

DOCUMENTO BASE SULLE STRATEGIE LOCALI POST COVID PER SITO SUDDIVISO IN SEZIONI

Prima sezione

E' INDISPENSABILE PROPORRE STRATEGIE LOCALI SULL'UTILIZZO DEI FONDI EUROPEI POST-COVID

E' presente, non solo all'estero, ma anche in Italia una forte preoccupazione su come verranno spesi i consistenti fondi europei per contrastare la crisi economica e sociale generata dalla pandemia. Sta emergendo una riflessione focalizzata sulla necessità che i territori esprimano i "loro" progetti.

Per una buona politica di sviluppo servono politiche "rivolte ai luoghi" (place-based). Niente Grandi Piani concepiti in stanze lontane. Niente sussidi compensativi che creano dipendenza e parassitismo. Ma piuttosto una combinazione di due cose: 1) **forti indirizzi nazionali** (concordati con le Regioni) settore per settore, che, sulla base dell'insegnamento maturato nei territori, stabiliscano i principi generali, coerenti con una strategia-paese di lungo periodo; 2) **strategie integrate che, territorio per territorio, adattino quegli indirizzi ai diversi contesti**, strategie governate da Comuni o da loro alleanze e partecipate con cittadini, lavoro e imprese, private e sociali. E' il metodo che si fa avanti in tutto il mondo, che tutta l'Europa sta sperimentando e che in Italia è stato utilizzato con risultati anche di rilievo in esperienze di città metropolitane e medie e nell'esperienza della Strategia Aree Interne. E' la strada da intraprendere nell'uso dei massicci fondi pubblici europei che l'Italia si appresta a ricevere e nel riorientare l'uso dei propri fondi ordinari.

La novità deve essere nel metodo. Si tratta di un metodo in cui gli obiettivi indicati per ogni priorità diventano "linee guida nazionali", frutto di un confronto acceso e informato fra i diversi livelli di governo nelle sedi istituzionali appropriate, e prima ancora con la società civile e con le organizzazioni del lavoro e dell'impresa. E in cui l'attuazione viene realizzata **territorio per territorio attraverso la costruzione partecipata di Strategie di Area** – alleanze di Comuni o aggregati sub-comunali - che declinano quelle linee guida.

All'interno di tale strategia è fondamentale che gli interventi siano l'occasione per contrastare a Verona la crescita delle disuguaglianze che il Covid-19 sta certamente incrementando.

Ovviamente non è ancora disponibile un quadro informativo completo sugli effetti economici e sociali della pandemia, in generale e specificamente a Verona. Per formulare una prima ipotesi occorre comunque tener conto che:

- le famiglie in condizione di povertà assoluta erano nel Veneto prima della crisi circa il 6% del totale (a Verona significa circa 7.000 nuclei familiari); certamente la pandemia ha fatto crescere questi valori
- i dati sul mercato del lavoro indicano che al 31 ottobre nel Veneto sono venute meno circa 44.500 posizioni di lavoro rispetto all'anno precedente (12.000 a Verona); in questa situazione, il disagio occupazionale dei giovani, già consistente prima della pandemia (il 21% dei giovani veronesi 15-29 anni non studiano e non lavorano, valore più alto nel Veneto), è destinato ad aumentare
- il disagio economico da locazione (canone superiore al 30% del reddito) coinvolge

in Italia circa 1,7 milioni di famiglie, mentre 2,4 milioni sono in una situazione di disagio potenziale: a Verona potrebbe voler dire 6-7000 famiglie, oltre alla situazione spesso drammatica che riguarda i cittadini immigrati. Oltre il 28% delle famiglie con affitto a canoni di mercato spende almeno il 40% del proprio reddito per la casa. E l'emergenza sanitaria ha peggiorato ulteriormente il quadro. Uno studio di Nomisma, realizzato durante il lockdown, evidenzia come sia salita dal 9,6% al 24% la percentuale delle famiglie che si dichiarano in difficoltà nel pagamento dei canoni. La probabile crescita del disagio abitativo a seguito del Covid coinvolge soprattutto una popolazione anziana in crescita, i giovani e le giovani coppie che hanno difficoltà a lasciare la famiglia di origine, le famiglie monoreddito.

Sulla base di queste considerazioni, gli ambiti sui quali proporre quindi progetti per contrastare la crescita delle disuguaglianze "dopo" la pandemia sono in primo luogo quattro:

- contrasto delle disuguaglianze in sanità
- interventi più efficaci per superare le difficoltà di ingresso nel mdl, in particolare dei giovani
- interventi sul disagio abitativo
- interventi sul disagio scolastico.

Vi è un elemento comune nelle proposte che facciamo, in ambiti diversissimi: il contrasto alle disuguaglianze necessita non solo di allocazione di risorse specifiche (economiche, di personale, tecnologiche ecc.) a favore dei cittadini più deprivati, ma anche di **processi di accompagnamento** che facciano in modo che tali risorse ottengano davvero i risultati attesi.

In questi diversi ambiti disponiamo di progetti sperimentali già realizzati (quindi **abbiamo in un certo senso progetti-chiavi in mano**), ma c'è la necessità di aumentare l'ordine di grandezza delle realizzazioni.

Seconda sezione

CONTRASTARE LE DISUGUAGLIANZE IN SANITÀ

Questa parte del documento è stata predisposta già nel maggio 2020 e potrebbe sembrare oggi (marzo 2021) un po' inattuale, nuovamente travolti come siamo dall'emergenza. In realtà, dal momento che dovremo convivere con il virus ancora per molti mesi, è indispensabile mettere in campo gli interventi di prevenzione proposti, anche nel momento in cui l'attenzione è concentrata sull'emergenza (e quindi sugli ospedali), altrimenti la situazione di difficoltà continuerà a riproporsi ciclicamente.

Per **contrastare le disuguaglianze in sanità** e contemporaneamente combattere efficacemente la pandemia occorre promuovere un approccio che ponga al centro la comunità locale e che limiti al massimo l'ospedalizzazione e il ricovero degli anziani nelle case di riposo.

Bisogna evitare che venga dirottata una quota sproporzionata degli investimenti pubblici aggiuntivi e comunque della spesa sanitaria verso il sistema ospedaliero. Ciò richiede scelte articolate sul breve termine e altre su un orizzonte temporale più lungo. **Nel breve termine è tanto necessario quanto urgente mettere il "territorio" nelle condizioni di**

far fronte a questa fase. Nel medio termine è necessaria una profonda riorganizzazione delle cure primarie e della medicina di famiglia. Ciò potrebbe consentire uno sviluppo della “medicina di iniziativa”, che la letteratura internazionale dimostra essere uno dei principali mezzi per contrastare le disuguaglianze nell’accesso alle cure sanitarie.

L’individuazione di questa priorità parte dalla discussione pubblica che si è avviata sul **ruolo della medicina territoriale nel contrasto al Covid 19.** Tale discussione si è aperta sulla constatazione dei diversi livelli di letalità che si sono riscontrati, durante la fase più acuta dell’epidemia, tra le diverse regioni, ed in particolare tra Lombardia e Veneto, ed è proseguita – ed è soprattutto questo che ci interessa – nell’elaborazione delle proposte su quale sia il modello più efficace per attrezzare la nostra società, nazionale e locale, a “convivere” con il virus e a contrastare eventuali nuovi focolai. La discussione non è per nulla solo accademica, ma avviene in un momento nel quale nuove, probabilmente consistenti risorse confluiranno sul SSN e appare indispensabile che esse non siano dedicate solo alle strutture ospedaliere.

L’Osservatorio sulle disuguaglianze a Verona intende contribuire a questa discussione pubblica, poiché già prima dell’esplosione dell’epidemia da Covid 19 le **opportunità di accesso alla medicina territoriale e di base rappresentavano un significativo fattore di disuguaglianza** nella possibilità di accesso ai servizi sanitari, in particolare nelle aree più lontane dalla città, per la carenza di medici di famiglia e per l’organizzazione dei servizi distrettuali. Concentrare le risorse post-Covid sugli ospedali e la medicina specialistica significherebbe aumentare tali disuguaglianze. D’altra parte l’esito effettivo del rafforzamento auspicato del SSN non dipende solo dalle politiche che verranno definite a livello nazionale e regionale, ma anche **dall’implementazione a livello locale.**

Il cuore della proposta, sul quale concordano un numero crescente di studiosi e operatori, è di promuovere un community based approach che limiti al massimo l’ospedalizzazione. Se si crede nella necessità di riequilibrare l’organizzazione della sanità per renderla più efficiente, più efficace e più equa attraverso la costruzione di forti reti territoriali, il momento di agire è qui ed ora, perché altrimenti le dinamiche politiche e organizzative inerziali determineranno con ogni probabilità un aggravamento degli squilibri, dirottando una quota sproporzionata degli investimenti pubblici aggiuntivi e comunque della spesa sanitaria verso il sistema ospedaliero.

Nel breve-medio termine è necessaria una profonda riorganizzazione delle cure primarie e della medicina di famiglia. Nel corso degli anni sono state formulate diverse proposte, il più delle volte non attuate nemmeno con sperimentazioni parziali. Uno degli orientamenti più utili, anche ai fini del “controllo/gestione” di un’epidemia, si può trarre dal Piano nazionale cronicità che si occupa proprio della riorganizzazione del “territorio”, dove deve avvenire la presa in carico delle persone affette da patologie croniche. Il Piano indica le strategie d’intervento e il modello assistenziale, basato sulla sanità d’iniziativa, il cui principio cardine è la costituzione di team multidisciplinari (medici di famiglia, infermieri, specialisti, operatori sociali) con lo scopo di identificare e trattare precocemente i problemi di salute della popolazione, per prevenirne o ritardarne l’aggravamento. Una simile organizzazione, ideata per far fronte all’epidemia di malattie croniche, è quella che ci vuole anche per affrontare l’attacco di un’epidemia infettiva. Tale orientamento consente anche di affrontare in modo più adeguato il problema del rapporto tra SSN e RSA/Case di riposo, che ha costituito uno dei “buchi” più vistosi durante la prima emergenza Covid.

Queste considerazioni portano ovviamente ad occuparsi dei medici e dei pediatri di famiglia (MMG), dei loro compiti e della loro organizzazione. Un mutamento di paradigma come quello sopra delineato non può prescindere da un totale ripensamento delle loro funzioni, del loro sistema di remunerazione e, soprattutto, della loro organizzazione.

Le nuove politiche sanitarie regionali post epidemiche dovrebbero cioè puntare a stimolare un rafforzamento della medicina di base organizzata con modalità operative che vedano i medici di famiglia dotarsi di sedi adeguate, con gruppi di lavoro che comprendano personale infermieristico ed amministrativo e la dotazione di attrezzature diagnostiche utilizzabili a domicilio (come gli ecografi) e che consentano di sfruttare le attuali possibilità offerte dalla telemedicina. Non più, quindi, solo “studi medici associati”, ma vere e proprie “unità di cure primarie”, che allarghino le funzioni diagnostiche (Punto prelievi, ecografie.....), a seconda del bacino di utenza prevedano anche la presenza di specialisti, dei medici di continuità assistenziale (“guardia medica”), di funzioni di prevenzione (le vaccinazioni), con un adeguato sistema informatico che consenta di condividere le informazioni in tutta l’unità.

La Struttura per la erogazione delle Cure Primarie aggregate potrebbe organizzarsi con una **copertura oraria** minima H12 fino a copertura H24, nel caso di corrispondenza con la postazione di CA o di collegamento funzionale con essa.

In questo contesto andranno valorizzate e stimolate le iniziative di collegamento e di collaborazione fra la medicina del territorio, la medicina ospedaliera ed i Dipartimenti di prevenzione.

Resta da affrontare in un nuovo modello organizzativo, il problema della sottovalutazione in atto, nel nostro Paese, delle competenze lavorative affidate al personale infermieristico dato che non è ancora stato formulato un progetto complessivo di task shifting. “Task shifting” è la ridistribuzione razionale dei compiti all’interno di un gruppo di lavoro sanitario grazie alla quale competenze tecniche specifiche sono spostate da operatori sanitari a qualificazione formale più elevata ad altri di qualificazione formale meno elevata ma specificamente formati e certificati con l’obiettivo di raggiungere un utilizzo più efficiente delle risorse disponibili.

Un nuovo modello di utilizzo del personale infermieristico, basato sulla medicina di iniziativa e cioè su una medicina che non aspetta in ambulatorio il paziente ammalato ma si fa carico “su sua iniziativa” di aiutare il paziente cronico che ha difficoltà a gestire la propria malattia ridurrebbe marcatamente le disuguaglianze sanitarie.

In realtà si tratta di una modalità razionale che affida un compito alla persona meno qualificata, dal punto di vista formale, in grado di svolgerlo correttamente; è uno dei criteri di efficienza della strategia Primary Health Care, indicata dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come il modello da seguire per la salute globale, che può trovare un ambito particolarmente favorevole nelle attività di medicina territoriale e prevenzione del nostro Paese che presenta una situazione di “ingessamento” formale delle competenze professionali particolarmente elevato. Ovviamente l’allargamento dei compiti degli operatori dovrà trovare anche un momento di adeguata regolazione contrattuale.

Va sottolineato che questo nuovo modello organizzativo di medicina territoriale potrà rispondere anche al problema rilevante dato dalla **scarsità di medici di medicina generale specie nelle zone periferiche più svantaggiate del Paese**. Riunire in gruppi i medici disponibili in centri periferici dove gli orari potranno essere dilatati e dove potranno essere organizzati programmi di medicina di iniziativa condotti da personale infermieristico addestrato, migliorerebbe, in tempi brevi, l’offerta sanitaria regionale.

Nell’attuazione di tale policy dovrebbero avere un ruolo rilevante i **Comuni**: essi dovrebbero utilizzare gli spazi concessi dalle leggi regionali 11/2004 e 14/2019 per facilitare e promuovere come servizio standard di base nel territorio l’Unità di cure primarie, adottando gli strumenti di pianificazione necessari.

Rafforzare le reti assistenziali territoriali è un processo che può e deve partire dal basso. I comuni, il mondo del privato sociale, il terzo settore, i soggetti privati (dal welfare

aziendale alle strutture sanitarie e sociosanitarie) devono costruire **coalizioni territoriali riconoscibili** per chiedere a gran voce il riequilibrio di cui abbiamo parlato e iniziare a praticarlo. Nel nostro paese abbiamo da tempo sviluppato un'attenzione, non ancora sufficiente certo, alle politiche di sviluppo locale e più in generale all'integrazione tra diverse politiche in una logica place based. La forza di una campagna per una riforma del SSN in questa direzione sarebbe molto superiore se si riuscisse, già da ora e immediatamente dopo la fine della pandemia, ad inserire questo orientamento nei Piani di zona delle AULSS e a costruire delle **esperienze esemplari** partendo da luoghi dove siano presenti bisogni conclamati (es. la recente chiusura di un piccolo ospedale) e volontà di affrontarli.

terza sezione

INTERVENTI PIÙ EFFICACI PER SUPERARE LE DIFFICOLTÀ DI INGRESSO NEL MERCATO DEL LAVORO, IN PARTICOLARE DEI GIOVANI

La seconda priorità di intervento per un utilizzo a livello locale dei Fondi europei utile a contrastare la crescita delle disuguaglianze riguarda le *difficoltà di ingresso e di permanenza nel mdl*.

Il contesto sociale ed economico in cui ci troviamo, prima messo a dura prova da una pluriennale crisi occupazionale e ora dall'emergenza sanitari, vede il persistere di debolezze strutturali del nostro Paese e in buona parte anche della nostra Regione, che si possono riferire ai seguenti macro-ambiti:

- la perdita di competitività delle imprese;
- l'incapacità di identificare, attrarre e valorizzare le competenze "chiave";
- l'inefficienza del mercato del lavoro.

In altre parole, il disallineamento tra le politiche che operano su questi tre ambiti, ovvero rispettivamente tra **politiche di sviluppo, politiche dell'istruzione e formazione e politiche attive del lavoro**, non consente di attivare processi di crescita efficaci.

Tali politiche sono interconnesse e occorre finalmente avviare la costruzione di un linguaggio comune tra mondo della formazione e quello del lavoro, un **linguaggio rappresentato dalle competenze**. L'alto tasso di disoccupazione giovanile (32%), l'eccessivo numero di NEET (oltre il milione) e la carenza di un sistema di formazione terziaria evidenziano tre aspetti di distorsione del raccordo tra sistema educativo e mercato del lavoro in Italia.

- **Il primo** riguarda la separatezza e la distanza tra sistema educativo e mondo del lavoro. **Le esperienze del Nord Europa dimostrano che nei paesi dove esiste uno stretto raccordo tra formazione e lavoro già all'interno dei percorsi di studio i livelli di disoccupazione giovanile sono più contenuti.** L'apprendistato formativo di 1° livello in Italia non ha mai avuto grande successo, **se si esclude l'Alto Adige dove vige un sistema duale di matrice tedesca.**
- **Il secondo** a fronte di una scolarizzazione di massa che vede tassi elevati di iscrizione all'istruzione di livello secondario e di successivi passaggi al livello terziario, **permangono molti problemi in merito alla dispersione scolastica ed universitaria e all'inclusione sociale delle fasce deboli.**
- **Il terzo** concerne l'assetto del sistema educativo terziario italiano dove, a differenza di quanto si verifica negli altri paesi europei, manca una Formazione

terziaria professionalizzante a ciclo breve sia di tipo accademico (è fallito il modello universitario del 3+2 e delle Lauree brevi) che non accademico; **la tendenza a privilegiare l'indirizzo liceale nelle scelta dell'indirizzo di studio da parte dei ragazzi e delle famiglie a scapito dell'Istruzione tecnica e professionale e della leFP, determina una carenza di tecnici ed operai specializzati oggi richiesti dal sistema produttivo e un numero insufficiente di Laureati in discipline scientifiche.**

Nonostante il Veneto risulti una delle regioni con maggiori opportunità economiche e un tasso di disoccupazione più basso della media nazionale, sono soprattutto i giovani a trovarsi in difficoltà nell'inserimento lavorativo, in particolare dopo il lock down.

La disoccupazione giovanile veronese già prima del Covid si caratterizza per un alto numero di N.E.E.T. (Not in Education Employment and Training). Verona, con un tasso di NEET del 21%, si colloca infatti al 53esimo posto per numero di Neet sul totale delle province italiane ed ha uno scarto medio di 8 punti percentuali con le altre province venete, ad eccezione di Rovigo che si colloca immediatamente sopra (Anpal – luglio 2018). Il fenomeno è particolarmente allarmante, anche tenendo conto che per il momento la famiglia riesce ad ammortizzarne, nella maggior parte dei casi, gli effetti sociali; ma in futuro l'avanzare nell'età dei genitori lascerà queste persone sguarnite di tutele e di reddito, in una situazione di grave deprivazione e diseguaglianza.

La misura di contrasto a questo fenomeno, ovvero il programma regionale Garanzia Giovani, risponde in parte al problema, poiché offre opportunità soprattutto a chi è più scolarizzato, coloro in possesso della sola licenza media vivono quindi una ulteriore esclusione.

Anche tra i giovani occupati si riscontrano elementi di fragilità, poiché a crescere sono soprattutto i contratti di lavoro temporaneo.

Per questo insieme di considerazioni si ritiene che siano necessari interventi specifici rivolti a questi giovani, per evitare che una situazione di disagio attuale si trasformi in futuro in un drammatico problema sociale. Abbiamo a Verona progetti-pilota significativi, in particolare sviluppati da Energie Sociali, Scaligera formazione e altri partners: ma ora la necessità è di trasformare i progetti pilota in pratiche diffuse, che coinvolgano un numero crescente di persone.

Il modello sperimentato si è caratterizzato per la metodologia adottata, che ha determinato il successo nell'iniziativa:

- La campagna di comunicazione che ha saputo intercettarli.
- Il tutoraggio individuale: ciascun giovane è stato affiancato nel percorso progettuale da un tutor che lo accompagna nella riflessione sulle esperienze vissute, media con i contesti aziendali, potenzia gli elementi di comunicazione, relazione e consapevolezza di sé e che adotta un setting più informale rispetto all'accompagnamento lavorativo "classico".
- La possibilità di fare esperienza: elemento di fragilità per questi giovani è infatti l'assenza di una cultura del lavoro che si acquisisce solo attraverso l'esperienza concreta e la formazione "on the job".
- La personalizzazione e flessibilità del percorso.
- Il lavoro sulle "life skills": ovvero le competenze trasversali definite "utili per la vita ed il lavoro", che sono determinanti per l'adattamento ad un mondo del lavoro in rapido cambiamento;

- Lo sviluppo di una filiera di servizi: giovani che sono in condizione di fragilità necessitano di un approccio che li accompagni sotto diversi punti di vista e li aiuti a collegarsi ad altri servizi esistenti in risposta alla complessità che vivono (es. servizi alla casa, alla salute, ...).

Nei prossimi mesi è prevedibile che il disagio lavorativo dei giovani sia destinato ad acuirsi (i primi numeri disponibili già lo testimoniano) e ad esso si affiancherà una quota consistente di **lavoratori abbastanza avanti in età**, ma ancora lontani dalla pensione, in possesso di competenze poco spendibili sul mercato del lavoro: riteniamo che il modello sperimentato con i giovani, con gli opportuni adattamenti, sia utilizzabile anche per questa categoria di persone.

quarta sezione

INTERVENTI SUL DISAGIO ABITATIVO

Il “cappello” dell’housing sociale è ampio e sotto vi rientrano interventi di natura molto diversa.

La casa è da sempre una componente cruciale per la qualità della vita delle persone, un bisogno complesso per tutti, e ancor di più per chi ha limitate capacità di reddito e per chi somma a questo anche altre fragilità, di natura più o meno temporanea.

Negli ultimi tempi nell’offrire una risposta abitativa in grado di fronteggiare questi svantaggi è cresciuta la consapevolezza, la volontà e la capacità d’intervento, un processo di definizione che ha permesso di arrivare a definire alcuni principi che accomunano tutti gli interventi. I progetti di housing sociale pertanto:

- **individuano gruppi target ben identificati**, in base al profilo socio-economico o a differenti condizioni di vulnerabilità e disagio (i problemi e le difficoltà abitative degli anziani sono molto diversi da quelli delle giovani coppie che non trovano casa, da quelli dei giovani che faticano a uscire dalla casa dei genitori, dalle famiglie monoreddito);
- **prevedono servizi di accompagnamento** con formule e intensità variabili per rispondere non solo al bisogno di “casa” ma anche di relazioni, comunità, calore, supporto all’autonomia...;
- **offrono una buona accessibilità economica.**

In generale, sono ipotizzabili due diverse tipologie d’intervento:

- progetti che definiremo di ‘homing’ - rivolti a singoli o nuclei in condizioni di forte fragilità sociale poco o per nulla solvibili - dove entra in gioco il fondo perduto per sostenere l’attivazione - in termini di “hardware e software” - di un servizio residenziale dove l’abitazione fa parte di un percorso di accompagnamento/accoglienza più ampio;
- progetti di ‘social housing’ per una platea di beneficiari potenzialmente in grado di sostenere un canone calmierato e remunerare quindi l’investimento iniziale del finanziatore, anche se in misura contenuta. Si tratta di investimenti di lungo periodo pensati per sostenere coloro che non trovano una risposta adeguata al proprio bisogno abitativo né nell’edilizia pubblica né nel libero mercato e quindi per consentire l’offerta di case, di qualità, a canoni accessibili dove accanto alle funzioni di property e facility management si prevedono azioni di sostegno allo start up delle comunità di abitanti.

Per le carenze delle politiche pubbliche sulla casa, possiamo riferirci solo a alcune esperienze pilota: della Pia Opera Ciccarelli per gli anziani, di Energie sociali per i giovani,

di SOS Casa, della Cooperativa per la casa agli immigrati. Si tratta però di piccoli numeri, i bisogni in materia sono molto più consistenti. Il Piano Next Generation – EU è una grande opportunità: vanno individuati progetti in grado di coniugare una elevata capacità di attivazione economica con un ampio beneficio sociale e da questo punto di vista, la risposta al disagio abitativo potrebbe costituire un'allocazione adeguata, ma la sua implementazione a livello locale, per rispettare tempi e obiettivi del Piano stesso, richiederà una forte integrazione tra pubblico e privato. Il contributo operativo dei soggetti privati, costituirebbe un supporto essenziale per implementare i piani delle PA, sperimentando nuove logiche di co-progettazione. L'abitare, con un innesto di innovazione in termini di servizi, è un pilastro imprescindibile di quell'infrastrutturazione sociale che l'Europa e il paese si aspettano, attraverso un incremento dell'offerta abitativa economicamente sostenibile e il potenziamento di quelle forme di abitare sperimentali che hanno dimostrato capacità di resilienza, in quanto centrate sulla cura della persona.

Un punto di partenza potrebbero essere le esperienze di ristrutturazione di unità abitative ERP, inutilizzate perché necessitano di consistenti interventi di ristrutturazione e concesse in comodato gratuito a soggetti del Terzo Settore, che le hanno ristrutturate con contributi di enti benefici (ma potrebbero essere i fondi del NG EU!) e poi utilizzate per attività di housing sociale.

quinta sezione

INTERVENTI SULLA POVERTA' EDUCATIVA

Tra quelli ritenuti prioritari da questo Osservatorio, **c'è un quarto ambito di strategie locali proponibili ai fini dell'utilizzo dei Fondi europei post-Covid. E' l'ambito del disagio scolastico ossia delle disuguaglianze che il lockdown ha ancor più evidenziato tra alunni e studenti che possono o non possono fruire delle opportunità formative per tutti a seconda che essi abbiano alle spalle, in famiglia, un vissuto di ricchezza o di povertà educativa.** In ogni parte del mondo colpito dalla pandemia si sono avuti e si continuano ad avere riscontri quotidiani delle perdite enormi - in termini di riuscita scolastica - subite dalla parte più debole della popolazione minorile. La sperimentazione di necessità (fatta durante il confinamento a casa) di una sicuramente innovativa didattica a distanza (DaD), a parità di competenze anche informatiche di bravi e appassionati docenti (nel pubblico e nel privato-sociale, come a Verona nei progetti Tante Tinte e Cestim), non poteva non trovare significative differenze di risultato tra i bambini e i ragazzi collegati via internet. Non è la stessa cosa avere o non avere alle spalle fisicamente e/o psicologicamente un genitore o un familiare che ha tempo, mezzi e voglia di occuparsi amorevolmente di te. Non è la stessa cosa abitare o non abitare in una casa che offre uno spazio dignitoso e adeguato alle tue esigenze di privacy e di studio. Non è la stessa cosa poter disporre o non poter disporre a casa di un computer che funziona bene per i collegamenti DaD **in cui** sei chiamato ad essere coinvolto. Si può dire dunque che il Covid non ha fatto che mettere ulteriormente a fuoco le conseguenze del disagio scolastico provocato nel vissuto dei minori (com'è noto da decenni nella letteratura sociologica) da disuguaglianze di diversa natura, relazionali, economiche, abitative, linguistiche, culturali. Alcune aggredibili con successo – se c'è la volontà politica – nel breve periodo, altre nel medio e altre ancora solo nel lungo o lunghissimo periodo. Riteniamo indispensabile prendere anzitutto in considerazione per la riduzione del disagio scolastico le disuguaglianze realisticamente aggredibili nel breve periodo.

In quest'ottica le risorse eventualmente disponibili per il contrasto alla povertà

educativa dovrebbero essere impegnate anzitutto in interventi di doposcuola da attuare possibilmente negli stessi edifici scolastici di quartiere in una logica di stretta e fattiva collaborazione tra direzioni scolastiche e servizi educativi di territorio.

A questo proposito a Verona (come in molte altre città e province) non ci sarebbe da inventare nulla. Non ci sarebbe bisogno né dell'ennesimo progetto-pilota né dell'ennesimo progetto-bandiera.

Là dove sono state trovate e messe a disposizione le risorse di budget necessarie, le esperienze di doposcuola fatte negli ultimi trent'anni - **mettendo in sinergia pubblico, privato-sociale e volontariato** - hanno funzionato benissimo, dimostrando che si può dare un significativo contributo alla riduzione, per quanto possibile nel breve periodo, degli svantaggi nella fruizione del bene-scuola.

Il modello di intervento c'è ed è consolidato. C'è solo bisogno di adeguate risorse di budget, non occasionali ma permanenti, perchè tale modello sia adottato tutti gli anni da tutte le scuole con alunni e studenti in sofferenza per povertà educativa.

Quello che tante Amministrazioni comunali e tanti dirigenti scolastici non fanno è come si faccia ad ottenere ogni anno, nel breve periodo e in maniera adeguata, le **risorse di budget necessarie per efficaci attività di doposcuola** là dove, ovviamente, se ne manifesta il bisogno.

Sarebbe dunque sensato, a parere di molti tra quanti a Verona sono impegnati da anni in azioni di contrasto alla povertà educativa, cogliere le opportunità offerte adesso dai Fondi europei post-Covid per rendere possibili **efficaci attività di doposcuola, dentro un grande progetto provinciale (o almeno del Comune di Verona) di durata non inferiore ai tre anni.** Le risorse dovrebbero:

a) coprire i costi di **investimento in personale educativo e docente, adeguatamente formato e qualificato, per lo svolgimento delle attività mirate a supportare nello studio, in orario extrascolastico, i bambini e i ragazzi svantaggiati per condizioni familiari difficili** (non soltanto sotto il profilo economico-abitativo, ma anche linguistico e relazionale);

b) coprire i costi di **investimento in strutture adatte per l'attività di doposcuola**, possibilmente sfruttando al meglio le potenzialità degli stessi edifici scolastici, prevedendo spazi, arredi e attrezzature funzionali allo studio assistito individuale e di piccolo gruppo, con orari di utilizzo di tali spazi, arredi e attrezzature non solo nella prima parte del pomeriggio, ma anche nella seconda (almeno fino alle 19) e pure al sabato mattina;

c) essere gestibili da ogni singolo dirigente scolastico di territorio in maniera ragionevolmente snella **con il minimo di burocrazia possibile** (sia per la richiesta del budget assegnabile all'Istituto che per l'amministrazione contabile di una liquidità effettivamente disponibile, che per la rendicontazione in itinere e finale).

La realizzazione di un progetto del genere su un'area vasta come potrebbe essere il Comune di Verona e ancor più la provincia, sfruttando oggi la possibilità di ricorso straordinario ai Fondi europei post-Covid, potrebbe utilmente domani portare i decisori delle politiche sociali a livello nazionale, regionale e locale, a **vedere nel finanziamento permanente delle attività di doposcuola una misura necessariamente ordinaria, non straordinaria, nella lotta alla povertà educativa sul territorio.**

In questo senso potremmo anche chiamare "pilota" il progetto che proponiamo.

In **conclusione**, le proposte presentate non debbono essere lette come l'ennesimo "libro dei sogni": **le debolezze della politica lasciano libero uno spazio per proposte progettuali** che reti civiche come l'Osservatorio e coalizioni territoriali attive possono proporre e riuscire ad implementare, quanto meno a livello di esperienze pilota esemplari.