

PROGRAMMA INTERREG ITALIA SVIZZERA V-A 2°

RICERCA TRANSNAZIONALE
Asse 4. Progetto Woman at Work- WAW
ID 1418951

VERSIONE SINTETICA



3 novembre 2021

Autori:

Chiara Crepaldi (coordinatrice), **Daniela Loi**, **Matteo Seminati** – Istituto per la Ricerca Sociale
Luigi Bernardi, Reflect S.r.l.

Paolo Moroni, **Furio Bednarz** (sulle evidenze riferite al Canton Ticino) – Società cooperativa Filos

Sommario

1	CARATTERISTICHE SOCIO DEMOGRAFICHE E SOCIALI DEL TERRITORIO.....	4
1.1	Dinamica demografica ed evoluzione delle caratteristiche delle famiglie.....	4
1.2	Il mercato del lavoro.....	5
2	I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE TARGET DEL PROGETTO.....	6
2.1	I giovani e le difficoltà nell’inserirsi nel mercato del lavoro.....	7
2.2	Le persone con fragilità psicologiche o problemi psichiatrici e le difficoltà nell’inserirsi nel mercato del lavoro.....	8
2.3	La fragilità delle donne vittime di violenza e il loro percorso verso l’autonomia.....	10
	CAPITOLO 2 - LE POLITICHE E GLI INTERVENTI IN RISPOSTA ALLE PROBLEMATICHE DEI TARGET DEL PROGETTO.....	13
1	Le principali politiche regionali di inclusione sociale e socio-lavorativa a favore delle giovani donne e delle persone vulnerabili.....	13
2	Le politiche regionali a supporto delle persone giovani con problemi connessi alla salute mentale.....	17
3	Politiche ed interventi a supporto delle donne vittime di violenza e il loro percorso verso l’autonomia.....	20
	CAPITOLO 3 – I MODELLI DI INTERVENTO VOLTI A FAVORIRE IL REINSERIMENTO DEL TARGET.....	24
1	Caratteristiche e bisogni delle donne in carico e percorsi di intervento realizzati dai partner ..	24
1.1	Giovani donne con situazioni di vulnerabilità che necessitano di percorsi di accompagnamento alla autonomia sul territorio del Novarese.....	24
1.2	Giovani donne con disturbo borderline della personalità.....	26
1.3	Donne ospiti di comunità mamma bambino inviate dai servizi sociali dei comuni con provvedimento autorità giudiziaria.....	28
1.4	Donne ricoverate in clinica psichiatrica.....	31
	CAPITOLO 4 – I COSTI SOCIALI IN CASO DI NO ACTION.....	34
1	Le risorse economiche mobilitate per raggiungere gli obiettivi di autonomia e reinserimento lavorativo dei target.....	34
1.1	I costi associabili ai percorsi ed interventi attivati a favore della popolazione target.....	34
1.1.1	I costi delle Comunità Mamma bambino.....	34
1.1.2	I costi del percorso verso l’autonomia delle giovani donne con disturbo della personalità borderline.....	35
1.1.3	I costi dell’inserimento lavorativo.....	35
1.2	I costi sociali complessivi che si possono ipotizzare in caso di NO ACTION.....	36
1.2.1	Cosa significa calcolare i costi in caso di NO ACTION.....	39
1.2.2	Come sviluppare una analisi dei costi della NO ACTION?.....	41
1.5	I costi sociali e i benefici/risparmi associabili ai target del progetto.....	42

1 CARATTERISTICHE SOCIO DEMOGRAFICHE E SOCIALI DEL TERRITORIO

Il primo capitolo si apre con una analisi delle principali caratteristiche socioeconomiche dei territori che pone a confronto i dati a livello provinciale o cantonale. L'analisi comprende una analisi della dinamica demografica e dell'evoluzione della presenza della popolazione straniera e delle caratteristiche delle famiglie residenti, oltre ad una analisi della dinamica dei mercati del lavoro locali.

1.1 Dinamica demografica ed evoluzione delle caratteristiche delle famiglie

Dal punto di vista della dimensione demografica i sei territori risultano fortemente differenziati. La Provincia di Milano ha una popolazione nettamente superiore alle altre con all'incirca 3 milioni e 300mila residenti, Varese e Monza-Brianza si collocano nel mezzo con poco meno di 900mila abitanti, mentre il Canton Ticino, Novara e Lecco hanno circa 350mila residenti. **A Milano e Monza-Brianza la crescita nel periodo 2011-2020 è stata costante e consistente; Varese, Lecco e Novara presentano un trend crescente a inizio decennio che si arresta nel 2014.** L'inversione del trend demografico nel **Canton Ticino**, che ha portato a rivedere le previsioni di crescita da qui al 2050, porta a ritenere che il Ticino – unico Cantone svizzero assieme ai Grigioni – perderà abitanti nei prossimi decenni. Il fenomeno è dovuto al declino della natalità e all'invecchiamento della popolazione residente non più compensato dal saldo migratorio. In realtà continuano ad arrivare persone dall'estero, ma sono di più quelle che partono per l'estero (migranti al rientro) e per altri Cantoni (soprattutto giovani che studiano e poi si fermano fuori Ticino). Il saldo è così divenuto negativo. Questa tendenza è in stretto rapporto di causa-effetto con la grande crescita del lavoro frontaliero, pressoché raddoppiato tra 2002 e oggi.

Considerando la composizione dei residenti per fascia d'età non emergono particolari differenze tra i sei territori: **rispetto al 2011 si registra un invecchiamento della popolazione, in parte contenuto dall'incremento della presenza straniera. Rispetto al 2011 si registra un invecchiamento della popolazione con le fasce giovani che perdono rilevanza in termini di peso percentuale a favore di quelle più anziane.** Come conseguenza del fatto che la composizione per età dei residenti è simile, gli indici di struttura della popolazione nei sei territori non presentano differenze rilevanti.

Nei prossimi anni, quando la popolazione straniera tenderà da un lato a invecchiare e, dall'altro, ad assumere comportamenti riproduttivi in linea con quelli degli autoctoni, si assisterà probabilmente a un'accelerazione dei processi di invecchiamento.

Attualmente in provincia di Milano gli stranieri residenti sono il 14% circa della popolazione complessiva, a Monza-Brianza il 10% e nelle restanti province incidono con quote comprese fra l'8% e il 10%. Nel decennio 2011-2020 il peso dei cittadini stranieri è aumentato in tutti i territori. Nelle province italiane l'incidenza cresce fino al 2015, diminuisce nel biennio 2016-2017 e riprende a crescere dal 2018 in avanti. In Canton Ticino la presenza straniera è elevatissima, 28% circa nel 2020, ma va considerato che all'incirca 60mila stranieri su 95mila sono cittadini italiani; se si escludono gli italiani dal computo la quota scende al 10% circa.

Analizzando la dinamica demografica della popolazione straniera nel 2019 emerge come **il contributo principale alla loro crescita siano gli arrivi dai paesi esteri, ma anche sotto il profilo della natalità superano in misura netta le popolazioni autoctone:** a Lecco, Monza e Novara i tassi per mille residenti valgono all'incirca 16, a Varese 13 e a Milano 12. Fa nuovamente eccezione il Canton Ticino con 8 nati vivi ogni mille stranieri residenti, ma anche questo dato va letto nell'ottica di una presenza composta prevalentemente da cittadini italiani che hanno comportamenti riproduttivi in linea con quelli delle popolazioni occidentali.

I sei territori si differenziano in misura piuttosto marcata rispetto alla tipologia delle famiglie residenti. **Le discrepanze più rilevanti riguardano coppie con figli e famiglie unipersonali. Queste due tipologie presentano una diffusione per certi versi speculare: nei territori in cui una delle due ha incidenza elevata l'altra si caratterizza per valori tendenzialmente più contenuti.** Famiglie monogenitore e

coppie senza figli presentano invece una variabilità minore. Relativamente alle dinamiche connesse ai **nuclei familiari monogenitoriali**, lo studio Polis (2020)¹ evidenzia che, nella composizione delle famiglie lombarde, la **“nuova monogenitorialità”** deriva sempre più frequentemente non tanto dalla vedovanza quanto **dalla rottura volontaria dell’unione coniugale anche in presenza di figli piccoli e dalle nascite al di fuori del matrimonio**. Si tratta di un fenomeno **fortemente femminilizzato** (che presenta tuttavia una dinamica di lieve cambiamento, evidenziata nella crescita dei nuclei monogenitoriali in cui il genitore è uomo (+3,3 in 10 anni).

1.2 Il mercato del lavoro

La partecipazione al mercato del lavoro non presenta differenze particolarmente rilevanti se si considerano le cinque province italiane: i valori 2020 sono compresi fra 73% circa per Milano e Lecco e 69% per Varese. **L’andamento nel decennio 2011-2020 risulta inoltre relativamente stabile, senza variazioni di particolare intensità:** le aree in cui si registra un aumento della partecipazione sono Lecco (+4,8 punti percentuali), Milano (+2,4) e Monza-Brianza (+1,7), mentre a Varese (+0,1) e Novara (-0,6) i valori si sono sostanzialmente mantenuti sui livelli del 2011. Le differenze fra i valori del 2011 e quelli del 2020 derivano da un andamento che si registra in tutte le province: **i tassi crescono fino al 2019, mentre nel 2020 si osserva un calo legato presumibilmente all’effetto delle misure adottate per contrastare la diffusione delle infezioni da Covid-19. In Canton Ticino il tasso di attività ha un valore più basso, 58% circa, ma è calcolato considerando anche le fasce anziane e meno attive della popolazione. Rispetto al 2011 la partecipazione al mercato del lavoro è leggermente diminuita (-2,4 punti percentuali).**

Le donne hanno valori sistematicamente inferiori che segnalano la maggior difficoltà di accesso al mercato del lavoro per la componente femminile: lo svantaggio è rilevante nelle province di Varese (17 punti percentuali di differenza rispetto al tasso maschile) e Lecco (15 punti), mentre a Novara, Monza-Brianza e, in particolare, a Milano il *gender gap* è meno marcato, con scarti compresi fra 12 e 10 punti percentuali. **In Canton Ticino il tasso di attività ha un valore più basso, 58% circa, ma è calcolato considerando anche le fasce anziane della popolazione, e la partecipazione femminile è particolarmente ridotta** (17 punti percentuali in meno rispetto al tasso maschile).

L’elemento di maggior rilievo ai fini di un confronto fra le dinamiche del mercato del lavoro nei sei territori è probabilmente il **tasso di disoccupazione**, sia perché consente di quantificare la diffusione delle difficoltà nell’accedere a un impiego, sia perché, a differenza dei tassi di attività e occupazione, non fa riferimento a classi d’età specifiche e i valori sono confrontabili per tutte le aree considerate. **I livelli di disoccupazione sono allineati, con tassi del 5% circa. L’unica eccezione è Novara dove il tasso di disoccupazione è del 6,8%.** Nelle province italiane considerate l’andamento nel periodo 2011-2020 si caratterizza per una crescita nei primi anni del decennio a cui fa seguito una riduzione che spinge i valori 2020 su livelli inferiori a quelli del 2011. In Canton Ticino il tasso si è invece mantenuto sostanzialmente sugli stessi valori per tutto il periodo. **Anche rispetto ai livelli di disoccupazione la componente femminile risulta penalizzata, ma gli scarti variano notevolmente da un territorio all’altro:** la differenza è maggiore nelle province di Lecco e Novara, mentre a Milano e in Canton Ticino lo svantaggio femminile è minimo.

Il quadro informativo sulla disoccupazione giovanile a livello provinciale risulta particolarmente frammentato e rende problematico un confronto fra i territori. I dati derivano da fonti diverse, fanno riferimento a classi d’età non sempre allineate e non sono corredati da indicazioni sulla precisione delle stime, che potrebbe essere bassa, in particolare per le realtà di dimensioni minori.

Considerando le quattro province lombarde, nel 2018 il tasso di disoccupazione giovanile riferito alla fascia 15-29 è del 12% circa in provincia di Lecco e compreso fra 15% e 17% nelle

¹ Polis (2020), *Analisi della trasformazione della famiglia in Lombardia e delle sue condizioni socio-economiche Linea di attività 1, 2020* [Link](#)

province di Milano, Monza-Brianza e Varese. L'andamento negli ultimi anni è tendenzialmente allineato nei quattro territori con i livelli di disoccupazione che crescono fino al 2015 e si riducono dal 2016 in poi².

In provincia di Novara il tasso per la fascia 15-29 nel 2018 è del 19% circa, più elevato rispetto a quello delle province lombarde. L'andamento è di forte crescita fra il 2011 e il 2013, quando il valore raggiunge il 32%, mentre a partire dal 2014 si osserva una riduzione del livello di disoccupazione giovanile³.

Per il Canton Ticino i dati sono disponibili per due fasce d'età: 15-24 e 25-39. In entrambi i casi i valori sono nettamente inferiori rispetto a quelli dei territori italiani: **nella classe 15-24 i tassi sono circa 4% nel 2018 e 5% nel 2020, nella fascia 25-39 sono del 3% nel 2018 e del 4% nel 2020.** L'andamento dal 2011 è analogo nelle due classi: i valori crescono fino al 2013, scendono nel periodo 2013-2018 e riprendono a salire dal 2019 in poi⁴.

2 I BISOGNI DELLA POPOLAZIONE TARGET DEL PROGETTO

Il progetto WAW coinvolge giovani donne accolte in strutture o frequentanti percorsi di inserimento socio lavorativo nei territori del Varesotto, del Lecchese, del Novarese e del Monzese, e del Canton Ticino, tutti territori dei quali nel paragrafo precedente si è osservata l'evoluzione delle dinamiche socio demografiche. Prima di procedere all'analisi dei percorsi di inserimento realizzati dai partner progettuali nell'ambito delle politiche locali e regionali implementate nei territori, riteniamo utile focalizzare l'attenzione sulla diffusione territoriale delle problematiche di cui esse sono portatrici.

Le giovani donne italiane, ticinesi o straniere di cui il progetto si occupa sono donne in condizione di vulnerabilità per differenti ragioni che non vanno intese di per sé come problematiche o patologiche, quanto come transizioni critiche del normale ciclo di vita. Nella biografia e nel percorso di vita di queste donne non abbiamo spesso un evento scatenante riconoscibile o ricorrente, ma sono invece le risorse maturate in età evolutiva, come e quando la criticità si presenta, la percezione dell'evento ed infine la rete relazionale di supporto che sembrano dirimenti nel determinare l'evoluzione e l'esito della transizione. Questi indicatori psicosociali sono spesso rintracciabili nei contesti di crescita e di sviluppo di queste giovani donne, con una pericolosa tendenza alla ripetizione dello stesso copione di vita e del suo carico di difficoltà, di generazione in generazione.

Nelle **province lombarde** il progetto fa riferimento in particolare a giovani mamme sole con figli o donne vittime di violenza occasionale o ripetuta, altre sono giovani donne con più o meno gravi difficoltà psicologiche o psichiatriche, altre soffrono le conseguenze di abbandoni passati o recenti o di problematiche antiche di attaccamento, altre infine scontano i postumi di incidenti o patologie differenti, ma sono tutte accomunate dalla necessità di un aiuto importante per poter raggiungere un discreto grado di autonomia personale, sociale e lavorativa. Per questa ragione, infatti, sono accolte nelle *Comunità educative mamme-bambino*, altre nella *Comunità per il trattamento del disturbo di personalità Borderline*, altre in *Comunità e strutture di accoglienza per donne vittime di violenza*.

Nel **novarese** il target di riferimento è costituito da donne italiane e straniere in carico ai servizi sociali che si trovano in stato di svantaggio socio lavorativo a seguito di condizioni familiari multiproblematiche, nello specifico vittime di violenza domestica che necessitano di orientamento e accompagnamento nel loro percorso di autonomia.

Per quanto riguarda **il Canton Ticino**, il progetto si occupa di alcune condizioni di fragilità legate alle diverse e particolari condizioni socioeconomiche del cantone che vedono fenomeni di marginalizzazione, spesso

² Fonte:

http://www.cgil.bergamo.it/images/COMUNICATI2012_ALLEGATI/GIOVANI_OCCUPAZIONE_MAGGIO2018/OCCUPAZIONE_DISOCCUPAZIONE_GIOV ANILE_BERGAMO.pdf.

³ Fonte: Regione Piemonte.

⁴ Fonte: nostre elaborazioni su dati Ustat -Canton Ticino.

accentuati tra le donne straniere, associati a disagio di carattere psico-sociale e causati da fenomeni di disgregazione dei nuclei familiari o fragilità biografiche. Accanto a questa tipologia vengono prese in considerazione donne che presentano problemi psichiatrici maggiori e, in quanto ospiti di una clinica psichiatrica, sono coinvolte in percorsi di cura personalizzata finalizzati al recupero della autonomia, sul modello di quanto viene proposto presso Comunità per il trattamento del disturbo di personalità Borderline.

2.1 I giovani e le difficoltà nell'inserirsi nel mercato del lavoro

La perdita del lavoro, o la difficoltà di inserimento e reinserimento nel mercato del lavoro, rappresenta un fattore determinante che genera o amplifica la vulnerabilità. In questo senso l'esclusione o la marginalizzazione nel mercato del lavoro è un meta-indicatore che consente di mappare il rischio dei gruppi sociali interessati di cadere in una condizione di fragilità e vulnerabilità.

In Ticino, come nelle province italiane incluse nel progetto WAW, l'evoluzione della disoccupazione segnala crescenti difficoltà di inserimento lavorativo dei giovani. Sono soprattutto le donne ad essere particolarmente colpite dall'evoluzione in atto, con una perdita di posti di lavoro acuita ma non generata dalla **pandemia**. I dati sulla disoccupazione ai sensi dell'ILO, che considerano l'insieme delle persone in cerca di impiego, e non unicamente quelle registrate presso gli Uffici regionali di collocamento, evidenziano come negli ultimi 20 anni il fenomeno abbia assunto caratteristiche «strutturali».

La disoccupazione giovanile è diventata un fenomeno significativo anche nei territori in esame.

Il Piano di Zona 2018-2020⁵ evidenzia che, anche in un territorio come quello della Provincia di Lecco, che per molti anni è stato caratterizzato da un basso tasso di disoccupazione (“rappresentato da coloro che sostanzialmente, per esigenze/problematiche personali non riuscivano/volevano accedere ad un mercato del lavoro a forte componente manifatturiera e quindi ancora in grado di assorbire competenze e mansioni di carattere esecutivo e poco qualificate”), è cresciuto in particolare i giovani, e le giovani donne in modo specifico, che “hanno continuato ad incontrare difficoltà molto maggiori rispetto al resto della popolazione nel riuscire ad inserirsi nel mercato del lavoro”. La crescita della disoccupazione nel **Ticinese**, considerando origine e genere delle persone in cerca di impiego, ha toccato tra 2002 e 2020 tutte le componenti, ad eccezione di quella degli uomini di origine straniera. Se da un lato la provenienza dei disoccupati mostra la fragilità della componente delle persone prive di qualifica, i dati lasciano peraltro intravedere anche l'incremento delle difficoltà di collocamento che si verificano tra i giovanissimi, a riprova di come il mercato del lavoro tenda ad assorbire in prevalenza i giovani meglio formati, che entrano nel mercato del lavoro al termine dell'apprendistato e soprattutto di una formazione terziaria.

L'indagine realizzata dalla SUPSI nel 2017⁶ sulle nuove forme di precarietà e lavoro gratuito, ha evidenziato come tra 2004 e 2014 si sia verificato da una parte un aumento della domanda di lavori a tempo parziale e sempre più brevi; dall'altra un forte incremento del grado di partecipazione alla forza lavoro, in particolare da parte delle donne. Queste tendenze si sono legate all'aumento della sotto-occupazione, ossia di coloro che lavorano a tempo parziale e dichiarano di voler aumentare il loro onere lavorativo. C'è stato dunque un aumento del bisogno di reddito da parte delle economie domestiche e quindi della disponibilità a lavorare non soltanto a tempo parziale ma anche a bassi salari.

Questo perché la responsabilità di cura dei bambini è ancora culturalmente intesa come prevalentemente domestica e l'iscrizione alle scuole per l'infanzia viene rimandata dopo il terzo anno di vita, anche perché i servizi sono poco diffusi sul territorio e spesso privati e costosi. I servizi di sostegno alla genitorialità si limitano ad iniziative sporadiche, lasciando le donne, soprattutto nelle famiglie monoparentali, totalmente sole di fronte alla gestione del nuovo nato. In questa situazione di scarso sostegno sociale è quasi inevitabile che le giovani donne, spesso occupate in maniera frammentaria ed insufficiente, dopo l'esperienza di maternità siano costrette a lasciare il lavoro, perdendo così anche la possibilità di avere relazioni extra familiari e di continuare con la costruzione del proprio percorso identitario.

⁵ Piano di zona unitario Bellato Lecco Merate 2018-2020

⁶ Pasqualina Cavadini, Spartaco Greppi e Christian Marazzi, Il valore della gratuità, Iride – SUPSI, n. 02 – aprile 2017

Una valutazione puntuale dell'impatto dell'emergenza Covid sulla condizione occupazionale dei giovani viene presentato nel report specifico in fase di stesura. Si richiama qui il dato assai significativo del **calo di 5 punti percentuali del tasso di occupazione dei giovani lombardi** tra il terzo trimestre 2019, e il primo trimestre del 2020. A ciò va aggiunta la crescita dei giovani disoccupati che ha portato ad un incremento del tasso di disoccupazione dal 10% a quasi il 13%.

In **Ticino** i dati dell'impiego confermano il maggior impatto della pandemia sull'occupazione femminile. L'emorragia di impieghi femminili è stato il frutto dell'accelerazione dei processi di cambiamento del mercato del lavoro determinati dal Covid. Questo sembra emergere da una lettura delle statistiche sull'impiego in Ticino nel 2020, con una perdita secca di 3.000 impieghi femminili a fronte di un centinaio di posti occupati da uomini.

2.2 Le persone con fragilità psicologiche o problemi psichiatrici e le difficoltà nell'inserirsi nel mercato del lavoro

In Italia i dati statistici sulla disabilità sono pochi, non aggiornati, spesso non articolati per Regione e mai per provincia (livello territoriale per il quale ci sono invece i dati amministrativi dei servizi di collocamento mirato). E' quindi possibile offrire solo un quadro parziale del contesto e avere una visione d'insieme del fenomeno con l'ausilio di alcuni dati proxy.

Il *Sistema informativo salute mentale* (SISM, 2018)⁷ per l'anno 2017 riporta per la regione Lombardia un **tasso standardizzato di prevalenza di residenti che hanno ricevuto trattamenti nei Dipartimenti di salute mentale** per 10.000 abitanti pari a 173,9 equivalente a 145.092 persone. Per il **Piemonte** il tasso sale a 200,8, equivalente a 74.710 persone, con una netta prevalenza femminile. Tra di essi i giovani tra i **18 e i 24 anni in Lombardia** sono stimati in **9.526** e quelli tra i **25 e i 34 15.842**, mentre in **Piemonte 3.804 i più giovani, e 6.939 quelli tra i 25 e i 34.**

I disturbi ansioso-depressivi sono i più frequenti (46,7 su 10.000 abitanti in Lombardia, e 28,8% in Piemonte, dove però la % dei casi con diagnosi in attesa di definizione è pari a oltre la metà dei casi in carico) in entrambi i casi con una netta prevalenza femminile. Abbastanza rilevante è la componente dei disturbi della personalità: secondo l'Atlante dei disturbi psichici in Lombardia⁸ il Disturbo della Personalità Border incide per il 5% sul totale della popolazione interessata di età superiore ai 14 anni.

Per avere una dimensione locale del fenomeno si possono considerare i dati ripresi all'interno *del Piano di Zona di Monza 2018-2020*, che fanno riferimento da un lato alle informazioni che emergono dalle certificazioni di invalidità, e dall'altro alle persone prese in carico dai servizi Psichiatria e Neuropsichiatria dell'ATS Brianza. Per quanto attiene nello specifico alle problematiche connesse al **disturbo di personalità borderline in età giovanile** il Piano riporta che all'interno del territorio dell'ATS della Brianza il 3% circa della popolazione compresa tra 0-24 anni è accolta dai servizi per l'età evolutiva per problematiche importanti: la prevalenza maggiore si ha tra i 5-14 anni: nel caso di Lecco si tratta di ben il 7% della popolazione minorile, contro il 3,4% tra 15 e 19 anni e 0,3% tra i 20 e i 24. (anno di riferimento 2017).

L'Anagrafe della Fragilità degli Ambiti di Bellano, Lecco e Merate include anche informazioni relative alla popolazione che richiede interventi di cura connessi alla **salute mentale**. Tra le condizioni cliniche maggiormente rappresentate nel campione dell'Anagrafe della Fragilità, che comprende 4.030 casi, dei quali tuttavia solo 323 under 25 (111 a Vimercate, 99 a Monza e 113 a Lecco), vi sono proprio i Disturbi di personalità (857 casi nel 2017)⁹.

Per quanto riguarda la situazione nel **Canton Ticino**, secondo i dati pubblicati dall'Osservatorio svizzero della salute- Obsan (Bulletin 6/2019)¹⁰, i pazienti accolti in cure psichiatriche in Canton Ticino nel 2019 sono stati 3.130, con una durata media della degenza di circa 30 giorni e un tasso di ospedalizzazione dell'1% per gli

⁷ Ministero della Salute, *Rapporto salute mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale - Anno 2017 (SISM, 2018)*
http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2841

⁸ <http://normativasan.servizirl.it>

⁹ Piano di Zona Unitario degli Ambiti di Bellano, Lecco e Merate 2018/2020

¹⁰ <https://www.obsan.admin.ch/it> Obsan Bulletin 6/2019 https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2019/obsan_bulletin_2019-06_ti.pdf

uomini e dell'1.6% per le donne, a causa della durata media maggiore delle fasi acute che coinvolgono pazienti donne. **L'incidenza più elevata si registra tra le donne della fascia di età 30-39 anni**, e in valori assoluti in quella tra i 50 e i 59 anni (346 casi di ospedalizzazione, su 1.468 che hanno coinvolto donne nel 2019). L'indagine sulla salute in Svizzera stima che quasi un quarto (24,3%) della popolazione ticinese mostri sintomi di un disagio psicologico da medio a grave, una percentuale molto superiore alla media nazionale (15,1%). Le donne (26,9%) dichiarano più spesso degli uomini (21,7%) di soffrire di tale disagio. Anche questi valori sono più elevati nel Cantone Ticino se paragonati alle rispettive percentuali a livello svizzero (donne: 18,3%; uomini: 11,7%).

Tra gli anni 2007, 2012 e 2017 non si sono osservati grandi cambiamenti a livello cantonale. Analizzando le cifre emerge che nel Cantone Ticino il disagio psicologico di media e forte entità tra i giovani è più elevato rispetto alla media svizzera. L'indagine sulla salute in Svizzera analizza specificatamente anche l'eventuale presenza di sintomi depressivi. Si tratta di un fenomeno più frequente tra le fasce giovanili di età.

Nell'ampio spettro delle problematiche psichiatriche il progetto WAW pone l'attenzione sullo specifico target del **disturbo di personalità borderline**. Come emerge dai materiali predisposti dal partner cooperativa "La Clessidra" nell'ambito del progetto *Young Inclusion* si tratta di un malessere ancora poco conosciuto e studiato nonostante la sua diffusione tra i giovani. Non si hanno dati specifici relativi alla sua prevalenza in Italia. Negli Stati Uniti in letteratura¹¹ la prevalenza mediana stimata è dell'1,6%, ma può arrivare fino al 5,9%. Nei pazienti trattati in ricovero ordinario per disturbi mentali, la prevalenza è del 20% circa.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità lo definisce Disturbo dell'Instabilità Emotiva di Personalità (*Emotionally Unstable Personality Disorder*, EUPD) "una modalità strutturata di pensiero, sentimento e comportamento che caratterizza il tipo di adattamento e lo stile di vita di un soggetto e che risulta da fattori costituzionali, dallo sviluppo e dall'esperienza sociale"¹²): interessa principalmente il sesso femminile (70%) con enormi costi sociali, comparabili alla schizofrenia. L'esordio avviene in adolescenza o nella prima età adulta.

Le caratteristiche principali della persona con un disturbo borderline di personalità si manifestano soprattutto in quattro aree: rapporti interpersonali, affettività, immagine di sé e gestione degli impulsi. Come emerge dai materiali informativi predisposti dalla Clinica Santa Croce, partner svizzero del progetto, si tratta di un disturbo che, come altri disturbi di personalità, esordisce in giovane età "con manifestazioni che coinvolgono la sfera dell'affettività, del funzionamento personale e interpersonale, del controllo dell'impulsività e dell'immagine di sé". Si tratta di persone che possono essere caratterizzate da "ridotta costanza e volitività, oscillazioni dell'umore con possibili episodi di aggressività auto-etero diretta, instabilità nell'umore e delle relazioni interpersonali, sentimenti di angoscia a vuoto". Spesso tale disturbo è associato ad uso di sostanze stupefacenti o alcol.

E' a questo specifico target che si rivolgono le Comunità Alda Merini e Frida Kahlo; la Clinica Svizzera Santa Croce si rivolge in parte anche a questo target. Si tratta di una fragilità molto complessa perché si colloca tra l'ambito sanitario e quello sociale, e richiede il coinvolgimento di settori, politiche, interventi ed organizzazioni differenti. Non si tratta di un disturbo esclusivamente biologico e psichiatrico, ma è connesso anche al contesto sociale in cui la persona vive. E' un disturbo che in genere esordisce nel corso dell'adolescenza (dai 13/15 anni) e coinvolge prevalentemente persone di sesso femminile, sebbene il fenomeno stia crescendo anche tra i maschi. Come emerge dal video esplicativo prodotto nell'ambito del progetto *Young Inclusion*¹³, promosso da alcuni dei partner progettuali del progetto Waw, le manifestazioni tipiche sono la disregolazione delle emozioni: si tratta di soggetti con comportamenti molto impulsivi e che attuano forme di autolesività, abuso di sostanze, sregolazioni alimentari, sesso promiscuo. I soggetti vivono una emotività che non riescono a controllare e a gestire e mettono in atto i comportamenti autolesionistici per sentire un sollievo emotivo e quindi sentirsi meglio. Essendo un disturbo non esclusivamente biologico è curabile attraverso la psicoterapia integrata da tecniche dinamiche per aiutare il soggetto a recuperare la propria storia e bisogni di vita.

Quello appena delineato è dunque un target che ha necessità di supporto importante per avanzare nel percorso verso l'autonomia e l'inserimento scolastico e lavorativo, per quanto possa essere un inserimento protetto. Si andranno dunque ad analizzare i percorsi di inserimento sviluppati dai due partner progettuali che seguono questo specifico target: le cooperative Il Sentiero e La Clessidra e gli obiettivi in tal senso promossi dalla clinica svizzera Santa Croce.

¹¹ <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/disturbi-della-personalit%C3%A0/disturbo-borderline-di-personalit%C3%A0>

¹² Bressi & Invernizzi, 2008 in Ferreira, Diana (2020) in Ferreira, Diana (2020) *La complessità del disturbo borderline di personalità: la relazione terapeutica tra infermiere e paziente. Una revisione della letteratura*. Bachelor thesis, Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana. <https://tesi.supsi.ch/3448/>

¹³ [Che cos'è il disturbo di personalità borderline? VIDEO | Young Inclusion](#) [Che cos'è il disturbo di personalità borderline? VIDEO | Young Inclusion](#)

Relativamente all'inclusione lavorativa delle persone con limitazioni funzionali o invalidità secondo il rapporto ISTAT 2015¹⁴ in Lombardia solo **il 27% delle persone in questa condizione è occupata ed il 14% è in cerca di occupazione**. Le persone con disabilità iscritte agli elenchi del collocamento mirato al 31/12/2015 in Lombardia erano complessivamente 65.323. **Le persone in età lavorativa con disturbi psichiatrici maggiori**¹⁵ sono quelle più difficilmente collocabili nel mercato del lavoro: tale categoria di disabilità è connotata da **un alto tasso di disoccupazione** - stimabile tra l'85 e il 90% - nonostante sia la classe più rappresentata tra le nuove iscrizioni al collocamento mirato nell'ultimo decennio (circa il 40-45% delle nuove iscrizioni annue è di tipo psichiatrico). La letteratura e l'esperienza di chi lavora con questo target di persone vulnerabili evidenziano che **solamente meno della metà delle persone con tali disabilità è nelle reali condizioni di mantenere un lavoro**. Per queste persone sono necessari percorsi specifici, che sono proprio quelli che i partner progettuali mettono in campo e che verranno descritti nel secondo capitolo. Percorsi specifici di orientamento e accompagnamento sono indispensabili anche per donne in condizioni di vulnerabilità dovute a situazioni di carattere sociale ed economico (come descritto nelle sezioni successive).

2.3 La fragilità delle donne vittime di violenza e il loro percorso verso l'autonomia

Uno dei target del progetto WAW sono le donne vittime di violenza che hanno necessità di aiuto per trovare un nuovo percorso di vita verso l'autonomia. In Lombardia i partner progettuali che seguono questi target sono Le coop La Clessidra e Il Sentiero che accolgono presso le proprie strutture giovani mamme coi loro bambini; nel novarese questo è uno dei target a cui la coop Filos garantirà specifici percorsi di inclusione lavorativa.

La Lombardia è la regione italiana con il maggior numero di chiamate effettuate al numero verde nazionale 1522 messo a disposizione dal Dipartimento per le Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri. Il quadro che emerge dalle telefonate evidenzia che la violenza contro le donne assume diverse forme: violenze fisiche, sessuali, psicologiche ed economiche. E' inoltre possibile rilevare si tratta di un fenomeno trasversale, come emerge dal recente studio condotto da Polis in regione Lombardia, "che riguarda donne con gradi diversi d'età e di istruzione, italiane e straniere, lavoratrici e in cerca di lavoro"¹⁶.

La violenza che viene descritta non ha carattere episodico, ma si inserisce in un percorso in crescendo, con episodi sempre più gravi e l'emergere di forme di violenza diverse. Il 77,2% delle vittime dichiara che la violenza avviene in casa e il maltrattante è il partner o l'ex partner. Lo studio realizzato da Polis sottolinea che si tratta di un tipo di violenza che può sfociare in omicidi e in suicidi, ed è la prima causa di morte o di invalidità permanente delle donne di età compresa tra i 16 e i 50 anni. Insieme alle donne le altre vittime di questo crescente fenomeno sono i **figli minorenni e maggiorenni che assistono e/o subiscono gli episodi di violenza**, che purtroppo porteranno le conseguenze di queste esperienze traumatiche per il resto della loro vita. Questo tema emerge chiaramente anche nelle interviste¹⁷ realizzate agli **operatori dei centri anti violenza del novarese**.

La violenza assistita dai figli minori delle vittime e del maltrattante è un altro punto dolente delle situazioni di violenza, dal momento che, secondo quanto viene riferito nelle interviste, oltre l'80% delle donne che si rivolgono allo Spazio Donna di Novara ha bambini molto piccoli, le vittime invisibili della situazione che viene a crearsi. **La violenza assistita è molto difficile da far emergere** e spesso le donne non si rendono conto che non denunciando gli episodi di violenza avvenuti in ambiente domestico e in loro presenza, per vergogna o senso di protezione nei confronti dei figli, commettono un reato che potrebbe far considerare da parte del giudice l'allontanamento dei minori da entrambi i genitori¹⁸.

¹⁴ ISTAT (2015) *Inclusione sociale delle persone con limitazioni funzionali, invalidità o cronicità gravi*

¹⁵ che comportano una disabilità, l'ottenimento di invalidità civile e l'iscrizione alle categorie degli aspiranti al collocamento mirato ex legge 68/99

¹⁶ Polis (2020)

¹⁷ Intervista a Paola Brovelli e Marcella Sguazzini, operatrici dello sportello CAV di Novara

¹⁸ Si pensi che per valutare il rischio di violenza interpersonale tra partner viene tuttora utilizzato uno strumento denominato S.A.R.A. (Spousal assault risk assessment) elaborato in Canada. Il questionario è sicuramente utile ed efficace in fase di indagine e per definire provvedimenti da adottare a

Lo studio di Polis evidenzia tra i bisogni portati dalle donne richiedenti aiuto la necessità di un **alloggio sicuro**. Emerge, poi, una richiesta nuova e forte da parte di donne che si rivolgono ai centri di un supporto economico immediato. L'accoglienza in un luogo sicuro per donne vittime di violenza o per mamme e i loro bambini in condizione di rischio o fragilità è l'altro ambito di intervento nel quale i partner progettuali sviluppano i percorsi di reinserimento sociale e di progressiva autonomizzazione.

Nell'esperienza dei servizi sociali del Comune di Novara e delle operatrici di orientamento e dei servizi al lavoro di Filos Novara¹⁹ le donne in situazione di vulnerabilità esprimono in particolare grandi difficoltà nell'inserimento nel mondo del lavoro. La principale dimensione di vulnerabilità emersa dai colloqui di orientamento realizzati in questi anni dalle operatrici dei servizi al lavoro di Filos Novara è generalmente riferita alla mancanza o alla perdita di autonomia, dunque alla **difficoltà da parte delle utenti ad orientarsi nel contesto sociale e a leggere le richieste del mondo del lavoro**, abbandonato per motivi legati al trauma rappresentato da situazioni di violenza familiare oppure mai frequentato.

Questa tipologia di donne, nel loro percorso di avvicinamento all'autonomia, **ha la necessità di un accompagnamento e di un rinforzo motivazionale costante**, mentre per alcune diventa inoltre fondamentale **un sostegno di tipo psicologico**. Tutte si trovano a vivere una situazione **di fragilità emotiva, dovuta all'incapacità di individuare con chiarezza un progetto personale** compiuto e a distinguere gli obiettivi prioritari. Spesso, una volta intrapreso un percorso di tirocinio, molte volte dopo un lungo periodo di preparazione, piccoli problemi contingenti diventano perturbanti rispetto al fragile equilibrio che è venuto a crearsi, la difficoltà emotiva emerge in primo piano, il problema è ingigantito, diventa preponderante e la donna perde di vista il proprio obiettivo principale.

Nel **Canton Ticino**, fino a qualche anno fa, la tematica della violenza sulle donne, dentro e fuori casa, e le pratiche volte a prevenirla ed affrontarla soffrivano di una ambiguità culturale di partenza, poiché non vi era un riconoscimento ed una denominazione di questa forma specifica di reato. Ma in seguito alla sottoscrizione de La Convenzione di Istanbul del Consiglio d'Europa²⁰, entrata in vigore il 1° gennaio 2018, visto l'aumento costante del fenomeno anche in territorio ticinese, il Cantone si è dotato di alcuni strumenti per affrontarlo: in particolare misure di protezione della persona e l'allontanamento immediato dell'autore di violenza.

La pandemia e il maggior isolamento domiciliare hanno aumentato le richieste di aiuto da parte delle donne vittime di violenza. Si tratta di una evidenza emersa in numerosi studi a livello nazionale ed internazionale: uno studio presentato dal Parlamento Europeo²¹ nell'ottobre 2020 evidenzia che nei Paesi in cui sono state introdotte forme di lock down con confinamento a casa in risposta alla pandemia la violenza contro le donne è aumentata. Le principali ragioni che vengono addotte fanno riferimento innanzitutto al clima di incertezza e di diffusa preoccupazione rispetto alla salute e alle condizioni economiche minacciate dalla forte perdita di posti di lavoro verificatasi nella gran parte dei paesi europei, unita a situazioni di profondo stress. Ciò ha favorito il verificarsi di episodi di violenza nella sfera domestica, in particolare nei confronti di donne e bambini, insieme alle limitazioni negli spostamenti da casa legate al lock down; le limitazioni nell'accesso ai servizi di supporto hanno infine contribuito ad aggravare il problema.

Gli studi dunque indicano che **la pandemia COVID-19 e le conseguenti misure per limitare la diffusione del contagio hanno portato ad un aumento della violenza contro le donne**. Un recentissimo studio realizzato da Polis per Regione Lombardia²² conferma che il trend evidenziato a livello europeo e nazionale trova riscontro anche a livello lombardo. Lo studio si concentra in particolare sulle

tutela della donna, ma non prende in considerazione tra i fattori considerati l'elemento della presenza di minori e dunque dell'aggravante della violenza assistita. <https://www.differenzadonna.org/autovalutazione-del-rischio/>

¹⁹ Intervista a Miriam Martelli e Chiara Proto operatrici Servizi al Lavoro (SAL) Filos, 12 maggio 2021.

²⁰ <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>

²¹ Parlamento Europeo, "Tackling violence against women and domestic violence in Europe", Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies, October 2020.

²² Polis, *Le invisibili: la violenza di genere in tempi di lockdown* Nota di ricerca novembre 2020

<https://www.polis.lombardia.it/wps/wcm/connect/630d58b2-90f9-4747-a1cc-8e07bb079109/La+violenza+di+genere+in+tempi+di+lockdown+nota+di+ricerca++NOV20201.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-630d58b2-90f9-4747-a1cc-8e07bb079109-nnR.f-v>

modalità di accesso ai servizi anti violenza e sui bisogni portati dalle donne nel periodo del lock down. Il tema della violenza nei contesti familiari all'epoca del COVID è stato affrontato anche in Ticino, dove esistono strumenti e pratiche che mirano ad incoraggiare la denuncia e la presa in carico delle situazioni critiche. La Statistica criminale di polizia (SCP), pubblicata nella primavera del 2021, non ha tuttavia evidenziato aumenti significativi dei reati violenti in ambito domestico nel 2020, sebbene, in diverse regioni della Svizzera, vi sia stata una tendenza al rialzo dei conflitti e dei litigi all'interno della famiglia.

CAPITOLO 2 - LE POLITICHE E GLI INTERVENTI IN RISPOSTA ALLE PROBLEMATICHE DEI TARGET DEL PROGETTO

1 Le principali politiche regionali di inclusione sociale e socio-lavorativa a favore delle giovani donne e delle persone vulnerabili

L'inserimento socio-lavorativo delle fasce deboli in Italia è prevalentemente finanziato e promosso attraverso il Fondo Sociale Europeo: si tratta in particolare dell'Asse 1 e 2 in Lombardia e gli equivalenti Assi 8 e 9 in Piemonte. Accanto a questo specifico canale di finanziamento la Regione e i livelli locali promuovono più specifiche politiche in tale direzione.

Vediamo per grandi linee alcune misure che toccano specificamente i target del progetto WAW: donne in situazione di fragilità perché in situazione di emarginazione, vittime di violenza o affette da patologie psichiatriche importanti.

In Regione Lombardia

A partire dal 2015, con la LR 23/2015 sulla riforma sociosanitaria, la Regione Lombardia ha sviluppato un modello organizzativo (il "modello lombardo") articolato su tre reti: la rete sanitaria, quella sociosanitaria e quella sociale in capo ai Comuni singoli o associati.

L'offerta sociosanitaria eroga le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sulla base del principio dell'integrazione fra le due componenti di servizio, per rispondere ai bisogni delle famiglie, dei disabili, delle dipendenze e delle non autosufficienze.

Nel 2018 Regione Lombardia le "Linee di sviluppo delle politiche regionali di prevenzione e contrasto alla povertà 2018/2020" (DGR 662/2018) ha promosso *l'integrazione di tutte le politiche sociali con la misura nazionale del reddito di Inclusione (ReI)*, per promuovere un miglioramento progressivo delle condizioni di vita delle persone e delle famiglie che si trovano in stato di bisogno, attraverso la combinazione di 3 componenti: un adeguato sostegno al reddito, l'accesso ai mercati del lavoro in grado di favorire l'inserimento, l'accesso a servizi di qualità.

Tre le misure regionali più rilevanti in risposta ai bisogni integrati espressi dai cittadini vulnerabili giovani o in età lavorativa e le donne in situazione di difficoltà vi sono il *reddito di autonomia disabili*, una misura Regionale volta all'implementazione degli interventi finalizzati a migliorare la qualità della vita delle famiglie e **all'inclusione sociale delle persone disabili**. L'obiettivo generale è quello di implementare, in disabili giovani ed adulti, **le competenze e le abilità finalizzate all'inclusione sociale** e promuovere **lo sviluppo dell'autonomia personale** mediante percorsi di potenziamento delle capacità funzionali e relazionali; la *misura bonus famiglia* è una misura volta a sostenere le **famiglie in cui la donna è in stato di gravidanza, che si trovano sia in condizione di vulnerabilità** per una situazione di povertà o di fragilità.

In risposta alla pandemia la Regione ha emanato alcune misure emergenziali Covid-19 con uno specifico focus alle misure per minori e famiglie. Il "*Pacchetto famiglia. Interventi straordinari per il sostegno alle famiglie*" ha rimodulato misure pregresse e già finanziate e riformulato i requisiti dando priorità alle condizioni di ulteriore precarietà e impoverimento causate dall'emergenza sanitaria ed economica²³. Al termine dell'esperienza del Pacchetto Famiglia, nel mese di agosto 2020 la Regione ha istituito la misura regionale "*Fondo Famiglia – Emergenza Covid 19*" (DGR XI 3480) destinata alla erogazione di **contributi in denaro a favore di nuclei familiari in situazioni di particolare criticità, per agevolare il superamento di**

²³ Elisabetta Dodi (2020), *Le prime misure a supporto di minori e famiglie*, Lombardia Sociale, [Link](#)

momenti di difficoltà con la concessione di contributi e/o voucher accedere ai servizi socioeducativi per l'infanzia e l'adolescenza, per sostenere azioni di rafforzamento delle competenze genitoriali a sostegno della natalità²⁴.

Un approfondimento specifico merita l'Asse II del POR FSE, in quanto si propone di **contrastare la povertà e l'esclusione sociale delle persone particolarmente vulnerabili, anche attraverso il sostegno all'occupazione**. E' volta a favorire il superamento delle situazioni di marginalità estrema ponendo attenzione agli **interventi innovativi di inclusione attiva** che possono contribuire all'inserimento sociale e lavorativo delle persone in gravi situazioni di svantaggio e a rischio di povertà. **I destinatari principali degli interventi sono dunque persone con disabilità e altri soggetti svantaggiati a rischio di marginalità ed esclusione sociale**, quali persone sottoposte a provvedimento dell'Autorità giudiziaria, persone con problemi di abuso di sostanze, difficoltà relazionali e in situazioni di disagio abitativo e sociale

In tema specificamente di **inclusione socio-lavorativa** a livello regionale gli interventi e le principali politiche a supporto delle fasce deboli sono molto concentrate sull'area della disabilità grazie all'utilizzo del sistema dotale e all'attuazione di azioni di sistema per il miglioramento del "sistema lavoro" nell'area disabilità, mentre, in misura minore, fanno riferimento ad altri target rientranti nell'area dello svantaggio.

Tra le misure di politica attiva regionali per l'inclusione socio-lavorativa delle fasce svantaggiate e delle persone con disabilità si conferma la rilevanza del sistema dotale (dote unica lavoro –DUL) finanziato dall'**Asse I – Occupazione del Fondo Sociale e dal Fondo Regionale Disabili**²⁵, in quanto **misura universalistica** che, grazie alla previsione di un'offerta integrata e personalizzata di servizi per l'inserimento lavorativo o il mantenimento del posto di lavoro, risponde anche alle esigenze di collocazione delle persone portatrici di disabilità e delle fasce svantaggiate nelle diverse fasi della propria vita professionale. Dalle analisi condotte da Regione Lombardia²⁶ si osserva tuttavia che i destinatari sono tuttavia soprattutto uomini adulti tra 25 e 54 anni con un livello di istruzione medio. I migranti, coloro di origine straniera, le minoranze sono solo l'8,1% del totale dei destinatari e le persone con disabilità sono solo il 4,6 %.

Le misure quando rivolte ai soggetti svantaggiati o alle persone disabili **non presentano un'attenzione specifica al genere** (ad esempio le misure del POR FSE dell'Asse 2) **e, viceversa, quando dirette alle donne** come nella fase III della DUL-Asse 1 ²⁷ **non presentano un'attenzione specifica alle donne in condizioni di forte svantaggio**²⁸.

In Regione Piemonte

Anche gli interventi che la Regione Piemonte rivolge a sostegno delle categorie di vulnerabilità indagate dal Progetto WAW, donne in condizione di svantaggio socio lavorativo a seguito di situazioni familiari multiproblematiche, vittime di violenza domestica e di tratta, donne sole a capo di nuclei monoparentali, sono prevalentemente realizzati attraverso il Fondo Sociale Europeo. Attraverso il Programma Operativo Regionale (POR) FSE Piemonte 2014-2020 il Piemonte investe nel miglioramento delle opportunità di formazione e occupazione delle persone, con particolare riguardo per quelle in condizioni di maggiore vulnerabilità e a rischio di povertà.²⁹

Tra gli obiettivi prioritari del POR emergono quelli riferiti al miglioramento delle possibilità di occupazione e finalizzati al rafforzamento dell'inclusione socio lavorativa e alla lotta alla povertà che, pur essendo in linea di massima rivolti a categorie svantaggiate senza distinzione di genere, rappresentano il sostegno principale delle

²⁴ Cecilia Guidetti e Valentina Ghetti (2020), *Sostegni alle famiglie: non cambia la strategia regionale - Dal pacchetto famiglia al Fondo famiglia-emergenza Covid 19*, [Link](#)

²⁵ Il Fondo risulta in parte alimentato dalle somme versate dai datori di lavoro per il pagamento di esoneri parziali e sanzioni per ovviare agli obblighi di inserimento lavorativo stabiliti dalla legge 68/1999

²⁶ Si v. *Rapporto annuale di valutazione del POR FSE, Dgr 4075 del 21/12/2020*

²⁷ Nella DUL di Fase III (Deliberazione di Giunta N° XI / 959 del 11/12/2018) è stato introdotto un criterio di vantaggio per il genere femminile nel sistema di profilazione che regola l'accesso alle fasce di media e alta intensità di aiuto, collocando alcune categorie di donne in una fascia di intensità di aiuto più alta rispetto agli uomini appartenenti alle stesse categorie, nell'ambito di un approccio di Regione Lombardia complessivamente orientato al mainstreaming di genere nelle misure di politica attiva attuate attraverso Dote Unica Lavoro.

²⁸ A partire dalla fase III della DUL non è infatti più prevista la fascia 3 plus per i soggetti svantaggiati

²⁹ <https://www.regione.piemonte.it/web/temi/fondi-progetti-europei/fondo-sociale-europeo-fse/gestione-attuazione-por-fse>

politiche regionali finalizzate all'integrazione socio lavorativa delle donne. L'azione 8.i in particolare promuove l'accesso all'occupazione per le persone in cerca di lavoro e inattive, compresi i disoccupati di lunga durata e le persone che si trovano ai margini del mercato del lavoro. Le azioni dell'asse 9 promuovono l'inclusione attiva, le pari opportunità e la partecipazione attiva e in particolare l' "incremento dell'occupabilità e della partecipazione al mercato del lavoro delle persone maggiormente vulnerabili". Sullo stesso asse sono promossi "interventi di presa in carico multiprofessionale finalizzati all'inclusione lavorativa di persone maggiormente vulnerabili e a rischio di discriminazione e in generale delle persone che per diversi motivi sono prese in carico dai servizi sociali".

Alcune azioni sono indirizzate in maniera specifica alle donne, come quelle riferite all'azione 8.2, finalizzata ad **aumentare l'occupazione femminile** attraverso voucher e altri interventi per la conciliazione familiare. Sull'asse 9, una particolare attenzione è posta dal POR sul tema della tratta e della violenza domestica attraverso "progetti integrati di inclusione attiva rivolti alle vittime di violenza, di tratta e grave sfruttamento, ai minori non accompagnati prossimi alla maggiore età, ai beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria e umanitaria e alle persone a rischio di discriminazione".

Tra i dispositivi attuati dalla Regione per l'inserimento e il reinserimento socio lavorativo dei soggetti svantaggiati ha un ruolo particolarmente importante la misura denominata "Buono servizi lavoro per persone in condizione di particolare svantaggio"³⁰. Tali misure di politica attiva "concorrono alla composizione dell'offerta coordinata di servizi per la 'presa in carico integrata' delle persone in condizioni di maggiore vulnerabilità che potranno, quindi, essere fruitori di altre misure a valere sulla programmazione regionale e nazionale comprese le misure di contrasto alla povertà, previste a livello locale e nazionale fra cui il "Sostegno per l'Inclusione Attiva" (SIA) e il Reddito di Inclusione (REI)".

Uno degli elementi caratterizzanti il Buono servizi è rappresentato dal **lavoro di rete a livello territoriale**: non si tratta dunque di un dispositivo che promuove semplicemente l'accesso al lavoro delle persone svantaggiate, magari attraverso l'attivazione di tirocini, ma, nella sua formulazione, viene espressa la richiesta di una presa in carico globale e in rete fra i vari soggetti, che - ciascuno per le proprie competenze- contribuiscono alla realizzazione di un progetto individualizzato.

Le principali politiche Federali e Cantonali a sostegno delle donne vulnerabili

Le politiche disposte dal Canton Ticino nei confronti delle persone "vulnerabili" e a rischio di esclusione sociale, in quanto dipendenti dall'aiuto sociale, si ispirano al principio di privilegiare l'accompagnamento verso l'autonomia sociale e l'indipendenza professionale dei beneficiari, evitando la cronicizzazione della condizione di fragilità. In questo contesto si collocano gli interventi a favore del gruppo target del progetto, nell'ambito della progettualità che viene promossa da Enti e associazioni del privato sociale.

Il tema del sostegno e dell'inserimento delle donne vulnerabili non è declinato in modo specifico nelle politiche federali e cantonali, ma si tratta piuttosto di una problematica trasversale a diversi ambiti, che va inquadrata nel contesto dell'approccio assicurativo che caratterizza le politiche sociali che si articolano attraverso **interventi mirati a specifiche problematiche** (perdita del lavoro, povertà, problematiche di salute che riducono la capacità lavorativa), **interventi indirizzati a limitare la necessità di sostegno generata dalla fragilità**, che prevedono sempre l'integrazione la dimensione "passiva" del sostegno e misure attive di recupero dell'autonomia; **l'attivazione individuale** che prevede la richiesta al soggetto beneficiario **di controprestazioni** per l'implementazione delle misure.

Sono presenti linee di intervento sia a livello federale che cantonale.

A **livello federale** la base legale quadro su cui si fondano le misure attive rivolte a promuovere la piena partecipazione delle donne alla vita sociale e professionale è la legge sulla parità dei sessi (LPar). Le disposizioni della LPar sono finalizzate ad agevolare la tutela dei diritti in un territorio nel quale la condizione

³⁰ <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2020/49/siste/00000027.htm>

della donna è decisamente penalizzata. La strategia federale è focalizzata su quattro campi d'azione: promuovere la parità professionale, continuare a promuovere la conciliabilità tra famiglia e lavoro, rafforzare la prevenzione della violenza di genere e rafforzare la lotta alla discriminazione.

La base legale strategica per le **politiche cantonali** di sostegno e inserimento è rappresentata dalla legge di Armonizzazione e coordinamento delle prestazioni sociali (LAPS)³¹ che prevede l'erogazione di un insieme di prestazioni di competenza cantonale, armonizzate e/o coordinate.

Come a livello federale, anche a quello cantonale, il tema dell'equità di genere non è trattato in modo diretto e specifico, ma entra trasversalmente in diversi ambiti politici. Fondamentale appare dunque l'ambito della politica sociale e della famiglia, in cui trovano regolamentazione e implementazione le diverse misure esistenti.

Il sostegno e l'inserimento sociale sono perseguiti dall'ufficio *Sezione del sostegno sociale*³² che all'interno della *Divisione cantonale dell'Azione sociale e delle famiglie*, accompagna la persona che necessita di sostegno verso l'autonomia sociale e l'indipendenza professionale, supportandola attraverso prestazioni di tipo economico e tramite lo sviluppo di un progetto individualizzato basato su misure di inserimento o integrazione che miri all'autonomia sociale e all'indipendenza professionale della persona.

All'interno della Sezione, l'*Ufficio del sostegno sociale e dell'inserimento (USSI)*³³ sostiene quanti siano caduti o stiano per cadere in situazione di bisogno attraverso prestazioni confacenti alle necessità della persona, tra cui le donne in condizione di vulnerabilità. L'Ufficio, oltre che fornire un sostegno economico, accompagna le persone nel raggiungimento di obiettivi di autonomia sociale e finanziaria, perseguiti attraverso due percorsi d'inserimento: professionale e sociale. La persona che ottiene il sostegno sociale deve collaborare attivamente per poter usufruire del diritto alla prestazione o di un percorso di inserimento sociale, di formazione o di inserimento professionale.

L'*Ufficio del sostegno a enti e attività per le famiglie e i giovani (UFaG)*³⁴ si occupa del coordinamento, del finanziamento e della vigilanza nell'ambito delle politiche per le famiglie, i giovani e i minorenni. In particolare si occupa di protezione (centri educativi per minorenni, servizi d'accompagnamento educativo, case per famiglie in difficoltà), di conciliazione lavoro e famiglia (nidi dell'infanzia, associazione famiglie diurne, centri extrascolastici), di sostegno alla genitorialità (centri di socializzazione, progetti di formazione ai genitori), di prevenzione del disagio e della violenza che coinvolge i giovani, di animazione socio-culturale.

Le **attività di inserimento** sono l'altro pilastro del sistema dell'aiuto sociale. Esse mirano a migliorare la condizione di vita sociale e lavorativa, nel rispetto dell'individualità del soggetto, attivando un percorso verso l'autonomia sociale e l'indipendenza professionale. Il percorso di formazione che prevede orientamento, formazione e pratica professionale è rivolto soprattutto a persone senza formazione o con un diploma non spendibile sul mercato del lavoro, mentre il percorso di inserimento professionale è rivolto alle persone pronte a inserirsi sul mercato del lavoro, che vengono seguite da un consulente dell'Ufficio regionale di collocamento con il quale viene definita la partecipazione alle relative misure attive.

Per quanto concerne i dispositivi di reinserimento socioprofessionale introdotti dalla Sezione del sostegno sociale, essi non fanno riferimento specificamente al target femminile, ma danno vita a pratiche che affrontano anche la situazione delle donne vulnerabili.

³¹ <https://www4.ti.ch/dss/ias/prestazioni-e-contributi/scheda/p/s/dettaglio/armonizzazione-e-coordinamento-prestazioni-sociali/armonizzazione-e-coordinamento-prestazioni-sociali-laps/>

³² <https://www4.ti.ch/dss/dasf/sdss/chi-siamo/presentazione/>

³³ <https://www4.ti.ch/dss/dasf/sdss/ussi/ufficio/>

³⁴ <https://www4.ti.ch/dss/dasf/ufag/ufficio/>

2 Le politiche regionali a supporto delle persone giovani con problemi connessi alla salute mentale

Politiche nella Regione Lombardia e Piemonte

Le risposte alle problematiche della salute mentale vengono prese in carico congiuntamente dalle Amministrazioni Comunali e dai servizi di Psichiatria sulla base di specifiche politiche sanitarie regionali a loro volta derivanti dal Piano di indirizzo strategico-programmatico ed organizzativo nazionale del “Piano di azioni nazionale per la salute mentale 2013-2020”³⁵.

Le due tavole tratte dal *Sistema informativo salute mentale*³⁶ che seguono rendono evidente, insieme ad altri indicatori, quanto sia differente l’approccio tra le politiche promosse in regione Piemonte e quelle promosse in Regione Lombardia:

- In Piemonte sono presenti il doppio posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti rispetto alla Lombardia;
- ... ma in Lombardia c’è più personale nei dipartimenti di salute mentale per mille abitanti rispetto al Piemonte;
- Il costo pro capite per assistenza psichiatrica territoriale ed ospedaliera è molto maggiore in Lombardia;
- La Lombardia ha una prevalenza di utenti trattati più bassa e la metà dei nuovi utenti nell’anno;
- Infine il dato più sorprendente: gli accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitati in Lombardia è enormemente più elevato rispetto al Piemonte: 536,5 contro il 92,0.
- Molto diversi sono anche i tassi di utilizzo dei farmaci.

REGIONE PIEMONTE

Indicatori	Piemonte	Italia
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	2,0	2,7
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	10,0	5,2
Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti	4,5	2,9
Posti in Strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti	9,5	10,7
Personale del dipartimento di salute mentale per 1.000 abitanti	48,3	56,6
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica	66,5	78,0
Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)	23,3	21,6
Degenza media (DM) da reparti di psichiatria	12,5	12,9
% riammissioni entro 30 giorni	15,5	13,9
TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti	1,3	1,5
Accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti	16,8	11,4
% riammissioni entro 7 giorni	8,8	7,0
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	43,4	30,8
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti – tasso standardizzato	200,8	169,4
Nuovi utenti nell’anno per 10.000 abitanti – tasso standardizzato	90,3	66,3
Utenti presenti in strutture semi- residenziali per 10.000 abitanti	6,0	5,5
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 ab	4,5	6,5
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata	146,7	120,9
Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti - Convenzionata	7,5	17,1
Numero trattati con litio per 1.000 abitanti - Convenzionata	2,0	1,8
Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	92,0	325,9
Prestazioni per utente in CSM	12,1	15,3

REGIONE LOMBARDIA

Indicatori	Lombardia	Italia
Strutture psichiatriche territoriali per 100.000 abitanti	1,8	2,7
Posti in strutture psichiatriche residenziali per 10.000 abitanti	5,0	5,2
Posti in strutture psichiatriche semiresidenziali per 10.000 abitanti	3,1	2,9
Posti in Strutture ospedaliere psichiatriche attive pubbliche e private per 100.000 abitanti	10,2	10,7
Personale del dipartimento di salute mentale per 1.000 abitanti	60,9	56,6
Costo pro-capite (territoriale ed ospedaliera) per assistenza psichiatrica	88,4	78,0
Dimessi da reparti di psichiatria per 10.000 abitanti (regime ordinario)	23,5	21,6
Degenza media (DM) da reparti di psichiatria	13,1	12,9
% riammissioni entro 30 giorni	15,8	13,9
TSO-Trattamento Sanitario Obbligatorio per 10.000 abitanti	1,1	1,5
Accessi in pronto soccorso per 1.000 abitanti	15,6	11,4
% riammissioni entro 7 giorni	8,7	7,0
Dimessi da tutti i reparti per 10.000 abitanti	32,7	30,8
Prevalenza degli utenti trattati per 10.000 abitanti – tasso standardizzato	173,9	169,4
Nuovi utenti nell’anno per 10.000 abitanti – tasso standardizzato	42,4	66,3
Utenti presenti in strutture semi- residenziali per 10.000 abitanti	7,5	5,5
Utenti presenti in strutture residenziali per 10.000 ab	7,5	6,5
Numero trattati con antidepressivi per 1.000 abitanti - Convenzionata	111,4	120,9
Numero trattati con antipsicotici per 1.000 abitanti - Convenzionata	29,6	17,1
Numero trattati con litio per 1.000 abitanti - Convenzionata	1,9	1,8
Accessi erogati in strutture semiresidenziali per 10.000 abitanti	536,5	325,9
Prestazioni per utente in CSM	13,6	15,3

³⁵ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2448_allegato.pdf

³⁶ Ministero della salute, *Il Sistema informativo salute mentale 2017*

http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2841

Si tratta di dati di difficile interpretazione perché strettamente connessi a scelte politiche multilivello: possono essere sintetizzati in un uso molto più esteso in Lombardia della residenzialità sia pubblica che privata, sia in termini di utenti ammessi che di giornate di degenza. Sono a questo proposito particolarmente interessanti i dati relativi alle giornate di degenza specificamente riferite ai **disturbi della personalità e del comportamento per le fasce di età più giovani**, che evidenziano enormi differenze tra le due regioni sebbene la regione Lombardia abbia una popolazione di sole die volte e mezzo la popolazione della regione Piemonte.

Tabella 1 - Giornate di degenza erogate in strutture residenziali psichiatriche per sesso, fasce d'età e gruppo diagnostico

Gruppo Diagnostico	MASCHI			FEMMINE			TOTALE
	Fasce d'età			Fasce d'età			
	18-24	25-34	35-44	18-24	25-34	35-44	
Disturbi della personalità e del comportamento - PIEMONTE	1.238	2.076	2.385	1.245	4.757	5.618	39.577
Disturbi della personalità e del comportamento - LOMBARDIA	21.211	21.038	45.035	18.160	31.664	60.060	445.210

Fonte: NSIS - Sistema informativo salute mentale (SISM) - anno 2017

Le comunità psichiatriche ³⁷

Il Piano Nazionale di Azioni per la Salute Mentale ha differenziato l'offerta di residenzialità per livelli di intensità riabilitativa e assistenziale al fine di migliorare i trattamenti e ridurre le disomogeneità. Le strutture residenziali psichiatriche fanno parte dei Dipartimenti Salute Mentale (DSM) dei territori. Il Centro di Salute Mentale (CSM) prende in carico il paziente, elabora un Piano di trattamento individuale (PTI) e nel caso prevede l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo. In base all'intensità riabilitativa dei programmi attuati e al livello di intensità assistenziale presente, si individuano tre tipologie di struttura residenziale:

- **Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo (SRP1):** sono rivolte a persone con problemi trattabili nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali; oppure con livelli di autonomia scarsi, ma con disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione, e/o con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

Queste comunità si dividono in CRA e CRM:

- Nelle comunità CRA (Comunità Riabilitativa Alta Assistenza) la permanenza massima è di 18 mesi e l'età massima è 50 anni
- Nelle comunità CRM (Comunità Riabilitativa Media assistenza) la permanenza massima è di 24 mesi.

Le strutture coinvolte del progetto WAW per ragazze con disturbi della personalità Borderline appartengono a questa seconda categoria: CRM (Comunità Riabilitativa Media assistenza).

Per completezza si indicano anche le ulteriori due tipologie di strutture che tuttavia non rientrano nelle tipologie di quelle che accolgono le giovani donne del progetto WAW:

- **Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRP2):** sono strutture che accolgono pazienti con compromissioni del funzionamento

³⁷ https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2460_allegato.pdf

personale e sociale gravi o di gravità moderata ma persistenti e invalidanti, che necessitano di trattamenti terapeutico riabilitativi e di assistenza tutelare, rivolte a persone con importanti difficoltà nel recuperare una minima autonomia nelle aree della cura di sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali.

- **Struttura residenziale psichiatrica per interventi socioriabilitativi, con differenti livelli di intensità assistenziale (SRP3).** Queste strutture accolgono pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, per i quali risultano efficaci interventi da attuare in programmi a bassa intensità riabilitativa.

Il database di Regione Lombardia (dove sono collocate le due comunità del progetto WAW) individua per la tipologia **(SRP1- CRM) Comunità Riabilitativa Media assistenza**, a cui appartengono le strutture ALDA MERINI E FRIEDA KHALO un totale di 329 posti; di queste

- 3 sono collocate nel territorio della ATS DELLA BRIANZA con 56 posti (2 delle quali finanziate dal fondo sanitario):
- 6 sono collocate nel territorio della ATS Città METROPOLITANA di Milano con 73 posti (tutte finanziate dal fondo sanitario):
- 5 sono collocate nel territorio della ATS DELL'INSUBRIA con 79 posti (tutte finanziate dal fondo sanitario):

La presa in carico integrata delle persone fragili da un punto di vista sia sociale che sanitario è fondamentale per prevenire o contenere la riacutizzazione delle problematiche caratterizzate da cronicità e necessità di ricorso frequente all'ospedale. **L'area della salute mentale è caratterizzata da anni da integrazione a livello territoriale**, sia attraverso percorsi di accesso al lavoro e ad esperienze occupazionali, **promossi congiuntamente dal Dipartimento di salute mentale e dal servizio Lavoro dei Comuni**, sia con lo sviluppo della residenzialità leggera. I temi **dell'inclusione abitativa e lavorativa** al termine dei percorsi di trattamento e cura sono i punti fondamentali del percorso verso l'autonomia, che vengono spesso accompagnati dalla erogazione da parte dei comuni di contributi economici e dalla integrazione delle rette per le strutture assistenziali.

La fragilità crescente tra i giovani è una realtà che emerge nel lavoro quotidiano delle equipe. E' utile riprendere quanto emerge nel Piano di Zona del Lecchese perché può rappresentare un ulteriore stimolo al lavoro successivo coi social worker. Si tratta spesso di "disagio personale non ancora conclamabile e patologico ma che spesso accompagna quei giovani 'in panchina' che vivono una situazione di ritiro sociale e che non investono più sulle proprie possibilità. La partecipazione del Distretto e dei servizi territoriali all'equipe integrata per la salute mentale dei giovani nella fascia di età 15/24 anni del DSMD può favorire **opportunità di incontro, di accesso a bassa soglia, di prevenzione, attraverso il coinvolgimento dei servizi per i giovani e delle progettazioni previste dalle politiche giovanili realizzate nel territorio distrettuale**"³⁸.

Accanto alle prestazioni offerte dai Comuni e da quelle erogate in forma integrata con i Dipartimenti salute mentale, è importante anche ricordare le attività e le iniziative promosse da altri soggetti del territorio, tra i quali soggetti del terzo, del volontariato e dalla comunità locale.

Le politiche rivolte ai giovani con problemi legati alla salute mentale nel Canon Ticino

Accanto alle politiche sociali rivolte al pubblico target hanno una rilevanza determinante, **nei casi di disagio che produce conseguenze forti in termini di inabilità al lavoro, le prestazioni disposte**

³⁸ Piano di Zona Unitario degli Ambiti di Bellano, Lecco e Merate 2018/2020

dall'Assicurazione Invalidità (AI)³⁹. È questo il caso delle donne in condizioni di fragilità psichica o borderline in carico al partner progettuale Clinica Santa Croce.

Sulla base della revisione integrale della legge federale di riferimento, attuata nei primi anni 2000, l'assicurazione agisce per prevenire, ridurre o eliminare l'invalidità, compensare le conseguenze economiche di lunga durata dell'invalidità mediante la copertura del fabbisogno vitale, aiutare gli assicurati interessati a condurre una vita autonoma e responsabile. Ha inoltre l'obiettivo di garantire la reintegrazione professionale delle persone vulnerabili, contrastando l'aumento dei casi di invalidità legati a sindromi psichiche e traumi psico-fisici. Alla concessione di un sussidio è richiesta al beneficiario una contro-prestazione che consiste nell'aderire alle attività finalizzate alla reintegrazione socioprofessionale.

Un ruolo fondamentale – come si vedrà anche nel caso dell'esperienza della Clinica Santa Croce - hanno pertanto i **provvedimenti di reinserimento**. Tali misure fungono da passerella tra l'integrazione sociale e il reinserimento professionale. Diverse sono le misure nel campo della formazione. L'orientamento professionale ha lo scopo di definire il profilo dell'assicurato, di valutare le sue capacità, i suoi interessi e le sue attitudini affinché possa esercitare un'attività professionale compatibile con il danno alla salute. Questa fase può prevedere stage di orientamento pratici presso aziende o istituzioni. L'AI propone anche interventi a sostegno del collocamento.

3 Politiche ed interventi a supporto delle donne vittime di violenza e il loro percorso verso l'autonomia

Tra le categorie di donne vulnerabili a rischio di esclusione socio lavorativa, il progetto WAW individua in maniera specifica coloro che sono o sono state vittime di violenza domestica o che si trovano esposte alla minaccia di ogni forma di violenza.

Con l'espressione violenza di genere si indicano tutte quelle forme di violenza, da quella psicologica e fisica a quella sessuale, dagli atti persecutori del cosiddetto stalking allo stupro, fino al femminicidio, che riguardano un vasto numero di persone discriminate in base al sesso. La normativa vigente sul territorio italiano rientra interamente nel quadro delineato dalla Convenzione di Istanbul,⁴⁰ ovvero il primo strumento internazionale giuridicamente vincolante per gli stati firmatari sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica. L'elemento principale di novità è il riconoscimento della violenza sulle donne come forma di violazione dei diritti umani e di discriminazione. Il quadro normativo italiano per il contrasto alla violenza di genere è definito dalla Legge 15 ottobre 2013, n. 119, che persegue tre obiettivi principali: prevenire i reati, punire i colpevoli, proteggere le vittime. Risultano infatti rafforzati la tutela giudiziaria e il **sostegno alle vittime**, una serie di aggravanti e la possibilità di permessi di soggiorno per motivi umanitari per le vittime straniere di violenza.

Nel 2016 il Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri ha approvato il "Piano straordinario contro la violenza sessuale e di genere"⁴¹, e promosso in collaborazione con le Regioni e le reti locali dei Centri antiviolenza la realizzazione sull'intero territorio nazionale, dei Piani attuativi. Il Piano nazionale prevede una suddivisione dei fondi regionali, indirizzati a quattro specifiche linee d'azione incentrate su formazione del personale sanitario e sociosanitario, **inserimento lavorativo, autonomia abitativa** e implementazione dei sistemi informativi gestionali dei dati sul fenomeno della violenza. La logica sottesa al Piano Straordinario prevede dunque che gli interventi realizzati nel percorso di sostegno alle donne vittime di violenza siano finalizzati - subito dopo il recupero fisico e psichico - **alla costruzione o ricostruzione di un progetto di vita autonomo, che comprenda adeguate opportunità di lavoro, conciliazione e**

³⁹ <https://www.ahv-iv.ch/it/Assicurazioni-sociali/Assicurazione-per-linvalidit%C3%A0-AI>

⁴⁰ <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-Consiglio-Europa.pdf>

⁴¹

<https://www.miur.gov.it/documents/20182/49973/Piano+d%E2%80%99azione+straordinario+contro+la+violenza+sessuale+e+di+genere.pdf/ba905888-4c67-4c5d-80d9-3d92d8ff60f1?version=1.0&t=1476197758351>

aiuto per le funzioni di cura familiari, opportunità di sistemazione abitativa progressivamente autonoma.

Il Piano straordinario prevede interventi volti a migliorare la capacità di ricerca attiva del lavoro, con progetti integrati e personalizzati che, facendo leva su specifiche misure di accompagnamento e sostegno per il rafforzamento delle competenze, favorissero il recupero della fiducia nelle capacità personali e lo sviluppo di abilità socio-lavorative.

Anche più recentemente, attraverso il DPCM del novembre 2020⁴², il Dipartimento delle Pari Opportunità ha provveduto alla distribuzione alle Regioni di nuove risorse per l'anno 2020.

Politiche attuate in Regione Lombardia

Nel Febbraio 2020 il Consiglio Regionale ha approvato il nuovo Piano Quadriennale Regionale per le Politiche di Parità e di Prevenzione e Contrasto alla Violenza contro le Donne 2020-2023⁴³ che prevede un sistema di azioni integrate e sinergiche volte a prevenire e a contrastare il fenomeno della violenza contro le donne in tutte le sue forme, rendendo di fatto strutturale il sistema di prevenzione e contrasto alla violenza, attraverso l'individuazione di azioni volte a:

- consolidare le reti territoriali antiviolenza esistenti su tutto il territorio lombardo;
- rafforzare e qualificare le strutture e i servizi specializzati per l'accoglienza e la protezione delle donne vittime di violenza;
- sostenere e garantire adeguate politiche di prevenzione della violenza contro le donne.

Il Piano amplia la sfera di intervento a tematiche e target sino ad oggi poco trattati tra i quali le **donne vittime di violenza appartenenti a categorie svantaggiate o con particolari fragilità**, e i **minori vittime di violenza e/o testimoni di violenza intra-familiare**.

Gli interventi di inserimento lavorativo a favore di donne che seguono un percorso di fuoriuscita dalla violenza di genere sono attivati per i quattro territori presi in considerazione nell'ambito delle reti territoriali antiviolenza, attraverso finanziamenti regionali erogati alle reti nel quadro degli interventi previsti dal Piano Strategico nazionale antiviolenza 2017-2020 e dal Piano regionale.

Gli interventi di supporto all'autonomia lavorativa ad oggi realizzati in Regione Lombardia⁴⁴, hanno avuto **un forte carattere sperimentale** in quanto rappresentano una novità nella pianificazione delle politiche regionali che fino al 2017 non si erano mai occupate di aspetti legate al supporto di lungo periodo delle donne vittime di violenza se non attraverso piccoli progetti finanziati ai centri antiviolenza e ad associazioni femminili⁴⁵.

Una esperienza interessante rivolta alle donne vittime di violenza nel quadro delle **reti territoriali antiviolenza**. è l'intervento realizzato nell'Ambito di Monza (Progetto "Trame inclusive") In questo contesto su tutti e 4 i territori le reti hanno attivato **specifici progetti a supporto dell'inserimento lavorativo delle donne vittime di violenza che hanno intrapreso un percorso di fuoriuscita**, grazie alla presa in carico dei centri antiviolenza del territorio e lo stanziamento apposito di risorse regionali nel quadro del Piano Strategico nazionale antiviolenza 2017-2020 e del Piano regionale.

L'analisi condotta ha evidenziato che nei territori locali esaminati (Lecco, Merate, Monza e Castellanza) sono stati realizzati interventi specifici di sostegno all'inclusione delle persone con forte vulnerabilità, con attenzione soprattutto alle persone portatrici di disabilità e alle fasce deboli, mentre **non si registrano interventi di inclusione lavorativa specifici per donne in condizione di vulnerabilità, ad**

⁴² <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/08/21A00010/sg>

⁴³ delibera n. XI/999 del 25 febbraio 2020

⁴⁴ Fonte: d.g.r. 3029 del 06/04/2020 *Seconda relazione al consiglio regionale in risposta all'art. 11 – clausola valutativa - della l.r. n. 11/2012: attuazione e risultati della l.r. n. 11/2012 "Interventi di prevenzione, contrasto e sostegno a favore delle donne vittime di violenza" – (atto da trasmettere al consiglio regionale)*

⁴⁵ Si tratta di micro-progetti finanziati nel corso degli anni con il "Bando Progettare la parità" per importi regionali erogati fino a un max 15000.

eccezione delle politiche a supporto dell'inserimento lavorativo rivolte alle donne vittime di violenza, di cui si è parlato in precedenza.

Politiche attuate in Regione Piemonte

Per contrastare in modo ancora più efficace i fenomeni di violenza, il Consiglio regionale del Piemonte ha promulgato la legge regionale 24 febbraio 2016, n. 4. *“Interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli”*.⁴⁶ Il dispositivo attribuisce alla Regione la competenza di promuovere e realizzare - in collaborazione con gli enti locali e con gli enti e i soggetti del privato sociale - *“specifiche iniziative per il monitoraggio, la prevenzione, il contrasto e l'assistenza alle persone offese dalla violenza”*.

Il Piano straordinario 2016 del Dipartimento Pari Opportunità della Presidenza del Consiglio per il triennio considerato ha assegnato alla Regione Piemonte fondi per circa 900.000 euro, poi suddivisi tra gli Enti gestori delle attività socioassistenziali.

Ulteriori fondi sono stati assegnati alla Regione attraverso il Piano strategico nazionale sulla violenza maschile contro le donne 2017/2020⁴⁷. Obiettivo del Piano, in conformità alla legge nazionale del 2016, sono gli interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere e per il sostegno alle donne vittime di violenza ed ai loro figli, articolati su *“interventi per il sostegno abitativo, il reinserimento lavorativo e più in generale per l'accompagnamento nei percorsi di fuoriuscita dalla violenza”* e progetti *“rivolti anche a donne minorenni vittime di violenza e a minori vittime di violenza assistita”*. Anche in questo caso i fondi sono stati proporzionalmente ripartiti tra le regioni italiane. Nel caso del Piemonte i fondi, attraverso un Bando pubblico, sono stati assegnati agli enti locali ed alle organizzazioni titolari dei Centri Antiviolenza, iscritte all'apposito albo regionale. Anche più recentemente, attraverso il DPCM del novembre 2020⁴⁸, il Dipartimento delle Pari Opportunità ha provveduto alla distribuzione alle regioni di quanto stanziato per l'anno 2020. Con i finanziamenti ricevuti il Piemonte ha sostenuto una serie di proposte presentate da Enti pubblici e privati, assegnando fondi per oltre 500.000 euro.⁴⁹

Oltre ai progetti regionali che favoriscono azioni specifiche finalizzate ai percorsi di autonomia e di inserimento sociale, interventi sulla violenza assistita, di accompagnamento e prevenzione rivolti agli autori di violenza, accoglienza in emergenza e potenziamento dei Centri antiviolenza, **non risultano esserci in Regione Piemonte specifici dispositivi finalizzati all'inserimento lavorativo di donne in condizioni di vulnerabilità**. Gli interventi rivolti alle vittime di violenza domestica rientrano nelle misure nazionali e regionali generaliste, rivolte ai cosiddetti 'soggetti deboli del mercato del lavoro'. Questa **mancanza di linee di finanziamento specificamente progettate per questo particolare target** provoca serie ricadute sulla sostenibilità per periodi medio-lunghi delle azioni messe in campo. Nella maggior parte dei casi infatti, a fronte di bisogni che richiederebbero interventi di lungo respiro, le azioni finanziate dai singoli dispositivi forniscono risorse limitate nel tempo. Si tratta di progetti spesso slegati tra loro, mentre, nel caso delle donne vittime di violenza, ma in genere per tutte le tipologie di utenza debole, sarebbero indispensabili percorsi graduali di avvicinamento all'autonomia sia in campo sociale che economico.

Politiche attuate in Canton Ticino

Un secondo campo fondamentale delle politiche cantonali che toccano le tematiche della vulnerabilità femminile è oggi quello delle *politiche di aiuto alle famiglie e di sostegno alle vittime di reati*, con particolare riferimento a quelli che si consumano nei nuclei famigliari. In Ticino, fino a qualche anno fa, la tematica della violenza sulle donne, dentro e fuori casa, e le pratiche volte a prevenirla ed affrontarla soffrivano di una

⁴⁶ <http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2016/08/attach/l201604.pdf>

⁴⁷ <https://viva.cnr.it/wp-content/uploads/2019/08/piano-strategico-nazionale-sulla-violenza-maschile-contro-donne-2017-2020.pdf>

⁴⁸ <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/01/08/21A00010/sg>

⁴⁹ http://www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2021/07/attach/dda1410000206_10100.pdf

ambiguità culturale di partenza, poiché non vi era un riconoscimento ed una denominazione di questa forma specifica di reato.

Un sostegno specifico rivolto a donne vittime di violenza di genere è costituito dalle norme concernenti **P'aiuto alle vittime di reati**, la cui base legale è fornita dalla *Legge federale di aiuto alle vittime di reati (LAV)*⁵⁰ del 23 marzo 2007, che ha lo scopo di fornire un aiuto efficace alle vittime di reati e di rafforzarne i diritti. La Legge prevede tre misure: Consulenza, Protezione della vittima e la difesa dei suoi diritti nella procedura penale e prestazioni finanziarie. Le attività di supporto sono esercitate dal *Servizio per l'aiuto alle vittime di reati* (Servizio LAV), una struttura cantonale finalizzata all'aiuto alle vittime di reati. Le prestazioni del Servizio LAV sono gratuite e alla vittima è garantita una consulenza confidenziale e anonima.

⁵⁰ <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2008/232/it>

CAPITOLO 3 – I MODELLI DI INTERVENTO VOLTI A FAVORIRE IL REINSERIMENTO DEL TARGET

1 Caratteristiche e bisogni delle donne in carico e percorsi di intervento realizzati dai partner

Obiettivo del terzo capitolo è quello di messa a fuoco degli interventi di accompagnamento all'autonomia realizzati dalle organizzazioni partner del progetto sulla base degli specifici bisogni portati dalle donne in situazione di fragilità di cui si prendono cura.

Quello che viene di seguito proposto è un racconto attraverso la voce e i materiali prodotti dai protagonisti delle diverse realtà coinvolte, delle caratteristiche e bisogni della loro utenza e delle specificità dei propri percorsi di accompagnamento verso l'autonomia, evidenziandone i punti di forza e di criticità, con l'obiettivo di **raccogliere stimoli, tratti comuni e specificità di ciascun modello**, da leggere in una chiave trasversale, perché è attraverso l'ampiamiento dello sguardo al di fuori della propria realtà che **si possono trovare risposte e stimoli all'innovazione**.

1.1 Giovani donne con situazioni di vulnerabilità che necessitano di percorsi di accompagnamento alla autonomia sul territorio del Novarese

Il partner del progetto *Woman at Work* sul territorio del Novarese, la società cooperativa Filos, si occupa del reinserimento nel mercato del lavoro di persone con fragilità sociale. Tra di esse vi sono donne in condizione di svantaggio a seguito di situazioni familiari multiproblematiche, donne sole a capo di nuclei monoparentali che hanno necessità di aiuto per recuperare i propri spazi di vita autonoma, vittime di violenza domestica. Sullo stesso territorio, rivolgendosi a un target con problemi e bisogni simili, opera dal 2018 il Centro Anti Violenza (CAV) di Novara gestito per conto del Comune di Novara dall'associazione Liberazione e Speranza ONLUS, con cui Filos vanta una collaborazione più che decennale. Si è scelto, dunque, di presentare le attività del Centro che, pur non essendo realizzate direttamente da Filos, offrono supporto al target seguito dal partner e forniscono spunti di particolare interesse per le successive fasi inerenti al percorso formativo rivolto ai social worker e per la definizione di un percorso di reinserimento efficace.

Caratteristiche e bisogni

A partire dal 2013 i Servizi al Lavoro (SAL) della cooperativa Filos⁵¹ hanno individuato e preso in carico in diversi progetti 46 donne con le caratteristiche del target a cui il progetto WAW si rivolge: 13 di esse sono cittadine italiane e 36 straniere, di diversa nazionalità. Alcune di loro sono "vecchie conoscenze" in quanto hanno partecipato a più iniziative, altre sono state coinvolte solo nei progetti nei quali erano previste attività formative. In maggioranza hanno un'età compresa tra i 35 e i 50 anni e sono tutte accomunate dall'essere state inviate alla cooperativa dai Servizi sociali del Comune di Novara o di essere segnalate dagli stessi servizi all'interno di progetti in cui Filos era partner.

Le tipologie di donne vulnerabili che giungono al servizio possono essere distinte in **donne molto difficilmente occupabili** e **donne che, pur in una situazione di difficoltà, possono attivare risorse più facilmente spendibili nel mercato del lavoro**, se adeguatamente sostenute.

Il percorso di accompagnamento all'autonomia

Il percorso di accompagnamento all'autonomia di cui Filos si occupa, è evidentemente differenziato a seconda delle tipologie di problematiche di cui le donne sono portatrici, e nel caso delle donne vittime di violenza, prevedono una fase iniziale di uscita dal contesto familiare prima di un avvio ad un percorso verso l'autonomia.

⁵¹ Intervista a Miriam Martelli e Chiara Proto operatrici Filos, 12 maggio 2021

Gli operatori sanitari o della polizia che constatano una situazione di violenza o si trovano di fronte a dichiarazioni da parte della donna che fanno pensare che abbia subito violenza, fanno immediatamente una **segnalazione al numero di reperibilità**.

Le **donne segnalate dalle strutture sanitarie** e che hanno denunciato la violenza e i loro figli, vengono prese in carico dall'operatrice di turno e accompagnate in albergo, poiché in tempo di Covid devono trascorrere un periodo di quarantena e sottoporsi a tampone molecolare. Da questo momento, una volta che hanno guadagnato una relativa tranquillità perché sottratte dalla situazione di immediato pericolo, prendono parte alle attività previste dal percorso di intervento dello **Spazio Donna**. In caso di assenza di riferimenti di parenti o amici in grado di accoglierle, si procede all'inserimento in una struttura protetta, sia di tipo comunitario che in co-housing.

A questo punto prendono avvio le attività di accompagnamento previste dallo Spazio Donna: dopo il **primo colloquio**, durante il quale l'operatrice mette in atto una **modalità di ascolto empatico**, fa seguito una **fase di approfondimento**, se necessario con l'**intervento di specialiste** come la mediatrice o la psicologa e la presa di contatto con i consulenti legali e, se la donna è in carico ai servizi sociali, viene attivata la segnalazione all'assistente sociale. La **mediazione** si rende necessaria in caso di incomprensioni linguistiche o culturali.

In riferimento all'**aspetto lavorativo** vengono avviati percorsi finalizzati all'autonomia. Prende a questo punto avvio il **percorso promosso da Filos**, rivolto alle **donne vittime di situazioni traumatiche** causate da maltrattamenti e violenza **non provenienti da situazioni di forte disagio sociale** e in possesso di risorse più facilmente spendibili. Il supporto dell'orientatrice, il più delle volte, si limita a portare a conoscenza dell'utente le opportunità offerte dal mercato del lavoro attraverso una formazione di tipo orientativo, oppure di segnalare possibilità formative in ambiti professionali diversi da quelli normalmente presi in considerazione in queste situazioni come il lavoro domestico o di assistenza. Un'attenta analisi del grado di occupabilità e della tenuta personale permette inserimenti di successo anche in aziende meno "accoglienti" e in cui la performance del lavoratore rappresenta una discriminante fondamentale. Spesso, comunque, il possesso delle così dette "soft skills" risulta, agli occhi dei responsabili aziendali, un requisito determinante rispetto a conoscenze tecniche e competenze professionali più facilmente acquisibili.

Nel caso delle donne più vulnerabili il compito dell'orientatrice in una prima è quello di aiutare la donna a fare una riflessione su sé stessa e sulle sue limitazioni, sia riferite ai vincoli familiari che alle sue capacità, ma in particolare sul fatto che non esiste un lavoro che si adatti alle esigenze della persona, ma che, il più delle volte, è il contrario.

Una volta che la persona si dimostra in grado di definire un proprio obiettivo realistico può iniziare una riflessione comune con l'orientatrice alla ricerca delle risorse personali, magari fino a quel momento tenute sottotraccia, che le permettano di avvicinarsi con maggiore consapevolezza al percorso di autonomia economica. Dunque, l'orizzonte temporale nelle prese in carico va ben oltre il breve periodo: alcune delle utenti dei servizi al lavoro di Filos hanno alle spalle itinerari molto lunghi fatti di inserimenti in progetti diversi. Il fatto di rimanere dentro il sistema, aderire a varie iniziative anche in successione potrebbe essere considerato un output fallimentare, ma rappresenta un indicatore di emancipazione.

Punti di forza e criticità dei percorsi analizzati

Tra gli indicatori che consentono alle operatrici di considerare il percorso concluso vi è innanzitutto il **recupero della consapevolezza di sé e delle proprie possibilità** ed essere in grado di valutare in maniera autonoma i propri bisogni. In secondo luogo, l'aver un **progetto personale** che tenga conto dei vincoli del contesto e di quelli personali. È importante **sapersi muovere sul territorio** e, se in difficoltà, **sapere a chi e cosa chiedere**. Ancora più importante è **l'aver coscienza che alcuni dei propri problemi non possono essere risolti dall'operatore**, ma che sia necessario **convivere con essi** e debbano essere accettati per quelli che sono, nella consapevolezza di essere ora in possesso di strumenti per farvi fronte.

Una delle condizioni che possono determinare il successo dell'inserimento lavorativo di soggetti fragili è sicuramente riferito alle aziende presso cui si deve svolgere la prima esperienza. E' essenziale individuare **"aziende accoglienti"** e allo stesso tempo tenere un atteggiamento prudente da parte delle operatrici nel **valutare l'occupabilità della persona**, in particolare sui tempi dell'inserimento, permette di evitare situazioni di abbandono, poi difficili da recuperare.

Il fattore che in alcuni casi si è rivelato vincente e che dovrebbe essere messo a sistema è sicuramente riferito al **lavoro di rete e alla stretta collaborazione tra l'assistente sociale che ha in carico la donna, l'orientatore e l'operatore dei servizi al lavoro**. Dunque, i servizi al lavoro devono essere parte integrante della riflessione sulle persone, a partire da un'**equipe multiprofessionale che definisca di concerto un progetto individuale sostenibile** e rappresenti un momento istituzionale che permette di **ottimizzare le risorse sia professionali che economiche a disposizione**.

Viene ribadito, inoltre, che **l'orizzonte temporale degli interventi**, non può essere di breve respiro in quanto legato a progetti e finanziamenti che hanno orizzonti temporali limitati e non può seguire uno standard, ma **va calibrato sul progetto personale concordato con la donna**.

In riferimento al territorio di Novara, **la criticità più grande** in questo tipo di interventi, a giudizio delle operatrici del Centro Antiviolenza, ma anche dei SAL di Filos, è rappresentata dal fatto che **le donne arrivano ai servizi troppo tardi**, in quanto, il più delle volte, vivendo una situazione di estrema dipendenza, sia di tipo affettivo che economico dal partner maltrattante e in presenza di figli minori, non hanno la forza di reagire. È dunque **necessario che le donne di ogni categoria sociale, italiane e straniere, siano informate della presenza dei servizi forniti dal Centro** e del fatto che questi possano essere fruiti anche in modo preventivo. Ciò può avvenire sia **raggiungendo le donne dove queste sono presenti** (nel caso delle straniere, ad esempio, il CIPIA dove si svolgono i corsi di lingua italiana) ma anche lavorando sull'informazione e la formazione rivolta alle nuove generazioni, ad esempio all'interno delle scuole superiori.

Una riflessione importante, e che può essere utile da considerare nel percorso formativo rivolto alle future social worker, è la **difficoltà nell'individuare le vere ragioni che portano una donna a rivolgersi a sportelli che non si occupano direttamente di violenza, come ad esempio il segretariato sociale del Comune di residenza**. Spesso le donne si rivolgono al servizio per presentare in prima istanza richieste di tipo economico e/o abitativo; il problema della violenza domestica emerge dai colloqui successivi. Non appena il problema emerge, la donna deve essere indirizzata ai servizi specifici che la possano prendere in carico e tutelare.

Anche nel caso dei servizi al lavoro rivolti a donne in condizione di vulnerabilità, le **aspettative in ingresso** delle utenti spesso rappresentano una criticità, in quanto la mancata conoscenza del contesto e delle risorse effettivamente possedute spinge queste donne ad immaginare obiettivi irrealistici. **L'accompagnamento costante e la riflessione comune sulle tappe del percorso condotta dall'operatore e dalla utente, sono fondamentali per la buona riuscita del progetto individuale**.

La **frammentarietà** delle risorse messe a disposizione attraverso i dispositivi pubblici crea, tra le utenti che non sono in grado di comprendere la logica di questi meccanismi, **situazioni di frustrazione e sfiducia** che a loro volta gli operatori non hanno la possibilità di fronteggiare.

Infine la fase di inserimento delle persone vittime di violenza nei diversi progetti **richiede un'attenta valutazione delle potenzialità della donna, in modo che si possa definire un progetto che tenga in conto una serie di fattori fondamentali che incidono sulle possibilità di tenuta** quali la motivazione, le difficoltà linguistiche o religiose, l'età, i vincoli di tipo familiare, l'inserimento o meno in un contesto sociale sfavorevole.

1.2 Giovani donne con disturbo borderline della personalità

Caratteristiche e bisogni delle ragazze accolte presso le comunità partner

Il secondo target del progetto sono le giovani donne con disturbo di personalità borderline, seguite nelle strutture dei partner La Clessidra e Il Sentiero.

Per quanto riguarda Il Sentiero, il progetto coinvolge **la comunità Alda Merini a Castellanza** (Varese) che accoglie ragazze tra i 14 e i 24 anni. La Clessidra invece coinvolge la **Comunità Frida Khalo** a Gerenzano (Varese), gemmata dalla comunità Alda Merini.

Il Progetto Sperimentale **Alda Merini**⁵² nasce da una collaborazione tra la cooperativa Il Sentiero e l'ATS Insubria, in accordo col Comune di Castellanza. La comunità propone un nuovo modello socio sanitario integrato per l'accoglienza e riabilitazione psicoeducativa di giovani (adolescenti e in età di transizione) con Disturbo di Personalità Borderline (DPB). Le attività di trattamento, cura ed accompagnamento di questo target hanno preso avvio con una sperimentazione dell'Ospedale San Raffaele nel 2014 col coinvolgimento di una struttura di Lodi e il successivo sviluppo presso la struttura di Castellanza, dove è stata creata una comunità terapeutica sanitaria, sebbene fosse nata come comunità educativa, che è stata potenziata per rispondere anche ai bisogni sanitari delle giovani ospiti.

La Comunità Alda Merini prevede una metodologia innovativa di accoglienza, riabilitazione e trattamento specificamente dedicata alle giovani donne dai 15 ai 21 anni (24 in casi particolari): si tratta di una fascia di età non convenzionale perché i servizi psichiatrici sono generalmente suddivisi tra neuropsichiatria infantile, rivolta ai minori, e psichiatria tra i maggiorenni.

Presso la comunità Alda Merini le ragazze provenienti dall'Ospedale San Raffaele di Milano possono restare, con retta a carico dei servizi sociali e sanitari, fino a 21 anni: dopo tale età la comunità non ha la copertura pubblica della retta e le deve dimettere, anche se gli obiettivi prefissati non sono stati ancora raggiunti, indirizzandole altrove, come viene specificato nelle sezioni successive.

La seconda comunità coinvolta nel progetto per questo specifico target di utenza è la **Comunità Frida Kahlo**. E' una comunità ad alta intensità riabilitativa a media assistenza (SRP1-CRM) specifica per il trattamento residenziale del *Disturbo di Personalità Borderline*. Ha ottenuto l'accreditamento sanitario a maggio 2021 e l'avvio delle attività è avvenuto nel mese di giugno 2021 con l'inserimento di 2 ospiti. La ripresa dei nuovi inserimenti è proseguita a luglio e settembre, per raggiungere il numero previsto di 8. Ospita giovani ragazze dai 18 anni fino ai 30, ma con una deroga si prevede di poter inserire anche ragazze minorenni prossime alla maggiore età.

Il percorso di accompagnamento all'autonomia

Lo scopo del trattamento di questo tipo di patologia è quello di "riabilitare l'interconnessione tra la vita emozionale, affettiva e razionale. Tale interconnessione si costituisce di norma nei percorsi di crescita nelloambito dei quali sono fondamentali le esperienze personali, familiari e sociali. Attraverso l'insieme di queste esperienze il soggetto apprende alcune abilità cognitive, razionali ed emotive che lo mettono in condizione di muoversi sempre più autonomamente nei rapporti sociali e nelle sfide che la vita gli propone"⁵³.

Si tratta di un progetto socio educativo e terapeutico specifico che segue un modello di intervento innovativo di presa in carico integrata socio-sanitaria. E' una esperienza unica in Italia, derivante dall'esperienza del centro 'disturbi borderline' dell'ospedale San Raffaele di Milano. Il modello della comunità integrata si incardina su uno degli obiettivi della Legge Regionale lombarda n.23/2015 ovvero "il sostegno alle persone fragili che necessitano interventi anche di carattere sociale continuativi nel tempo, al fine di evitare lo scivolamento in condizioni di esclusione sociale o rimediare a condizioni di vulnerabilità socio-economica, per i quali diventa fondamentale superare la frammentazione degli interventi e delle risorse"⁵⁴. Il monitoraggio delle attività della comunità consente di evidenziare la rilevanza degli invii congiunti tra servizio sociale e sanitario, ad indicare che esiste un reale ed urgente bisogno di integrazione delle risposte per questa tipologia di utenza.

⁵² <https://www.snodi.net/progetto-sperimentale-alda-merini/>

⁵³ Campagner L., Arrigone C. (2019), *Progetto sperimentale comunità socio sanitaria femminile integrata per giovani con disturbi di personalità' borderline 2016-2018 - Alda Merini*

⁵⁴ Ibid.

La prima fase di inserimento ha durata di tre mesi, durante i quali viene effettuato uno screening diagnostico e motivazionale, e si osserva il coinvolgimento dell'ospite nelle attività della comunità e nei rapporti con il gruppo di pari e con gli operatori. Ad ogni ragazza ospite viene assegnato un tutor personale e un operatore di riferimento.

Le attività si basano in particolare su 3 leve:

- 1) **Area terapeutica**: la partecipazione ai **gruppi esperienziali terapeutici** del modello GET⁵⁵ un “metodo finalizzato al trattamento della disregolazione emotiva, del discontrollo degli impulsi e all’incremento delle competenze relazionali e sociali”⁵⁶;
- 2) **Area educativo/ riabilitativa**: Riguarda il prendersi cura di sé, del proprio abbigliamento, della propria salute, dei propri spazi attraverso il coinvolgimento progressivo e accompagnato in diversi tipi di attività;
- 3) **i colloqui**: ogni ragazza fruisce di 1 colloquio settimanale con lo psicologo, di 1 colloquio con l'educatrice e 1 con lo psichiatra.

Tra le attività realizzate durante il percorso molto importante è anche il **sostegno delle relazioni familiari** per favorire una ripresa delle relazioni, nella prospettiva di facilitare se possibile il rientro in famiglia. La frequenza alle attività scolastiche è obbligatoria. Il percorso inoltre valorizza molto le sinergie dei pari tra le ragazze ospiti delle strutture.

Punti di forza e criticità dei percorsi analizzati

L'**efficacia** del modello è documentata da una attenta e continua **attività di monitoraggio e valutazione**, che rende questa esperienza un importante modello sperimentale che, grazie ai risultati ottenuti, può essere considerato un modello replicabile e disseminabile anche in altri contesti.

Le attività di monitoraggio evidenziano sia l'**efficacia clinica** sul piano clinico e riabilitativo del modello integrato, sia la sua **efficacia sociale** sul piano della inclusione sociale.

La sua **innovatività** è tale che la struttura riceve richieste di ingresso da molte regioni italiane (Piemonte, Toscana, Marche, Sicilia, Veneto) oltre che dai territori limitrofi. La specificità del target ospitato trattato in forma residenziale (e non ambulatoriale) non ha analoghi in Italia e neppure a livello europeo⁵⁷. Il trattamento del DPB è infatti finora prettamente sanitario e con terapie ambulatoriali o diurne.

1.3 Donne ospiti di comunità mamma bambino inviate dai servizi sociali dei comuni con provvedimento autorità giudiziaria

Caratteristiche e bisogni

Le Comunità mamma bambino coinvolte nel progetto WAW sono rivolte a donne in situazione di disagio sociale e familiare e psicologico e/o vittime di violenza **con figli**. Sono a tutti gli effetti comunità genitore bambino nelle quali il focus principale dell'intervento educativo è il sostegno e la verifica delle competenze genitoriali, in modo da supportare al meglio la crescita psico-fisica dei minori collocati e da prevenire e/o interrompere eventuali condizioni di pregiudizio.

Il resoconto attività⁵⁸ relativo all'anno 2020 relativo alla Comunità educativa madre-bambino La Bussola di Merate riporta alcuni dati relativi alle caratteristiche dell'utenza accolta nel corso dell'anno: nel corso del 2020 sono stati accolti 11 nuclei mamma-bambino ospitati (di cui 3 con progetto di semi-autonomia), composti da

⁵⁵ <https://www.associazioneget.it/>

⁵⁶ Campagner L., Arrigone C. (2019), *Progetto sperimentale comunità socio sanitaria femminile integrata per giovani con disturbi di personalità borderline 2016-2018 – Alda Merini*

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ <https://www.snodi.net/comunita-la-bussola/> Link

11 donne e 14 bambini. 4 mamme su 11 erano straniere con meno di 25 anni. La maggior parte di esse Tra di esse solo 3 erano disoccupate o in cerca di un lavoro, e in metà dei casi nullatenenti.

La comunità educativa di Lecco è invece composta da due unità di offerta: “Casa la vita” e “Casa la vita II”: la prima può ospitare fino a 10 ospiti mentre la seconda fino a 5. Il resoconto attività⁵⁹ relativo all’anno 2020 evidenzia che nel corso del 2020 le donne ospiti in entrambe le strutture sono state 10, delle quali 7 italiane e 3 straniere, nella maggior parte dei casi con più di 25 anni disoccupate o in cerca di occupazione. I bambini ospiti sono stati 15, dei quali 12 italiani e 3 stranieri, con una età media di 5 anni e mezzo. Le mamme coi loro bambini vengono inviate alla Comunità dal Servizio di Tutela Minori del comune di residenza su mandato del Tribunale per i Minorenni quasi sempre per una attività di sostegno e valutazione della genitorialità. Tutti i casi inseriti hanno avuto esperienze pregresse di sostegno sia in termini di inserimento in altre comunità, oppure sostegni economici, interventi specialistici, ricoveri in psichiatria, presa in carico al CPS o Sert, provvedimenti di tutela e sostegno alle capacità genitoriali.

Le difficoltà personali delle donne inserite sono molto differenti, e la composizione dei gruppi non è mai omogenea: ci possono essere persone che lavorano e persone con problematiche psichiatriche compensate, ma che rendono difficile un inserimento lavorativo. I bisogni che esprimono cambiano a seconda del progetto col quale vengono inserite e della nazionalità: vi sono sia donne italiane e straniere, in particolare dell’Africa subsahariana, dell’est Europa o del sud America. A seconda delle caratteristiche di ciascun soggetto e di quanto previsto dal provvedimento dell’Autorità Giudiziaria e concordato con il Servizio Sociale inviante, l’intervento viene calibrato e personalizzato, grazie alla stesura di un progetto educativo individualizzato che viene verificato e aggiornato ogni 3 mesi. Un tema importante che viene affrontato è ovviamente quello della multiculturalità, per cui ove necessario l’equipe educativa si avvale dell’intervento professionale di mediatori linguistico-culturali. Il livello di istruzione è comunque generalmente basso, solo in qualche caso è di grado superiore.

Nel contesto protetto della Comunità vengono valutate le capacità genitoriali e alla mamma viene offerto supporto personale e un percorso di risocializzazione.

Il percorso di accompagnamento all’autonomia

Il partner progettuale IL SENTIERO in provincia di Lecco dispone di 3 comunità mamma bambino: LA BUSSOLA di Merate e le due comunità CASA LA VITA I e II di Lecco.

Le strutture ospitano fino ad un massimo di 10 persone, compresi i bambini. L’équipe nella comunità La Bussola è composta da dodici operatrici delle quali 7 sono laureate in Psicologia e 5 in Scienze dell’Educazione. La Responsabile che coordina l’équipe è psicologa e psicoterapeuta.

I percorsi che vengono sviluppati nell’ambito delle tre Comunità del lecchese sono volti in primis a **promuovere le capacità genitoriali delle mamme**. Come emerge dalla descrizione del percorso di intervento presente sul sito della cooperativa La Bussola⁶⁰.

- tutti i progetti avviati prevedono l’assegnazione di un’operatrice di riferimento che, insieme a tutta l’équipe, osserva e agisce nella direzione del sostegno delle competenze genitoriali.
- Per ciascuna mamma ospite si perseguono i diversi obiettivi, specifici per ciascuna di esse, concordati con il Servizio Sociale relativi alle prescrizioni del Decreto TM, ma che in genere comprendono la valutazione psico-diagnostica e l’indagine psico-sociale.
- I minori vengono affiancati da un’operatrice di riferimento e supportati nella frequenza agli istituti scolastici del territorio. Mentre negli anni precedenti erano sempre previste anche attività extra-scolastiche (piscina, calcio, danza), nel corso del 2020 sono state perlopiù sospese a causa del lockdown.
- Tra le attività importanti realizzate nell’ambito della comunità vi è anche il mantenimento del contatto coi familiari all’esterno della comunità, ove questo rientri tra le indicazioni del Tribunale dei Minori e

⁵⁹ <https://www.snodi.net/wp-content/uploads/2021/04/Resoconto-2020-Casa-la-Vita.pdf>

⁶⁰ <https://www.snodi.net/comunita-la-bussola/> Link

del Servizio Sociale, con la realizzazione di visite protette con i famigliari e contatti da remoto tra i bambini e i famigliari durante i mesi di lockdown.

Le mamme ospiti vengono anche coinvolte in attività volte a promuovere la **loro progressiva autonomia ed inserimento nella vita della comunità** attraverso:

- la condivisione e il **coinvolgimento diretto in tutte le attività di conduzione della casa**.
- L'**attivazione di laboratori finalizzati ad un progressivo raggiungimento dell'autonomia personale, percezione di sé e di relazione col figlio**, propedeutici ad un possibile futuro percorso di avvicinamento al lavoro.

Le modalità operative e il percorso vengono ben descritte sul sito della cooperativa⁶¹, a cui si può fare riferimento per un quadro molto preciso della articolazione delle attività e organizzazione della giornata delle ospiti. Tra gli aspetti salienti da sottolineare del percorso vi sono i seguenti

- La giornata assomiglia molto ad una normale giornata di una famiglia ed è scandita dagli impegni di ciascun componente. A questi impegni si aggiungono gli appuntamenti relativi al progetto educativo e alle richieste del decreto del Tribunale per i minorenni: colloqui con gli educatori di riferimento della comunità o con gli operatori del servizio sociale e incontri con servizi specialistici incaricati di completare le valutazioni richieste dal tribunale.
- I bimbi sono iscritti agli istituti scolastici in base all'età e frequentano anche alcune attività extrascolastiche. Attività sportive, catechismo, gruppi di socializzazione, aiuto compiti a cui sono accompagnati dalle madri, spesso insieme ad un'operatrice.

Criticità e punti di forza

Nel confronto con la direzione della cooperativa e la coordinatrice sono emersi alcuni punti di forza e di criticità dell'esperienza che vale la pena di evidenziare.

Tra i punti di forza vi è senz'altro **la rete in cui sono inserite le comunità**. Le Comunità in provincia di Lecco partecipano al tavolo delle comunità accreditate e all'organismo di coordinamento per la salute mentale per l'accesso dei minori ospiti dei servizi specialistici; entrambe partecipano al tavolo istituzionale per il contrasto alla violenza sulle donne.

Il **rapporto con alcuni dei servizi del territorio** viene segnalato come un punto di forza sul quale la comunità può contare. Tra i servizi coi quali si è instaurata una importante sinergia è la rete del lecchese che sviluppa i percorsi di insegnamento della lingua italiana, i servizi per l'inserimento lavorativo, per le poche donne ospiti che sono in grado di lavorare. Molte infatti non riescono ad essere inserite per mancanza di titoli di studio e per il livello cognitivo compromesso.

Tra gli **elementi di criticità** va senz'altro sottolineato il fatto che l'inserimento delle donne nella comunità risulta piuttosto problematico perché deriva da un **intervento coatto su richiesta del giudice** che solitamente ha origine da situazioni di pregiudizio per i minori. In alcune situazioni risulta difficile stabilire un'alleanza di lavoro con le signore inserite: la cornice giuridica che implica aspetti valutativi oltre di supporto non è facilmente sostenibile, inoltre uno degli esiti possibili del progetto è la separazione dei minori dalle madri e il loro inserimento in comunità minori o in famiglie affidatarie.

Il **complesso rapporto con le istituzioni** lascia in molti casi una sensazione di impotenza, in particolare per quanto riguarda le tempistiche che l'iter giudiziario prevede e che non tengono conto dei tempi di crescita e relativi bisogni evolutivi dei bambini ospitati.

Una difficoltà importante che la comunità deve gestire è **la presenza di ospiti adulte con patologia psichica** che richiede di essere trattata in modo specifico per l'impatto che ciò può avere da un lato sul

⁶¹ <https://www.snodi.net/comunita-la-bussola/> Link

bambino e il suo percorso di crescita e dall'altro sulla vita nella comunità e nel rapporto con gli operatori in particolare. Sarebbe molto importante poter ridurre le complessità burocratiche che rendono difficile l'accesso delle donne ospiti alle **cure psicologiche e psichiatriche**. Si tratta infatti di interventi a carico del CPS del territorio di residenza dell'ospite. La distanza rende inoltre impraticabile il monitoraggio settimanale o quindicinale da parte del CPS. Non sembra attualmente essere possibile spostare la terapia farmacologica e il monitoraggio e relativi colloqui presso i servizi CPS del lecchese e questo significa continuare a richiedere lunghi spostamenti anche per mamme con neonati.

Problematico è anche il coinvolgimento dei **servizi della neuropsichiatria infantile**, della **logopedia** e della **psicomotricità**, sia perché anch'essi rimangono in capo al territorio di residenza, sia per i lunghissimi tempi di attesa, che in assenza di una specifica richiesta del tribunale possono essere anche di un anno.

Un altro elemento di criticità segnalato è la **manca di un percorso di accompagnamento della donna al termine del percorso in Comunità**. Non è previsto un follow up, a meno che non venga specificamente richiesto dal tribunale e non sono previsti interventi di potenziamento della autonomia dell'ospite una volta uscita dalla struttura. E' un limite importante perché si tratta di donne che generalmente si trovano prive di reti sociali e familiari sulle quali contare. Questo vale in particolare per le donne straniere: occorrerebbe sviluppare un percorso di rientro nella comunità di appartenenza e di costruzione di una rete di riferimento, ma è un percorso complesso e oggi non previsto. L'esperienza comunque rende evidente la necessità di proseguire l'intervento anche dopo l'uscita dalla comunità.

1.4 Donne ricoverate in clinica psichiatrica

Caratteristiche e bisogni

La Clinica Santa Croce, nel Canton Ticino, si occupa, nell'ambito della sua attività, dell'accoglienza e della cura di persone riferibili al target di interesse del progetto, di cui rappresentano la componente più vulnerabile. Si tratta di donne che presentano, in varie forme, una situazione conclamata di disagio psichico, che la Clinica si trova a prendere in carico nella fase acuta, ma normalmente segue anche nel percorso riabilitativo. Tra di essi cresce il numero dei portatori di disturbo borderline della personalità, la cui biografia evidenzia fattori di disagio e/o crisi acuta.

Sulla base dei dati forniti dalla direzione della Clinica Santa Croce relativi alla presa in carico delle pazienti negli anni 2018-2020 e nel primo semestre del 2021 la Clinica ha accolto 1.603 pazienti, con una stretta maggioranza di donne (818). La provenienza di questi pazienti, come le patologie, sono molto eterogenei, sia considerando la dimensione sociale, che l'origine. L'intervento dell'assicurazione malattia obbligatoria LAMal⁶², istituita con una legge federale nel 1995, che regola il finanziamento delle cure attraverso le Casse Malati, permette in ogni caso la presa in carico, anche nelle situazioni di mancanza di risorse da parte delle donne ricoverate. La Clinica interviene nella fase acuta, su segnalazione di diversi attori, e stima che nel 30% di casi circa si renda poi necessario un accompagnamento di medio e lungo termine, integrando l'intervento di stabilizzazione dal punto di vista sanitario con una presa in carico sociale propedeutica al reinserimento. Nel tempo si manifesta un'evoluzione importante della sintomatologia e delle cause delle ospedalizzazioni, che rimanda ad una significativa evoluzione delle cause di vulnerabilità e dei soggetti fragilizzati.

Le ragazze arrivano al ricovero dopo un episodio di crisi, ma anche dopo un percorso di sofferenza e difficoltà, con disturbi a carico del comportamento alimentare o della sessualità, con dipendenze o disturbi depressivi e di autolesionismo, isolamento sociale e già vittime di crisi nevrotiche di ansia e di panico, o con altri disturbi anche di stampo psicotico. A queste persone la Clinica Santa Croce ha risposto negli anni specializzandosi sempre più sia sul versante clinico sia riabilitativo.

Il percorso di accompagnamento all'autonomia

⁶² <https://www4.ti.ch/dss/ias/prestazioni-e-contributi/scheda/p/s/dettaglio/assicurazione-malattia-obbligatoria-lamal/>

L'approccio al disagio borderline e alle situazioni di fragilità psico-sociale, presupposti teorici e approccio di ricerca nell'esperienza della Clinica Santa Croce.

I disturbi della personalità, in particolare i borderline, hanno avuto negli ultimi decenni un evidente aumento nel numero e nella complessità. Questo ha portato ad un grande interesse della ricerca e ad una vasta ed interessante produzione teorica che ha saputo leggere e dettagliare questo insieme di disagi esistenziali nelle loro componenti neurofisiologiche, psicologiche e socio-relazionali.

Mentre un tempo questi pazienti venivano classificati e curati a partire dal comportamento patologico in risposta al disagio, oggi si preferisce indagare i problemi all'origine del disagio stesso e lavorare al contempo sulla strutturazione di meccanismi di elaborazione dei vissuti emotivi a livelli superiori e più funzionali del ricorso immediato all'azione.

L'esperienza innovativa proposta dalla Clinica Santa Croce, in collaborazione con l'Ospedale San Raffaele di Milano, è di offrire a queste ragazze la possibilità di sperimentare relazioni e contesti sani e strutturanti per riprendere in mano passaggi evolutivi rimasti incompiuti o risolti con modalità disfunzionali, a partire dagli attaccamenti e dalla relazione con adulti di riferimento ed il gruppo di pari. Una volta dimesse dalla Clinica le giovani vengono accolte per un periodo medio-lungo (dai 18 ai 24 mesi) in piccole comunità residenziali, dove sono seguite individualmente e in piccolo gruppo ed accompagnate ad affrontare in maniera competente la vita di tutti i giorni. Al contempo seguono un percorso terapeutico, gestito ambulatorialmente dalla Clinica o da operatori specializzati, per avviarsi alla risoluzione delle problematiche psichiche, imparando a riconoscere le personali fonti di stress emotivo e quelle degli altri, a gestire le proprie ed a ricercarne l'origine. Tale esperienza si basa sul metodo GET (Gruppo Esperienziale Terapeutico), elaborato presso l'IRCCS San Raffaele di Milano che somma il lavoro clinico a quello riabilitativo e affronta tutti i livelli lungo i quali il disagio si è consolidato.

La Clinica Santa Croce grazie alla sua adesione al progetto WaW, intende sviluppare e sperimentare modalità innovative di intervento a prevenzione delle acuzie per cercare di evitare, o almeno a contenere, le crisi.

Infatti, gli eccessi di ansia, l'intenso malessere ed i sintomi nevrotici correlati hanno manifestazioni biochimiche e fisiologiche ben precise, rilevabili e misurabili ancor prima che l'eccesso si manifesti. Il soggetto potrebbe essere quindi in grado di monitorare l'arrivo dell'impulso ansiogeno fin dai suoi stati iniziali, con l'opportunità di mettere in atto meccanismi di contrasto e di gestione. Lo strumento a disposizione assomiglia ad un orologio da polso capace di registrare indicatori biochimici e fisiologici quali l'aumento del battito, variazioni nella sudorazione, contratture o scosse muscolari, variazioni di temperatura, ecc. Un'applicazione mobile registrerebbe questi dati e descriverebbe l'insorgenza e lo sviluppo della crisi ad uso del paziente stesso e dei terapeuti che l'hanno in carico.

Inoltre, **la Clinica intende lavorare sul "suivi", quindi su un intervento di community care che coinvolga la rete territoriale che sostiene le giovani pazienti dopo le dimissioni:** famiglie, contesti comunitari, luoghi di lavoro o tirocinio.

Nella sua prassi la Clinica, che ha nel suo organico una figura di assistente sociale, intrattiene già intensi rapporti con la rete sociale operante in Ticino. Se a monte dialoga con le autorità regionali di protezione, con le famiglie, le strutture di pronto soccorso, i medici di base, i terapeuti e le antenne che segnalano i casi, a valle attiva una rete di relazioni che include curatori, tutori, ergoterapeuti, assistenti sociali, strutture di cura domiciliare e molte delle organizzazioni del privato sociale attive nei percorsi di reinserimento (con attori chiave come la Fondazione Gabbiano o Sostare). La Clinica attiva al bisogno anche foyer gestiti da partner attivi sul versante italiano della frontiera (come le Comunità partner del progetto WaW) e imprese che si rendono disponibili ad attivare misure di reinserimento, in forma di stage e tirocini.

Un partner fondamentale, nell'attivazione della rete, è l'Assicurazione Invalidità (AI), assicurazione obbligatoria il cui scopo è di garantire mezzi esistenziali agli assicurati nel caso di invalidità o inabilità al lavoro. che mette a disposizione l'ampia gamma di misure e interventi di sostegno alla riqualifica e al reinserimento di cui abbiamo in precedenza riferito. Già oggi, dunque, la Clinica accompagna le persone nella fase post-acuta nell'individuazione di soluzioni di reinserimento. Questo approccio dovrebbe da un lato essere rafforzato dall'utilizzo dell'applicazione citata, che permetterebbe di monitorare in modo più costante le persone nella

delicata fase di riabilitazione socio-professionale, dall'altro andrebbe messo a sistema, consolidando l'approccio comunitario a rete, in un contesto, come quello del Ticino, dove nelle parole questo concetto si sta affermando, ma ancora stenta a decollare come prassi condivisa, al di là delle situazioni dove la prossimità relazionale tra operatori – che dialogano, si parlano e si scambiano le informazioni – lo rende praticabile.

CAPITOLO 4 – I COSTI SOCIALI IN CASO DI NO ACTION

1 Le risorse economiche mobilitate per raggiungere gli obiettivi di autonomia e reinserimento lavorativo dei target

Dopo aver analizzato i percorsi di accompagnamento all'autonomia realizzati dai partner progettuali a favore dei target individuati, procediamo con l'analizzare alcuni aspetti chiave in relazione al costo degli interventi promossi:

- i costi effettivi associati ai percorsi ed interventi attivati a favore della popolazione target stimati dai partner progettuali;
- una proposta per la misurazione delle diverse componenti di costo da tenere in considerazione della ricostruzione del costo di un percorso a favore di un utente 'medio' insieme ai costi sociali per la collettività che si possono ipotizzare in caso di NOACTION, qualora si decidesse di non intervenire in alcun modo o in modo adeguato a favore della popolazione target.

1.1 I costi associabili ai percorsi ed interventi attivati a favore della popolazione target

Dato l'eterogeneità dei problemi e delle situazioni personali che ciascuna persona ospite presenta, ogni intervento è dunque un intervento a sé, non standardizzato, che prevede l'attivazione di percorsi diversi, con durate differenti, ed evidentemente con costi differenti. Quella che segue è dunque una riflessione che comprende le principali componenti di ipotetico costo di un percorso di accoglienza, per come lo descrivono i partner progettuali, che tiene conto dei costi del personale impiegato nell'erogazione dei servizi previsti e dei costi di gestione, sintetizzati in una quota giornaliera per l'accoglienza in struttura, e in un costo standard per un percorso di inserimento lavorativo, perché i rimborsi regionali per la realizzazione di tali percorsi sono appunto riferiti a percorsi standard.

1.1.1 I costi delle Comunità Mamma bambino

I dati forniti dalla Cooperativa La Bussola relativi ai costi per l'accoglienza delle mamme e dei relativi bambini nelle Comunità Mamma-Bambino consentono di evidenziare che il costo medio di gestione per ospitare una **mamma da sola è di 70 euro al giorno** a cui va aggiunta **analoga cifra per ogni figlio** presente con lei. La durata media della accoglienza è di circa **18 mesi**.

➤ Il costo medio per il percorso complessivo di accoglienza di una donna sola con un bambino è dunque stimabile in circa 75.000 euro (circa 50.000 euro all'anno).

E' interessante un confronto con una tipologia di struttura che per le donne vittime di violenza risponde ad una esigenza in parte simile a quella a cui risponde la Comunità mamma bambino. Si tratta della Casa rifugio che in Regione Lombardia. Le strutture di primo livello di norma in Regione Lombardia non possono accogliere le donne per oltre un anno mentre le strutture di secondo livello non oltre i due. In media dunque

➤ il costo medio per l'accoglienza di una donna sola in una struttura di accoglienza di primo livello all'anno costa circa **20.000 euro**; in una struttura di accoglienza di secondo livello all'anno costa circa **13.000 euro**, per un importo complessivo di 26.000 per i due anni.

- il costo per l'accoglienza di una donna con un figlio in una struttura di accoglienza di primo livello all'anno costa circa **36.000 euro**; in una struttura di accoglienza di secondo livello all'anno costa **circa 25.000 euro** per un importo complessivo di 50.000 per i due anni.

1.1.2 I costi del percorso verso l'autonomia delle giovani donne con disturbo della personalità borderline

Lo studio realizzato da Campagner ed Arrigone⁶³ nel 2019 consente di ricostruire con precisione il costo per l'accoglienza e il trattamento presso la Comunità socio sanitaria femminile integrata di due differenti tipologie di giovani donne con disturbi di personalità borderline *Alda Merini*.

- Il costo complessivo, comprensivo del costo dell'avviamento del progetto sperimentale e della gestione è pari ad una retta giornaliera di **140 euro**. Quello che può variare in ragione del livello di complessità della situazione individuale è la durata del percorso: data la diversa complessità dei casi e delle problematiche non è mai possibile effettuare una media del costo. Una permanenza che possa assicurare dei buoni risultati può essere tra i 12 e i 18 mesi per un costo complessivo tra i **50.000 e i 75.000 euro**.

1.1.3 I costi dell'inserimento lavorativo

Il servizio di inserimento e avvio al lavoro in Regione Lombardia è stato approvato nella sua ultima versione con i decreti n. 11053 del 09/12/2015 e n. 3249 del 13/04/2016⁶⁴. Il calcolo del costo standard (aggiornamento 2020) della Dote Unica Lavoro (DUL) comprende tutta la filiera dei servizi che conducono al risultato occupazionale. Il **calcolo del costo standard** è rappresentato dalla sommatoria dei costi delle singole attività, a loro volta calcolati come prodotto tra il costo standard orario del servizio di riferimento e il numero di ore standard previsto per il raggiungimento del risultato occupazionale per le singole fasce di intensità di aiuto. Il valore riportato è quello relativo alle Fasce 3 e 4, quelle a maggior rischio di esclusione (ad alta intensità di aiuto, per un lungo periodo (3) e a vita (4))

- Il nuovo costo standard a risultato (anno 2020) per l'inserimento e avvio al lavoro dei destinatari delle politiche attive, comprensivo dei soli servizi rivolti alla persona, è definito in **1.538 euro**.

- Per quanto riguarda la Regione Piemonte il costo totale per presa in carico, orientamento, ricerca e tutoraggio per persone con una oggettiva difficoltà di inserimento nel mercato del lavoro e una distanza colmabile solo con interventi mirati e incentivanti è di 920 euro a cui si aggiungono risorse volte alla identificazione e validazione delle competenze per un importo di 568 euro, arrivando pertanto ad un totale di **1.488 euro** per persona vulnerabile accompagnata al lavoro. La Regione prevede anche un eventuale contributo all'azienda a rimborso dell'indennità di tirocinio pari a 3.600 euro e primarietà varie in caso di effettivo inserimento.

⁶³ Campagner L., Arrigone C. (2019), *Progetto sperimentale comunità socio sanitaria femminile integrata per giovani con disturbi di personalità' borderline 2016-2018* – Alda Merini

⁶⁴ https://www.fse.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/d4c3c57b-c709-4526-be8b-1740d48ff97b/Allegato+A+al+DDUO+12393.pdf?MOD=AJPERES&CONVERT_TO=url&CACHEID=ROOTWORKSPACE-d4c3c57b-c709-4526-be8b-1740d48ff97b-nmOXmMo

1.2 I costi sociali complessivi che si possono ipotizzare in caso di NO ACTION

Il primo, il secondo e il terzo capitolo hanno consentito di mettere a fuoco le caratteristiche e i principali bisogni della popolazione target del progetto e i possibili obiettivi di autonomia da raggiungere, nonché le modalità di intervento e i percorsi di inclusione effettivamente attivati, evidenziandone punti di forza e criticità, inserendoli nel sistema di policy in cui si collocano.

Abbiamo poi ragionato sui costi associabili ai percorsi ed interventi attivati. Si tratta ora di capire se il livello di remunerazione pubblica per affrontare la complessità dei bisogni della popolazione target del progetto sia adeguato per raggiungere gli obiettivi di autonomia in relazione alla durata e completezza degli interventi realizzabili attualmente con le risorse disponibili. Le domande di ricerca a cui abbiamo provato a rispondere sono dunque: le risorse disponibili sono sufficienti per promuovere l'inclusione della persona? Cosa manca nei percorsi attuali per essere ottimali rispetto ai risultati che si intendono ottenere? Cosa succederebbe se il percorso di inclusione non venisse del tutto realizzato per i 3 target?

1. Le ragazze con disturbo della personalità Borderline

Le Comunità integrate incluse nel progetto rappresentano una realtà estremamente innovativa nel panorama nazionale ed europeo. La specificità del target ospitato trattato in forma residenziale (e non ambulatoriale) non ha analoghi altrove dato che il trattamento del DPB è infatti finora prettamente sanitario e con terapie ambulatoriali o diurne. Il modello della comunità integrata prevede infatti di **integrare le principali caratteristiche dei servizi socio educativi**, connotati da attività svolte in un contesto a basso livello di protezione, e **le principali caratteristiche delle strutture terapeutiche** che offrono alta protezione e una presa in carico sanitaria di natura psicologica e psichiatrica⁶⁵.

Il percorso ideale, presente nella comunità integrata e non nelle altre realtà quali la comunità educativa da un lato e in quella terapeutica ad alta protezione dall'altro, ha tre elementi da considerare come essenziali e che dovrebbero essere garantiti a tutte le ragazze con DPB, cosa che tuttavia ad **oggi non avviene se non nelle comunità sperimentali partner del progetto**:

- **L'integrazione della presa in carico** e la collaborazione tra il sociale e il sanitario con una componente terapeutica di tipo psichiatrico e psicoterapeutico e una componente educativa e riabilitativa volta all'accompagnamento verso l'autonomia e il reinserimento progressivo nella società. Il percorso riabilitativo presso la comunità pone molta rilevanza sulla dimensione dell'**inclusione sociale** unita all'attività clinica.
- Il percorso del **trattamento clinico ad alta intensità**, che permette tempi veloci nel raggiungere significativi miglioramenti rispetto al disturbo, e questo consente di giungere rapidamente a poter uscire dalla comunità per svolgere attività esterne.
- La presenza di una **equipe multidisciplinare**, che consente una notevole riduzione delle figure sanitarie.

Il modello di intervento integrato proposto, sulla base degli studi realizzati, risulta essere caratterizzato da **efficacia clinica** in termini di capacità di raggiungimento del risultato terapeutico, **efficacia sociale**, rispetto alla capacità di promuovere l'inclusione sociale delle ragazze, ed **efficienza economica**, grazie alla razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse professionali che ha portato ad una sensibile riduzione delle ore di alcune figure sanitarie, in particolare del medico psichiatra, che interviene nella comunità integrata 4 ore per settimana + 7 di reperibilità contro le 40 ore (+ 44 di reperibilità) della comunità terapeutica alta assistenza⁶⁶. Il metodo riabilitativo prevede una progressiva riduzione anche dell'assunzione dei farmaci fino alla eliminazione dal piano terapeutico.

⁶⁵ Ibid

⁶⁶ Campagner L., Arrigone C. (2019), *Progetto sperimentale comunità socio sanitaria femminile integrata per giovani con disturbi di personalità borderline 2016-2018* – Alda Merini

Nelle due Comunità dunque il modello ideale è già presente e consente già da ora un notevole risparmio di risorse a fronte di un miglioramento delle condizioni di salute e di vita delle giovani affette da DBP; uno degli obiettivi del progetto WAW è di sperimentare questo modello in Svizzera presso la clinica ticinese *Santa Croce*.

2. Le mamme con bambino in condizioni di vulnerabilità

I percorsi di accompagnamento delle mamme ospiti delle comunità mamma bambino prevedono numerose attività volte a promuovere la **loro progressiva autonomia ed inserimento nella vita della comunità** attraverso **l'attivazione di laboratori finalizzati ad un progressivo raggiungimento dell'autonomia personale, percezione di sé e di relazione col figlio**, propedeutici ad un possibile futuro percorso di avvicinamento al lavoro.

Non tutte le comunità dei soggetti partner possono contare su queste risorse, che sono importanti. Attraverso le risorse messe a disposizione dal progetto WAW in un anno tali laboratori verranno fatti partire in sequenza e man mano verranno implementati in tutte le comunità, con le equipe che passeranno da una comunità all'altra. Laddove i laboratori siano già presenti verranno integrati e consolidati.

Con risorse aggiuntive le comunità potrebbero tuttavia ottenere risultati migliori in una serie di ambiti, che potrebbero consentire alle donne ospiti un più rapido reinserimento sociale e familiare e un risultato di autonomia più duraturo:

- Le comunità attualmente **non possono sostenere le donne ospiti affiancandole nella ricerca lavoro e promuovendone l'inserimento lavorativo**. Nelle comunità mamma bambino infatti non sono presenti laboratori specifici di questo tipo perché la finalità di tali comunità è la presa in carico individuale. Ove possibile le donne ospiti **vengono iscritte a percorsi di formazione professionale e a corsi di lingua italiana per stranieri**. In alcuni casi, e se le risorse lo permettono, si avvia un percorso di ricerca lavoro o inserimento in tirocini formativi o borsa-lavoro.
- Una difficoltà importante che la comunità deve gestire è **la presenza di ospiti adulte con patologia psichica**: sarebbe importante poter ridurre le complessità burocratiche che rendono difficile l'accesso delle donne ospiti alle **cure psicologiche e psichiatriche del territorio**. Questo consentirebbe una migliore gestione delle problematiche sanitarie individuali, e dunque una riduzione del rischio di cronicizzazione, e dell'impatto che ciò ha sulla comunità e sulle altre ospiti.
- Problematico è anche il coinvolgimento dei **servizi della neuropsichiatria infantile**, della **logopedia** e della **psicomotricità**, sia perché rimangono in capo al territorio di residenza, sia per i lunghissimi tempi di attesa, che in assenza di una specifica richiesta del tribunale possono essere anche di un anno.
- Un altro elemento di criticità segnalato è **la mancanza di un percorso di accompagnamento della donna al termine del percorso in Comunità**. Non è previsto un follow up, a meno che non venga specificamente richiesto dal tribunale e non sono previsti interventi di potenziamento della autonomia dell'ospite una volta uscita dalla struttura. E' un limite importante perché si tratta di donne che generalmente si trovano prive di reti sociali e familiari sulle quali contare. Questo vale in particolare per le donne straniere: occorrerebbe sviluppare un percorso di rientro nella comunità di appartenenza e di costruzione di una rete di riferimento, ma è un percorso complesso e oggi non previsto.
- Quello che oggi manca, perché non coperto dal finanziamento pubblico (perché non è incluso tra gli interventi previsti nel percorso formalizzato di presa in carico), è la presenza di alcune figure specialistiche tra le quali ad esempio l'intervento del **mediatore linguistico**, che servirebbe moltissimo, per esempio in fase di lettura del decreto. In alcuni casi la cooperativa attiva a sue spese l'intervento.
- Una dimensione importante, che una volta c'era ed era essenziale e che non c'è più, è la **prevenzione**. Venti anni fa venivano realizzati interventi preventivi sul disagio familiare genitore figlio e venivano

sviluppati per evitare l'emissione decreto del tribunale. Il Comune ha titolo e facoltà per intervenire in chiave preventiva, ma, per mancanza di risorse economiche e umane, non lo fa più. Tra gli interventi preventivi che non vengono più realizzati e che sarebbero molto utili vi è l'assistenza **educativa domiciliare**. Ora di fatto i servizi preventivi sul territorio vengono attivati solo in casi specifici laddove si riescono a mobilitare interventi legati a progetti finanziati ad hoc con fondi Fami o di altre fonti (es. Fondazione Cariplo). I Comuni oggi riescono a seguire solo i casi che presentano una gravità estrema e conclamata.

- La **presenza di una rete sociale e di comunità è fondamentale** e occorrerebbero risorse specifiche per attivarla e mantenerla viva. Se sul territorio c'è una rete ricca di opportunità allora le chance di successo dell'intervento aumentano in modo esponenziale. Se al contrario non c'è nessun tipo di supporto il rischio di vanificare il lavoro fatto in comunità cresce molto.
- Sarebbe fondamentale **lavorare con i familiari** che riaccolgono a casa le donne, così come avviene per le ragazze ospiti delle comunità dedicate al disturbo borderline.

Un percorso che comprenda tutte le componenti che oggi non sono presenti per mancanza di risorse garantirebbe un percorso efficace di uscita da una situazione di estrema fragilità, favorendo una possibilità di vita alternativa. In assenza di questa opportunità **la situazione sia dei minori che delle mamme si va altrimenti progressivamente a cronicizzare andando ad impattare su diverse generazioni**: la madre, la figlia e la nipote rischiano di diventare tutte utenti dei servizi sociali in un percorso di mero assistenzialismo. Attivare interventi anche di media lunga durata sulla genitorialità, sia come sostegno che in termini di valutazione delle potenzialità, rappresenta una possibilità di interrompere questa catena, sebbene ovviamente non vi sia la certezza degli esiti, come avviene per ogni intervento sociale.

L'esperienza degli operatori in ogni caso evidenzia che la **prevenzione paga moltissimo**. Prima si attivavano percorsi di assistenza domiciliare per prevenire le segnalazioni al tribunale dei minori e più facilmente si riescono ad evitare interventi molto onerosi nel presente e per il futuro.

Il **mantenimento del contatto con le mamme e i bambini e il follow up** è anch'esso una componente essenziale dell'efficacia del percorso. Il progetto WAW lavora su questo aspetto promuovendo la creazione di gruppi AMA volti proprio a favorire il contatto e il follow up. Vi è la consapevolezza dell'importanza di questo tassello nel percorso, ma finora non è stato possibile introdurlo per mancanza di tempo e risorse.

3. Presa in carico delle donne vittime di violenza

I percorsi di presa in carico delle donne vittime di violenza domestica che si rivolgono al Servizio sociale o ai Centri antiviolenza potrebbero garantire un miglior risultato in termini di uscita da una situazione insostenibile e di recupero della propria autonomia di vita se accompagnate da un rafforzamento di alcune componenti del percorso, che oggi non vengono realizzate per mancanza di risorse:

- **Una presa in carico di natura psicologica che si sviluppi su un arco temporale di medio periodo** con gli operatori presenti nell'equipe è essenziale. E' già presente in alcune regioni (es. in Lombardia) mentre manca in Piemonte, dove i casi con patologie di tipo psichiatrico vengono gestiti dal servizio sanitario perché **i Centri antiviolenza garantiscono un massimo di cinque sedute psicologiche, non sufficienti a sostenere la donna in un percorso difficoltoso come quello della fuoriuscita da situazioni di dipendenza familiare, spesso origine della violenza**. A fronte di situazioni di fragilità emotiva le donne, nel loro percorso di avvicinamento all'autonomia, una volta uscite dalla Comunità o dall'alloggio protetto hanno la necessità di un **accompagnamento e di un rinforzo motivazionale costante**, spesso accompagnato da un sostegno di tipo psicologico.
- Per quanto riguarda le donne di origine straniera è importante poter contare su **un intervento di tipo etno-psichiatrico perché le differenze culturali spesso impediscono all'operatore**

dei servizi di individuare le cause reali di comportamenti che ad una prima impressione appaiono devianti **se sono determinate da fattori culturali**.

- Contrariamente a quanto previsto dai dispositivi che regolano il finanziamento degli interventi su questa categoria di soggetti fragili, **l'operatività dovrebbe prevedere tempi che tengano conto delle necessità delle singole donne, in quanto con un'utenza vulnerabile la standardizzazione non è efficace**. Il progetto individuale deve tenere conto di **obiettivi calibrati sulla persona** e il monte ore dedicato deve essere collegato al singolo caso.
- Il **percorso di reinserimento al lavoro** è una tappa essenziale perché trovare un lavoro può significare uno svincolo dalla dipendenza economica familiare. Tuttavia un percorso che possa essere efficace per donne che presentano questo tipo di problematiche dovrebbe anche in questo caso essere fortemente personalizzato e di medio / lungo periodo con progressivi inserimenti in progetti diversi. La maggior parte dei progetti di inserimento lavorativo rivolti a soggetti fragili faticano ad essere efficaci perché non considerano il fondamentale **sostegno individualizzato** che sarebbe necessario. L'offerta di pacchetti di prestazioni standard pagati sulla base dei costi standard regionali non va certo in questa direzione.
- Il **fattore che in alcuni casi si è rivelato vincente e che dovrebbe essere messo a sistema** è sicuramente riferito al **lavoro di rete e alla stretta collaborazione tra l'assistente sociale o il Centro** che ha in carico la donna, l'orientatore e l'operatore dei servizi al lavoro. Queste figure **dovrebbero essere parte integrante di un'equipe stabile** che gestisca il percorso di emancipazione della donna. Dunque, **i servizi al lavoro dovrebbero essere parte integrante della riflessione sulle persone**, a partire da **un'equipe multiprofessionale** che definisca di concerto un progetto individuale sostenibile e rappresenti un momento istituzionale che permetta di ottimizzare le risorse sia professionali che economiche a disposizione.
- La **continuità dei finanziamenti** a questo tipo di interventi è fondamentale. Da un lato la frammentarietà delle risorse messe a disposizione attraverso i dispositivi pubblici crea, tra le utenti che non sono in grado di comprendere la logica di questi meccanismi, situazioni di frustrazione e sfiducia che a loro volta gli operatori non hanno la possibilità di fronteggiare. Dall'altro la logica del progetto (che ha una fine) non è compatibile con inserimenti di lungo periodo o ripetuti nel tempo.

Gli indicatori che segnalano la riuscita, in tutto o in parte, del percorso intrapreso dalla donna sono riferibili in prima istanza alla **ripresa e al rafforzamento di una percezione positiva di sé, il non sentirsi vittime, ma protagoniste della propria emancipazione, nel livello di autonomia nella ricerca di possibilità attraverso la costruzione di una rete di rapporti sociali nuova**. Un ulteriore indicatore è rappresentato dalla **determinazione nella ricerca di un'occasione di lavoro**, senza aspettare passivamente le proposte di ripetuti tirocini provenienti dal servizio, ma anche dal consolidamento di un rapporto di fiducia positivo, magari dopo un periodo di diffidenza iniziale, con l'operatore che le segue. Non ultima, la capacità di comprendere i limiti dei servizi e di affrontare con maggiore realismo vincoli e opportunità.

Cosa potrebbe dunque succedere ai target senza gli interventi oggi erogati o con interventi insufficienti rispetto a quanto necessario per raggiungere gli obiettivi di autonomia e di uscita dalla spirale del bisogno di cura e supporto? Questo ultimo punto porta alla necessità di provare a ricostruire uno scenario che in letteratura viene definito di NO ACTION. Iniziamo col mettere a fuoco come viene descritto e declinato in letteratura il concetto appunto di NO ACTION.

1.2.1 Cosa significa calcolare i costi in caso di NO ACTION

Il concetto di calcolo del costo di NO ACTION o di INAZIONE nasce nel contesto delle politiche per l'ambiente, in particolare per quanto attiene all'ambito del cambiamento climatico e dei **costi associati alla mancanza**

di prevenzione. 'The Economics of Climate Change' del governo inglese è stato elaborato da un economista specializzato nella valutazione del rischio che ha sviluppato un modello per ricostruire stime credibili dei **costi globali della mancata prevenzione del cambiamento climatico**. Nel decennio successivo alla sua pubblicazione, c'è stato un notevole interesse nell'affrontare e comprendere i possibili costi dell'inazione in tale ambito.

- Il primo concetto su cui soffermarsi è dunque quello dei **costi che possono derivare alla comunità** qualora non venissero adottate politiche preventive.

Il nodo che fin da subito è risultato chiaro è che mentre **i costi delle azioni preventive sono solitamente misurabili**, perché chiaramente allocati e spesso a breve termine, i **costi del mancato intervento (dunque della NO ACTION) sono meno tangibili, non specificamente allocati e solitamente più a lungo termine**. "Valutare i pro e i contro complessivi dell'azione, o dell'inazione, è quindi molto difficile, coinvolgendo considerazioni etiche oltre che economiche"⁶⁷.

- Il secondo concetto su cui soffermarsi è quello del **sogetto che sopporta i costi dell'azione** che è un soggetto ben identificato, dalle ricadute anche economiche dell'inazione, che di solito vanno ad impattare su una comunità più o meno ampia, ma comunque indeterminata.

Alcuni esempi in letteratura evidenziano questi limiti. Un primo esempio è quello di Stern (Stern, 2007). Stern ha stimato che le probabili conseguenze di un riscaldamento globale continuo e senza sosta sarebbero dell'ordine del 5% del PIL globale all'anno. Ha tuttavia stimato che i costi potrebbero aumentare fino al 20% includendo i costi "non di mercato" per la salute e l'ambiente e considerando in modo equo gli effetti sui paesi in via di sviluppo. Al contrario, secondo la stima di Stern, i costi medi attesi di mitigazione per stabilizzare le concentrazioni di gas a effetto serra dovrebbero essere circa l'1% del PIL all'anno, ed è improbabile che superino il 3,5% del PIL all'anno.

- Accanto ai costi diretti, di mercato, sul contesto più prossimo, vanno considerati in qualche modo anche i costi derivanti dalle **ricadute non solo economiche** ma anche di quelle di tipo **sociale e sanitario** da una prospettiva più ampia di quella relativa al solo contesto locale (ad esempio, il costo per le maggiori cure, per una assistenza più complessa vanno a ricadere sulla collettività)

Le principali conclusioni del rapporto di Stern, secondo il quale **i costi dell'azione preventiva sarebbero stati comunque inferiori al danno causato dall'inazione, sono state ampiamente accettate ed incorporate nel dibattito politico**, tanto da portare il governo britannico ad approvare il *Climate Change Act*, che richiedeva una riduzione dell'80% dei gas a effetto serra entro il 2050, e il Consiglio europeo nel marzo 2007 ad intraprendere una politica climatica attiva.

Il tema dei "costi dell'inazione" è successivamente diventato un tema ricorrente nelle politiche climatiche. L'OCSE (2008) ha fornito una panoramica di studi che affrontano i costi dell'inazione per una serie di questioni ambientali, tra cui inquinamento atmosferico, inquinamento dell'acqua, risorse naturali.

Sarebbe estremamente utile che una analoga riflessione venisse incorporata anche nelle valutazioni inerenti i costi delle azioni delle politiche pubbliche più ampiamente intese, e nello specifico nella **valutazione delle scelte politiche che portano alla decisione di finanziare o meno (e quanto) programmi di inclusione sociale e di supporto alla vulnerabilità**.

⁶⁷ Mikael Skou Andersen and David Owain Clubb, *Understanding and accounting for the costs of inaction*,

1.2.2 Come sviluppare una analisi dei costi della NO ACTION?

Per comprendere i costi dell'inazione, è necessario esprimere in termini monetari il danno che sarà causato in caso di mancato o limitato intervento concordato. Le metodologie per realizzare questa analisi sono molteplici. Vi è ovviamente innanzitutto **l'analisi costi benefici**.

Fondamento di questo approccio è l'idea che un progetto, una politica o una misura assistenziale possono essere considerati validi, osservandoli da una prospettiva ampia ovvero quella della collettività, **se i benefici che genera superano i costi**.

L'Analisi Costi Benefici viene applicata sia a politiche e programmi (quali quelli di formazione professionale, di screening sanitario) che ai progetti di investimento (viene utilizzata per esempio per valutare la realizzazione di strade, ferrovie, ospedali, parchi).

- La valutazione può essere ex-ante ed è volta a valutare se sia opportuno implementare la politica o il progetto definendo se destinare le risorse a quella specifica politica o intervento sia preferibile rispetto a soluzioni alternative o al non fare nulla.
- La valutazione può essere fatta ex post per valutare se le scelte di finanziamento di una determinata politica o intervento siano risultate vantaggiose per la collettività e abbiano ad esempio contribuito al benessere sociale.

L'analisi costi-benefici sociale in questo senso dovrebbe offrire ai politici la possibilità di fare scelte basate su criteri che consentano di massimizzare il beneficio sociale in considerazione del suo costo sociale. **L'economia del benessere è il fondamento teorico della analisi costi-benefici.** “Confrontando la funzione del benessere sociale con o senza la realizzazione di un particolare progetto, il politico può stabilire se il benessere aumenterà o meno con la realizzazione del progetto: in caso affermativo, il progetto potrà essere realizzato. **L'analisi costi-benefici consiste in una serie di operazioni che servono a determinare il valore monetario del benessere sociale in presenza o in assenza del progetto.**”

Nella definizione dei costi e dei benefici medi degli interventi in esame e nel computo del beneficio sociale netto (dato dalla differenza tra costi e benefici per la collettività) si dovrà necessariamente tenere conto del **livello di gravità della situazione di fragilità**, del fatto che la persona sia stata inserita o non inserita al lavoro, e, nel caso di inserimento lavorativo, delle caratteristiche del posto di lavoro (in impresa o in cooperativa sociale), dell'orario di lavoro (a tempo pieno o parziale), della durata e della tipologia del contratto di lavoro, del settore in cui è stata trovata l'occupazione, ovvero di tutti fattori che possono direttamente o indirettamente influenzare i costi e i benefici dell'inserimento lavorativo.

Una volta definiti i costi e i benefici medi dell'intervento si verificherà se:

- i benefici medi sono tali da superare o almeno eguagliare i costi medi sostenuti;
- l'intervento analizzato consente di ottenere un beneficio sociale netto superiore rispetto ad altri interventi per l'inserimento lavorativo di persone con caratteristiche simili.

La conclusione dell'analisi consente di esplicitare *i costi e i benefici misurabili e quelli non misurabili*. Non bisogna tuttavia dimenticare che in molti casi le politiche e i progetti producono un ritorno economico positivo dal punto di vista del benessere sociale, ma non producono alcun beneficio puramente finanziario: un esempio è la costruzione di un parco giochi che ha costi di costruzione e gestione ma nessuna entrata monetaria. Sono quindi i benefici sociali che il parco genera che possono rendere conveniente il progetto.

Un modello in grado di dare particolare rilievo ai benefici sociali generati è senz'altro **il modello SROI (Ritorno sociale sull'investimento)**. E' tra gli strumenti maggiormente dibattuti a livello internazionale. Lo SROI pone particolare attenzione al **far emergere il valore sociale, che è allo stesso tempo valore economico, messo in campo da una serie di attori, in primis il volontariato, che normalmente non appaiono nelle analisi tradizionali**. Molto interessante è anche l'approccio della teoria del cambiamento, che consente al metodo di valorizzare gli outcomes (positivi ma anche negativi, da sottrarre a

quelli positivi) che hanno rilevanza per gli stakeholders identificati come i più rilevanti. Altra caratteristica interessante del metodo messa in evidenza è quella di offrire un **prodotto di valutazione facilmente comunicabile che consente un'ampia disseminazione** anche tra non addetti ai lavori, per esempio in occasione di campagne di fundraising, di comunicazione sociale e di sollecitazione di donors e finanziatori.

Attraverso il coinvolgimento di tutti gli stakeholder lo SROI arriva a stimare quanti “Euro” di valore economico, sociale e ambientale vengono creati per ogni “Euro” investito e descrive in termini qualitativi, non solo ciò che cambia, ma il perché ciò avviene, distinguendo ciò che è prodotto effettivamente dall'intervento esaminato e ciò che deriva da fattori esterni.

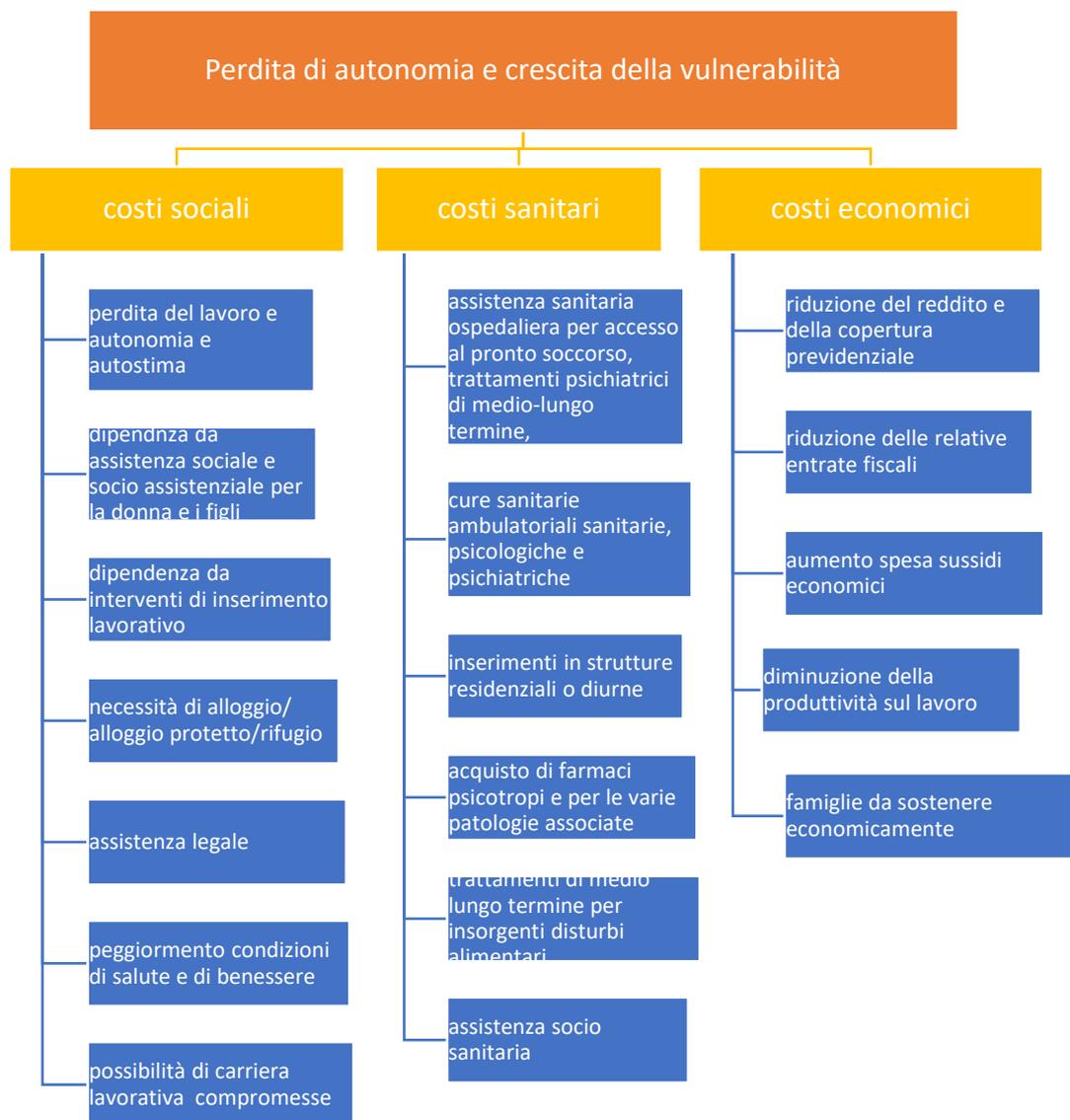
Svolgere un'analisi di questo tipo è complesso e richiede l'attivazione di tecniche qualitative e quantitative, quali rilevamenti sul campo, l'osservazione partecipante, lo svolgimento di focus group e la somministrazione di questionari ed interviste dirette e indirette, oltre all'analisi di dati e materiali derivanti dai sistemi di monitoraggio.

Fare una analisi costi-benefici o SROI degli interventi erogati dai partner progettuali a favore dei target progettuali è, pertanto, un'impresa estremamente complessa. La complessità è data dalla necessità di raccogliere dati di buona qualità sui costi unitari per ogni servizio o prestazione erogata, e allo stesso tempo una registrazione di tutti gli accessi ai servizi sociali, socio sanitari e sanitari da parte dell'utenza target. Ancora più complesso è riuscire a stimare i benefici, o risparmi che si generano, anche in considerazione del fatto che i target sono molto eterogenei sia tra i diversi target, sia all'interno di ciascun target, con bisogni e problematiche molto differenti. Ai fini di questo studio, mancando dell'infrastruttura di dati necessaria e dei tempi lunghi che una impostazione di questo tipo richiederebbe, si ragiona, come molti studi di questa natura normalmente fanno, su stime a priori derivanti dalla conoscenza delle problematiche e dalla letteratura valutativa.

1.5 I costi sociali e i benefici/risparmi associabili ai target del progetto

Questa sezione dell'analisi consente di focalizzare l'attenzione sulle principali macro-categorie di spesa associabili ai costi sociali che emergerebbero in caso di inazione o azione non adeguata, andando ad individuare le principali voci di spesa che potrebbero subire un incremento in caso di no action.

Sulla base della letteratura, a dire il vero piuttosto scarsa a tale proposito nell'ambito del sociale e del socio-sanitario e delle riflessioni emerse durante le interviste è possibile schematizzare le macro-voci di spesa sulle quali l'inazione o l'azione non sufficiente, non adeguata e non tempestiva rivolta ai target di utenza seguiti dal progetto WAW vanno ad impattare:



Occorre tuttavia considerare che di no action vera e propria non si può certamente parlare perché il diritto alla salute e alla assistenza nel caso di persone molto vulnerabili sono sancito dalla costituzione e pertanto sono diritti esigibili. Una persona con disturbo della personalità borderline in ogni caso viene assistita, il problema è legato al come e alla efficacia dei trattamenti che le vengono garantiti.

Occorre poi considerare che l'impatto della "inazione" o meglio della "azione inadeguata" può essere valutato da più prospettive: a livello individuale, a livello familiare e di collettività. Ed è da queste prospettive, sulla base dei materiali raccolti ed analizzati, che proviamo ad analizzare le componenti di costo associate alla "inazione/azione inadeguata".

Nel caso della **violenza di genere** un recente studio del Parlamento Europeo⁶⁸ per esempio considera:

1. **A livello individuale**, l'impatto negativo sulla salute delle donne, che comporta un aumento della morbilità sia per le lesioni che per la possibilità di insorgenza di malattie soprattutto nervose e psichiatriche: tra gli altri effetti riscontrati si ha spesso la depressione, che ha un impatto negativo sulla produttività perché viene minata la capacità delle vittime di svolgere normali mansioni lavorative. Secondo l'OCSE, il tasso di occupazione tra le persone che soffrono di depressione cronica è di circa 30 punti percentuali inferiore a quello delle persone che non segnalano problemi di salute

⁶⁸ Parlamento Europeo (2021), *Combating gender-based violence: Cyber violence - European added value assessment*, Brussels, 2021.

mentale: la depressione e l'ansia hanno un impatto significativo sulle possibilità di accesso alle opportunità di lavoro o di perdita del lavoro, vengono danneggiati i percorsi di carriera e tutto ciò ha un conseguente impatto negativo sull'autonomia e lo sviluppo personale. Tra i vari costi diretti vanno considerati anche i costi di assistenza legale che rimangono a carico della vittima.

2. **A livello familiare**, la violenza domestica ha un impatto diretto sulle opportunità di sviluppo dei figli; è un ostacolo al loro percorso scolastico, aumenta la morbilità e aumenta la probabilità che la violenza si ripeta in altri aspetti della vita sociale sia delle mamme che dei bambini.
3. **A livello di collettività**, comporta un aumento dei costi sociali connessi alla cura sanitaria, psicologica e psichiatrica, l'assistenza sociale e il supporto alle vittime e ai bambini, tra i quali vi sono i centri di sostegno alle vittime di violenza le case rifugio, i percorsi di reinserimento sociale e lavorativo, l'assistenza economica per la donna che perde il lavoro e non riesce a mantenersi, costi che vanno ad impattare su diverse generazioni perché la fragilità che viene generata comporta il forte rischio della sua trasmissione intergenerazionale. Comporta anche una perdita per il sistema economico nel suo complesso derivante dalle assenze sul lavoro, dalla riduzione di formazione ed istruzione della forza lavoro, di produzione economica, dalla riduzione del rendimento lavorativo derivante dalla paura legata alle minacce, dal ritiro sociale delle vittime conseguente perdita di capitale sociale. Tra i costi che impattano sulla collettività vi sono ovviamente quelli legati alle procedure di attivazione delle forze dell'ordine di polizia e di accesso alla giustizia.

Uno studio di EIGE ha stimato la **composizione dei costi della violenza di genere** nel Regno Unito: la perdita di produzione economica a seguito di mancati guadagni e assenze dal lavoro (11,6% dei costi), costo di servizi relativi alla giustizia penale e assistenza sanitaria (38,9%) e costi relativi a servizi specialistici come consulenza, rifugi e centri di supporto (1,3%). Questo studio ha incluso anche l'impatto fisico ed emotivo della violenza come parte dei costi (48,2%).

Questa analisi può essere integrata con alcune utili riflessioni che sono emerse nel corso delle interviste condotte con la direzione della **comunità mamma bambino** che hanno evidenziato i rischi derivanti dal non realizzare percorsi di assistenza adeguati.

- In assenza di un percorso di uscita da una situazione di estrema fragilità e dunque di una possibilità di vita alternativa la situazione sia dei minori che delle mamme si va progressivamente a **cronicizzare andando ad impattare su diverse generazioni**: la madre, la figlia e la nipote rischiano di diventare tutte utenti dei servizi sociali in un percorso di mero assistenzialismo.
- Interventi tempestivi sul sostegno alla genitorialità e sulla valutazione delle potenzialità rappresentano una **possibilità di interrompere questa catena**, sebbene ovviamente non vi sia la certezza degli esiti, come di ogni intervento sociale.
- L'esperienza degli operatori evidenzia che la **prevenzione paga moltissimo**. Prima si attivavano percorsi di assistenza domiciliare per prevenire le segnalazioni al tribunale dei minori e più facilmente si riescono ad evitare interventi molto onerosi nel presente e per il futuro.

Provando ad integrare le macro-voci di spesa delineate precedentemente con quelle derivanti dalla analisi economica realizzata da Campagner e Arrigoni relativa al target delle ragazze con **disturbo della personalità borderline**, la non cronicizzazione e la guarigione si traducono in una serie di benefici, ma possono generare esse stesse alcuni costi da tre diverse prospettive: quella degli enti pubblici che pagano, quella degli individui e famiglie che possono aggravare e cronicizzare la propria situazione, e quella del sistema economico e la collettività nel suo complesso:

Per l'Amministrazione pubblica/collettività	
Benefici	Costi

<ul style="list-style-type: none"> • Uscita dal percorso clinico/riabilitativo • Riduzione dei ricoveri sanitari, riabilitativi e psicoterapici • Riduzione degli accessi al pronto soccorso • Riduzione degli interventi di psicoterapia individuale • Riduzione significativa dei costi per le terapie farmacologiche • Uscita dai percorsi assistenzialistici e di welfare • Compartecipazione ai costi tra istituzioni con vantaggi per il settore sociale che dimezza la retta rispetto ad una comunità educativa, e per il settore sanitario che riduce di almeno un terzo rispetto alla comunità terapeutica • Riduzione della spesa per le misure di sostegno al reddito (sussidi e pensioni di invalidità) • Aumento delle entrate fiscali (imposizione diretta ed indiretta) • Aumento dei contributi assicurativi e previdenziali 	<ul style="list-style-type: none"> • Costo della retta della comunità integrata (superiore alla comunità educativa ma molto inferiore alla comunità terapeutica) • Costi di avviamento della comunità integrata • Costi legati al coinvolgimento dei servizi territoriali (servizi, sociali, servizi sanitari, servizi di inserimento lavorativo, istituzioni scolastiche) soprattutto perché si tratta di impostare percorsi di inserimento sociale, scolastico e lavorativo personalizzati • Costi di gestione degli interventi di inserimento lavorativo e di coinvolgimento di aziende sensibili • Costi di gestione degli interventi di accompagnamento al mantenimento del lavoro • Sussidi alle cooperative sociali o alle imprese per il sostegno all'inserimento lavorativo
Per le persone con disturbo della personalità borderline	
Benefici	Costi
<ul style="list-style-type: none"> • Ripresa dei rapporti familiari • Significativi cambiamenti, sia sul versante clinico sia su quello sociale • Ripresa del controllo di sé stessi, della propria vita, riduzione drastica dei pensieri suicidari, agiti autolesivi, crisi di rabbia • Forte riduzione abuso di sostanze, condotte sessuali promiscue, ritiro sociale • Riduzione significativa della terapia farmacologica • Rientro nel circuito sociale normale (scuola, lavoro, amicizie, autonomia di vita): • Ripresa della frequenza scolastica • Miglioramento della capacità di socializzazione • Ripresa dei contatti con il territorio (sport, volontariato), • In alcuni casi rientro in famiglia • Incremento del reddito in caso di ripresa dell'occupazione • Benefici psicologici e miglioramento della qualità della vita derivanti dall'integrazione nel lavoro e sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione dell'introito individuale derivante da pensioni di invalidità e altre misure di sostegno al reddito • Riduzione del sostegno finanziario per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari • Costi legati all'impegno e allo sforzo lavorativo
Per il sistema economico e la collettività nel suo complesso	
Benefici	Costi
<ul style="list-style-type: none"> • Crescita della produttività grazie al rientro nel percorso lavorativo e la crescita del livello educativo • Commesse pubbliche (cooperative sociali) • Opportunità di lavoro per numerose figure professionali educative e sociosanitarie (peraltro ad un costo inferiore rispetto alle figure sanitarie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento costi del personale delle cooperative • Costi per la realizzazione di laboratori

Lo studio condotto da Campagner e Arrigoni evidenzia una chiara convenienza economica nell'affrontare il disturbo della personalità borderline stimando la **composizione dei costi** in due casi emblematici.

- Il primo è il caso di una ragazza di 15 anni, trattata prima dell'ingresso in comunità Alda Merini per due anni con ricoveri ospedalieri, lunghe psicoterapie individuali e ingressi in diverse comunità: il

costo del complesso di trattamenti che non hanno tuttavia avuto esito, è stato di circa **107.000 euro, pari a 50,000 euro all'anno. Con l'ingresso nella comunità integrata** il quadro clinico della ragazza è migliorato moltissimo: i costi per i ricoveri si sono azzerati e solo in fase iniziale è stato necessario qualche accesso al pronto soccorso. Dopo 30 mesi il costo complessivo per l'uscita dal sistema assistenziale è stata di **133,000 euro**, pari ad un costo annuo di 51.500 euro, che tuttavia ha prodotto l'uscita dal sistema assistenziale

- Un secondo caso di una ragazza di 18 anni con situazione molto differente dal primo caso, ha visto, a fronte di un costo precedente legato a frequenti ricoveri ospedalieri per circa 22 mesi che non hanno portato alla soluzione dei suoi gravi problemi, per un costo complessivo stimato in **193,000 euro**, un costo di **50,400 euro per 12 mesi** di accoglienza preso la comunità Alda Merini che ha portato al decisivo miglioramento clinico della paziente.

La tavola che segue presenta a titolo indicativo alcuni possibili costi e benefici da prendere in considerazione invece nell'analisi **delle politiche di inserimento lavorativo delle persone appartenenti a fasce molto fragili della popolazione.**

Per l'Amministrazione pubblica/collettività	
Benefici	Costi
<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della spesa per le misure di sostegno al reddito (sussidi di disoccupazione e pensioni di invalidità) • Riduzione dei costi per l'assistenza socio-sanitaria e dei costi per i servizi socio-assistenziali • Aumento delle entrate fiscali (imposizione diretta ed indiretta) • Aumento dei contributi assicurativi e previdenziali 	<ul style="list-style-type: none"> • Costi di gestione degli interventi di accompagnamento ed inserimento lavorativo • Costi di gestione degli interventi di accompagnamento al mantenimento del lavoro • Sussidi alle cooperative sociali o alle imprese per il sostegno all'inserimento lavorativo • Voucher e doti erogati ai fruitori dei servizi
Per le persone destinatarie degli interventi di inserimento lavorativo	
Benefici	Costi
<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della dipendenza da misure di sostegno al reddito • Incremento del reddito • Benefici psicologici e miglioramenti della autostima • Miglioramento della qualità della vita derivante dall'integrazione sociale e lavorativa • Reinserimento sociale che comporta anche miglioramento delle capacità di gestione delle problematiche familiari e dei figli • (per la popolazione straniera) miglioramento della accettazione sociale da popolazione autoctona 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento delle imposte pagate dal fruitore in caso di occupazione regolare • Cessazione dei contributi e sostegni economici • Riduzione del sostegno finanziario per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e socio-sanitari • Costi legati all'impegno e allo sforzo lavorativo

Uno studio realizzato nel 2018 dal Dipartimento Federale di giustizia e polizia relativo alla *Agenda integrazione*⁶⁹ dei migranti ha stimato che :

- Nel caso delle persone in età occupabile, lo sviluppo delle azioni di integrazione nel mercato del lavoro porta nel lungo termine ad **un ritorno dell'investimento realizzato fino a 4 franchi per ogni franco investito;**
- nel settore della formazione professionale, i costi sostenuti dalle amministrazioni pubbliche per l'integrazione dei migranti con permesso temporaneo o rifugiati **vengono compensati in soli 5 anni dall'inizio della formazione.**

⁶⁹ Dipartimento Federale di giustizia e polizia *Agenda integrazione – Rapporto del gruppo di coordinamento del 1 marzo 2018*

- A ciò il report aggiunge il risparmio evidente derivante dalla riduzione del rischio di radicalizzazione, criminalità e violenza che può derivare dalla mancata integrazione e dalla discriminazione; il peggioramento delle condizioni di salute derivante dalla difficoltà di accesso al sistema sanitario (studi dimostrano che una buona integrazione sociale contribuisce a migliorare lo stato di salute e dunque a ridurre le spese sanitarie);
- I costi cumulati per ogni anno di supporto sociale ed assistenziale per la popolazione target entrata giovane (a 16 anni) in Svizzera, in 25 anni nella situazione attuale (ovvero senza misure di integrazione supplementari) arriveranno ad essere pari a 1.189 milioni di franco per ogni coorte annuale; con le misure supplementari previste dalla *Agenda Integrazione* saranno 812 milioni di franchi.

Sulla base di questi dati il Dipartimento Federale di giustizia e polizia conclude che gli investimenti previsti nell'ambito della *Agenda Integrazione* consentiranno di **ridurre i costi sociali sostenuti dai Cantoni e dai Comuni di 377 milioni di franchi**.

Data questa analisi dei fattori di costo e di 'risparmio' derivanti dalla adozione di percorsi adeguati ed efficaci e pertanto adeguatamente finanziati, una azione che sarebbe particolarmente utile sviluppare, ma che risulta complessa ed onerosa da realizzare, è quella della **costruzione di un modello di stima del ritorno sociale dell'investimento realizzato**.

L'obiettivo non deve essere a nostro giudizio quello di giungere a definire quale sia il punto nel quale un investimento inizia ad essere redditizio, perché nel campo del sociale l'obiettivo non può e non deve essere quello del guadagno, quanto quello di definire quanto un incremento della spesa sociale socio sanitaria e sanitaria siano effettivamente degli investimenti perché in grado di ridurre notevolmente il costo sociale della non presa in carico dei problemi che di per sé hanno la caratteristica di cronicizzarsi e produrre danni ben peggiori se non adeguatamente affrontati.