

Trame di cura

Editoriale

Ombretta Zanon – p. 5

Inserto – La città che cura

Elena Granata – p. 6

L'infrastruttura invisibile: l'economia della cura

Valentina Rotondi – p. 9

Intervista

John Gaffuri – p. 12

One Health: la salute unica

Francesco Origgi – p. 15

Educare per prendersi cura. Università e reti sociali dentro il carcere

Francesca Pallotti – p. 19

Il paesaggio: patrimonio comune da tutelare e valorizzare

Barbara Antonioli Mantegazzini – p. 23

"Curare" la cura tra autonomia e rendicontazione

Carlo De Pietro – p. 26

La Skilloteca: un ambiente per apprendere e sperimentare tecniche e gesti di cura

Annalisa Speciali e Carla Pedrazzani – p. 29

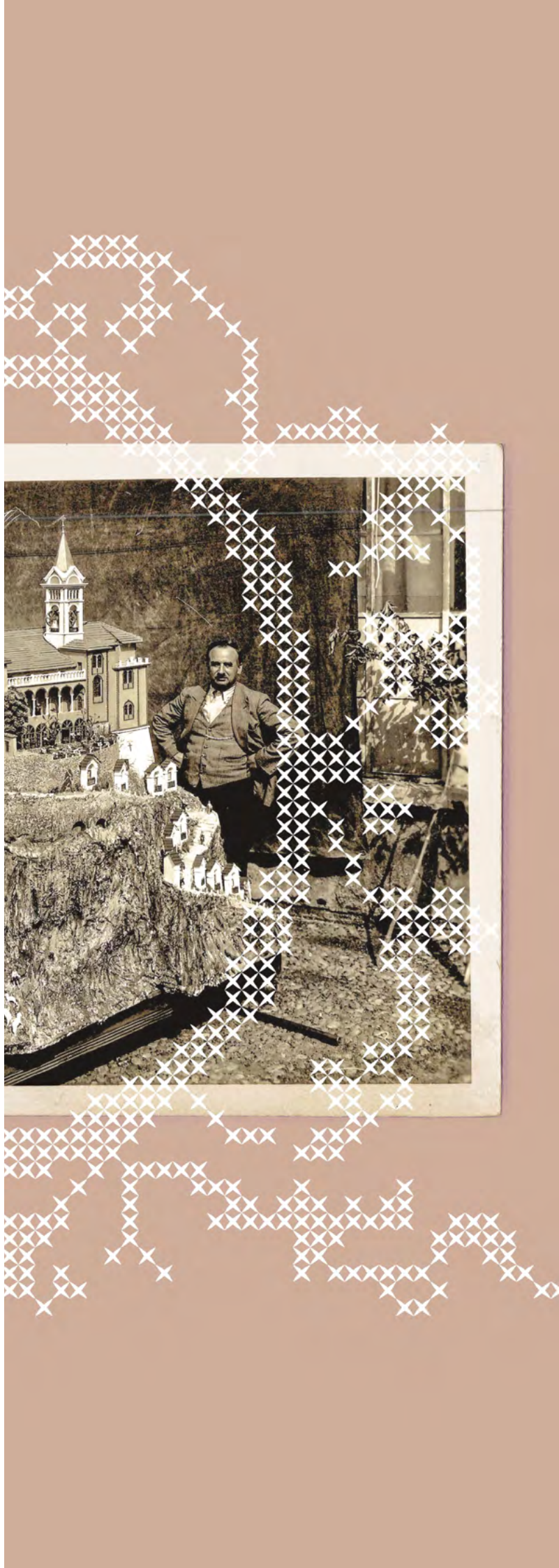
Familiari curanti: la sfida della conciliazione tra assistenza informale e lavoro retribuito

Laurie Corna e Daniele Altomare – p. 33

Bellezza e cura.

Affinché gli alberi non siano solo alberi

Guenda Bernegger – p. 37



ISSN 2504-2742 (stampa)

ISSN 3042-5077 (online)

Realizzazione

Antonio Amendola

Luca Crivelli

Elena Gerosa

Nash Pettinaroli

Progetto grafico

Istituto design

Editore

Scuola universitaria professionale

della Svizzera italiana

Dipartimento economia aziendale,

sanità e sociale

Immagini

Rebecca Bertero

Stampa

Tipografia Torriani SA, CH-6500 Bellinzona

Tiratura

2'200 copie



Iride. Rivista di economia, sanità e sociale è una rivista della Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (SUPSI) in open access distribuita con [Attribuzione- Condividi Allo Stesso Modo 4.0 Internazionale](#).

SUPSI

**Dipartimento economia aziendale,
sanità e sociale**

Stabile Piazzetta, Via Violino 11

CH-6928 Manno

T +41 (0)58 666 64 00

www.deass.supsi.ch

www.supsi.ch/go/rivista-iride

Concetto fotografie a piena pagina

La scelta dell'immagine, il testo, il francobollo, la cassetta postale.

Mandare una cartolina è un piccolo rituale affettivo, un pensiero che si fa tempo. In questo numero passato e presente si sfiorano e dialogano sulle cartoline d'archivio del territorio ticinese, attraversate da nuovi segni. Sono trame di ricamo sottili: fili che non coprono, non correggono, ma accompagnano. Ogni intervento è un atto di attenzione, un modo di prendersi cura delle immagini che restano. E così, ogni cartolina diventa una trama di relazione e di cura: tra chi ha scattato, chi ha conservato, chi ha disegnato e chi guarda ora. Le cartoline provengono dall'archivio privato di Giuseppe Haug, collezionista e docente in pensione che, per oltre cinquant'anni, ha raccolto e custodito con cura più di sessantamila frammenti del Ticino. Con generosità ha aperto le porte della sua casa, permettendo a queste cartoline di tornare a respirare un'aria nuova. Che cos'è, in fondo, cucire, se non tenere assieme?





La cura che connette sguardi e gesti, oltre le professioni

«Dammi l'acqua
dammi la mano
dammi la tua parola
che siamo,
nello stesso mondo».^[1]

Il paradigma ecosistemico e della complessità introdotti dalla metà del Novecento hanno legittimato le interdipendenze tra le diverse dimensioni materiali e immateriali della realtà, evidenziando la fallacia logica e i rischi pragmatici di una rigida compartimentazione tra saperi e relative pratiche.

Le sfide planetarie per i diritti fondamentali, l'equità e la sostenibilità, tradotte nei 17 obiettivi dell'Agenda delle Nazioni Unite 2030, reclamano con tempi non più differibili il dialogo tra area politico-economica, sanitaria, socioeducativa e biologica, in una dialettica creativa tra specificità disciplinari e ricerca di convergenze scientifiche e progettuali nel disegno del mondo.

Nella gamma dei connettori transdisciplinari per un'utopia di "vita buona" universale, rilevanza centrale assume la promozione della *salute*, equivalente non all'assenza di malattia, ma al ben-essere e al ben-trattamento attraverso la *cura*, come introdotto nel 2001 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health).

Il binomio *salute-cura* è allora un costrutto diffuso e multidimensionale che viene declinato in questo numero della rivista secondo una pluralità di angolazioni teoriche ed operative afferenti a diverse dimensioni dell'esistenza terrestre. Sostiene Luigina Mortari in una prospettiva pan-etica: «La cura rientra nell'ordine delle cose essenziali, perché per dare forma al nostro essere possibile dobbiamo *aver cura di noi, degli altri e del mondo*»^[2].

È il superamento di una concezione antropocentrica della salute, che ha dimostrato i suoi limiti autodistruttivi, in favore di un'accezione di "ambiente" formato da tutte le componenti creaturali, animali e vegetali. Ribadisce Gianfranco Zavalloni: «la cura della lentezza, l'accoglienza della fragilità, l'idea di un'umanità che torni ad essere leggera per il pianeta in cui vive, [...] sono elementi costitutivi di una cultura amica degli uomini e della natura»^[3].

Una *cura* intesa quindi, prima ancora che come repertorio di dispositivi clinici, come una modalità di sentire, pensare e abitare in pienezza psicofisica e spirituale i vari luoghi del villaggio da parte dell'intera comunità sociale. In sintesi, un esercizio di cittadinanza partecipata e co-responsabile, governata dalla virtù della prossimità solidale e misura di un progresso che non corrisponde solo all'avanzamento della tecnologia.

La cura sostanzia in questo senso una postura etica primaria che riecheggia la *Phronesis* teorizzata da Aristotele, una tensione verso decisioni ispirate e rivolte al *bene comune* e al *bello*, che esalta e conferisce senso alla conoscenza (*Episteme*) e alla strumentazione pratica (*Techné*).

Negli ultimi decenni la concezione e le azioni di cura hanno così travalicato i confini della titolarità medica e dei presidi istituzionali dell'aiuto secondo un approccio spesso settoriale e assistenzialistico di *curing*, per espandersi in *caring*, che implica *prendersi cura* (e non *farsi carico*) delle persone nella globalità dei loro contesti, bisogni e desideri, e non solo dei loro sintomi, continuando a riconoscerne la dignità ontologica oltre le fragilità e gli inciampi biografici, perché divengano «liberi per la propria cura»^[4].

All'interno di un *continuum* che in un movimento di reciprocità e di co-evoluzione annulla le polarità irrealistiche tra "sano"/"esperto" e "malato"/"inabile", il curante non è esclusivamente il professionista e la persona curata non è sempre il paziente/utente: essi talvolta sono intercambiabili, fino ad assimilarsi nell'istanza umana di riconoscimento e sollecitudine.

Ombretta Zanon,

Docente del Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale SUPSI

[1] Candiani, C.L. (2017). *Fatti vivo*. Einaudi. (p. 33)

[2] Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina. (p. 12)

[3] Zavalloni, G. (2015). *La pedagogia della lumaca: Per una scuola lenta e nonviolenta*. EMI. (p. 25)

[4] Heidegger, M. (2005). *Essere e tempo*. Longanesi. (p. 158)



Elena Granata

Elena Granata, docente di Urbanistica al Politecnico di Milano, è Vicepresidente della Scuola di Economia Civile. È stata membro dello Staff Sherpa, Presidenza del Consiglio dei Ministri, G7/G20 (2020-21). Comitato Scientifico Nazionale di Save the Children. Vicepresidente del comitato scientifico delle Settimane sociali dei cattolici in Italia. Fondatrice di Planetb, gruppo di ricerca intorno alla rigenerazione urbana, di

ambiente e economia civile. Articoli e ricerche su città, ambiente, territorio, sono raccolte in www.planetB.it.

Tra i suoi libri recenti: "Il senso delle donne per la città" (Einaudi, 2023); "Ecolove" (ed. Ambiente, 2022), con Fiore de Lettera; "Placemaker. Gli inventori dei luoghi che abiteremo" (Einaudi, 2021); "Biodiversity" (Giunti, 2019).

La città che cura

Oggi più che mai la città va ripensata come luogo di cura. Cura delle persone, della natura, della salute collettiva e del futuro. Le sfide climatiche, energetiche e sociali ci chiedono di riorganizzare gli spazi urbani e le relazioni che li abitano, restituendo centralità alla prossimità e alla qualità della vita quotidiana. Le sfide climatiche, energetiche e sociali impongono di ripensare gli spazi urbani, la loro organizzazione e le relazioni che li attraversano, valorizzando la prossimità e la qualità della vita. Prossimità e abitabilità degli spazi pubblici sono tornati nel dibattito intorno al futuro delle città, rimettendo al centro le strade, le piazze tra le case, la qualità minuta dei marciapiedi, la presenza di sedute che consentono alle persone non solo di camminare ma anche di riposare, i parchi e i giardini, le isole pedonali, i fiumi balneabili.

Dalla città intelligente alla città che cura

Cambiano le urgenze e cambiano le parole. Alla Smart City degli anni Duemila, che aveva messo al centro tecnologie e grandi marchi digitali come motori del cambiamento, si affianca oggi l'idea di una città della cura: più attenta alla protezione sociale, alla salute collettiva, all'inclusione, ai diritti, all'equità e a un rapporto più mite con la natura.

La città della cura, della prossimità e della sostenibilità rimette al centro i luoghi fisici come spazi di vita associata. È nei luoghi che, durante la pandemia, abbiamo riscoperto il valore della prossimità; ed è nei luoghi che dobbiamo affrontare le grandi sfide contemporanee. Qui nascono comunità energetiche che condividono risorse, si sperimenta una nuova centralità della produzione alimentare come cura della terra e del paesaggio, si combatte la crisi climatica con azioni di rinaturalizzazione, di mitigazione e di gestione delle acque. Ed è ancora nei luoghi che vanno ricostruite le condizioni della partecipazione popolare e del confronto, indispensabili alla salute del corpo sociale.

La crisi climatica spinge molte città a investire con decisione sulla qualità degli spazi urbani: più aree verdi, più fonti rinnovabili,

più servizi di prossimità. Chi resta a vivere in città chiede spazi aperti, parchi, natura; vuole muoversi diversamente e trovare vicino a casa ciò di cui ha bisogno. È in questo contesto che si è affermata la metafora della città *del quarto d'ora*, proposta dall'urbanista franco-colombiano Carlos Moreno e resa celebre a Parigi dalla sindaco Anne Hidalgo, poi adottata in tutto il mondo. L'idea è semplice e potente: riportare la metropoli alla dimensione del villaggio solidale, dove in un raggio di quindici minuti a piedi o in bici ogni cittadino possa raggiungere scuole, servizi e negozi, riducendo l'uso dell'auto. Il benessere dipende dalla qualità di questo spazio intermedio e di prossimità. Trascorrere più tempo all'aperto, anche nei climi freddi e in inverno, è vitale per la salute e per le relazioni umane. Una città non è abitabile se dominata dalle automobili, soffocata dal traffico e dall'inquinamento, o se organizza i tempi di vita attorno a picchi orari rigidi e incompatibili con la varietà degli stili di vita. Finora, gli interventi su tempi urbani, mobilità dolce e qualità dell'aria sono stati troppo limitati ed episodici: è da qui che occorre ripartire.

Città, stili di vita, salute pubblica

La salute dipende da molti fattori: geni, reddito, istruzione, comportamenti, ambiente, cure mediche e qualità delle strut-

ture sanitarie. Non sorprende che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) abbia coniato lo slogan *"La salute in tutte le politiche"*: ogni scelta, dalle politiche economiche a quelle culturali, dal sistema educativo alla gestione dell'inquinamento, influisce sul nostro benessere.

La pandemia ha mostrato con chiarezza la fragilità della risposta sanitaria, l'ineadeguatezza delle strutture e le profonde disuguaglianze territoriali. Occorre ripensare ospedali e case di riposo, ma anche costruire una sanità diffusa, radicata nel territorio e capace di integrare competenze diverse: dall'ingegneria alla psicologia ambientale, dal design all'economia comportamentale.

La salute non coincide con la cura della malattia, ma riguarda il benessere fisico, psicologico e sociale delle comunità. Ripensare gli spazi urbani significa quindi affrontarla in chiave ecosistemica: un continuum di politiche, azioni e luoghi che proteggono la vita e ne migliorano la qualità. Se la salute è multidimensionale, intrecciata con ambiente, lavoro e relazioni umane, possiamo davvero considerarla solo compito degli ospedali?

Eppure, ancora oggi, nel nostro immaginario il verde rimane un complemento estetico in una città di pietra, vetro e cemento. Alberi, fiori, suolo e farfalle sono percepiti come ornamenti, non come parte di un ecosistema urbano. Siamo figli di una cultura urbanistica funzionalista che considera il verde solo una dotazione minima, uno standard da rispettare. La città moderna è stata progettata in antitesi alla natura, relegata a rifugio per il tempo libero, i weekend e le vacanze.

La crisi climatica ribalta questa visione. Alluvioni, siccità e ondate di calore ci ricordano la nostra dipendenza dalla natura per sopravvivere e ci obbligano a passare da un paradigma economico a uno ecologico. Significa integrare le molte dimensioni della vita quotidiana e tutelare i beni comuni da cui dipendiamo: acqua, suolo, aria, luce, cielo, ma anche istruzione, accesso al web, competenze digitali e servizi di prossimità.



Mettersi alla scuola della natura

Oggi progettisti, architetti, ingegneri, ecologi, paesaggisti e amministratori locali sono chiamati a intervenire sul "corpo vivo" della città, agendo su suoli liberi, infrastrutture naturali, alberi e acque. La "pelle della città" (cemento, asfalto, pietra) amplifica il calore, peggiora la salute e ostacola il drenaggio, favorendo allagamenti.

Trasformare una città impermeabile in una città-spugna significa restituire permeabilità ai suoli. È un percorso necessario, ma ancora frenato da pregiudizi culturali che privilegiano superfici asettiche in nome del decoro. La crisi climatica ci impone invece di reintrodurre alberi e suoli liberi e di ripensare la struttura urbana secondo le leggi della natura.

Le *nature-based solutions* – riforestazione, rinaturalizzazione, gestione sostenibile delle acque – sono oggi strategie concrete di sopravvivenza urbana. Come ricorda il Professor Stefano Mancuso, le piante non solo assorbono CO₂ e rilasciano ossigeno, ma rappresentano una risorsa etica per la salute pubblica.

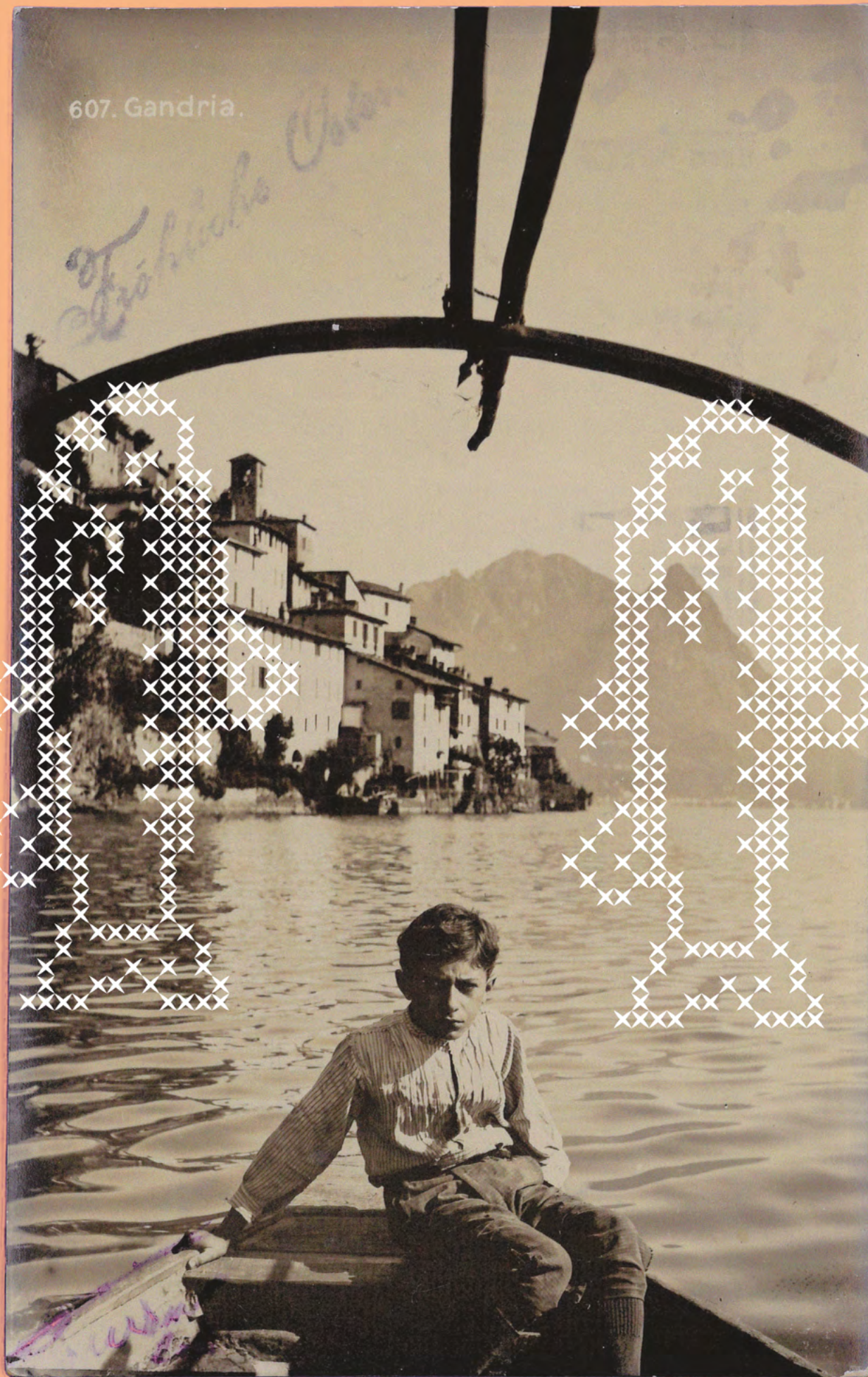
Ogni angolo della città dovrebbe ospitare frammenti di natura: tetti-giardino, facciate verdi, strade e parcheggi permeabili. Questi interventi mitigano il microclima, riducono l'inquinamento, gestiscono le acque piovane, aumentano la biodiversità e migliorano l'efficienza dei pannelli solari. La salute della vegetazione non è un fatto estetico, è condizione essenziale per raffrescamento e drenaggio urbano.

Il Professor Cecil Konijnendijk ha sintetizzato questa visione nella regola del 3-30-300: ogni persona dovrebbe vedere almeno 3 alberi dalla propria finestra, vivere in quartieri con il 30% di copertura arborea e abitare a non più di 300 metri da uno spazio verde. Non sempre immediatamente applicabile, questa regola ispira però una nuova prossimità tra uomo e natura. Ogni intervento di rinaturalizzazione e tutela di suoli e acque diventa così una politica di prevenzione e promozione del benessere.

Ripensare la città come luogo di cura significa allora intrecciare salute, giustizia sociale e sostenibilità ambientale. La sfida non è solo tecnica, ma culturale: trasformare la città da macchina che consuma risorse a ecosistema che genera benessere. Ci è richiesto più coraggio e impegno.

607. Gandria.

Frischholz



W. 1910

Valentina Rotondi è Professoressa alla SUPSI e ricercatrice associata presso l'Università di Oxford e il centro LIVES. Le sue ricerche esplorano l'intersezione tra neuroscienze, scienze

sociali ed economia. Dopo una laurea triennale e magistrale presso l'Università di Pavia ed un anno di perfezionamento a Toulouse, ha conseguito un Dottorato di ricerca in Economia presso

l'Università Cattolica di Milano con un periodo di permanenza di un anno presso l'Università di Strasburgo. Ha quindi svolto i suoi periodi di postdoc presso il Politecnico di Milano,

l'Università Bocconi e l'Università di Oxford. Ha svolto ricerca sul campo e ha vissuto in Siria, Palestina, Etiopia, Cambogia, Panama e Vietnam. È mamma di tre bimbi.

L'infrastruttura invisibile: l'economia della cura

Quando pensiamo all'economia, immaginiamo fabbriche, mercati finanziari, innovazione tecnologica. Raramente pensiamo alla cura. Eppure nessuno di noi potrebbe vivere, studiare o lavorare senza aver ricevuto – prima di tutto – cura. È la cura che ci fa crescere, ci sostiene nelle fragilità, ci accompagna nei momenti di crisi. La cura è infatti una sorta di infrastruttura invisibile, come la rete elettrica o il sistema idrico: non la vediamo, ma senza di essa nulla funziona, nemmeno l'economia.

Che cos'è, dunque, la cura?

La cura non è soltanto un compito. È un insieme di pratiche relazionali che intrecciano lavoro fisico ed emotivo e che sostengono la vita umana. È lavoro retribuito e non retribuito: crescere i figli, assistere gli anziani, insegnare, fare l'infermiere, pulire, organizzare la comunità.

Le diverse discipline descrivono la cura in modi diversi ma, spesso, complementari. La sociologia la interpreta come pratica relazionale e morale, radicata nelle strutture sociali. La filosofia femminista la vede come un orientamento etico fondato su attenzione, responsabilità e risposta ai bisogni altrui^[1]. La psicologia ne mette in luce le dimensioni evolutive ed emotive – dall'attaccamento all'empatia, fino alla regolazione affettiva. Le neuroscienze mostrano che la cura, soprattutto nella genitorialità, produce trasformazioni neurobiologiche: cambiamenti cognitivi e ormonali

rafforzano empatia, regolazione emotiva e capacità di attenzione. Dal punto di vista evolutivo, la capacità umana di prendersi cura si radica nel *cooperative breeding*: un sistema in cui la responsabilità è condivisa oltre i genitori biologici permettendo la nascita di società complesse^[2].

La cura nell'economia tradizionale: un'assenza significativa

Eppure, nell'economia tradizionale la cura quasi non compare. È considerata uno sfondo silenzioso: indispensabile alla vita sociale, ma esterna ai calcoli ufficiali di produzione e crescita. Il paradosso è evidente: il PIL, l'indicatore più usato per misurare la ricchezza di un Paese, conta la produzione di armi e persino il gioco d'azzardo, ma non tiene conto delle ore di cura non retribuita che ogni giorno permettono a bambini, anziani e lavoratori di vivere, crescere e partecipare all'economia. Così, un'ora passata a cucinare per un cliente entra nei conti del PIL, ma un'ora passata a cucinare per i propri familiari no.

Le economiste femministe hanno a lungo contestato questa omissione. Nancy Folbre sostiene che il lavoro di cura, retribuito o meno, debba essere considerato produttivo, capace di generare benefici sociali ed economici di lungo periodo^[3]. Susan Himmelweit aggiunge che la cura è fatta di tempo e relazioni: la sua qualità non si misura in velocità o quantità, ma nell'attenzione e nella reciprocità. Ed è proprio questa dimensione "lenta" e relazionale a renderla un fondamento indispensabile del nostro vivere insieme^[4].

[1] Tronto, J. (2020). *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care*. Routledge

[2] Hrdy, S. B. (2011). *Mothers and others: The evolutionary origins of mutual understanding*. Harvard University Press.

[3] Folbre, N. (2006). The invisible heart. In Zimmermann, M. K., Litt, J. S. & Bose, C. E., *Global Dimensions of Gender and Carework* (cap. 16, pp. 211–216). Stanford University Press. <https://doi.org/10.1515/9781503625723-018>

[4] Himmelweit, S. (2006). The prospects for caring: Economic theory and policy analysis. *Cambridge Journal of Economics*, 31(4), 581–599. <https://doi.org/10.1093/cje/bem011>

È ancora Nancy Folbre a mettere in luce un paradosso centrale: la cura è un bene pubblico finanziato da sforzi privati. I suoi benefici ricadono sull'intera società, ma i costi sono sopportati in larga misura dagli individui, e in particolare dalle donne. Quando la cura è riconosciuta e sostenuta, le ricadute sono evidenti: migliori condizioni di salute, maggiore partecipazione al lavoro, più benessere collettivo. Quando invece viene trascurata, gli effetti diventano strutturali: crescono le disuguaglianze di genere, si indebolisce la coesione sociale, aumentano le inefficienze economiche. Per questo, ignorare la cura non è soltanto ingiusto: è, nel lungo periodo, economicamente insostenibile.

" Il PIL, l'indicatore più usato per misurare la ricchezza di un Paese, conta la produzione di armi e persino il gioco d'azzardo, ma non tiene conto delle ore di cura non retribuite che ogni giorno permettono a bambini, anziani e lavoratori di vivere, crescere e partecipare all'economia. "

Non solo. La cura sfugge anche alla logica di mercato. Spesso è gratuita, offerta senza aspettarsi nulla in cambio, per amore, senso del dovere o responsabilità morale. Ed è proprio questa gratuità, apparentemente paradossale, a svelarne la radice economica^[5]. Se abbandonassimo per un momento le lenti dell'economia tradizionale e adottassimo quelle dell'economia civile, vedremmo, infatti, che la gratuità non è mancanza di valore, ma espressione di un valore diverso: quello fondato su reciprocità, generosità e riconoscimento reciproco^[6]. Lungi dall'essere inefficiente, essa alimenta fiducia, coesione comunitaria e cooperazione di lungo periodo. La cura, dunque, non è un'attività marginale: è parte costitutiva dell'economia.

Cura e vulnerabilità

Perché allora la cura è rimasta invisibile nei modelli economici tradizionali per così tanto tempo? Forse perché ci mette costantemente davanti alla vulnerabilità: nostra e altrui. E la vulnerabilità sembra, solo in apparenza, opposta all'immagine di invincibilità e razionalità dell'*homo oeconomicus*. Se l'*homo oeconomicus* si regge sull'illusione di autonomia e invincibilità, la cura ci ricorda che la vita è interdipendenza e fragilità condivisa.

La cura nasce dal bisogno. Essere curati significa essere vulnerabili; prendersi cura di altri significa confrontarsi con i propri limiti – impazienza, paura, stanchezza. La genitorialità lo mostra bene: spesso sappiamo cosa sarebbe giusto fare, ma non abbiamo l'energia o le risorse per farlo.

La vulnerabilità non è marginale né patologica: è una caratteristica strutturale della vita umana. Le neuroscienze mostrano che segnali di fragilità – come il pianto di un neonato – attivano circuiti che favoriscono empatia e legame sociale^[7]. L'etica della cura^[8] sostiene che la vulnerabilità non ostacola l'autonomia, ma la rende possibile. I mercati stessi si reggono su fiducia e reciprocità, rese possibili dalla nostra interdipendenza, e, quindi, dalla nostra vulnerabilità.

Vulnerabilità e mercati

Ogni scambio economico implica una dipendenza reciproca: io ho bisogno di ciò che offri, tu di ciò che fornisco. Non è un difetto, ma una condizione strutturale. Già Adam Smith lo aveva intuito: i mercati si reggono non solo su prezzi e contratti, ma anche su sentimenti morali come la simpatia e il riconoscimento reciproco.

La tradizione dell'economia civile ha recuperato questa intuizione. Luigino Bruni^[9] descrive come le nostre "ferite" possano trasformarsi in fonti di generosità e legami. Questa prospettiva riformula la vita economica non come un esercizio di distacco razionale, ma come una trama di interdipendenze relazionali. Ogni transazione comporta incertezza e fiducia: senza questo terreno comune, i mercati semplicemente non funzionano. È il riconoscimento della nostra vulnerabilità condivisa, e il relativo bisogno di cura che ne deriva, che può renderli più solidi, giusti e inclusivi.

La cura come infrastruttura sociale

Perché la cura esprima il suo potenziale trasformativo deve essere, tuttavia, sostenuta, condivisa e istituzionalizzata. La vulnerabilità, da sola, non è produttiva: richiede riconoscimento, redistribuzione e risposte strutturali. Richiede, appunto, cura. Oggi le istituzioni tendono invece a privatizzare la cura, relegandola a fatto familiare e rendendola invisibile, sproporzionatamente gravosa

[5] Rotondi, V., & Santori, P. (2023). Gratuitousness. In *Rethinking Economics Starting from the Commons. Contributions to Economics*. (pp. 205–216). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-23324-1_16

[6] Bruni, L., & Zamagni, S. (2016). *Civil economy*. Agenda Publishing <https://doi.org/10.1017/9781911116028>

per donne e *caregiver* marginalizzati. Questa logica non è solo ingiusta: è inefficiente. Quando la cura resta confinata nel privato senza infrastrutture adeguate, diminuisce la partecipazione al lavoro, crescono le disuguaglianze, si erode la fiducia sociale. Al contrario, quando è sostenuta con servizi universali, congedi equi, assistenza di qualità e politiche inclusive, la cura diventa una forza generativa. Diventa, a tutti gli effetti, un'infrastruttura sociale. E come ogni infrastruttura, se trascurata indebolisce l'intero sistema.

In questa prospettiva la cura non è un costo, ma un investimento nelle capacità fondamentali di individui e società. Produce bambini più sani, vite più lunghe, comunità più forti e coese. Fa fiorire la fiducia, sostiene la pazienza, rafforza l'empatia: qualità che sostengono famiglie, democrazie e anche i mercati. La pandemia lo ha reso chiaro: a tenerci insieme non sono stati i mercati finanziari o le piattaforme digitali, ma la cura.

Ripensare valore e tempo

Torniamo dunque da dove siamo partiti: come ricorda Nancy Folbre^[10], la distinzione tra "produzione" e "riproduzione" si fonda su ipotesi separate che separano mercato e famiglia. Questa barriera cancella il lavoro di cura non retribuito, pur essendo alla base della forza lavoro. Il risultato è una visione distorta dell'economia: si esaltano le transazioni monetarie e si ignorano i contributi indispensabili alla vita sociale.

Due sono i nodi critici. Il primo riguarda ciò che consideriamo "valore economico". Per il PIL, produrre e vendere cibo ultra-processato conta, allattare e vendere bimbino no. Eppure è proprio questo lavoro invisibile a tenere in piedi le nostre economie. Il secondo nodo riguarda il tempo. La cura richiede tempo relazionale, disponibile e attento, mentre le economie moderne si fondano su un tempo cronometrato, uniforme e ottimizzato per l'efficienza. L'ideale del lavoratore a tempo pieno e senza vincoli di cura è una finzione, resa possibile dal lavoro non pagato di altri, soprattutto donne. Jennifer Nedelsky e Tom Malleson^[11] – forse in apparenza drasticamente – propongono di ridisegnare l'architettura del tempo economico: tutti dovrebbero lavorare part-time e dedicare tempo a qualsiasi forma di attività di cura preferiscano (ivi inclusa la cura del pianeta in cui viviamo). Utopia? Esa-

gerazione femminista? Forse semplice realismo. I dati iniziano a confermarlo: sperimentazioni recenti mostrano che la settimana di quattro giorni migliora soddisfazione, salute e relazioni familiari, senza ridurre la produttività^[12].

"Quando la cura resta confinata nel privato senza infrastrutture adeguate, diminuisce la partecipazione al lavoro, crescono le disuguaglianze, si erode la fiducia sociale. Al contrario, quando è sostenuta con servizi universali, congedi equi, assistenza di qualità e politiche inclusive, la cura diventa una forza generativa. Diventa, a tutti gli effetti, un'infrastruttura sociale."

Forse la vera rivoluzione che potremmo proporre, dunque, non sta nei mercati o nelle tecnologie, e nemmeno – o non solo – nell'Intelligenza Artificiale, ma nel modo in cui scegliamo di dedicarci agli altri.

La domanda allora è: cosa sceglieremo di fare, domani, con il nostro tempo? Di chi, o di cosa, vorremmo prenderci cura? Se le fondamenta sono invisibili, è lì che dobbiamo guardare per costruire il futuro.

[7] Feldman, R. (2015). The adaptive human parental brain: Implications for children's social development. *Trends in Neurosciences*, 38(6), 387–399. <https://doi.org/10.1016/j.tins.2015.04.004>

[8] Noddings, N. (2003). *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*. University of California Press.

[9] Bruni, L. (2020). *La ferita dell'altro: Economia e relazioni umane*. (Nuova edizione). Marietti 1820.

[10] Folbre, N. (2024). Care provision and the boundaries of production. *Journal of Economic Perspectives*, 38(1), 201–220. <https://doi.org/10.1257/jep.38.1.201>

[11] Nedelsky, J., & Malleson, T. (2023). *Part-Time for all: A care manifesto*. Oxford University Press

[12] Mullens, F., & Glorieux, I. (2024). Reducing working hours: Shorter days or fewer days per week? Insights from a 30-hour workweek experiment. *Cambridge Journal of Economics*, 48(1), 41–68. <https://doi.org/10.1093/cje/bead049>



Intervista a John Gaffuri

John Gaffuri è Presidente dell'Associazione dei direttori delle Case per anziani della Svizzera Italiana (ADiCASI) per l'anno 2025. È laureato in Economia e Business Administration presso la Aalborg Universitet (Danimarca). Dal 2012 è Direttore della Fondazione Parco San Rocco di Morbio Inferiore.

Casa della comunità: andare oltre il concetto di casa anziani

In questo numero di Iride dedicato alla Cura intesa in senso ampio, abbiamo intervistato il Presidente di ADiCASI John Gaffuri sul tema della cura degli anziani per tentare di comprendere cosa significhi oggi, in un settore costantemente confrontato con la pressione demografica, tentare di produrre innovazione prendendosi cura di questa popolazione. Emerge una concezione rinnovata delle case anziani che mette al centro la comunità e l'intergenerazionalità in un ambito professionale all'interno del quale la co-costruzione della cura non riguarda esclusivamente aspetti sanitari e le opportunità da cogliere restano numerose per tendere all'obiettivo di migliorare la qualità delle cure. L'intervista è a cura di Elena Gerosa, caporedattrice di Iride e communication manager presso il DEASS.

In veste di Presidente di ADiCASI, potrebbe parlarci del ruolo di questa associazione nello sviluppo dell'assistenza agli anziani, nello scambio di buone pratiche, nella definizione di misure di benchmarking?

ADiCASI svolge uno spettro di attività molto ampio in rappresentanza delle case per anziani, ma possiamo affermare che l'obiettivo ultimo del nostro agire è promuovere una cultura dell'assistenza incentrata sulla dignità della persona, la competenza professionale e la condivisione di esperienze. Con questo intento, partecipiamo innanzitutto attivamente alla politica sociosanitaria attraverso la costituzione di gruppi di lavoro, contribuendo all'elaborazione di direttive di settore e garantendo la nostra rappresentanza in varie commissioni di interesse settoriale, sia a livello cantonale che federale.

Lo scambio di buone pratiche è linfa vitale nel nostro ramo che si alimenta, in gran parte, della valorizzazione dell'esperienza dei colleghi. Questa è certamente un'area prioritaria per ADiCASI, che si impegna a promuovere il dialogo tra direttori, la formazione e la collaborazione con gli enti formativi attivi sul territorio. Infine, il nostro lavoro si riflette anche nell'elaborazione di strumenti di *benchmarking*, utili

a monitorare e migliorare la qualità delle prestazioni.

In sintesi, da una parte cerchiamo di essere il punto di riferimento per chi vuole interfacciarsi con il mondo delle case per anziani, un ruolo che è stato ben evidente a tutti durante la pandemia; dall'altra, ADiCASI contribuisce alla creazione di valore per l'intero sistema, mettendo sempre al centro l'anziano, la sua dignità e la qualità della sua vita.

Quali misure avete intrapreso nelle case che dirige, al fine di migliorare ulteriormente la qualità delle cure, valorizzando le risorse dei residenti e dei collaboratori?

Sul piano della qualità, l'approccio delle case per anziani – non solo del Parco San Rocco che dirigo dal 2012 – è sempre più strutturato: sono impiegati sistemi di gestione orientati al miglioramento continuo, gli indicatori vengono rivisitati regolarmente ed è incoraggiata la condivisione non solo delle buone pratiche, ma anche degli errori in un clima di fiducia e apprendimento reciproco.

Migliorare la qualità delle cure significa anche e soprattutto prendersi cura delle persone che ogni giorno se ne fanno

carico: i nostri collaboratori. A tal fine, le case per anziani tendono sempre più ad abbracciare strategie volte a valorizzare e fidelizzare il proprio personale, mettendo in atto, ad esempio, misure per garantire un maggior equilibrio tra lavoro e vita privata e favorendo soluzioni personalizzate sulla base dei bisogni dei singoli individui. Perché un collaboratore motivato e soddisfatto non se ne va: resta, si sente parte di una missione e fa la differenza ogni giorno, assistendo i nostri anziani.

Per esempio, al Parco San Rocco abbiamo introdotto un sistema di *benefit* che include, tra le altre cose, la mensa aziendale, un piano previdenziale, un piano di mobilità aziendale e l'accesso libero al medico interno anche per i collaboratori. Offriamo inoltre otto corsi extraprofessionali – che spaziano dalla fotografia, alla ceramica e alla cucina – che danno l'opportunità ai collaboratori di mettersi alla prova e scoprire nuovi talenti: un'iniziativa di cui siamo molto orgogliosi e che ha registrato un tasso di adesione vicino al 90%.

In che misura l'intergenerazionalità si trova al centro delle riflessioni su questi spazi di vita, rinnovati rispetto al passato?

L'intergenerazionalità rappresenta un asse fondamentale quando sul tavolo c'è il tema del ripensamento degli spazi di vita dedicati agli anziani. L'interazione tra generazioni diverse va costruita e gestita, non può essere "calata dall'alto"; affinché ciò accada, è indispensabile creare occasioni e spazi giusti, nel rispetto delle diversità. Bisogna puntare alla realizzazione delle cosiddette *caring communities*, ovvero comunità in cui sono le persone a prendersi cura le une delle altre, in un contesto aperto e partecipativo.

Un simile concetto implica la rivisitazione delle nostre case per anziani: non più luoghi chiusi e separati, ma strutture aperte ed integrate nella comunità di riferimento. Luoghi dove l'incontro tra generazioni diventa risorsa e stimolo reciproco non solo attraverso la condivisione fisica degli spazi, ma anche grazie alla creazione di

relazioni tra età diverse, che possono nascere, per esempio, nella proposta di attività (ad esempio artistiche, culturali o di intrattenimento) da vivere insieme.

L'intergenerazionalità prende forma attraverso azioni concrete e contando su professionisti preparati – pensiamo, per esempio, agli specialisti in attivazione, agli animatori – che, oltre ad essere i "realizzatori delle attività", divengono mediatori tra bisogni e capacità differenti. Ma tutto questo, da solo, non basta. Affinché l'intergenerazionalità funzioni davvero è essenziale che vi sia una cultura organizzativa adeguata, in cui l'apertura, la diversità e il confronto con gli "esterni" non siano percepiti come ostacolo al quotidiano, bensì come un vero e proprio patrimonio.

In sintesi, l'intergenerazionalità non è un progetto tra i tanti, ma una visione: quella di una società più inclusiva, dove il tempo della vecchiaia non è isolamento, ma parte integrante del tessuto sociale.

L'apertura delle strutture verso l'esterno rende la casa anziani non solo un luogo di vita per i residenti, ma anche un punto di incontro per la comunità circostante. Quali gli esiti di questo approccio alla co-costruzione della cura (intesa in senso ampio)?

La co-costruzione della cura è innanzitutto un cambio di paradigma: la casa per anziani non è più concepita come un luogo che "offre" servizi a destinatari passivi, ma come un processo in cui residenti, familiari, operatori, volontari, istituzioni e la comunità stessa partecipano attivamente alla definizione degli spazi e delle attività o allo sviluppo di veri e propri progetti che riguardano la struttura. Si tratta quindi di un approccio che parte dall'ascolto, riconosce i bisogni e valorizza le competenze di tutti gli attori coinvolti.

Inoltre, aprire una casa per anziani alla comunità significa anche trasformarla in un luogo pieno di vita, dove la cura non è solo sanitaria ma è anche relazione e partecipazione. Per l'anziano è essenzia-

le dare un senso alle proprie giornate e questo lo si ottiene creando uno spazio di attivazione sociale che favorisca i legami e gli incontri, restituendo così alla persona il piacere di sentirsi parte di un contesto vitale.

I vantaggi per gli anziani si estendono anche agli operatori che li assistono: in un contesto dove la fragilità e la morte sono una presenza costante, introdurre iniziative "di vita" riduce il carico emotivo e rafforza la motivazione.

A beneficiarne è anche la comunità che, a sua volta, trova in questi spazi un punto di riferimento non solo in termini funzionali, con servizi accessibili anche ai non residenti quali bar, ristoranti, sportello postale, e così via, ma anche sociali, con la rigenerazione di quella rete informale di supporto che nella società moderna sembra sempre più affievolirsi.

In sostanza, la co-costruzione della cura si potrebbe quasi definire una sorta di patto sociale, in cui tutti – dentro e fuori la struttura – contribuiscono a realizzarla.

Quanto conta la sinergia tra fondazioni e autorità (comuni, Cantone)?

Conta moltissimo! L'invecchiamento della popolazione rende prioritario mettere la cura degli anziani al centro del dibattito politico. Se vogliamo mantenere gli attuali standard di qualità, l'unica strada è destinare più risorse al sistema. Certamente le ottimizzazioni, la creazione di reti, il rafforzamento del servizio a domicilio possono avere un ruolo rilevante, ma il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione comporta che le case per anziani accoglieranno un numero crescente di residenti con minor autonomia e bisogni clinici complessi, con inevitabili ricadute su risorse, personale e competenze.

Molti sono i tavoli di confronto tra gli attori già oggi attivi ma, dal mio punto di vista, la strada per arrivare a una condivisione schietta e costruttiva di obiettivi, indirizzi operativi e priorità è ancora lunga.



Francesco Origgi

Francesco Origgi è un microbiologo e patologo veterinario, laureato in medicina veterinaria all'Università statale di Milano nel 1994. Nel 2001 ottiene un Dottorato di ricerca in medicina veterinaria

presso la Graduate School dell'Università della Florida. Nel 2010 comincia una lunga collaborazione con l'Università di Berna (Vetsuisse) dove dal 2016 è Privatdozent e dal 2024 è Professore aggiunto. Dal

gennaio 2023 è Professore ordinario presso l'Unità di malattie infettive del Dipartimento di scienze veterinarie dell'Università di Messina. Dal 1° marzo 2024 ha assunto il ruolo di Direttore dell'Istituto

microbiologia in seno al DACD della SUPSI. È inoltre autore di oltre cento pubblicazioni, redattore per riviste scientifiche e vincitore di premi internazionali.

One Health: la salute unica

Il concetto "One Health" è stato elaborato in tempi relativamente recenti per cristallizzare l'idea che la salute pubblica non è una variabile indipendente dalla salute animale e ambientale, ma che al contrario, ne è strettamente interdipendente. Ciascuno di questi tre elementi si influenza a vicenda. La tutela della salute pubblica, non può altro che realizzarsi tramite la tutela della salute animale e di quella dell'ambiente mediante un approccio concertato ed integrato, con la consapevolezza che non esiste un'altra via. Non banale è la consapevolezza che un approccio integrato, porti con sé anche dei benefici economici rispetto ad un approccio atomizzato ed individuale.

«One Health è un approccio integrato e unificante che mira a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di esseri umani, animali, piante ed ecosistemi. Riconosce che la salute degli esseri umani, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in senso più ampio (compresi gli ecosistemi) è strettamente collegata e interdipendente. L'approccio mobilita più settori, discipline e comunità a vari livelli della società per lavorare insieme al fine di promuovere il benessere e affrontare le minacce alla salute e agli ecosistemi, rispondendo al contempo all'esigenza collettiva di acqua, energia e aria pulite, cibo sicuro e nutriente, agendo sul cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile.»^[1]

Il paragrafo precedente riassume la definizione del concetto *One Health* universalmente accettata e fornita dalla quadripartita che riunisce FAO (Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura), WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità, OMS),

WOAH (Organizzazione Mondiale per la Salute Animale, precedentemente nota come OIE) e UNEP (Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente) tramite il gruppo consultivo di esperti indipendenti OHLEP (One Health High-Level Expert Panel)^[2].

In realtà, l'idea che salute umana, animale ed ambientale fossero interdipendenti tra loro, non è un concetto completamente nuovo. Già nel XIX secolo Rudolf Virchow con la definizione del concetto di zoonosi^[3] e Calvin Schwabe nel XX secolo con l'elaborazione del concetto di *One medicine*^[4; 5] posero le basi della concezione moderna di *One Health*, e cioè di una salute unica a prescindere dallo specifico soggetto della triade principale, essere umano, animale o ambiente. Questo è un concetto di straordinaria importanza che rappresenta un netto superamento di una concezione di salute che per molti anni è stata essenzialmente antropocentrica e cioè una salute intesa principalmente, se non unicamente, come salute pubblica. L'esperienza collettiva maturata in epoca recente, ci ha drammaticamente dimostrato che non esiste una salute pubblica schermata da tutto ciò che la circonda e cioè dall'ambiente e dagli animali. A fianco di agenti infettivi che l'evoluzione ha adattato a singole specie (umana od animali) che ne fungono da ospiti, vi sono molti agenti patogeni che sono in grado di attraversare agevolmente l'interfaccia umana-animale, causando malattia negli esseri umani così come in quelli animali (agenti zoonotici). L'impiego inappropriato di antibiotici sia in ambito umano, che zootecnico è stato uno degli elementi che ha contribuito in modo importante all'emergenza dell'antibiotico resistenza, una problematica globale di drammatica attualità. L'Istituto microbiologia della SUPSI si occupa da anni del monitoraggio delle acque, della ricerca di patogeni emergenti e di microorganismi batterici

[1] FAO, UNEP, WHO & WOA (2022). *Global Plan of Action on One Health: Towards a more comprehensive One Health, approach to global health threats at the human-animal-environment Interface*. Food and agriculture organization of the United Nations.

[2] Tonolla M. & Origgi F. (2025). One Health: un approccio integrato alle sfide sanitarie globali. *Bollettino della Società ticinese di scienze naturali (STSN)*, 113. [in corso di stampa]

[3] S.Saunders, L. Z. (2000). Virchow's Contributions to Veterinary Medicine: celebrated then, forgotten now. *Veterinary Pathology*, 37(3), 199–207.

[4] Schwabe, C.W. (1984). *Veterinary medicine and human health*. (third edition). Williams & Wilkins

[5] Zinsstag J., Meyer J.M., Bonfoh B., Fink G. & Dimov A. (2024). One Health in human-environment systems: Linking health and the sustainable use of natural resources. *CABI One Health*, 3(1). <https://doi.org/10.1079/cabonehealth.2024.0012>

portatori di fattori di resistenza microbica e della loro caratterizzazione molecolare al fine di una mappatura dei rischi per il nostro territorio.

A questo, si devono poi aggiungere tutte le problematiche sanitarie legate alla contaminazione di cibo e di acque, responsabili di centinaia di migliaia di morti ogni anno. Siamo attivi anche in questo ambito come Istituto con un progetto finanziato dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica^[6] per valutare il rischio effettivo di eventi di contaminazione con agenti microbici specifici e se questi possano rappresentare un rischio per la salute pubblica.

Uno degli aspetti certamente più importanti del concetto *One Health* è stato il riconoscimento dell'importanza che l'ambiente riveste proprio nel contesto della salute unica. Un ambiente sano, diventa la premessa necessaria per la salute umana ed animale. I tre concetti sono inestricabilmente

interconnessi e non possono essere disgiunti. Questa è la quintessenza del concetto *One Health*. L'Istituto microbiologia, con i suoi cinque settori di attività pone un accento particolare sull'aspetto ambientale del concetto *One Health*, avendone riconosciuto precocemente la rilevanza.

Sono sotto gli occhi di tutti i fenomeni associati al cambiamento climatico, come l'aumento delle temperature, gli inverni più miti o l'aumento in frequenza ed intensità degli eventi estremi. Meno evidenti sono però una serie di conseguenze legate, ad esempio, alla crescita delle temperature come l'aumento delle aree territoriali dove le condizioni climatiche sono favorevoli all'insediamento e all'espansione di vettori di agenti infettivi. L'espansione in latitudine ed altitudine di agenti vettori come ad esempio zanzare e zecche, sono esperienze comuni, con la possibilità d'incontro con questi agenti in aree o ad altitudini dove solo fino a pochi anni fa, era essenzialmente impossibile, se non altamente improbabile.

[Fig.1]
Zanzara comune
(*Culex pipiens*).
© Eritja, SUPSI.



Le zanzare possono veicolare agenti patogeni che possono infettare sia animali che esseri umani, causando in entrambi malattie. Nel contempo, gli artropodi vettori, come le zanzare sono influenzate nella loro attività da quelle che sono le condizioni ambientali. In questo senso, le zanzare e gli agenti infettivi che veicolano, sono un esempio paradigmatico del concetto One Health, dove salute umana, animale e dell'ambiente si intersecano e sovrappongono, mostrando in modo evidente come i tre aspetti di questa triade siano intimamente associati e correlati tra loro.

[6] Progetto MicRISK 2030
<https://www.micrisk2030.com/>

Questi vettori possono veicolare agenti infettivi che possono colpire indiscriminatamente esseri umani o animali, con conseguenze facilmente immaginabili. Inoltre, se fino a qualche anno fa la presenza di agenti infettivi esotici (virus della febbre del Nilo Occidentale, Virus della febbre di Dengue, Virus di Zika, Virus agente della Chikungunya) poteva essere imputata essenzialmente all'importazione di casi clinici da località altrettanto esotiche, il rischio per il futuro è che l'instaurarsi delle condizioni ambientali favorevoli all'insediamento stabile degli atropodi vettori competenti, possa portare all'insorgenza di casi autoctoni anche sul territorio svizzero. In quest'ottica è fondamentale il presidio del territorio nel contesto di una strategia di prevenzione ed intervento che vede da più di trent'anni il nostro lavoro integrato e concertato insieme a quello delle figure istituzionali preposte alla salute pubblica e veterinaria sul territorio ticinese, e cioè nello specifico del Medico e del Veterinario Cantonale. Il significato di prevenzione di questo lavoro è strategico, oltre che necessario, considerando in particolare la localizzazione geografica del Canton Ticino, che fa del nostro territorio una possibile porta d'ingresso di agenti infettivi e dei loro vettori associati per tutto il resto della Svizzera.

Questo monitoraggio però non si limita al rilevamento dei vettori e degli agenti da essi eventualmente veicolati, ma anche a come questi agenti infettivi mutano e si evolvono, un aspetto molto importante in ambito di biosicurezza.

I cambiamenti climatici, però, non impattano soltanto la "logistica" dei microorganismi e dei loro vettori, ma anche la dinamica della loro interazione e delle conseguenze che questo può avere, con evidenti possibilità di ripercussione sulla salute pubblica ed animale. L'ecologia microbica, la branca della microbiologia che studia l'interazione delle comunità microbiche, può fornire dati importantissimi in questo ambito. Per esempio, nel cogliere i mutamenti che possono essere in atto nel modo in cui i microrganismi ambientali interagiscono tra loro al variare, per esempio, delle temperature ambientali, e se questi mutamenti possano avere ripercussioni sulle miriadi di processi operati da questi microorganismi a nostro beneficio. Non da ultimo, questo monitoraggio ci potrebbe consentire di cogliere per tempo anche l'insorgenza o l'emergenza di nuovi agenti infettivi^[7].

Infine, parte fondamentale dell'ambiente sono gli animali selvatici. La stragrande maggioranza degli agenti infettivi di natura zoonotica identificati negli ultimi decenni e che sono stati responsabili di importanti epidemie e pandemie negli esseri

umani, erano veicolati da animali selvatici. Attenzione, però, questo non significa che gli animali selvatici sono una "minaccia costitutiva", al contrario il problema spesso origina da come si interviene sul territorio. Infatti, per esempio, l'urbanizzazione selvaggia e la sottrazione incontrollata di territori boschivi da destinare ad altri usi, come pure la scomparsa di superfici agricole e l'avanzare del bosco, determinano inevitabilmente l'aumento del contatto tra esseri umani ed animali selvatici da una parte, e animali domestici e selvatici, dall'altra. Questo è evidentemente associato al rischio di diffusione di agenti infettivi veicolati dagli animali selvatici ad animali domestici ed esseri umani. Paradossalmente, in molti casi, è frequente anche l'esatto contrario e cioè che agenti infettivi endemici negli animali domestici vengano introdotti in popolazioni native di animali selvatici con conseguenze devastanti. Infine, la riduzione di "zone filtro" tra ambiente selvatico ed urbano sta favorendo l'ingresso di animali selvatici in città. In primis di volpi e cinghiali, attirati dall'abbondanza di cibo spesso presente tra i rifiuti. Senza dimenticare che questi animali possono veicolare agenti zoonotici importantissimi e rilevanti anche per la salute umana, come per l'esempio l'Echinococco nelle volpi e l'agente della tubercolosi nei cinghiali, come riscontrato in diversi paesi.

Gli animali selvatici sono dunque esattamente al centro del concetto *One Health*, sia come vettori di agenti infettivi zoonotici, sia come sentinelle della salute ambientale e come componente strategica della salute animale ed umana. Sulla base di questa consapevolezza, l'Istituto microbiologia sta espandendo il proprio interesse ed operatività nell'ambito dei selvatici nel contesto della sua missione principale, che è proprio la strategia *One Health*.

Il futuro si presenta ricco di sfide che non ci devono cogliere impreparati. La salute pubblica è fondamentale, ma abbiamo capito che sarebbe utopistico pensare di tutelarla senza occuparci di salute animale ed ambientale. Solo l'interiorizzazione e l'attualizzazione di questa consapevolezza ci può far trovare pronti di fronte a tutto ciò che ancora non conosciamo, ma con cui dovremo inevitabilmente confrontarci. L'affinare i nostri strumenti, il monitoraggio costante e capillare del territorio per cogliere le prime gocce di pioggia, sono indispensabili per poter prevedere e gestire la tempesta che potrebbe seguire.

[7] Garcia-Solache, M. A., & Casadevall, A. (2010). Global warming will bring new fungal diseases for mammals. *mBio*, 1(1), e00061-10. <https://doi.org/10.1128/mBio.00061-10>

Chers amis,
 Ne me en
 veuillez pas si bien
 Bords du Lac de Lugano
 Je m'occupe de mon mari à dévotion
 que je ne puis pas en faire des commissions et cela
 à l'heure même. Mes adieux.

Francesca Pallotti è
Professoressa ordinaria
in Gestione e comporta-
mento organizzativo e
Responsabile del Centro
competenze management

e imprenditorialità del
DEASS. I suoi interessi
scientifici riguardano lo
studio delle reti sociali, dei
processi di cambiamento
organizzativo e della

leadership. Da alcuni
anni conduce progetti
di ricerca ad impatto
sociale sulla formazione
in carcere, con particolare
attenzione al ruolo delle

relazioni sociali nel
favorire l'integrazione, il
benessere delle persone
detenute e la loro
partecipazione a percorsi
educativi.

Educare per prendersi cura. Università e reti sociali dentro il carcere

La "cura" in carcere non si riduce a un intervento sanitario o a un sostegno psicologico. È, prima di tutto, farsi carico della persona nella sua interezza: riconoscerne la dignità, ascoltarne i bisogni, valorizzarne le potenzialità. In questa prospettiva, offrire istruzione universitaria ai detenuti diventa un atto autentico di cura. Non solo arricchisce il sapere, ma apre percorsi di trasformazione che incidono su identità, relazioni e prospettive di reinserimento. Un cambiamento che supera i confini dell'istituzione penitenziaria, valica sbarre e muri, e arriva a riguardare la società intera.

Cura e educazione: una prospettiva integrata

Parlare di cura significa andare oltre la dimensione sanitaria o assistenziale: è farsi carico della persona nella sua interezza, riconoscendone dignità, bisogni e potenzialità. Heidegger^[1] descriveva la cura (*Sorge*) come dimensione costitutiva dell'esistenza umana, mentre Ricoeur^[2] ne ha sottolineato il valore etico, come pratica che intreccia la cura di sé e degli altri. Applicata al carcere, questa prospettiva invita a spostare l'attenzione dalla punizione alla responsabilità collettiva, mostrando come l'educazione possa diventare una forma concreta di cura.

Educare significa offrire opportunità di crescita personale, di rielaborazione identitaria e di apertura al futuro. Come ricorda Nussbaum^[3], senza istruzione non vi è piena cittadinanza: è l'educazione a sviluppare le capacità che rendono possibile la partecipazione democratica e

l'autonomia individuale. Nel contesto carcerario, questa idea assume un valore simbolico ancora più forte: se educare, nel suo significato originario, è "condurre fuori", l'educazione diventa qui una via di uscita, reale e metaforica, dal confinamento fisico e dallo stigma sociale.

Le ricerche empiriche confermano questo quadro. Akerlof e Kranton^[4] hanno mostrato come i processi educativi incidano direttamente sull'identità, ossia sulla percezione di sé e del proprio ruolo all'interno di un gruppo sociale. Sebbene il loro lavoro non riguardi direttamente il carcere, le loro conclusioni si estendono anche a questo contesto. In tale direzione, Lerman e Sadin^[5] documentano che l'istruzione in carcere consente un vero cambiamento identitario: l'etichetta di "detenuto" può lasciare spazio a quella di "studente." A sostegno di questa affermazione, O'Brien et al.^[6] evidenziano l'impatto trasformativo della formazione universitaria in carcere, che rafforza autostima e relazioni, offre un'identità positiva e apre prospettive più solide di reintegrazione. Al contrario, l'esclusione educativa alimenta marginalità e disuguaglianze, contribuendo alla spirale dell'incarcerazione^[7]. Allargando lo sguardo dagli effetti individuali a quelli sociali, un recente rapporto dell'UNESCO^[8] sottolinea che investire nell'educazione penitenziaria significa investire nella coesione sociale e sicurezza collettiva, grazie all'impatto sulla riduzione della recidiva e sul miglioramento delle prospettive occupazionali.

In sostanza, la via educativa alla cura svolge una duplice funzione: sostenere la persona detenuta nella sua dignità e nel suo percorso di ricostruzione di un'identità socialmente screditata e stigmatizzata^[9] e, al tempo stesso, produrre valore pubblico, contribuendo a una società più equa e inclusiva. La formazione in carcere diventa dunque non solo una misura di reinserimento, ma un

[1] Heidegger, M. (2006). *Essere e Tempo*. Longanesi.

[2] Ricoeur, P. (1992). *One-self as another*. University of Chicago Press.

[3] Nussbaum, M. C. (2011). *Creating Capabilities: The Human Development Approach*. Harvard University Press.

[4] Akerlof, G. A., & Kranton, R. E. (2002). Identity and schooling: Some lessons for the economics of education. *Journal of Economic Literature*, 40(4), 1167–1201. <https://doi.org/10.1257/002205102762203585>

[5] Lerman, A. E., & Sadin, M. (2023). Transformational learning and identity shift: Evidence from a campus behind bars. *Punishment & Society*, 25(3), 683–706. <https://doi.org/10.1177/14624745221087702>

[6] O'Brien, K., King, H., Phillips, J., Dalton, K., & Phoenix. (2022). "Education as the practice of freedom?" - prison education and the pandemic. *Educational Review*, 74(3), 685–703. <https://doi.org/10.1080/00131911.2021.1996335>

investimento civile che restituisce benefici al tessuto sociale complessivo.

Numeri e scenari internazionali

Il panorama mondiale mostra luci e ombre rispetto alla formazione in carcere e, in particolare, quella universitaria.

Negli Stati Uniti, il programma *Second Chance Pell* ha permesso a oltre 45'000 detenuti di avviare studi universitari dal 2016, con quasi 18'000 titoli conseguiti. Iniziative come il Bard Prison Initiative o l'*Education Justice Project* in Illinois testimoniano l'impatto trasformativo dell'università dietro le sbarre. Studi del Vera Institute e della RAND Corporation mostrano che ogni dollaro investito in istruzione penitenziaria genera un risparmio stimato di 4–5 dollari nei costi legati alla rein-carcerazione. Nonostante ciò, la partecipazione rimane limitata a una minoranza della popolazione detenuta. Sul piano normativo, non esiste un diritto generalizzato all'istruzione universitaria, ma il *Bureau of Prisons* è tenuto per legge (18 U.S.C. § 3621) a garantire programmi educativi di base e professionali. Dal 2023, con il ripristino dei *Pell Grants* per gli studenti detenuti, l'accesso a percorsi universitari è stato notevolmente ampliato, aprendo nuove opportunità per persone recluse.

In Italia, l'istruzione universitaria in carcere è cresciuta molto: nell'anno accademico 2024/25 gli studenti iscritti in contesti penitenziari sono stati 1'837, distribuiti in 120 istituti e coinvolgendo 41 Atenei, con un'offerta formativa ampia. Il numero è più che raddoppiato rispetto al 2018/19. La maggioranza frequenta i corsi all'interno degli istituti, mentre una quota minore segue percorsi in semilibertà o in regime aperto. La distribuzione mostra ancora una netta prevalenza maschile, ma la presenza femminile è in aumento. In termini di incidenza, gli iscritti universitari rappresentano circa il 3% dei detenuti uomini e il 2,5% delle detenute donne. Considerato che la maggioranza della popolazione detenuta possiede al massimo la licenza media, l'università rappresenta uno strumento cruciale di riscatto e riduzione delle disuguaglianze. Pur essendo l'istruzione espressamente prevista dall'Ordinamento penitenziario (artt. 15 e 19), la concreta disponibilità dell'università in carcere dipende ancora in larga misura da risorse, accordi con gli Atenei e supporto organizzativo, spesso legato al volontariato e al buon funzionamento delle convenzioni locali.

Negli ultimi anni, tuttavia, è iniziato un processo di definizione di linee guida nazionali per uniformare il funzionamento dei Poli universitari penitenziari e renderne più stabile l'operato.

In Svizzera, l'istruzione in carcere si concentra quasi esclusivamente sulla formazione scolastica di base, coordinata dal Centro di istruzione penitenziaria (Fep). Non esistono programmi universitari strutturati aperti ai detenuti; un'eccezione è rappresentata dal CAS *Santé en milieu pénitentiaire* dell'Università di Ginevra, rivolto però a operatori sociosanitari. La Svizzera aderisce alle *European Prison Rules*^[10], che riconoscono l'istruzione come diritto fondamentale, e il Codice penale (art. 75 StGB) afferma che l'esecuzione della pena deve preparare al reinserimento e garantire condizioni di vita il più possibile simili a quelle della società. Tuttavia, nonostante principi chiari, le realizzazioni pratiche restano frammentarie.

In sintesi, sebbene i tre quadri normativi riconoscano il valore dell'istruzione in carcere come parte del trattamento rieducativo e del reinserimento, l'accesso concreto all'università resta diseguale: negli Stati Uniti, grazie a fondi federali, si sono aperte nuove opportunità, mentre in Italia e Svizzera l'offerta rimane frammentata e dipendente da risorse e iniziative locali.

La ricerca: reti sociali ed educazione universitaria

È su questo sfondo che prende vita il progetto di ricerca "Formazione e Reti Sociali in Carcere e Oltre il Carcere", sviluppato con l'Università di Pisa e il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia in Italia. Il progetto nasce da un interrogativo cruciale: *in che modo la formazione, in particolare quella universitaria, modifica le reti sociali dei detenuti e, attraverso di esse, i processi di inclusione e di trasformazione identitaria?*

L'originalità consiste nell'aver introdotto per la prima volta in Italia la *Social Network Analysis*^[11] in carcere, combinandola con metodi statistici e osservazioni etnografiche raccolte nell'arco di tre anni. Questo approccio permette di osservare e misurare simultaneamente fenomeni diversi e, spesso, invisibili – come la qualità delle relazioni, il benessere psico-fisico, la partecipazione educativa – traducendoli in dati empirici^[12]. Un quadro analitico, quello della *Social Network Analysis*, che consente di mappare la dimensione relazionale, solitamente affidata a rilevazioni di natura qua-

[7] Massoglia, M., & Pridemore, W. A. (2015). Incarceration and health. *Annual Review of Sociology*, 41, 291–310. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112326>

[8] Behan, C. (2021). *Education in Prison: A Literature Review*. UNESCO Institute for Lifelong Learning.

[9] Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of a Spoiled Identity*. Englewood Cliffs.

[10] Council of Europe (2020). *European Prison Rules*. Council of Europe.

[11] Wasserman, S., & Faust, K. (1994). *Social Network Analysis: Methods and Applications*. Cambridge University Press.

[12] Borgatti, S. P., Everett, M. G., & Johnson, J. C. (2013). *Analyzing Social Networks*. Sage.

litativa, e che, a livello internazionale, ha avuto finora applicazioni rare in contesti carcerari a causa, principalmente, delle limitate possibilità di accesso al campo e delle difficoltà di applicazione^[13].

La prima fase del progetto, condotta nel 2021 nel circuito dell'Alta Sicurezza di una Casa Circondariale del centro Italia, ha coinvolto studenti universitari e un gruppo di controllo (di non studenti) di pari dimensioni. I risultati mostrano differenze (statisticamente) significative: chi studia ha reti di sostegno sociale ed emotivo più ampie e meno vincolanti, un maggior numero di persone di riferimento, livelli più bassi di ansia e stress e, in generale, una maggiore soddisfazione verso la vita. Le correlazioni indicano inoltre che un numero più alto di relazioni percepite è associato a una maggiore autostima e una migliore salute fisica. Lo studio universitario, quindi, non solo arricchisce il bagaglio culturale, ma protegge dal rischio di isolamento e depressione.

La seconda fase, condotta nei circuiti di Alta e Media sicurezza di una grande Casa Circondariale del Sud Italia, ha confermato e ampliato queste evidenze. Qui l'università è percepita come uno "spazio altro", un luogo dove le gerarchie carcerarie sono sospese e dove prende forma una nuova identità: da "detenuto" a "studente". Le aule diventano spazi di reciprocità e cambiamento, confermando le motivazioni *pull* – o intrinseche – rispetto alla scelta educativa^[14], intrecciate a motivazioni più strumentali legate al lavoro e al reinserimento.

In entrambe le sedi, i risultati preliminari confermano che la formazione universitaria non genera soltanto competenze cognitive, ma attiva reti sociali più ampie, capaci di ridurre isolamento e malessere mentale e fisico. Questo è forse il contributo più innovativo del progetto: dimostrare empiricamente che l'istruzione incide non solo sul reinserimento futuro ma anche sulla qualità della vita detentiva quotidiana, ridefinendo identità e relazioni sociali. Il progetto rappresenta così un *unicum*, con potenziale risonanza internazionale, dimostrando che anche nei contesti più ristretti l'educazione può generare trasformazioni misurabili e durature.

Prospettive e sfide future

Nonostante il potenziale, restano barriere rilevanti: difficoltà linguistiche, carenza di risorse, ostacoli organizzativi e resistenze culturali, per citarne alcune. Spesso l'offerta educativa dipende

da progetti sperimentali o dall'iniziativa di singoli operatori, e persiste il pregiudizio che ai detenuti bastino alfabetizzazione o formazione professionale. Per superare questi limiti, servirebbero in futuro interventi stabili e specifici^[15].

Un passo importante in questa direzione potrebbe essere la definizione e l'utilizzo di metriche di valutazione condivise. L'*Alliance for Higher Education in Prison*^[16] ha proposto, a livello internazionale, un *framework* di indicatori che va oltre la recidiva, includendo impatti su salute mentale, coesione sociale e opportunità lavorative. Collegare le esperienze locali a questi standard consentirebbe di valutarne meglio gli effetti e di orientare politiche più efficaci. La Svizzera, e in essa istituzioni come la SUPSI, potrebbero giocare un ruolo strategico, sperimentando modelli innovativi di *higher education* e contribuendo a un approccio europeo comune, coerente con le linee guida sancite dalle *European Prison Rules*.

Riconoscere la persona dietro il reato

La letteratura criminologica ha mostrato come studio e lavoro rappresentino veri *turning points* nei percorsi di vita dei detenuti^[17]. Il progetto "Formazione e Reti Sociali in Carcere e Oltre il Carcere", che punta a estendere la ricerca ad altri istituti e a rafforzare partnership nazionali e internazionali, intende dimostrare che l'educazione universitaria è uno strumento imprescindibile di recupero e reintegrazione, al pari del lavoro.

Pensare l'istruzione universitaria in carcere come una forma di cura significa prima di tutto riconoscere la persona dietro il reato. Significa rovesciare lo sguardo: dalla colpa alla responsabilità, dalla sanzione sociale all'impegno individuale, dal peso del passato alla possibilità di un futuro costruito nel presente. È un prendersi cura che ricompone identità ferite, restituisce dignità, rafforza legami sociali e apre concrete possibilità di reinserimento.

Il carcere è specchio della società, ma anche una società a sé, con regole e relazioni proprie. Investire nell'università dietro le sbarre vuol dire scegliere un modello di giustizia che non si limita a punire, ma che si prende cura delle persone nella sua interezza e, attraverso di esse, della collettività. Una democrazia, in fondo, si misura anche da come tratta chi vive ai margini: l'università in carcere diventa banco di prova della sua capacità di includere e della sua maturità civile.

[13] Whichard, C., Schaefer, D. R., & Kreager, D. A. (2022). Charting the hidden City: Collecting prison social network data. *Social Networks*, 69, 170-179.

[14] Manger, T., Eikeland, O., Diseth, Å., Hetland, H., & Asbjørnsen, A. (2010). Prison Inmates' Educational Motives: Are They Pushed or Pulled? *Scandinavian Journal of Educational Research*, 54(6), 535-547. <https://doi.org/10.1080/00313831.2010.522844>

[15] Borghini, A., & Pastore, G. (2020). Carcere e Scienze Sociali: *Percorsi per una Nuova Cultura della Pena*. Maggioli Editore.

[16] www.higheredinprison.org

[17] Uggen, C. (2000). Work as a turning point in the life course of criminals: A duration model of age, employment, and recidivism. *American Sociological Review*, 65(4), 529-546. <https://doi.org/10.2307/2657381>



LOCARNO 1912 LA FESTA DELLE CAMELIE I PREMIO - Fr. 1000

Barbara Antonoli Mantegazzini è Professoressa ordinaria di Economia pubblica e Politiche per la sostenibilità al DEASS, dove è anche Responsabile del Centro competenze

lavoro, welfare e società. I suoi interessi di ricerca si concentrano sui beni e servizi a fruizione collettiva e sulle relative politiche pubbliche, con particolare attenzione

ai settori dell'energia e dell'ambiente. Tra i suoi contributi più recenti figurano studi sulla responsabilità individuale nei processi di transizione energetica, dinamiche

demografiche e circolazione del capitale umano, mercato del lavoro e politiche di welfare. È attiva sul territorio come consulente per le istituzioni.

Il paesaggio: patrimonio comune da tutelare e valorizzare

Il paesaggio non è un semplice sfondo estetico della nostra esistenza, bensì un elemento vivo e dinamico che intreccia natura e attività umane. Esso riflette la storia dei luoghi, contribuisce al benessere delle comunità e costituisce una risorsa culturale, economica e identitaria di prim'ordine. Eppure, i paesaggi sono oggi esposti a pressioni crescenti – urbanizzazione diffusa, infrastrutture invasive, consumo del suolo, cambiamenti climatici – che ne minacciano la qualità e la fruibilità. Di fronte a queste sfide, emerge con forza l'idea del paesaggio come responsabilità pubblica condivisa: un patrimonio comune da tutelare e valorizzare nell'interesse collettivo. Nel contesto svizzero, in particolare, la cura del paesaggio sta assumendo un ruolo centrale nelle politiche territoriali e di sostenibilità, come testimonia il recente Programma Nazionale di Ricerca 81 (PNR81) del Fondo nazionale svizzero (FNS) dedicato alla Baukultur. In questo quadro si inserisce il progetto "From Baukultur to Umbaukultur^[1]. From a culture of demolition to a culture of care and repair", recentemente finanziato dal PNR81 che, come vedremo, mira a comprendere le ragioni alla base della cultura dell'usa e getta nel settore delle costruzioni, a valutarne le conseguenze e a proporre strategie per promuovere pratiche più responsabili e orientate alla cura. Il contributo che segue vuole illustrarne la filosofia di fondo e discutere gli obiettivi che orientano la ricerca in corso.

Il paesaggio: un bene dalle molteplici dimensioni

La Convenzione Europea del Paesaggio del 2000, cui la Svizzera aderisce, definisce il paesaggio come "una determinata parte di territorio, così come è percepita dalle popolazioni, il cui carattere deriva dall'azione di fattori naturali e/o umani e dalle loro interrelazioni". Il paesaggio comprende quindi qualsiasi porzione di territorio plasmata dall'interazione tra elementi naturali e attività antropica, ivi compreso il patrimonio edificato. Non si tratta quindi di un'entità statica, ma incarna i valori, la memoria e l'identità di una comunità, divenendo parte integrante dell'ambiente di vita quotidiano di tutti noi. Poiché il paesaggio contribuisce al benessere collettivo in molteplici modi – dal piacere estetico al senso di appartenenza, dai benefici ricreativi e salutari fino ai servizi ecosistemici ed ecologici che esso fornisce – la sua tutela e la sua cura rivestono un interesse pubblico.

Il paesaggio può essere considerato a buon diritto un bene comune, ovvero una risorsa a fruizione collettiva caratterizzata da non escludibilità (tutti possono goderne), ma anche da una certa rivalità nell'uso. Infatti, un eccesso di sfruttamento o di utilizzo improprio da parte di alcuni può degradarne la qualità e ridurne i benefici per gli altri. Inoltre, le sue componenti sia naturali sia antropiche – in particolare le strutture costruite – sono vulnerabili al degrado, al consumo di suolo e a interventi distruttivi. La qualità paesaggistica genera benefici diffusi (estetici, ricreativi, culturali, identitari, ecologici) che il mercato da solo non riesce pienamente a valorizzare. Ciò significa che, senza un intervento collettivo, tali benefici rischiano di andare perduti o di essere compromessi dalle azioni di singoli attori guidati da interessi di breve termine. Di conseguenza, la cura

[1] La Baukultur si concentra sulla qualità, sostenibilità e integrazione delle opere costruite.

del paesaggio chiama in causa la responsabilità delle istituzioni pubbliche e delle comunità locali, analogamente a quanto avviene per altri beni comuni come l'aria pulita o l'acqua. Preservare e migliorare i paesaggi richiede politiche pubbliche integrate e lungimiranti, capaci di coniugare tutela, valorizzazione e cura del patrimonio territoriale con obiettivi di sostenibilità ambientale e responsabilità intergenerazionale.

Paesaggio: il ruolo del costruito

Abbiamo visto come il concetto di paesaggio sia in continua evoluzione, intrecciandosi strettamente con le grandi sfide ambientali e climatiche contemporanee. In particolare, il costruito – l'insieme di edifici, infrastrutture e spazi pubblici che si inseriscono negli ambienti naturali – riveste un ruolo decisivo nella qualità del paesaggio e nelle sorti ambientali del territorio. Il modo in cui gestiamo e trasformiamo il costruito determina infatti, in larga misura, la capacità dei territori di limitare il consumo di suolo, ridurre le emissioni di CO₂ e aumentare la resistenza agli eventi climatici estremi. Non sorprende dunque che l'edilizia (insieme ai trasporti) sia tra i principali ambiti d'intervento per raggiungere gli obiettivi di neutralità climatica. Costruire, ristrutturare o trasformare in modo sostenibile significa non solo ridurre l'impronta ecologica dei nuovi interventi, ma anche ripensare l'esistente in un'ottica di adattamento ai cambiamenti climatici.

Tra le minacce più insidiose per la qualità del paesaggio vi è il modello urbanistico-edilizio improntato a una logica "usa e getta". Negli ultimi decenni, in molti Paesi si è consolidata una vera e propria cultura della sostituzione del costruito: demolire e ricostruire viene spesso preferito alla manutenzione, all'adattamento o al riuso. Questa tendenza, se non governata da una pianificazione attenta, può produrre conseguenze ambientali e paesaggistiche rilevanti. Si tratta infatti di una visione di breve periodo, che privilegia l'attrattiva immediata (anche economica) del nuovo e confonde l'innovazione con la rottura rispetto al passato, trascurando che nel medio-lungo termine la manutenzione regolare e il riuso risultano in molti casi più vantaggiosi, sia sotto il profilo economico sia sotto quello ecologico.

Il ricorso sistematico alla demolizione e ricostruzione genera, infatti, un consumo crescente di risorse e territorio. I cantieri associati a que-

sto modello sono energivori, implicano ulteriore consumo di suolo, producono grandi quantità di macerie da smaltire e comportano ingenti "emissioni grigie" già incorporate nei materiali esistenti. Ne deriva un circolo vizioso che contraddice gli obiettivi climatici, interrompe la continuità storica e culturale dei luoghi e compromette la qualità paesaggistica dei territori.

Dalla cultura della sostituzione all'Umbaukultur

La crescente consapevolezza dei limiti ambientali, economici e sociali dell'attuale modello edilizio apre la strada alla possibilità di orientarsi verso una *Umbaukultur*, termine tedesco che possiamo tradurre come "cultura del trasformare, riparare e prendersi cura" di ciò che già esiste^[2]. Più che un semplice cambio terminologico, si tratta di un cambio di paradigma, capace di influenzare il modo in cui concepiamo l'innovazione, la qualità architettonica e la sostenibilità del costruito. In questo scenario, il progresso edilizio non verrebbe più misurato soltanto dalla quantità di nuove costruzioni, ma anche – e soprattutto – dalla qualità e dalla durata degli interventi, privilegiando il riuso dell'esistente rispetto al consumo di nuove risorse.

In Svizzera, questo cambio di prospettiva è al centro di iniziative di ricerca. Il già citato PNR 81, ad esempio, ha recentemente finanziato un progetto dedicato proprio alla transizione da una cultura della sostituzione a una cultura della cura. Significativamente intitolato "From Baukultur to Umbaukultur – From a culture of demolition and replacement to a culture of care and repair", il progetto indaga a fondo le cause e i possibili rimedi dell'odierna "cultura dello scarto" in campo edilizio. Un gruppo interdisciplinare di ricercatori^[3] sta analizzando come leggi, norme tecniche, prassi economiche e modelli comportamentali abbiano finora incoraggiato la sostituzione anziché la cura e la conservazione del costruito. Alla base di questa ricerca vi è la constatazione che l'attuale parco edifici nazionale presenta un tasso di rinnovamento troppo basso e inefficiente: molti stabili vengono lasciati degradare fino a quando non diventa economicamente più conveniente abbatterli, alimentando un circolo vizioso che non riduce né le emissioni di CO₂ né il consumo di suolo. Per invertire questa tendenza, il progetto "*Umbaukultur*" propone di valutare comparativamente i costi e benefici della manutenzione regolare e della cura degli edifici

[2] Con maggior precisione, il termine *Umbaukultur* indica la cultura della trasformazione e del riuso del costruito, privilegiando la rigenerazione e l'adattamento sostenibile rispetto alla demolizione.

[3] Il Principal Investigator è Muck Petzet, dell'Accademia di Architettura dell'Università della Svizzera italiana (USI). I project partner sono Barbara Antonioli Mantegazzini, Dipartimento economia aziendale, sanità e sociale SUPSI; Marc Andrew Brightman, Dipartimento di Beni Culturali, e Daniele Senzani, Dipartimento di Scienze Giuridiche, entrambi dell'Università di Bologna; Joe Luthiger, Netzwerk Nachhaltiges Bauen Schweiz (NNBS); Andrea Emilio Rizzoli, Istituto Dalle Molle di studi sull'intelligenza artificiale USI-SUPSI; Andrea Roscetti, Accademia di Architettura USI.

rispetto alla sostituzione, includendo non solo gli aspetti finanziari e i costi evitati ma anche gli impatti ambientali lungo il loro intero ciclo di vita.

Parallelamente, il progetto intende fornire indicazioni pratiche a decisori pubblici e professionisti del settore. Tra le misure auspiccate vi sono riforme normative che rimuovano gli ostacoli burocratici alla riqualificazione edilizia, l'aggiornamento degli standard tecnici per favorire il recupero, incentivi fiscali e finanziari mirati e nuovi modelli di partenariato pubblico-privato capaci di stimolare progetti di riuso e rigenerazione. Un ulteriore pilastro dello studio consiste nella documentazione e diffusione di casi di successo, accompagnate da linee guida operative e strumenti di valutazione dei corrispondenti benefici economici e ambientali: questi passaggi sono fondamentali per consolidare la trasformazione culturale verso la cura del costruito.

Va sottolineato che l'*Umbaukultur* non rappresenta un freno all'innovazione, bensì una diversa forma della stessa. Significa progettare pensando a cicli di vita più lunghi per edifici e infrastrutture, favorire la reversibilità degli spazi (cioè la possibilità di adattarli a nuovi usi con interventi minimi), ridurre l'invasività degli interventi sul territorio e promuovere filiere industriali del recupero e del riciclo dei materiali. Abbracciare questa prospettiva implica sviluppare nuove competenze tecniche, incoraggiare la creatività progettuale e adottare modelli di business fondati sulla sostenibilità e sull'economia circolare. Sul piano delle politiche economiche, richiede di correggere le distorsioni di mercato introducendo incentivi che rendano più conveniente la riqualificazione rispetto alla nuova edificazione. Sul piano culturale e formativo, comporta l'educazione di professionisti, tecnici e amministratori pubblici sensibili al valore del patrimonio costruito e capaci di promuovere narrazioni positive sul riuso, la manutenzione e la cura dei luoghi.

In quest'ottica di cura, anche il modo di valutare gli interventi sul territorio cambia: in architettura e urbanistica non ci si dovrebbe domandare solo "quanto costa" un intervento, ma anche "qual è la cosa giusta da fare" per un determinato edificio o contesto, considerando i benefici sociali, ambientali ed economici di lungo periodo. Proprio su questo punto si concentra parte della ricerca del progetto, stimando i benefici socioeconomici derivanti da programmi di manutenzione regolare rispetto a interventi straordinari di restauro dopo anni di incuria. La logica è intuitiva: una manutenzione costante previene il degrado ed evita i costi

elevati che si materializzano quando, in assenza di cura, diventa necessario un intervento radicale di riparazione o addirittura la sostituzione completa. Per misurare questo vantaggio, il progetto confronta, da un lato, il costo stimato di un grande intervento di recupero resosi necessario a causa dell'incuria, dall'altro, il costo cumulativo di decenni di normale manutenzione. La differenza tra i due – adeguatamente attualizzata in termini finanziari – costituisce i cosiddetti "costi evitati". Più ampio è questo divario, maggiori sono i benefici economici della manutenzione, che così si rivela non solo ambientalmente ma anche finanziariamente sostenibile nel lungo termine.

" Preservare e migliorare i paesaggi richiede politiche pubbliche integrate e lungimiranti, capaci di coniugare tutela, valorizzazione e cura del patrimonio territoriale con obiettivi di sostenibilità ambientale e responsabilità intergenerazionale. "

Un paesaggio che cura e da curare

La cura del paesaggio non è un lusso intellettuale né un vezzo nostalgico, ma una componente imprescindibile di politiche pubbliche lungimiranti, mirate a coniugare prosperità economica, equilibrio ambientale e coesione sociale.

Riconoscere il paesaggio come bene comune, come abbiamo argomentato, significa ammettere che la sua qualità incide sul benessere di tutti e richiede, dunque, impegno pubblico.

Abbracciare l'*Umbaukultur* nella progettazione e nella pianificazione territoriale vuol dire passare da una visione dello sviluppo territoriale basata sulla quantità (espansione e consumo di nuove risorse) a una basata sulla qualità e sulla durata.

Un approccio orientato alla cura rende il costruito più resiliente e sostenibile, mettendolo in sintonia con le esigenze ambientali e sociali del presente e del futuro.

“Curare” la cura tra autonomia e rendicontazione

Case anziani e cure a domicilio svolgono un ruolo centrale nelle nostre società. Il rapido sviluppo di questi servizi, così come le aspettative crescenti che la società nutre nei loro confronti, porta a una sempre maggiore richiesta d'informazioni rispetto a efficacia, appropriatezza ed economicità delle cure prestate. Se le ragioni di tale rendicontazione sono evidenti, è tuttavia fondamentale che essa non intacchi la motivazione del personale curante.

Il ruolo di case per anziani e cure a domicilio

Questo articolo guarda al lavoro di cura nelle case per anziani (CPA) e nelle cure a domicilio (ACD), soffermandosi sulla necessità di garantire efficienza e qualità, mantenendo al contempo una sufficiente motivazione degli operatori che vi lavorano. Il riferimento è al Canton Ticino e alla Svizzera^[1].

I settori di CPA e ACD offrono un sostegno prezioso e spesso indispensabile agli utenti, alle loro famiglie e sono centrali per il benessere sociale delle nostre comunità. Per dare un riferimento quantitativo di tale ruolo: in Ticino a fine 2023 i residenti in casa per anziani erano 4'700 e quello stesso anno i beneficiari di cure a domicilio quasi 28'000^[2].

Per portare avanti la loro attività, case per anziani e cure a domicilio necessitano di molti operatori e di ingenti risorse economiche, spesso pubbliche.

Nel 2023 in Ticino le CPA avevano generato costi per quasi 600 milioni di franchi, con un numero di impieghi che corrispondevano a 5'900 posti equivalenti a tempo pieno; l'ACD aveva generato costi per 173 milioni di franchi, con circa 1'700

posti a tempo pieno^[3].

L'insieme di questi tre fattori – rilevanza sociale, ammontare delle risorse assorbite, responsabilità di Cantoni e Confederazione nell'assicurare e finanziare questi servizi – impongono attenzione su due elementi chiave: qualità e costi delle prestazioni.

Sul versante della qualità, gli obiettivi sono di rispondere alle aspettative sociali e di minimizzare i rischi evitabili per la salute dei residenti in casa per anziani o per i beneficiari di cure a domicilio. Sul versante dei costi, l'obiettivo è l'utilizzo efficiente soprattutto dei finanziamenti garantiti da Comuni, Cantone e assicurazioni sociali (Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o AOMS, Assicurazione invalidità, ecc.).

Inoltre, l'interesse pubblico di tali servizi e l'onere per l'ente pubblico e le assicurazioni sociali sono argomenti a favore di una rendicontazione trasparente su queste attività.

Promuovere e controllare la qualità

Verificare la qualità delle cure è importante ma non è facile, per più ragioni.

Nelle case per anziani, molti residenti hanno difficoltà ad esprimere compiutamente le proprie richieste e spesso non dispongono di competenze sufficienti a giudicare le cure ricevute. Allo stesso tempo, gli altri attori interessati a verificare la qualità – autorità cantonali e comunali, assicurazioni sociali, associazioni dei pazienti e dei consumatori, ecc. – dispongono di informazioni limitate e a volte sono interessati soltanto ad aspetti specifici (ad esempio l'AOMS, è tenuta a rimborsare le sole cure sanitarie e quindi non è interessata all'animazione e alla qualità di vita nelle CPA).

Queste considerazioni valgono anche per le cure a domicilio, con l'ulteriore difficoltà di verificare la qualità di servizi prestati nelle abitazioni dei pa-

[1] Tutti i dati quantitativi citati sono consultabili sul sito dell'Ufficio Federale di Statistica, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/systeme-sante.html> (5.9.2025).

[2] Se ci focalizziamo sulle persone con 80 o più anni di età e passiamo a considerare l'intera Svizzera, nel 2023 il 13.5% viveva in CPA e il 37% aveva beneficiato di ACD.

[3] Le rispettive cifre per la Svizzera erano di 11.5 miliardi e 103'400 posti a tempo pieno per le CPA e 3.3 miliardi e 29'100 posti equivalenti a tempo pieno.

zienti, dove spesso l'operatore è da solo con l'utente e le cure sono fortemente influenzate dalle caratteristiche di quell'utente e della sua abitazione. Pur in questo quadro di oggettiva difficoltà, i settori CPA e ACD nel tempo hanno sviluppato tutta una serie di strumenti e processi volti appunto a promuovere e controllare la qualità. In alcuni casi si tratta di sistemi resi obbligatori o possibili dal quadro legale federale o cantonale, altre volte sono iniziative promosse "dal basso" e su base volontaria dagli stessi fornitori di cure.

Per dar conto della ricchezza e dell'eterogeneità di tali sistemi, basta citarne alcuni tra i più rilevanti, con riferimento al Canton Ticino.

- Processi autorizzativi e ispettivi in capo al Dipartimento della sanità e della socialità (DSS). Essi riguardano sia i professionisti (es. autorizzazione all'esercizio), sia le istituzioni (es. "Requisiti essenziali di qualità" definiti dall'Ufficio del Medico Cantonale).
- Sistemi promossi dall'Ufficio degli anziani e delle cure a domicilio del DSS per la rilevazione della soddisfazione degli utenti nelle CPA (residenti o loro familiari) e del clima organizzativo (nell'ipotesi che un buon clima di lavoro favorisca cure di qualità).
- Controllo da parte degli assicuratori AOMS sui volumi di servizi erogati e dunque, indirettamente, sull'appropriatezza delle prescrizioni mediche e dei trattamenti.
- Rilevazione e pubblicazione annuale di sei "Indicatori medici di qualità" resi obbligatori a livello nazionale per le CPA nell'ambito dell'AOMS e promossi dalla Commissione federale per la qualità (CFQ). Gli indicatori riguardano malnutrizione, misure limitative della libertà di movimento, ecc. L'intenzione della CFQ è di ampliare il numero di indicatori per le case per anziani e di definire un sistema analogo per le cure a domicilio.
- Verifica della qualità basata sui sistemi di pianificazione delle cure. In particolare, ci riferiamo agli strumenti RAI (Resident assessment instrument) per CPA (interRAI LTCF) e ACD (interRAI HC Schweiz), che permettono ai curanti di verificare l'adeguatezza dei trattamenti e di aggiustare i piani di cura. La diffusione di tali strumenti in Svizzera rende inoltre possibile alle case per anziani e ai servizi di cure a domicilio di operare confronti significativi e promuovere la qualità.

- Altri sistemi sviluppati da CPA e servizi ACD per la gestione delle segnalazioni degli utenti, per il supporto formativo o psichico ai propri collaboratori e per il loro aggiornamento continuo, per l'istituzione di circoli qualità interni, ecc. Si tratta di numerose iniziative sviluppate per lo più su base volontaria da istituti che intendono la sicurezza dei pazienti e la promozione della qualità come impegni inderogabili.

Le aspettative di trasparenza e rendicontazione

Nel prossimo futuro il controllo sulla qualità e sui costi dei settori CPA e ACD, con tutta probabilità aumenterà. E con esso, la domanda di rendicontazione pubblica.

Una prima ragione di ciò è l'aumento della spesa sociosanitaria e soprattutto la rapida crescita dei premi dell'AOMS. Tra il 2013 e il 2023 il premio annuale pagato in media in Ticino è cresciuto da 3'408 a 4'668 franchi e oggi rappresenta una delle maggiori preoccupazioni delle famiglie^[4]. Meno visibile alla popolazione, ma anch'esso importante, è poi il contributo finanziario che Comuni e Cantoni versano a CPA e servizi ACD, a complemento di quanto rimborsato dall'AOMS o pagato direttamente dagli utenti.

Aumenti così rapidi dei premi AOMS e dell'onere finanziario per l'ente pubblico sono destinati ad accrescere ulteriormente l'attenzione all'efficienza economica dei servizi.

Anche sulla qualità la pressione sembra destinata a mantenersi elevata. Utenti, famiglie e popolazione tutta nutrono aspettative crescenti in tema di sicurezza, di umanizzazione del servizio, di qualità alberghiera, ecc. In più, la maggiore scelta dei fornitori di cure (soprattutto nel settore ACD) dovrebbe, per produrre valore, basarsi su informazioni rilevanti e accessibili circa la qualità delle cure prestate dai diversi servizi disponibili. Infine, a pensarci bene, anche nei casi in cui la scelta è limitata (è il caso di un anziano che, bisognoso di trasferirsi in casa per anziani, è tenuto a rivolgersi alla CPA del suo Comune, se vuol fruire del finanziamento pubblico) è importante avere informazioni sulla qualità dei servizi: se il controllo su qualità e costi non è assicurata dalla "disciplina del mercato" perché non c'è concorrenza, è importante che essa sia "compensata" da controlli efficaci.

Per soddisfare tutte queste aspettative di trasparenza e rendicontazione su qualità ed economicità, è inevitabile adottare un "linguaggio comune" tra i fornitori di cura e da parte degli altri attori del sistema (assicuratori, ente pubblico, ecc.). Si tratta

[4] I rispettivi importi a livello svizzero sono passati da 3'108 franchi a 3'960 franchi. Tutti gli importi si riferiscono al premio medio pagato, considerando l'insieme delle fasce di età, dei livelli di franchigia e dei modelli standard e "alternativi" (es. medico di famiglia, TERMED, managed care, ecc.). Essi sono tratti da https://dashboardassurances-maladie.admin.ch/prime_moyenne.html (5.9.2025).

in altri termini di standardizzare tassonomie, vocabolari, definizioni, indicatori, strumenti di raccolta delle informazioni, procedure gestionali (azioni, tempi, attori e ruoli), eccetera.

Le conseguenze sulla motivazione e sul benessere degli operatori

Le (buone) ragioni per avere trasparenza e rendicontazione devono però fare i conti con valori, competenze e motivazione degli operatori chiamati a produrre quelle informazioni. Case per anziani e cure a domicilio sono ambiti in cui il lavoro è la risorsa di gran lunga più importante per erogare i servizi. Di più, si tratta di servizi alla persona, in cui il lavoro spesso non è sostituibile da macchine o altre soluzioni tecnologiche. E si tratta di lavori ad alta intensità relazionale, dove la qualità del rapporto tra operatore e utente, il tempo disponibile per un ascolto vero, la ricerca di soluzioni personalizzate in linea con bisogni e preferenze dell'utente, sono essenziali per la qualità del servizio.

È dunque fondamentale disegnare per questi settori condizioni quadro e processi gestionali nei quali gli operatori possano esprimere "autonomia professionale", riconoscendo loro un sufficiente grado di apprezzamento e discrezionalità nel lavoro che sono chiamati a svolgere, pur nel rispetto di metriche e linee guida.

Trovare un equilibrio funzionale (rispetto alle finalità dei servizi) e accettabile (per gli operatori) tra la tutela di una sufficiente autonomia professionale e, dall'altro lato, le esigenze di trasparenza e rendicontazione ricordate sopra, rappresenta una delle principali sfide per la gestione dei servizi sociosanitari.

Se gli operatori non capiscono le ragioni della standardizzazione e della rendicontazione, se non condividono i valori sui quali si basa, se trovano farrinosi gli strumenti gestionali adottati, il sentimento che ne deriverà sarà di frustrazione (a volte persino di umiliazione). Nell'ipotesi più ottimistica, tali processi saranno considerati burocrazia inutile e che compromette il rapporto di fiducia tra operatore, servizio (la CPA, lo Spitex, ecc.) e utente finale (il residente della CPA, il paziente delle cure a domicilio). Nell'ipotesi più pessimistica, il rischio concreto è di compromettere la qualità delle cure o lo stesso rapporto d'impiego: insoddisfazione profonda di operatori che lamentano una "perdita di senso" del proprio lavoro; pressioni morali non più sopportabili (tra le richieste tecnocratiche della gestione aziendale, i valori personali e la deontologia professionale); *burn out* degli operatori; abbandono precoce della professione.

La necessità di "curare" il lavoro di cura

Da una parte ci sono le esigenze di gestire il servizio in condizioni di economicità e di rendicontare sul piano della qualità e dei costi il lavoro svolto. Dall'altra c'è la fondamentale esigenza di confermare la fiducia nel lavoro degli operatori, di lasciar loro tempo adeguato a ottenere una relazione efficace e soddisfacente con gli utenti, di tutelarne l'autonomia in modo che il "minutaggio" o altri strumenti di standardizzazione possano confermare la giusta funzione di strumenti da utilizzare con responsabilità e ragionevolezza.

Le strade per perseguire tale equilibrio sembrano in salita. Ma si tratta di uno sforzo obbligato per le cure, da perseguire su diversi piani.

Un primo elemento è la presa di coscienza e la discussione – da parte di tutti gli attori – del dibattito e dei nodi concettuali e gestionali esposti brevemente in questo articolo. Le domande fondamentali per i settori CPA e ACD sono: come dar conto della qualità dei servizi che eroghiamo? Come mostrare un utilizzo efficiente delle risorse che la comunità ci mette a disposizione? Come fare perché questa rendicontazione mantenga senso per gli operatori e per pazienti, famiglie, ente pubblico, assicuratori?

Un secondo elemento è continuare a curare l'ambiente di lavoro, il clima organizzativo, la soddisfazione del personale. Si tratta di una preoccupazione già molto presente in buona parte degli istituti che operano nei settori CPA e ACD, non foss'altro che per le difficoltà crescenti che essi incontrano nel reclutare il personale.

Terzo, è auspicabile un vero coinvolgimento degli operatori nelle decisioni che riguardano l'organizzazione e la gestione dei servizi, in modo da valorizzare appieno le loro competenze e l'esperienza acquisita sul campo.

Ancora, è importante che case per anziani e cure a domicilio lavorino per automatizzare la raccolta di dati che oggi gli operatori inseriscono "a mano" nei vari strumenti – elettronici o no. Allo stesso tempo, è fondamentale che i settori CPA e ACD convergano verso l'adozione di sistemi informativi e informatici integrati e unici, al posto dei molteplici *software* oggi caratterizzati da sovrapposizioni, incoerenze, ecc.

Infine, è fondamentale che i sistemi di standardizzazione continuino ad essere discussi e migliorati, così da riconoscere e adattarsi meglio alle caratteristiche dell'utente o del suo ambiente di vita.

Annalisa Speziali è docente al Bachelor of Science in Cure Infermieristiche del DEASS. Infermiera specializzata in cure intese e Facilitatrice

di simulazione, è responsabile della Skilloteca DEASS. È particolarmente interessata e coinvolta negli insegnamenti di attività che prevedono

simulazione, con particolare attenzione allo sviluppo di competenze procedurali, relazionali e di pratica riflessiva.

Carla Pedrazzani è docente-ricercatrice senior e Responsabile del Bachelor of Science in Cure Infermieristiche del DEASS.

La Skilloteca: un ambiente per apprendere e sperimentare tecniche e gesti di cura

«Un gesto tecnico può diventare cura solo se è agito con intenzionalità e responsabilità verso l'altro»^[1]. La Skilloteca, all'interno del Bachelor of Science in Cure Infermieristiche, nasce come luogo d'apprendimento in cui gli studenti e le studentesse imparano e allenano gesti tecnici trasformandoli in gesti di cura: uno spazio protetto dove vengono esercitati rigore procedurale, ragionamento clinico, pensiero critico e fondamenti della cura.

Formare alla cura

Come definito da Luigina Mortari, la cura è una "pratica che, mossa dall'interessamento per l'altro, accade in una relazione ed è orientata a promuovere il suo ben-esserci, occupandosi, per questo, di qualcosa di essenziale per lui"^[1]. La cura è dunque un atteggiamento etico, di responsabilità quotidiana. Agire responsabilmente in ambito sanitario significa saper rispondere a situazioni cliniche diversificate con abilità e competenze solide che vanno costruite mediante la formazione e costantemente "coltivate".

La formazione infermieristica si configura come un processo complesso che integra componenti teoriche e pratiche e richiede un costante dialogo tra il sapere, il decidere e l'agire. Diventare infermieri e infermiere implica un apprendimento che coinvolge la dimensione cognitiva, emotiva, relazionale, psicomotoria ed etica per promuovere una cura sicura e di qualità^[2]. Tale formazione è caratterizzata da conoscenze teoriche solide basate su evidenze scientifiche aggiornate (sapere), da abilità procedurali (saper fare), da competenze sociali (per esempio di comunicazione e leadership), cognitive (come

quelle di ragionamento clinico e problem solving), relazionali (saper essere) e dalla capacità di sviluppare un sapere orientato allo sviluppo continuo, al saper progredire.

I cambiamenti e l'evoluzione che hanno caratterizzato i contesti sanitari in questi ultimi decenni (complessità crescente delle situazioni cliniche, tempi di degenza sempre più brevi, carenza di personale curante, eccetera) hanno richiesto sempre più nell'offerta formativa accademica in Cure infermieristiche un'attenzione particolare al potenziamento di scelte didattiche integrate volte allo sviluppo di solide competenze tecnico-disciplinari, trasversali, di ragionamento clinico e di lavoro collaborativo. La letteratura conferma che l'impiego di strumenti tecnologici può incrementare l'interesse degli studenti, facilitando al contempo una comprensione più approfondita di concetti complessi^[3]. L'obiettivo è garantire la preparazione di infermieri neolaureati competenti e capaci di rispondere in maniera efficace agli attuali scenari clinici, caratterizzati da crescente complessità e carico di lavoro elevato.

Inoltre, per personalizzare i percorsi di apprendimento e consentire una modulazione in base alle necessità individuali, i programmi formativi devono essere strutturati in modo flessibile, adattabile e inclusivo. Una tale impostazione richiede spazi in cui gli studenti possano applicare le conoscenze teoriche e consolidare e allenare procedure in contesti protetti e privi di rischi, tutelando nel contempo la sicurezza degli studenti stessi e dei pazienti e contribuendo alla riduzione degli errori. In questo scenario, la simulazione rappresenta una risorsa di straordinario valore, utilizzata in maniera crescente nella formazione dei professionisti della salute.

[1] Mortari, L. (2015). *Filosofia della cura*. Raffaello Cortina Editore.

[2] Morgan, R. (2006). Using clinical skills laboratories to promote theory-practice integration during first practice placement: An Irish perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 15(2), 155–161. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01237.x>

[3] Tonapa, S. I., Mulyadi, M., Ho, K. H. M., & Efendi, F. (2023). Effectiveness of using high-fidelity simulation on learning outcomes in undergraduate nursing education: systematic review and meta-analysis. *European review for medical and pharmacological sciences*, 27(2), 444–458. https://doi-org.proxy2.biblio.supsi.ch/10.26355/eur-rev_202301_31040

[Fig.1]
Esercitazione in skilloteca: studenti applicano procedure su manichino ad alta tecnologia, integrando teoria e pratica.



La Skilloteca

Al fine di promuovere lo sviluppo di competenze individuali e di lavoro collaborativo in un contesto d'apprendimento sicuro e coinvolgente, all'interno del Bachelor of Science SUPSI in Cure Infermieristiche è stata inaugurata nel novembre 2024 una Skilloteca. Il termine è un neologismo che unisce la parola inglese *skill* (abilità nell'esecuzione corretta e rigorosa di una procedura) e il termine greco *thēkē*, che significa "deposito"^[4]. Si tratta di uno spazio aperto, accessibile all'intera comunità studentesca e dotato di moderni *task trainer*^[5] che riproducono fedelmente parti anatomiche umane, in cui gli studenti possono apprendere, esercitare e consolidare abilità procedurali mediante laboratori individuali e collettivi, attività di *training supervisionato* e di *re-training autonomo* e simulazioni di scenari clinici. Un ambiente protetto dove il gesto tecnico si trasforma in gesto di cura attraverso l'allenamento, la riflessione e la responsabilità e in cui l'errore diventa occasione di apprendimento.

La creazione e l'allestimento di questo spazio è avvenuto partendo dall'analisi dei bisogni formativi da parte di un gruppo di docenti del corso di laurea e in stretta collaborazione con il Centro di Simulazione Cantonale (CCSIM)^[6], che ha guidato nella scelta dei simulatori e sostenuto nel processo di implementazione e utilizzo. Il progetto è stato possibile grazie ai fondi erogati dalla Confederazione nell'ambito delle tappe attuative dell'"Iniziativa parlamentare sulle Cure infermieristiche".

La Skilloteca si configura come un ambiente formativo in cui la ripetizione di procedure si trasfor-

ma in apprendimento consapevole e l'atto tecnico diventa progressivamente parte di una competenza affidabile e sicura, orientata alla pratica clinica e alla tutela del paziente. Lo sviluppo dei gesti tecnici non si fonda sulla semplice pratica tradizionale intesa come ripetizione meccanica e non guidata, che rischia di cristallizzare abitudini scorrette, ma trova il suo fondamento nella pratica deliberata^[7]: un esercizio strutturato, intenzionale e orientato al miglioramento continuo. In questa prospettiva, ogni gesto viene progressivamente appreso e raffinato attraverso obiettivi specifici, check list procedurali, ripetizione intenzionale, feedback costante e crescente complessità delle prove. Se, da un lato, i simulatori di nuova generazione mettono a disposizione sistemi elettronici di rilevazione della performance e feedback immediati, dall'altro è imprescindibile la presenza del docente, facilitatore di simulazione, con adeguata competenza clinica e nella didattica della simulazione, capace di valorizzare la ripetizione dell'atto procedurale favorendo la riflessione critica e la contestualizzazione del gesto nella pratica assistenziale.

Per rispondere agli obiettivi formativi e ai bisogni di apprendimento identificati, l'aula è allestita con diversi tipi di simulatori. Ogni dispositivo è selezionato in funzione della procedura da esercitare e del livello di competenza da raggiungere. Accanto ai *task trainer* e ai simulatori tecnologici, trovano spazio i pazienti standardizzati (SP), vere e proprie persone appositamente formate per rappresentare condizioni cliniche reali all'interno di scenari controllati e strutturati, che favoriscono lo sviluppo di abilità comunicative e decisionali in un contesto protetto. Parallelamente, i pazienti virtuali simulati (VSP) su un software, offrono la possibi-

[4] Ingrassia, P. L. (2022). Un neologismo nella simulazione: Skilloteca. SIMZINE. <https://simzine.news/it/editorial/un-neologismo-nella-simulazione-skilloteca>.

[5] Si tratta di dispositivi che riproducono in modo realistico una parte del corpo o un presidio clinico, permettendo di esercitare una singola abilità in sicurezza e di ripetere la procedura fino al raggiungimento della competenza.

[6] Centro Professionale Sociosanitario Lugano. Centro Simulazione. <https://www.cpslugano.ch/cesi/>

[7] Ericsson, K. A., Krampe, R. T., & Tesch-Römer, C. (1993). The role of deliberate practice in the acquisition of expert performance. *Psychological Review*, 100(3), 363–406. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.100.3.363>

lità di interagire con casi clinici tramite schermo. Progettati per riprodurre comportamenti e risposte fisiopatologiche, permettono agli studenti un allenamento flessibile e interattivo, nonché l'acquisizione di consapevolezza rispetto alle proprie azioni e reazioni. In alcune attività, viene adottato un approccio ibrido che integra diverse tipologie di simulatori e valorizza i punti di forza di ciascuno di essi: il coinvolgimento emotivo e relazionale degli SP, l'accessibilità dei VSP e la precisione tecnica dei manichini e dei *task trainer*.

Le proposte didattiche

Il *framework* pedagogico di riferimento per lo sviluppo delle competenze integra il modello delle SimZones^[8] con la Piramide della Competenza di Miller^[9], offrendo una solida impalcatura per la crescita delle competenze cliniche, comportamentali e sociali^[10]. Pur portando significativi benefici formativi, la diffusione della simulazione ha evidenziato criticità nella gestione di risorse, docenti, partecipanti e setting. Il modello SimZones^[8] affronta queste sfide suddividendo la simulazione in zone progressive (da 0 a 4), ognuna con obiettivi, partecipanti e strategie di *debriefing* specifiche, così da rendere più coerente e sostenibile l'organizzazione dei programmi formativi.

Nel curriculum formativo attuale, le attività di apprendimento, obbligatorie e facoltative, sono state strutturate coerentemente con le diverse zone del *framework* SimZone, così da accompagnare studenti e studentesse in un percorso progressivo orientato al bisogno del singolo:

- Laboratori procedurali e pratiche cliniche (Zona 0): attività inserite all'interno dei diversi moduli curricolari, mirate a introdurre e consolidare le conoscenze di base e i gesti tecnici fondamentali.
- Skill lab con training supervisionato (Zona 1): spazi dedicati all'esercizio pratico in piccoli gruppi, con un rapporto docente/studente di 1:5, che garantisce un accompagnamento personalizzato e un feedback mirato.
- Re-training autonomo su prenotazione (Zona 2): attività di esercitazione autonoma in Skilloteca, che permettono agli studenti di ripetere e consolidare abilità precedentemente apprese, favorendo un apprendimento autogestito.
- Simulazioni di scenari clinici complessi (Zona 3): simulazioni virtuali o tradizionali su manichino (STM); si svolgono in presenza con l'impiego di simulatori ad alta fedeltà e strumentazioni specifiche. Queste richiedono il coinvolgimento di

risorse umane (docenti, tutor, tecnici o pazienti standardizzati) e comportano costi significativi.

- Attività di pratica in *ambiente clinico al letto del paziente*, - stage- (Zona 4): studenti e studentesse mettono in atto quanto appreso nelle fasi precedenti, raggiungendo il livello dell'agire nella realtà clinica.

In questa prospettiva, la Skilloteca si configura dunque come uno spazio formativo che attraversa tutte queste zone, accompagnando gli studenti dal singolo gesto tecnico fino alla simulazione di scenari complessi, per arrivare alla cura come esperienza integrale, in cui le competenze cliniche si intrecciano con quelle comportamentali e relazionali, diversificate e coerenti con ciascuna zona del *framework* SimZone. Ogni sessione è stata progettata in modo progressivo, costruendosi su quella precedente e rispettando gli Healthcare Simulation Standards of Best Practice[™]^[11]. In particolare, sono stati garantiti: la creazione di un ambiente sicuro, la conduzione di un *prebriefing* formale e la realizzazione di un *debriefing* strutturato. Tali elementi favoriscono un'esperienza di apprendimento completa e coerente con le buone pratiche internazionali di simulazione sanitaria.

L'organizzazione dello spazio mira a ricreare un ambiente formativo che integra rigore procedurale e umanità della cura, curando ogni dettaglio. L'aula è strutturata per riprodurre fedelmente i luoghi di assistenza, offrendo un contesto realistico ma sicuro, nel quale gli studenti possono intraprendere percorsi di apprendimento pratico esperienziale.

Lo spazio si configura come un ambiente di apprendimento sostenibile, in cui la qualità didattica si integra con la responsabilità ambientale attraverso l'uso consapevole dei simulatori, dei materiali di consumo e una gestione attenta delle risorse. Per ridurre sprechi e consumi, i materiali vengono riutilizzati e si privilegia la documentazione digitale, coinvolgendo gli studenti nell'educazione alla sostenibilità ambientale, in linea con i principi di sicurezza, qualità e realismo.

In questa prospettiva, la Skilloteca non è soltanto un laboratorio tecnico, ma un vero e proprio contesto etico ed educativo, in cui il tocco si fa intenzionale, pertinente e responsabile e dove precisione, responsabilità e sensibilità si intrecciano per formare professionisti competenti e attenti alla persona.

[8] Roussin, C. J., & Weinstock, P. (2017). SimZones: An organizational innovation for simulation programs and centers. *Academic Medicine*, 92(8), 1114–1120. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001746>

[9] Miller G. E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 65(9 Suppl), 63–S67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>

[10] Gorshkov, M. (2025). *Virtual Patient in the Medical Education Curriculum: Key Theories Along the 10 Routes Travelled*. The SIMZINE Library.

[11] INACSL Standards Committee, Watts, P. I., McDermott, D. S., Alinier, G., Charnetski, M., Ludlow, J., Horsley, E., Meakim, C., & Nawathe, P. A. (2021). Healthcare simulation standards of best practice[™]: Simulation design. *Clinical Simulation in Nursing*, 58, 14–21. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2021.08.009>



Rhonegletscher.

Laurie Corna è Professoressa ordinaria in Invecchiamento e qualità di vita presso il Centro competenze anziani del DEASS. Ha conseguito un Dottorato in Sanità pubblica e Sociologia

della medicina. Le sue ricerche si concentrano sulla qualità di vita delle persone anziane, sulla qualità delle cure nelle case per anziani e sulla relazione tra l'impegno dei familiari

curanti nell'assistenza agli anziani e la loro partecipazione al mercato del lavoro. Daniele Altomare è ricercatore presso il Centro competenze anziani del DEASS.

Ha conseguito un Dottorato in Neuroscienze e le sue ricerche si focalizzano sulla promozione dell'invecchiamento sano e la prevenzione di declino cognitivo e demenza.

Familiari curanti: la sfida della conciliazione tra assistenza informale e lavoro retribuito

In Svizzera, sempre più persone nell'ultima fase del loro percorso lavorativo vivono una doppia realtà: da un lato un'attività professionale spesso intensa e centrale per il proprio sostentamento e la propria identità, dall'altro la responsabilità crescente di prendersi cura di un genitore anziano. Dietro i dati statistici si celano storie personali fatte di equilibri delicati, scelte difficili, fatica emotiva e conseguenze concrete sulla vita professionale di queste persone. Volendo inquadrare questo fenomeno da una prospettiva ancora più ampia, si possono notare ripercussioni rilevanti a livello socioeconomico e sul sistema sanitario. Le storie seguenti mostrano come, dietro le cifre, ci siano vite reali che incarnano questa sfida quotidiana di conciliazione tra assistenza informale e lavoro.

Davide ha 56 anni e decenni di esperienza professionale in un ruolo di leadership. La sua carriera rappresenta per lui molto più di una semplice fonte di reddito: è parte della sua identità e andare in pensione a 65 anni non è mai stato il suo obiettivo. Tuttavia, il padre, 84 anni, riceve la diagnosi di una forma di demenza e oggi necessita di un maggior accompagnamento e supporto per le attività della vita quotidiana; dal momento che non intende lasciare la propria casa, Davide, che è figlio unico, deve dedicargli parecchio tempo, trascurando alcuni aspetti importanti del proprio lavoro.

Elena ha 60 anni, è divorziata, e da 15 anni ha un lavoro fisicamente impegnativo a tempo pieno. Dopo anni di lavoro part-time durante i quali ha cresciuto i suoi tre figli, è passata al tempo pieno per garantirsi sicurezza finanziaria in vista della pensione. Da un anno si occupa anche della madre di 90 anni che necessita di supporto per diverse attività della vita quotidiana in seguito a una caduta. Elena si ritrova a interrogarsi in merito alla sostenibilità sul lungo termine del ritmo di vita che questa situazione le impone.

Davide ed Elena fanno parte di una categoria di persone sempre più numerosa ma spesso invisibile: quella dei "familiari curanti", persone che forniscono assistenza informale – intesa come non professionale e non retribuita – ai propri familiari, ruolo che spesso si trovano a ricoprire in concomitanza con l'ultima fase del proprio percorso lavorativo.

Un fenomeno in crescita

In Svizzera, l'assistenza informale a familiari bisognosi di aiuto (assistenza, sorveglianza, accompagnamento) rappresenta un pilastro centrale del sistema di cure di lunga durata. Le situazioni descritte sopra sono tutt'altro che casi rari. Le tendenze demografiche e socioeconomiche – maggiore aspettativa di vita, famiglie più piccole, legami più forti con il mercato del lavoro rispetto al passato, soprattutto per le donne, e propensione ad aumentare l'età pensionabile – si combinano creando quella che viene definita^[1] una "crisi dell'assistenza". Questa situazione è esasperata

[1] Fast J, Keating N, Eales J, Kim C, Lee Y. (2021). Trajectories of family care over the lifecourse: evidence from Canada. *Ageing and Society*, 41(5), 1145-1162. <https://doi.org/10.1017/S0144686X19001806>

da politiche che privilegiano il mantenimento a domicilio per ridurre i costi a carico del sistema sanitario, ma anche per favorire il cosiddetto "invecchiamento sul posto" (dall'inglese: "ageing in place") che rispecchia le preferenze di tante persone anziane. Di conseguenza, sempre più persone tra i 50 e i 65 anni ancora attive nel mercato del lavoro sono chiamate a fornire assistenza informale a parenti anziani.

Come rilevato da un recente programma di ricerca federale^[2], le persone tra i 50 e i 65 anni sono sovrarappresentate tra i familiari curanti; infatti, oltre due terzi di loro si prendono cura di un genitore o di un suocero e l'assistenza intensiva ricade più frequentemente sulle donne. Questa fascia di popolazione – e in particolare le donne – è oggi più istruita e più legata al mercato del lavoro rispetto al passato. Inoltre, a causa delle preoccupazioni sulla sostenibilità del sistema pensionistico, ci si aspetta un radicamento sempre più solido nel mercato del lavoro fino all'età pensionabile. La conciliazione di questi due bisogni (assistenza informale e lavoro) può essere difficoltosa e ha ricadute importanti sia sull'assistenza informale ai familiari (ridotta quantità e qualità di tempo, energie e risorse che si possono dedicare ai familiari), che sul percorso lavorativo (riduzione dell'attività lavorativa, pensionamento anticipato).

Supporto per conciliare assistenza e lavoro

Nel 2014, il Consiglio federale ha adottato un piano d'azione per sostenere meglio i familiari curanti, seguito da un progetto volto a individuare buone pratiche per la promozione della salute. Questo percorso ha portato a modifiche legislative entrate in vigore nel 2021 con l'obiettivo di facilitare la conciliazione tra lavoro e assistenza informale ed evitare che le persone siano costrette a ridurre o abbandonare l'impiego. Dal gennaio 2021, l'articolo 329h del Codice delle obbligazioni concede fino a tre giorni di congedo retribuito per occuparsi di un proprio caro (fino a 14 giorni per i genitori di figli malati). Sussistono tuttavia perplessità rispetto all'efficacia di questa misura nel favorire la compatibilità tra assistenza informale e attività lavorativa.

A livello federale non esiste un sostegno pubblico rivolto ai familiari curanti. Alcuni cantoni svizzeri, tra i quali anche il Ticino, offrono indennità giornaliere o mensili, ma si tratta di importi modesti,

insufficienti a compensare la perdita di reddito dovuta ad una riduzione dell'impegno lavorativo. Un fenomeno recente, ancora poco studiato, è quello degli Spitex (dal tedesco: "Spitalexterne Hilfe und Pflege", cioè servizi di assistenza e cure a domicilio) che, in alcuni cantoni, assumono direttamente i familiari curanti per l'erogazione di prestazioni specifiche. In questo modo, chi già presta assistenza quotidiana a un familiare può ricevere una forma di remunerazione. Tuttavia, spesso si tratta di contratti a tempo parziale con retribuzioni contenute.

Nel complesso, il sistema svizzero si avvicina a quello che viene definito "*familismo supportato*". Le famiglie si assumono una parte rilevante della responsabilità assistenziale anche perché i costi del sistema formale di cure di lunga durata a carico delle persone bisognose (e delle loro famiglie) possono risultare elevati. Al contempo, il settore formale svizzero è relativamente sviluppato e rappresenta un importante alleato per i familiari curanti, che tendono a fornire assistenza con un'intensità minore rispetto ad altri paesi europei in termini di ore dedicate, sebbene con differenze tra cantoni.

Cosa sappiamo sul legame tra assistenza informale e lavoro retribuito?

Recenti studi internazionali mostrano che chi fornisce assistenza informale tende ad avere un coinvolgimento minore nel mercato del lavoro^[3]. Tuttavia, questo legame andrebbe analizzato nel tempo per capire in quale direzione si sviluppi la relazione. È possibile, infatti, che siano proprio coloro con un legame meno forte con il mercato del lavoro – per esempio lavoratori precari o scarsamente retribuiti, o persone con lunghe interruzioni occupazionali – ad assumere più facilmente il ruolo di familiare curante. Questi cosiddetti "effetti di selezione" non sono sempre considerati, ma sono fondamentali per stabilire se l'assistenza informale abbia davvero un impatto negativo sull'occupazione.

Altri studi dimostrano che chi ha meno risorse economiche è più propenso a fornire assistenza, peggiorando progressivamente la propria situazione finanziaria e di salute. Allo stesso tempo, chi ha più risorse economiche si trova nella situazione privilegiata di poter decidere cosa fare con la propria carriera lavorativa: ridurre il tempo dedicato al lavoro e/o considerare il pensionamento anticipato perché si hanno sufficienti

[2] <https://www.bag.admin.ch/it/piano-dazio-ne-per-familiari-assistenti>

[3] Moussa, M. M. (2019). The relationship between elder care-giving and labour force participation in the context of policies addressing population ageing: a review of empirical studies published between 2006 and 2016. *Ageing and Society*, 39(6), 1281–1310. <https://doi.org/10.1017/S0144686X18000053>.

risorse economiche per poterselo permettere, oppure mantenere gli stessi ritmi lavorativi dedicandosi in modo limitato all'assistenza informale ma pagando di propria tasca servizi di assistenza formale (ad esempio, professionisti sociosanitari). In Svizzera, però, questi aspetti restano poco esplorati.

Infine, è necessario comprendere meglio come valori culturali, aspettative familiari e convinzioni personali influenzino le decisioni rispetto alla conciliazione tra cura e lavoro. Le ricerche basate su set di dati estesi rischiano di trascurare queste dimensioni e lasciano poco spazio ai familiari curanti per condividere le proprie esperienze. Di conseguenza, una parte importante del quadro – in particolare dal punto di vista di chi presta assistenza – è ancora mancante.

Una nuova ricerca in corso

Questi temi sono al centro di un progetto di ricerca chiamato "Work & Care", finanziato dal Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica e guidato dal Centro competenze anziani della SUPSI. Il progetto analizza i dati esistenti – come l'indagine "Famiglie e Generazioni" e il campione svizzero del sondaggio europeo "SHARE" (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) – per valutare come gli individui combinino assistenza informale e lavoro, quali fattori influenzino le diverse modalità di conciliazione e come queste relazioni varino in base al livello di istruzione o alle risorse economiche. Parallelamente, verranno raccolte testimonianze dirette da familiari curanti nella fase avanzata del proprio percorso lavorativo, così come da coloro che hanno lasciato recentemente il mercato del lavoro per occuparsi di un parente anziano.

I risultati preliminari del progetto "Work & Care" confermano l'importante presenza di familiari curanti in questa fase della vita e ci danno alcune prime indicazioni su come questi conciliano il loro ruolo di familiari curanti e il lavoro. Dai dati dell'indagine europea "SHARE" emerge che, tra 948 partecipanti svizzeri nati tra il 1944 e il 1954 (tra i 50 e i 70 anni al momento della partecipazione all'indagine SHARE), circa uno su cinque (20%) si prende cura di un parente anziano, spesso un genitore o un suocero. Tra questi, il 13% presta un'assistenza intensa (quasi quotidiana), mentre gli altri forniscono un aiuto più saltuario. Inoltre, ben tre quarti dei familiari curanti sono attivi sul mercato di lavoro – quasi la metà a tempo pieno (45%).

Incrociando i dati su assistenza informale e lavoro, si nota che i familiari curanti lavorano più spesso part-time (28% vs 19%) e sono meno spesso fuori dal mercato del lavoro (28% vs 36%) rispetto a chi non fornisce assistenza informale, mentre risulta simile la proporzione di chi lavora full-time (45%). Questo può essere parzialmente spiegato dal fatto che i familiari curanti che hanno partecipato al sondaggio hanno un livello di istruzione più alto rispetto ai partecipanti che non forniscono assistenza informale. Infine, è interessante notare che i familiari curanti riportano di arrivare a fine mese facilmente più spesso rispetto a chi non fornisce assistenza informale, indicando una migliore situazione economica.

"Come rilevato da un recente programma di ricerca federale, le persone tra i 50 e i 65 anni sono sovrarappresentate tra i familiari curanti; infatti, oltre due terzi di loro si prendono cura di un genitore o di un suocero e l'assistenza intensiva ricade più frequentemente sulle donne."

Le prime evidenze del progetto "Work & Care" mostrano che Davide ed Elena non sono casi isolati. I familiari curanti che si occupano di un parente anziano sono tanti, ma non è solo una questione di quantità. Infatti, i familiari curanti rappresentano una colonna che sostiene e supporta l'intero sistema di cure di lunga durata. Comprendere meglio come queste persone conciliano i ruoli di familiare curante e lavoratore e quali fattori (con particolare attenzione alla posizione socioeconomica) facilitano o ostacolano la conciliazione di questi due ruoli sarà fondamentale per poter proporre misure di sostegno e politiche adeguate a supporto dei familiari curanti e, di conseguenza, di tutto il sistema sanitario.



Guenda Bernegger è docente-ricercatrice senior presso il DEASS, dove insegna Etica e svolge attività di ricerca all'interno del Centro competenze pratiche e politiche sanitarie. Alla

laurea in Filosofia ha fatto seguire un Master in Medical Humanities e uno in Teatro sociale e di comunità, rispettivamente all'Università degli Studi dell'Insubria e a quella di Torino, nonché un

Dottorato in Scienze della vita presso la Facoltà di biologia e medicina dell'Università di Losanna. Presiede la Società filosofica della Svizzera italiana, è membro del Comitato etico e della

Commissione culturale consultiva del Cantone Ticino e collabora con l'Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit della Sigmund Freud Universität di Berlino e Vienna.

Bellezza e cura. Affinché gli alberi non siano solo alberi

Che posto ha, o può avere, la dimensione della bellezza nel contesto delle relazioni di cura e di aiuto? Anche, o forse più che mai, nei momenti in cui la sofferenza oscura lo sguardo, la bellezza non è un lusso, ma una via di resistenza. Integrare l'attenzione per il bello e i suoi contrari nella pratica di cura significa, sia per chi soffre, sia per chi cura, dotarsi di una risorsa vitale, capace di riaprire possibilità.

*"Taci, anima stanca di godere
e di soffrire – all'uno, all'altro vai
rassegnata –
[...] Ammutolita
giaci col corpo in una disperata
indifferenza.
Non ci stupiremmo,
non è vero, mia anima, se adesso
il cuore s'arrestasse, se sospeso
ci fosse il fiato...
Invece camminiamo.
E gli alberi son alberi, le case
sono case, le donne
che passano son donne e tutto è quello
che è – quello che è.
La vicenda di gioia e di dolore
non ci tocca. Perduto ha la voce
la sirena del mondo e il mondo è un grande
deserto.
Nel deserto
io guardo con asciutti occhi me stesso."^[1]*

Per quanto vogliamo credere che la bellezza stia negli occhi di chi guarda, ci sono momenti in cui quegli stessi occhi non riescono più a vedere nulla di bello, momenti in cui lo sguardo si offusca, incapace di riconoscere ciò che suscita

gioia o attrazione. Nelle esperienze di sofferenza, nella malattia o nella depressione, l'accesso al bello diventa difficile, talvolta impossibile: non perché non ci sia bellezza, ma perché non ci è più possibile viverla, percepirla come tale. È però proprio in simili momenti che dare spazio a questa dimensione può essere più importante, sia come obiettivo, sia come via per riprendere contatto con una risorsa vitale. Tornare a riconoscere ciò che permette di provare gioia significa coltivare una componente fondamentale della salute, perché una vita bella significa una vita gioiosa, e una vita gioiosa significa una vita sana.

La bellezza si lascia difficilmente definire. Possiamo però riconoscere il bello come la qualità di ciò che suscita in noi un vissuto piacevole: l'armonioso, il proporzionato, l'incantevole. Sappiamo identificare con immediatezza ciò che per noi è bello, in quanto ciò che ci attrae, ciò che – se seguiamo Wilhelm Schmid – è fondamentalmente *"bejahenswert"*, che ci induce cioè a dire di sì, ad affermare la vita e in tal modo a dare senso a quello a cui aderiamo: "Bello è quello che appare come meritevole di adesione [*bejahenswert*]"^[2]. Il bello è, dunque, ciò di fronte a cui siamo portati a esclamare "sì, lo voglio". Con Sergio Givone: "[...] stiamo dicendo sì alla cosa senza riserve; sì, la cosa è come deve essere"^[3]. Ciò che appare bello ci dà forza, muove la nostra energia, attira e insieme preme, generando consenso interiore: "la bellezza [...] – scrive François Cheng – è un desiderio che scaturisce dall'intimo degli esseri [...] come una sorgente inesauribile [...] capace di invitare al consenso, all'interazione, e dotata di un potere trasfigurante"^[4]. Non tutto ciò che suscita adesione è bello, ma tutto ciò che è bello suscita in noi consenso e piacere. È una forza di attrazione che genera movimento, dinamismo, e che mobilita risorse, emozioni, energie, immaginazione.

[1] Sbarbaro, C. (1914). *Pianissimo*. La Voce.

[2] Schmid, W. (2000). *Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst*. Suhrkamp. (p. 177)

[3] Givone, S. (2003). *Prima lezione di estetica*. Laterza, (p. 15)

[4] Cheng, F. (2006). *Cinque meditazioni sulla bellezza*. Bollati Boringhieri. (pp. 23-24)

Il problema è che non sempre si è predisposti a questa esperienza. Ci vuole apertura, attenzione, disponibilità, amore per il bello. Ci vuole una postura estetica che, distinta da quella scientifica, permetta di vivere la bellezza di una città non misurandone le altezze e le distanze, bensì lasciandosi coinvolgere dalle atmosfere, dai giochi di colore, dai rumori, dalle presenze che la animano. Quando si entra in questo atteggiamento, il bello non è soltanto un piacere passeggero: diventa sorgente di forza. Una bella relazione ci riempie di energia, mentre una brutta ce ne toglie. Un bel paesaggio o un'opera d'arte evocano ricordi e allo stesso tempo stimolano nuove esperienze di bellezza. In questo senso, il bello nutre la vita, è slancio, – richiamando l'*élan vital* caro a Henri Bergson –, volontà di vita, riferendoci a Schopenhauer, o volontà di bellezza – *Wille zum Schönen* – come teorizzato da Michael Musalek^[5]. La nostra forza originaria è così anche volontà di bellezza, che ci porta non solo a voler sopravvivere, ma anche a cercare e a coltivare il bello. Ci confrontiamo con la bellezza, ma siamo altresì capaci di costruirla, di plasmare relazioni, spazi, opere che rispondano al desiderio di bello. Gettati in un mondo già segnato dal bello, abbiamo la capacità di trasformarlo, di renderlo migliore: qui si apre lo spazio della cura.

Pensare al bello nella pratica di cura significa orientare l'azione non soltanto alla riduzione dei sintomi o al ristabilimento funzionale, secondo la logica della *restitutio ad integrum*, ma alla possibilità di mirare a una forma di vita bella, gioiosa, desiderabile. La definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) – come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale", e non soltanto come "assenza di malattia o infermità" – si traduce qui come possibilità di vivere una vita gioiosa, quindi bella. La bellezza diventa risorsa terapeutica in due sensi: perché orienta il fine e perché offre forza immediata, energia che la malattia tende a sottrarre.

Non basta infatti che il risultato finale sia bello: il percorso terapeutico stesso deve poter generare adesione. Se la via è solo penosa, il paziente può non avere la motivazione sufficiente per percorrerla. Altresì, l'obiettivo deve apparire possibile. Un fine bello ma percepito come irraggiungibile genera frustrazione e perdita di forza. Il compito della cura non è dunque limitato al trovare una meta e un percorso attrattivi: si tratta bensì al contempo di creare le condizioni perché tale via e tale scopo possano essere perseguiti dal singolo soggetto, affinché il possibile diventi possibile per lui^[6]. Qui il ruolo del curante diventa quello di un

"ri-possibilizzatore" – un *Wiederermöglicher*, come suggerito da Viktor von Weizsäcker^[7] –, che apre al paziente le sue possibilità più proprie, favorendo accadimenti trasformativi, senza imporli.

In questo quadro si inserisce l'attenzione estetica. Adottare un approccio estetico nel contesto delle relazioni di cura e di aiuto significa riconoscere che in tale spazio agiscono costantemente fattori estetici, che condizionano la qualità della presa in carico e i suoi esiti. Non si tratta solo di attenzione per la bellezza, ma anche di percezione (*aesthesis*), di forma, di stile. Il *come* conta tanto quanto il *cosa*. Le qualità formali – le parole usate, i gesti, i silenzi, le atmosfere – suscitano effetti estetici di attrazione o repulsione, fiducia o paura, speranza o smarrimento. La forma informa l'esperienza, apre o chiude possibilità. Prestare attenzione a queste dimensioni permette di lavorare con esse in maniera consapevole, evitando che agiscano in modo incontrollato o indesiderato.

In questa prospettiva, l'estetica non è un'aggiunta marginale alla medicina, ma un elemento costitutivo, che attraversa ogni livello della cura. Nutrire un'attenzione estetica nella cura significa dare spazio a un sapere che non si impone con la forza dell'evidenza scientifica, ma che si rivela nella forma di un incontro, di una risonanza. Così, l'arte non prescrive, non obbliga, non impone: un'opera si offre, si lascia incontrare, diventando occasione di possibilità nuove, di esperienze che non erano date prima. Se ci lasciamo guidare dalle vie che essa apre, partecipiamo a un evento inatteso che ci riguarda intimamente. È il potere trasfigurante dell'arte: aprire "transpossibili" del nostro poter-essere^[8], allargare lo spazio esistenziale, con il corrispondente vissuto di gioia. Se questo si dà nell'incontro con l'arte, si può dare anche nell'incontro con l'altro nella relazione di cura. In un'opera artistica che ci parla, in un paesaggio che ci sorprende, in una relazione che si fa bella, ritroviamo forza e possibilità.

Non si tratta di illudersi che tutto sia bello, ma di coltivare, attraverso l'immaginazione, un senso del possibile, come suggeriva Robert Musil, che accompagni il senso del reale^[9]. È proprio lì, dove sembra che non ci sia più nulla di bello, che diventa decisivo lavorare per rendere di nuovo possibile l'esperienza del bello. Sembra rispondere a Camillo Sbarbaro, Giacomo Leopardi, che suggerisce una via verso questa riapertura di possibilità:

"All'uomo sensibile e immaginoso, che viva [...] sentendo di continuo e immaginando, il mondo e gli oggetti sono in certo modo doppi. Egli ve-

[5] Musalek, M. (2017). *Der Wille zum Schönen I: Als alles bestimmende Naturkraft*. Parodos Verlag. // Musalek, M. (2017). *Der Wille zum Schönen II: Als Kulturgeschehen auf dem Weg zur Kosmopoesie*. Parodos Verlag. // Musalek, M. (2012). *Das Mögliche und das Schöne als Antwort: Neue Wege in der Burnout-Behandlung*. In M. Musalek & M. Poltrum (Hrsg.), *Burnout: Glut und Asche*. Parodos

[6] Bernegger, G., & Musalek, M. (2011). *Und Odysseus weinte. Ästhetische und narrative Elemente in der therapeutischen Beziehung*. In M. Musalek & M. Poltrum (a cura di), *Ars Medica: Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin*. Parodos Verlag (p. 270)

[7] Weizsäcker, V. von. (2005). *Über medizinische Anthropologie*. In *Gesammelte Schriften in zehn Bänden* (Vol. 5, pp. 177–194). Suhrkamp.

[8] Maldiney, H. (1994). *Regard, parole, espace. L'Age d'Homme*. (p. 182)

[9] Musil, R. (1930–1943). *Der Mann ohne Eigenschaften*. Rowohlt. – Trad. it. Musil, R. (1972). *L'uomo senza qualità*. Einaudi.

drà con gli occhi una torre, una campagna; udrà con gli orecchi un suono di una campana; e nel tempo stesso [...] vedrà un'altra torre, un'altra campagna, udrà un altro suono. In questo secondo genere di oggetti sta tutto il bello e il piacevole delle cose. Trista quella vita (ed è pur tale la vita comunemente) che non vede, non ode, non sente se non che oggetti semplici, quelli soli di cui gli occhi, gli orecchi e gli altri sentimenti ricevono la sensazione.^[10]

Dove lo sguardo si oscura e gli occhi si asciugano, l'immaginazione può accendere nuove luci. L'immaginazione, lungi dall'essere inganno, diventa allora facoltà vitale, che rende accessibile ciò che altrimenti resterebbe invisibile. Così, anche in condizioni di sofferenza, può aiutare a "ri-possibilizzare" l'esperienza, laddove il dolore sembra prevalere.

La cura, se vuole davvero promuovere salute, non può trascurare questa dimensione. Non si tratta di estetizzare la medicina in senso superficiale. Piuttosto, si tratta di riconoscere che il bello – inteso come ciò che muove, attrae, dilata, dà forza – è una componente essenziale dell'esperienza umana e quindi anche dell'esperienza di cura. Una medicina che ignori ciò rischia di ridurre il soggetto malato a oggetto di tecniche, trascurando le sue risorse vitali. Una medicina che lo integri, al contrario, diventa più completa e più efficace.

Rendere nuovamente possibile l'esperienza prendendosi cura della dimensione del bello, in definitiva, non è un lusso, ma una responsabilità. È una forma di cura che si gioca nella capacità di ascoltare le dimensioni estetiche dell'esperienza, tanto quelle che attraggono quanto quelle che respingono. È un esercizio di immaginazione, di apertura, di attenzione. Un lavoro che può avvenire, nella cura, ma già a partire dalla formazione dei curanti, attraverso l'arte, attraverso la parola, attraverso il gesto, attraverso la costruzione di ambienti e percorsi che non siano soltanto funzionali ma anche belli, desiderabili. Un impegno che richiede di legittimare uno sguardo estetico sulla realtà della cura.

È significativo che molte espressioni legate alla malattia e alla cura siano intrise di riferimenti estetici: un brutto male, una bella operazione, una bella cicatrice, un bel recupero. Questo testimonia che la dimensione estetica è presente nella nostra esperienza della malattia, nelle nostre narrazioni spontanee. Il compito della riflessione estetica è renderla visibile, legittimarla, darle

un posto nella pratica di cura. In questo modo, la medicina può arricchirsi di uno sguardo che non è alternativo a quello scientifico, ma complementare. La *evidence-based medicine* trova così nella *aesthetic-based medicine* un'alleata capace di mettere in luce ciò che altrimenti rischia di restare in ombra.

" Pensare al bello nella pratica di cura significa orientare l'azione non soltanto alla riduzione dei sintomi o al ristabilimento funzionale, secondo la logica della restitutio ad integrum, ma alla possibilità di mirare a una forma di vita bella, gioiosa, desiderabile. "

L'integrazione della dimensione estetica nella cura porta infine a riconoscere come, oltrepassando lo spazio della relazione intersoggettiva, le risorse del bello e dell'arte siano cruciali anche nella promozione del benessere e della salute della collettività. Un orientamento, questo, peraltro validato da una *scoping review* dell'OMS del 2019 – «What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being?» – di forte risonanza. Promuovere salute richiede così di accrescere le competenze estetiche nella prevenzione e nella cura, come pure nella creazione di contesti e ambienti portatori di bellezza e di senso, permettendo di riconoscere la forza dell'immaginazione e del bello come risorse potenti sul piano individuale e collettivo, dalle pratiche quotidiane fino alla cultura delle istituzioni. Il dialogo con le discipline estetiche può contribuire a questo rafforzamento della sensibilità estetica.

[10] Leopardi, G. (2009). *Zibaldone di pensieri (Opere scritte 1817– 1832)*. Zanichelli.

da novembre 2025

Riparte il ciclo di seminari Divers-età

Il Centro competenze anziani organizza annualmente un ciclo di seminari aperti al pubblico sulle tematiche legate ad anzianità e invecchiamento. L'iniziativa prevede da due a tre appuntamenti per semestre animati da relatori e relatrici esterni.

Maggiori informazioni: www.supsi.ch/go/appuntamenti-diverseta



dal 2 dicembre 2025

SAS Skilled Clinical Assessment for Nurses in Home Care

Il corso si propone di rafforzare le competenze cliniche di infermiere e infermieri che operano nell'ambito delle cure domiciliari attraverso l'approfondimento teorico e la simulazione pratica di quattro aree fondamentali dell'assessment infermieristico.

Maggiori informazioni: www.supsi.ch/go/sas-skilled-assessment



12 dicembre 2025

Foresight: il futuro non si predice, si prepara

Quale futuro per le professioni sanitarie e sociali? L'incontro intende offrire a professionisti e professionisti del settore uno spazio dedicato alla riflessione e al confronto sui cambiamenti e le prospettive nel mondo sociosanitario.

Maggiori informazioni: www.supsi.ch/go/foresight



dal 13 gennaio 2026

Nuova edizione del CAS Diabetologia

La formazione per il personale infermieristico che desidera specializzarsi nella presa a carico della persona con diabete. Il CAS integra aspetti di educazione terapeutica e psicologia motivazionale uniti ai più recenti sviluppi tecnologici e alle più aggiornate evidenze in materia.

Maggiori informazioni: www.supsi.ch/cas-diabetologia



dal 16 gennaio 2026

Crescere altrove: comprendere e sostenere i percorsi di integrazione dei giovani con background migratorio

Le giornate formative proposte dalla Formazione continua area Lavoro sociale approfondiscono la comprensione dei bisogni dei giovani con background migratorio, analizzando i percorsi e i contesti nei quali si colloca il loro processo di integrazione.

Maggiori informazioni: www.supsi.ch/go/crescere-altrove

