronte degli sforzi di garantire la formazione *online* è doveroso portare alcune riflessioni.

Come evidenziano i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali pubblicati sul report mensile di monitoraggio al 31 luglio 2020, il 62,9% dei minori accolti ha diciassette anni e il 24,3% ne ha 16 (Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, 2020). Questi dati ci dicono che per la realizzazione del progetto di autonomia si possono avere a disposizione solo pochi mesi, pertanto l'interruzione/sospensione dei percorsi avrà gravissime ripercussioni sul loro futuro.

6. Prospettive future

Quanto emerso dalla ricerca evidenzia, seppure nelle molteplici difficoltà legate all'emergenza, una propensione degli assistenti sociali a ripensare agli strumenti professionali, rimodellandoli alle esigenze determinate dalla pandemia, ma anche a sforzi di innovazione per costruire nuove risposte a bisogni mai fronteggiati in precedenza.

Si inventano soluzioni, ci si adatta alle tecnologie con un po' di diffidenza salvo poi apprezzarne alcuni vantaggi, si individuano nuove modalità per il lavoro con l'équipe, si riorganizza e si promuove con più forza il lavoro con

la rete territoriale (Folgheraiter, 2006; Allegri, 2015). Dobbiamo, però, chiederci su quanto di questo immenso impegno rimarrà nel futuro alla comunità professionale. Si richiama di seguito un'interessante riflessione di Sau (2020) che si interroga su quale eredità sarà lasciata da questa esperienza e richiama la professione alla produzione documentale:

Nel fronteggiamento dell'emergenza sociale, la professione è richiamata all'esercizio della documentazione. Questa diviene azione responsabile per la professione del futuro che deve poter continuare a contare sulla propria eredità, ma anche azione corresponsabile degli assistenti sociali di oggi: il progetto, la sperimentazione in corso in un territorio, la rimodulazione di un intervento e buone prassi, se documentati, divengono replicabili in un altro, pur se con gli adattamenti necessari al contesto specifico; creano condivisione, confronto tra operatori e accesso a più ed eguali opportunità per i cittadini. Le resistenze possono essere dovute all'insufficienza del tempo a disposizione che eppure oggi ci consente maggiori spazi di pensiero; al mancato appoggio dell'organizzazione di cui facciamo parte che tuttavia andrebbe sondato; al pensiero di trovare difficoltà a documentare in termini tecnici che, tuttavia, possono essere superate da un'altra garanzia di scientificità ossia la capacità di parlare "delle cose e sulle cose" che è propria della nostra professione.

La produzione di documentazione si rivela come aspetto da rinforzare, perché può diventare fonte di ulteriori ricerche, per approfondire aspetti che sono rimasti più in ombra, così da contribuire ad alimentare il patrimonio di conoscenze e dell'elaborazione teorica (Dellavalle, 2000).

Tra gli elementi che potrebbero aprire ulteriori piste di ricerca, si segnalano qui due aree tematiche:

- la prima riguarda il ruolo dei tutori volontari nell'emergenza e le modalità con cui è stata gestita la funzione di tutela, nonché i rapporti con i minori stesse con gli operatori delle strutture nella specifica realtà prodotta dalla pandemia;

- la seconda concerne un aspetto che sembra essere rimasto in ombra nelle risposte, e cioè se siano state coinvolte, ed eventualmente con quale ruolo, le associazioni di immigrati. Onde evitare equivoci interpretativi, si precisa che il riferimento non è alle organizzazioni che svolgono attività a favore degli immigrati, bensì alle associazioni etniche che negli ultimi anni hanno visto una certa proliferazione.

Per quanto concerne, invece, lo specifico del lavoro professionale con gli immigrati si è già accennato al tema della formazione e dell'organizzazione dei servizi che chiamano in causa, da un lato, le sedi formative, ma anche i Consigli regionali dell'Ordine degli assistenti sociali, dall'altro gli orientamenti della *policy* e le scelte di politiche sociali cui gli assistenti sociali hanno il dovere di contribuire.

Poiché nella ricerca molto ha riguardato gli assistenti sociali impegnati nelle strutture di accoglienza, merita in queste conclusioni una riflessione sul loro ruolo, non definito con precisione in alcun documento istituzionale, tranne il seguente breve riferimento nel manuale operativo delle strutture appartenenti al sistema Siproimi:

L'assistente sociale è una figura importante per la definizione/individuazione degli elementi di contesto, nei quali inserire l'intervento di accoglienza. Per competenze professionali l'assistente sociale è in grado di mettere il beneficiario nella condizione di poter esprimere i propri bisogni. Allo stesso tempo consente di facilitare il rapporto con i servizi del territorio, conoscendone la normativa di riferimento e le possibilità (e modalità) di accesso da parte dei beneficiari (Ministero dell'Interno e ANCI, 2018, p.10).

Se questa declaratoria può essere adeguata al sistema pubblico, per lo più organizzato in strutture di piccola entità, non trova altrettanta applicabilità nelle altre tipologie di accoglienza (come ad esempio i Centri di Accoglienza Straordinari-CAS), dove i professionisti stanno svolgendo funzioni varie e non necessariamente proprie. A questo proposito può essere interessante richiamare l'esperienza condotta dal Consiglio regionale dell'Ordine assistenti sociali Piemonte che, nel 2017, ha istituito un gruppo di lavoro con assistenti sociali impegnati nelle strutture per richiedenti protezione internazionale, proprio con l'obiettivo di provare a tratteggiare il profilo del professionista in questi contesti residenziali. Dal coinvolgimento di circa trenta assistenti sociali e dalle loro esperienze è emerso un quadro molto variegato sulle funzioni: da quelle di coordinamento e responsabilità a quelle di esclusivo rapporto con gli ospiti, passando da attività esclusivamente legate con le istituzioni e con i servizi del territorio al divieto di intrattenere rapporti in questo ambito. Si è rivelato, inoltre, che in particolare nei CAS difficilmente gli assistenti sociali, nella grande maggioranza neoabilitati e precari, sono riusciti a contrastare le richieste improprie dei datori di lavoro, anche a fronte di mandati espliciti e francamente irrealistici, come ad esempio quella di trovare posti di lavoro per inserire duecento ospiti. Si tratta di strutture di accoglienza che appaiono scarsamente professionalizzate e, quindi, poco orientate a riconoscere le specificità delle figure socio-educative, contrariamente a quanto avviene per quelle sanitarie.

Indipendentemente dalla gestione dell'emergenza sanitaria, appare opportuno sottolineare la necessità della definizione di un profilo dell'assistente sociale nella specificità di queste strutture, al fine di disporre di mandati istituzionali chiari e coerenti con quello professionale. Quest'ultimo richiede un impegno da parte della comunità del servizio sociale la cui riflessione sul punto appare ancora acerba.

Riferimenti bibliografici

- Allegri E. (2015), *Il servizio sociale di comunità*, Carocci, Roma.
- Ambrosini M. (2005), *Sociologia delle migrazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Ambrosini M. (2019), *Migrazioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Barberis E., Boccagni P. (2017), *Il lavoro sociale con le persone immigrate*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- Barberis, E. (2009), “La dimensione territoriale delle politiche per gli immigrati”, in Kazepov Y., a cura di, *La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia*, Carocci, Roma.
- Bauman Z. (2016), *Stranieri alle porte*, Laterza, Bari.
- Bifulco L. (2015), *Il Welfare locale*, Carocci, Roma.
- Cesareo V. (a cura di) (2017), *Welfare responsabile*, Vita e Pensiero, Milano.
- Cesareo V., Pavesi N., a cura di (2019), *Il Welfare responsabile alla prova. Una proposta per la società italiana*, Vita e Pensiero, Milano.
- Ciaffi D., Parisi F., Patti M. (2018), *Migrazioni. Diritto e società*, CEDAM, Padova.
- De Vita R. e Berti F., a cura di (2004), *Identità multiculturale e multireligiosa. La costruzione di una cittadinanza pluralistica*, FrancoAngeli, Milano.
- Di Rosa R.T. (2017) “Politiche, servizi e migranti: questioni aperte sull’immigrazione”, *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1: 121-31.
- Dellavalle M. (2000), “Fascino e responsabilità dello scrivere nel Servizio Sociale”, *La Rivista di Servizio sociale*, 4: 4-18.
- Dellavalle M. (2012), Valutare e sostenere la genitorialità in contesti interculturali. La prospettiva del servizio sociale, *Minori e Giustizia*, 2:71-9.
- Folgheraiter F. (2006), *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Erickson, Trento.
- Fondazione ISMU (2019), *Venticinquesimo Rapporto sulle migrazioni 2019*, FrancoAngeli, Milano.
- Gazzi G. (2018), *Comunicato stampa*. Testo disponibile al sito <https://www.cnoas.it>.
- Lazzari L. (2015), *La sfida dell’integrazione. Un patchwork italiano*, Vita e Pensiero, Milano.
- Ministero dell’Interno (2015), *Immigrazione: improprio parlare di emergenza, è un fenomeno strutturale*. Testo disponibile al sito <https://www.interno.gov.it/it/notizie/immigrazione-improprio-parlare-emergenza-e-fenomeno-strutturale>, consultato il 09/09/2020.
- Ministero dell’Interno e ANCI (2018), *Manuale operativo per l’attivazione e la gestione di servizi di accoglienza integrata in favore di richiedenti e titolari di protezione internazionale e umanitaria*. Testo disponibile al sito <https://www.siproimi.it/wp-content/uploads/2018/08/SPRAR-Manuale-Operativo-2018-08.pdf>, consultato il 26/08/2020.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (2020), *Report mensile minori stranieri non accompagnati (MSNA) in Italia. Dati al 31 luglio 2020*. Testo disponibile al sito <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/immigrazione/focus-on/minori-stranieri/Documents/Report-MSNA-mese-luglio-2020.pdf>, consultato il 09/08/2020.

- Pattaro D. e Nigris D. (2018), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Ponzo I., Zincone G. (2010) *Immigrati: servizi uguali o diversi?*, Carocci, Roma.
- Sau M. (2020), *L'eredità persistente: l'emergenza della cura sociale tra passato e presente*. Testo disponibile al sito <https://welforum.it/leredita-persistente-lemergenza-della-cura-sociale-tra-passato-e-presente/>, consultato il 08/09/2020.
- Simone D. (2020), *Servizio sociale e immigrazione*, in Campanini A., a cura di, *Gli ambiti del servizio sociale*, Carocci, Roma.

7. Servizi sociali e salute mentale

di Maria Patrizia Favali e Barbara Rosina

1. Il contesto di riferimento

Secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, 2013), l'espressione salute mentale presuppone uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno, esercitare la propria funzione all'interno della società, utilizzare le capacità cognitive o emozionali, stabilire relazioni interpersonali soddisfacenti e mature, partecipare ai mutamenti dell'ambiente, adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni.

In Italia la normativa di riferimento è legge 180 del 1978 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" che ha sancito la definitiva chiusura dei Manicomi e nella quale l'attenzione era ai diritti civili universali, alla necessità di riscatto dei malati di mente da una condizione di segregazione manicomiale (Prina, 2016, p. 311-319). La Legge 180 venne riasorbita dalla Legge 833 del 28 dicembre 1978, Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, legge di riforma non solo per la psichiatria, ma per la sanità nel suo complesso.

La normativa nazionale sulla salute mentale rimane invariata dal 1978; successivamente, i Piani sanitari nazionali e due Progetti Obiettivo, uno del 1994 ed uno del 1999 definiscono l'organizzazione delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale in forma dipartimentale, individuano il Centro di Salute Mentale, struttura sanitaria territoriale e non ospedaliera, punto centrale della cura, prevenzione e riabilitazione della malattia mentale, individuano le priorità da affrontare per favorire e tutelare la salute mentale dei cittadini, ponendo attenzione sul rischio connesso al mancato coordinamento tra le varie figure professionali.

L'assistenza psichiatrica pubblica è fornita dall'Azienda sanitaria (ASL) attraverso i Dipartimenti di salute mentale (DSM) che si occupano della

prevenzione, cura, riabilitazione del disagio psichico e dei disturbi mentali degli adulti.

La figura dell'assistente sociale è presente nel nostro Paese fin dagli anni Venti con la nascita del servizio sociale di fabbrica (Dellavalle, 2013), ma il suo inserimento nell'ambito della salute mentale ha sofferto di un significativo ritardo.

La figura, sebbene De Sanctis ne rilevasse la necessità fin dal 1929, viene chiamata ad aiutare la popolazione svantaggiata negli istituti psichiatrici solo negli anni Cinquanta.

In generale è in questo periodo che la professione si diffonde, soprattutto in seguito al riferimento all'assistenza sociale nella Costituzione. Ma è soltanto con la legge 431 del 1968 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica" che l'assistente sociale è prevista non solo nell'Ospedale Psichiatrico, ma anche nei servizi territoriali, di nuova istituzione.

Il servizio sociale nella salute mentale, attraverso azioni specifiche nell'ambito dei programmi di cura, riabilitazione e prevenzione permette di contribuire al sostegno delle persone nella gestione della vita quotidiana con particolare attenzione alla crescita personale, agli aspetti di autonomia, al percorso riabilitativo, alla tutela dei diritti, al coinvolgimento dei sistemi delle reti primarie (Sanicola, 2009). Anche nel lavoro di promozione della cultura dell'inclusione e dell'accoglienza può assumere un ruolo importante (Spisni, 2013).

La presenza dell'assistente sociale nei dipartimenti di salute mentale non è sempre garantita: in linea generale è possibile affermare che, quando è presente nell'équipe interprofessionale, è inserita soprattutto nei Centri di Salute Mentale. Gli assistenti sociali collaborano con differenti professionisti interni ai DSM, medici psichiatri, psicologi, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, terapisti occupazionali, operatori socio-sanitari, e concorrono all'elaborazione dei progetti terapeutici.

Hanno inoltre numerosi contatti con assistenti sociali anche non appartenenti alla stessa azienda sanitaria, con operatori di altri Enti, con il volontariato, l'associazionismo, l'autorità giudiziaria al fine di garantire il lavoro di rete.

La storia della psichiatria italiana è caratterizzata da tensioni e conflitti tra i diversi attori sociali come prima della riforma si ritrovano dialettiche e interessi spesso divergenti, fratture e conflitti tra soggetti istituzionali. Non deve inoltre essere sottovalutata la separazione tra competenze e responsabilità ed un quasi completo disinteresse politico che, ancora oggi, sottrae tale problema alla vista.

Si segnala inoltre la continua pressione tra richieste contrapposte: la richiesta di contenimento della spesa attraverso la contrazione delle risorse e

la legittima richiesta dei cittadini e di altre figure professionali che si aspettano soluzioni a problemi diversificati e complessi (Rosina, 2018).

Per la professione, come per le altre che fanno parte del sistema di tutela della salute, si osserva il rischio del dover agire interventi di aiuto, sostegno e protezione in una continua ridefinizione dei livelli di rischio. I diversi mandati degli operatori, istituzionale, professionale, sociale (Gui, 2008) possono dare indicazioni diverse e, a volte, contraddittorie: il mandato istituzionale può richiedere di realizzare interventi assistenzialistici, standardizzati, limitati a situazioni di gravità mentre, al contempo, il mandato professionale orienta l'azione dell'assistente sociale in termini personalizzati verso la promozione del cambiamento.

Nella sua forma più estrema, la distanza tra mandato professionale e mandato istituzionale può orientare alcuni professionisti verso una prestazione lavorativa di tipo esecutivo-burocratico, priva di personalizzazione (Pregno e Rosina, 2012, p. 50).

L'affidamento della tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni che ha disegnato un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliato il ruolo e le competenze delle autonomie locali a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, ha fatto sì che i servizi di salute mentale del territorio italiano siano caratterizzati da una grande eterogeneità (Rosina, 2020).

A tale eterogeneità dei modelli organizzativi e delle politiche locali deve aggiungersi una ridotta riflessione in letteratura sul ruolo del servizio sociale professionale della salute mentale: l'assunzione del ruolo si caratterizza quindi per valutazioni personali del singolo operatore che, anche a causa del ridotto numero rispetto agli altri professionisti dell'équipe si trova ad operare delle scelte di campo occupandosi di alcuni aspetti dei percorsi riabilitativi, spesso quelli connessi all'inserimento ed al reinserimento lavorativo, il sostegno alle famiglie, le procedure connesse alle misure di limitazione della capacità giuridica, meno frequentemente di situazioni di sostegno alla genitorialità, connesse a procedimenti penali per autori di reato, problematiche correlate all'interazione tra patologie psichiatriche e patologie croniche, legate ai fenomeni di invecchiamento della società oppure a difficoltà legate ai fenomeni migratori. Inoltre spesso l'intervento sociale, attivato da altri professionisti, non presenta la tempestività che sarebbe auspicabile, ma frequentemente viene richiesto dopo molti e reiterati interventi sanitari (Tilli e Favali, 2018).

In ultimo, non deve essere sottovalutato il rischio che per l'assistente sociale, che in collaborazione con la componente dirigenziale del personale sanitario è spesso affidato anche il compito di assumersi responsabilità tipiche

delle aziende quali la gestione del budget, le valutazioni su risorse, risultati, efficacia, efficienza, economicità e competitività, possa generarsi una situazione di confusione tra funzioni manageriali-gestionali e funzioni professionali quanto un aumento dei tempi connessi ad aspetti burocratici e procedurali (Gaboardi, 2012).

2. I bisogni emersi e la risposta degli assistenti sociali e dei servizi

Il quadro che emerge dalla survey, a cui hanno risposto 1100 assistenti sociali provenienti da tutte le Regioni italiane che hanno dichiarato di occuparsi prevalentemente di salute mentale, non trova significative differenze territoriali e converge sostanzialmente in modo analogo su bisogni emersi, possibili impatti della pandemia e risposte di assistenti sociali e servizi.

Alcuni dei bisogni che vengono segnalati per le persone con problemi di salute mentale riguardano tutta la popolazione: bisogno di normalità, di riprendere le proprie abitudini e di certezze. Riferiscono gli assistenti sociali, rispondendo al questionario, che le persone con problemi di salute mentale con cui sono in contatto esprimono il bisogno «di avere una data, la risposta alla domanda «Quando finirà?» e «la necessità di risposte chiare, semplici e precise a domande che nascono dalla paura e dallo smarrimento imperverante». Si può affermare, senza timore di essere smentiti, che molti di noi si sono posti domande analoghe e la percezione soggettiva di preoccupazione ha avuto ampie conferme dalle ricerche effettuate nel mondo: nel Regno Unito più dei due terzi degli adulti riferiscono preoccupazione per gli effetti della pandemia sulle loro vite (Marshall *et al.*, 2020), in Italia nel mese di aprile il 90% del campione si è dichiarato molto o abbastanza preoccupato per la diffusione del virus, come si evince dal XII rapporto sulla sicurezza in Italia e in Europa a cura dell'Osservatorio europeo sulla sicurezza.

Anche per quanto riguarda i bisogni di beni materiali, in particolare cibo, farmaci, pagamento delle bollette, tale esigenza è condivisa da una buona fetta della popolazione sia per motivi economici, sia per la necessità di aiuti esterni per l'acquisto e la consegna. In questo ambito i problemi economici vengono associati all'interruzione dei tirocini e al conseguente corrispettivo economico, ma anche all'impossibilità di effettuare lavori irregolari o di accedere ad aiuti economici di enti benefici. Nel caso dell'acquisto e consegna si tratta del venir meno del supporto della rete primaria, dei familiari, come è avvenuto in tanti contesti e per vari target di popolazione svantaggiata.

I bisogni che possiamo considerare specifici per questa fetta della popolazione attengono all'ascolto, al supporto, alla assicurazione: termini che si

ripetono in moltissime delle risposte. Sono termini che rimandano al rapporto che si instaura tra il “paziente psichiatrico”, la sua famiglia, il servizio e gli operatori della salute mentale: relazione che da una parte risulta essenziale per i percorsi di cura, dall’altra rischia di «promuove dipendenza, paternalismo e maternalismo» (Carozza, 2006, p. 399).

Come è noto la situazione sanitaria ha comportato una rimodulazione degli interventi, anche se i servizi di salute mentale su tutto il territorio nazionale non hanno chiuso, hanno però limitato le attività in presenza sia ambulatoriali, sia domiciliari e molte delle attività riabilitative sono state interrotte: ad esempio i centri diurni hanno chiuso o limitato gli accessi, sono stati interrotti i tirocini presso aziende, sono state rimodulate le attività presso le strutture residenziali o gli appartamenti.

Anche in questo settore, come purtroppo in molti altri, gli assistenti sociali lamentano l’assenza o la scarsità dei DPI, ma soprattutto sottolineano che «la difficoltà maggiore è riuscire a conciliare la tutela dell’operatore/utente in merito al rischio di contagio e la necessità di interventi a sostegno delle persone che necessitano di supporti continuativi che non possono trovare sostegno a mezzo telefono o con un breve colloquio». Per molti si profilano scelte difficili, in alcuni casi considerate proprio dilemmi etici: viene descritta come problematica sia l’individuazione di interventi in presenza non derogabili, sia la loro interruzione ove ci siano sospetti di contagio degli assistiti.

È da rilevare a mio avviso la presenza di dilemmi etici nella scelta tra la propria incolumità personale ed il “bene” delle persone in cura. Una sorta di accentuazione della frizione tra mandati ed il proprio individualismo e la tutela (anche della salute fisica) dei propri congiunti dai quali si torna dopo intere giornate vissute in situazioni di rischio reale di contagio.

Non so se definirlo un dilemma etico, ma mi è costato molto sospendere un intervento riabilitativo domiciliare in favore di un utente, privo di rete familiare, a causa di una febbre che ha fatto scattare la quarantena domiciliare con conseguente impossibilità di visita da parte dei nostri operatori.

All’interno di questo scenario ci si interroga anche se attivare o meno certi interventi (si tratta soprattutto di inserimenti residenziali) e in considerazione delle forzate, anche se necessarie interruzioni dei percorsi di cura si esprime preoccupazione per l’impatto che possono avere sulle persone che li stavano seguendo.

Per alcuni assistenti sociali è difficile far comprendere a tutti la necessità di adeguarsi alle restrizioni, «riuscire a far comprendere le direttive restrittive (...), in particolare il “rimanere a casa” reinterpretato dagli utenti come

“arresti domiciliari”». E sembra infatti impossibile farne comprendere la necessità ad esempio all’anziano ospite di una casa di riposo «fortemente restio a conformarsi alle regole dei vari decreti e ordinanze».

Dopo diversi tentativi e interventi posti in essere anche dalle forze dell’ordine, la persona è stata lasciata libera di autodeterminarsi. È pertanto rimasto per strada. Chiaramente è stato segnalato per inserimento in un dormitorio dove con molta probabilità ripeterà il medesimo comportamento. La situazione è stata posta all’attenzione del Giudice Tutelare per una limitazione della libertà personale per bilanciare l’esigenza di protezione sua e degli altri.

In alcune situazioni gli assistenti sociali riferiscono anche di aver chiesto l’attivazione di protocolli di emergenza per impedire le uscite, attraverso l’intensificazione della vigilanza e l’eventuale supporto delle autorità di polizia. Riemerge con forza il tema della capacità di autodeterminarsi delle persone con problemi di salute mentale, della libertà individuale e del confine a volte incerto tra legittime scelte individuali e necessità di tutela; in queste situazioni gli assistenti sociali che hanno risposto al questionario sembrano aver chiaro quanto previsto dal Codice Deontologico.

L’assistente sociale riconosce che la capacità di autodeterminarsi della persona può essere ridotta a causa di condizioni individuali, socio-culturali, ambientali o giuridiche. In queste situazioni, promuove le condizioni per raggiungere il miglior grado di autodeterminazione possibile e, quando ciò non sia realizzabile, si adopera per l’adeguata segnalazione all’Autorità Giudiziaria, affinché siano attivati gli opportuni interventi di protezione e di tutela. (C.D. IV, 27).

Soprattutto però molti assistenti sociali si rammaricano di «dover dire ai pazienti l’esatto contrario di quello che di solito diciamo: innalzare barriere con il mondo esterno anziché superarle, mantenere le distanze anziché accorciarle».

Il tema della solitudine di chi è già solo emerge con forza dalle risposte al questionario, consapevoli che per persone che vivono già in condizioni di ritiro sociale «il rischio del contagio aggrava questa tendenza». Per alcuni, al contrario, fa emergere il «bisogno di sentirsi parte di un qualcosa di più ampio, come un gruppo sociale». Un assistente sociale rileva «il venire meno di una modalità prima consueta di strutturazione del tempo, riferimenti relazionali, con un impoverimento ulteriore della situazione di solitudine». Molte delle risposte sottolineano che in alcuni casi l’isolamento espone a seri rischi di salute, infatti la già nota correlazione negativa tra isolamento e salute mentale è evidenziata in articoli pubblicati in questi mesi sul tema.

La pandemia e le relative misure di contenimento - vale a dire quarantena, distanza sociale e l'autoisolamento, possono avere un impatto dannoso sulla salute mentale. In particolare, l'aumento della solitudine e la riduzione delle interazioni sociali sono fattori di rischio ben noti per molti disturbi mentali, inclusa la schizofrenia e la depressione maggiore (Fiorillo e Gorwood, 2020, p. 1).

Non esistono ancora studi sistematici sugli effetti dell'emergenza sanitaria sulle persone con disturbi mentali (Talevi et al, 2020), ma istintivamente chi ha risposto al questionario si interroga sui possibili impatti. Da una parte emergono le preoccupazioni per contraccolpi negativi: troviamo termini quali malessere, senso di instabilità ed incertezza, ansia, senso di abbandono, panico, scompensi psicotici e ripetuti ricoveri.

Sono chiusi gli spazi aggregativi, ridotti all'osso gli interventi domiciliari e le visite mediche solo in caso di importante scompenso. Le persone sono smarrite, confuse, intrappolate in 4 mura senza trovare conforto da quegli operatori e dalla routine che dava un senso alle loro giornate.

Dall'altra, però, alcuni assistenti sociali sottolineano una buona resilienza, del resto i limiti imposti «per gran parte dell'utenza sono condizioni comuni nella loro esistenza».

Alcuni utenti si stanno rendendo conto di quante risorse già possiedono. Hanno bisogno delle nostre conferme in questo senso e del sostegno necessario per riuscire a guardare avanti.

Per completezza va ricordato che emergono anche altri effetti dannosi dell'isolamento sociale, quali il riemergere della conflittualità all'interno dei nuclei familiari costretti in modo coatto a condividere spazi. Un assistente sociale esprime la sua «preoccupazione per le convivenze già difficili che non possono avere spazi/tempi di decantazione e pertanto a rischio di esplosioni anche violente».

Come nella maggioranza degli ambiti sociosanitari, gli assistenti sociali insieme all'équipe multiprofessionale riferiscono di aver riorganizzato gli interventi, per lo più sostituendo gli incontri in presenza con telefonate o videochiamate, al fine di mantenere attiva la relazione operatore/utente attraverso canali di comunicazione spesso non usuali. Del resto, anche la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (2020) raccomanda di programmare contatti telefonici che hanno «la funzione di mantenere una continuità terapeutica e relazionale con il paziente e i suoi familiari e di proseguire per quanto possibile gli interventi in atto». Si cercano «nuove modalità per far sentire la propria presenza ed empatia alle persone nonostante la distanza di sicurezza

da mantenere» per orientare le strategie di fronteggiamento e sostenere, valorizzando, la resilienza. È necessario «trovare strategie alternative per mantenere il più possibile la routine quotidiana pur adempiendo correttamente alle restrizioni agli spostamenti». È presente però la consapevolezza dei limiti, dei pericoli, delle possibili disuguaglianze all'accesso di fasce svantaggiate della popolazione.

Come ci ricordano Louis Allwood e Andy Bell (2020),

Le organizzazioni stanno sviluppando nuovi modi per accedere al supporto per la salute mentale in modo sicuro da casa, e i professionisti stanno sviluppando e offrendo supporto in linea. Tuttavia, c'è un pericolo che questa trasformazione del servizio possa ampliare il digital divide e rendere l'accesso ai servizi ancora più difficile per i più svantaggiati (Allwood e Bell, 2020, p. 5).

Molti centri si organizzano in modo da rendere i contatti capillari e sistematici.

Fare un elenco di tutte le persone che necessitano di un costante monitoraggio, specificando le priorità, “spuntando” giorno per giorno le telefonate/videochiamate che si è riusciti a effettuare, prendendo nota della situazione ed eventualmente dell'opportunità di incrementare i contatti laddove si profila un rischio maggiore (di abbandono, solitudine, depressione, crisi dei rapporti familiari, disagio economico, etc).

Secondo molte delle risposte al questionario, queste iniziative ricevono il favore degli utenti e sono messe in evidenza reazioni positive.

Quando ricevono la chiamata sono molto ben predisposti a parlare e molto grati per il fatto di essere stati pensati dall'operatore /servizio.

Sono però annotate anche le criticità:

Se pur telefonate e video-chiamate siano importantissime in questo periodo non possono sostituire il contatto diretto.

La principale difficoltà incontrata è il mantenimento del rapporto di collaborazione e dialogo che solitamente si instaura e si coltiva con l'utente: per quanto la presenza telefonica e, con chi può, anche la videochiamata si sono rivelate non solo fondamentali ma anche funzionali sopra le aspettative, non possono sostituire il contatto in prima persona e il supporto che da esso può derivare, specialmente per gli ambiti della disabilità e della salute mentale.

In alcuni contesti si opera per mantenere anche i rapporti tra pari, si mol-

tiplicano pagine dedicate, chat di gruppo, corsi *online*, visione di film con successiva condivisione di gruppo in video-conferenza.

Nelle risposte si fa riferimento alle modifiche nel lavoro con gli altri servizi e al lavoro d'équipe, risultanti dall'introduzione di modalità telematiche di comunicazione; accanto ad alcune sottolineature critiche molti ne menzionano gli aspetti positivi, anche per il post pandemia, l'uso della tecnologia si intuisce potrebbe aumentare la collaborazione.

In questi giorni di chiusura è più facile sentire gli operatori degli altri servizi, meno coinvolti in uscite, riunioni etc. È stato possibile riattivare dei confronti costruttivi, fermarsi a parlare e provare a pensare insieme agli interventi più utili, ridando valore allo spazio per il lavoro di rete.

Rispetto al lavoro d'équipe si giustappongono due posizioni: accanto a coloro che fanno notare come l'emergenza ha esacerbato vecchie difficoltà, quali la «chiusura nei ruoli» e la «mancanza condivisione di un progetto comune» si rintracciano commenti che sottolineano l'importanza delle molte sfaccettature che l'équipe assume:

In una situazione come questa il lavoro in équipe diventa anche supervisione e aiuto per fronteggiare situazioni di sconforto e impossibilità all'agire che non dipendono dalla nostra volontà.

Nei contesti residenziali, la presenza degli operatori è stata sempre costante e si è affrontata con impegno, con flessibilità, ma anche con fatica la nuova condizione, conseguente alle restrizioni. Si descrivono le modalità adottate per affrontare il quotidiano: «in comunità abbiamo con successo adottato slogan, mantra, filastrocche che esplicitano la distanza come amica della salute di tutti». Ma si esplicitano anche le tante difficoltà incontrate e contrastate:

Il continuo “stare insieme” ha scatenato conflitti quindi si è lavorato sulla relazione conflittuale considerando nuove regole per la costruzione di equilibri.

Ma proprio per il lavoro sociale nelle strutture residenziali si evidenzia il maggiore rischio del non riconoscimento del nostro apporto professionale all'interno della salute mentale. Più di un assistente sociale, che opera per lo più in strutture residenziali, fa presente che a causa del «mancato riconoscimento professionale, nonostante le esigenze dei pazienti dovute alla loro fragilità e all'impatto sociale del COVID-19 nelle loro vite, il Servizio Sociale è stato l'unico servizio chiuso in tutta la struttura senza alcuna possibilità di negoziazione con la direzione sanitaria».

Accanto a queste situazioni più estreme, serpeggia spesso nelle risposte una generalizzata difficoltà di riconoscimento professionale in tale ambito, di cui molti sottolineano con forza l'appartenenza sanitaria. L'emergenza come tutte le crisi del sistema mette in risalto i nodi irrisolti.

Nell'ambito della salute mentale in generale il ruolo del servizio sociale professionale è sostanzialmente poco definito. Dopo gli "anni d'oro" della deistituzionalizzazione in cui era importante la letteratura di servizio sociale si è assistito ad anni di stasi dal punto di vista della riflessione. Il ruolo del servizio sociale professionale è spesso definito dai singoli professionisti, l'organizzazione non definisce indicatori, competenze, specifiche professionali. Se questa è la situazione in "tempo di pace" nella situazione attuale è facile comprendere come non vi siano indicazioni specifiche e quindi sia maggiore il carico del professionista che si trova a doversi in qualche modo reinventare "in solitudine" l'attività pur nella collaborazione con le équipe multiprofessionali.

Molti lamentano l'assenza di linee guida professionali, assenza che ha consentito che «ognuno di noi risponda alle richieste in maniera differente sicuramente agendo secondo i principi professionali». Infatti non mancano alcuni riferimenti a interventi che mettendo in atto i principi e i metodi del servizio sociale hanno co-costruito risposte creative ai bisogni dei cittadini. Come la situazione di due donne ricoverate in SPDC (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura), tra cui nasce un legame solidaristico; ci racconta l'assistente sociale che, quando risulta impossibile trovare un alloggio adeguato per una delle due donne (quella senza fissa dimora) e inserire l'altra, la più anziana, in RSA (Residenza Sanitaria Assistita), il suo intervento si concentra sulla possibilità che l'anziana donna rientri in famiglia con la presenza e l'aiuto dell'altra. La soluzione individuata sortisce l'effetto sperato, infatti «l'anziana si trova ora a casa accudita dal marito e sembra stia superando la fase critica. L'altra ha trovato un tetto sicuro, una famiglia che le vuole bene».

L'altro grande assente risulta essere un piano delle emergenze, che preveda anche una formazione specifica. Un'assistente sociale ribadisce la propria «fatica professionale e personale nell'affrontare questa situazione, non ritenendomi sufficientemente preparata/formata rispetto alla gestione dell'emergenza attuale, data la forte complessità e criticità che la caratterizza».

Ma non va dimenticato che la rilevazione si colloca nei primi mesi della pandemia, che ha colto impreparati anche gli assistenti sociali, come tutti i professionisti. Ora si tratta di ripartire dalla consapevolezza di ciò che è mancato e farne tesoro per il futuro. Infatti molti assistenti sociali invocano la «progettazione di un lavoro di ricerca rispetto ai bisogni espressi da utenti, famiglie e servizi in questa fase, finalizzato ad affrontare la realtà sociale e

le ripercussioni sociali sul medio lungo periodo», ma anche un piano che metta in campo le indicazioni del servizio sociale di comunità. Come ci ricorda Elena Allegri, il servizio sociale di comunità concorre allo sviluppo della comunità «promuove iniziative con la collettività e collega persone e gruppi tra loro perché intraprendano azioni utili a fronteggiare problemi e conflitti comuni.» (Allegri, 2015, p. 47).

La comunità purtroppo risulta assente dalla stragrande maggioranza delle risposte, nonostante sarebbe necessario, come afferma un assistente sociale, «affrontare quotidianamente le incertezze e le paure non solo dell'utenza nota ma anche delle persone della comunità e che confidano nella nostra presenza».

Nello specifico ambito della salute mentale, il mancato richiamo al lavoro per e con le comunità mostra alcune evidenti criticità. Infatti, cercare risposte soltanto ai bisogni di singoli o di famiglie ripropone un approccio legato alle mancanze individuali, invece di promuovere una cultura delle risorse e delle capacità (Allegri, 2015). Inoltre, trascura un intervento a più ampio respiro che consideri gli accresciuti bisogni di salute mentale della popolazione (IACS, 2020). Infine rischia di dimenticare uno dei principali assiomi alla base della riforma e del sistema dei servizi di salute mentale, ovvero «imparare a vivere nel rispetto e nell'apertura, credere nella pluralità ancor più che nell'integrazione» (Babini, 2009, p. 294), obiettivo raggiungibile solo con un lavoro proattivo sul territorio.

Sappiamo che anche questo è un nodo irrisolto e che questa potrebbe essere l'occasione per affrontare le questioni controverse relativamente alla posizione dell'assistente sociale in salute mentale; condividiamo la volontà di «pensare la contingenza della pandemia quale evento critico che permette di riconoscere gli assetti collusivi che organizzano l'intervento in questi servizi e di individuare possibili linee di sviluppo che orientino la riorganizzazione del lavoro» (Arienzo *et al.*, 2020, p. 11).

Del resto, come ci ricorda Olivetti Manoukian,

Viviamo una fase potenzialmente feconda, dove la rottura delle routine prodotta dall'epidemia apre a una fase di riconfigurazione delle pratiche lavorative e organizzative (Manoukian, 2020, p.6).

Nel caso dell'intervento sociale in salute mentale si tratta di riappropriarsi dello spirito della legge 180 e mutuando le parole di Basaglia, pronunciate nella celebre intervista rilasciata a Zavoli e presente nel documentario "I giardini di Abele" (1968), essere interessati non alla malattia, ma alla persona. La persona va sostenuta, come teorizza il *capability approach* di Amartya Sen (2000), a fare e a essere ciò che ritiene importante. Tale approccio

mostra significative analogie con il concetto di recovery, orientamento che spinge gli utenti a riprendere in mano la propria vita, ad assumersi la responsabilità delle proprie scelte, a rafforzare le reti sociali e il raccordo con la comunità locale. Tutti questi aspetti attengono al lavoro sociale e al mandato professionale dell'assistente sociale, si tratta di metterli nuovamente al centro della nostra pratica professionale (Tilli e Favali, 2018).

3. Prospettive future

Come afferma l'Istituto Superiore di Sanità (ISS),

Durante eventi epidemici vi è un elevato rischio di sviluppare disturbi d'ansia, depressione, comportamenti auto ed etero-aggressivi. Le misure di contrasto si associano a maggior rischio di abuso di alcool e sostanze, violenza domestica, e abusi sui minori. Aumentano inoltre vari fattori di rischio psicosociale come stress economico, disoccupazione, lutto, perdita del ruolo e del lavoro, rottura delle relazioni (ISS, 2020, p. 4).

Relativamente alla situazione sperimentata in questi mesi di emergenza, le analisi fino ad ora effettuate evidenziano un incremento di persone con sintomi da stress post-traumatico, ansia severa e insonnia. Emerge inoltre una differenza sulle cause dei disturbi d'ansia: mentre nel periodo di isolamento il trattamento era legato alla paura del contagio, al timore di uscire o di rimanere isolati nella fase attuale le preoccupazioni sono legate alle difficoltà economiche (Rossi *et al.*, 2020).

Come sottolinea l'Istituto Superiore di Sanità (2020), le informazioni e le analisi sono ancora poche e si apre una fase nella quale occorrerà incrementare le conoscenze sull'impatto della pandemia sulla salute mentale delle persone. Le indicazioni nazionali oggi disponibili prevedono la programmazione di azioni che consentano di monitorare la frequenza di ansia, depressione, atti autolesivi, ideazione suicidaria, suicidi e altre condizioni mentali per meglio comprenderne i correlati e i fattori di rischio, come il peggioramento delle condizioni socio-economiche e l'isolamento.

Le azioni di sorveglianza e monitoraggio dovranno riguardare la popolazione generale ma con una maggiore attenzione per le persone più vulnerabili e a rischio e riteniamo che questo lavoro dovrà necessariamente coinvolgere anche il servizio sociale professionale.

Relativamente alle indicazioni ottenute attraverso la survey, è possibile cogliere nel paragrafo precedente come gli assistenti sociali italiani occupati nell'ambito della salute mentale abbiano incontrato nella quotidianità dell'e-

esercizio professionale nel periodo di emergenza sanitaria le problematiche segnalate anche a livello internazionale relativamente ai rischi connessi all'isolamento ed al cosiddetto distanziamento sociale.

Fra i vissuti psicologici più frequentemente citati possiamo individuare, in linea con la letteratura (CSTS, 2020), frustrazione e noia legati alla privazione della possibilità di portare avanti le proprie abitudini, riduzione dell'offerta di servizi e incremento delle difficoltà di accesso, insufficienti o contraddittorie informazioni da parte delle istituzioni, confusione sulle motivazioni del *lockdown*, progressiva esacerbazione delle difficoltà a causa del protrarsi del periodo di isolamento, paura del contagio o di contagiare i propri congiunti.

Anche i fattori di stress corrispondono a quelli evidenziati in letteratura: riduzione del reddito, incremento dello stigma sociale in categorie particolari, come quella delle persone affette da malattia mentale, difficoltà nel riavvicinamento alle abitudini precedenti. La letteratura suggerisce che storie di malattia mentale sono maggiormente correlate con situazioni di stress connesse a situazioni di emergenza e le persone affette da patologia psichiatrica necessitano di un supporto particolare durante il periodo di isolamento; dal punto di vista degli interventi attivati (Brooks *et al.*, 2020) è possibile affermare che vanno tutti nella direzione di promuovere una forma di benessere psicologico anche durante l'isolamento. Emergono dalla survey l'attenzione ad utilizzare la comunicazione interpersonale come forma di intervento, la scelta di una terminologia chiara, comprensibile, adeguata al livello di comprensione della persona in alcune situazioni limitata dalle caratteristiche del quadro psico-patologico, rassicurante in modo da favorire un adattamento alla situazione.

Ulteriori esperienze evidenziate mettono in luce l'obiettivo di favorire il confronto con altre persone in isolamento, anche attraverso l'utilizzo della tecnologia, per ridurre il vissuto di solitudine, attività di programmazione di compiti nella giornata in modo da mantenere una routine quotidiana, monitoraggio dell'utilizzo dei social network consapevoli del rischio di una sovraesposizione alle notizie che possono incrementare i livelli di ansia.

Un ulteriore ambito di attenzione è quello della cura di sé che viene verificato attraverso il controllo sulla soddisfazione dei bisogni di base come bere e mangiare, dormire regolarmente.

Si deve evidenziare come la situazione di emergenza sanitaria abbia messo in rilievo l'importanza di occuparsi di aspetti che quotidianamente dovrebbero trovare spazio nell'attività professionale dell'assistente sociale.

Come è noto, il disagio sociale dei contesti familiare, relazionale, lavorativo è spesso associato alla malattia mentale. In considerazione di tale assunto sono sempre necessari interventi che includono una costante attenzione

all'ambiente socio-familiare in cui la persona affetta da malattia mentale vive (Rosina, 2020).

È forse possibile affermare che nel corso dell'epidemia, ridotte le responsabilità di tipo gestionale/burocratico, gli assistenti sociali hanno riscoperto la dimensione della relazione individuale, del significato della vicinanza. Riteniamo auspicabile, vista la percezione condivisa dai partecipanti alla survey della rilevanza che ha assunto nella vita delle persone il sostegno quotidiano, che tale "riscoperta" indirizzi i professionisti verso una riorganizzazione delle modalità di lavoro che lasci un maggiore spazio alla dimensione relazionale.

Un secondo ambito ampiamente presente nelle risposte alla survey è quello della necessità di attenzione, spesso sottovalutata, alle difficoltà ed esigenze dell'operatore.

«Molti studi condotti in situazioni di emergenza legata alla diffusione di una epidemia evidenziano i rischi per la salute mentale degli operatori socio-sanitari impegnati in prima linea. (DoRS, 2020, p.4)». Tali rischi non possono essere sottovalutati in riferimento alla qualità dell'intervento offerto. Si pensi alle numerose situazioni di lavoro agile, avviato in situazione di emergenza, senza una chiara e condivisa filosofia di fondo. In tali situazioni, così come per il lavoro in presenza, è stato necessario porre attenzione ai propri bisogni, alla necessità di organizzazione della giornata, al rispetto di momenti di pausa, al confronto, sebbene a distanza con i colleghi, alla conciliazione dei tempi lavorativi a quelli familiari.

Nelle situazioni di lavoro in presenza numerosi assistenti sociali hanno segnalato il timore di contagiarsi e di "portare a casa" la malattia. Tale aspetto ha reso necessario un franco confronto con i propri congiunti, una maggiore attenzione alle misure di distanziamento e protezione anche in ambito familiare, la necessità di non minimizzare il rischio ma, conseguentemente, la sensazione di non avere più momenti di riposo e distensione a causa della continua attenzione prestata per evitare l'involontaria esposizione di altri al rischio di contagio.

Si deve rilevare al proposito, che sono numerose le situazioni nelle quali gli assistenti sociali hanno riferito la mancanza di dispositivi di protezione individuale, la mancanza di previsione nei documenti sul rischio all'interno degli enti delle modalità di prevenzione per le specifiche attività del servizio sociale professionale della sanità.

Se risulta chiara la necessità di accompagnamento e formazione nel periodo di emergenza, riteniamo importante evidenziare che anche nelle situazioni routinarie agli operatori della salute mentale, sono sottoposti a continui fattori di stress, dovrebbero essere forniti regolari momenti di formazione e supervisione finalizzati un «processo di riflessione critica sugli aspetti me-

todologici, relazionali, emotivi e organizzativi dell'intervento» (Allegrì, 2013, p. 684).

Sembrano emergere con maggiore chiarezza le difficoltà di riconoscimento del ruolo, delle competenze, non tanto a livello di équipe quanto sul piano macro delle organizzazioni. Quanto appreso nel periodo di emergenza ci porta ad affermare con forza il ruolo dei coordinatori dei servizi sociali della sanità e dei servizi per la salute mentale, immaginando che tali indicazioni possano essere estese a tutti i diversi ambiti.

L'istituzione del servizio sociale in sanità, così come previsto dalla legge 251/00 e successive modifiche e integrazioni, sotto la direzione di un assistente sociale, può colmare tale gap, favorendo una migliore e più funzionale definizione dell'apporto professionale degli assistenti sociali nei diversi contesti, restituendo al sistema sanitario quel completamento dei percorsi di cura in linea con gli orientamenti che riconoscono centralità ai determinati sociali della salute.

In particolare nell'area della salute mentale, come ci ricorda l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2014), i fattori di rischio sono associati alle ineguaglianze sociali, maggiore è la disuguaglianza più alta l'inequale esposizione al rischio. Pertanto, intervenire sulle condizioni di vita quotidiana riduce l'esposizione ai fattori di rischio e migliora la salute mentale.

Sia che l'operatore svolga la sua attività in presenza, sia che lavori da remoto, occorre attenzione alla prevenzione e al sostegno di situazioni di sofferenza psicologica causate dallo stress prolungato. Devono essere immaginate forme di sostegno regolari agli operatori che includano momenti di confronto individuali, garanzia di informazioni aggiornate a tutta l'équipe che possono aumentare nel professionista la percezione di controllo su quanto accade, organizzazione regolare di incontri di équipe non solo di verifica dei progetti di supporto per i cittadini che utilizzano il servizio ma anche per garantire un confronto tra pari sulle difficoltà personali e le strategie per farvi fronte (IASC, 2020).

Ancora prima dell'emergenza sanitaria, le pubblicazioni di settore segnalavano non solo la rilevanza del fenomeno di adulti affetti da patologie psichiatriche, ma anche la constatazione del loro aumento. Quando si pensa al diritto di godere di buona salute mentale lo si riconosce come un elemento cruciale per l'intera società.

Occorre interrogarsi oggi, alla luce degli studi e delle ipotesi epidemiologiche che evidenziano il rischio di crescenti vulnerabilità, rischi e patologie psichiatriche, come il servizio sociale professionale dell'area della salute mentale possa attivarsi per ridurre le disomogeneità sul nostro territorio.

Rileviamo come nelle risposte alla survey sia residuale l'ottica promozionale e comunitaria, forse perché le risposte si concentrano in un lasso tem-

porale in cui non era possibile dedicare tempo a tale aspetto. Crediamo però che sia diffusa la difficoltà di percepirsi ed operare in una dimensione collettiva e politica per gli assistenti sociali dell'area salute mentale.

In un recente articolo pubblicato su *Welforum*, Dente (2020) afferma che «per combattere efficacemente l'epidemia occorre un *community based approach* che limiti al massimo l'ospedalizzazione. Ciò comporta una trasformazione profonda del sistema durante le fasi acute della crisi».

In quest'ottica siamo convinte che l'assistente sociale del CSM debba tenere in considerazione la necessità di un maggiore lavoro di comunità attraverso la costruzione di partnership, relazioni sinergiche che consentano una condivisione di responsabilità e l'attivazione del territorio in un sistema che deve prevedere tavoli di concertazione e co-progettazione misti pubblico-privato-privato sociale-volontariato.

La complessità crescente può essere affrontata e gestita dagli assistenti sociali che, forti del processo di accademizzazione e professionalizzazione, hanno gli strumenti teorici, metodologici, culturali, deontologici per essere attivatori di percorsi, protagonisti di una nuova riflessione sulla malattia mentale e sulle strategie di cura, riabilitazione, prevenzione (Rosina, 2018).

In linea con quanto afferma Dente, anche nello specifico della salute mentale il recente rapporto dell'Istituto superiore sanità, Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 evidenzia «l'urgenza della promozione di un programma di tutela della salute mentale della popolazione sottoposta a misure drastiche di contrasto all'infezione da SARS-CoV-2 che abbia le caratteristiche proprie di un programma di promozione di salute pubblica, non limitato perciò a interventi settoriali di "assistenza psichiatrica"».

Condividiamo quanto ribadito dall'ISS, ricordando che lo scopo di promuovere e tutelare la salute mentale è affidato per missione e dalla Legge ai Dipartimenti di Salute Mentale del Servizio Sanitario Nazionale e pertanto tale programma di promozione deve essere strutturato e portato avanti in questo ambito.

La riscoperta della dimensione relazionale, l'attenzione al benessere dell'operatore, una strutturazione organizzativa del servizio sociale in sanità e un rinnovato interesse per la promozione e il lavoro di comunità sono a ben vedere aspetti che dovranno essere traghettati oltre l'emergenza sanitaria. Come diversi commentatori sostengono questa crisi, come tutte le crisi, può insegnarci moltissimo, se saremo in grado di mettere a frutto la lezione, capitalizzando le conoscenze acquisite e promuovendo il necessario cambiamento organizzativo. Ma il cambiamento organizzativo non può essere delegato a pochi, ma necessita di un impegno da cui gli assistenti sociali non possono esimersi (Nicoli *et al.*, 2020).

Riferimenti bibliografici

- Allegri E. (2013), *Supervisione*, in Campanini A., a cura di, *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma.
- Allegri E. (2015), *Il servizio sociale di comunità*, Carocci, Roma.
- Allwood L. e Bel A. (2020), *Covid-19: Understanding Inequalities in Mental Health during the Pandemic*. Testo disponibile al sito: <https://www.centreformentalhealth.org.uk/covid-19-inequalities-mental-health>, consultato il 01/09/2020.
- Arienzo A., Civerra A., Di Giamberardino S., Esposito O., Zanfino S. (2020), “L’intervento psicologico con la marginalità nel contesto Covid-19: Dall’agire controllo al riconoscere domande di rapporto”, *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 8, 1: 9-20.
- Babini V.P. (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna
- Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin J. G (2020), “The Psychological Impact of Quarantine and how to Reduce it: Rapid Review of the Evidence”, *The Lancet*, 395: 912–20 . Testo disponibile al sito:<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930460-8>, consultato il 03/09/2020.
- Carozza P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica*. FrancoAngeli, Milano.
- Centre for the Study of Traumatic Stress (CSTS), Department of Psychiatry, Uniformed Services University, *Psychological Effects of Quarantine During the Coronavirus Outbreak: What Healthcare Providers Need to Know*. Testo disponibile al sito: https://www.cstsonline.org/assets/media/documents/CSTS_FS_Psychological_Effects_Quarantine_During_Coronavirus_Outbreak_Providers.pdf, consultato il 05/09/2020.
- Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS). Regione Piemonte. *La salute mentale degli operatori sanitari durante e dopo la pandemia COVID-19. Quali le evidenze e le linee guida per gli interventi di supporto psicologico e psicosociale*. Testo disponibile al sito <https://www.dors.it/documentazione/testo/202005/Salute%20mentale%20operatori%20sanitari%20-%20200508.pdf>, consultato il 12/10/2020.
- Dellavalle M., (2013), *Assistente Sociale*, in Campanini A.M., a cura di, *Nuovo Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma.
- Dente B. (2020), *Dopo il Coronavirus. Che fare del sistema sanitario?* Testo disponibile al sito: <https://welforum.it/il-punto/1-un-nuovo-paradigma-per-i-servizi-sanitari/dopo-il-coronavirus-che-fare-del-sistema-sanitario/>, consultato il 04/09/2020.
- Fiorillo A. e Gorwood P. (2020), “The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice”, *European Psychiatry*, 63,1: 1–2.
- Gaboardi F. (2012), *Sanità e welfare. Teoria giuridica e teoria finanziaria*, Il Segnalibro, Torino.
- Gui L. (2008), *Tre committenti per un mandato*, in Lazzari F., a cura di, *Servizio sociale trifocale*, FrancoAngeli, Milano.

- IASC, Inter-Agency Standing Committee IASC Reference group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. *Briefing Note on Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak Version 1.0*. Testo disponibile al sito: https://siep.it/wp-content/uploads/2020/03/MHPSS-COVID19-Briefing-Note-FINAL_26-February-2020.pdf, consultato il 28/08/2020.
- Istituto Superiore di Sanità (2020), *Rapporto ISS COVID-19 n. 23/2020 Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto da epidemia COVID-19 sulla salute mentale Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19*. Testo disponibile al sito: https://www.iss.it/documents/20126/0/RAPPORTO+ISS+COVID-19+23_2020.pdf/a5d4cf5e-f4cc-072e-0c43-d14ae920a2ca?t=1589209649628, consultato il 03/09/2020.
- Marshall L., Bibby J., Abbs I. (2020), *Emerging Evidence on COVID-19's Impact on Mental Health and Health Inequalities*. Testo disponibile al sito <https://www.health.org.uk/news-and-comment/blogs/emerging-evidence-on-covid-19s-impact-on-mental-health-and-health>, consultato il 24/08/2020.
- Nicoli M.A., Pellegrino V., Rodeschini G. e Vivoli V. (2020), “Per i servizi è tempo di allargare lo sguardo”, *Animazione Sociale*, 335, 3: 16-27.
- Olivetti Manoukian F. (2020), “Se l'ultima cosa da fare è rifare ciò che facevamo prima”, *Animazione Sociale*, 335, 3: 6-15.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2013), *Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020, Dipartimento di Salute Mentale, A.A.S. n.1 Triestina*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/8/9789241506021_ita.pdf?ua=1, consultato il 02/09/2020.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2014), *I determinanti sociali della salute mentale*. Testo disponibile al sito https://www.dors.it/documentazione/testo/201707/DeterminantiSociali_072017.pdf, consultato il 03/09/2020.
- Osservatorio Europeo sulla sicurezza, (2020), *XII Rapporto sulla sicurezza in Italia e in Europa*. Testo disponibile al sito https://www.fondazioneunipolis.org/Documents/XII_Rapporto_Osservatorio_Europeo_sulla_Sicurezza.pdf, consultato il 01/09/2020.
- Pregno C. e Rosina B. (2012), “Tra sfiducia e insicurezza: strategie e strumenti del servizio sociale”, *Rivista Trimestrale di Scienza dell'Amministrazione*, 4: 47-64.
- Prina F. (2016), *I processi di implementazione delle norme: dai diritti di carta ai diritti sostanziali*, in Cottino A., *Lineamenti di sociologia dei diritti*, Zanichelli Editore, Bologna.
- Rosina B. (2018), *Il ruolo del servizio sociale prima della riforma* in atti del III convegno CISO Piemonte, 6 ottobre 2017 *Verso la riforma: dall'alienismo alla salute mentale. Gli anni '60 e '70 in Piemonte*. Kemet edizioni, Torino.
- Rosina B. (2020), *Servizio sociale e salute mentale*, in Campanini A., a cura di, *Gli ambiti di intervento del Servizio Sociale*, Carocci, Roma.
- Rossi R., Soggi V., Talevi D., Niolu C., Pacitti F., Di Marco A., Rossi A., Siracusano A., Di Lorenzo G., Olf M. (2020), “Trauma-spectrum Symptoms among the Italian General Population in the Time of the COVID-19 Outbreak”, *MedRxiv*,

- Testo disponibile al sito <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.01.20118935v1>, consultato il 04/09/2020.
- Sanicola L. (2009), *Dinamiche di rete e lavoro sociale. Un metodo relazionale*, Li-guori Editore, Napoli.
- Sen, A. (2000), *Lo sviluppo è libertà*, Mondadori, Milano.
- Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica (2020), *Istruzioni operative per le Attività dei Dipartimenti di Salute Mentale in corso di Emergenza Coronavirus*. Testo disponibile al sito <https://siep.it/wp-content/uploads/2020/03/istruzioni-operative-siep-30-03-2020.pdf>, consultato il 09/09/2020.
- Spisni L. (2015), *Servizio sociale e salute mentale*, in Campanini A.M., a cura di, *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Tilli C. e Favali M. P. (2018), “Ricerca per lavorare meglio. L’intervento di servizio sociale a favore di utenti lungo-assistiti dal dipartimento di salute mentale”. *La Rivista di Servizio sociale*, 2: 4-9.

8. Servizi per l'implementazione delle misure di contrasto alla povertà

di Alessandra Cerro, Loredana Ferrante, Nadia Laganà, Cinzia Ripa

1. L'emergenza sanitaria e la risposta istituzionale

Il 2020 è stato sconvolto da una grave emergenza sanitaria. L'Italia è stato uno dei primi Paesi ad adottare il *lockdown* nazionale come misura per contenere la diffusione del contagio, ricevendo il riconoscimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms)¹.

Per effetto del D.L. 8 marzo 2020, n. 11², sono state adottate limitazioni agli spostamenti della popolazione e la sospensione di eventi, congressi, attività ludico-ricreative ma anche educative (scuola e università), di attività sportive, dei servizi di trasporto e delle attività commerciali se non ad eccezione di quelle prettamente necessarie ad assicurare la reperibilità di beni alimentari e di prima necessità.

Una misura restrittiva così importante ha avuto forti ripercussioni sul sistema di welfare, sul sistema produttivo e sulle dinamiche del mercato del lavoro e ha riportato in primo piano la questione del sostegno al reddito delle fasce più deboli.

I dati pubblicati dalla Caritas italiana sono allarmanti. Nel periodo dal 9 al 24 aprile, la Caritas ha monitorato e mappato le fragilità e i bisogni dei territori. Dalla rilevazione nazionale è emerso che sono stati oltre 38.500 i nuovi poveri incontrati sui territori della Caritas ed è un dato certamente sottostimato in quanto riferito a circa la metà delle Caritas diocesane presenti sul territorio nazionale. È stato registrato un aumento del 105% di nuove

¹ Conferenza stampa dell'11 marzo 2020, L'Organizzazione mondiale della sanità dichiara il coronavirus pandemia in www.salute.gov.it consultato in data 08/08/2020.

² D.L. 8 marzo 2020, n. 11, Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria.

povertà, che si sommano a quelle già note, e in alcuni casi croniche. Un incremento che, pur essendo trasversale da Nord a Sud del Paese, appare più marcato nelle regioni del Mezzogiorno, dove le nuove prese in carico registrano un aumento del 153% e dove è più alto il rischio di vedere aumentare il moltiplicatore delle disuguaglianze (De Lauso, 2020), a fronte di una maggiore incidenza di poveri assoluti e di lavoro irregolare, nonché di livelli di disoccupazione che sfiorano il 18% (a fronte di un dato nazionale del 10%).

L'emergenza si costituisce come quello che nell'analisi delle politiche pubbliche prende il nome di *focusing event*, cioè un evento che incide sull'opinione pubblica e sui decisori politici a tal punto da stravolgere l'agenda pubblica e istituzionale, ridefinendo rapidamente le priorità (Razzetti, 2020).

Come evidenziato dal contributo di Fabrizio Barca e Cristiano Gori (2020), in questa fase la preoccupazione principale deve riguardare la tempestività delle misure di emergenza adottate e finalizzate a contrastare le disuguaglianze.

Il Governo si è mosso in questo senso e ha messo in campo interventi di protezione sociale a carattere universale, volti a preservare il lavoro, individuando misure capaci di raggiungere le fasce più povere e vulnerabili della popolazione, particolarmente colpite dalle crisi.

Opportuni e funzionali appaiono i suggerimenti di metodo proposti ancora da Barca e Gori (2020), che evidenziano come sia opportuno «avvalersi di programmi di protezione sociale già esistenti e della loro infrastruttura, per due ragioni:

- perché bisogna impedire che essi collassino a seguito degli effetti della crisi;
- perché essi consentono, anche attraverso modifiche temporanee, di ottenere effetti immediati e robusti» (Barca e Gori, 2020).

Inoltre, gli stessi autori sottolineano che nei periodi di crisi, temporalmente limitati, è possibile tollerare una percentuale più elevata di usi impropri o di errori nell'individuazione dei destinatari che non in tempi ordinari e come sia fondamentale una comunicazione chiara sulla durata e sul motivo dell'intervento e sulla sua eliminazione.

Di fatto il D.L. 17 marzo 2020, n. 18³, cosiddetto decreto *Cura Italia*, costituisce l'impianto di interventi rivolto all'intera popolazione volto a garantire un "ombrello" protettivo del reddito e di favorire la conciliazione famiglia-lavoro (Saraceno, 2020).

³ D.L. 17 marzo 2020, n. 18, *Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*.

Il decreto Cura Italia ha introdotto importanti misure che mirano a sostenere e favorire la popolazione in questo momento di emergenza; tra queste le principali novità, di carattere tempestivo, sono in materia di:

- fisco e tasse: è stato previsto lo slittamento delle scadenze fiscali e il differimento delle tasse con scadenza al 16 marzo fino al 31 maggio 2020. La misura favorisce particolarmente i lavoratori autonomi (Imprese, partite IVA e professionisti).

- mutui e affitti: sono ammessi ai benefici del Fondo Gasparri i lavoratori autonomi e ai liberi professionisti che autocertifichino di aver registrato un calo superiore al 33% del fatturato rispetto all'ultimo trimestre 2019 in conseguenza della chiusura o della diminuzione della propria attività a causa dell'emergenza corona-virus.

- aiuti alle famiglie: dal 5 marzo 2020, per i genitori (lavoratori nel settore privato), con figli di età non superiore ai 12 anni, è possibile fruire di un congedo con indennità al 50% per un massimo di 15 giorni (la misura può essere richiesta in modo alternativo da entrambi i genitori). In alternativa al congedo può essere chiesto un bonus "baby-sitting" del valore massimo di 600 euro per l'acquisto di tale servizio. Il periodo di quarantena è equiparato alla malattia ai fini retributivi.

- misure a sostegno delle Partite Iva: considerati tra i soggetti più danneggiati, i lavoratori autonomi a Partita Iva hanno diritto ad un aiuto economico "una tantum" pari a 500 euro.

- misure a sostegno dei lavoratori: i permessi previsti dalla Legge 104/92 sono stati incrementati a 12 giorni per mese nel periodo marzo-aprile 2020. Per i lavoratori che non possono usufruire dello *smartworking* e devono recarsi comunque sui luoghi di lavoro è stato previsto un bonus di 100 euro per il mese di marzo. La misura è stata limitata a chi ha un reddito complessivo non superiore a 40mila euro.

- aiuti alle imprese: le imprese, che hanno subito in modo determinante gli effetti dell'epidemia potranno usufruire del Fondo di garanzia per le PMI, inoltre sono previste misure di sostegno in capo allo Stato fino al 33% dei prestiti erogati. Per i prestiti fino a 5 milioni di euro finalizzati ad investimenti e per saldare situazioni debitorie lo Stato si impegna a dare garanzia. In sostituzione dei precedenti ammortizzatori sociali per le aziende che hanno in essere una cassa integrazione straordinario o in assegno di solidarietà il DPCM del 23/02/2020 N 6 prevede un nuovo trattamento di cassa integrazione ordinario mentre le Regioni possono autorizzare autonomamente una cassa di integrazione salariale in deroga, in favore delle imprese per cui non si applicano le tutele previste dal decreto.

A queste importanti misure, si è aggiunta l'Ordinanza della Protezione

civile del 30 marzo 2020⁴ che ha introdotto misure di solidarietà alimentare, incrementando il fondo solidarietà destinato ai comuni. I comuni hanno potuto scegliere la modalità di erogazione: la predisposizione di bonus per l'acquisto di generi alimentari presso gli esercizi commerciali o direttamente l'acquisto di beni alimentari e di prima necessità da distribuire tra i beneficiari individuati.

La misura è stata destinata ai cittadini in stato di fragilità economica causata dall'emergenza e che non usufruivano già di sostegni economici pubblici. La competenza per la valutazione della concessione del beneficio, dati i criteri generali, è stata attribuita all'ufficio di servizio sociale di ciascun comune, che aveva facoltà di integrare il fondo con proprie risorse e avvalersi degli enti del Terzo settore per la distribuzione degli alimenti e/o dei bonus.

L'implementazione di programmi e interventi di protezione sociale hanno di riflesso coinvolto la strutturazione e l'organizzazione del servizio sociale deputato a raggiungere le categorie più deboli e fragili.

Il 27 marzo 2020, la Direzione generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale del Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha diramato la circolare n. 1/2020 recante oggetto «Sistema dei Servizi sociali-Emergenza Coronavirus». Nella circolare, indirizzata ai responsabili degli uffici di piano e ai servizi sociali dei comuni, agli uffici che gestiscono il Reddito di cittadinanza (RdC) degli ambiti territoriali, all'ANCI e alla Protezione civile, è dichiarato come sia fondamentale che «il Sistema dei Servizi Sociali continui a garantire, ed anzi rafforzi, i servizi che possono contribuire alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza». La circolare ribadisce il ruolo che il sistema dei servizi sociali deve svolgere nei confronti della collettività, con particolare riguardo a coloro che si trovano in condizione di fragilità, e soprattutto sottolineando la necessità di garantire i livelli essenziali delle prestazioni sociali normate dall'articolo 22 della legge n. 328/2000⁵. Il sistema dei Servizi sociali è dunque stato chiamato, ancora una volta, a sostenere obiettivi di inclusione e coesione sociale (Marzo, 2020).

Nel paragrafo che segue, viene presentata una riflessione, a più livelli, sulle politiche sociali in materia di misure a contrasto della povertà e di come queste abbiano governato l'emergenza sanitaria in essere. Più in particolare, la riflessione interesserà il sistema dei servizi sociali e la sua riorganizzazione nell'assunzione delle decisioni, nella pianificazione degli interventi,

⁴ Ordinanza n. 658 del 29 marzo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile recante “*Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*”, G.U. n. 85 del 30 marzo 2020.

⁵ Circolare n. 1/2020 27 marzo 2020 “Sistema dei Servizi Sociali-Emergenza Coronavirus”.

nella predisposizione di una cabina di regia interistituzionale e di protocolli operativi per andare incontro alle esigenze della popolazione.

2. Le politiche sociali in materia di contrasto alla povertà

La parola povertà deriva dal latino *paupertatem*, der. di *pauper -ëris* che ha il significato di misero, scarso, mancante, il contrario di *opi-parùs*, ricco. Può essere genericamente definita come mancanza, privazione, limitatezza e scarsità di risorse che pongono la persona in una condizione di svantaggio rispetto ad un target di riferimento che, al contrario, identifica la ricchezza, il benessere, l'agio. È condivisa tra gli studiosi e i tecnici che si occupano di lotta alla povertà e politiche di inclusione sociale una lettura del fenomeno multidimensionale e complesso che non può essere ricondotto a mera assenza del reddito sufficiente a vivere una vita dignitosa. Diversamente da ciò che sembra quasi scontato, ci si scontra con una misurazione del fenomeno che tiene conto solo di indicatori economici, creando in letteratura un ampio divario tra teoria e dati empirici (Meo, 2016).

Il contrasto alle diverse dimensioni della povertà è storicamente una priorità di intervento per gli assistenti sociali che lavorano nei comuni. I trasferimenti monetari per il soddisfacimento dei bisogni primari degli utenti, sulla base della valutazione sociale del bisogno, costituiscono uno degli interventi erogati a livello locale dal servizio sociale professionale per il sostegno ai nuclei familiari con un reddito inferiore al minimo vitale o per il supporto in situazioni di straordinarietà ed emergenze. Lo strumento privilegiato per la misurazione del bisogno economico è il modello ISEE⁶ (Ghezzi, 2016).

Ma se la povertà è un concetto relativo e multidimensionale, se una persona può essere definita povera di relazioni, di reti familiari e sociali, di capacità di integrazione socio-lavorativa etc., allora la sola erogazione economica non può essere funzionale al superamento dello stato di bisogno. Bisogna attivare percorsi di inclusione sociale e di accompagnamento al cambiamento (Chicco e Gui, 2016). È necessario creare politiche inclusive che mettano in azione una progettazione individualizzata sulla persona basata su una valutazione multidimensionale del bisogno, secondo una concezione olistica e sistemica. Ed ecco che il servizio sociale professionale diviene centrale nelle politiche di contrasto alla povertà. Nella legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali, la L. n. 328 del 2000, la parola povertà ricorre ben 11 volte e le misure di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito sono posti tra i livelli essenziali di assistenza sociale.

⁶ Indicatore della situazione economica equivalente.

Invero, la stessa legge prevede all'art. 23 l'estensione della misura del reddito minimo di inserimento quale misura di contrasto generale alla povertà. La fase sperimentale del Reddito Minimo di Inserimento (RMI), istituita con il d.lgs. n. 237 del 18 giugno 1998, fu affidata interamente ai comuni, anche per le verifiche ed i controlli e interessò, dal 1999 al 2001, 39 comuni italiani (Devastato, 2012).

Nello scenario nazionale è stata la prima esperienza di politica sociale finalizzata all'estensione dei diritti soggettivi all'assistenza a livello statale (Rangi Ortigosa, 2017). Sfortunatamente, a seguito della riforma del titolo V della Costituzione e della conseguente delega alle regioni della programmazione delle politiche sociali, oltre che per intervenute esigenze e priorità dell'agenda politica, non è stata applicata omogeneamente sul territorio nazionale, nonostante sia stata valutata per taluni aspetti una pratica efficace. Nel 2012 venne sperimentata la misura della social card che associava l'erogazione di un contributo economico all'attivazione di progetti di reinserimento sociale o lavorativo per i beneficiari. Successivamente, la legge di stabilità 2016 ha istituito un fondo dedicato per il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale. Ha altresì previsto che la social card sperimentale, con il nome di sostegno all'inclusione attiva (SIA), venisse generalizzata su tutto il territorio nazionale, dapprima con requisiti più stringenti per poi ampliare la platea dei beneficiari. Il passaggio al reddito di inclusione (REI) è avvenuto con il d.lgs. 147/2017 che per la prima volta dotava l'Italia di una legge sulla povertà⁷.

Tutte le misure fin qui descritte sono state introdotte per essere strumenti di contrasto alla povertà assoluta, un reddito minimo universale. Nella primavera del 2018, il governo in carica ha avviato la formula del reddito di cittadinanza (RdC), emanato con il D.L. 28 gennaio 2019, n. 4 e divenuto operativo dal 6 marzo dello stesso anno.

Durante questi processi di cambiamento ha assunto un ruolo attivo e propositivo l'Alleanza contro la povertà, che ha messo insieme una rete di attori e realtà associative, sindacali, istituzionali che a vario titolo sono impegnati nel contrasto alla povertà e all'esclusione sociale (Agostini, 2015).

La caratteristica che accomuna queste misure è che una ingloba l'altra arricchendola, tra l'altro, di condizionamenti per i beneficiari: al rispetto di determinati requisiti di cittadinanza e residenza, alla valutazione della condizione economica, all'adesione ad un percorso personalizzato di accompagnamento all'inserimento lavorativo e all'inclusione sociale. Il ruolo del

⁷ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Piano per gli interventi e i servizi sociali di contrasto alla povertà 2018-20, testo disponibile al sito: <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/poverta-ed-esclusione-sociale/focus-on/Reddito-di-Inclusione-ReI/Documents/Piano-interventi-servizi-poverta.pdf>

servizio sociale professionale rimane un punto saldo e fondamentale. L'assistente sociale è impegnato nel ruolo di case manager nel sistema dei servizi di un ambito territoriale, un professionista con funzioni di coordinamento che svolge funzioni tecniche, legittimate istituzionalmente (Milani, 2020).

La misura difatti oltre ad avere tra gli obiettivi il rafforzamento dei servizi sociali nei territori per giungere al rapporto 1:5 mila abitanti mira altresì, tramite l'Agenzia nazionale per l'avviamento al lavoro (Anpal), al consolidamento dei centri per l'impiego integrandoli, tra l'altro, di una nuova figura professionale, il navigator, che costituisce una novità sul mercato del lavoro e la cui funzione è l'orientamento e l'accompagnamento della persona verso il mondo del lavoro attraverso percorsi di inclusione attiva.

La platea dei beneficiari accolti dal comune è, diversamente, costituita dalle persone vulnerabili, non abili al lavoro o difficilmente collocabili, persone che per caratteristiche definite, vengono dirottate dall'Inps direttamente nella piattaforma per la gestione del patto di inclusione sociale (GEPI)⁸ per la valutazione del bisogno da parte del servizio sociale. Un'altra caratteristica fondamentale della misura, in linea con l'idea di un welfare generativo, è l'attivazione da parte dei comuni, dei progetti di utilità collettiva (PUC) cui il beneficiario deve aderire per restituire alla società in forma di servizio volontario e gratuito quanto lo Stato ha erogato. I progetti sono strutturati partendo dai bisogni del territorio e la profilazione viene svolta dagli assistenti sociali in coerenza con le competenze professionali della persona. Si può quindi concludere che l'adesione ai progetti non costituisca un mero obbligo ma una possibilità concreta di accoglienza e inclusione sia per i beneficiari sia per la collettività⁹.

La ratio è mettere al centro le persone e le loro capacità, non solo i loro bisogni, ma il loro essere in grado di generare valore umano e sociale. La "capacitazione" costituisce una sfida per i professionisti del sociale che diventano promotori e attivatori di capacità e competenze, che mettono sulla bilancia impegni e sostegni per superare le logiche assistenzialistiche ed emancipare le persone ad accrescere la loro cassetta degli attrezzi con maggiori strumenti e abilità (Casamassima, Gori e Rossi, 2018).

I condizionamenti difatti costituiscono una parte fondamentale della ratio di queste politiche, poiché sganciano le misure dalle pratiche puramente assistenzialistiche obbligando i beneficiari a precisi impegni per uscire dalla condizione di bisogno, pena la decadenza dal beneficio economico (Siza, 2019).

⁸ GEPI è una applicazione progettata e sviluppata per semplificare il lavoro degli assistenti sociali nell'accompagnare i beneficiari del Reddito di Cittadinanza convocati dai servizi sociali dei comuni. Consente infatti di attivare e gestire i patti per l'inclusione sociale (<https://www.lavoro.gov.it/redditicittadinanza/Piattaforma-GePI/Pagine/default.aspx>).

⁹ <https://www.lavoro.gov.it/redditicittadinanza/PUC/Pagine/default.aspx>

Il governo ha inoltre individuato gli strumenti che il case manager deve utilizzare a livello nazionale, quali l'analisi preliminare, il quadro di analisi e il patto per l'inclusione sociale, elaborando inoltre delle linee guida ed erogando una formazione sul loro utilizzo. Le famiglie beneficiarie hanno invero accesso ad una valutazione equa e partecipata che non si differenzia territorialmente, garantendo imparzialità nell'accesso alle prestazioni attraverso strumenti e metodi condivisi, pur in uno scenario che, al contrario, risulta altamente diversificato per quanto attiene l'offerta dei servizi¹⁰. È il metodo della valutazione multidimensionale difatti che conferisce senso al lavoro sociale: un'analisi attenta a valutare tutte le dimensioni della vita delle persone, in linea con la concezione multidimensionale della povertà; partecipativa, costruita con le persone; trasformativa poiché finalizzata alla co-costruzione di un progetto condiviso: il patto per l'inclusione sociale, orientato verso il cambiamento concreto e reale della situazione (Milani, 2020).

L'Istat ha stimato, nel 2019, quasi 1,7 milioni di famiglie in povertà assoluta, con un'incidenza pari al 6,4%, dato che registra una diminuzione rispetto al 2018 quando l'incidenza era pari al 7,0%. Tale decremento, attribuibile prevalentemente ad un miglioramento dei livelli di spesa delle famiglie meno abbienti, si è riscontrato contestualmente all'introduzione del Reddito di Cittadinanza¹¹.

La crisi, all'origine sostanzialmente sanitaria, ha presto evidenziato profondi squilibri sociali. Le famiglie, già vulnerabili, si sono presto scontrate con le difficoltà ed i problemi strettamente legati all'emergenza: chiusura dei servizi, alfabetizzazione informatica e digitale, difficoltà a seguire i figli nella didattica a distanza, perdita o diminuzione del lavoro, timore per la propria e altrui incolumità, difficoltà a filtrare, comprendere o accedere ad una corretta informazione sui comportamenti da seguire. La pandemia, secondo la stima di Coldiretti, ha determinato un aumento dei nuovi poveri di oltre un milione: persone che hanno perso il lavoro, piccoli commercianti le cui attività non hanno resistito al *lockdown*, lavoratori impiegati nel lavoro sommerso, precari e con lavori saltuari¹².

A soccorso dei professionisti in forza ai comuni per il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, in assenza di altre linee guida, è intervenuta, la

¹⁰ La riforma del titolo V della costituzione intervenuta nel 2001 con legge cost. n. 3 ha sancito la competenza esclusiva delle regioni in materia di politiche sociali portando ad una regionalizzazione dei sistemi di welfare e conseguentemente a disuguaglianza territoriale (Ghezzi, 2016).

¹¹https://www.istat.it/it/files/2020/06/REPORT_POVERTA_2019.pdf

¹² È quanto stima Coldiretti sulla base delle persone che da allora hanno beneficiato di aiuti alimentari con i fondi Fead, in occasione della diffusione del report Istat sulla povertà in Italia. Articolo consultabile al sito: <https://www.agensir.it/quotidiano/2020/6/16/poverta-coldiretti-un-milione-di-poveri-in-piu-nel-2020-a-causa-della-pandemia/>

circolare n. 1 del 2020 del Ministero del 27 marzo 2020 avente ad oggetto il sistema dei servizi sociali e l'emergenza coronavirus. Il documento ha offerto un forte e sperato riconoscimento agli assistenti sociali assunti con il PON Inclusione, legittimandone il ruolo alla pari degli assistenti sociali strutturati nei servizi. In virtù di tale identificazione ed in linea con le responsabilità deontologiche professionali, la comunità degli assistenti sociali è stata presente e in prima linea, al fianco delle amministrazioni e della Protezione civile, per il supporto ed il sostegno alle famiglie bisognose. Da un lato la sospensione dei condizionamenti legati ai beneficiari del reddito di cittadinanza¹³, dall'altro la direttiva su citata e dall'altro ancora la determinazione e la volontà di applicare gli strumenti e le tecniche proprie della professionalità di assistente sociale per fuoriuscire dalla situazione di bisogno, ha messo in mostra un sistema dei servizi sociali in trincea, con modalità innovative e creative, in presenza o a distanza, ma comunque presente e visibilmente indispensabile: nella gestione dei bandi emergenziali; dei buoni spesa; nell'intercettazione dei bisogni della cittadinanza; nella divulgazione di corrette informazioni; nella promozione di buone prassi per il sostegno ai nuclei familiari; nella presa in carico di situazione complesse; a prescindere dall'erogazione di REI o RdC. Anche se la sospensione dei condizionamenti¹⁴ avrebbe potuto far pensare ad un'interruzione del lavoro sociale per quanto attiene i beneficiari di RdC, la professione non solo non si è fermata, bensì si è reinventata e riorganizzata per mettersi al servizio delle famiglie e al fianco degli organi preposti al soccorso, incrementando e rafforzando i sostegni a favore dell'inclusione sociale.

Certamente la categoria professionale impegnata nella lotta alla povertà ha incontrato profonde difficoltà ma, forte della capacità di *problem solving*, si è attivata cercando risorse da attivare o potenziare, reti territoriali da sostenere e supportare, per continuare a generare processi di inclusione.

La sospensione della condizionalità al beneficio è stato più difficile motivare, promuovere partecipazione, empowerment, far comprendere quanto l'inclusione sociale, aldilà dei condizionamenti, resti una grande opportunità per le persone (Milani, 2020). Nella fase emergenziale gli interventi sono stati imposti normativamente dall'alto, in forma assistenzialistica, tesi solo a

¹³ Art. 40 D.L. 17/03/20 misure di potenziamento de Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

¹⁴ Con nota 2191 del 19.03.20, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali ha fornito indicazioni circa la sospensione delle misure di condizionalità per i beneficiari del reddito di cittadinanza ai sensi dell'articolo 40, comma 1, del decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020. Considerato il protrarsi della situazione di emergenza relativa al COVID-19, l'art. 76 del D.L. 34/2020 ha esteso da 2 a 4 mesi, fino al 16 luglio 2020, la sospensione degli obblighi connessi alla fruizione del Reddito di cittadinanza.

tamponare una situazione di crisi. I tecnici del sociale, nella consapevolezza che il solo aiuto economico, in assenza di un percorso strutturato di fuoriuscita dalla povertà, non può esaurire il bisogno delle persone, non può generare, capacitarle, trasformare (Milani, 2020) hanno comunque accettato la sfida di esserci in qualità di professionisti dell'aiuto, nonostante le difficoltà e forti della loro capacità di attivare risorse, progettare buone prassi e generare cambiamento.

3. I bisogni sociali tra necessità nuove e pregresse

La grave emergenza sanitaria e sociale che il nostro Paese ha attraversato – e contro cui sta ancora lottando – ha prodotto, tra le drammatiche conseguenze, l'emersione di nuove povertà. Lo hanno testimoniato, grazie al loro contributo, i 2003 assistenti sociali operanti nell'ambito del contrasto alla povertà che hanno risposto al questionario proposto dalla Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali in collaborazione con il Consiglio Nazionale dell'Ordine. La finalità dell'indagine condotta è stata quella di raccogliere le opinioni dei colleghi rispetto all'emersione di nuovi bisogni sociali nella popolazione, oltre ad evidenziare con quali difficoltà o dilemmi etici la professione ha dovuto confrontarsi in questo periodo di crisi e quali siano state le buone pratiche adottate all'interno dei servizi per far fronte alle sfide poste dinanzi ai professionisti.

Relativamente ai bisogni emersi, la ricerca ha mostrato un generalizzato aggravamento della condizione economica dei nuclei familiari, con una drastica riduzione della capacità di far fronte al pagamento delle utenze e all'acquisto di generi alimentari, specialmente per quella fascia di popolazione che non ha potuto accedere ai sistemi di protezione sociale.

Di questo aspetto e dei bisogni di natura psico-sociale connessi al senso di isolamento e precarietà rispetto al futuro – acuitizzati ulteriormente dalla chiusura o interruzione dei Servizi socio-assistenziali – si parlerà nel seguente paragrafo.

3.1. Area economico-lavorativa

La crisi sanitaria si è ripercossa in modo indiscriminato sull'economia delle famiglie italiane, colpendo trasversalmente sia chi presentava delle difficoltà economico-lavorative pregresse, sia chi fino ad allora aveva potuto contare su una discreta stabilità finanziaria.

Difatti, le disposizioni governative circa la sospensione di molte delle

opere produttive¹⁵ al fine di contenere il contagio da COVID-19, ha comportato – per la maggior parte dei cittadini – l’interruzione dell’attività lavorativa e la conseguente mancanza di liquidità economica.

Dalla presente ricerca è emerso che i lavoratori maggiormente colpiti dalla crisi derivante dal fermo delle attività produttive siano stati quelli che in precedenza non godevano di garanzie contrattuali tali da poter accedere ai sistemi di protezione sociale previsti dal Governo. Tra questi, si annoverano soprattutto lavoratori con contratti di natura occasionale e stagionale, oltre alla drammatica questione del lavoro non documentato. È innegabile, infatti, che il lavoro sommerso in Italia costituisca per molti cittadini l’unica possibilità di avere un’occupazione, consentendo e facilitando un’integrazione al reddito, spesso fondamentale per la sopravvivenza di alcuni gruppi svantaggiati, come famiglie numerose e pensionati (Meldolesi, 2000). È facile quindi comprendere la difficoltà che queste famiglie hanno dovuto affrontare, ritrovandosi improvvisamente senza la possibilità di garantire le fonti materiali di sostentamento.

Altra categoria di lavoratori fortemente colpiti dalle conseguenze provocate dall’interruzione di attività produttive sono stati i titolari di partite Iva. Difatti, sono state numerose le richieste di supporto economico pervenute ai servizi da parte di «una fascia di popolazione che, fino a prima dell’emergenza, non si era mai rivolta all’Assistente Sociale: si pensi, ad esempio, ai piccoli imprenditori/Partita IVA, i quali si sono visti chiudere la loro attività a fronte delle diverse ordinanze ministeriali e regionali emanate a seguito del COVID-19»¹⁶ e che, pertanto, non hanno potuto contare su un ritorno economico derivante dal regolare svolgimento della loro attività.

Altrettanto preoccupante è stata la situazione legata ai lavoratori stagionali, in particolare per quelle regioni a forte valenza turistica. D’altronde, le perdite economiche che commercianti e albergatori hanno più volte lamentato nel corso di questi mesi, fa da specchio alla realtà che ha colpito i lavoratori del settore. Come evidenziato da un collega del Veneto, «la grossa problematica è la perdita del lavoro degli stagionali e della difficile apertura delle attività turistiche sul territorio. Questo ha comportato la presenza di nuovi poveri sul territorio, persone che non hanno mai avuto necessità di

¹⁵ D.P.C.M. 8 marzo 2020, Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, G.U. n. 59 dell’8 marzo 2020; D.P.C.M. 11 marzo 2020, Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull’intero territorio nazionale, G.U. n. 64 dell’11 marzo 2020.

¹⁶ Le citazioni sono argomentazioni riportate dai colleghi rispondenti al questionario, di cui si assicura l’anonimato.

rivolgersi al servizio sociale, ma che ora hanno grosse difficoltà a far fronte alle spese ordinarie, causa la fine della disoccupazione e la difficile riapertura». La questione, evidenziata da più colleghi in regioni diverse d'Italia, a segnalare la trasversalità della problematica, sembra esser stata ulteriormente acuita dall'insufficienza delle misure poste in essere dal Governo¹⁷, le quali «non sembrano aver avuto un impatto sufficientemente adeguato».

La precarietà contrattuale – che in molti casi ha fornito un assist per procedere con il licenziamento o il mancato rinnovo di contratti a termine – ha fatto sì che le famiglie non potessero più godere delle entrate economiche con cui mensilmente erano chiamati a pagare l'affitto o le rate del mutuo, oltre alle utenze domestiche. Le forti fragilità emerse rispetto a queste fasce di popolazione hanno costretto molti cittadini ad attingere ai loro risparmi; tuttavia, con il prolungarsi delle misure restrittive, anche l'acquisto di generi alimentari o di medicinali è divenuto sempre più gravoso, in quanto «molti nuclei familiari, a causa della mancanza di un lavoro stabile e/o regolare, non possono garantire appieno il loro sostentamento e devono persino limitare gli acquisti di beni di prima necessità».

È in questo contesto, caratterizzato dall'impossibilità oggettiva di molti nuclei familiari – specie quelli numerosi o composti da persone anziane o disabili – di far fronte anche all'acquisto di beni di prima necessità, che si colloca la misura governativa con cui è stato disposto il trasferimento di fondi ai comuni per la consegna ai cittadini di buoni spesa¹⁸. Tale provvedimento, seppur disposto in misura emergenziale e di certo non esaustivo rispetto ai bisogni di natura economica della popolazione, ha consentito di intervenire «riuscendo a soddisfare le esigenze di molti cittadini».

Tuttavia, la disomogeneità con cui ogni ente locale ha agito rispetto all'individuazione dei criteri di fruibilità del sostegno all'acquisto di generi di prima necessità attraverso i buoni spesa¹⁹, ha provocato non poche perples-

¹⁷ Il riferimento è al D.L. n. 18 del 17/03/2020, cosiddetto *Decreto Cura Italia*, e al D.L. n. 34 del 19/05/2020, denominato *Decreto Rilancio*, che hanno introdotto, tra le altre misure, alcune indennità di sostegno in favore dei lavoratori autonomi, stagionali del settore turistico e collaboratori occasionali, le cui attività abbiano risentito dell'emergenza economica e sociale conseguente alla pandemia dovuta al COVID-19, di 500 euro, 600 euro e 1.000 euro, a seconda dei casi.

¹⁸ Ordinanza n. 658 del 29 marzo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione Civile recante “*Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*”, G.U. n. 85 del 30 marzo 2020.

¹⁹ *Ibidem*, «L'Ufficio dei servizi sociali di ciascun Comune individua la platea dei beneficiari ed il relativo contributo tra i nuclei familiari più esposti agli effetti economici derivanti dall'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 e tra quelli in stato di bisogno, per soddisfare le necessità più urgenti ed essenziali con priorità per quelli non già assegnatari di sostegno pubblico».

sità tra gli operatori del sociale, i quali si sono trovati a dover classificare le emergenze, a «fare una selezione degli utenti che hanno priorità di aiuto». Quest'azione è stata resa ancor più ardua se si considera la difficoltà – o impossibilità, in alcuni casi – di effettuare una valutazione approfondita del bisogno espresso e delle reali necessità della famiglia a causa della chiusura al pubblico degli uffici e della conseguente possibilità di effettuare colloqui solo telefonici. Molti colleghi – rispondendo alla domanda relativa alle difficoltà incontrate nello svolgimento dell'azione professionale durante il periodo di emergenza – hanno evidenziato come lo strumento del colloquio telefonico, seppur abbia consentito di mantenere viva la relazione cittadino-servizio sociale, ha anche reso inaccessibile, agli operatori del settore, una serie di informazioni relative, ad esempio, al contesto ambientale.

Nonostante le sopra citate difficoltà riscontrate, la consegna di buoni spesa ha consentito di far fronte, in molti casi, all'inadeguatezza dei sistemi di protezione sociale e all'insufficienza degli strumenti di sostegno al reddito preesistenti. Difatti, gli ammortizzatori sociali introdotti – oltre ai ritardi con cui sono stati disposte ed elargite le relative somme – non sono risultati sufficienti per garantire una discreta sicurezza ai cittadini che ne hanno potuto fare richiesta. Inoltre, anche le misure nazionali di contrasto alla povertà – primo fra tutte il reddito di cittadinanza (RdC) – sono risultato non sufficienti ad affrontare la crisi economica, sia in termini di importo monetario, sia rispetto alla platea dei beneficiari. Se per la questione afferente all'ampliamento dei criteri di accesso alla misura si sta ancora discutendo²⁰, relativamente al *quantum* della stessa, tra gli assistenti sociali sembra condivisa l'idea secondo cui «non sempre gli importi RdC sono sufficienti a coprire le spese della vita quotidiana e se prima alcuni beneficiari erano in grado di reinventarsi svolgendo piccole attività che consentivano loro di arrivare a fine mese, adesso ciò non è più possibile».

La difficile situazione sopra descritta ha fatto registrare un aumento preoccupante delle richieste di supporto economico provenienti da persone «sconosciute ai Servizi». Se da un lato, infatti, si assiste all'acuirsi dei «bisogni economici delle persone già conosciute dal servizio che, anche in precedenza, non avevano un reddito sufficiente al mantenimento del loro nucleo familiare», dall'altro lato desta ancor più preoccupazione l'emersione di nuove povertà, di cui fanno parte «quelle persone che hanno sempre avuto una buona autonomia e che ora si trovano a dover affrontare problematiche

²⁰ Si è parlato a lungo, durante i mesi della quarantena, della possibilità di rivedere i criteri di accesso al beneficio del Reddito di Cittadinanza attraverso la presentazione, ad esempio, dell'ISEE corrente anziché quello ordinario, così da consentire alle famiglie drasticamente colpite dalla crisi economica di accedere al beneficio. Ad oggi, tuttavia, questa opzione non è ancora stata disposta.

nuove». È soprattutto da questi ultimi che emerge con forza il sentimento di paura rispetto al futuro, temendo che si «possa essere vittima della fame, del disagio e della disperazione». Ed è proprio con questi nuovi bisogni che gli assistenti sociali saranno chiamati, nell'immediato futuro, a relazionarsi per trovare soluzioni che, ad oggi, si prospettano con difficoltà.

3.2. Area socio-psico-relazionale

Il divieto di spostamento e il rispetto delle norme in merito al distanziamento fisico ha comportato la chiusura di centri socio-assistenziali – quali centri diurni – e l'interruzione di prestazioni precedentemente erogate al domicilio, come l'assistenza domiciliare. Questo ha implicato un aumento del carico di cura dei *caregivers*, i quali si sono improvvisamente trovati privi dei servizi di cui i loro cari usufruivano e con la contestuale e urgente necessità di trovare un'alternativa assistenziale, che tuttavia non è stata loro offerta. «Molte famiglie si sono trovate in difficoltà nell'organizzare l'assistenza ai familiari disabili o agli anziani non più autosufficienti, di cui si occupavano personalmente usufruendo anche di alcuni servizi fondamentali che li sollevavano almeno parzialmente dall'elevato carico assistenziale». Allo stesso tempo, impossibilitati ad assumere un'assistente familiare o a giungere presso l'abitazione dei propri cari per questioni legate all'organizzazione lavorativa e familiare, molti si sono rivolti al servizio sociale chiedendo l'attivazione di interventi domiciliari. Tuttavia, non sempre è stato possibile procedere in tal senso, e in modo omogeneo sul territorio nazionale, a causa di disposizioni interne ai servizi con le quali si stabiliva – con finalità preventive – la sospensione delle prestazioni domiciliari. Conseguentemente, proprio le persone più fragili e con maggior necessità di assistenza si sono trovate prive di una rete di protezione, nonostante questo sia normativamente garantito²¹.

I professionisti del settore hanno quindi assistito ad un generalizzato peggioramento delle condizioni soggettive delle persone seguite dal servizio, ulteriormente acuitizzato dal diffuso senso di solitudine causato dall'isolamento e dalla mancanza di relazioni con le figure di riferimento. Specialmente per le persone anziane, con disabilità o problematiche psichiche, il *lockdown* ha generato sentimenti di paura rispetto al futuro, e molti «si domandano se finita l'emergenza potranno riprendere le loro abitudini», completamente sconvolte dalla situazione sanitaria. A tal riprova, le richieste di supporto psicologico da parte degli stessi utenti – o familiari – sono state numeri-

²¹ Legge n. 328 del 08/11/2000, art. 22.

camente elevate, a segnalare un diffuso bisogno di rassicurazione rispetto alla propria condizione, all'incertezza relativa alle prospettive future – anche in relazione alla questione lavorativa – e alla capacità di gestione delle difficoltà emotive derivanti dalla diffusione del COVID-19.

Le testimonianze degli assistenti sociali in merito confermano che il bisogno maggiormente espresso dalle famiglie, in questo contesto, è stato quello di «essere “semplicemente” ascoltate in un momento di forte distanziamento ed isolamento socio-relazionale». L'ascolto attivo, elemento imprescindibile della professione e «antidoto all'isolamento», è stato l'elemento chiave in questo periodo di *lockdown*, necessario per «mantenere la continuità e la qualità della relazione e dei contatti con i propri familiari e con la comunità».

3.3. Area dei rapporti tra servizio sociale ed altri enti

Il Servizio Sociale ha svolto un ruolo fondamentale nella gestione dell'emergenza COVID-19: dal contenimento degli stati emotivi delle persone, all'individuazione dei criteri di accesso alle misure emergenziali poste in essere – quali l'erogazione dei buoni spesa di cui si è detto in precedenza – fino alla gestione delle relazioni tra Terzo settore ed enti pubblici, in un clima di rinnovata – e ritrovata – collaborazione.

Non sono di certo mancate le insidie legate alla chiusura al pubblico degli uffici di CAF e patronati, ma soprattutto dell'INPS, con il quale, secondo alcuni dei rispondenti, è stato spesso difficoltoso anche mettersi in contatto telefonico al fine di avere delucidazioni in merito alle modalità di presentazione delle istanze o alle motivazioni inerenti alla sospensione di benefici economici (ad es. del RdC)²².

Inoltre, la sospensione delle prestazioni ambulatoriali nei servizi sanitari – oberati dallo svolgimento di attività contenitive del COVID-19 – e la difficoltà nel contattare i servizi specialistici, hanno fatto sì che tutte le visite mediche prenotate fossero rimandate a data da definire, provocando ancor più «preoccupazione, ansia e sconforto» nella popolazione fragile e portatrice di molteplici patologie pregresse.

È in questo clima incerto e in cui uno dei bisogni emersi è stato la necessità di avere informazioni rispetto a come procedere per l'ottenimento di prestazioni socio-economiche, che al servizio sociale è stato riconosciuto «un ruolo di attivazione/coordinamento delle risorse informali presenti nella comunità e di mediazione/raccordo con i Servizi territoriali». A fronte di una

²² Informazione recepita dall'analisi delle risposte dei colleghi al questionario.

difficoltà oggettiva di alcuni utenti ad utilizzare la strumentazione informatica per la presentazione delle istanze, è stato indispensabile il coordinamento continuo tra i servizi sociali e gli operatori del Terzo settore, affinché si concretizzasse l'aiuto diretto ai cittadini. Infatti, è anche grazie alla vicinanza di questi ultimi alla comunità territoriale che è stato possibile un monitoraggio continuo dei bisogni della popolazione, così da intervenire con gli strumenti messi a disposizione dai vari enti.

Alcuni dei rispondenti hanno evidenziato che, l'intensificazione del lavoro di rete non ha tuttavia attenuato il bisogno, soprattutto dei professionisti del settore, di ripensare alle politiche sociali e di strutturare una «adeguata progettazione di tipo “emergenziale” e “alternativa”, creativa» che non faccia trovare impreparati, in casi simili, né la popolazione né i servizi.

Conseguentemente alle difficoltà oggettive riscontrate dai cittadini durante l'emergenza sanitaria, risulta quindi chiaro che per fronteggiare questa condizione di precarietà e di necessaria ricostruzione del tessuto socio-economico, il servizio sociale dovrà confrontarsi con una ampia gamma di bisogni sociali che travalicano l'urgenza di pagare utenze, mutuo, affitto, o di acquistare beni di prima necessità per i quali, tra l'altro, si registra uno spasmodico aumento di richieste di sussidi economici. Uno dei rischi evidenziati è quello di andare incontro «ad un appiattimento delle risposte su base prestazionale». Si rende necessario, pertanto, ripensare velocemente a nuove prassi operative di contrasto alla povertà che siano in grado di supportare la popolazione in un processo reale di capacitazione (Nussbaum, 2012). La sfida posta dinanzi agli assistenti sociali italiani è – e sarà – il fronteggiamento di bisogni sempre più ampi e complessi, per i quali sarà necessario mettere in campo una sinergia di azioni strategiche che siano in grado di rafforzare una rete di solidarietà che coinvolga istituzioni e comunità locali in un comune senso di advocacy ed empowerment collettivo.

4. La messa in campo di buone pratiche

La pandemia ha determinato, per i tanti professionisti assistenti sociali che hanno continuato ad essere attivi sul campo, la necessità di reinventarsi, di individuare nuove modalità operative e di lavoro, al fine di garantire risposte, nonostante il distanziamento sociale, alle fasce più vulnerabili ed anche a quanti in passato non si sono mai affacciati ai servizi, ma hanno dovuto farlo a causa dell'emergenza sanitaria.

4.1. Area pianificazione e programmazione nell'emergenza a livello dirigenziale

L'analisi dei bisogni ha fatto emergere la necessità di interventi e di una presa in carico in modalità innovative che si auspica possano consolidarsi e continuare ad essere, almeno in parte, ancora seguite in futuro.

Da alcune delle risposte analizzate, è emerso che per poter affrontare l'impatto della pandemia è stato proposto un lavoro in sinergia con i dirigenti degli enti locali all'interno dei quali gli assistenti sociali sono inseriti. Attraverso un confronto continuo tra i professionisti ed i loro responsabili è stato quindi possibile individuare linee guida e modalità operative condivise che hanno indirizzato gli assistenti sociali nella gestione delle relazioni con i cittadini e nel fronteggiare le nuove problematiche sociali determinate dall'emergenza sanitaria. In situazioni come quella vissuta, il coinvolgimento degli assistenti sociali nel processo decisionale è stato fondamentale per garantire risposte adeguate ai bisogni della cittadinanza, in forza della funzione, propria del servizio sociale, di rilevare le fragilità e le risorse presenti nei territori. «Soprattutto nei momenti più difficili come questi, avvalersi di una serie di norme e di parametri è indispensabile per guidare ed orientare con ragionevolezza l'agire professionale. Noi professionisti, ora più che mai, dobbiamo dimostrare di essere flessibili e dobbiamo adattarci ai cambiamenti sociali in atto per poter conoscere i bisogni della comunità e dare di conseguenza delle risposte il più possibile adeguate». Molti rispondenti hanno evidenziato che il confronto e la condivisione periodica con i propri responsabili, attraverso riunioni svoltesi anche in modalità telematica, ha consentito di rilevare difficoltà e criticità presentatisi nello svolgimento dell'attività lavorativa. A fronte di ciò, in alcuni casi si è innescato un processo di revisione delle modalità di lavoro, così da renderle più snelle. L'interazione dialogica aveva il fine di garantire una circolarità delle informazioni e delle decisioni prese a livello dirigenziale: chi ricopriva un ruolo apicale nell'organizzazione svolgeva, quindi, una funzione di raccordo sia all'interno dell'ente che all'esterno, con gli altri soggetti – in particolare il Terzo settore – con cui gli assistenti sociali hanno collaborato.

In un contesto emergenziale come quello vissuto, si è pertanto resa ancor più evidente l'estrema necessità di co-progettare, in maniera partecipata tra i diversi livelli decisionali, interventi rispondenti a bisogni circoscritti alla realtà territoriale, al fine di supportare la popolazione più fragile e, allo stesso modo, incentivare le attività di promozione sociale.

4.2. Area organizzativa e coordinamento

Durante i mesi del *lockdown* si è riscoperto il valore del lavoro di rete tra tutti gli enti pubblici e privati presenti sul territorio. Dalla ricerca è emerso, infatti, che la collaborazione costante con il Terzo settore, ed in particolare con le associazioni di volontariato, soprattutto la Protezione civile, ha consentito di intervenire prontamente sulle richieste più urgenti della popolazione maggiormente esposta agli effetti della crisi, consegnando a domicilio pacchi alimentari e medicinali, e monitorando, allo stesso tempo, l'emersione di nuove problematiche. Importante anche l'operato svolto, seppur citato in minima parte nelle risposte al questionario oggetto di quest'analisi, con gli enti ecclesiastici (Caritas) e con il comparto sanitario. La maggior parte dei colleghi ha sostenuto che «in situazioni di emergenza nelle quali ci si ritrova ad operare in un contesto che rende tutti più vulnerabili e che purtroppo proprio perché di emergenza coglie impreparati e non sempre provvisti dei giusti mezzi per affrontarli sia fondamentale un buon coordinamento e lavoro di rete».

La coprogettazione e la cooperazione tra questi attori hanno prodotto risultati positivi per le persone. In alcune zone dell'Italia è stato necessario creare una rete, prima assente, per far fronte alla mancanza di una comunicazione adeguata tra le parti, mentre in altre si è ritenuto opportuno un rafforzamento della stessa; solo in alcuni casi la rete era già preesistente e ben funzionante.

Alcuni rispondenti, in diverse Regioni italiane, hanno descritto la creazione di diversi organi preposti al fronteggiamento della crisi, tra cui le Unità di crisi e i Centri operativi comunali (Coc)²³ con l'intento di individuare le linee di indirizzo da seguire per coordinare il lavoro, e grazie ai quali è stata possibile «una diretta collaborazione con i gruppi di volontariato attivati nell'emergenza».

Alla base della collaborazione tra enti locali e Terzo settore vi è stata la stipula di protocolli di intesa e convenzioni, ma anche tavoli di lavoro, con i quali è stato possibile individuare le competenze di ciascun soggetto, così da non incorrere in sovrapposizioni nella realizzazione ed erogazione degli interventi e per evitare, altresì, un sovraccarico di lavoro. Per far ciò è stata propedeutica l'elaborazione e l'aggiornamento, da parte dei comuni, di una

²³ Il Centro operativo comunale è un centro con a capo il Sindaco e/o un Assessore delegato alla Protezione civile, il cui compito è quello di organizzare ed orientare i servizi di soccorso e di assistenza alla popolazione durante un evento come quello di un'emergenza sanitaria. Al suo interno vi sono, inoltre, nove funzionari, ciascuno con un compito diverso, in base alla sua funzione. Tali funzioni riguardano, tra l'altro, la sanità, l'assistenza sociale, il volontariato ed i servizi essenziali.

mappa degli enti attivi e delle misure erogabili – nazionali e regionali – così da orientare la popolazione verso gli interventi più adeguati ai loro bisogni, fornendo numeri verdi appositamente predisposti ed implementando le pagine istituzionali degli enti locali, così da garantire una maggiore accessibilità alle informazioni.

Il contributo operativo del Terzo settore si è sentito specialmente nella fase di distribuzione di buoni alimentari o pacchi viveri. Difatti, il Terzo settore ha reso disponibili le proprie risorse, distribuendole sia alle persone in difficoltà, già conosciute dai servizi, sia alla nuova fascia di popolazione colpita dalle conseguenze dell'emergenza sanitaria. Tali beni, fondamentali per il soddisfacimento delle esigenze primarie e quotidiane, sono stati distribuiti per il tramite di volontari appartenenti alle associazioni no profit e di volontari della Protezione civile, che si sono recati presso le abitazioni dei cittadini, nel rispetto delle disposizioni inerenti al distanziamento sociale e con l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza. Quotidianamente, infatti, questi hanno consegnato alla popolazione più fragile e con difficoltà economiche (ma anche ammalati, anziani e disabili soli) non solo beni di prima necessità (pacchi alimentari), ma anche buoni farmaceutici e buoni spesa.

Il lavoro svolto dai volontari si è rivelato una vera e propria risorsa per il servizio sociale, soprattutto nei casi in cui, ad esempio, la compilazione telematica delle istanze per l'accesso alle prestazioni – emergenziali e non – precludeva ad una larga fetta della popolazione di usufruire di quel beneficio. È il caso, ad esempio, di famiglie prive di supporti informatici o connessione internet, quanto piuttosto di persone fragili le cui competenze non consentono l'adempimento di pratiche burocratiche e che, senza il supporto dei volontari, si sarebbero trovati in forte difficoltà e privati di un sostegno concreto, vista anche la chiusura al pubblico dei servizi. Molte erano infatti le persone con disabilità o in età anziana senza alcuna rete parentale o amicale di supporto che potesse aiutarli nello svolgimento delle attività quotidiane ed esterne, quali il pagamento delle utenze o l'acquisto della spesa o dei farmaci. La rete del volontariato è stata di particolare importanza in quanto ha sostenuto e accompagnato i cittadini, arrivando, in taluni casi, anche a sostituirsi all'utente per poter soddisfare il loro bisogno primario.

Al ritrovato valore etico e deontologico attribuito al lavoro di rete con l'associazionismo locale, è corrisposto un altrettanto rinvigorito lavoro di équipe. Ogni professionista ha potuto confrontarsi costantemente con i propri colleghi nella gestione dei casi, così da attuare una condivisione di scelte operative. Per non incorrere in sovrapposizioni nella gestione dei casi, è emersa come buona pratica adottata nei servizi l'utilizzo di una banca dati condivisa tra gli operatori, all'interno della quale indicare sia l'utenza con cui si è venuti a contatto sia gli interventi eventualmente realizzati o da erogare in suo favore.

D'altronde, l'intero sistema dei servizi italiani ha dovuto rimodulare i propri assetti organizzativi. Taluni colleghi hanno infatti evidenziato come la caratteristica principale del lavoro svolto sia stata la «capacità di rapido adeguamento ai cambiamenti causati dall'emergenza, flessibilità dell'orario, “ri-pensamento” del proprio ruolo all'interno dell'équipe di lavoro», al fine di soddisfare le esigenze della popolazione e, allo stesso tempo, consentire una «ridistribuzione dei compiti» all'interno del proprio ente. Questa riorganizzazione – che corrisponde ad un principio di efficienza nel fornire risposte all'utenza – ha consentito di «suddividere idealmente gli interventi sociali per diverse aree di competenza, con riferimenti telefonici abbinati a diverse colleghe o figure specialistiche in modo da non sovraccaricare un solo numero e fornire assistenza specifica per persone anziane, bambini, adolescenti, donne, persone allettate». La crisi ha pertanto evidenziato che «lavorare in equipe con le colleghe e i responsabili del Servizio in cui si opera, trovare momenti per l'analisi, la riflessione e la condivisione del problema da affrontare, soppesando con cura le scelte, non è tempo perso, soprattutto in situazioni di emergenza».

4.3. Una nuova metodologia di lavoro sociale?

Di fronte all'emergenza e all'impossibilità di avere contatti con le persone in presenza, per poter continuare a svolgere la propria attività e mantenere la relazione con l'utenza (portando avanti, insieme a quella già in carico, i progetti assistenziali iniziati ancor prima della quarantena), gli assistenti sociali hanno dovuto “scoprire” degli strumenti di lavoro nuovi e completamente differenti da quelli tipici. È stato possibile rilevare, infatti, dalle risposte fornite, come la pratica adottata e/o consigliata sia stata l'utilizzo degli strumenti digitali. In molti servizi sono state attivate nuove linee telefoniche che hanno messo in contatto i cittadini e il servizio sociale professionale al fine di ricevere informazioni e avanzare richieste di sostegno economico e assistenziale. Molti servizi si sono adoperati affinché le istanze per l'accesso ai benefici stanziati dal Governo fossero presentate per via telematica, tramite e-mail, piattaforme Google o sistemi di messagistica istantanea, quale Whatsapp. Tale previsione ha consentito di ridurre notevolmente gli accessi ai Servizi, molti dei quali chiusi al pubblico, nel pieno rispetto delle norme circa gli spostamenti dal proprio domicilio. All'occorrenza, il cittadino poteva anche ricevere supporto telefonico per la compilazione del modulo di domanda. In altri casi ancora, invece, il servizio sociale professionale ha potuto presentare le domande *online*, su richiesta del cittadino, a seguito di colloquio telefonico e valutazione dell'effettivo stato di bisogno. Dalle testimonianze delle colleghe è emerso che

anche il colloquio telefonico, al pari di quello in presenza, abbia avuto lo scopo non solo di rassicurare i cittadini e contenere lo stato d'ansia e preoccupazione, ma anche di indagare la presenza di una rete familiare o amicale di supporto prevedendo, laddove lo si ritenesse opportuno, la necessità di una presa in carico per una valutazione più approfondita della situazione socio-ambientale della persona. Quando, invece dal colloquio e dalla valutazione emergevano bisogni non prettamente riconducibili alla sfera d'intervento del Servizio sociale, gli assistenti sociali hanno svolto una fondamentale attività di filtro, indirizzando i cittadini verso i servizi e gli interventi più adatti.

L'utilizzo degli strumenti informatici ha certamente consentito di mantenere un confronto con le persone, alimentando la relazione di fiducia instaurata. Per i professionisti è stato possibile portare avanti i progetti assistenziali, monitorare le situazioni dei nuclei familiari, per far sentire loro la vicinanza del servizio, sostenendoli emotivamente e nell'attivazione di prestazioni emergenziali.

Tuttavia, per quanto sia stato agevole e utile utilizzare gli strumenti informatici, sono state riscontrate anche diverse criticità in merito. Prima fra tutte, va ricordato che non tutti i cittadini possiedono una strumentazione informatica a casa o sono in grado di utilizzarla autonomamente. Laddove non vi fosse stato un supporto dei volontari del Terzo settore, di cui si è detto in precedenza, si sarebbe assistito, con molta probabilità, all'esclusione dai benefici emergenziali delle persone con maggiori difficoltà in termini di autonomia personale. In secondo luogo, il ricorso alle pratiche *online* e allo svolgimento del solo colloquio telefonico come unico strumento di indagine socio-ambientale non ha garantito, secondo molti colleghi, un'efficace e corretta presa in carico. Difatti, oltre alle difficoltà inerenti all'accertamento di quanto dichiarato su un modulo di domanda auto dichiarato e su quanto esposto in sede di colloquio telefonico, si sono aggiunte le criticità relative allo svolgimento di valutazioni sociali su nuclei familiari non conosciuti e che avrebbero – forse – richiesto un tempo maggiore di approfondimento. Bisognerebbe quindi capire quanto sia deontologicamente corretto l'utilizzo dei dispositivi informatici nella relazione di aiuto, riflettendo sulle ricadute positive e negative che avrebbe sull'utenza. Quindi «una buona pratica individuabile sarebbe quella dell'utilizzo dei dispositivi che permettono la comunicazione a distanza (ad esempio, la videochiamata) per poter continuare, seppur con difficoltà, il lavoro con l'utenza ma anche fornire alla stessa un sostegno nella situazione di emergenza. Tale prassi sarebbe velocemente attuabile anche se ne andrebbero vagliate le ricadute in termini di deontologia e professionalità».

Un'altra strategia, non meno importante, volta all'aiuto delle fasce più deboli della popolazione, è stata la collaborazione degli enti locali con gli

esercizi commerciali presenti sul territorio. Si è trattata di una preziosa scoperta che ha concesso un sostegno concreto, in particolare attraverso la fornitura di beni di prima necessità, di farmaci ma anche di dispositivi di protezione individuali. Diverse aziende, infatti, hanno contribuito donando beni alla popolazione o ai servizi, così che questi li distribuissero a quanti ne necessitavano, mentre con altre sono state stipulate delle convenzioni. Si tratta di un attivismo locale che andrebbe ulteriormente sviluppato anche nei mesi successivi alla crisi sanitaria, riconoscendone il pieno valore tanto per i cittadini quanto per le stesse istituzioni. È stato rilevante il lavoro di rete svolto da tutti gli attori sociali presenti sul territorio, che ha consentito di promuovere azioni di solidarietà sociale anche tra i cittadini, i quali si sono attivati con donazioni sia economiche sia di beni, fatte agli enti ed alle associazioni del territorio, compresa la Protezione civile, e destinate all'utenza priva di risorse necessarie.

L'emergenza sanitaria ha reso evidente che il servizio sociale svolge un rilevante e delicato ruolo di monitoraggio dei bisogni emergenti dalla popolazione, ponendo gli operatori del sociale in un continuo processo di crescita ed evoluzione. Uno dei rispondenti sintetizza in modo efficace come sia fondamentale «offrire tutto ciò che un assistente sociale è in grado di dare agli altri, stando accanto alle persone che ne hanno bisogno, camminando assieme in questo fragile percorso, ascoltando, sorridendo, pensando a nuove soluzioni, condividendo nuove pratiche». Ricordando il dettato deontologico secondo cui l'assistente sociale è chiamato a mettere la propria professionalità al servizio del proprio ente e della comunità in caso di emergenze sociali, altri rispondenti evidenziano come sia altresì fondamentale che «il sistema dei servizi sociali continui a garantire gli obiettivi di inclusione e coesione sociale, con particolare riferimento alle azioni di sostegno a favore delle persone e delle famiglie in condizioni di maggiore vulnerabilità e marginalità».

5. Riflessioni conclusive

Ogni anno l'Ispettorato nazionale del lavoro (INL) pubblica una fotografia aggiornata delle irregolarità in Italia. Dagli ultimi dati relativi al 2019 sono circa 3,7 milioni i lavoratori irregolari, cioè coloro che lavorano senza essere messi in regola dal punto di vista contrattuale, fiscale, o contributivo. Sempre nel rapporto dell'INL del 2019 emerge che sono stati intensificati i controlli sul caporalato e che i settori più colpiti sono l'edilizia, l'industria e il comparto manifatturiero, oltre che l'agricoltura.

La stessa fotografia si riflette nella presente ricerca sull'emergenza coronavirus. Il *lockdown*, come misura di tutela della salute, impedendo la mo-

bilità delle persone ha avuto ripercussioni sulle condizioni economiche dei nuclei lasciando a casa tutti quei lavoratori saltuari e irregolari che comunque riuscivano a garantirsi un reddito fuori dal sistema di previdenza sociale.

L'impossibilità a muoversi liberamente ha avuto ripercussioni sul sistema famiglia andando a limitare o addirittura ad impedire il lavoro di cura e di assistenza che molte famiglie si scambiano reciprocamente (solo per fare qualche esempio: l'accudimento delle persone anziane e/o disabili, le attività di cura di minori etc.)

La prontezza nel decidere misure straordinarie ha dovuto fare i conti con un sistema burocratico/amministrativo che necessita di tempi tecnici per la raccolta delle domande, la valutazione e l'erogazione dei benefici e che era impreparato a gestire l'emergenza. Se in un primo momento si è data, giustamente, la precedenza a rafforzare il sistema sanitario necessariamente il passo successivo è stato quello di incidere sul sistema dei servizi sociali deputati all'accoglienza/valutazione/supporto nelle situazioni di difficoltà. L'emergenza sanitaria, straordinaria, ha sollecitato il professionista assistente sociale ad operare nella cornice dei valori e principi fondamentali per la professione, anche in assenza di esperienze pregresse e senza modelli specifici di riferimento. Se da un lato si è verificata l'emersione di nuovi bisogni accanto a quelli più conosciuti, o l'insorgere di nuove forme di fragilità e vulnerabilità, anche in gruppi sociali precedentemente meno esposti, dall'altro, all'interno di un contesto organizzativo in cui si opera, si è rilevato l'aumento di richieste e carichi di lavoro per i professionisti (Cnoas, 2020). Sono emerse disuguaglianze sul territorio nazionale (già note e più volte attenzionate) relative soprattutto alla carenza di personale in servizio e alla precarietà dei rapporti di lavoro. Il superamento di questi ostacoli con la stabilizzazione dei precari e l'assunzione di professionisti per il raggiungimento della proporzione di un assistente sociale ogni 5000 abitanti così come più volte sollecitato dall'Ordine professionale, garantirebbe una corretta presa in carico e di operare con la dovuta responsabilità professionale. Inoltre, è importante garantire la continuità assistenziale soprattutto per le misure a contrasto della povertà dove il rischio di trasformare il sostegno in mero assistenzialismo è facile. È opportuno sottolineare come le misure a contrasto della povertà nella propria evoluzione abbiano previsto un approccio e una progettazione rivolti ai nuclei beneficiari tali da costituirsi come misure capacitanti, in grado di restituire valore alla persona e la capacità di autodeterminarsi. Si auspica un incremento delle politiche in favore di misure a contrasto alla povertà con un proseguo della sperimentazione RdC, interrotta nei suoi punti salienti a causa dell'emergenza.

La ricerca ha, inoltre, evidenziato l'impatto con la nuova modalità operativa dello *smartworking* applicata al servizio sociale dove sono emerse lacu-

ne nell'utilizzo dei sistemi informatici relativi a un certo analfabetismo e ad una carenza di mezzi aziendali. Il Sistema Informatizzato Sociale (SIS) non è ancora sufficientemente utilizzato nei Servizi, ancora si è lontani dalla creazione di un sistema di rete regionale che garantirebbe possibilità di avere informazioni aggiornate in tempo reale. Tuttavia, le nuove pratiche acquisite e l'applicazione delle tecnologie informatiche al Servizio sociale hanno aperto uno scenario nuovo e diverso per il lavoro sociale dando la possibilità di creare relazione e attivare il processo di aiuto a distanza. Modalità che dovrà essere approfondita e verificata nel tempo ma che appare al passo con i tempi e fondamentale nell'emergenza.

Inoltre, è opportuno considerare il ruolo riconosciuto al servizio sociale nell'ambito dei Centri operativi comunali (COC) e nella collaborazione con la Protezione Civile. L'emergenza è stata l'occasione per riconsiderare il valore del lavoro di rete e la collaborazione con il Terzo settore che gioca un ruolo sempre più importante nella co-progettazione dei Servizi.

In questa occasione appare maturo e necessario intensificare il lavoro di ASPROC (Assistenti Sociali per la Protezione Civile) e rivendicare un ruolo determinante nella gestione delle emergenze come nel caso del COVID-19.

Da ultimo, ma non per importanza, appare determinante sottolineare il riconoscimento, a vent'anni dalla L. 328/00, del servizio sociale come LIVEAS, riconoscendolo come un servizio pubblico essenziale esigibile quale diritto tutelato costituzionalmente e garantendone la fruizione senza interruzione.

Riferimenti bibliografici

- Agostini C. (2015), *Lotta alla povertà e secondo welfare*, in Maino F., Ferrera M., a cura di, *Secondo rapporto sul secondo welfare in Italia*, Einaudi, Torino. Testo disponibile al sito https://www.secondowelfare.it/allegati/08_agostini_2r2w.pdf, consultato il 8/8/2020.
- Barca F. e Gori C. (2020), *Una protezione sociale universale per affrontare subito l'emergenza. Proposte costruttive per il confronto in Parlamento e nel Paese*. Testo disponibile al sito: https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/wp-content/uploads/2020/03/Protezione-sociale-universale-a-misura-delle-persone_Barca-Gori_conForumDD.x21401.pdf, consultato il 08/08/2020.
- Camera dei Deputati (2020), "Misure di contrasto alla povertà", *Servizio Studi*, 16 Giugno 2020.
- Casamassima V., Gori L., Rossi E. (2018), *La recente normativa "sociale" e lo sviluppo del welfare generativo*, in Fondazione E. Zancan, a cura di, *Se questo è welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Chicco S. e Gui L. (2016), *Servizio sociale e adulti*, in Campanini A., a cura di, *Gli ambiti di intervento del servizio sociale*, Carocci, Roma.

- Circolare n. 1/2020 del 27 marzo 2020 “*Sistema dei Servizi Sociali – Emergenza Coronavirus*”.
- Cortigiani M. e Marchetti P. (2015), *L’assistente sociale. Società complesse, nuovi bisogni, strategie e modelli di intervento*, Maggioli, Rimini.
- Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (2020), *Vademecum “Servizio Sociale professionale e post pandemia*. Testo disponibile al sito <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/06/Vademecum-SERVIZIO-SOCIALE-PROFESSIONALE-E-POST-PANDEMIA.pdf>, consultato il 9/9/2020.
- De Lauso F. (2020), *Emergenza Coronavirus: tempi di precarietà. Emergenza Coronavirus: più che raddoppiato il numero dei ‘nuovi poveri. Monitoraggio Caritas italiana*. Testo disponibile al sito: <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarieta/emergenza-coronavirus-piu-che-raddoppiato-il-numero-dei-nuovi-poveri/>, consultato il 10/10/2020.
- D.L. 8 marzo 2020, n. 11, “*Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l’emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell’attività giudiziaria*”, G.U. n. 60 dell’8 marzo 2020.
- Devastato G. (2012), *Oltre la crisi. Quali sfide per il welfare dei soggetti*, Maggioli Editore, Rimini.
- Ferrario P. (2015), *Politica dei Servizi sociali*, Carocci Faber, Roma.
- Ghezzi G. (2016), *L’assistente sociale e l’area della marginalità*, in Bertotti T., a cura di, *Il servizio sociale in comune*, Maggioli editore, Santarcangelo di Romagna.
- Marzo P. (2020), “Una circolare può cambiare il servizio sociale?”, *Animazione Sociale*, 334, 2:36-41.
- Meldolesi L. (2000), *Occupazione ed emersione*, Carocci, Roma.
- Meo A. (2013), *Povertà*, in Campanini A., a cura di (2016), *Nuovo dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Mesini D., a cura di (2018), *Lotta alla povertà; i servizi al centro*, Maggioli, Rimini.
- Milani P. (2020), *Intervento nel webinar nell’ambito della formazione per gli operatori del PON Inclusione*. Testo disponibile al sito <https://clearning.unipd.it/scienzeumane/course/view.php?id=7814>, consultato il 08/08/2020.
- Milani P. (2020), *Un nuovo smartwelfare*, LabRIEF, Università di Padova, Padova.
- Nussbaum M. C. (2012), *Creare capacità. Liberarsi dalla dittatura del PIL*, Il Mulino, Bologna.
- Ordinanza n. 658 del 29 marzo della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Protezione civile recante “*Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all’emergenza relativa al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*”, G.U. n. 85 del 30 marzo 2020.
- Rangi Ortigosa E. (2017), *Se a crescere è solo la disuguaglianza*. Testo disponibile al sito: <https://www.lavoce.info/archives/44725/se-a-crescere-e-solo-la-disuguaglianza/>, consultato il 05/08/2020.
- Razetti F. (2020), *Il Coronavirus e i nervi scoperti del welfare italiano*, *Welforum*. Testo disponibile al sito <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/il-coronavirus-e-i-nervi-scoperti-del-welfare-italiano.html>, consultato il 05/08/2020.

- Saraceno C. (2020), “Come ripensare il welfare nel dopo coronavirus?”, *Animazione Sociale*, 334, 2:8-20.
- Siza R. (2019), “Il reddito di cittadinanza fra neoassistenzialismo e condizionalità”, *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2, 1-4.

10. La gestione dell'emergenza nei servizi per le persone anziane

di Mara Sanfelici

Introduzione

Questo capitolo discute i risultati dell'indagine promossa e condotta dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali (Cnoas) e dalla Fondazione Nazionale Assistenti Sociali (Fnas) relativi all'impatto della crisi COVID-19 nei servizi per gli anziani e le risposte messe in campo.

I numeri e le storie delle persone, da marzo a oggi, hanno reso evidente come la popolazione in età anziana sia stata una tra le più colpite dall'impatto della crisi COVID-19.

Un documento delle Nazioni Unite (2020) indica come, in tutti i Paesi del mondo, la diffusione della pandemia esponga a particolari rischi le persone anziane, in diverse dimensioni:

- la salute fisica, considerata la più elevata probabilità di contrarre l'infezione e di riportare gravi danni ad essa conseguenti;
- la salute mentale, per il possibile impatto delle misure di distanziamento fisico sull'isolamento sociale, in particolare delle persone che vivono sole e hanno più probabilità di essere escluse dalle connessioni rese possibili dagli strumenti digitali;
- il benessere sociale ed economico, in relazione alle maggiori difficoltà di accesso alle risorse materiali ed economiche e alle reti che le veicolano;
- un incremento del rischio di esposizione al fenomeno dell'abuso e della trascuratezza durante il *lockdown*, sia nei contesti residenziali che domiciliari;
- la possibilità di essere esclusi dall'accesso a servizi essenziali e di essere oggetto di forme di discriminazione e stigmatizzazione in relazione all'età (*ageism*).

Il documento sottolinea inoltre come gli anziani siano soggetti potenzialmente più vulnerabili, ma anche attivamente coinvolti nella risposta alla crisi. Molti sono impegnati nelle associazioni, in attività politica o lavorativa, o come caregiver nella cura di bambini e persone non autosufficienti.

È già stato evidenziato (*cf.* capitolo 4) come la letteratura sulla gestione delle emergenze individui nella prevenzione e nella preparazione, azioni fondamentali in tempi ordinari, al fine di mitigare l'impatto di eventi potenzialmente dannosi e contenere l'emergenza.

I numeri sui contagi e i decessi delle persone anziane non descrivono un fatto inevitabile, qualcosa che possiamo spiegare limitandoci a considerare la condizione di maggior fragilità sanitaria di questa fascia della popolazione. La perdita di migliaia di vite umane merita un'analisi più complessa, da più prospettive, incluse quelle delle stesse persone anziane, dei loro familiari, dei professionisti in prima linea, a loro volta esposti al rischio, affinché quel che è successo non accada nuovamente, per l'umana tendenza a rimuovere i traumi personali o collettivi e al *wishful thinking* (di cui l'*hashtag* "andrattubene", diventato virale sui social media, offre evidenza).

Per analizzare il livello di *preparedness* e la risposta dei servizi all'emergenza sanitaria occorre innanzitutto considerare che le persone, i professionisti della cura, le strutture ospedaliere e territoriali interagiscono in un contesto più ampio, in cui fanno la differenza i modelli di welfare, gli assetti istituzionali e organizzativi in cui di fatto si traducono, gli assunti culturali che nella nostra società orientano il ruolo attribuito alle persone anziane, ai servizi loro dedicati e alla cura.

La prima parte di questo contributo analizza le caratteristiche del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari per le persone anziane, con l'obiettivo di mettere in luce fattori che possono aver contribuito o ostacolato il fronteggiamento della crisi. La seconda parte si focalizza sull'impatto della pandemia sulle persone e i servizi, discutendo le evidenze emerse nel contesto della ricerca oggetto di questo volume e di altre indagini italiane. L'ultima sezione presenta i dati emersi dalla survey sulle azioni messe in campo dagli assistenti sociali. Lo scopo è quello di offrire una sintesi di cosa ha funzionato nel corso di questa emergenza, quali errori è possibile evitare di commettere in futuro, qual è la direzione di cambiamento che la riflessione e l'analisi delle conseguenze della crisi COVID-19 ci suggerisce.

1. Risorse e criticità del sistema di welfare per gli anziani

Giarelli e Vicarelli (2020) hanno offerto una prima analisi della risposta del sistema sanitario italiano all'emergenza COVID-19. L'Italia sembra aver presentato una strategia di azione contro l'infezione piuttosto netta che, superata la crisi iniziale legata alla indisponibilità di dispositivi di protezione (DPI) e test per il tracciamento, sembra aver dato buoni risultati in termini globali. Si è tuttavia evidenziata una elevata variabilità nei diversi territori

del Paese (Giarelli e Vicarelli, 2020), in relazione a un modello di governance che lascia ampio spazio ai sistemi sanitari regionali. Marcate differenze riguardano il rapporto pubblico/privato nell'organizzazione dei servizi sanitari, la solidità della rete dei presidi socio-sanitari territoriali, gli interventi per l'acquisizione dei DPI e i sistemi di tracciamento dell'infezione (Giarelli e Vicarelli, 2020).

È chiara, secondo gli autori, la necessità di superare un dibattito centrato sul tema del contenimento dei costi e dei relativi tagli all'assistenza, e di introdurre con più forza quello della valutazione dell'efficacia del sistema sanitario, e della sua capacità di operare in integrazione con gli altri settori del welfare.

L'impatto della pandemia sembra aver reso più evidente l'importanza di servizi domiciliari, sanitari e socio-assistenziali, e di un approccio di comunità alla salute. Già nel mese di marzo 2020, è un team di medici sul fronte dell'emergenza in un ospedale di Bergamo a evidenziare come la gestione di un'epidemia richieda un cambiamento di prospettiva verso un concetto di cura *community-centred* (Nacoti *et al.*, 2020). Il disastro avrebbe potuto essere evitato o contenuto, non solo attraverso l'intervento delle strutture ospedaliere e la presenza di dispositivi necessari, ma con un massiccio dispiegamento di servizi di *outreach* nei territori.

È tuttavia altrettanto nota la debolezza dei servizi sociali e socio-assistenziali nel nostro Paese. Rispetto al welfare per gli anziani, le statistiche comparate sulla spesa in politiche di *long term care* (LTC) in Italia evidenziano un dato in linea con la media europea (European Commission, 2018). Tuttavia, ciò che distingue il caso italiano è una forte distorsione allocativa, con una quota rilevante di risorse pubbliche destinata a trasferimenti monetari e uno scarso investimento sui servizi di cura (Arlotti *et al.*, 2020), la cui gestione è in capo alle Regioni e ai Comuni, entro coordinate definite parzialmente dallo Stato.

La normativa nazionale sui livelli essenziali di assistenza (LEA) individua i diritti esigibili per le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, pur con differenze rilevanti sul grado di garanzia dei LEA nei diversi territori regionali (Giarelli e Vicarelli, 2020). I costi per i servizi socio-sanitari non coperti dalla sanità pubblica e la gestione di servizi socioassistenziali sono invece attribuiti ai comuni. Non sono tuttavia stati definiti in modo preciso i livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) introdotti dalla Legge 328 del 2000 e gli interventi sociali risultano di fatto regolati a livello regionale, con un finanziamento nazionale limitato e notevoli disuguaglianze tra le aree del paese (Arlotti *et al.*, 2020). Il posizionamento dei servizi socio-assistenziali di LTC risulta dunque fortemente residuale, e i compiti di cura sono attribuiti prevalentemente alle famiglie, contribuendo a forme di disuguaglianze sulla base del reddito e dell'appartenenza di genere (Saraceno, 2010).

La gestione dei servizi per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è attribuita alle Aziende Sanitarie Locali, e offre prestazioni di natura infermieristico-medica; si tratta di un servizio necessario, ma ancora costruito come risposta a specifici bisogni sanitari, più che fondato su un approccio di *care* (Tidoli, 2017).

Il servizio di assistenza domiciliare sociale dei Comuni (SAD) ha costituito per lungo tempo il cardine dell'assistenza domiciliare di anziani fragili sul territorio, orientato da una "cultura della domiciliarità" volta a garantire la permanenza nel proprio ambiente di vita e a prevenire l'istituzionalizzazione. A partire dagli Anni Duemila, questo tipo di servizio sembra tuttavia essere diventato sempre più marginale. Anche se con notevoli differenze tra i territori, le minime percentuali di persone anziane che utilizzano il servizio, irrilevanti in rapporto al crescente numero delle persone non autosufficienti, mostrano la difficoltà sempre maggiore dell'assistenza domiciliare a rispondere ai bisogni delle famiglie (Tidoli, 2017).

I problemi non sono legati esclusivamente allo scarso investimento nella spesa sociale destinata ai Comuni, ma anche alle caratteristiche del servizio, non più adeguato al continuo incremento del numero di persone affette da patologie croniche, che richiedono cure continuative, e al parallelo cambiamento delle strutture delle reti primarie. Sempre più numerose sono le persone senza rete familiare, con coniugi anziani, e meno scontata la disponibilità delle cure prestate dai familiari (prevalentemente dalle donne), più assorbiti da impegni di vita e di lavoro. In assenza di caregiver presenti a tempo pieno al domicilio delle persone anziane, interventi standardizzati e prestazionali, erogati prevalentemente nelle ore diurne e per archi temporali limitati, non rispondono alle esigenze delle famiglie chiamate ad organizzare assistenza continuativa.

Alla debolezza degli interventi del servizio pubblico, molte famiglie hanno risposto grazie alla disponibilità di lavoratori domestici, molti dei quali provenienti da Paesi dell'Est Europa o non-EU, un fenomeno che ha portato a parlare di un modello di welfare "*migrant-in-the-family*" (Bettio *et al.*, 2006) o "*migrant-based care model*" (Da Roit *et al.*, 2013). Si tratta di un mercato non di rado gestito attraverso reti informali e scarsamente regolato dal servizio pubblico.

Si osservano inoltre disuguaglianze nell'accesso ai servizi di LTC. Una recente analisi (Arlotti *et al.*, 2020) evidenzia come l'assistenza per una quota di popolazione anziana, con scarsi mezzi economici e collocata in proporzioni maggiori nel Sud del Paese, sia affidata prevalentemente alle reti familiari, poco supportate da servizi pubblici e più sostenute da trasferimenti monetari. Diversamente, una classe benestante accede più di frequente al mercato privato, disponendo delle risorse finanziarie necessarie. A questi due gruppi si aggiunge una quota di anziani di ceto medio, con reti familiari rela-

tivamente meno ampie, che non accedono ai servizi pubblici e si affidano al mercato delle assistenti familiari, grazie al supporto complementare, ma decisivo, offerto dai trasferimenti monetari.

In generale il SAD erogato dai Comuni è sempre più utilizzato come un servizio residuale per gli anziani soli e le famiglie con redditi bassi (Tidoli, 2017). Tuttavia, nonostante il ricorso ai servizi pubblici risulti comparativamente più elevato in questa fascia, la copertura di questi servizi è particolarmente ridotta, e l'onere della cura attribuito prevalentemente a reti familiari (Arlotti *et al.*, 2020).

Anche l'offerta di strutture residenziali è fortemente disomogenea nel territorio: la disponibilità di posti letto residenziali nel Nord è maggiore di almeno tre volte rispetto a quella delle regioni del Sud, e doppia rispetto a quella delle regioni centrali. Il tasso di copertura che misura la quota di anziani over 65 anni ricoverati in queste strutture in Italia è circa la metà rispetto a Spagna e Germania, e quasi un quarto rispetto a Svezia e Olanda (Arlotti e Ranci, 2020). Si tratta di residenze abitate in prevalenza da persone molto anziane, con elevata fragilità sanitaria e una forte compromissione dell'autonomia. Nonostante il progressivo aggravamento della complessità dei bisogni delle persone ospiti di strutture residenziali, le regioni non hanno provveduto ad aumentare gli importi di remunerazione delle quote sanitarie, con conseguenti maggiori costi per le famiglie che partecipano alla spesa, e problemi di sostenibilità finanziaria per gli enti gestori (Arlotti e Ranci, *op.cit.*). Una tendenza complementare è stata la riduzione del personale e del minutaggio assistenziale, oltre ai tagli alla manutenzione delle strutture, più evidente in alcune regioni (Arlotti e Ranci, *op.cit.*).

L'analisi del Network Non-Autosufficienza (NNA) sui servizi di LTC fornisce il quadro di un Paese diviso in sei modelli assistenziali differenti, fonte di disuguaglianze sul territorio nazionale (NNA, 2017).

Considerata l'eterogeneità del sistema è complesso stabilire quanto le caratteristiche e le tendenze descritte abbiano contribuito a determinare un esito negativo in termini di contagi e persone anziane decedute. Ciò che è evidente è che lo scarso investimento politico e finanziario nelle strutture residenziali e il ruolo marginale attribuito ai servizi sociali e socio-sanitari domiciliari ha posto le basi per un sistema di servizi fragile e poco preparato ad affrontare una situazione di emergenza sanitaria.

2. “Preparedness” e risposta all'emergenza

È disponibile un'ampia letteratura che analizza, oltre alla dimensione epidemiologica, l'efficacia delle iniziative di salute pubblica per mitigare l'im-

patto di epidemie e pandemie, che nelle ultime due decadi hanno colpito di frequente la popolazione mondiale. Gli studi si sono inoltre dedicati alla valutazione dei piani nazionali di risposta alle emergenze sanitarie, e ai loro possibili effetti sul piano sociale e economico (Terraneo, 2020). In relazione ai framework internazionali per la gestione delle emergenze (OMS, 2019; UNISDR, 2015), uno degli aspetti centrali dei piani di fronteggiamento delle pandemie dovrebbe essere il riconoscimento dei rischi e delle vulnerabilità e le indicazioni per mitigarne gli effetti. Un'analisi condotta da Uscher-Pines *et al.* (2007) su 37 piani di preparazione alla pandemia mostra tuttavia come nessuno di essi identifichi sistematicamente i gruppi a maggior rischio, economicamente o socialmente in condizioni di maggior svantaggio o vulnerabilità.

Il piano pandemico italiano, pur non aggiornato, nonostante le sollecitazioni dell'OMS (Terraneo, 2020), indica una serie di misure di salute pubblica su cui investire nella fase di preparazione. Tuttavia, molte risorse necessarie non erano in campo all'inizio della pandemia.

Una prima grave criticità si è evidenziata rispetto all'approvvigionamento dei materiali e dei dispositivi di protezione, negli ospedali, nelle strutture e in generale per la popolazione.

Arlotti e Ranci (2020) offrono una descrizione dettagliata degli interventi per la gestione dell'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per gli anziani, settore in cui è ampiamente nota la presenza di una popolazione particolarmente vulnerabile. L'analisi evidenzia come, in una prima fase, la gestione del rischio si sia concentrata quasi esclusivamente sui servizi ospedalieri, con un forte ritardo sia nel prevenire l'ingresso del virus nelle strutture, sia nel far fronte alle sue conseguenze.

Il 21 febbraio, in seguito all'accertamento dei primi casi, sono state interrotte le visite di persone esterne negli ospedali e introdotte misure per l'isolamento delle persone affette dal virus. Per le strutture di ricovero le prime indicazioni sono state fornite a livello generale solo agli inizi di marzo e in modo non uniforme sul territorio. Il 23 febbraio sono state firmate intese del Ministero della Salute con le Regioni Veneto ed Emilia-Romagna, prevedendo limiti all'accesso dei visitatori agli ospiti. Solo il 4 marzo la limitazione è stata estesa all'intero territorio nazionale, seppure con la previsione di deroghe specifiche da parte delle direzioni sanitarie, mentre il tema del monitoraggio e del rafforzamento dei setting assistenziali è stato introdotto solo un mese dopo l'accertamento dei primi casi. La circolare del 25 marzo indica come indispensabile il potenziamento del personale in servizio nelle strutture, il tracciamento dei casi e la disponibilità di DPI. Il 18 aprile viene emanata una circolare ad hoc, contenente indicazioni per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e socio-

sanitarie, elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). La circolare riconosce la necessità di attenzione prioritaria verso gli anziani ricoverati nelle strutture residenziali e indica una serie di misure di carattere organizzativo: la limitazione degli accessi esterni, la predisposizione di spazi di isolamento, l'individuazione precoce di casi sospetti di infezione sia tra gli anziani che fra gli operatori. "Si tratta di un vero e proprio piano generale, che tuttavia arriva quando ormai la strage si è compiuta" (Arlotti e Ranci, *op.cit.*).

Rispetto ai servizi sociali domiciliari, la Circolare 1/2020 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 27 marzo indica che

nell'attuale situazione di emergenza è fondamentale che il Sistema dei Servizi Sociali continui a garantire, ed anzi rafforzi, i servizi che possono contribuire alla migliore applicazione delle direttive del Governo e a mantenere la massima coesione sociale di fronte alla sfida dell'emergenza. È un ruolo che il Sistema dei Servizi Sociali deve svolgere nei confronti di ogni membro della collettività, con particolari attenzioni verso coloro che si trovano, o si vengono a trovare a causa dell'emergenza, in condizione di fragilità, anche in relazione alla necessità di garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali di cui all'articolo 22 della legge n. 328/2000.

La circolare richiama l'articolo 48 del Decreto Legislativo 18 del 17 marzo 2020 che indica alle pubbliche amministrazioni, durante la sospensione delle attività nei centri diurni per anziani, di fornire prestazioni individuali domiciliari o a distanza, secondo priorità individuate dall'amministrazione competente, tramite coprogettazioni con gli enti gestori, impiegando i medesimi operatori e i fondi ordinari destinati a tale finalità, e adottando misure necessarie per assicurare la tutela della salute di operatori ed utenti.

Si tratta di una circolare che indica un orientamento generale, e demanda alle realtà territoriali la necessità di identificare strumenti, modalità organizzative e priorità, lasciando di fatto ampia discrezionalità, considerata la mancata identificazione dei LIVEAS.

3. L'impatto della pandemia sulle persone anziane, le famiglie e i servizi

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2020) riporta che al 7 settembre 2020, sui 35.563 pazienti deceduti e positivi all'infezione da SARS-CoV-2, l'età media è di 80 anni. I dati confermano come siano più esposte al rischio persone con patologie preesistenti, la cui insorgenza è più frequente nelle persone in età anziana. L'impatto più drammatico si è verificato nei contesti residenziali, tanto da portare a parlare di "strage" (Arlotti e Ranci, *op.cit.*) nelle strutture socio-sanitarie.

In collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, l'ISS ha avviato un'indagine sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie (RSA). Complessivamente hanno risposto al questionario 1356 strutture, pari al 41,3% di quelle contattate, che hanno riportato dati riferiti al periodo dal 1 febbraio al 30 aprile 2020. Su un totale di 9154 decessi registrati nel periodo dell'indagine, 680 persone erano risultate positive ai test e 3092 avevano presentato sintomi simil-influenzali. Il 7,4% del totale dei decessi ha interessato ospiti positivi al virus SARS-CoV-2 e il 33,8% ha interessato residenti con manifestazioni simil-influenzali, a cui tuttavia non è stato effettuato il tampone. Secondo i dati dell'ISS il tasso di mortalità a livello nazionale nelle strutture analizzate è stimato al 3,8%, raggiungendo in Lombardia una percentuale pari al 7,5%.

Il picco dei decessi è stato riscontrato nel periodo dal 16 al 31 marzo.

Delle 1259 strutture che hanno risposto all'indagine dell'ISS, tre su quattro hanno riportato la mancanza di dispositivi di protezione individuale (DPI) per il personale, una su cinque la scarsità di informazioni sulle procedure necessarie a contenere l'infezione. Inoltre, circa il 30 % ha segnalato la carenza di personale sanitario e il 12,5% la difficoltà nel trasferire i residenti affetti da COVID-19 in strutture ospedaliere. Per quasi una struttura su tre si sono evidenziate difficoltà nell'isolamento degli ospiti affetti da COVID-19. 282 strutture hanno indicato l'impossibilità di eseguire i tamponi; questa domanda è stata introdotta a partire dall'8 di aprile 2020 e la percentuale si riferisce al 52,1% (n=541) delle strutture che hanno risposto.

I dati raccolti attraverso la survey promossa da Cnoas e Fnas riportano problemi simili (Sanfelici, 2019), evidenziando come l'indisponibilità di DPI abbia riguardato circa la metà dei rispondenti, mentre l'assenza di indicazioni chiare su come orientare la pratica è riportata da circa il 40% dei professionisti.

Le risposte alle domande aperte (n= 2186) sulle difficoltà e i bisogni emersi analizzate in questo contributo consentono di comprendere come tali aspetti abbiano inciso sulla qualità dei servizi offerti alle persone anziane. Gli assistenti sociali che hanno partecipato alla survey promossa dal Cnoas hanno evidenziato come, nella prima fase dell'emergenza, l'indisponibilità di test per il tracciamento dell'infezione abbia avuto conseguenze sia nei servizi residenziali, sia nei servizi domiciliari. Nelle strutture questa grave criticità, oltre ad esporre a rischi per la salute e a rendere estremamente complessa la diagnosi e l'individuazione di soluzioni, ha aumentato i vissuti di incertezza, paura e angoscia nei residenti, nei familiari e nel personale.

L'assenza di adeguati DPI per i professionisti ha probabilmente influenzato la decisione di sospendere alcuni servizi domiciliari in diversi territori. Molti dei rispondenti hanno segnalato la difficoltà e i dilemmi etici di cui

hanno fatto esperienza nel dover individuare priorità e fornire risposte parziali o poco efficaci a sostenere il peso delle famiglie. Solo alcuni professionisti hanno riportato come il proprio ente abbia deciso di intensificare il servizio domiciliare per far fronte ai bisogni emergenti.

Frequenti sono le risposte al questionario che hanno evidenziato l'impatto delle misure restrittive sulla quotidianità delle persone. Nelle strutture, i bisogni degli ospiti più di frequente segnalati dai rispondenti riguardano la necessità di essere ascoltati, rassicurati e condividere emozioni e vissuti, non solo legati alla paura del contagio, ma anche all'improvviso sconvolgimento della routine quotidiana. Tutti hanno dovuto adattarsi a nuove regole di comportamento ma, per gli ospiti dei contesti residenziali, questo ha implicato l'impossibilità di uscire dalla struttura, di avere contatti in presenza con i propri familiari, la sospensione di attività di socializzazione che scandiscono i tempi della vita in residenza. Per molte persone anziane, così come per i loro familiari, questa esperienza si è tradotta in vissuti di ansia, frustrazione e talvolta rabbia per la condizione imposta. Per le persone affette da deterioramento cognitivo è stato ancor più difficile dare significato a una situazione in cui gli ambienti e i volti «mascherati» erano improvvisamente trasformati dalle nuove regole.

Alcuni rispondenti hanno inoltre evidenziato il rischio di peggioramento a livello cognitivo e motorio in relazione alle restrizioni imposte e le conseguenze legate alla difficoltà di accesso a cure sanitarie considerate differibili.

Uno dei problemi segnalati più di frequente è il vissuto di «solitudine» e il rischio di isolamento sociale, sia per molti degli anziani in struttura, sia per le persone che al proprio domicilio non potevano contare sul sostegno affettivo veicolato dalle reti primarie, assenti o in difficoltà.

La solitudine ha connotato anche l'esperienza drammatica di alcuni familiari, costretti ad assistere al fine vita del proprio congiunto a distanza, senza poter accedere alle strutture o accompagnarlo nel rito funebre, sospeso durante il *lockdown*.

Una preoccupazione emersa di frequente nelle risposte degli assistenti sociali riguarda inoltre una fascia di popolazione non in contatto con i servizi, in una fase in cui anche quelle che sono state definite «le antenne nel territorio» hanno avuto maggiori difficoltà a intercettare domande di aiuto.

Un altro tema ricorrente riguarda la difficoltà di accesso a servizi e risorse assistenziali. Non solo sono stati sospesi molti dei servizi pubblici a sostegno della domiciliarità, ma è stato più complesso reperire assistenti familiari, in parte a causa delle limitazioni negli spostamenti imposte dal *lockdown*, in parte per la paura del contagio che ha portato alcuni lavoratori domestici alla rinuncia dell'incarico, ad esempio nei casi di dimissioni ospedaliere di persone positive al virus. Per la stessa ragione, diverse famiglie hanno rinunciato

agli interventi a domicilio garantiti da servizi pubblici o privati, temendo conseguenze per la salute legate alla possibilità di contrarre l'infezione.

Molte risposte segnalano l'aggravarsi di bisogni di natura economica per le famiglie, dovuta alla perdita del lavoro o alla malattia, in particolare di persone assunte con contratti irregolari, dunque prive di forme di tutela garantite dalle prime misure introdotte dal governo. Alcune risposte fanno riferimento alle maggiori difficoltà di quartieri urbani o aree più povere, a causa della minore attivazione di reti di prossimità; altri rispondenti segnalano invece un netto incremento della disponibilità di individui e associazioni al supporto di persone anziane in difficoltà durante la pandemia.

4. Cosa ha aiutato nell'emergenza sanitaria

Una delle domande aperte del questionario ha chiesto ai rispondenti di condividere quali, dal loro punto di vista, fossero identificabili come buone pratiche utili ad affrontare la fase di emergenza. Le risposte hanno portato in luce una pluralità di tentativi di adattare le tecniche professionali al nuovo contesto, e sperimentare l'utilizzo di nuovi strumenti per connettersi e «stare in relazione». L'obiettivo comune a questi tentativi è stato quello di costruire ciò che i rispondenti hanno definito «prossimità a distanza», cercando di contrastare gli effetti negativi del distanziamento fisico.

4.1. Consulenza psico-sociale “a distanza”

Le telefonate e le videochiamate con i familiari hanno rappresentato il mezzo privilegiato per costruire e mantenere una relazione di fiducia, «una relazione che cura», nonostante la distanza. I colloqui sono stati fondamentali per garantire orientamento e informazione sulle misure di prevenzione e gli aiuti disponibili, sostegno psico-sociale e ascolto dei vissuti di incertezza, ansiosità e talvolta dolore e sofferenza legati all'impatto della malattia, colloqui di supporto all'elaborazione del lutto, alle persone in isolamento e in quarantena, e alle famiglie chiamate a riorganizzare la gestione assistenziale dopo ricoveri ospedalieri.

Nel contesto delle Casa di Riposo, noto come il supporto telefonico ai familiari sia fondamentale. Permette la vicinanza anche se distanti. Ai familiari viene concesso un momento per lasciarsi andare: piangere, arrabbiarsi, ringraziare e condividere dubbi. Questo è molto importante perché sentono che come struttura siamo presenti e cerchiamo, anche senza la presenza di familiari, di fare di tutto per i loro cari.

Soprattutto con le persone sole a domicilio, l'intervento è stato utile ad accompagnare nel dare significato a ciò che stava accadendo, provare a trovare un ordine alle cose, ripensare a possibili cambiamenti in una situazione di estrema incertezza e costruire nuove routine nel quotidiano.

Per le persone anziane ritengo sia stato utile effettuare telefonate periodiche, costruendo una routine, che in alcuni casi ci ha permesso di gestire meglio l'ansia legata al periodo, il timore di stare male e non sapere a chi parlarne o anche solo di poter interloquire con qualcuno durante la giornata.

4.2. Strumenti digitali per il lavoro con le famiglie e i gruppi

Durante il *lockdown* sono state avviate numerose sperimentazioni che hanno incluso l'utilizzo di strumenti digitali nel lavoro con le famiglie di persone anziane: messaggi testuali e vocali, gruppi virtuali di scambio, gruppi di mutuo-aiuto, scambi tra generazioni per favorire il reciproco *storytelling* tra anziani in strutture e studenti. Sembra trattarsi più spesso di assistenti sociali che avevano attivato sperimentazioni già in precedenza alla pandemia, con probabile maggior competenze nell'utilizzo di queste tecnologie.

Avere già nell'ambito del gruppo del Centro Alzheimer da me coordinato creato da tempo una chat WhatsApp ha favorito l'ampliamento del suo utilizzo. Oggi è diventata un vero sostegno quotidiano, un luogo di incontro virtuale dove essere piccola comunità, dove i nostri amici si incontrano, trascorrono del tempo e sollecitati dalla psicologa svolgono piccole attività, postano i loro ricordi, guardano un video, fanno un gioco, e tre volte a settimana grazie ad una piattaforma web si ritrovano insieme per fare esercizi anche con la psicomotricista e vedersi e parlarsi.

Seguo un gruppo costituito da persone anziane con demenza e dai caregivers che si incontrava 2 volte a settimana per fare attività psicosociali integrate. L'aver a suo tempo creato un gruppo ci permette oggi di continuare a seguirli tutti e tramite una piattaforma Google realizzare gli incontri via web 3 volte a settimana.

Alcuni assistenti sociali hanno tuttavia evidenziato come una parte delle famiglie che si rivolgono ai servizi non aveva a disposizione i mezzi e le competenze necessarie per comunicare attraverso il digitale, o l'intenzione di approcciarsi all'uso di questi strumenti.

Altri rispondenti hanno descritto il tentativo di insegnare l'uso di strumenti digitali a persone anziane. In particolare nelle strutture residenziali, l'uso delle videochiamate attraverso tablet è stato essenziale, sia per consentire agli ospiti di comunicare con i propri familiari, sia per mantenere un costante aggiornamento delle famiglie.

Non appena è stato possibile, tutte le strutture sono state dotate di tablet con cui abbiamo portato avanti un bel lavoro di videochiamate tra anziani e familiari. Da lì la conferma del bisogno reciproco di essere tranquillizzati, di rivedersi, di parlarsi e far uscire emozioni (pianti, sorrisi, sguardi). Attraverso un gruppo broadcast abbiamo restituito ai familiari, nel rispetto della privacy, alcune informazioni relative all'andamento dell'emergenza in struttura, offrendo alcune pillole di quello che si stava facendo con loro.

Gli strumenti digitali sono stati utilizzati anche per la comunicazione tra professionisti e istituzioni e per la comunicazione esterna, principalmente per diffondere informazioni alla popolazione.

4.3. Linee telefoniche per la popolazione anziana

In alcune realtà gli assistenti sociali sono stati coinvolti o hanno promosso l'attivazione di linee telefoniche utili a dedicare ascolto e offrire informazioni alle persone anziane e ai caregiver. L'obiettivo è stato anche quello di riuscire a intercettare una fascia di popolazione non nota ai servizi e consentire, oltre alla diffusione di informazioni, il monitoraggio e l'analisi dei bisogni emergenti nei territori. Alcuni servizi sono stati gestiti in collaborazione con associazioni o reti di volontari che si sono attivate in fase di emergenza.

Nella mia realtà è stato istituito un numero verde tramite il quale i cittadini anziani o fragili chiedono aiuto segnalando le loro difficoltà. Il filtro, lettura del bisogno e risposta lo fa il servizio sociale. A fianco del servizio sociale è stata creata una rete operativa con la protezione civile, associazioni di volontariato, rete di negozi alimentari con consegna dei generi alimentari a domicilio, etc. Una stupenda esperienza molto apprezzata dai cittadini.

Alcuni assistenti sociali hanno messo a disposizione degli anziani e delle famiglie un numero di cellulare diretto e hanno costruito piani di monitoraggio per garantire il supporto delle persone sole, offrendo un punto di riferimento utile a rassicurare e a confrontarsi.

4.4. Lavoro in rete e coordinamento

Da molti dei rispondenti sono stati descritti come strategici sia la capacità (non sempre presente negli enti) di coordinare e mettere a sistema le risorse nei territori per far fronte all'emergenza, sia il lavoro in rete con le organizzazioni del Terzo settore.

L'attività condivisa con questi attori è stata fondamentale per rispondere in modo tempestivo alla domanda di aiuto, anche sopperendo alla carenza di risorse pubbliche in campo, attraverso la distribuzione di beni per soddisfare bisogni primari (cibo, farmaci).

[Una buona pratica è] La creazione di un punto di coordinamento, gestito dall'ente pubblico, che coinvolge tutte le associazioni del territorio per un supporto al soddisfacimento dei bisogni primari. Molta è la solidarietà che si riscontra nella comunità in questi momenti ma, nella maggior parte dei casi, questa ha bisogno di essere coordinata e incentivata. Le istituzioni pubbliche, che dovrebbero fornire risposte ai bisogni dei cittadini, da sole non sono sufficienti a creare un ventaglio di interventi completo ed efficace. La comunità, organizzata attraverso le associazioni, diventa allora la risorsa per dare vita ad una risposta che parte dal basso. L'esperienza a cui sto partecipando ha dato dimostrazione che i legami di prossimità nel nostro paese sono ancora alla base della nostra società e ne sono il motore vitale.

Solo alcuni rispondenti descrivono *task force* centralizzate per il coordinamento di équipes specializzate su diversi temi, la raccolta dei dati, il coordinamento degli interventi e l'interfaccia con i servizi sanitari per far fronte ai bisogni emergenti.

4.5. Utilizzare i dati per informare la pratica

Avere aggiornato l'analisi delle condizioni di vulnerabilità di individui o gruppi è stato utile a informare la risposta all'emergenza. Le esperienze di analisi dei dati e di costruzione di un profilo di comunità sono citate da una minoranza dei rispondenti e non sembrano essere prassi comuni nei servizi. Dalle risposte analizzate sembra che siano state attivate più di frequente nelle aree che già erano state messe alla prova da crisi collettive e catastrofi naturali.

In altri casi, sono state improvvisate banche dati, ricostruendo informazioni utili ad intercettare persone in condizioni di solitudine, anche attraverso il supporto delle associazioni del Terzo settore.

Avendo già dovuto affrontare negli ultimi otto anni, sia l'emergenza terremoto che l'alluvione, da tempo mi ero costruita un file con l'elenco delle persone fragili, che aggiorno mensilmente. L'elenco è composto da tutti gli ultra 75enni che vivono soli o in coppia con altra persona anziana (dato fornito annualmente dagli uffici anagrafi), dagli utenti in carico ai nostri servizi (non necessariamente anziani) e dai beneficiari di ausili (dati forniti dall'asl ufficio protesica). Il file è composto da: dati anagrafici, presenza di ausili e condizione abitativa, presenza di rete parentale, che a seconda del tipo di emergenza possono essere più o meno utili (...). In questa occasione questo strumento mi è stato utile per intercettare anziani soli, non in carico

ai servizi, per i quali abbiamo attivato dei servizi domiciliari di supporto (es. spesa piuttosto che consegna farmaci), cercando pertanto di ridurre il rischio di esporli al contagio del virus.

4.6. La cura reciproca

Sentirsi parte di un gruppo, di un'équipe che condivide, poter interagire e essere ascoltati dalla direzione è menzionato da molti dei rispondenti come una condizione che ha consentito di non sentirsi soli di fronte all'emergenza, trovare il coraggio per affrontarla, rinforzare la speranza di potercela fare. Nell'équipe si sono condivisi dubbi, paure, informazioni, conoscenze e esperienze.

Alcuni rispondenti fanno esplicito riferimento alla ritrovata forza di reagire, grazie all'interazione quotidiana con le persone anziane, alla condivisione di racconti, storie ed emozioni e difficoltà condivise.

I professionisti che hanno lavorato in solitudine hanno sperimentato maggiori difficoltà a reagire e dare senso a una situazione non conosciuta, e alcuni di loro hanno esplicitato la consapevolezza di essere a rischio di *burnout*. Alcuni rispondenti fanno riferimento all'importanza e alla conoscenza di alcune tecniche di *self care* come strumento per la cura di sé e degli altri.

4.7. Il posizionamento del servizio sociale nell'ente

Le risposte al questionario offrono una fotografia molto articolata rispetto al ruolo dell'assistente sociale nei servizi durante il *lockdown*.

In alcune delle risposte emerge il mancato coinvolgimento degli assistenti sociali nelle cabine di regia per la gestione dell'emergenza, con un mandato organizzativo prevalentemente legato all'erogazione di prestazioni. Di contro, altri professionisti si riferiscono alla loro attiva partecipazione nell'analisi dei bisogni emergenti e nella definizione delle risposte alla crisi, o almeno la possibilità di formulare proposte ai livelli decisionali. Alcuni descrivono una progettualità del servizio sociale negoziata e supportata dal livello politico. Altri rispondono di essere stati invitati a rimanere a casa, in ferie o in cassa integrazione, in attesa del contenimento dell'emergenza. Alcuni evidenziano come sia stata prevalente l'attenzione agli aspetti sanitari, a scapito della dimensione sociale del *care*. Altri descrivono un'attiva partecipazione a équipe multiprofessionali in cui il loro ruolo sembra valorizzato.

Anche i modi di reagire alla crisi da parte dei professionisti variano, probabilmente in relazione alla gravità dell'impatto della pandemia sul servizio,

al contesto organizzativo, a differenti strategie di *coping*, alla formazione e, dunque, al grado di preparazione.

Per alcuni assistenti sociali l'impatto della crisi e le difficoltà organizzative hanno portato a una situazione di attesa o di «blocco» della loro attività. Altri hanno utilizzato gli strumenti ordinari, valutandoli come scarsamente efficaci in una situazione di emergenza sanitaria. Altri ancora hanno sentito il bisogno di impegnarsi sul campo e dare «maggiore concretezza» all'azione, anche assumendo compiti che nell'ordinario sono attribuiti ad altri professionisti, ad esempio in situazioni di emergenza nelle strutture residenziali.

Lavorando in una casa di riposo focolaio, i dipendenti sono dimezzati, di conseguenza non esistono più ruoli, tutti ci adoperiamo per il benessere degli anziani. Sto incontrando difficoltà più che in veste di assistente sociale, come persona. Sono in difficoltà emotivamente nel sopportare la visione degli anziani che peggiorano notevolmente non solo per la malattia, ma per la tristezza del non vedere i propri cari. (...) Mi sono messa in gioco, ho modificato il mio ruolo in questo periodo e non esiste più la mia postazione in ufficio. Sono sempre nei piani e contribuisco attivamente per il benessere degli anziani. Aiuto nell'idratazione, attività pomeridiane di sostegno affettivo, supporto agli operatori a rischio *burnout*.

La maggior parte delle risposte evidenzia l'impegno e l'azione dei professionisti per far fronte a sfide inedite, improvvisando, sperimentando nuove soluzioni, imparando dall'esperienza.

Per alcuni la crisi ha costituito un'opportunità di ripensare ai limiti di un approccio «emergenziale» al lavoro sociale, come se l'emergenza avesse in qualche modo consentito di «fermarsi» e riuscire a riconoscere l'importanza del tempo dedicato alla relazione, alla prevenzione e all'analisi delle variabili macro che influenzano l'azione.

5. Possiamo fare meglio

Era già successo. Nel marzo del 2003, nel corso della pandemia legata al virus SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*), in diversi ospedali e strutture nel territorio della città di Toronto furono introdotte misure di prevenzione che prevedevano lo screening di tutti coloro che facevano ingresso negli ospedali e nelle strutture, l'uso di materiale per l'isolamento, e misure che impedivano il contatto diretto con i residenti da parte di chiunque non fosse un membro dello staff (McCleary *et al.*, 2006).

È interessante notare come molto di ciò che abbiamo “imparato” dall'esperienza nel corso dell'attuale pandemia, fosse in parte già conoscenza disponibile. McCleary e colleghi (2006) presentano i risultati di una ricerca

condotta in una struttura di Toronto, immediatamente dopo l'introduzione delle misure di contenimento del contagio, descrivendo in particolare le attività del dipartimento di servizio sociale nella residenza.

Gli assistenti sociali erano stati immediatamente incaricati di sviluppare un piano che aveva incluso servizi di consulenza, *crisis intervention* per le famiglie e i residenti, e un parallelo servizio di supporto al personale della struttura, impegnato nel sostegno di ospiti o familiari maggiormente in difficoltà a fronteggiare i vissuti di paura, angoscia e talvolta rabbia associati alle misure per il contenimento dei focolai. I familiari coinvolti nella ricerca hanno valutato come particolarmente utili la possibilità di ricevere chiamate regolari dagli assistenti sociali o altri operatori della struttura, di essere ascoltati ogni volta che hanno formulato una richiesta, la possibilità di mantenere contatti con i loro familiari attraverso telefonate o lo scambio di fotografie, la possibilità di affidarsi all'équipe.

Molte di queste azioni, e nuove strategie consentite dall'evoluzione degli strumenti digitali, sono state messe in campo nel corso dell'attuale emergenza nei servizi sociali italiani. Questa conoscenza merita di essere analizzata e messa a sistema, in un processo che caratterizza la disciplina del servizio sociale ovvero la costruzione di teoria dalla pratica.

Ciò che la pandemia, come gli altri disastri che hanno colpito il Paese, dovrebbe aver insegnato è la necessità di essere preparati a eventi che sono già accaduti e accadranno, e che impattano soprattutto sulle persone che hanno meno risorse per fronteggiarli.

È ora più manifesto, ciò che era già noto, ovvero la debolezza di un approccio 'ospedale-centrico' nel fare salute pubblica, l'assenza di una politica nazionale capace di costruire un sistema adeguato di *long term care* (Gori, 2017; Arlotti e Ranci, 2020), le lacune dell'assistenza domiciliare, lo sbilanciamento sui trasferimenti monetari, lo scarso sostegno e la scarsa valorizzazione dei caregiver, il ruolo marginale attribuito ai servizi sociali, più spesso intesi come semplici erogatori di prestazioni.

Molti assistenti sociali sembrano aver riscoperto l'importanza della prevenzione, della produzione di analisi e dati per informare la pratica, di mettere a sistema informazioni e esperienze, di lavorare nella comunità, di superare un approccio "emergenziale" e una sorta di adeguamento a un sistema che chiede di limitarsi a un lavoro per prestazioni, anziché includere l'attivazione di aiuti materiali all'interno di un più ampio progetto che tiene insieme le dimensioni micro e macro dell'intervento sociale.

Sono emerse anche sfide del tutto nuove, ad esempio rispetto alle competenze per fare servizio sociale con strumenti digitali, oppure comprendere, insieme ad esperti di altre discipline, come risolvere in pratica il dilemma che si impone in un'emergenza sanitaria, tra la tutela della salute attraverso

il distanziamento fisico e la necessità che questo non si traduca in forme di limitazione della libertà e in gravi conseguenze sul benessere psico-sociale delle persone.

Poche delle risposte analizzate si riferiscono ad una delle azioni del servizio sociale, più sviluppata nei contesti anglosassoni che in Italia, ma particolarmente coerente con il mandato internazionale alla disciplina e alla professione, ovvero l'advocacy. Un assistente sociale che ha partecipato alla survey ha evidenziato il tema della tutela dei diritti degli anziani e in particolare «il diritto di non essere considerati sacrificabili».

L'impegno per risolvere i problemi già noti, e investire le risorse per farlo, richiede un cambiamento culturale sui modi di intendere il welfare e il posto degli anziani nella società. Il servizio sociale, nei servizi del welfare e nella ricerca, ha il mandato di influenzare con azioni di *voice* il discorso pubblico, dentro e fuori le istituzioni, contrastando discriminazioni e forme di *ageism*, evidenziando come siamo tutti coinvolti in questa sfida, con diverse vulnerabilità e capacità, e influenzando l'attenzione della politica verso azioni utili per le persone anziane, e dunque per la società in generale.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti M., Parma A., Ranci C. (2020), "Politiche di LTC e disuguaglianze nel caso italiano: evidenze empiriche e ipotesi di riforma", *Politiche Sociali*, 1: 125-148.
- Arlotti, M., Ranci, C. (2020), *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese?*, Politecnico di Milano. Testo disponibile al sito http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/04/Impaginazione_inaige.pdf, consultato il 03/09/2020.
- Bettio F., Simonazzi A., Villa P. (2006), "Change in care regimes and female migration: the 'care drain' in the Mediterranean", *Journal of European Social Policy*, 16,3: 271-285.
- Blaikie P., Cannon T., Davis I. and Wisner B. (1994), *At Risk. Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*, Routledge, London.
- Da Roit, B., González Ferrer, A., Moreno-Fuentes, F.J. (2013) "The Southern European migrant-based care model", *European Societies*, 15,4:577-596.
- Giarelli G., Vicarelli G. (2020), "Politiche e sistemi sanitari al tempo della pandemia da Covid-19: una lettura sociologica", *Sociologia Italiana*, 6: 69-86.
- Gori C. (2017), *Introduzione. L'età dell'incertezza*, in Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Istituto Superiore di Sanità (2020), *Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia Dati al 7 settembre 2020*. Testo disponibile al sito https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2020/09/Report-COVID-2019_7_settembre.pdf, consultato il 12/9/2020.

- McCleary L., Munro M., Jackson L., Mendelsohn L. (2006), “Impact of SARS Visiting Restrictions on Relatives of Long-Term Care Residents”, *Journal of Social Work in Long-Term Care*, 3,3-4: 3-20.
- Nacoti *et al.* (2020). “At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation”, *NEJM Catalyst*. Testo disponibile al sito <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>, consultato il 01/08/2020.
- Network Non Autosufficienza (a cura di) (2017), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2019). *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Testo disponibile al sito: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326106/9789241516181-eng.pdf?ua=1>, consultato il 9/9/2020.
- Sanfelici M. (2019). “I servizi sociali ai tempi del coronavirus: le condizioni di lavoro degli assistenti sociali nella prima fase dell'emergenza”, *La Rivista di Servizio Sociale*, 2: 4-21.
- Saraceno C. (2010), “Social Inequalities in Facing Old-Age Dependency: A Bi-generational Perspective”, *Journal of European Social Policy*, 20, 1: 32-44.
- Terraneo M. (2020), “Studiare le disuguaglianze di salute in tempo di pandemia: una cornice teorica”, *Sociologia Italiana*, 16: 87-97.
- Tidoli R. (2017), *La domiciliarità*, in Network Non Autosufficienza, a cura di, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia. 6° rapporto 2017/2018. Il tempo delle risposte*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- United Nation (2020), *Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Older Persons* (May 2020). Testo disponibile al sito <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-05/Policy-Brief-The-Impact-of-COVID-19-on-Older-Persons.pdf>, consultato il 23/08/2020.
- United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR) (2015), *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2020*. Testo disponibile al sito <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>, consultato il 9/8/2020.
- Uscher-Pines, L., Duggan, P.S., Garoon, J.P., Karron, R.A., Faden, R.R. (2007), “Social justice and disadvantaged groups”, *Hastings Cent. Rep.*, 37,4: 32-39.

10. Dialoghi digitali. La comunità professionale si confronta sull'esperienza in tempo di COVID

di Elena Allegri e Roberta Teresa Di Rosa

1. L'impatto della pandemia sul servizio sociale

Insieme allo spiazzamento iniziale, la pandemia ha reso ancora più evidenti le disuguaglianze e le ingiustizie sociali, ha investito direttamente i servizi sociosanitari, le relazioni tra i cittadini e tali sistemi, le comunità, il ruolo dei professionisti, in un clima caratterizzato da incertezza, ritardi nella organizzazione di risposte istituzionali adeguate, disinformazione e circolazione di notizie false. La gestione della emergenza causata dal COVID-19, nelle diverse fasi in cui è articolata, ha coinvolto i professionisti dei servizi sociali in un contesto in cui, per la prima volta, una situazione di trauma e di crisi a livello collettivo (Aydin, 2017) ha investito l'intero territorio nazionale, comportando sfide senza precedenti in Italia dopo la Seconda guerra mondiale. Le misure adottate per far fronte all'emergenza, ancora in corso, e in particolare quelle per il contenimento del contagio, hanno imposto il distanziamento fisico tra persone, sfidando dunque modi, dispositivi e strumenti cardine del lavoro dell'assistente sociale. Come svolgere, per esempio, i colloqui, le visite domiciliari, il lavoro con i gruppi nei servizi sociosanitari, e come non interrompere i progetti di potenziamento delle relazioni nelle comunità locali? Come modificare velocemente progetti e interventi per costruire risposte adeguate alle domande dei cittadini, in un clima di paura, disorientamento e fatica?

In questa situazione, peraltro, si è potuto far riferimento solo in parte a esperienze già consolidate in situazioni di emergenza e all'adattamento di modelli e strumenti di intervento sviluppati, per esempio, in occasione di calamità naturali (Di Rosa, 2012; Calbucci *et al.*, 2016; Mirri, 2018).

La crisi pandemica ha avuto un impatto *diretto* e *indiretto* nella sfera di azione dei servizi sociali. L'implementazione di regole di distanziamento e di sicurezza, la chiusura di luoghi aperti al pubblico (Centri Diurni), il divieto di accesso ai familiari (Residenze Sanitarie Assistenziali), l'attivazione di

punti di distribuzione alimentare, e altro ancora, hanno comportato una interruzione delle relazioni sociali abituali e hanno richiesto la progettazione di nuove strategie per mantenere, a tutti i costi, il contatto e la presenza con le persone più vulnerabili. Le relazioni sono state vissute attraverso voci al telefono, messaggi scambiati tramite la messaggistica istantanea, o sui social network. Nel migliore dei casi, questa distanza si è trasformata in una nuova forma di prossimità, in cui l'intervento di servizio sociale si è collocato in modo innovativo nello spazio relazionale vissuto non solo dalle persone, ma anche dai professionisti.

Tra gli ambiti che sono stati investiti direttamente dal diffondersi del Corona virus vi sono, *va da sé*, la sanità (ospedali, servizi per la salute mentale, servizi per le dipendenze, e altri servizi) e, per la particolare contagiosità e letalità del virus tra le fasce anziane della popolazione, le politiche e i servizi per gli anziani fragili e non autosufficienti. Altre sfere di competenza dei servizi sociali sono state invece investite indirettamente, specie per effetto delle inedite misure e strategie attuate per fronteggiare la pandemia e la crisi sanitaria. Il *lockdown* ha infatti inciso significativamente sui processi economici, sulle dinamiche del lavoro e dell'occupazione, sull'organizzazione della vita domestica e familiare, sulla conciliazione di questa con le nuove forme organizzative del lavoro a distanza, sull'istruzione, nonché sulle condizioni materiali (economiche) dell'esistenza con particolare evidenza nelle fasce di popolazione in condizione, o a rischio, di povertà, ivi compresi i migranti (Bazurli, Campomori e Marchetti, 2020). Inoltre, il confinamento obbligato e la conseguente paralisi delle attività economiche hanno acuito la vulnerabilità di diverse fasce della popolazione (Sanfelici, 2020), esercitando una pressione straordinaria sui servizi sociali, all'interno dei quali, a causa della straordinaria riduzione delle risorse finanziarie che ha determinato l'instabilità dell'occupazione, lavorano professionisti senza garanzia di continuità, esposti anch'essi alla vulnerabilità sociale (Allegri, 2017). Le variabili descritte hanno imposto l'immediata riorganizzazione dei servizi e la necessità di agire in condizioni nuove e non pianificate.

Così, in questo periodo di crisi, sia che abbiano agito nelle strutture di accoglienza o in strada sia a distanza, gli assistenti sociali sono sempre stati in prima linea e hanno risposto alle necessità più urgenti. Prima di tutto, quella di adattare il funzionamento dei servizi alle necessarie misure di protezione e di mantenere aperti i servizi sociosanitari. Allo stesso tempo, sono stati chiamati a trovare una soluzione di emergenza per i senz'altro, a supportare le persone e le famiglie in difficoltà nella vita quotidiana, sia sul piano materiale sia su quello relazionale, e talvolta ad agire con urgenza per proteggere persone vulnerabili dalla violenza domestica. Non sempre l'esito è stato positivo, come recenti fatti di cronaca dimostrano.

Infine, ma altrettanto sostanziale, va segnalato il fatto che i professionisti del sociale hanno operato per tutelare e garantire la continuità dei diritti delle persone a fronte di procedure incerte nelle quali la tecnologia digitale era l'unica porta di accesso.

Alcune aree specifiche di intervento sono state individuate nella Circolare n. 1/2020 del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale: “Sistema dei Servizi Sociali-Emergenza Coronavirus 27 marzo 2020” come ambiti nei quali si sarebbero potute manifestare particolari criticità. Il fine è stato il monitoraggio della situazione nei diversi territori e l'eventuale potenziamento dei servizi: segretariato sociale, persone senza fissa dimora, servizi domiciliari, colloqui telefonici con i soggetti in carico, servizio sociale ospedaliero, servizi per le dipendenze, servizi per la salute mentale, tutela e protezione dei minori. Dunque, gli assistenti sociali hanno lavorato fronteggiando anche il rischio di contagio. Come rilevato dalla ricerca empirica presentata in questo volume, tra gli assistenti sociali rispondenti (n=16615) al questionario somministrato circa la metà del campione analizzato (n=8823) ha svolto attività a contatto diretto con le persone. Solo la metà dei professionisti inclusi in questo sotto-campione ha dichiarato che i dispositivi di protezione individuale sono stati sufficienti (capitolo 4). Il dato è abbastanza sconcertante e rivelatore della impreparazione delle organizzazioni dei servizi sociosanitari ad affrontare una crisi pandemica, seppur imprevedibile. Peraltro, non è di conforto sapere che nella stessa situazione si trovano i Paesi di tutto il mondo, tra tentativi di risposta all'emergenza e spinte innovative verso il futuro del lavoro sociale digitale (tra gli altri, Desai, 2007; López Peláez *et al.*, 2020). È importante sottolineare, a tale proposito, che di fronte ai cambiamenti climatici e alle sempre più frequenti calamità naturali, anche le associazioni internazionali di lavoro sociale hanno approntato studi e suggerimenti che il servizio sociale può offrire ai decisori politici, basati sul confronto tra i diversi Paesi del mondo. La International Association of Schools of Social Work (IASSW), per esempio, ha istituito nel 2010 il *Disaster Intervention, Climate Change and Sustainability Committee*. Il suo scopo è quello di preparare, documenti basati su ricerche e contributi utili alle discussioni delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici e altri disastri per progettare politiche efficaci. Il *Disaster Intervention, Climate Change and Sustainability Committee* ha organizzato nel tempo eventi e riunioni di confronto a livello internazionale; attualmente, presieduto da Lena Dominelli (2020), ha contribuito a comprendere e ad affrontare l'impatto di COVID-19, che si è diffuso in 180 Paesi in tutto il mondo, diffondendo nel web diverse iniziative al fine di attivare confronto e circolazione di informazioni corrette.

2. I *webinar*. Confronto in prima linea: mettersi insieme all'ascolto dell'esperienza

In qualità di docenti di Servizio sociale presso l'Università del Piemonte Orientale di Alessandria e l'Università di Palermo, insieme alla Fondazione Nazionale degli assistenti sociali, abbiamo organizzato una serie di *webinar* sul servizio sociale e COVID-19, con il sostegno del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, della Società Italiana del Lavoro Sociale, della Associazione Italiana di Sociologia, di Assistenti Sociali per la Protezione Civile, di Assistenti Sociali Senza Frontiere.

Con il titolo “Servizio sociale e COVID-19. Dalla prima linea: riflessioni per il post emergenza”, il 24 maggio e il 16 giugno 2020 sono stati realizzati i primi due *webinar*. L'intento è stato quello di offrire un'occasione di confronto, per la professione e la disciplina del Servizio sociale, utile a dare un senso all'emergenza sanitaria e sociale in corso e a pianificare il futuro, coinvolgendo assistenti sociali in prima linea e docenti universitari.

Due sono le ragioni fondamentali che hanno determinato la scelta di organizzare un ciclo di *webinar*. La prima concerne l'urgenza del confronto e della solidarietà all'interno della comunità professionale e scientifica del servizio sociale italiano, per dare voce ai professionisti in prima linea che durante la pandemia hanno continuato a svolgere il proprio lavoro in situazioni estreme, e tuttavia sono risultati assenti nella narrazione pubblica che si andava costruendo. A fronte della narrazione mainstream di media e social network, pervasa da notizie false e costruita sulle parole della guerra, che incitano a trovare nemici da combattere e sviluppano paura e angoscia a livello individuale e collettivo, è parso interessante proporre un contesto di confronto scientifico, professionale e solidale. Quando abbiamo deciso di organizzare occasioni di confronto *online* non avremmo certamente immaginato un successo così grande: più di 3.000 accessi alla piattaforma durante i *webinar*. Il dato non è certamente casuale: nella primavera del 2020, infatti, sono stati organizzati eventi sulla pandemia in molti settori di ricerca e da molte comunità professionali e scientifiche sulle diverse piattaforme digitali con ritmo crescente, sia per proporre chiavi di analisi del fenomeno sia per contrastare l'isolamento nel quale tutti erano confinati. La nostra proposta è stata la prima riservata specificamente al servizio sociale.

La seconda ragione riguarda la necessità di confronto sulla formazione delle nuove generazioni di professionisti, e in particolare sulle sperimentazioni in atto utili a sistematizzare la didattica *online* nei corsi di studio in Servizio sociale all'interno delle università. Nella formazione al servizio sociale sono sempre stati considerati fondamentali sia il rapporto tra teorie e pratiche sia la connessione tra l'insegnamento, la ricerca e i servizi socio-

sanitari presenti nei territori. La cura delle connessioni tra questi ambiti è garanzia di un apprendimento di qualità, soprattutto in questo periodo di emergenza sanitaria e sociale, dove gli operatori sociali coinvolti nei servizi in prima linea, difficilmente visibili nel discorso mediatico, sono i testimoni privilegiati da coinvolgere. Pertanto, nell'invito rivolto agli assistenti sociali, la richiesta è stata quella di provare a condividere con i colleghi in ascolto due particolari aspetti: *dove* sono stati colti dall'impatto del COVID-19 e come lo hanno affrontato sul piano professionale. Cogliere sia la condizione di rischio vissuta dai professionisti sia le pratiche innovative situate nei diversi contesti e territori italiani, intrecciate agli effetti sociali e globali della pandemia, ci è parsa una occasione preziosa per costruire memoria riflessiva su un momento storico che segnerà non solo la storia delle nostre comunità, ma anche quella della nostra professione.

Non è semplice rendere conto della fitta rete di scambi intercorsi tra contenuti, emozioni e riflessioni proposti per costruire un futuro più giusto che ha caratterizzato i *webinar* di maggio e giugno 2020. Saranno qui di seguito presentati i relatori intervenuti e successivamente i principali temi analizzati, accorpati secondo salienza e incisività rispetto al futuro.

Negli indirizzi di saluto, Gianmario Gazzi, presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli assistenti sociali (Cnoas), ha anticipato alcuni punti dell'intervento che avrebbe presentato il 21 giugno 2020 agli Stati Generali organizzati dal Governo. Dopo aver evidenziato molti interventi straordinari attivati dagli assistenti sociali nei mesi di emergenza, ha centrato l'attenzione sul futuro che si prefigura: «maggior rischio di povertà delle fasce più deboli della popolazione, sospensione di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari, situazioni familiari già molto compromesse che risultano aggravarsi e povertà educativa in aumento. Queste situazioni si sommano alle gravi e complesse richieste preesistenti. Tutto ciò, nei fatti, trova ancora in molte parti del Paese un'inadeguatezza organizzativa e strutturale dei servizi sociali e socio-assistenziali territoriali, che permangono o esternalizzati o precari. Ampliando lo sguardo sul tema dell'inclusione sociale dobbiamo ribadire che non vi sono ancora adeguate forme di integrazione socio-sanitaria. Anziani, disabili, persone che soffrono di malattia mentale o bambini in condizione di rischio, ancora oggi a settimane dai primi riavvii, soffrono la mancanza di organizzazioni territoriali capaci di integrare le diverse professionalità ed interventi a livello domiciliare, ma soprattutto denunciano la mancata riapertura dei servizi in molte regioni» (Gazzi, 2020).

Silvana Mordegli, presidente della Fondazione Nazionale assistenti sociali, citando la ricerca avviata dalla stessa fondazione (presentata in questo volume), che ha coinvolto oltre 16mila dei 45mila assistenti sociali, ha messo in luce alcuni dei problemi inerenti la condizione lavorativa degli assistenti

sociali, esacerbata dalla pandemia in atto: oltre il 75% dei professionisti coinvolti per le misure di contrasto alla povertà sono essi stessi precari, con contratti in scadenza entro l'anno. Tale situazione, se non sarà impressa una inversione di tendenza, comporterà gravi conseguenze nel sistema di sostegno alle persone (Sanfelici e Mordegli, 2020).

Alessandro Sicora, presidente della Società Italiana di Servizio sociale, ha ribadito l'importanza del confronto tra le diverse componenti del Servizio sociale come professione e come disciplina, evidenziando l'impegno dei docenti universitari di servizio sociale nella repentina trasformazione dei corsi di insegnamento dalla forma in presenza a quella *online*.

La prima relazione è stata quella presentata da Anna Maria Campanini che, come presidente della IASSW, ha illustrato criticamente l'impegno delle associazioni internazionali di servizio sociale, tratteggiando le azioni intraprese nei diversi continenti e invitando tutti i presenti a partecipare alle diverse iniziative sul fronteggiamento della pandemia che si moltiplicano a livello internazionale, sottolineando l'importanza dell'apporto che l'Italia può offrire alla riflessione e al confronto in tale contesto.

Altri contributi sono stati quelli offerti da Luigi Gui, dell'Università di Trieste, in merito ai nuovi saperi che la professione sta elaborando durante l'esperienza di intervento nella pandemia, con particolare attenzione alla capacità di proiezione verso il futuro; da Mara Sanfelici, ricercatrice di FNAS e dell'Università di Trieste, che ha presentato alcune interessanti considerazioni sui primi risultati della ricerca sugli assistenti sociali nel COVID-19, e da Maria Concetta Storaci, consigliera del CNOAS con delega all'immigrazione, che ha ripercorso i passaggi salienti degli sviluppi più recenti della normativa in materia di immigrazione, ricostruendo le conseguenze immediate della pandemia nella gestione dell'accoglienza e anticipando quelle che si prefigurano, a medio e lungo termine, nel campo sempre più delicato dell'accoglienza dei migranti vulnerabili, e in particolare dei minori stranieri non accompagnati.

I protagonisti dei *webinar* sono stati alcuni assistenti sociali provenienti da differenti tipi di servizi sociali e di territori che, almeno idealmente, hanno rappresentato le diverse regioni italiane, considerando che i tempi brevi degli eventi *online* non hanno consentito di comprenderle tutte, come auspicabile. I loro nomi compaiono qui di seguito, in ordine alfabetico, mentre, come già segnalato, temi e problemi affrontati nei loro interventi saranno presentati al punto successivo.

La voce degli assistenti sociali in prima linea è stata rappresentata da:

- Gabriella Argento, presidente Associazione Assistenti Sociali Senza Frontiere, coordinatrice progetto SAAMA, Strategie di Accompagnamento all'Autonomia per Minori Accolti;

- Antonio Brascia, assistente sociale coordinatore CRAP San Francesco, Cassano delle Murge, Bari;
- Lia Chiari, Servizio sociale Minori, Emilia Romagna;
- Angela Errore, responsabile Ufficio del Garante Infanzia e Adolescenza del Comune di Palermo, collaboratrice nell'organizzazione della centrale degli aiuti alimentari;
- Monica Forno, presidente della Associazione assistenti sociali per la protezione civile (A.S.PRO.C);
- Andrea Mirri, coordinatore tecnico-scientifico Servizio Emergenza Urgenza Sociale, Azienda USL Toscana Centro;
- Paolo Quercia, responsabile dell'Unità Emergenze Sociali del Comune di Palermo, referente nel piano di protezione civile di attività di pronto intervento sociale e assistenza alla popolazione ex COVID-19;
- Carmen Rauso, responsabile Area Sociale ASST (Azienda Socio Sanitaria Territoriale) di Cremona (Ospedale, Consultorio, Centro Psico Sociale, Neuropsichiatria Infantile, SerD, Carcere);
- Barbara Rosina, referente di area in un Dipartimento Interaziendale di salute mentale di una ASL piemontese;
- - Simona Vallino, direttore della RSA Anni Azzurri di Montanaro (Torino);
- Vittorio Zanon, Comune di Verona, referente per il progetto NAVE (Network Antitrattra per il Veneto).

Sono stati interventi preziosi, che hanno presentato uno spaccato, per certi versi inatteso, di modi, dispositivi e interventi attivati durante la pandemia.

Tra corridoi deserti e sedi di servizio riorganizzate, colloqui svolti prima dietro il cancello di servizi e successivamente *online*, coordinamento del volontariato, collaborazione e solidarietà tra diverse professioni, decisioni assunte in mancanza di riferimenti organizzativi, isole di decontaminazione e conforto, abbracci vietati o dati con lo sguardo, lacrime e determinazione senza i dispositivi di protezione individuale, gli assistenti sociali intervenuti nei *webinar* hanno ricostruito il senso del servizio sociale durante la pandemia, come descritto nei punti che seguono.

3. Temi, questioni, problemi

3.1. Spezzare gli steccati: l'offerta di servizi ordinari e di servizi straordinari

L'emergenza ha posto i servizi e i professionisti di fronte all'imperativo di scegliere da che parte stare e di reagire immediatamente attivando colla-

borazioni tra servizi, volontariato e associazionismo. Insieme ai Servizi sanitari, sono stati i Servizi sociali dei Comuni a sostenere le fasce di popolazione più fragili, non solo recependo le indicazioni arrivate dal livello centrale, ma anche riorganizzando i propri servizi e mettendo in campo inedite forme di vicinanza alle persone, alle famiglie, in alcuni casi coinvolgendo attivamente la comunità locale (Cittalia, 2020). Fuor di retorica, va evidenziato che nei racconti presentati durante i *webinar* emerge la capacità di reazione dei professionisti, che non hanno subito l'emergenza, ma hanno inventato forme di collaborazione inedite, spezzando antichi steccati. In alcuni territori, per esempio, il Comune ha delegato ai servizi sociali l'intera gestione del processo relativo ai buoni spesa: dalla raccolta delle richieste all'approfondimento e alla restituzione al Comune per gli adempimenti economici. È stato attivato il servizio sociale di pronto intervento, che presuppone una risposta entro 24 ore dalla domanda del cittadino. Subissati dalle richieste, gli assistenti sociali hanno chiesto la collaborazione degli educatori professionali, in quei giorni liberi dall'impegno dei centri diurni chiusi. Gli educatori aiutavano le persone a fare le domande. Gli assistenti sociali approfondivano le situazioni e davano riscontro al Comune. Una capacità di collaborazione che non si era mai vista. Gli assistenti sociali si impegnano nell'intervento sociale per cercare e garantire a ogni persona, gruppo o comunità pari opportunità, accesso alle risorse e sostegno per soddisfare le loro esigenze; riservando particolare attenzione a quelli che si trovano in una situazione di maggiore vulnerabilità o in una specifica situazione di svantaggio sociale, secondo i principi di *advocacy* con e per le persone, per assicurare che la giustizia sociale e i diritti umani siano rispettati.

In epoca COVID-19, gli assistenti sociali hanno continuato ad operare nei servizi di assistenza sociale ordinari, ma adattando alla nuova circostanza i processi: valutazione di bisogni, facilitazione dell'accesso alle cure domiciliari e ai servizi specialistici, salvaguardia dei minori e degli adulti, cura delle relazioni familiari, mobilitazione delle comunità. Il servizio sociale ha un ruolo essenziale, in prima linea, nella lotta contro la diffusione del virus attraverso il sostegno alle comunità nella protezione e prevenzione attraverso la solidarietà sociale.

Certamente è stato relativamente più semplice organizzare gli interventi nei territori all'interno dei quali esiste una consuetudine alla collaborazione tra servizi, tra pubblico, privato e corpi intermedi della società all'interno di processi di *civic/public governance* che enfatizzano le pratiche di partecipazione democratica e di interazione orizzontale insieme ai principi di cooperazione, fiducia, rete (Allegri, 2015). Tali meccanismi hanno creato situazioni territoriali differenziate nel nostro Paese sia in ragione di esperienze maturate in precedenti situazioni di emergenza sia in relazione alla capacità

delle diverse componenti di ogni comunità locale di intercettare più o meno agevolmente le vulnerabilità emergenti e di contrastare la problematica situazione sociale aggravata dal virus, in particolare in termini di aumento delle disuguaglianze e delle conseguenze sul piano sociale ed economico.

3.2. Risposte ai nuovi bisogni in un contesto di risorse straordinarie?

Fornire interventi di servizio sociale in questa circostanza è stata un'enorme sfida, che gli assistenti sociali hanno affrontato coraggiosamente, fronteggiando le richieste provenienti dalla popolazione in contesti di risorse limitate e spesso senza adeguate attrezzature di sicurezza o protocolli sanitari dai loro datori di lavoro. Essere preparati ad affrontare un'emergenza, infatti, implica l'analisi dei bisogni e delle vulnerabilità sociali, e la costruzione di profili di comunità, individuata come azione strategica per la gestione delle crisi collettive (Dominelli, 2012).

In particolare, nella Circolare n. 1/2020 del 27 marzo 2020 "Sistema dei Servizi Sociali-Emergenza Coronavirus" del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali-Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale, si evidenzia come l'attuale contesto emergenziale potrebbe avere effetti particolarmente gravi su soggetti già caratterizzati da elementi di fragilità di tipo fisico, psicologico e sociale. In tal senso, risulta opportuno, all'interno dei servizi sociali, potenziare i centri di ascolto delle persone in carico, anche per via telefonica e telematica (cfr. art. 22, comma 2, lett. i della legge 328/2000). Data la mancanza di strutture di prossimità per le persone più vulnerabili, si è reso necessario l'ampliamento del servizio e dell'intensità dell'attenzione verso le persone inserite in percorsi di assistenza e supporto, e il rafforzamento del monitoraggio attraverso l'uso del telefono. In molti casi, è stato necessario creare nuovi servizi di prossimità: consegna di cibo, dispositivi di supporto, sistemi di teleassistenza, geo-localizzazione, ecc. Le iniziative sono state generalmente attuate attraverso forme di partenariato e un intenso lavoro di rete sul territorio, talvolta con caratteristiche di *governance* multilivello, che ha saputo valorizzare relazioni informali e mettere a sistema le risorse dell'intera comunità (Cittalia, 2020). Dalle narrazioni presentate è emerso chiaramente che l'urgenza di agire senza indugi ha spinto ogni attore presente nei diversi territori a fare al meglio quello che sapeva fare all'interno di partenariati, promossi dai Comuni e dagli enti gestori, con soggetti, associazioni, reti informali di cittadini. Tra le novità emergenti va segnalato il coinvolgimento di negozi, studi professionali e imprese che nell'emergenza hanno collaborato con i servizi sociali.

3.3. Competenze digitali

Dalle testimonianze degli assistenti sociali è emerso come nei momenti emergenziali sia stato importante non rimanere fossilizzati sulle procedure abitualmente in uso nei servizi, ma reagire con creatività e flessibilità, per ragionare su come poter essere utili pur avendo a disposizione strumenti limitati. Così, i servizi si sono attrezzati, in pochissimo tempo, con lo *smart-working*, alternato al lavoro in presenza – attualmente in fase di riattivazione – che sta coinvolgendo oggi tanti professionisti: giorno dopo giorno stanno reinventando strumenti di lavoro, sperimentando nuove pratiche e nuovi modi di comunicare. Si utilizzano strumenti telematici, *computer* in rete e/o *smartphone*, attraverso i quali si fornisce ascolto, si mantengono i rapporti con le persone seguite e con i colleghi, si sviluppa il lavoro interprofessionale fra i diversi servizi. Naturalmente progettare attività di servizio sociale da remoto in forma permanente sarà possibile solo a condizione che le organizzazioni dotino i professionisti e i servizi di tutti i dispositivi necessari all'uso così come di connessioni efficaci.

Gli assistenti sociali hanno raccontato di come, anche a distanza, sia possibile avere confronti e lavorare nella solidarietà. Responsabili e colleghi dei servizi sociali riportano che nuove collaborazioni sono state avviate, altre si sono consolidate, ad esempio con volontariato e Protezione civile.

L'uso degli strumenti telematici ha superato alcune resistenze e scetticismi e sta riscuotendo valutazioni positive da parte degli operatori, in quanto stimola a cogliere opportunità nuove e a percorrere strade inesplorate (Cellini, 2020). Alcuni hanno raccontato della valutazione positiva da parte di persone seguite dai servizi, che hanno trovato meno invasivo l'operato degli assistenti sociali. Certamente è, quello appena descritto, uno degli elementi più innovativi, che merita una riflessione ulteriore, anche per definire agili Linee Guida in materia che diano indicazioni chiare alle amministrazioni in ambito sociale (Cittalia, 2020).

3.4. Sostenere i professionisti: il ruolo della supervisione

Il COVID-19 ha pesantemente interferito sulle pratiche quotidiane, richiedendo risposte adeguate e richiamando costantemente un ripensamento delle conoscenze e della deontologia professionale.

Oltre alle evidenti ricadute sulla vita delle persone che accedono ai servizi sociali, sono palesi anche gli effetti che la pandemia ha comportato per gli assistenti sociali, esposti, come in altri casi di disastri naturali (terremoti, inondazioni, atti terroristici), a stress che vanno al di là di quelli connessi con

l'esercizio della professione. Le strategie di contenimento del contagio (*lockdown*, distanziamento fisico) hanno infatti trasformato – e spesso radicalmente messo in crisi – il rapporto quotidiano con le persone-utenti, con i colleghi, con l'organizzazione di appartenenza e con il contesto sociale, o la comunità locale in cui un assistente sociale opera.

È dimostrato che la pandemia impegna gli assistenti sociali con una tempestica che stravolge i ritmi naturali di lavoro: immediatezza e improcrastinabilità degli interventi, per di più a distanza, crescita esponenziale delle situazioni di emergenza emotiva e psicologica, coinvolgimento della sfera e dei tempi privati del professionista, inadeguatezza dei protocolli ordinari e altro ancora. Tali condizioni mettono a dura prova l'essenza stessa del lavoro professionale (basato sull'empatia, sulla prossimità, sull'incontro), soprattutto a livello micro, richiedendo un continuo riallineamento del metodo e degli strumenti che sostanziano la relazione di aiuto in un periodo di obbligato distanziamento fisico, amplificato anche dalla situazione simmetrica che si è creata tra persone, famiglie e assistente sociale, quotidianamente esposti allo stesso rischio e dunque alle stesse ansie prodotte dal contagio e dal suo contenimento. Il lavoro dell'assistente sociale, già investito da forme di stress ben note in letteratura (*stress* traumatico secondario, *compassion fatigue*, etc.), viene ulteriormente reso precario da forme d'ansia e di incertezza che posso condurre a forme di *burnout* e, dunque, ripercuotersi negativamente tanto sul benessere dei professionisti quanto sulla loro possibilità di promuovere il benessere per le persone che seguono, riducendo l'efficacia dell'intervento sociale proprio nei momenti in cui invece sarebbe più necessario. Più volte, durante i *webinar*, i professionisti hanno rimarcato la necessità di poter usufruire di percorsi di supervisione, tanto più che nei mesi scorsi, la sperimentazione di incontri di supervisione da remoto ha prodotto esiti positivi, permettendo di non rinunciare alla possibilità di acquisizione, trasmissione e valorizzazione del sapere professionale tipica della supervisione, e al tempo stesso di affrontare il vissuto professionale e personale attivando le capacità di analisi processuale utili nella gestione delle criticità incontrate.

Gli incontri di supervisione creano un'opportunità per riesaminare situazioni e progetti, valutare le esigenze di risorse, determinare come continuare i servizi essenziali e supportare i professionisti dei servizi sociali. Anche in remoto, può aversi, con gli opportuni accorgimenti metodologici, l'attivazione di capacità di pensiero, di smontaggio e rimontaggio dell'intervento attraverso i parametri teorico metodologici tipici della professione, con particolare attenzione alla dimensione emotiva (Allegri, 2000). Tutti elementi che durante una crisi di salute pubblica risultano ancora più essenziali da curare, poiché i professionisti, in questi frangenti, hanno particolarmente

bisogno di supporto per mantenere la loro efficacia e sicurezza (National Council on Crime and Delinquency, 2020). Per questa ragione, appare indifferibile elaborare forme specifiche di sostegno sia sul piano della cura di sé (*self care*), sia su quello della supervisione collettiva guidata da un esperto assistente sociale, che le organizzazioni dovrebbero organizzare.

4. Formazione delle nuove generazioni

Durante la pandemia del COVID-19 un numero crescente di università in tutto il mondo hanno attivato l'apprendimento *online*. Tutti i docenti di Servizio sociale si sono impegnati a trasformare velocemente le loro lezioni da modalità in presenza a modalità *online*. Tra le principali preoccupazioni spiccava quella relativa alla rinuncia alle esercitazioni, ossia alle simulazioni di situazioni di azione professionale, e al tirocinio nei servizi sociali. Inoltre, si trattava di trasformare il rapporto diretto tra studenti, professori, assistenti sociali esperti che presentano la loro attività rivista criticamente durante le lezioni e gli utenti “esperti” dell’esperienza con assistenti sociali e servizi sociali (Beresford e Boxhall, 2012; Ramon *et al.*, 2019).

È stata una sfida importante da cogliere, pur considerando le esperienze pregresse di didattica *online*: era evidente la necessità di trasformare immediatamente la forma della didattica senza perdere le peculiarità tipiche del particolare sistema di apprendimento teorico-pratico organizzato a livello universitario, utile a formare futuri professionisti. Le trasformazioni che hanno sconvolto la vita delle persone, dalle zone rosse al confinamento, alla lontananza fisica, hanno evidenziato vulnerabilità e disuguaglianze sociali anche nell’apprendimento *online*. Ci sono studenti, infatti, che non hanno dispositivi utili per seguire le lezioni *online*, altri che vivono in zone dove la banda di connessione è debole. Durante la connessione *online*, inoltre, è impossibile guardarsi negli occhi, può essere difficile cogliere i segnali della comunicazione non verbale, i gesti vengono eliminati: questi sono alcuni dei motivi che provocano una sensazione di stanchezza dopo le lezioni, gli incontri, i *webinar*.

Tuttavia, oltre alle difficoltà, è importante sottolineare anche le opportunità che questa nuova situazione sta mostrando. Docenti e assistenti sociali stanno acquisendo nuove competenze utili per guardare al futuro in modo proattivo. La costruzione di un sistema di apprendimento, nell’ambito del servizio sociale, centrato su una metodologia di apprendimento misto, che comprenda l’apprendimento in classe, *online* e il *mobile learning*, oltre al tirocinio, potrebbe essere una soluzione efficace per tenere insieme le esigenze degli studenti che vivono lontano dall’Università e il rafforzamento del sistema di relazioni tra i diversi attori coinvolti nella formazione.

5. Per non concludere

Il servizio sociale ha interpretato un ruolo essenziale, in prima linea, nella emergenza e nelle azioni di contrasto alla diffusione del virus attraverso il sostegno alle persone e alle comunità. Questo perché può intervenire - e certamente dovrà farlo nell'immediato futuro nella costruzione di profili di comunità e nell'individuazione delle vulnerabilità, opponendosi all'aggravarsi della situazione sociale generata da virus, in particolare in termini di aumento delle disuguaglianze e delle conseguenti sfide sociali ed economiche (Dominelli, 2020). L'esperienza dei *webinar* ha confermato che il confronto e la solidarietà all'interno della comunità professionale e scientifica del servizio sociale italiano è la via da privilegiare tanto per il consolidamento della conoscenza quanto per stimolare il dialogo tra i professionisti in prima linea, difficilmente visibili nel discorso mediatico. Da questi processi di confronto possono auspicabilmente trarre ispirazione per riportare la prospettiva sociale e il servizio sociale nella narrazione pubblica sulla gestione dell'emergenza e della pandemia. Il supporto, il confronto e il sostegno di colleghi più esperti può essere di grande utilità, attraverso l'analisi di incidenti critici occorsi, di dubbi e dilemmi etici, di pratiche professionali individuate, esplicitate, condivise, come è tipico di una comunità di pratiche, la fortunata locuzione che Wenger (1998) ha coniato per definire un'aggregazione informale di attori che, nelle organizzazioni, si costituiscono spontaneamente attorno a pratiche di lavoro comuni, confrontando saperi, significati, linguaggi. Dal dibattito scaturito durante i *webinar* è emersa chiaramente la necessità di una adeguata preparazione alla gestione di ogni tipo di emergenza, nei suoi risvolti sociali e di prevenzione, e alla organizzazione di strutture di coordinamento multilivello che si possono adattare agli assetti organizzativi e istituzionali nei diversi territori (Di Rosa, 2012; Mirri, 2018) con una chiara distinzione di ruoli e responsabilità. Peraltro, la pandemia ha messo in luce l'urgenza di ridare importanza al lavoro sociale nel territorio e nella comunità: dalla collaborazione con la Medicina Generale e Territoriale nelle USCA, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, di recente istituzione, principalmente rivolte alle cure sociosanitarie al domicilio per pazienti COVID-19 (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati) ai progetti di educazione sociosanitaria della comunità rispetto alla salute pubblica. In generale, si tratta di informare costantemente le persone e lavorare con loro perché si prendano cura di loro stesse, dei loro cari, della salute del loro territorio e perché è importante farlo (Dominelli, 2020). Inoltre, nelle emergenze internazionali, la comunicazione diventa un aspetto essenziale ai fini della *preparedness* (fase preparatoria) e della *response* (fase di risposta) nei sistemi di recettività e di intervento nelle comunità. In questo senso assumono particolare importanza le fasi del processo comunicativo partecipato:

pianificazione, organizzazione e coordinamento a livello istituzionale (Venturini, 2020).

Infine, l'esperienza professionale e le molte ricerche empiriche svolte in questi mesi costituiscono una occasione unica per ampliare la dimensione sociale del lavoro professionale fino a comprendere e rilanciare una più marcata dimensione politica del ruolo, dell'intervento e dell'identità del servizio sociale, potenzialmente più capace di individuare nella struttura sociale una delle cause principali dei problemi che i cittadini presentano quotidianamente ai servizi sociali, anche nell'epoca del COVID-19 (Allegri, 2015). Si tratta di acquisire, di fronte al decisore politico, la titolarità a concorrere alla definizione dell'agenda politica per la promozione del benessere della comunità, ossia la *policy practice* (Campanini, 2015).

Riferimenti bibliografici

- Aydin C. (2017) "How to Forget the Unforgettable? On Collective Trauma, Cultural Identity, and Mnemotechnologies", *Identity*, 17, 3:125-137.
- Allegri E. (2000), *Supervisione e lavoro sociale*, Carocci, Roma.
- Allegri E. (2015), *Il Servizio sociale di comunità*, Carocci, Roma.
- Allegri E. (2017), "Cambiare prospettiva? Politiche sociali e servizio sociale di comunità", *La Rivista delle Politiche Sociali*, 1: 81-92.
- Allegri E., Di Rosa R.T., Mordegli S. (2020), *Social Work and COVID-19: From the Front Line, Reflections for the Post Emergency*. Testo disponibile al sito <https://www.iassw-aiets.org/COVID-19/5186-social-work-and-COVID-19-from-the-front-line-reflections-for-the-post-emergency/>, consultato il 20/09/2020.
- Bazurli R., Campomori F., Marchetti C. (2020), *Dall'emergenza sanitaria alla sanatoria: la condizione degli immigrati nella pandemia*, in Osservatorio per la Coesione e l'Inclusione Sociale, *COVID-19 e la sfida della coesione in Italia: imparare dall'emergenza per politiche più eque e inclusive*, Testo disponibile al sito: <https://osservatoriocoesionesociale.eu/wp-content/uploads/2020/07/Quaderno-collettivo-COVID.pdf>, consultato il 10/09/2020.
- Beresford P. e Boxhall K. (2012), "Service users, social work education and knowledge for social work practice", *Social Work Education*, 3, 2: 155-167.
- Bertotti T. (2016), *Decidere nel servizio sociale*, Carocci, Roma.
- Calbucci R., Deidda M., De Santi M., Di Rosa R.T., Fiorentini A., Giuliano E.M., Gui L., Mordegli S., Pelosio S., Sartori F., Ticchiati R., Zannoni A. (2016), *Servizio sociale e calamità naturali. Interventi di servizio sociale*, EISS, Ente Italiano di Servizio Sociale, Roma.
- Campanini A. M. (2015), *Servizio sociale e policy practice*, in Bassi A., Moro G., a cura di, *Politiche sociali innovative e diritti di cittadinanza*, FrancoAngeli, Milano.
- Cellini G. (2020), *Il ruolo delle professioni sociali nell'emergenza Coronavirus*,

- Testo disponibile al sito: <https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarita/tempi-di-precarita/il-ruolo-delle-professioni-sociali-nelle-emergenza-coronavirus/>, consultato il 20/09/2020.
- Cittalia (2020), *I servizi sociali al tempo del Corona virus*. Testo disponibile al sito <https://www.cittalia.it/wp-content/uploads/2020/07/I-Servizi-Sociali-al-tempo-del-Coronavirus.pdf>, consultato il 20/09/2020.
- Gruppo di lavoro Istituto Superiore Sanità, Formazione COVID-19 (2020), *Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Versione del 31 maggio 2020, (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020)*. Testo disponibile al sito https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+57_2020.pdf/89a7d845-d804-972f-d3ec-2019e9157c64?e=1596035543499, consultato il 20/09/2020.
- Desai A. (2007), *Disaster and Social Work Responses*, in Dominelli L., ed, *Revitalising Communities in a Globalising World*, Ashgate, Aldershot.
- Di Rosa, R.T., a cura di (2012), *Il servizio sociale nell'emergenza. Esperienze e prospettive dall'Abruzzo all'Emilia*, Aracne, Roma.
- Dominelli L. (2020), *Il servizio sociale durante una pandemia sanitaria*, Università di Stirling (trad. it. Carlo Soregotti). Testo disponibile al sito <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-servizio-sociale-durante-una-pandemia-sanitaria.pdf>, consultato il 20/09/2020.
- Dominelli, L. (2012). *Green Social Work: from Environmental Crises to Environmental Justice*, Polity Press, Cambridge, UK.
- National Council on Crime and Delinquency (NCCD) Children's Research Center (2020), *Child Welfare Supervision During Physical Distancing-Tools and Guidance*. Testo disponibile al sito <https://www.nccdglobal.org/sites/default/files/Child%20Welfare%20Supervision%20During%20Physical%20Distancing-Tools%20and%20Guidance.pdf>, consultato il 20/09/2020.
- Gazzi G. (2020), presidente del Consiglio Nazionale Ordine degli Assistenti sociali, *Emergenza COVID-19: interventi urgenti in materia di integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e servizi sociali*, Stati Generali, Governo italiano. Testo disponibile al sito https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/06/Stati-Generali-21-06-2020_2.pdf, consultato il 20/09/2020.
- López Peláez A., Marcuello-Servós M., Castillo de Mesa J., Almaguer Kalixto P. (2020), "The More You Know, the Less You Fear: Reflexive Social Work Practices in Times of COVID-19", *International Social Work*, brief report: 1-7.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali - Direzione Generale per la lotta alla povertà e per la programmazione sociale (2020), *Circolare n. 1/2020: Sistema dei Servizi Sociali – Emergenza Coronavirus 27 marzo 2020*. Testo disponibile al sito <https://www.lavoro.gov.it/redditicittadinanza/Documenti-norme/Documents/Circolare-27-03-2020.pdf>, consultato il 20/09/2020.
- Mirri A. (2018), *Emergenze, urgenze e servizio sociale. Teoria, metodologia e tecniche*, Carocci, Roma.
- Ramon S., Grodofsky Merav M., Allegri E., Rafaelic A.(2019), "Service Users' Involvement in Social Work Education: Focus on Social Change Projects", *Social Work Education*, 38,1: 89-102.

- Sanfelici M. (2020), “The Italian Response to the COVID-19 Crisis: Lessons Learned and Future Direction in Social Development”, *The International Journal of Community and Social Development*, 2, 2: 191-210.
- Sanfelici M., Mordegli S. (2020) “Per una nuova cultura dell’emergenza: ruolo e funzioni del servizio sociale in situazioni di crisi personali e collettive”, *Autonomie Locali e Servizi Sociali*, 1: 213-226.
- Social Service Workforce Safety and Wellbeing During The COVID-19 Response. *Recommended Actions* testo disponibile al sito: <http://socialserviceworkforce.org/resources/social-service-workforce-safety-and-wellbeing-during-COVID-19-response-recommended-actions> (20.09.2020).
- Venturini D. (2020), *COVID-19. Tra decreti e provvedimenti: sguardi di servizio sociale e psicologia dell’emergenza nella relazione e comunicazione con la cittadinanza*, testo disponibile al sito: <https://www.personaedanno.it/articolo/COVID-19-tra-decreti-e-provvedimenti-sguardi-di-servizio-sociale-e-psicologia-dell-emergenza-nella-relazione-e-comunicazione-con-la-cittadinanza> (20.08.2020).
- Wenger E. (1998), *Communities of Practice. Learning, Meaning and Identity*, Oxford University Press, Oxford (trad. it.: *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Cortina, Milano, 2006).

Gli autori

Elena Allegri (Ph.D.), professore aggregato e ricercatore confermato di Sociologia all'Università del Piemonte Orientale, direttore del Master in management per il coordinamento del servizio sociale nelle organizzazioni socio-sanitarie, sanitarie e socio-assistenziali, insegna Critical social work e Teorie, metodi e tecniche del servizio sociale.

Alessandra Cerro, Assistente sociale, è esperta in misure di contrasto alla povertà e Consigliere dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Lazio.

Roberta Teresa Di Rosa (Ph.D.), professore associato di Sociologia e Servizio sociale, coordinatore dei Corsi triennale e magistrale in Servizio sociale dell'Università di Palermo, insegna Sociologia delle migrazioni e Servizio sociale internazionale.

Maria Patrizia Favali, Assistente sociale specialista con esperienza pluriennale nei servizi per la salute mentale, Presidente Ordine Assistenti Sociali del Lazio, insegna Politica sociale all'Università La Sapienza di Roma.

Loredana Ferrante, Assistente sociale specialista, è esperta di misure di contrasto alla povertà.

Gianmario Gazzi è Presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali.

Luigi Gui (Ph.D.), professore associato di Sociologia generale, insegna Metodi e tecniche del servizio sociale, Teorie del servizio sociale e Politica sociale nell'Università di Trieste.

Nadia Laganà, Assistente sociale specialista, esperta in misure di contrasto alla povertà, è Consigliere dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Calabria.

Silvana Mordegli (Ph.D.), Presidente della Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali, insegna Metodi e tecniche del servizio sociale nell'Università degli Studi di Genova.

Cinzia Ripa, Assistente sociale, esperta in misure di contrasto alla povertà, è Consigliere dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Puglia.

Barbara Rosina (Ph.D.), Assistente sociale specialista con esperienza pluriennale nei servizi per la salute mentale, Presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Piemonte, insegna Principi e fondamenti del Servizio sociale all'Università del Piemonte Orientale.

Mara Sanfelici (Ph.D), assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Trieste, insegna Metodi e tecniche del servizio sociale nell'Università di Parma e collabora come ricercatrice con la Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali.

Daniela Simone, Assistente sociale specialista, esperta di politiche e servizi per gli immigrati, è Consigliere dell'Ordine degli Assistenti Sociali del Piemonte.

Cristina Tilli (Ph. D.), assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi Roma Tre, dove insegna Metodi e tecniche del Servizio sociale, collabora come ricercatrice con la Fondazione Nazionale Assistenti Sociali.



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2020 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835112334

Questo volume discute i risultati di una ricerca realizzata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali e dalla Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali attraverso la somministrazione di un questionario *online* agli assistenti sociali italiani nel mese di aprile 2020. L'obiettivo è stato quello di dare voce a ciò che i professionisti hanno osservato sul campo nelle prime settimane dell'emergenza COVID-19, monitorando i cambiamenti e le trasformazioni nella fase del *lockdown* attraverso il loro sguardo.

In un tempo in cui tutti i Paesi del mondo stanno fronteggiando le conseguenze della crisi innescata dalla pandemia, questo contributo intende offrire un'analisi critica di come il servizio sociale ha risposto all'emergenza e di quali sono state le sfide emerse, le sperimentazioni e le lezioni apprese. L'intento è quello di mettere a sistema le conoscenze acquisite, analizzare i fattori di vulnerabilità che hanno potuto mitigare o aggravare l'impatto della crisi, evidenziare le pratiche messe in campo per rispondere ai bisogni sociali emergenti e suggerire future direzioni possibili per rigenerare il ruolo del servizio sociale nel sistema di welfare.

I capitoli introduttivi descrivono il contesto dell'indagine e introducono i concetti teorici che hanno orientato il disegno della ricerca. Gli autori dei singoli contributi discutono i risultati dell'analisi dei dati, riferita ai servizi sociali per i bambini e le famiglie, per le persone anziane, per le persone immigrate, per la salute mentale e per gli interventi di contrasto della povertà.

Mara Sanfelici (Ph.D), assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Trieste, insegna Metodi e tecniche del servizio sociale nell'Università di Parma e collabora come ricercatrice con la Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali.

Luigi Gui (Ph.D), professore associato di Sociologia generale, insegna Metodi e tecniche del servizio sociale, Teorie del servizio sociale e Politica sociale nell'Università di Trieste.

Silvana Mordegli (Ph.D), presidente della Fondazione Nazionale degli Assistenti Sociali, insegna Metodi e tecniche del servizio sociale nell'Università di Genova.