

Prospettive Sociali e Sanitarie

**COSTRUIAMO IL WELFARE DEI DIRITTI
SUL TERRITORIO – 4ª EDIZIONE**

**I cambiamenti nelle famiglie seguiti dai Servizi
Abitazione sociale: dati e bisogni**

Uso di sostanze psicotrope, la vergogna e la colpa

Editoriale

- 1 *Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio. I perché della 4^a edizione*
U. De Ambrogio

Famiglia

- 3 *Dal percorso di indagine al territorio: i cambiamenti nelle famiglie*
A. Casartelli, G. Cinotti

Povertà ed emarginazione

- 8 *Abitazione sociale: dati e bisogni*
A. Divari

Dipendenze

- 15 *"E non ci indurre in tentazione". L'uso di sostanze psicotrope, la vergogna e la colpa*
A. P. Lacatena

Anziani

- 20 *Il disagio esistenziale e il rischio di suicidio degli anziani: dati e riflessioni*
V. Bartoli

Professioni sociali

- 24 *Misurare il carico di lavoro di un operatore in un Servizio Tutela Minori*
D. Molteni, F. M. Agostoni

Giovani

- 29 *Dal gruppo alla rete. Un viaggio per la costruzione di un'etica della responsabilità*
M. L. Gallina, B. Friia

Inserimenti lavorativi

- 33 *Svantaggio sociale, inserimento lavorativo e normalità di vita*
A. Merler

Disabilità

- 36 *La disabilità visiva come valore di identità sociale*
E. Ceccarelli

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)
Ugo De Ambrogio, Sergio Pasquinelli
(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani (pss@irsonline.it)

Redazione

Claudio Caffarena, Ariela Casartelli,
Roberto Cerabolini, Diletta Cicoletti,
Valentina Ghetti, Francesca Merlini,
Daniela Mesini, Maurizio Motta, Paolo
Peduzzi, Franco Pesaresi, Dela Ranci
Agnoletto, Remo Siza, Giorgio Sordelli,
Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Alessandro Battistella,
Luca Beltrametti, Teresa Bertotti, Paolo
Bosi, Annamaria Campanini, Maurizio
Ferrera, Marco Geddes da Filicaia, Cristiano
Gori, Antonio Guaita, Luciano Guerzoni,
Francesco Longo, Gavino Maciocco, Marco
Musella, Franca Olivetti Manoukian,
Giuseppe A. Micheli, Nicola Negri, Fausta
Ongaro, Valerio Onida, Marina Piazza,
Costanzo Ranci, Chiara Saraceno, Maria
Chiara Setti Bassanini, Antonio Tosi

Contatti

Via XX Settembre 24, 20123 Milano
tel. 02 46764276 - fax 02 46764312
www.prospettivesocialiesanitarie.it

Ufficio abbonati

pss.abbo@irsonline.it

Abbonamento 2019

CCP n. 36973204

IBAN IT57 J076 0101 6000 0003 6973204

€ 59,00 (privati); € 69,00 (ass. di volontariato
e coop. sociali); € 89,00 (enti); € 96,00
(estero); € 99,00 (PRO).

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio
al 31 dicembre.

Prezzo per copia: € 20,00

Progetto grafico e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

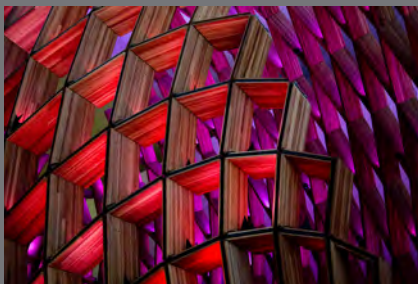
Grafica Sant'Angelo
Via Vicinale 6, Sant'Angelo Lodigiano (LO)
Tel. 0371 210290

Registrazione

Tribunale di Milano n. 83 del 5-3-1973

ISSN 0393-9510

È vietata la riproduzione dei testi, anche
parziale, senza autorizzazione.



Prospettive Sociali e Sanitarie
è stampata usando le carte *Recital White +* e *Respecta 100* di
Burgo Distribuzione, composte
al 100% da fibre riciclate

Foto di copertina

Vlad Tchompalov

www.unsplash.com/@tchompalov

IL DISAGIO ESISTENZIALE E IL RISCHIO DI SUICIDIO DEGLI ANZIANI: DATI E RIFLESSIONI

L'interesse di studiosi e ricercatori circa i recenti rapidi mutamenti subiti dai fenomeni demografici nel nostro Paese, ha avuto come obiettivo preminente quello di stabilire le cause e gli effetti di natura socio-economica impliciti nel ben noto processo – largamente indagato – dell'invecchiamento della popolazione. In tale contesto le indagini sull'evoluzione della mortalità, con particolare riguardo alle classi delle età anziane, hanno riscosso, negli anni recenti, una sempre maggiore attenzione.

È tuttavia da osservare che l'interesse degli esperti circa le conseguenze del generale declino della mortalità, potrebbe aver portato a trascurare una particolare analisi incentrata sul fenomeno dei suicidi, stante che tale fenomeno ha sempre quasi esclusivamente riguardato i cultori delle discipline sociali. Del resto, è possibile che quanto detto si riscontri in conseguenza del fatto che le morti per suicidio, a differenza di ciò che accade per le altre cause di decesso, sono soltanto vagamente imputabili ai ben noti e usuali fattori di ordine socio-economico, laddove sarebbe indispensabile estendere la ricerca alle condizioni psico-fisiche e finanche alla salute mentale degli individui soggetti al desiderio di autodistruzione.

Infatti è stato chiaramente dimostrato che il comportamento suicida è un problema molto complesso e multifattoriale. Non vi è mai una singola causa e si sviluppa sempre come conseguenza di una interazione tra fattori di rischio, associati alla mancanza di fattori protettivi. I fattori di rischio hanno caratteristiche tali da aumentare la probabilità che un soggetto consideri l'idea del suicidio, tenti il suicidio o lo commetta. Tra di essi troviamo: malattie psichiatriche (ad esempio, un disturbo depressivo, la schizofrenia, i disturbi bipolari, un disturbo da uso di alcol o sostanze psicotrope), un disturbo somatico (ad esempio, condizioni mediche che causano dolore cronico), esperienze negative precoci (ad esempio, perdita genitoriale in tenera età o abusi), caratteristiche personali (ad esempio, mancanza di speranza, impulsività) (Hawton, van Heeringen, 2009). Un sistema sanitario efficiente, l'accessibilità alle cure necessarie per la salute fisica e mentale, il sostegno sociale e programmi di prevenzione del comportamento suicida possono al contrario avere un effetto protettivo ed evitare che le persone pongano in essere tale comportamento. Occorre, inoltre tener presente che il rischio di suicidio risulta, specie per gli anziani, strettamente correlato

con la qualità dell'esistenza, nonché, in particolare, col grado di correttezza e di solidarietà nei rapporti tra i gruppi sociali e tra le generazioni che la collettività è in grado di realizzare.

È altresì importante tener presente che l'evento allo studio sempre si ripercuote con effetti destabilizzanti, e talora devastanti, su quanti sono in relazione parentale o comunque affettiva con la persona che attua il suicidio (De Risio, Sarchiapone, 2002).

L'analisi statistica qui presentata riguarda in particolare il segmento di popolazione rappresentato dalle classi di età più avanzate, il cui peso demografico tende – da molti anni a questa parte e non soltanto in Italia, come già ricordato – a crescere fortemente nel tempo, sia in termini assoluti che relativamente all'intero ammontare della popolazione: con assoluta certezza, detta tendenza è destinata a protrarsi anche nel prossimo futuro, così da provocare pericolosi sbilanciamenti di natura non solo demografica, ma soprattutto socio-economica e sanitaria (Golini, Basso, Reynaud, 2003).

DOCUMENTAZIONE STATISTICA E PRINCIPALI RISULTATI

L'ammontare annuale e le più importanti caratteristiche dei suicidi vengono rilevati dall'ISTAT principalmente attraverso una indagine di fonte sanitaria su “decessi e cause di morte”. Tale indagine, che raccoglie informazioni di tipo demografico, sociale e clinico per tutti i deceduti, nell'anno di riferimento, sul territorio nazionale, viene effettuata attraverso appositi modelli di rilevazione a cura dei medici, che pure sono tenuti a comunicare possibili altre informazioni ottenute dopo la compilazione della “scheda di morte”.

Quanto alla causa di decesso “suicidio”, occorre avvertire che a volte essa non viene riconosciuta come tale, per comprensibili difficoltà e reticenze, di varia natura, da parte dei familiari. Altri casi nei quali il suicidio non viene sempre identificato possono riguardare decessi apparentemente causati da altri motivi quali, ad esempio, incidenti stradali, oppure *overdose* volontaria di tossicodipendenti. Inoltre, i suicidi di persone in età avanzata che vivono da sole o in case di riposo, possono talora essere ritenuti decessi dovuti a “morte improvvisa” oppure a “causa sconosciuta”. Dunque, i dati statistici in questione risultano in qualche misura approssimati per difetto, derivando la sottostima sostan-

zialmente – in ragione di quanto sopra accennato – dalla difficoltà di individuare il suicidio come causa principale di morte (ISTAT, 2013).

È comunque da considerare che il gesto autodistruttivo presenta situazioni e comportamenti molto diversi da caso a caso, anche in relazione alle motivazioni che lo provocano: dunque, pur se i suicidi vengono riconosciuti e rilevati statisticamente come tali, non poche incertezze sussistono circa l'individuazione delle cause reali che hanno determinato i drammatici eventi.

Nel 2016 (attualmente ultimo anno di disponibilità dei dati ISTAT) sono stati registrati in Italia 3.870 suicidi, con un tasso pari a 6,2 casi per 100.000 abitanti; 10,3 e 2,7 per 100.000 rispettivamente per gli uomini e per le donne (tavola 1). Il trend dei dati nazionali mostra una progressiva riduzione dei quozienti, che si accentua, soprattutto con riguardo al sesso maschile, a partire dal 1997 fino al 2005, quando viene raggiunto il minimo storico di 10,0 suicidi per 100.000. Nei successivi anni del periodo di osservazione si riscontra dapprima un debole trend in crescita dei tassi che, con riferimento all'insieme dei due sessi, passano dal 6,4 per 100.000 del 2006 al 7,2 nel 2012, e posteriormente a tale anno, si rileva un nuovo lieve calo tendenziale fino al 2016.

Analizzando l'entità e l'andamento dei quozienti distintamente per classi di età (tavola 1), nell'ultimo anno disponibile (2016) risulta particolarmente evidente come il fenomeno dei suicidi cresca sensibilmente all'aumentare dell'età, appunto, dei soggetti coinvolti: da 1,3 suicidi per 100.000 abitanti per gli under venticinque, si arriva a 5,7 per la classe di età dai 25 ai 44, 8,4 nella classe di età dai 45 a 64, fino a 10,1 per 100.000 per la popolazione di sessantacinque anni e oltre, dove il tasso di rischio è circa otto volte più alto rispetto alla classe dei giovani.

Così pure, la classificazione per sesso evidenzia il maggior tasso di suicidio dei maschi anziani (tavola 3), risultando più di quattro volte superiore a quello delle femmine: difatti, per gli uomini in età di sessantacinque anni e oltre nel 2016, si osserva un quoziente pari a 17,8 suicidi per 100.000, contro il valore 4,0 riguardante le donne nella medesima classe di età.

Passando ad esaminare il fenomeno in oggetto distintamente nelle tre grandi ripartizioni geografiche del Paese (tavola 2) e facendo riferimento ad entrambi i generi, anche in ciascuna di dette zone si osserva una mortalità per suicidio in decisa crescita coll'aumentare dell'età. Per gli uomini, in particolare, si rilevano incrementi sempre più marcati a partire dai sessantacinque anni, sicché l'andamento dei quozienti tocca il valore massimo nella classe delle età estreme (31,3 per 100.000 per uomini di età ottantacinque e più nel 2016). Quanto alle donne, la mortalità per suicidio raggiunge invece il punto più elevato nella classe di età da 75 ad 84 (4,1 per 100.000), per poi calare nelle età più avanzate (3,5 per 100.000 nella classe ottantacinque anni e oltre).

TAVOLA 1 Mortalità per suicidio (decessi per 100.000 ab.) per genere e classe di età. Italia

Anni	Maschi					Femmine					Maschi e Femmine				
	≤ 24	25-44	45-64	≥ 65	Tot.	≤ 24	25-44	45-64	≥ 65	Tot.	≤ 24	25-44	45-64	≥ 65	Tot.
1994	4,1	11,6	14,2	29,8	12,5	1,0	3,2	4,9	7,7	3,9	2,6	7,4	9,4	16,7	8,1
1995	3,9	11,3	14,5	30,0	12,6	0,8	3,1	5,2	7,8	3,9	2,4	7,2	9,7	16,9	8,1
1996	4,1	11,7	15,0	27,7	12,7	0,9	3,4	5,6	8,2	4,2	2,5	7,5	10,2	16,2	8,3
1997	4,3	11,4	14,9	29,8	13,0	1,0	3,4	4,8	7,4	3,9	2,7	7,4	9,7	16,6	8,3
1998	3,8	11,2	13,9	29,7	12,6	0,9	3,1	4,5	6,7	3,6	2,4	7,2	9,1	16,1	8,0
1999	3,3	10,6	12,3	25,8	11,4	0,9	3,0	4,3	6,1	3,5	2,1	6,8	8,2	14,2	7,3
2000	3,3	10,4	12,8	23,9	11,2	0,8	3,1	4,5	6,4	3,6	2,0	6,8	8,5	13,6	7,3
2001	3,2	10,3	12,7	23,8	11,2	0,7	2,8	4,5	5,8	3,4	1,9	6,5	8,5	13,2	7,1
2002	2,9	10,9	13,0	23,8	11,4	0,7	2,6	4,1	5,4	3,1	1,9	6,8	8,4	13,0	7,1
2003	2,7	10,4	12,5	23,7	11,1	0,6	3,0	4,2	5,9	3,4	1,7	6,7	8,3	13,2	7,1
2004	2,3	10,5	12,2	23,3	10,9	0,8	2,7	3,9	5,4	3,2	1,5	6,6	8,0	12,8	6,9
2005	2,5	9,0	12,2	20,0	10,0	0,6	2,6	3,9	5,5	3,1	1,6	5,8	8,0	11,6	6,5
2006	2,1	9,0	12,2	20,2	10,1	0,6	2,6	3,9	4,3	2,9	1,3	5,8	7,9	11,2	6,4
2007	2,4	8,9	12,1	21,2	10,2	0,6	2,6	3,6	4,6	2,9	1,5	5,8	7,8	11,6	6,4
2008	2,2	10,0	12,7	20,1	10,5	0,6	2,7	4,0	4,6	3,0	1,4	6,4	8,3	11,1	6,6
2009	2,0	9,7	13,6	21,1	10,8	0,6	2,8	3,7	4,3	2,9	1,4	6,2	8,5	11,4	6,7
2010	2,1	10,3	13,7	20,3	10,9	0,5	2,5	3,8	4,3	2,8	1,3	6,4	8,6	11,1	6,7
2011	2,4	9,8	14,7	22,0	11,5	0,6	2,4	3,8	4,3	2,8	1,5	6,1	9,1	11,8	7,0
2012	2,5	10,5	15,4	19,8	11,5	0,7	2,5	4,1	4,7	3,0	1,6	6,5	9,6	11,1	7,2
2013	2,1	10,5	14,9	19,8	11,4	0,8	2,5	4,3	4,6	3,1	1,4	6,5	9,5	11,1	7,1
2014	2,4	10,0	13,2	20,1	10,9	0,8	2,8	4,2	3,8	3,0	1,6	6,4	8,6	10,8	6,8
2015	2,3	8,8	13,1	18,9	10,4	0,5	2,3	3,9	4,0	2,8	1,4	5,6	8,4	10,4	6,5
2016	2,0	9,2	13,4	17,8	10,3	0,5	2,2	3,6	4,0	2,7	1,3	5,7	8,4	10,1	6,2

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati ISTAT.

TAVOLA 2 Tassi di mortalità per suicidio (decessi per 100.000 ab.) per ripartizione geografica, genere e classe di età. Italia, anni 2006, 2011 e 2016

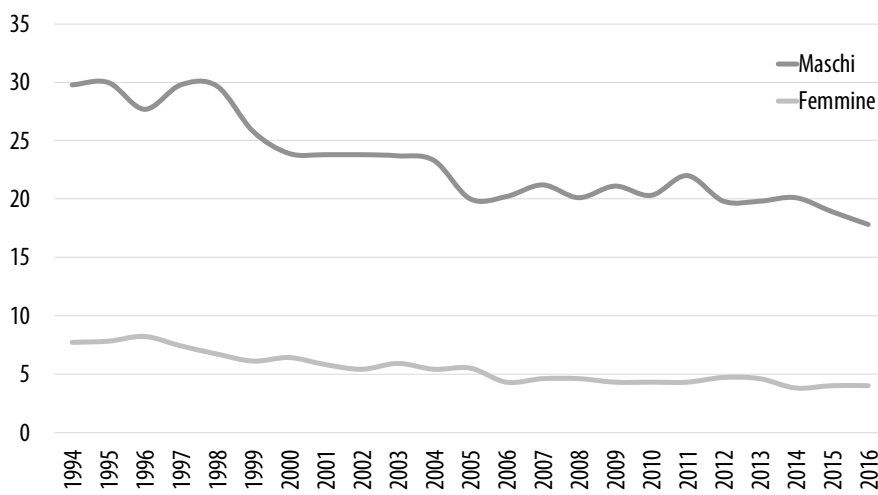
	2006				2011				2016				Var. % 2006/2016				
	65-74	75-84	≥ 85	≥ 65	65-74	75-84	≥ 85	≥ 65	65-74	75-84	≥ 85	≥ 65	65-74	75-84	≥ 85	≥ 65	
NORD	Maschi	13,9	24,1	32,6	19,7	16,1	24,8	31,0	21,8	13,3	22,1	32,0	18,4	-4,3	-8,3	-1,8	-6,6
	Femm.	4,7	5,2	4,6	4,7	4,6	4,9	4,0	4,5	4,5	4,9	5,0	4,6	-4,3	-5,8	8,7	-2,1
	Totale	9,1	14,0	20,3	11,4	10,9	13,4	16,9	13,1	8,7	12,9	21,0	10,8	-4,4	-7,9	3,4	-5,3
CENTRO	Maschi	15,3	26,5	27,4	22,2	13,6	24,4	24,6	19,2	13,8	23,3	31,2	20,6	-9,8	-12,1	13,9	-7,2
	Femm.	3,6	4,8	2,4	4,0	3,8	4,7	3,4	4,1	3,5	4,3	2,7	3,8	-2,8	-10,4	12,5	-5,0
	Totale	8,9	13,8	17,7	12,1	8,4	14,5	13,2	10,9	8,4	12,2	20,3	11,1	-5,6	-11,6	14,7	-8,3
SUD E ISOLE	Maschi	15,2	21,7	20,6	17,8	13,5	20,2	23,8	16,7	12,4	16,4	22,8	15,0	-18,4	-24,4	10,7	-15,7
	Femm.	3,3	4,0	1,9	3,3	3,3	2,7	2,9	2,9	3,2	2,9	2,0	3,1	-3,0	-27,5	5,3	-6,1
	Totale	8,9	12,7	10,3	9,5	7,9	10,5	11,5	8,9	7,8	9,3	11,1	8,4	-12,4	-26,7	7,8	-11,6
ITALIA	Maschi	15,1	24,1	29,1	20,2	15,5	23,9	28,3	19,8	13,1	20,7	31,3	17,8	-13,2	-14,1	7,6	-11,9
	Femm.	3,7	4,6	3,2	4,3	3,9	4,2	3,3	3,9	3,6	4,1	3,5	4,0	-2,7	-10,9	9,4	-7,0
	Totale	9,0	13,6	14,8	11,2	9,44	12,6	14,3	10,8	8,2	11,3	16,1	10,1	-8,9	-16,9	8,8	-9,8

Fonte: elaborazioni dell'autore su dati ISTAT.

Sotto il profilo territoriale, nel 2016 il Nord e il Centro si confermano le ripartizioni con i livelli di rischio-suicidio più elevati, mentre il Sud-Isole rimane su valori inferiori alla media nazionale: 15,0 e 3,1 per 100.000 rispettivamente per uomini e le donne di età sessantacinque e più.

Allo scopo di dar conto dell'andamento temporale degli indicatori qui presentati, conviene far riferimento alle differenze percentuali – tra il 2006 e il 2016 – che compaiono nella parte destra

TAVOLA 3 Tassi di mortalità per suicidio (decessi per 100.000 abitanti) della classe di età sessantacinque e oltre. Italia



Fonte: elaborazioni dell'autore su dati ISTAT.

della tavola 2. Basta dare uno sguardo d'insieme al segno algebrico – negativo nella gran maggioranza dei casi – di tali differenze, per constatare, nelle età inferiori a ottantacinque anni, una decisa e generalizzata diminuzione dell'intensità del fenomeno allo studio. Dunque, su scala nazionale, la categoria di persone in relazione a cui si è riscontrata la diminuzione più accentuata del fenomeno corrisponde a quella dei maschi in età da 75 ad 84 anni, in virtù di una differenza percentuale pari a ben $-14,1$. Importanti aumenti, per contro, si sono registrati per le donne in età da ottantacinque in poi ($+9,4\%$), oltre che per gli uomini *over* ottantacinque ($+7,6\%$) i quali, rimanendo la classe di età più a rischio, passano dal tasso 29,1 per 100.000 nel 2006 a quello del 31,3 nel 2016.

L'andamento temporale per età e genere della mortalità per suicidio, su cui sopra si sono fornite alcune informazioni di tipo quantitativo, lascia intravedere come la dinamica del fenomeno sia influenzata da elementi di natura economico-sociale, oltre che demografica, nonché dalle complesse interazioni tra tali fattori e i particolari contesti propri dei vari individui (Poterzio, Soubrier, Faia, 2002). Così, ad esempio, nelle donne anziane sussistono verosimilmente, fino a una certa età, fattori protettivi derivanti dalla permanenza nei loro ruoli tipici dell'ambito familiare e sociale, nonché nei loro svariati compiti di "accudimento". Con riguardo agli uomini, al contrario, la mortalità per suicidio prende ad aumentare in modo rapido proprio in coincidenza con l'età del pensionamento, che spesso corrisponde, non solo con la fuoriuscita dal mondo del lavoro, ma anche con l'abbandono da parte di uno o più figli della dimora familiare; tutti eventi, quelli citati, che quasi sempre si associano a una riduzione, se non addirittura a un annullamento, dei ruoli sociali e relazionali: è dunque evidente che tali circostanze, contestualmente al peggioramento del generale stato di efficienza fisica e di salute, fatalmente derivante dal naturale processo di invecchiamento, possono accrescere pericolosamente il rischio di autodistruzione.

Si consideri, infine, che tra i fattori che contribuiscono ad aggravare fortemente le condizioni di isolamento familiare e sociale si annovera – soprattutto per gli uomini – quello della perdita del coniuge. In proposito, ha interesse segnalare come per i vedovi sia stato valutato – sia pure limitatamente a un breve periodo immediatamente successivo all'insorgere dello stato di vedovanza – un rischio di suicidio circa cinque volte maggiore rispetto a quello che concerne la condizione di "coniugato" (Conti, Vichi, 2013).

CONCLUSIONI

È sufficiente un rapido sguardo alla letteratura in materia di "cause di morte" per constatare che il suicidio nelle età avanzate rappresenta un tema di ricerca scarsamente praticato e talora persino banalizzato dagli studiosi, stante che, massimamente nelle società occidentali, i decessi in tarda età sono spesso accettati con fatalità, in quanto eventi da considerare ineluttabili. Dunque, l'interesse rivolto al fenomeno dei suicidi delle persone più attempate risulta certamente inferiore rispetto a quello indirizzato verso le restanti fasce di età (Barbagli, 2009).

D'altro canto, con esclusivo riferimento alla popolazione anziana, i dati epidemiologici evidenziano un'incidenza della causa di decesso "suicidio" comunque sensibilmente elevata, nonché in sistematico aumento col progredire dell'età: ciò soprattutto con riguardo al sesso maschile, in ragione di livelli di rischio circa tre volte più elevati rispetto a quelli femminili.

Come già detto la decadenza psico-fisica connessa all'età avanzata molto spesso determina situazioni esistenziali e condizioni psichiche contrassegnate da forti negatività: si pensi alla perdita delle usuali motivazioni di interesse accompagnata dal minor vigore intellettuale per la ricerca di ruoli alternativi, alla difficoltà di impegnarsi in un processo di rivalutazione del nuovo *status* e via dicendo.

Quanto sopra descritto genera talvolta nell'anziano conflitti interiori irrisolvibili, intense percezioni negative di sé e sensazioni di forte angoscia, fino a determinare uno stato di depressione così grave da condurlo a pensieri o desideri di autodistruzione.

È dunque da ritenere quanto mai opportuno che le strategie per un positivo adattamento alla vecchiaia, risultino rivolte a raggiungere un nuovo *status* e ruoli sociali chiaramente definiti, capaci di sostituire e o integrare le attività e gli interessi del passato.

Da quanto detto, discende chiaramente che eventuali politiche mirate alla prevenzione del suicidio senile non dovrebbero essere limitate al solo ambito sanitario, ma tener conto anche dei potenziali fattori di rischio insiti nel contesto sociale e familiare (Bertin, 2009). In effetti, occorrerebbe sanare, per quanto possibile, la soluzione di continuità esistenziale che conduce l'anziano da una situazione di vita più o meno gratificante – in ragione di compiti lavorativi di concreta utilità – verso una marginalità ghetizzante in cui l'inconsistenza e l'ambiguità dei ruoli da svolgere rappresentano la norma. Così,

ad esempio, quanto mai opportuno sarebbe indirizzare l'interesse e l'impegno degli anziani verso le svariate forme di volontariato, o comunque verso attività di palese validità sul piano sociale (Peirone, Gerardi, 2010).

Da un punto di vista più generale, sarebbe auspicabile che i decisori delle politiche sociali fossero fortemente impegnati a fronteggiare le molteplici problematiche connesse al processo di invecchiamento demografico, coinvolgendo non solo le persone anziane direttamente interessate, ma l'intera collettività. In proposito, appare indubitabile che il compito che la società italiana sarà chiamata a svolgere riguarderà in misura sempre più cospicua le nuove esigenze e i nuovi bisogni, in particolare riguardanti le moltitudini d'individui in età avanzata (Tamanza, 2001).

Per far ciò sembra importante che il crescente invecchiamento della popolazione non sia percepito dalla classe politica e dall'opinione pubblica, semplicemente come fonte di un coacervo di difficoltà di natura esclusivamente sociale ed economica, ma come un fenomeno da studiare e approfondire anche facendo ricorso ai più svariati mezzi di informazione di massa, quali pubbliche conferenze e dibattiti, su specifici programmi in TV e nei social media, così da conferire a questo tema contorni più chiari e concreti, capaci di interessare, oltre a politici e amministratori, larghi strati di cittadini. In tale ottica, sembra indispensabile, ad esempio, che alla base di piani e programmi d'intervento circa l'età "soglia" di anzianità vi sia non solo la volontà dei poteri istituzionali ma anche un sostanziale consenso della pubblica opinione.

In definitiva, sembra a chi scrive di fondamentale importanza per gli anziani la possibilità di avere libero accesso alle svariate risorse



Velia Bartoli

Ricercatore di Statistica (SECS/S01) presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche della Facoltà di Scienze politiche, Sociologia e Comunicazione dell'Università "La Sapienza" di Roma. Attualmente tiene il corso di Statistica, ha anche insegnato Statistica e Informatica, Statistica medica, e Statistica per la ricerca sperimentale e tecnologica.

sanitarie, educative, culturali e ricreative approntate dalla società, così come quella di poter vivere comunque in condizioni di dignità, prive di rischi, di abusi e di qual si voglia forma di sfruttamento, anche nell'ambito di strutture specializzate di soggiorno, di assistenza e di cura (Scortegagna, 2005).

Bibliografia

- Barbagli M., *Congedarsi dal mondo*, Il Mulino, Bologna, 2009
- Bertin G., *Invecchiamento e politiche per la non auto-sufficienza*, Erickson, Trento, 2009
- Conti S., Vichi M. (a cura di), "Il fenomeno dei suicidi tra gli anziani italiani", *Epicentro*, 10 ottobre 2013, www.epicentro.iss.it/mentale/GM2013_Suicidi
- De Risio S., Sarchiapone M., *Il suicidio. Aspetti biologici psicologici e sociali*, Masson, Milano, 2002
- Golini A., Basso S., Reynaud C., "Invecchiamento della popolazione in Italia: una sfida per il paese e un laboratorio per il mondo", *Giornale di Gerontologia*, 6, 2003
- Hawton K., van Heeringen K., "Suicide", *Lancet*, vol. 373, 9672, 2009
- ISTAT, *L'indagine sulle Cause di Morte, Nuovo piano di controllo e correzione dei dati di mortalità per causa e fasi procedurali*, 2013
- ISTAT, *Popolazione residente per età e sesso al 1° gennaio, 1994-2016*
- ISTAT, *Indagine di fonte sanitaria "Decessi e cause di morte", 1994-2016*
- Peirone L., Gerardi E., *Invecchiare al meglio. La psicologia della salute nell'evoluzione verso la seniorship, Psicologi a confronto*, 4 (2), 2010, 61-76
- Poterzio F., Soubrier J. P., Faia V., *Fattori di rischio e prevenzione del comportamento suicidario*. Masson, Milano, 2002
- Scortegagna R., *Invecchiare*, Il Mulino, Bologna, 2005
- Tamanza G., *Anziani. Rappresentazioni e transizioni dell'ultima età della vita*, Franco Angeli, Milano, 2001

LIBRI



Domenico Barrilà, Margherita Gallina, Ornella Faranda
DA CHI HO PRESO I MIEI OCCHI
Crescere fratelli e sorelle di bambini con disabilità
Carthusia, Milano, 2019

Il kit *Da chi ho preso i miei occhi* è uno strumento per gli operatori della cura e dell'aiuto, innovativo e utile per affrontare le domande di bambini e adolescenti sui momenti più delicati del loro percorso biografico, per accompagnarli nella costruzione di un'idea di sé meno influenzata dalle angosce che caratterizzano le loro vicende. Attraverso la narrazione accompagnata della propria storia, i minori in difficoltà possono trovare sostegno per ricordare e ricostruire quanto accaduto, dare un senso agli avvenimenti e immaginare il futuro. *Da chi ho preso i miei occhi* può diventare un fondamentale alleato degli operatori: è uno strumento di accoglienza e può facilitare i loro passi di avvicinamento e l'ascolto dei bambini e dei ragazzi nonché delle famiglie. I quaderni contenuti nel kit, compilati da ogni fanciullo o fanciulla, rendono effettivo il diritto degli stessi a conoscere le verità sostenibili sulla propria storia, sollevandoli dai frequenti sensi di colpa. Gli operatori non sempre saranno in grado o potranno rispondere a tutte le loro domande, ma saranno maggiormente in grado di aiutarli a riconoscere e a parlare delle proprie emozioni.

Questo progetto nasce dall'incontro tra Carthusia, casa editrice di elevata progettualità che da anni propone libri con storie che curano e aiutano a crescere bene, e il gruppo di lavoro composto da Domenico Barrilà, psicoterapeuta, Margherita Gallina, assistente sociale, e Ornella Faranda, assistente sociale.

I quaderni sono stati sperimentati con successo con bambini, bambine, ragazzi e ragazze seguiti dagli operatori dei servizi psicosociali del territorio. Il kit contiene:

- Una guida per l'operatore con gli spunti teorici alla base del progetto e le istruzioni per l'uso dei quaderni.
- Quaderno 1: da completare con i bambini di 3/6 anni.
- Quaderno 2: da completare con i bambini di 7/10 anni.

Premio CNOAS IRS PSS COSTRUIAMO IL WELFARE dei DIRITTI sul TERRITORIO

Alla vigilia del 50° anniversario di Prospettive Sociali e Sanitarie, è indetta la quarta edizione del Premio IRS CNOAS PSS “Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio” 2019/2020. Il Premio, mantenendo la sua cruciale attenzione alla dignità delle persone, continua a considerare gli interventi sociali come esclusivamente in risposta alla soddisfazione di diritti: è infatti in questa direzione che promuove la costruzione di un welfare sociale attivo, comunitario e integrato.

REGOLAMENTO

Saranno premiate le esperienze che presentino due o più delle seguenti attenzioni che saranno considerate criteri di selezione:

Attenzione e sviluppo dell'efficacia di servizi e prestazioni, ovvero presenza di prassi di autovalutazione in grado di testimoniare l'efficacia dei risultati ottenuti dall'esperienza di intervento sociale professionale. In pratica si tratta di presentare esperienze in grado di rispondere alle domande: Che cosa è stato fatto? Quali punti di forza e quali punti di debolezza ha presentato l'esperienza? In che modo è servita nella direzione del miglioramento delle condizioni di cittadini-utenti?

Riequilibrio fra promozione di più servizi e distribuzioni monetarie non controllate, tenendo conto che la distribuzione di denaro senza controllo non è sufficiente. Sono necessari più servizi professionali.

Ad esempio:

- presenza di prassi di erogazione accompagnata da progetti di reinserimento, sviluppo professionale, inserimento abitativo, ecc. (anche, per esempio, a sostegno delle nuove misure nazionali di contrasto alla povertà – RdC – e di sostegno alla disabilità – Dopo di noi);
- presenza di forme di controllo e di modalità di empowerment dell'utenza per l'uso di risorse erogate;
- realizzazione di servizi e prestazioni integrativi e sostitutivi di erogazioni monetarie;
- emersione e sostituzione di lavoro non controllato e in nero.

Promozione della co-progettazione fra più attori, pubblici, del terzo settore, della società civile.

Ad esempio:

- presenza consolidata di partenariati fra pubblico terzo settore, società civile (comprendendo anche eventuali imprese *profit*);
- progetti con chiara ripartizione di ruoli funzioni e responsabilità tra i diversi soggetti coinvolti;
- presenza di esperienze di coinvolgimento attivo della comunità locale attraverso partecipazione alla *governance* del progetto;
- partecipazione di più soggetti con risorse proprie alla gestione di progetti.

Perseguimento della prossimità, nella ricerca di soluzioni semplici ma innovative, favorendo l'incontro fra più bisogni che consentano sviluppo di energia positiva e resilienza.

Ad esempio:

- presenza di esperienze che abbiano prodotto nuovi posti di lavoro anche temporaneo;
- presenza di esperienze che coordinino risorse

preesistenti;

- presenza di esperienze con caratteristiche preventive e promozionali;
- presenza di interventi e di incontri virtuosi fra bisogni e opportunità nell'ottica del welfare di prossimità e collaborativo (*cohousing*, banche del tempo, gruppi di mutuo aiuto, ecc.).

Promozione dell'integrazione tra politiche.

Intendendo integrazione:

- fra le politiche (socio-educative, sociosanitarie, della casa, del lavoro, ecc.);
- fra gli attori e le loro organizzazioni, nella progettazione dell'intervento e nell'erogazione delle prestazioni all'utente.

Sono considerate valide per concorrere al Premio esperienze che presentino evidenze documentate in ordine a due o più dei sopracitati criteri di selezione.

Non saranno considerati progetti ancora da implementare, ma esclusivamente esperienze già in essere.

L'esperienza dovrà essere presentata sotto forma di articolo di minimo 16.500 battute e massimo 22.000 battute (spazi inclusi).

Nella redazione degli articoli dovrà essere seguito, in linea di massima, il seguente *format*:

1. Premessa

2. **Contesto**: indicazioni sul contesto sociale e del sistema dei servizi in cui l'esperienza si sviluppa (per rendere chiare innovatività e sinergie con altre parti del sistema); precisazione dei soggetti coinvolti nell'esperienza a livello professionale e non (equipe formata da..., altri attori interni e/o esterni al servizio, volontari, familiari di utenti, ecc.); eventuale inserimento delle caratteristiche degli utenti coinvolti (età, sesso, diagnosi).

3. **Obiettivi**: descrizione dei principali obiettivi dell'esperienza ovvero quali sono i cambiamenti intervenuti a seguito dell'intervento, precisando anche a quali dei criteri/requisiti per partecipare al Premio sopra precisati rispondono.

4. **Metodologia**: descrizione e spiegazione della (o delle) metodologia utilizzata e i motivi della sua rilevanza.

5. **Analisi**: risultati/approfondimento dei risultati ottenuti sugli utenti, sugli operatori e sui servizi coinvolti; eventuali testimonianze.

6. **Conclusioni**: eventuali prospettive di prosecuzione o utilizzo in altri contesti; necessità di approfondimenti futuri; indicazioni per la programmazione e l'organizzazione dei servizi.

Altro: inserimento in bibliografia di riferimenti teorici e metodologici. È un'iniziativa nuova o viene a seguito di altre analoghe iniziative? Nel caso, queste ultime andrebbero citate.

Eventuale aggiornamento/completamento dell'articolo con *follow-up* successivi, se previsti.

Ciascun contributo sarà valutato da un'apposita commissione composta da 2 valutatori CNOAS e 2 valutatori IRS-PSS e gli articoli più significativi verranno pubblicati sui numeri cartacei della rivista nel 2020.

Gli articoli, per concorrere al premio, dovranno essere inviati alla redazione di PSS entro e non oltre **domenica 15 dicembre 2019**.

Il premio consisterà in un riconoscimento ufficiale del CNOAS, la pubblicazione su PSS e in una raccolta “Quid Album” in PDF, la partecipazione a un seminario di presentazione delle esperienze, l'abbonamento gratuito a PSS per il 2020.

Per informazioni: pss@irsonline.it – 02.46764276

Premio



**COSTRUIAMO
il WELFARE
dei DIRITTI
sul TERRITORIO**

Quarta edizione, 2019/2020

Alla vigilia del cinquantesimo anniversario di *Prospettive Sociali e Sanitarie* siamo lieti di annunciare l'avvio della quarta edizione del Premio IRS CNOAS PSS “Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio” 2019/2020.

Il Premio, mantenendo la sua cruciale attenzione alla dignità delle persone, continuerà a considerare gli interventi sociali come esclusivamente in risposta alla soddisfazione di diritti: è infatti in questa direzione che promuove la costruzione di un welfare sociale “comunitario e integrato”, un welfare sociale “attivo”.

Suo obiettivo è di contribuire a migliorare la qualità degli interventi e il coordinamento tra attori del welfare (pubblico e della società civile) per creare progettazioni condivise e visioni strategiche.

Per la quarta edizione abbiamo mantenuto, fra i criteri selettivi per valutare le candidature, alcuni di quelli degli scorsi anni, ma li abbiamo aggiornati con un'attenzione più diretta al welfare collaborativo e partecipativo, che faccia leva sulle risorse delle famiglie e delle comunità – economiche, di tempo, di cura, di competenza – e le metta in dialogo tra loro favorendo l'autonomia e l'inclusione delle persone, la socializzazione dei bisogni individuali, l'aggregazione della domanda per convergere su un'offerta nuova, la promozione di nuove modalità di risposta a bisogni condivisi.

www.welfareidiritti.co.nf

TARIFFE DI ABBONAMENTO 2019

Enti pubblici e privati	€ 89,00
Associazioni di volontariato e Cooperative sociali	€ 69,00
Privati	€ 59,00
PRO	€ 99,00

ccp 36973204 • iban IT57 J076 0101 6000 0003 6973204 • www.prospettivesocialiesanitarie.it
via XX Settembre 24, 20123 Milano • tel. 02 46764276 • fax 02 46764312 • pss.abbo@irsonline.it

Passano gli anni,
ma certe cose rimangono
sempre uguali, per fortuna.

Campagna abbonamenti 2019

Da più di 45 anni, grazie al sostegno dei propri abbonati, *Prospettive Sociali e Sanitarie* è una voce critica e indipendente di analisi e commento a quanto avviene nelle politiche e nei servizi sociali e sanitari. Ma non è nostra abitudine sederci sugli allori: si è da poco conclusa la 3^a edizione del Premio *Costruiamo il Welfare dei Diritti sul Territorio*, e la collaborazione con welforum.it, ormai al suo secondo anno, continua a portare positivi risultati per la rivista. Siamo convinti della necessità di quanto facciamo e, per continuare a farlo, continuiamo ad aver bisogno del vostro sostegno.

PRO come prodotti

L'abbonamento PRO comprende anche l'accesso all'archivio *online* di oltre vent'anni di fascicoli arretrati, all'ultimo Quid Album e quelli in uscita nell'anno, nonché l'accesso in anteprima a novità e iniziative, sconti su corsi di formazione, ecc.

Prospettive
Sociali
e Sanitarie