



# Tavolo **CURARE**

**Togliere il peso del welfare  
dalle spalle delle donne**



## VISIONE GENERALE

### **Torino città di cura, caring city.**

Cioè città per la cura e che si prende cura dei suoi cittadini, dell'ambiente, delle fragilità, con qualità, inclusione, sostenibilità.

Torino ha già avviato ed in essere capacità di cura ma le potenzialità si sono interrotte, sono divenute fallaci e non sistemiche e il peso della cura è spesso, troppo spesso e pesantemente ricaduto sulle donne. Donne che devono quindi trovare energie e risorse per prendersi cura delle tante situazioni fragili che le circondano: a quali energie e risorse attingono le donne?

Molto spesso a risorse proprie, economiche, di tempo, di risparmio, di resistenza, di competenza, di compassione, fisiche e psicologiche

A quale modello di cura questo approccio così squilibrato è riconducibile? Siamo davvero consapevoli di quanta competenza e di quante risorse abbia bisogno la nostra città per affrontare la sfida della cura, sfida chiave della contemporaneità e del futuro?

È necessario un salto culturale del sistema/modello per fare sì che Torino possa davvero sviluppare un modello di cura del presente e del futuro, generando sostenibilità, competenze, opportunità di nuovo lavoro, liberando energie, quelle tante energie che ora si trovano nelle mani e nel cuore delle donne.

Che sia cura dei più fragili, dei malati cronici adulti e anziani non autosufficienti, dei malati psichiatrici, delle persone con disabilità intellettiva e/o autismo, dei poveri, degli esclusi, dell'ambiente, delle vite che si incontrano e scontrano con le sfide del mondo globalizzato, la caring city è la città che pone al centro le persone come energia rinnovabile, come rete di scambio non solo economico ma sociale, culturale, ambientale, la caring city progetta con i cittadini il benessere dei cittadini e lo affida a mani esperte, a competenze in evoluzione continua, a ricerca di reputazione, a sperimentazione che sancisca infine il diritto alla cura per tutti e che tanto deve essere ancora declinato nelle sue potenzialità.

Ecco perché TOxD ha elaborato il tema CURARE come un pilastro portante della via della città, del dna di una città che guarda al futuro e diviene attrattiva perché si prende cura della qualità della vita dei cittadini negli aspetti fondamentali: salute, assistenza, accessibilità, sostegno, prossimità.

## L'AMPIEZZA DELL'AZIONE

I gruppi di pressione sono importanti se aiutano i cittadini a concretizzare una partecipazione al bene comune e sempre di più è evidente quanto la salute sia un bene comune. Una salute intesa come insieme di sanità e cura sociale. Prendersi cura di qualcuno, come di qualcosa, vuol dire non dimenticare e non distrarre lo sguardo dalle situazioni difficili. L'attenzione delle donne alla relazione conosce fino in fondo la potenza e la necessità della cura così intesa.

Alcuni punti fermi:

- 1) nuova ricerca per nuovi servizi di cura
- 2) controllo continuo della qualità del sistema di cura da parte dei cittadini
- 3) coordinamento tra il piano sanitario e quello sociale e culturale
- 4) investimento nei progetti di potenziamento della rete territoriale sanitaria e socio-sanitaria
- 5) il terzo settore come alleanza strategica per innovare la cura
- 6) nuova finanza per lo sviluppo di rete urbana della cura
- 7) narrazione nuova della cura come reciprocità e innovazione sociale

### **RICONNETTERE SANITÀ E CITTADINANZA, SANITÀ E VITALITÀ DEMOCRATICA**

Il legame tra diritto alla salute e cittadinanza costituisce una delle principali occasioni di estrinsecazione e qualificazione della cittadinanza. È necessario un contesto sociale e ambientale che favorisca l'effettività di nozioni come "presa in carico", "continuità assistenziale", "sanità di prossimità". È inaccettabile che le questioni concernenti la salute siano demandate esclusivamente alla competenza tecnico-scientifica e ai decisori politico-amministrativi; bisogna individuare, accanto alle forme, per dir così, tradizionali della vita democratica, forme ulteriori che consentano una pienezza di esercizio della cittadinanza. Cerchiamo esperienze innovative che leghino maggiormente "cittadinanza" e tutela della salute, non come mera pretesa a prestazioni, ma come effettiva forma di controllo e responsabilizzazione. In questo tempo complesso di pandemia questi concetti hanno trovato una stringente implicazione e sono antitetici rispetto alla tendenza a delegare a un capo, o a un partito o movimento politico, l'intera responsabilità in scelte indispensabili per la vita collettiva.

Teniamo conto inoltre che il concetto di sostenibilità economica della salute va valutato con molta attenzione. L'esperienza dell'indagine conoscitiva che, nel corso della XVII legislatura, la Commissione XII del Senato della Repubblica ha svolto in tema di "sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità" è in proposito assai significativa. Il documento conclude che "la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico. Fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, nonostante la crisi economica? una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica".

Unire la cultura del progetto con la cultura del comportamento non è soltanto un carattere del buon politico, ma potrebbe essere riferito anche a ogni tipo di amministratore. È un problema culturale collettivo che attiene all'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale, affinché al distanziamento fisico attuale, dovuto alla pandemia, non corrisponda mai un distanziamento morale e sociale.

Analizzando lo scenario di sviluppo sono emerse:

2 macro aree

WELFARE DELLA CURA

PREVENZIONE, DOMICILIARITÀ, CARE GIVER

2 settori trasversali:

COORDINAMENTO SERVIZI E SPORTELLO UNICO

COMUNICAZIONE, NARRAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SOCIALE GENERATO

# APPROFONDIMENTO

## WELFARE GENERATIVO

La città desiderabile è una città che si prende cura dei propri cittadini non in un'ottica sussidiaria o assistenzialistica ma con una visione inclusiva, generativa e sistemica, in cui è prevista una co-partecipazione e un coinvolgimento non solo e non tanto nello scambio economico e duale tra cittadino e Istituzione pubblica o privata (Vendita-Acquisto di servizi) quanto in uno scambio circolare tra tutte le componenti (cittadini, istituzioni pubbliche e private, Terzo settore, Imprese) di intenzioni, competenze, obiettivi.

Il benessere integrale e degli abitanti è condizionato in maniera importante dall'inclusione sociale e dalla promozione della coesione sociale all'interno dei contesti dove i cittadini vivono. Inclusione e coesione sociale sono condizioni essenziali per comunità sane (OMS, Carta di Ottawa). Detto altrimenti: quanto più la comunità che circonda un individuo è organizzata in reti di relazioni ispirate a dinamiche positive e accoglienti, tanto più la vita di quella persona sarà in salute e così le sue relazioni prossimali. Questa visione vorrebbe che le istituzioni ragionino (e operino) secondo una logica progressista, che veda la realizzazione di una comunità equa e costruttiva come uno strumento per promuovere il benessere psicofisico dei propri cittadini e lo sviluppo di comunità competenti, reti sociali e prossimità che fanno salute.

La salute ha una dimensione biopsico-sociale, è favorita da determinanti di salute che agiscono sugli individui rafforzandone la capacità di presidiare la propria salute e da opportunità di salute promosse a livello di politiche pubbliche nei diversi settori della vita sociale (dall'educazione alla mobilità, etc.), come da Salute in Tutte le Politiche (OMS). Pensiamo che la Salute Psicologica dell'Individuo individuale sia fortemente correlata a quella del Suo sistema di appartenenza e perciò ad un più ampio Benessere Ambientale : per questo servono azioni concrete e continue che stimolino la formazione di un ecosistema solidale e osmotico.

L'Ambiente a cui pensiamo è certamente l'ambiente relazionale, dunque nell'accezione di contesto, condizione culturale, economica e sociale, luogo di scambio affettivo, emotivo e cognitivo; ma anche intendiamo l'ambiente proprio come spazio fisico, habitat, territorio, area, luogo.

Tra le determinanti della salute giocano un ruolo importante quelle sociali e culturali che incidono sia sulla dimensione psicologica che fisica e relazionale.

La cura anche estetica dei luoghi e degli ambienti di vita, espressione di valori e di identità, e la partecipazione culturale attiva sono riconosciute da OMS (2019) come un fattore che favorisce il benessere individuale, lo sviluppo di capitale sociale e la health literacy: tutti elementi che concorrono alla salute delle persone e delle comunità nell'ottica del welfare culturale.

Welfare culturale e cultura è una risorsa di salute: ruolo della cultura per la promozione della salute e la cura di sé e degli altri.

## **CARE-GIVING: DOMICILIARITÀ E PREVENZIONE**

La salute è certamente un bene comune. Per raggiungere lo stato di salute è necessario anche prendersi cura delle persone: non dimenticare, non distrarre lo sguardo, dalle situazioni difficili e dal loro diritto alla cura. Non bisogna dimenticare chi è in-guaribile, a causa di malattie croniche; chi non è autosufficiente, ma sempre “curabile” al fine di lenire sofferenze e dolore. Pensiamo anche alla demenza, alla disabilità intellettiva /autismo, alla malattia mentale. È quindi necessario fare pressione verso chi si occupa del bene pubblico per il suo ruolo politico ed amministrativo, verso chi deve decidere della salute e del benessere di tutti.

L'attenzione delle donne alla relazione conosce fino in fondo la potenza e la necessità di una cura così intesa.

La declinazione concettuale e operativa di una nozione da tempo presente nella letteratura scientifica sui temi della salute e dell'organizzazione sanitaria riguarda l'integrazione socio-sanitaria. Essa costituisce un fatto sociale complesso, in quanto deve coordinare due attività che, se considerate e praticate isolatamente, rischiano di non raggiungere il proprio fine specifico.

Le difficoltà che l'integrazione socio-sanitaria ha incontrato sono legate a più ordini di fattori.

Il primo è strettamente concettuale e attiene alle tante sfaccettature della nozione: accanto all'integrazione professionale e a quella gestionale, hanno rilevanza sia l'integrazione orizzontale tra le strutture e i servizi sanitari e socio-sanitari previsti dai Lea (Livelli essenziali di assistenza) e i Comuni, cioè gli enti amministrativi titolari della competenza in ordine all'assistenza sociale, sia quella verticale tra Comuni e Regioni, cioè gli enti titolari della relativa competenza legislativa e dei diritti dei cittadini a seconda se malati (di competenza del Servizio sanitario nazionale, compresi quelli cronici e non autosufficienti) oppure con problemi di carattere sociale e socio-assistenziale (di competenza degli enti locali).

La difficoltà, in quest'ultimo caso, attiene alla perdurante assenza dello strumento capace di fornire la base conoscitiva e concettuale per una reale integrazione, cioè la definizione e standardizzazione dei livelli essenziali di assistenza sociale, i cosiddetti Liveas, la cui declaratoria impegna ormai da quasi due decenni gli operatori del settore e i relativi organismi politico-amministrativi.

I servizi sanitari pubblici sono importanti ma non sono l'unica risorsa per il benessere. Sono necessarie politiche intersettoriali con la scuola, il lavoro, la garanzia di reddito, l'abitazione e l'ambiente, IL MONDO DELLA CULTURA perché sono gli stili di vita che generano salute. Non si può riordinare la sanità pubblica se non si opera in termini intersettoriali.

Per superare le difficoltà di pervenire a una reale integrazione socio-sanitaria, potrebbe essere importante cogliere l'opportunità offerta dall'art. 1, commi 4 e 4-bis, del D.lg. 19 maggio 2020, n. 34, conv. nella L. 17 luglio 2020, che prevede di "implementare le attività di assistenza domiciliare integrata o equivalenti" con "strutture di prossimità" ispirate "al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio....".

Si tratta di un intervento legislativo che connette la riforma della medicina territoriale con l'individuazione dei livelli essenziali del settore sociale. Con esso il legislatore si propone di consentire una sorveglianza di coloro che sono in condizioni di fragilità. La sperimentazione è ispirata al potenziamento dell'attività di prevenzione, oltreché alla presa in carico da parte dei servizi sanitari e socio-sanitari della cura e riabilitazione delle persone con malattie croniche e/o disabilità, ivi comprese quelle non autosufficienti.

I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi, quale il budget di salute individuale e di comunità previsto per i malati cronici/persona con disabilità con limitata o nulla autonomia nell'ambito della presa in carico del Servizio sanitario in coordinamento con i servizi sociali e socio-assistenziali.

Si ritiene sia una necessità il ridimensionamento dell'approccio incentrato sulla medicina ospedaliera per acuti e che si debba potenziare la cosiddetta sanità territoriale. Ci sono sul "territorio" i Distretti, la medicina di base, i poliambulatori e altre strutture specialistiche, ma è necessario un loro rafforzamento e anche la creazione di una efficace rete di collegamento con il resto del servizio socio-sanitario e tra i servizi stessi. Problemi di gestione della salute da parte dei servizi territoriali dipendono anche dall'assenza di "sensori" di misurazione e di controllo dei livelli di salute e del benessere, i quali saranno ancor più essenziali di fronte allo scenario sociale ed economico che la pandemia sta determinando.

Da qui, la richiesta di specifici finanziamenti finalizzati al territorio per attivare e stimolare azioni di prevenzione e cura, oltre ad attività sociali che possano affrancare il cittadino ed i nuclei familiari da condizioni di emarginazione e povertà.

Il necessario allargamento di prospettiva che la pandemia comporta non significa distogliere lo sguardo da alcuni dei cronici problemi del nostro Ssn; molti di questi problemi, lungi dall'essere una peculiarità dell'oggi, stanno all'origine della scelta di un Servizio sanitario nazionale, proprio in reazione all'iniquità e allo stravolgimento del rapporto tra pubblico e privato che caratterizzava il sistema mutualistico previgente, e che pertanto la loro soluzione deve stare dentro alla, e non fuori dalla traiettoria del Ssn.

## SWOT



### PUNTI DI FORZA

Lo sviluppo di un approccio sistemico alla cura della persona e dell'ambiente su un impianto già esistente da rianimare e ammodernare potrebbe generare non solo benessere ma anche nuovo lavoro mentre libererebbe le risorse tangibili e intangibili che le donne mettono ora in modo autonomo e gratuito a disposizione della famiglia e delle comunità.



### PUNTI DI DEBOLEZZA

La necessità di nuove competenze, formazione, ricerca per un sistema e un'economia della cura per la persona e l'ambiente richiede tempo e risorse: bisogna mettere il tema della cura al centro delle politiche urbane partendo anche dalla formazione.



### OPPORTUNITÀ

Posizionare Torino come città della cura significa agganciarsi a sperimentazioni internazionali avanzate e al core della nuova programmazione europea.



### MINACCE

Appiattire il potenziale modello di cura su competenze esistenti e a seguito di interessi economici e di potere che niente hanno a che fare con il benessere delle persone e delle comunità: questa minaccia diviene anche minaccia di scollamento per la futura governance di Torino da ciò che è davvero rilevante per le persone.

## PRIORITÀ

Si sono identificate 4 priorità:

1.

### **WELFARE CULTURALE, CURA PSICOLOGICA E AMBIENTALE: LA CARING CITY DIVIENE HEALTHY CITY**

La cura diviene prevenzione e progetta salute sistemica.

“Healthy City”: le città del futuro che vogliono bene ai propri cittadini dovranno imparare a “curare e prendersi cura”. La salute non è un bene individuale ma un bene collettivo. Bisogna rendere la salute dei cittadini il fulcro di tutte le politiche urbane. Le “Healthy City” rappresentano un esempio di best practice a livello globale per l’implementazione nelle nostre città dei principi propri della strategia “Health for All” e della “Carta di Ottawa per la Promozione della Salute” (1986). Il Network Europeo delle “Healthy City” annovera più di 1400 città e paesi quali membri, e rappresenta la piattaforma ideale per la generazione e la diffusione di politiche di salute urbana [[www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network](http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network)].

In Italia, i progetti e le attività promosse nell’ambito del Progetto “Città Sane” [[www.retecittasane.it/](http://www.retecittasane.it/)] dà voce a progetti e idee che, specie nel contesto urbano, abbiano il fine di promuovere il pieno benessere non solo a livello biomedico/sanitario ma anche fisico, psicologico, relazionale e sociale, attraverso l’attenzione a tutto quanto può considerarsi un determinante di salute con un’impostazione community-tailored che possa concretamente condurre la salute in tutte le politiche cittadine (Puska & Pekka, 2007).

### **Città sane e città fruibili per tutti**

Occorre un’azione politica decisa, che mira a far diventare Torino una grande Società della Cura, perché gli scambi di sapere, pensiero e azioni abbiano effetto moltiplicatore. In un articolo del Corriere D.Rampello parla di Nuovo Rinascimento. La Cura psicologica di cui parliamo parte da un movimento che attiva un processo che passa dai territori, dagli individui, dalle comunità in una visione olistica.

“Non sarà la bellezza a salvare il mondo ma noi a salvare la bellezza” Non possiamo deresponsabilizzarci e occorre fare scelte in una direzione piuttosto che un’altra.

La nostra città ha una grande tradizione sociale e non bisogna abbandonarla e una vocazione all’innovazione che bisogna far crescere.

Le azioni concrete e strategiche riguardano tutti: bisogna forse scardinare un po' i target perché le azioni che aiutano uno possono aiutare tutti perché tutti ne traggono beneficio.

2.

## **DALLA MEDICINA OSPEDALIERA ALLA SANITÀ DEL TERRITORIO: IL CAREGIVING E LA SOSTENIBILITÀ ECONOMICA**

Il concetto di sostenibilità economica della salute va valutato con molta attenzione. Fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell'interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un'elevata qualità di accesso alle cure, nonostante la crisi economica? È una questione di equità e quindi di giudizi di valore, prima ancora che di sostenibilità economica.

Il servizio sanitario deve coordinarsi con i servizi socio-assistenziali, affinché siano assicurati gli interventi aggiuntivi dei Comuni/Enti gestori dei servizi socio-assistenziali. Bisogna considerare che i servizi sanitari pubblici sono importanti ma non sono l'unica risorsa per il benessere. Sono necessarie politiche intersettoriali con la scuola, il lavoro, la garanzia di reddito, l'abitazione e l'ambiente, perché sono anche gli stili di vita che generano salute.

Si ritiene sia una necessità il ridimensionamento dell'approccio incentrato sulla medicina ospedaliera per acuti e che si debba potenziare la cosiddetta sanità territoriale. Ci sono sul "territorio" i Distretti, la medicina di base, i poliambulatori e altre strutture specialistiche, ma è necessario un loro rafforzamento e anche la creazione di una efficace rete di collegamento con il resto del servizio socio-sanitario e tra i servizi stessi. Chiediamo specifici finanziamenti finalizzati al territorio per attivare e stimolare azioni di prevenzione e cura, oltre ad attività sociali e culturali che possano affrancare il cittadino ed i nuclei familiari da condizioni di emarginazione, solitudine e povertà

Il Recovery plan e gli stanziamenti previsti per la sanità devono comprendere risorse per garantire le cure sanitarie e socio-sanitarie di lungo termine comprensive di contributi economici per le prestazioni necessarie anche ai malati non autosufficienti, che dipendono, a volte in tutto e per tutto, dall'aiuto di altri per le funzioni fondamentali alla loro sopravvivenza.

3.

### **COORDINAMENTO SERVIZI E SPORTELLO UNICO**

La città di Torino ha già uno sportello unico socio-sanitario ma segue un impianto superato in termini di ricerca, prossimità e accessibilità.

#### **Punti di forza:**

molte informazioni

#### **Punti di debolezza:**

\*sito difficile da navigare, si aprono una molteplicità di finestre

\*i percorsi sono ben esplicitati, ma spesso è difficile individuare il punto di partenza  
+non sono richiamate le norme vigenti in base alle quali richiedere il diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per i malati cronici e le persone con disabilità non autosufficienti (continuità terapeutica dopo il ricovero in ospedale, prestazioni domiciliari sanitarie e socio-sanitarie, centri diurni, comunità socio-sanitarie e terapeutiche, strutture residenziali sanitarie quali rsa); il Comune ha un ruolo attivo nel fornire al cittadino strumenti concreti per poter esercitare il diritto all'accesso alle prestazioni in ambito sanitario.

\*le informazioni sono relative solo ad anziani non autosufficienti e a disabili, non riguardano altre categorie fragili

\*non esiste un numero telefonico unico e semplice da ricordare

#### **Le informazioni riguardano:**

- sanità,
- previdenza,
- agevolazioni fiscali,
- trasporti e mobilità,
- servizi facilitati,
- interdizione, inabilitazione, amministrazione di sostegno,
- ASL " Città di Torino"(guida ai servizi).

Le informazioni sono corrette ma non danno una rappresentazione della realtà, non dicono quali sono i tempi di attesa per avere una valutazione sul grado di non autosufficienza e successivamente per essere preso in carico.

Altre grandi città italiane hanno lo sportello unico, ma sono meno accattivanti e meno completi.

Quello di Milano però ha un numero unico.

4.

## **COMUNICAZIONE, NARRAZIONE, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELL'IMPATTO SOCIALE**

Emerge come fondamentale la valutazione del fabbisogno e il monitoraggio costante della qualità del sistema di cura da parte dei cittadini. Il contesto sociale e ambientale deve favorire l'effettività di nozioni come "presa in carico", "continuità assistenziale", "sanità di prossimità. Accanto alle forme tradizionali della vita democratica dobbiamo concepire forme ulteriori che consentano una pienezza di esercizio della cittadinanza. In questo tempo complesso di pandemia questi concetti hanno trovato una stringente implicazione e sono antitetici rispetto alla tendenza a delegare a un capo, o a un partito o movimento politico, l'intera responsabilità in scelte indispensabili per la vita collettiva.

La valutazione dell'impatto sociale di nuove azioni, politiche e misure è necessario per verificare quanto ex-ante dichiarato, stabilito e progettato, portando a bordo tutti gli stakeholder coinvolti, inclusi i beneficiari, e per alimentare nuova ricerca e iterazione delle soluzioni innovative sperimentate.

3.

## **DOMANDE PER CANDIDATI**

- Quale cura per la città e quale città della cura?
- Quali strumenti e metodi partecipativi per la rigenerazione urbana e la promozione della salute e della qualità di vita?
- Quali azioni concrete per Torino caring city?
- Come facilitare il cambiamento comportamentale e culturale del sistema di cura urbano?

## Esempi di politiche, proposte e progetti per Torino

### Area 1 welfare: la Healthy City

#### LO PSICOLOGO DI QUARTIERE:

È importante cominciare a pensare ad un servizio di Psicologia capace di radicarsi nei quartieri, aprendosi alla comunità così da ridurre la distanza tra la professione e i cittadini, da accogliere bisogni e necessità delle persone e delle famiglie, orientando ai servizi presenti in Torino: lo psicologo di quartiere. Che si tratti di una lite con il vicino, di una sensazione di solitudine, di sintomi ansioso-depressivi, di problemi adolescenziali, della gestione dei figli o dei genitori anziani, o delle problematiche legate all'invecchiamento, lo psicologo di quartiere presta un primo ascolto indirizzando il cittadino verso le strutture e i servizi preposti e messi a disposizione dall'amministrazione locale. Tutto ciò si declina anche nella costruzione di percorsi, eventi e format di intervento per quartieri e città così da trasformare la partecipazione in nella creazione di un tessuto sociale e di un senso di appartenenza.

Lo psicologo di quartiere è una realtà in città come Milano: i "Punti WeMI" sono intesi come spazi strategici sul territorio di ciascun Municipio presso cui realizzare lo Sportello di ascolto psico-sociale e di orientamento ai servizi psicologici. Questa progettualità sperimentale si inserisce nella scia del successo delle edizioni precedenti di EXPO-Zone 2015 e Psicologi in Zona 2016-2017-2018 e si prefigge l'obiettivo di portare la psicologia nel cuore del tessuto urbano, dentro i quartieri e tra la gente. Da aprile 2019, più di 700 milanesi si sono rivolti allo psicologo di quartiere.

Da ottobre 2019 Treviso ha lanciato "Treviso è con te - Lo Psicologo nei quartieri", promosso dall'assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Treviso con la supervisione scientifica dell'Ordine delle Psicologhe e Psicologi del Veneto, dell'Azienda Ulss n.2 "Marca Trevigiana", nonché della collaborazione operativa del Consultorio del "Centro della Famiglia" di Treviso e del partenariato di rete del Consultorio UCI-PEM Treviso e del Servizio InOltre della Regione del Veneto". Trattasi di competenze che devono essere assunte dalla sanità (consultori) coordinata con i servizi sociali e le altre organizzazioni del tessuto sociale (articolo 1, legge 833/1978)

## PARCO BIOSALUTARE

Il coinvolgimento partecipativo dei cittadini nella politica tesa all'orientamento healthy degli stili di vita e a città più vive, eque e sane, insieme ad una pianificazione urbana "salutogenica" devono essere la base delle Città presenti per un futuro a misura di benessere, attraverso la riqualificazione degli spazi urbani, l'adesione al trasporto attivo, la messa a sistema delle migliori esperienze già in atto in Italia e nel mondo. In questa ottica un grande valore aggiunto può arrivare dalla psicologia ambientale, quella branca della psicologia che studia il modo in cui interagiamo con i nostri ambienti fisici, ovvero in che modo noi viviamo e cambiamo l'ambiente e come il nostro comportamento e le nostre esperienze sono modificati dall'ambiente stesso. Per ambiente si intende sia l'ambiente naturale sia quello artificiale, a partire dai luoghi a noi più vicini (il nostro quartiere), fino ai luoghi più ampi e condivisi (la città). Uno degli obiettivi per Torino sarebbe quello di comprendere e analizzare le interazioni tra individui e ambiente e utilizzare tali conoscenze per influenzare le politiche e le linee d'azione che possono promuovere comportamenti sostenibili e creare ambienti più vivibili e sani.

Un progetto di grande rilievo potrebbe essere quello di creare parchi biosalutari in città: i cittadini di ogni età hanno bisogno di posti in cui divertirsi, fare movimento e socializzare. Un luogo di ritrovo dove interagire e contrastare fenomeni quali la solitudine e il senso di abbandono. Il concetto di parco biosalutare discende da quello di healing garden, giardini terapeutici adibiti ad attività di fisioterapia, di riabilitazione e di socializzazione. Si tratta di vere e proprie 'palestre en plein air', aree di verde pubblico attrezzate con giochi e strumenti destinati all'incontro, all'attività fisica, al potenziamento cognitivo grazie a piattaforme in grado di stimolare la memoria e l'attenzione, attraverso esercizi matematici, logici e linguistici. Il parco biosalutare non solo promuove benessere, ma crea una rete di sinergie tra i fruitori: anziani, bambini, disabili, cittadini e comunità.

I parchi biosalutari sono una realtà consolidata in Spagna, nei paesi del nord Europa e a Cuba. In Italia invece sono poco diffusi. Milano ha da poco inaugurato il primo. Si trova nel quartiere dell'Ortica e fa parte del progetto scientifico Green Age. Green space for active living: older adults' perspectives dell'Università Statale di Milano. A Varese, in Via Coppelii, è sorto il Parco della terza età, realizzato dalla società Family Cares. Oltre al percorso sensoriale accessibile a tutti, ci sono strutture per l'esercizio ginnico e cognitivo, luoghi di svago e ricreazione. A Bellinzago Novarese hanno dato alla luce una terrazza verde, un percorso fisioterapico, un'area storico-sensoriale e uno spazio per poter svolgere attività di ortoterapia.

## QUARTIERE DEMENZA FRIENDLY

In Italia diverse città, mutuando esperienze europee hanno avviato progetti per diventare Città Dementia Friendly . Oggi le Comunità Amiche delle Persone con Demenza, sono 24 ed una di queste è la vicina Valpellice (TO) : “ Si tratta di paesi e porzioni di città, da nord a sud e da est a ovest, che hanno accolto con convinzione e impegno la sfida della Federazione Alzheimer di avviare sul proprio territorio un percorso dove i cittadini abbiano la possibilità di trasformarsi in una rete di cittadini, capace di accogliere e coinvolgere le persone con demenza. Questo percorso è fatto di incontri divulgativi, eventi ludici, culturali e sportivi orientati alla partecipazione della cittadinanza; il tutto inteso sempre insieme alle persone con demenza che abitano la comunità”. ( VITA- Giugno 2019)

Su questo esempio anche Torino potrebbe avviare un progetto impiantato nei quartieri, partendo per esempio proprio da quelli con popolazione più anziana -Santa Rita e San Salvario.

Le Dementia Friendly Communities possono concretamente contribuire a migliorare la qualità di vita per le persone affette da demenza riducendo lo stigma nei confronti della demenza e sensibilizzando le comunità ad accettare e a mettere in atto atteggiamenti inclusivi nei confronti delle persone affette da demenza. Potrebbe essere un Pezzo di un Puzzle più ampio di riforma delle Long Term Care, sia sul fronte dell'organizzazione dei servizi che su campagne socioculturali volte a sensibilizzare la popolazione. La creazione di Comunità Accoglienti per gli anziani affetti da Demenza sensibilizza tutta la comunità all'attenzione reciproca e all'importanza dei legami di prossimità. Le Comunità Dementia Friendly si sviluppano attorno centri organizzati sul modello dell'Alzheimer caffè, e sviluppa CURA attraverso non solo specialisti ma volontari, famiglie, negozianti, insegnanti, polizia locale.

Un quartiere Friendly, organizzato anche dal punto di vista degli spazi e dell'accessibilità è Amico non solo di chi è affetto da demenza ma è più accogliente e vivibile per tutti gli anziani del quartiere, le famiglie con bambini piccoli, i cittadini vari perché asseconda e promuove principi di mutualità e apertura all'altro e di VIVIBILITÀ degli spazi comuni

## CREATIVE AGEING E COMUNITÀ DI CARE

Lo splendore delle età (2004-2012)- progetto longitudinale di creative ageing che ha coinvolto anziani e operatori di RSA a Torino e Cuneo, scuole primarie e associazioni di quartiere. Il progetto prevedeva una interazione con gli anziani e il personale delle case di riposo con raccolto di memorie, condivisione di canti, e altre attività creative realizzate anche con gli allievi delle scuole primarie del quartiere, studenti di Educazione socio-sanitaria e con il contributo culturale e sociale di associazioni di quartiere (ASAI/giovani migranti, Cori, etc.).

Il percorso si concludeva con un baratto di comunità con gli abitanti del quartiere e una festa teatrale.

Complessivamente, nelle sue sette edizioni, il progetto ha coinvolto:

- 7 strutture per anziani sul territorio della Regione Piemonte: 6 nella città di Torino (di cui 5 Residenze e 1 Centro diurno) ed 1 nella città di Cuneo;
- tra 240 e 250 anziani ospiti delle predette strutture;
- circa 60 studenti della Facoltà di Scienze della Formazione;
- 12 studenti del Master in Teatro Sociale e di Comunità – Università di Torino
- circa 40 operatori (OSS, infermieri, animatori) di strutture per anziani;
- circa 2.500 cittadini delle comunità territoriali – Regione Piemonte (stima effettuata tenendo conto delle presenze registrate durante le performance finali);
- una rete di 12 associazioni operanti nei territori di riferimento;
- circa 70 volontari afferenti ad associazioni ed enti territoriali.

## CENTRO PER LA CURA DELLE INFANZIE INFELICI

Un centro specializzato nella cura di chi ha subito traumi e violenze (fisiche, psicologiche, assistite,..) da piccolo. Manca un luogo della cura che prenda in carico in modo specifico e sistemico chi sin dall'infanzia ha un malessere grande e se non "visto" e "curato" adeguatamente rischia di diventare un adulto con l'animo malato e ferito. Per sempre.

Un servizio specialistico accanto e in sinergia a NPI e Servizi per Minori del Comune, che lavori sul trauma con tutte quelle situazioni che, se non prese in carico precocemente, da adolescenti finiscono in Comunità e certe volte si cronicizzano. Un luogo fisico magari nello stesso spazio dove c'è il Centro Famiglie o un altro Servizio già aperto rivolto a minori e famiglie - Una equipe Multidisciplinare di Psicologi, Medici, Educatori, Musicoterapeuti, Arteterapeuti, capaci di offrire percorsi clinici e riabilitativi: molti degli adolescenti e degli adulti incontrati nei nostri servizi psicoeducativi o psichiatrici, se fossero stati presi in carico adeguatamente e precocemente anche con le loro famiglie, sarebbero potuti stare meglio e vivere più sereni.

## PROGETTO AMBIENTE

### Obiettivo generale:

creare qualità diffusa su tutto il territorio della città di Torino, attraverso progetti, realizzazioni e cura degli spazi che esprimano la consapevolezza del ruolo attivo che l'ambiente fisico riveste all'interno di un processo volto al benessere delle persone.

L'ambiente è il "paesaggio urbano" formato da panorami e cannocchiali visivi, il "costruito" (che deve essere "bello" e duraturo) e il "non costruito" (giardini e parchi, il sistema viario: vie e aree pedonali, strade di quartiere e di collegamento, i corsi e i viali, incroci e rotonde, i ponti), il sistema delle acque (Torino, città dei 4 fiumi).

È necessaria la cura costante di questo ambiente complesso per il "fiorire" del benessere. L'integrazione della persona nello spazio parte dalla possibilità di sentirsi accolta in un processo che metta in luce la valenza terapeutica assunta dall'ambiente stesso, attraverso percorsi di co-progettazione degli spazi urbani e dei singoli interventi per la creazione di spazi accoglienti e di luoghi riconoscibili.

### UNA ORGANIZZAZIONE POSSIBILE:

Fare la mappa delle risorse esistenti in un determinato territorio della città storicamente configurato e caratterizzato e ricostruire l'accesso a una serie di possibilità a livello **locale**, nell'area di prossimità, coinvolgendo e attivando la popolazione in azioni di co-progettazione.

Creare una rete fra queste realtà locali in modo da relazionarle fra loro, attraverso uno scambio di opportunità che avviene a un livello superiore di azione **plurale**, coinvolgendo soggetti e istituzioni che incidono su quel territorio, ad esempio la Circoscrizione.

La città, nel suo essere soggetto **globale**, fornisce servizi e iniziative di livello superiore in momenti temporali non necessariamente quotidiani.

In particolare è interessante l'esperienza di Trieste, con il programma "Habitat-Microaree, salute e sviluppo di comunità" iniziato nel 1998. ("La città che cura-Microaree e periferie della salute", Gallio e Cogliati Dezza, 2018).

Il programma coinvolge 16 microaree della città caratterizzate in gran parte da insediamenti di edilizia popolare con una popolazione complessivamente anziana, povera e con maggiori problemi di salute, su cui lavorano in sinergia il Comune, per il sociale, l'Azienda Sanitaria e l'Azienda territoriale per la casa, con una organizzazione articolata sulla base delle caratteristiche e dei bisogni delle persone. Una pratica che vede nel territorio una parte essenziale dell'oggetto del lavoro, dove territorio è inteso come habitat e sistema di relazioni che si articolano attorno alla cura.

## **Area 2: prevenzione, domiciliarità, caregiver**

Dalla medicina ospedaliera alla sanità del territorio, superando le questioni di sostenibilità economica e accompagnando di caregiver.

La casa cura: la cura è di casa a Torino? La “domiciliarità” è un contesto dotato di senso per la persona; è lo spazio significativo che comprende la globalità della persona stessa e ciò che la circonda...non dobbiamo dargliela ma sostenerla, quando lo richiede, con il sistema della domiciliarità di cui l’assistenza domiciliare è parte..” (Mariena Scansellati Galetti in Nuovo Dizionario di Servizio Sociale)

Favorire la domiciliarità come diritto della persona soprattutto se con fragilità derivante dalla presenza di malattie croniche e conseguente limitata autonomia o totalmente non autosufficiente. Nel contesto delle persone fragili sono a pieno titolo comprese le persone con malattie psichiatriche.

Attivare un sistema delle cure in cui si dia al cittadino, e alla sua famiglia, la possibilità di scegliere tra molte opportunità governate dal budget di cura definito dall’Asl in coordinamento con gli enti locali, con servizi messi a disposizione dal settore pubblico e/o tramite fornitori accreditati, personale dipendente o in convenzione, opportunità specifiche quali accompagnamenti, trasporti, manutenzioni, assegni di cura, risorse economiche ma non solo.

È il modello complesso cui ha fatto lungamente riferimento la Città di Torino e attualmente in fase di dismissione e grave involuzione. Anche per l’assistenza psichiatrica vale lo stesso discorso: ottimi risultati si ottengono mediante progetti individualizzati territoriali; l’istituzionalizzazione invece favorisce la cronicità e la non autosufficienza.

Chiediamo che il Sindaco, massima autorità in tema di salute, si impegni perché le prestazioni domiciliari siano parte integrante dei LEA (la Regione può approvare i provvedimenti necessari) e quindi non vi sia discriminazione tra le persone malate croniche non autosufficienti ricoverate in convenzione in strutture/RSA alle quali viene riconosciuto il contributo del 50% della spesa a carico dell’Asl e quelle che possono essere curate a casa, alle quali vanno riconosciuti gli stessi diritti.

Chiediamo alla Città che ha aderito al Manifesto dell’Alleanza per la tutela della non autosufficienza e da cui dunque si esige comportamenti conseguenti; chiediamo che si presti “cura per il mantenimento di una popolazione anziana il più possibile attiva e consapevole di diritti e opportunità” (citando il Manifesto stesso).

Chiediamo di farsi garante della titolarità sanitaria per chi è malato cronico/con disabilità non autosufficiente in modo da garantire l'assorbimento della lista d'attesa (circa seimila malati cronici/persone con disabilità non autosufficienti) e di sollecitare l'applicazione della legge regionale 10/2010 e dunque i finanziamenti a carico del Servizio sanitario.

Chiediamo di sperimentare e sostenere progetti innovativi di welfare territoriale e di comunità che promuovano reti di aiuto reciproco e la diffusione di una cultura della domiciliarità nella consapevolezza che il contesto urbano accentua le separatezze e le sofferenze individuali.

Chiediamo di garantire l'accesso ai servizi sanitari di cura indipendentemente dal reddito e di prevedere compartecipazioni differenziate al "sistema delle cure" e di promuovere la prevenzione e l'allontanamento dalla non autosufficienza. Per gli anziani ciò può avvenire con il coinvolgimento diretto in processi di invecchiamento attivo. Per chi soffre di patologie mentali ciò può avvenire, spesso con esiti risolutivi, mediante progetti di attivazione dei soggetti stessi in condizioni di inclusione sociale.

La realtà torinese per molti anni è stato modello innovativo per la pluralità degli interventi offerti all'utenza e per il coinvolgimento dell'ASL per la cura dei non autosufficienti. La città oggi, con i suoi presidi territoriali, vive una fase di impoverimento economico e culturale; vive una condizione di depressione con demotivazione. È necessario rafforzare i servizi sociali territoriali, superando la grave precarietà del personale e garantendo adeguata formazione e supervisione. Si registra il rischio del blocco dell'accesso al servizio di nuovi casi, anche quelli la cui gravità – in caso di anziani – è già stata valutata dall'UVG e dei codici rossi per l'emergenza che li caratterizza. Abbiamo visto purtroppo una riduzione numerica e qualitativa degli interventi (si registra una riduzione quantitativa che rasenta il 30% negli ultimi due anni con particolare riferimento a utenti non autosufficienti a carico dell'ASL). A pieno titolo il servizio territoriale psichiatrico è compreso in questo discorso e chi soffre di patologia psichiatrica rientra nel contesto di cui stiamo parlando.

Si tratta di dare nuovo impulso prima di tutto garantendo il diritto alla cura domiciliare e poi sviluppando modelli innovativi che attivino un Welfare territoriale e di comunità.

Tutti i progetti di welfare di comunità prevedono il coinvolgimento dei caregiver, familiari o amici, assistenti familiari quale intervento fondamentale.

La solitudine delle famiglie e dei caregiver impone di riservare una particolare attenzione a chi cura attivando specifiche forme di supporto (Sportelli Territoriali, Caffè Alzheimer, etc.) sia per promuovere la conoscenza che per attivare opportunità concrete quali: informazioni dei diritti e delle forme previdenziali, supporto all'utilizzo dei servizi, individuazione di figure di aiuto (assistenti familiari/badanti), supporto nella gestione amministrativa del rapporto di lavoro ma anche mediazione dei conflitti tra figure professionali conviventi e utente/famiglia, ascolto e sostegno psicologico.

La possibilità di informazione, incontro, di confronto e di ascolto oltre che di formazione in itinere, deve essere prevista quale elemento fondamentale, anche a dimostrazione del fatto che i contributi economici alle singole situazioni possono non essere sufficienti a rispondere alla complessità delle esigenze della cura

## **TAVOLO CURARE**

**Maria José Fava** (*coordinatrice*)

**Laura Orestano** (*co-coordinatrice*)

Simona Ambrosini, Carla Barovetti, Giorgia Bartolini, Giovanna Bergallo, Maria Grazia Breda, Valeria Cappellato, Rossella Cavalleri, Giovanna Cumino, Paola Dedominicis, Enrico Ferreri, Maresa Garrone, Carla Gatti, Livia Gay, Patrizia Ghiani, Alessandra Ghiglione, Claudia Loi, Giuliana Mainardi, Gabriella Corinna Martinelli, Ariele Muzzarelli, Carla Negro, Giorgia Odorico, Daniela Ortisi, Daniela Ostano, Sara Palermo, Cinzia Pecchio, Violeta Raileanu, Edelmira Reyes Solis, Barbara Rosina, Amalia Rosu, Daniela Simone, Isabella Spezzano, Loredana Trinchier, Daniela Trunfio.

**[torinocittaperledonne.org](http://torinocittaperledonne.org)**