

5 2 minuti

7 **[SECONDO ME]** Un anno da Sottosegretario al Sociale | Intervista a Maria Cecilia Guerra, a cura di Cristiano Gori

## POLITICHE

### [SPECIALE – DOVE VA IL WELFARE ITALIANO]

- 15 Introduzione | Cristiano Gori
- 16 Anziani non autosufficienti | Laura Pelliccia, Intervista ad Anna Banchemo
- 20 Cooperazione | Intervista a Giuseppe Guerini
- 21 Povertà | Alice Melzi, Intervista a Francesco Marsico
- 26 Prima infanzia | Aldo Fortunati, Intervista a Lorenzo Campioni
- 30 Disabilità | Carlo Giacobini, Intervista a Giampiero Griffo
- 33 Livelli essenziali | Renato Cagno e Fabio Ragaini
- 38 Finanziamento | Laura Pelliccia
- 40 **[DOMANDE ALL'EUROPA]** Come rispondono gli altri Paesi europei alla crisi economica? | Marcello Natili

## ESPERIENZE

### [SPECIALE – A CHI DARE SERVIZI E A CHI NO?]

- 45 Introduzione | Sonia Guarino
- 47 I dilemmi nell'area disagio | Beatrice Valentini
- 50 I dilemmi nell'area anziani non autosufficienti | Federica Sala
- 53 I dilemmi nell'area disabilità | Giorgio Genta
- 55 L'organizzazione dei Punti unici di accesso | Franco Pesaresi
- 64 L'integrazione sociale realizzata attraverso il lavoro | Roberto Di Monaco, Silvia Pilutti
- 69 *Housing* sociale a Senigallia | Lucio Cimarelli
- 76 UVG, una storia complessa | Maria Beatrice Baggio, Maria Cristina Bollini, Alberto Cester
- 80 L'*Hospice* Kika Mamoli di Bergamo | Consuelo Rota
- 89 **[I MARZIANI DEL WELFARE]** Dacci oggi il nostro pane riciclato | Francesca Paini

## STRUMENTI

- 91 Come affrontare lo stress nei servizi in epoca di crisi | Laura Belloni
- 97 Strategie per l'integrazione fra ambiti di cura | Eleonora Corsalini, Emanuele Vendramini
- 102 Valutare l'impegno pubblico nel soddisfare i bisogni sociali | Antonello Podda
- 108 La "valutazione" delle famiglie affidatarie | Ombretta Zanon
- 116 **[IL WELFARE SUL WEB]** Il *welfare* sul web – V parte | a cura di Maurizio Motta
- 118 **[LE COSE DELLA VITA]** La crisi come alibi | Annalisa Loriga
- 119 **[FERMI TUTTI!]** Cura e *welfare community* | Intervista a Alessandro Meluzzi, a cura di Lara Artioli

# Welfare OGGI

DIRETTORE RESPONSABILE  
**MANLIO MAGGIOLI**

DIRETTORE  
**CRISTIANO GORI**  
*cristiano\_gori@yahoo.it*

REDAZIONE  
**ANNA MARIA CANDELA**  
**GIANFRANCO MAROCCHI**  
**GIOVANNI MERLO**  
**MAURIZIO MOTTA**  
**FRANCESCA PAINI**  
**FRANCO PESARESÌ**  
**FLAVIANO ZANDONAI**

COORDINAMENTO DI REDAZIONE  
**SONIA GUARINO (responsabile)**  
**ALICE MELZI**

CONSULENTE EDITORIALE  
**LORENZO TERRAGNA**

RESPONSABILE EDITORIALE  
**FRANCESCO SINIBALDI**  
*fsinibaldi@maggioli.it*

CONTATTI  
*welfareoggi@gmail.com*

Progetto Grafico  
**Alessandro Dante**  
**Raffaella Ugolini**

## Amministrazione e diffusione

Maggioli Editore  
presso c.p.o. Rimini  
via Coriano, 58 – 47900 Rimini  
tel. 0541/628111 – fax 0541/622100  
Maggioli Editore è un marchio  
Maggioli S.p.a.  
**Servizio Clienti**  
tel. 0541-628242 – fax 0541/622595  
e-mail: [clienti.editore@maggioli.it](mailto:clienti.editore@maggioli.it)  
[www.periodicimaggioli.it](http://www.periodicimaggioli.it)

## Pubblicità

**Publimaggioli**  
Concessionaria di Pubblicità  
per Maggioli S.p.a.  
Via del Carpino, 8  
47822 Santarcangelo di Romagna (RN)  
tel. 0541/628736-531 – fax 0541/624887  
e-mail: [publimaggioli@maggioli.it](mailto:publimaggioli@maggioli.it)  
[www.publimaggioli.it](http://www.publimaggioli.it)

## Filiali

**Milano**  
Via F. Albani, 21 – 20149 Milano  
tel. 02/48545811 – fax 02/48517108  
**Bologna**  
Via Volto Santo, 6 – 40123 Bologna  
tel. 051/229439-228676  
Fax 051/262036  
**Roma**  
Via Voltorno, 2/c – 00185 Roma  
tel. 06/5896600-58301292  
Fax 06/5882342  
**Napoli**  
Via A. Diaz, 8 – 80134 Napoli  
tel. 081/5522271 – fax 081/5516578

## Tutti i diritti riservati

È vietata la riproduzione anche parziale del materiale pubblicato senza autorizzazione dell'Editore. Le opinioni espresse negli articoli appartengono ai singoli autori, dei quali si rispetta la libertà di giudizio. I singoli autori si rendono responsabili di tutto quanto riportato, di ogni riferimento, delle autorizzazioni alla pubblicazione di grafici, figure, ecc. L'autore garantisce la paternità dei contenuti inviati all'Editore, manlevando quest'ultimo da ogni eventuale richiesta di risarcimento danni proveniente da terzi che dovessero rivendicare diritti su tali contenuti.

## Registrazione

Presso il tribunale di Rimini dell'8.9.1995 al n. 15/95

## Maggioli S.p.a.

Azienda con Sistema Qualità certificato ISO 9001: 2000  
Iscritta al registro operatori della comunicazione

## Stampa

Titanlito S.p.a. – Dogana, R.S.M.

## CONDIZIONI DI ABBONAMENTO 2013

- Il prezzo di abbonamento alla rivista Welfare Oggi + la newsletter on line quindicinale "328" news è di euro 159,00
- Il prezzo promozionale per privati e liberi professionisti comprensivo di newsletter on line quindicinale "328" news è di euro 99,00
- Il prezzo di una copia della rivista è di euro 30,00
- Il prezzo di una copia arretrata è di euro 34,00

I prezzi sopra indicati si intendono IVA inclusa.

Il pagamento dell'abbonamento deve essere effettuato con bollettino di c.c.p. n. 31666589 intestato a: Maggioli – Periodici – Via del Carpino, 8 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN). I direttori e i responsabili di enti e strutture appartenenti all'ordine degli Assistenti Sociali possono sottoscrivere abbonamenti per l'anno corrente alla rivista bimestrale "Welfare Oggi" al prezzo di euro 127 (rivista + newsletter).

La rivista è disponibile anche nelle migliori librerie.

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio con diritto al ricevimento dei fascicoli arretrati ed avrà validità per il primo anno.

La Casa Editrice comunque, al fine di garantire la continuità del servizio, in mancanza di esplicita revoca, da comunicarsi in forma scritta entro il trimestre seguente alla scadenza dell'abbonamento, si riserva di inviare il periodico anche per il periodo successivo. La disdetta non è comunque valida se l'abbonato non è in regola con i pagamenti. Il rifiuto o la restituzione dei fascicoli della rivista non costituiscono disdetta dell'abbonamento a nessun effetto.

I fascicoli non pervenuti possono essere richiesti dall'abbonato non oltre 20 giorni dopo la ricezione del numero successivo.

## 2 MINUTI

### CRIMINALITÀ: TRA PERCEZIONE E NOTIZIE

Il sesto rapporto dell'Osservatorio Europeo sulla sicurezza conferma la criminalità tra i primi posti nell'agenda dell'insicurezza, nonostante le statistiche giudiziarie continuino a mostrare un andamento dei reati senza particolare variazioni. Ciò che emerge dal lato della percezione dei cittadini trova conferma nella rappresentazione mediatica.

Come si nota nel grafico 1, la logica della comunicazione mediatica tende a produrre ondate cicliche, "sciami informativi", che sono legati in modo relativo alle dinamiche della realtà. Infatti i maggiori condizionamenti provengono da logiche politiche, scelte di narrazione mediatica e dalla capacità di movimenti ed associazioni di mobilitare l'attenzione intorno a specifici problemi, di scrivere l'agenda dell'opinione pubblica. In particolare negli anni 2007-2008 dominante è stato il connubio criminalità-immigrazione, a cavallo del 2010-2011 la serializzazione dei casi criminali e nel 2012 l'attenzione è rivolta ai reati che investono la sfera privata e familiare, in particolare alla violenza sulle donne.

### SPESE ENORMI PER IL GIOCO D'AZZARDO

Secondo il CoNaGGA (Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo), nel 2011 il mercato mondiale dei giochi d'azzardo ha raccolto, al netto dei premi erogati, 417 miliardi di euro (+5,6% sul 2010). Il 29% di questi sono in Euro-

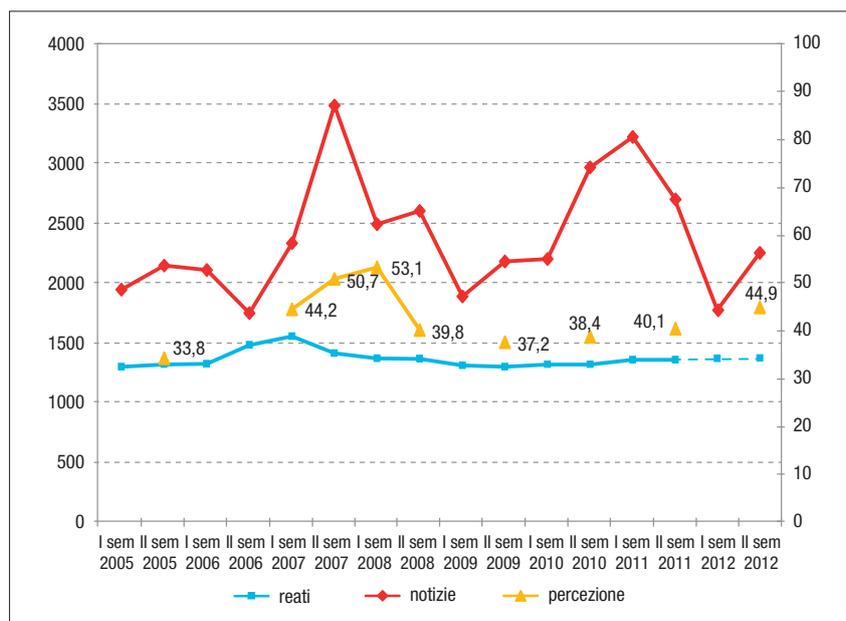


Grafico 1 – Trend delle percezioni, delle notizie e dei dati reali sulla criminalità nei telegiornali italiani (TG1 – TG2 – TG3 – TG4 – TG5 – studio aperto)

Fonte: [www.fondazioneunipolis.org](http://www.fondazioneunipolis.org)

pa, solo in Italia 18,4 miliardi di euro. Il fatturato in Italia è passato dai 14,3 miliardi del 2000 ai quasi 80 miliardi del 2011 e per il 2012 è stimata una proiezione di 94 miliardi. Nonostante siano crollati i risparmi delle famiglie, l'Italia è il primo mercato al mondo di Gratta e Vinci: nel 2010 sono stati comprati il 19% dei biglietti venduti. Ha il 23% del mercato mondiale di gioco on line e a livello pro-capite l'Italia ha il triplo delle Vlt (Video Lottery Terminal) degli USA.

Fonte: redattore sociale, *Il 2012 del sociale*

### SE NON CI FOSSE LA FAMIGLIA...

Il rapporto Istat "Inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'au-

tonomia personale. Anno 2011", pubblicato il 14 dicembre 2012 conferma un aspetto ormai assodato: la maggior parte degli aiuti arriva dalla famiglia. Infatti, l'83% degli intervistati riferisce di poter fare affidamento su parenti in caso di necessità e il 55% riceve effettivamente aiuti da familiari conviventi o meno.

### LE PRIORITÀ DELLE IMPRESE SOCIALI PER IL NUOVO GOVERNO

Le prime tre scelte in ordine di importanza (grafico 2): mantenere l'iva delle cooperative sociali al 4%, promuovere l'utilizzo delle clausole sociali negli appalti, ripristinare il fondo sociale regionale.

È quanto emerge dal sondaggio promosso dall'associazione Isnet

che ha coinvolto le oltre mille imprese sociali in tutta Italia che compongono il suo *network*.

Alla domanda “pensa che la realizzabilità dei temi possa aumentare nel caso in cui al Governo ci sia una forte rappresentanza di esponenti del terzo settore”, l’82% degli enti si esprime positivamente.

### AUMENTANO LE MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE, MA L’ITALIA È SOTTO LA MEDIA EUROPEA

I dati forniti dagli uffici dell’Esecuzione Penale Esterna dal 1976, anno di inizio delle misure alternative (la legge che le disciplina è del

1975) al 1996, mostrano una lenta ma continua espansione, da 4.000 a 18.000 beneficiari. In seguito, dal 1997 al 2006, le misure alternative aumentano decisamente oltrepassando le 50.000 unità nel 2004. Nel 2007, poi, si riscontra una notevole flessione in concomitanza con l’indulto a cui segue una brusca impennata nella ripresa della concessione delle misure. Al 31 dicembre 2011 i beneficiari sono 22.423, circa poco più della metà dei condannati reclusi (38.023 al 31 dicembre 2011). Negli altri Paesi europei, tuttavia, il numero di beneficiari di misure alternative è doppio rispetto ai condannati presenti negli istituti penitenziari. Questo, il quadro diffuso dal rappor-

to Istat pubblicato a dicembre 2012 “Detenuti nelle carceri italiane”.

Fonte: [www.istat.it](http://www.istat.it)

### ITALIA, TERRA D’ASILO

Sono tanti i focolai di guerra: 1,2 miliardi di popolazione vive in regimi dispotici (34), “Stati fragili” (43) alle prese con degrado, povertà ed emergenze.

Nel 2011 sono state presentate 895mila domande di asilo (primo Paese gli Stati Uniti con 76mila): di esse, 277mila nell’UE, primo Paese la Francia con 51mila situazioni. Nel nostro Paese sono state 37.350 le domande in prevalenza di persone provenienti dall’Europa dell’Est e dal continente africano.

Dal dopoguerra al 2011 in Italia sono state presentate mezzo milione di domande di asilo.

Fonte: Caritas e Migrantes, *Dossier Statistico Immigrazione 2012*

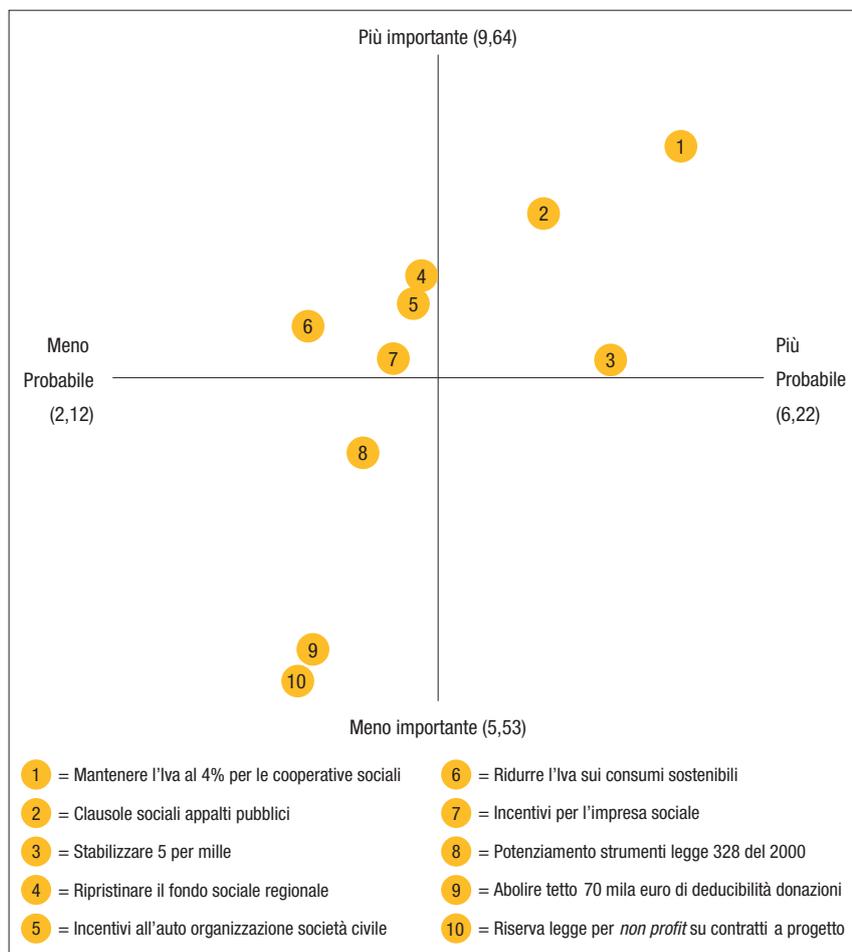


Grafico 2 – “Mappa della Fiducia”. Priorità e probabilità di realizzazione (valori indicizzati)  
Fonte: [www.vita.it](http://www.vita.it)

### BENVENUTO GIANFRANCO

A partire da questo numero “Welfare Oggi” può beneficiare delle competenze di Gianfranco Marocchi, che entra in redazione e qui sotto si presenta. Porgo a Gianfranco il migliore benvenuto da parte mia e degli altri componenti della redazione, sicuro del brillante contributo che saprà dare alla Rivista. Grazie per aver accettato il mio invito!

*Cristiano Gori*

Gianfranco Marocchi, classe 1967. Torinese di nascita, recentemente passato dalla cintura urbana alle pendici delle prime montagne. Convivente, non sposato, una figlia, quattro gatti. Cooperatore sociale da sempre, occasionalmente ricercatore, presidente di Idee in Rete, consorzio nazionale di cooperative sociali, gira spesso per l’Italia e dopo vent’anni ancora si meraviglia di quello che vede.

# UN ANNO DA SOTTOSEGRETARIO AL SOCIALE

INTERVISTA A MARIA CECILIA GUERRA

a cura di Cristiano Gori

*Maria Cecilia Guerra riflette sulla sua esperienza con il Governo Monti. Esperienza che continua oggi come vice ministro del Governo Letta*

## LE ASPETTATIVE E LA REALTÀ

**Quando sei diventata Sottosegretario, in che cosa la realtà dell'amministrazione centrale si è rivelata diversa da come te l'aspettavi?**

Nei campi nei quali ho avuto le deleghe – politiche sociali, terzo settore e immigrazione – ho lavorato con un'amministrazione complessivamente preparata, con anche delle punte di eccellenza.

L'aspetto più critico è rappresentato, secondo me, dai tempi, cioè dalla lunghezza richiesta dai numerosi passaggi codificati che quasi tutti i provvedimenti devono compiere. Ad esempio, in alcuni casi è richiesto che un atto debba passare dall'ufficio legislativo di un ministero a quello di un altro, per un concerto possono trascorrere anche lunghi periodi, il rapporto con il garante della *privacy* è molto complesso, e un'altra varietà di passaggi. Quindi, la farraginosità della macchina mi ha sicuramente colpito.

L'altra cosa che mi ha colpito nel

## MARIA CECILIA GUERRA

È un'economista e politica italiana. È stata Sottosegretario del Ministero del lavoro e delle politiche sociali – con delega alle Politiche sociali – del Governo Monti e nelle elezioni del 24-25 febbraio è diventata vice ministro del lavoro e delle politiche sociali del Governo Letta.



Da sempre ha coniugato incarichi accademici e istituzionali. In particolare è stata ricercatrice in Economia Politica presso l'Università di Brescia e poi Professore a contratto presso l'Università Commerciale "Luigi Bocconi" di Milano. Attualmente insegna Scienze delle Finanze presso l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia ed è direttore del Dipartimento di Economia Politica. Negli anni ha partecipato a gruppi di lavoro e presieduto commissioni istituite presso il Ministero delle finanze, relativi ai temi della tassazione dei redditi di capitale e delle società. Ha svolto attività di consulenza per il Senato della Repubblica (Servizio bilancio) sul tema dei fondi pensione e ha effettuato audizioni presso la Camera dei Deputati sulla delega fiscale per la riforma della tassazione delle attività finanziarie, la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni nell'ambito del federalismo fiscale, la delega fiscale e assistenziale. Inoltre ha coordinato gruppi di lavoro per la Consob, il Cnel, il Foromez, e svolto ricerche in collaborazione con la Regione Emilia-Romagna e con il Comune di Modena su temi della sanità, della finanza locale e del *welfare* locale.

rapporto con l'amministrazione è stato l'arricchente confronto con la dirigenza del Ministero: credo sia stato apprezzato non solo il mio ruolo di sottosegretario, ma anche, essendo competente in materia, quello di tecnico con i tecnici.

**Per quanto riguarda il mondo della politica nazionale, quali sono state le differenze rispetto alle tue aspettative?**

Svolgo attività politica dentro il Partito Democratico da vari anni e

per me la politica non è una realtà del tutto nuova. Quando ero Sottosegretario del Governo Tecnico sono entrata in contatto con la politica soltanto in ambito parlamentare. I confronti che ho avuto sulle mie materie, infatti, non sono mai stati con i partiti, ma con i sindacati, le federazioni delle persone con disabilità, del terzo settore..., quindi con soggetti della società civile. Il contatto con la politica l'ho avuto in Parlamento, dunque. Ho avuto la sensazione che talvolta il Parlamento diventi molto autoreferenziale, cioè che le persone, anche quando armate di buona volontà, chiuse in meccanismi molto barocchi e farraginosi, perdano il contatto con il mondo esterno. In Parlamento ho visto alcuni individui di grandissimo livello, capacità, conoscenze ed impegno, e altri assolutamente impresentabili. Il Parlamento è una rappresentanza del mondo politico molto composita: sono infastidita dall'idea che tutti vengano accomunati dal concetto di casta.

### LA NON AUTOSUFFICIENZA

**Avevi preparato un Piano nazionale per la non autosufficienza – che tu chiami programma – richiamato nella prima versione**

**del Decreto Balduzzi di manutenzione del sistema sanitario, nell'estate del 2012, ma poi abbandonato dal Governo...**

Sì, mi sono impegnata su un programma nazionale per le persone non autosufficienti perché ritengo che ne sia un grande bisogno e perché credo che qui, così come in altri ambiti del *welfare*, il centro possa recuperare un ruolo molto forte di coordinamento. La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni è, ovviamente, una funzione che il centro ha e che non è mai stata esercitata; di conseguenza si sta impoverendo la funzione statale nei campi cruciali del *welfare* sociale. Ma non solo, il centro dovrebbe rafforzare anche il proprio ruolo di coordinamento.

Dal confronto con i vari soggetti interessati alla non autosufficienza ho scoperto che la definizione di un programma nazionale è ritenuta da tutti una necessità del nostro sistema e ho potuto verificare che i pilastri su cui si dovrebbe impiantare sono condivisi dalla gran parte degli attori coinvolti e degli esperti. Mi ha molto colpito lo scollamento tra questa consapevolezza e la realtà, cioè il fatto che poi questo programma nazionale non riesca a nascere.

In proposito, penso sia innanzitutto necessario superare un limite che è proprio delle politiche sociali degli ultimi anni, quello di pensare che l'intervento centrale sia realizzato solo con il finanziamento di un fondo. Il finanziamento di un fondo, per quanto vistoso, non è sufficiente per garantire i diritti sul territorio: è necessario un programma che stabilisca che cosa deve essere fatto con quelle risorse.

Nel caso di un piano per la non autosufficienza il problema è reso ancora più complicato dal fatto che già esiste un finanziamento consistente per una misura nazionale, l'indennità di accompagnamento, con la quale bisogna fare i conti. Intendo dire che non si può sostituire all'indennità di accompagnamento un programma che non sia altrettanto forte nel garantire i diritti soggettivi.

**Attribuisci molta importanza al rapporto tra sociale e sanitario...**

Esattamente. La scommessa è giocare il piano nazionale sull'integrazione sociosanitaria, che ha come aspetto cruciale considerare la persona nella sua complessità; quindi fondarsi sulla presa in carico della persona non autosufficiente in relazione ai suoi bisogni sia sociali che sanitari. In questo modo, cioè guardando la persona nel suo insieme e accompagnandola verso un percorso individualizzato si possono conseguire due risultati: uno, migliorare la qualità della prestazione perché tarata sui bisogni del singolo e, secondo, assai importante e sottovalutato, avere dei risparmi nelle risorse collettive, molto spesso usate in modo inappropriato. Penso, ad esempio, alle tante persone senza sostegno sul piano del-

#### MARIA CECILIA GUERRA – LE ASPETTATIVE E LA REALTÀ

- "... ho lavorato con un'amministrazione complessivamente preparata, con anche delle punte di eccellenza..."
- "... l'aspetto più critico è rappresentato... dai tempi, cioè dalla lunghezza richiesta dai numerosi passaggi codificati che quasi tutti i provvedimenti devono compiere..."
- "... ho avuto la sensazione che talvolta il Parlamento diventi molto autoreferenziale..."
- "... in Parlamento ho visto alcuni individui di grandissimo livello, capacità, conoscenze ed impegno, e altri assolutamente impresentabili..."

la *care* personale che ad un certo punto, quando la famiglia è assente o non è più in grado di far fronte al carico assistenziale, vengono ospedalizzate o istituzionalizzate in una struttura residenziale, anche se non ve né assolutamente bisogno, con un costo che può essere fino a dieci volte superiore del necessario.

Faccio questa premessa per chiarire le difficoltà di mettere a punto un programma nazionale per la non autosufficienza. Le difficoltà nascono non solo dalla necessità di più risorse per farlo partire, ma anche, direi soprattutto, dalla necessità di far dialogare le filiere sanitaria e sociale, che normalmente non si parlano. Hanno due Ministeri separati e soprattutto presentano protagonisti diversi: i comuni per quanto riguarda il sociale e la filiera regionale che arriva alle ASL per quanto riguarda la spesa sanitaria.

In primo luogo non è stato facile impostare un discorso con il Ministero della sanità, abbastanza chiuso nella sua visione e rispetto ai suoi fondi a cui tiene, giustamente, in modo geloso. Su questo, però, di passi avanti significativi ne abbiamo fatti e siamo riusciti anche ad avanzare una prima proposta, seppur molto generale, che è sfociata in un articolo della bozza

di decreto che il ministro Balduzzi ha presentato nell'estate 2012. Il percorso, poi, si è arrestato perché siamo arrivati tardi a fare questa proposta, e pensare di presentarla dentro un decreto legge non è stata una scelta vincente.

Ciò per quanto riguarda il livello nazionale. Credo, però, che anche nell'ambito delle responsabilità dei livelli territoriali decentrati l'idea dell'integrazione sociosanitaria debba ancora maturare adeguatamente.

#### Veniamo così al budget di salute...

Ci si arriva ragionando sull'eterogeneità del bisogno. Un altro aspetto molto importante, infatti, consiste nel comprendere che la non autosufficienza non è un tutt'uno, ci sono gradi diversi di bisogno e questo deve essere riconosciuto. Noi abbiamo un'indennità di accompagnamento che è per tutti uguale e non tiene in considerazione queste diversità, finendo a volte per dare ad alcuni più del necessario rispetto al bisogno, anche se accade raramente perché non si tratta di una grande somma, e ad altri meno.

La nostra idea era di articolare la non autosufficienza, attraverso una valutazione multidimensiona-

le sia sociale che sanitaria, in livelli diversi ad ognuno dei quali affidare un certo *budget* di salute, dove confluissero l'insieme delle risorse dedicate alle persone non autosufficienti. Abbinare diversi gradi di non autosufficienza, dunque, ad un *budget* di salute che possa essere speso o in acquisizione di servizi o come corrispettivo di lavoro di cura in vario modo organizzato. Un *budget* coerente con l'autonomia degli enti locali e delle Regioni nel decidere come meglio organizzare il servizio, e che lasci anche spazio e riconoscimento al lavoro di cura eventualmente offerto dai familiari. In ogni modo, il *budget*, anche quando si traduce in un trasferimento monetario ai familiari, deve comportare un impegno preciso rispetto allo svolgimento di alcune funzioni di *care* definite in accordo con l'ente pubblico che disciplina la presa in carico.

#### LA LOTTA ALLA POVERTÀ

**Hai progettato la sperimentazione di una Nuova Social Card nelle 12 città più popolate del Paese. Si andrà quindi a sperimentare una misura completamente differente dalla Social Card abituale che tu pensi possa essere un modello di intervento locale contro la povertà. Ci puoi spiegare meglio?**

La sperimentazione della Social Card è importante perché sicuramente non autosufficienza da un lato e povertà dall'altro sono i campi in cui siamo più indietro e nei quali c'è proprio la necessità di un piano organizzato a livello nazionale. Senza nulla togliere ad altri campi, ma questi mi sembrano proprio quelli prioritari.

#### MARIA CECILIA GUERRA – LA NON AUTOSUFFICIENZA

- "... ho potuto verificare che i pilastri su cui si dovrebbe impiantare un piano nazionale della non autosufficienza sono condivisi dalla gran parte dei soggetti coinvolti e degli esperti. Mi ha molto colpito lo scollamento tra questa consapevolezza e la realtà, cioè il fatto che poi questo piano nazionale non riesca a nascere..."
- "... le difficoltà di mettere a punto un piano nazionale per la non autosufficienza... nascono non solo dalla necessità di più risorse per farlo partire, ma anche, direi soprattutto, dalla necessità di far dialogare le filiere sanitaria e sociale, che normalmente non si parlano..."

Non avevamo a disposizione risorse di alcun tipo e abbiamo utilizzato la sperimentazione di 50 milioni per le 12 città con più di 250 mila abitanti, già prevista dal Governo Berlusconi precedente, con una filosofia, però, completamente diversa (cfr. gli approfondimenti da pag. 21 di questo numero di "Welfare Oggi"). Ritengo che questa sperimentazione sia rilevante per tre aspetti, che qualunque progetto di contrasto alla povertà assoluta in Italia dovrebbe tenere in considerazione.

Il primo riguarda l'importanza di coinvolgere l'ente comunale, perché solo i Comuni possono effettivamente coniugare un intervento come questo che è una politica passiva, un trasferimento monetario, con interventi di inclusione attiva. Questi interventi sono assolutamente necessari perché se non si comprende che la povertà è un problema multidimensionale, cioè che associa alla carenza di reddito anche altri elementi di esclusione e di fragilità, come ad esempio la difficoltà di trovare un lavoro, di avere una casa dignitosa, di ricevere istruzione,... non si forniranno mai risposte adeguate.

Il secondo elemento, consiste proprio nell'evitare politiche passive e sostenere politiche di reinserimento, di attivazione, di *em-*

*powerment*, in modo da rivalorizzare e responsabilizzare la persona. Effettivamente chi si trova in una situazione di povertà estrema è anche una persona scoraggiata, rinunciataria e le si deve dare una *chance*: responsabilizzazione in questo senso, in modo positivo, non in modo punitivo.

Il terzo aspetto è legato alla sua natura sperimentale. Una sperimentazione ha valore ed è utile solo se ben progettata fin dall'inizio, cioè se si sa esattamente cosa si vuole valutare e come lo si vuole valutare. Solo in questo modo è possibile impostare fin da subito la raccolta dei dati per avviare poi la valutazione. Queste considerazioni sembrano banali, ma in molte altre sperimentazioni ciò non è stato possibile. Abbiamo previsto una raccolta di dati sulle persone beneficiarie, raccolti all'inizio, a metà e alla fine del periodo. L'intenzione è quella di verificare se l'unione tra una politica passiva e una attiva sia particolarmente proficua, attraverso il confronto tra questo tipo di politica (soldi + servizi alla persona) e situazioni che hanno ricevuto solo un beneficio monetario e situazioni già in carico ai comuni. Questa sperimentazione rappresenta una scommessa molto importante per trarre indicazioni su come impostare una politica più ampia, che per gradi

dovrà portare ad un universalismo del contrasto alla povertà.

**Solo in Grecia e in Italia, nel panorama europeo, manca una misura nazionale rivolta alle famiglie in povertà assoluta. La vostra sperimentazione dura un anno, sino all'autunno 2014. Pensi che successivamente sarà introdotta in tutto il Paese la misura nazionale mancante?**

Non ho nessuna certezza, dipende da come sarà il Governo di allora. Ho incontrato molte difficoltà e contrasti rispetto a questa misura sperimentale che si differenzia in modo radicale, prima di tutto, dalla *social card* tradizionale. La *social card* tradizionale infatti è uno strumento di erogazione passiva e nasce proprio come una misura estrema per soggetti in gravissime condizioni; peraltro è una misura abbastanza simbolica, 40 € al mese è un sostegno piuttosto piccolo.

Il nostro approccio inoltre è diverso anche rispetto alla sperimentazione individuata dal precedente Governo Berlusconi, che prevedeva di trasferire i soldi al terzo settore e poi quest'ultimo aveva la funzione di scegliere i beneficiari. Ritengo che questa sia una violazione di ciò che deve essere una politica pubblica. Il coinvolgimento degli enti di terzo settore è sicuramente un aspetto cruciale, ma la presa in carico, cioè l'individuazione dei beneficiari, deve rimanere di competenza pubblica.

La nostra misura incentrata sui comuni, quindi non un mero trasferimento statale, non una politica centralizzata, è stata, dunque, considerata una rivoluzione e non apprezzata da tutti.

#### MARIA CECILIA GUERRA - LA LOTTA ALLA POVERTÀ

- "... i tre aspetti che qualunque progetto di contrasto alla povertà assoluta in Italia dovrebbe tenere in considerazione...
- ... Primo, l'importanza di coinvolgere l'ente comunale...
- ... Secondo, evitare politiche solo passive e sostenere politiche di reinserimento, di attivazione, di *empowerment*, in modo da rivalorizzare e responsabilizzare la persona...
- ... Terzo, la raccolta e analisi di dati per fornire informazioni su cui impostare le politiche"

Un'ultima considerazione a favore della nostra sperimentazione è la sua serietà rispetto alla raccolta e analisi di dati per fornire informazioni su cui impostare le politiche. Questo è un aspetto che va assolutamente sottolineato perché una delle cose che ho trovato più difficili in questo anno è stato prendere decisioni di politica in vari campi, non solo in quello delle politiche sociali, senza che l'amministrazione avesse a disposizione i dati necessari.

**IL METODO NELLA COSTRUZIONE DELLE POLITICHE**

**Tu avevi elaborato un'articolata riforma dell'Isee che non è stata approvata dal Governo Monti. Vorrei, innanzitutto, approfondire con te il metodo che hai utilizzato nella preparazione della misura.**

Una politica deve essere costruita attraverso il confronto con tutti gli attori coinvolti. Questo è l'approccio che abbiamo assunto non solo per l'Isee, ma anche per la Nuova Social Card. Riguardo l'Isee abbiamo incontrato due volte tutti i protagonisti. La consultazione è avvenuta in modo costante, i Comuni e le Regioni hanno mandato osservazioni anche in corso d'opera, oltre ad ave-

re noi un punto di incontro con i rispettivi coordinamenti. Abbiamo incontrato tutte le principali organizzazioni sindacali nelle diverse declinazioni: sindacati generali, responsabili del welfare e i responsabili dei pensionati. Poi abbiamo incontrato il mondo dell'associazionismo, quindi il terzo settore e anche il forum delle famiglie, in quanto il tema interessa in modo particolare i nuclei familiari e le federazioni delle associazioni delle persone con disabilità più rappresentative a livello nazionale, la Fish e la Fand.

Vorrei sottolineare che non si è trattato di incontri di natura formale. In questi due incontri, che sono stati accompagnati da presentazioni di documenti ed osservazioni, tutti i soggetti hanno potuto esprimersi sul testo del decreto, hanno contribuito alla costruzione della riforma *in itinere* a partire dal testo messo a punto da un comitato scientifico, costituito da esperti sul tema.

Un'operazione così delineata espone molto perché questi testi non rimangono nei cassetti delle persone a cui sono mandati, circolano e ci possono essere degli utilizzi impropri che possono creare malumore e preoccupazione, come ad esempio, aspetti provvisori che nella stampa diventano definitivi, ... abbiamo avuto dei momenti difficili da gestire ma questa è la strada

che abbiamo scelto e di cui sono particolarmente contenta.

Inoltre abbiamo voluto accompagnare la messa a punto del nuovo indicatore Isee con delle verifiche sui possibili effetti attraverso delle simulazioni, così da effettuare delle correzioni *in itinere*. Quando si definisce, ad esempio, una franchigia, l'effetto che può avere non è immediatamente chiaro ma bisogna svolgere dei calcoli. Questo lavoro è stato fatto con grande attenzione perché l'Isee è uno strumento non solo delicatissimo per il ruolo che svolge nell'ambito delle politiche sociali ma anche estremamente complesso in quanto deve ricostruire l'intera condizione economica sia reddituale che patrimoniale di un nucleo familiare che può essere variamente composto e definibile.

Il procedimento ha anche comportato un confronto continuo con le altre amministrazioni coinvolte: il Ministero dell'economia, il dipartimento delle politiche fiscali, il Ministero della salute e altri. Sentiti tutti i protagonisti, trattandosi di un d.P.C.M. il testo è stato inviato alla Presidenza del Consiglio.

**Cosa è accaduto poi...**

I passaggi successivi hanno reso un poco amaro quello che è successo. Abbiamo mandato il testo licenziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri al Consiglio di Stato che ha dato una valutazione positiva con alcune osservazioni. Poi è intervenuta – a fine dicembre 2012 – la sentenza della Corte costituzionale, in seguito a un ricorso della Regione Veneto, che sottolineando un aspetto che anche noi abbiamo sempre ritenuto importante riguardo al fatto che

**MARIA CECILIA GUERRA – IL METODO NELLA COSTRUZIONE DELLE POLITICHE**

- "... una politica deve essere costruita attraverso il confronto con tutti gli attori coinvolti..."
- "... abbiamo voluto accompagnare la messa a punto del nuovo indicatore Isee con delle verifiche sui possibili effetti attraverso delle simulazioni, così da effettuare delle correzioni *in itinere*..."

l'Isee deve avere un'applicazione omogenea su tutto il territorio nazionale, ha nello stesso tempo ritenuto costituzionalmente illegittimo che non fosse previsto il passaggio in Conferenza Unificata. Siamo riusciti allora a predisporre questo passaggio per le settimane precedenti alle elezioni politiche del 24-25 febbraio.

Il provvedimento ha trovato fin da subito il sostegno dei Comuni, mentre con le Regioni abbiamo incontrato qualche difficoltà, soprattutto da parte delle Regioni Autonome, con le quali però abbiamo trovato una mediazione. In modo imprevedibile e spiegabile solo con ragioni legate alla campagna elettorale, all'ultimo momento utile, quindi neanche in sede tecnica, ma in sede politica, nella mattina in cui il provvedimento doveva andare in Conferenza Unificata, a gennaio 2013, la Lombardia ha presentato una serie di osservazioni negative che hanno affossato il provvedimento; di fatto la Lombardia metteva in discussione un insieme molto ampio di aspetti, osservazioni dunque che non potevano essere accettate se non ripercorrendo tutto il percorso di confronto che avevamo fatto.

Ciò mi ha molto meravigliato perché la Lombardia durante tutto il processo non aveva mai avanzato questo tipo di obiezioni e, secondo me, è stata proprio una scorrettezza istituzionale.

A seguito della mancata intesa in Conferenza Unificata, il Governo avrebbe potuto procedere immediatamente per far riprendere l'*iter* al provvedimento, in quanto era evidente che non stavamo violando delle competenze regionali, e che avremmo avuto tutto il sostegno delle Regioni, esclusa una, e

dei Comuni e delle Province. Quello che mi è dispiaciuto è che il Governo avrebbe potuto fare un rilievo solo di tipo procedurale, ma è stata fatta la scelta di non pronunciarsi.

Credo però che tutto il lavoro fatto non andrà perso e ci sono buone possibilità perché il Governo successivo riparta da quanto realizzato fin ora per far arrivare in porto questa riforma importante e urgente.

(Al momento di andare in stampa il Governo Letta sembra intenzionato ad introdurre l'Isee nella versione elaborata da Maria Cecilia Guerra, ora vice ministro al Welfare con delega alle politiche sociali, ndr)

## IL RAPPORTO TRA STATO, REGIONI ED ENTI LOCALI

### Per concludere, come vedi il ruolo dello Stato nel welfare sociale per i prossimi anni?

Credo che nel campo delle politiche sociali sia necessario un presidio statale allo scopo di ridurre la forte eterogeneità territoriale, uno dei limiti più grossi del nostro sistema, che si aggiunge a difficoltà generalizzate, legate ad una carenza di risorse destinate alle politiche sociali, per affrontare questa eterogeneità ci vogliono non solo fondi di riequilibrio ma anche interventi specialmente rivolti ai territori più arretrati, come stanno facendo i Paesi che presentano forme avanzate di federalismo (ad esempio l'Australia).

In questa direzione va il Piano di Azione e Coesione, che abbiamo fatto con il Governo Monti – soprattutto grazie al grosso lavoro del ministro della coesione territoriale, Barca (cfr. [azione-coesione/\) – con cui abbiamo destinato 330 milioni per la non autosufficienza e 400 per gli asili nido alle quattro Regioni più povere d'Italia \(Calabria, Campania, Sicilia e Puglia\).](http://www.coesioneterritoriale.gov.it/fondi/piano-di-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

Si tratta di un investimento giusto perché aiuta a ridurre il gap a svantaggio del meridione e nello stesso tempo vincola l'utilizzo delle risorse a un progetto di lungo respiro, soggetto a monitoraggio. Questa, secondo me, è la linea da seguire per tutte le politiche sociali: evitare di distribuire dei fondi senza avere riscontri su come vengono utilizzati. Bisognerebbe cominciare ad ancorare tali risorse ai livelli essenziali delle prestazioni e costruire i relativi sistemi di verifica... temo, però, che questa sia un'ambizione che richiederà molti anni ancora per il nostro Paese.

Sotto tale profilo, il Piano Nidi rappresenta un modello che, a mio parere, può essere seguito: si è tenuto conto dei diversi livelli da cui partivano le Regioni e si è avviato con tutte un percorso di crescita, sostenendo maggiormente quelle più indietro. Importante è stato il monitoraggio, fondamentale per valutare qualsiasi esperienza, di cui l'ultimo rapporto è stato pubblicato l'anno scorso [cfr. <http://www.politichefamiglia.it/documentazione/dossier/piano-straordinario-per-lo-sviluppo-dei-servizi-socio-educativi-per-la-prima-infanzia/il-piano-straordinario.aspx>, da cui è scaricabile il piano straordinario dei servizi socio-educativi per la prima infanzia e i monitoraggi annuali (si veda l'articolo A. Fortunati a pag. 26 e lo Speciale *Il cammino degli asili nido* pubblicato nel n. 6/2012 della rivista "Welfare Oggi" riprende i principali risultati)]. Ritengo sia questa l'ottica che dobbiamo recuperare,

quella di forte collaborazione tra i diversi livelli di governo che metta al centro gli enti decentrati.

**Il discorso arriva così all'intreccio tra sostegno al welfare locale e ruolo del terzo settore...**

I finanziamenti e la loro finalizzazione hanno una declinazione particolare per quanto riguarda il terzo settore. Infatti ciò che si è appurato nel corso degli anni è che un terzo settore è forte se è forte anche l'ente locale. Al contrario si rischia, invece, di fare del terzo settore un "progettificio" con finanziamenti frammentati che non durano nel tempo. Si possono costruire progetti meravigliosi che si concludono qualche mese dopo essere iniziati: avevo già questa consapevolezza, ma attraverso l'esercizio della funzione di Sottosegretario ho avuto modo di incontrare tante realtà, molto composite, ricche di idee e innovazioni che incontrano notevoli difficoltà nella relazione non costante con l'ente pubblico e nei finanziamenti. È un pro-

**MARIA CECILIA GUERRA – STATO, REGIONI ED ENTI LOCALI**

- "... l'ottica che dobbiamo recuperare... quella di forte collaborazione tra i diversi livelli di governo che metta al centro gli enti decentrati..."
- "... la linea da seguire per tutte le politiche sociali: evitare di distribuire dei fondi senza avere riscontri su come vengono utilizzati..."
- "... la possibilità di verificare cosa viene fatto è fondamentale perché se quando finisce il finanziamento statale sul territorio non è rimasto niente di risultati è stato tutto tempo perso..."

blema evidentemente molto serio. Non possiamo permetterci di perdere simili ricchezze.

**Altre strade che lo Stato può seguire a sostegno dei territori?**

Per quanto riguarda l'infanzia abbiamo compiuto un percorso in linea con quanto detto in precedenza: nel campo dell'affido abbiamo definito delle linee guida [cfr. <http://www.minori.it/minori/linee-di-indirizzo-per-laffidamento-familiare>]: da cui è possibile scaricare le Linee di Indirizzo per l'Affidamento Familiare]. In buona parte già impostato prima del mio arrivo, questo lavoro si

è fondato su un lungo periodo di confronto con i soggetti che operano sul campo, compreso il terzo settore; è stata realizzata una valutazione delle buone pratiche in essere, lavorando in particolare con il coordinamento nazionale dei servizi per l'affido. Ci si è posti l'obiettivo di costruire un quadro nazionale d'indirizzo sull'affido familiare molto centrato sulla persona, sulle famiglie e sui minori, destinatari di questo istituto, per diffondere le nuove pratiche e fornire indicazioni rispetto a come devono essere organizzati i servizi, al processo che porta all'affido, al rientro in famiglia che apre ad una nuova fase di accompagnamento e sostegno.

LETTURE...



## Sommario

**15**
**Introduzione**
*Cristiano Gori*
**16**
**Anziani non autosufficienti**
*Laura Pelliccia, Intervista ad Anna Banchemo*
**20**
**Cooperazione**
*Intervista a Giuseppe Guerini*
**21**
**Povert **
*Alice Melzi, Intervista a Francesco Marsico*
**26**
**Prima infanzia**
*Aldo Fortunati, Intervista a Lorenzo Campioni*
**30**
**Disabilit **
*Carlo Giacobini, Intervista a Giampiero Griffo*
**33**
**Livelli essenziali**
*Renato Cogno e Fabio Ragaini*
**38**
**Finanziamento**
*Laura Pelliccia*

## DOVE VA IL WELFARE ITALIANO

Cristiano Gori

### *Ieri, oggi e domani nelle politiche sociali e sociosanitarie*

**L**e politiche nazionali costituiscono, da tempo, l'anello pi  debole del *welfare* sociale in Italia. Tra Comuni, Regioni e Stato, infatti,   quest'ultimo il livello di governo che ha dedicato minore attenzione a questo settore, sia nei finanziamenti destinati sia nelle progettualit  elaborate. Lo scarso interesse dello Stato verso il *welfare* sociale si manifesta da anni ma la legislatura 2008-2013 (Governo Berlusconi e Governo Monti) ha visto un drastico peggioramento della situazione. Non stupiscono, pertanto, la curiosit  e le attese rivolte verso chi avr  la responsabilit  dell'Esecutivo d'ora in avanti.

Le prossime pagine propongono uno speciale sul *welfare* che verr  dedicato ad approfondire la realt  e le prospet-

tive delle politiche nazionali, continuando lungo la strada aperta dalle riflessioni di Maria Cecilia Guerra sulla propria esperienza di Sottosegretario del Governo Monti ("Secondo Me", pp. 7-13).

In questo speciale, un nutrito gruppo di qualificati esperti discute gli interventi rivolti alle pi  estese aree di utenza del *welfare* sociale – anziani non autosufficienti, famiglie in povert , servizi alla prima infanzia, persone con disabilit  – e si concentra poi sul nodo dei livelli essenziali di assistenza e su quello del finanziamento. Si vogliono affrontare cos  tre domande decisive per le politiche nazionali: "da dove arriviamo?" (il passato); "dove siamo oggi?" (il presente); "quali prospettive per domani?" (il futuro).

Buona lettura.

## ■ ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

**Gli interventi per anziani non autosufficienti**

Laura Pelliccia \*

Gli interventi per gli anziani non autosufficienti risultano da un intreccio di competenze di Stato, Regioni, Asl e comuni e si esplicano in una combinazione di servizi e prestazioni monetarie.

Nell'ultimo decennio è lentamente aumentata la diffusione dei servizi del SSN (assistenza residenziale e Adi – figura 1); la maggior parte delle risposte erogate a livello locale continua ad orientarsi prevalentemente ai bisogni di carattere sanitario, mentre gli interventi di sostegno tutelare non hanno conosciuto analogo espansione (come evidenziato dal trend negativo della quota di anziani presi in carico dai comuni con il Sad, figura 1).

Prevale l'assenza di integrazione tra gli interventi dei comuni e quelli delle ASL, con un governo segmentato dei momenti di accesso, valutazione, presa in carico, gestione delle risorse; ciò non favorisce la scelta delle soluzioni assistenziali più appropriate e efficienti e, oltretutto, è fonte di frizioni, soprattutto in materia di riparto degli oneri.

Non esistono livelli qualitativi di servizio da assicurare in tutto il territorio nazionale: i Lea per gli anziani rientrano nel perimetro delle prestazioni che ogni servizio sanitario regionale dovrebbe erogare, senza che tuttavia siano stati indi-

viduati i relativi standard nazionali di adeguatezza; la situazione è quanto mai eterogenea per le prestazioni socio-assistenziali, nella sostanziale assenza di regole comuni in materia di obiettivi di servizio e compartecipazione degli utenti alla spesa.

Ciò determina un'estrema eterogeneità nell'assistenza erogata dai vari territori (tabella 1), senza sistemi nazionali di monitoraggio che incentivino il superamento delle carenze di offerta.

L'indennità di accompagnamento è la componente che assorbe la fetta maggiore di risorse pubbliche per la non autosufficienza<sup>1</sup>. Dopo una fase di rapida espansione, oggi la quota di anziani che beneficia di questa prestazione si è stabilizzata (figura 1). Si tratta di un intervento che presenta alcuni limiti oggettivi:

- viene erogata in somma fissa, a prescindere dal livello di bisogno di assistenza dei singoli anziani;
- i beneficiari ricevono l'as-

segno senza obblighi di rendicontazione del suo impiego (non vi è certezza dell'effettiva finalizzazione delle risorse per servizi assistenziali);

- vi è un sostanziale scollamento tra questo tipo di intervento e i servizi erogati sul territorio.

Di fatto la gestione dell'assistenza resta una questione delle famiglie, con un sempre maggiore ricorso alle badanti, spesso attraverso forme di lavoro irregolari.

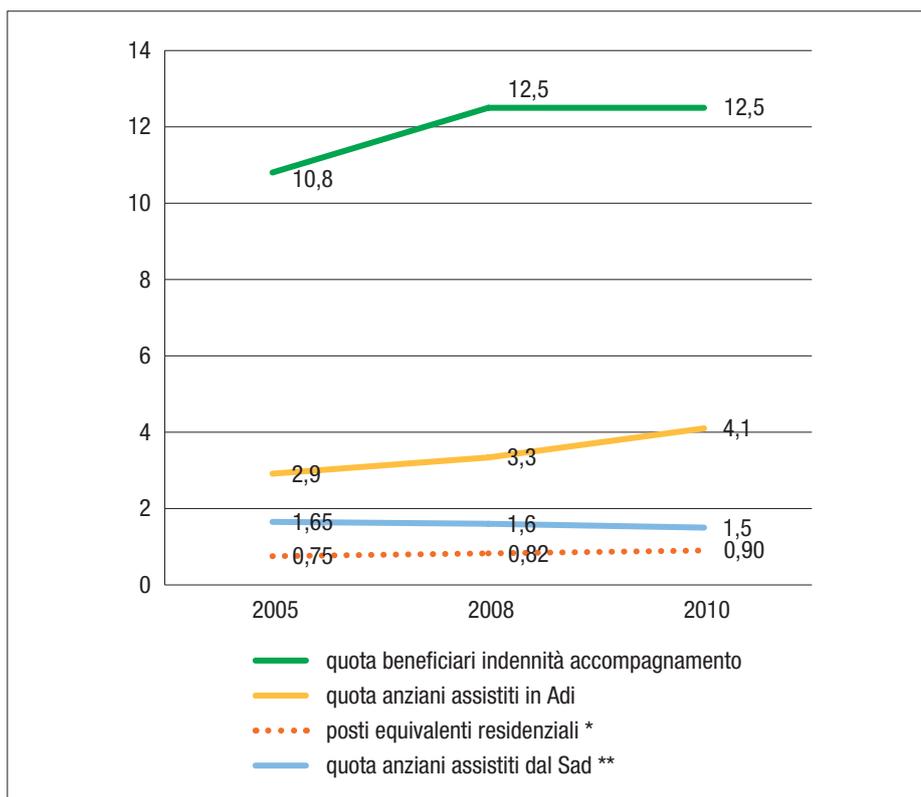


Figura 1 – Evoluzione interventi 2005-2010 (per 100 anziani)

Fonte: Ns elaborazione su dati Istat (Beneficiari delle prestazioni pensionistiche e indagine sulla spesa sociale dei comuni), db Mef-Obiettivi di Servizio (su dati Ministero della salute), Ministero della salute (Annuario SSN e Rapporto Monitoraggio Lea 2010).

\* Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali=giornate/365/numero anziani

\*\* Dati 2009

\*] Si occupa di analisi sulle politiche sociali, sul finanziamento del welfare e di economia sanitaria di rilievo nazionale e locale. Tra i suoi principali interessi quello dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. È un impiegato dell'ASL Milano Due.

## ■ ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

|                              | Quota di anziani assistiti in Adi, 2011 | Percentuale di Comuni coperti dal servizio SAD, 2009 |
|------------------------------|---|--|
| Piemonte                     | 2,0                                     | 92,0   |
| Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste | 0,4                                     | 78,4   |
| Liguria                      | 3,8                                     | 94,5   |
| Lombardia                    | 4,1                                     | 86,1   |
| – Bolzano/Bozen              | 0,4                                     | n.d.   |
| – Trento                     | 3,6                                     | 100,0  |
| Veneto                       | 5,4                                     | 93,3   |
| Friuli-Venezia Giulia        | 6,0                                     | 95,9   |
| Emilia-Romagna               | 10,6                                    | 88,3   |
| Toscana                      | 2,4                                     | 89,2   |
| Umbria                       | 7,2                                     | 76,1   |
| Marche                       | 3,4                                     | 76,8   |
| Lazio                        | 5,0                                     | 74,3   |
| Abruzzo                      | 4,7                                     | 89,2   |
| Molise                       | 3,5                                     | 75,0   |
| Campania                     | 2,4                                     | 73,5   |
| Puglia                       | 2,0                                     | 70,5   |
| Basilicata                   | 5,9                                     | 78,6   |
| Calabria                     | 2,9                                     | 42,1   |
| Sicilia                      | 2,1                                     | 74,6   |
| Sardegna                     | 3,8                                     | 90,7   |
| – Nord-ovest                 | 3,4                                     | 88,9   |
| – Nord-est                   | 7,3                                     | 93,5   |
| – Centro                     | 4,1                                     | 79,4   |
| – Sud                        | 2,8                                     | 69,1   |
| – Isole                      | 2,6                                     | 82,5   |
| <b>Italia</b>                | <b>4,1</b>                              | <b>83,4</b>  |

Tabella 1 – Indicatori territoriali sull'assistenza domiciliare  
Fonte: Istat e db Mef – Obiettivi di servizio su dati Ministero della salute

Sono ancora molto deboli i servizi locali di orientamento e di qualificazione del lavoro di cura. L'indennità riesce a copri-

re solo una parte degli oneri che affrontano le famiglie e le necessità assistenziali espongono al rischio di impoverimento.

### Legislatura 2008-2013

All'epoca dell'avvio dell'ultima legislatura nazionale il tema della non autosufficienza catturava l'interesse di diverse Regioni che, proprio in quegli anni, stavano intraprendendo propri percorsi di riforma contando, oltre che sulle proprie risorse, sul sostegno statale del Fondo per le non Autosufficienze.

Lo sviluppo dei servizi locali per gli anziani risulta trascurato dalle politiche nazionali della scorsa legislatura che si sono concentrate principalmente sul tema delle prestazioni monetarie. La questione della non autosufficienza è stata affrontata dal Governo Berlusconi come un problema di insostenibilità finanziaria per le casse dell'Inps: nel tentativo di contenere il trend di incalzante aumento del numero di beneficiari dell'indennità registrato in quegli anni, sono stati avviati tre successivi "piani straordinari di verifica" (2008-2009-2010), una campagna etichettata come "lotta ai falsi invalidi", poiché diretta a contrastare le frodi. Contestualmente sono state introdotte alcune modifiche tese a rafforzare il ruolo dell'Inps nella fase di accertamento; questi ed altri fattori hanno contribuito a frenare il boom dell'indennità nell'ultimo biennio (figura 1), tuttavia, il profilo di tale programma rimane immutato<sup>2</sup>.

Il welfare territoriale per gli anziani è stato indebolito dalla scelta del primo Esecutivo di azzerare, dopo il 2010, il sostegno del fondo nazionale di settore. Per il ripristino del sostegno statale si è dovuto attendere la legge di stabilità per il 2013 del Governo Monti<sup>3</sup>.

Anche nelle politiche sani-

tarie nazionali non si rilevano interventi significativi per promuovere la centralità e l'adeguatezza dei servizi di Ltc (Long Term Care) delle Regioni (indirizzi per il rafforzamento dell'assistenza territoriale erano contenuti nei Piani di rientro, ma sono mancati reali incentivi per garantirne l'applicazione operativa). Il tentativo contenuto nella prima stesura del decreto Balduzzi del 2012 di formulare un "programma nazionale sulla non autosufficienza" è stato soffocato sul nascere<sup>4</sup>. Da segnalare che entrambi i Governi hanno lanciato una propria sanatoria del lavoro irregolare (una del 2009 e una del 2012), con un impatto tuttavia limitato sull'universo del lavoro di cura<sup>5</sup>.

1] Secondo la Ragioneria dello Stato, nel 2011 l'1,28% del Pil è stato dedicato ai servizi per gli anziani non autosufficienti di cui 0,51 punti in servizi del SSN, 0,61 punti per l'indennità di accompagnamento, e 0,17 punti per la spesa sociale dei comuni ("Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", n. 13).

2] Trasformazioni significative erano contemplate dal disegno della delega assistenziale (introduzione di requisiti reddituali, regionalizzazione) decaduto con le dimissioni del del Governo Berlusconi; alcune previsioni sono state riprese nel decreto "Salva Italia" del Governo Monti, senza effettiva attuazione.

3] Il ripristino era stato anticipato nell'ambito della conversione del decreto sulla *Spending Review*.

4] L'articolo 6 è stato cancellato perché non ha incontrato il gradimento della Conferenza delle Regioni.

5] Si veda PASQUINELLI S. e RUSMINI G. (2010), *La regolarizzazione delle badanti*, in *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Il rapporto a cura di Network Non Autosufficienza.

## ■ ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Intervista ad Anna  
Banchero**Le aspettative: quali priorità per la politica nazionale?**

Innanzitutto vedo gli anziani all'interno di una cornice costituita da politiche sociali a favore degli anziani, a favore complessivamente della qualità della vita, a favore dei servizi alla persona e anche a sostegno del reddito per garantire un livello non essenziale, ma dignitoso di vita. Questo deve rappresentare il quadro di riferimento da cui discendono le scelte strategiche di un governo.

Una prima questione, a mio avviso di vitale importanza, è non frantumare le politiche sociali in interventi a favore della famiglia, o della non autosufficienza o della salute. Io sarei addirittura per fare un Ministero unico per le politiche della salute e quelle relative alla qualità della vita. Sociale e sanitario insieme hanno una logica ed un senso, soprattutto di fronte a non autosufficienza, fragilità e disabilità: problemi che non richiedono mai solo una "medicina", ma interventi integrati che impongono il coinvolgimento non solo del nucleo familiare, ma anche del gruppo sociale più allargato. Mi aspetterei, dunque, che non si facessero dei segmenti, ma si sviluppasse obiettivi e strategie generali.

Torniamo agli anziani, si tratta di grandi numeri. È appurato che dove ci sono politiche di prevenzione e attenzione agli stili di vita c'è un ritardo in ordine ai problemi di non autosufficienza legati all'invecchiamento. È quindi necessario partire da un'attenta gestione del processo di invecchiamento, prima che all'anziano in quanto tale. All'invecchiamento dobbiamo dare la stessa attenzione che diamo al processo della nascita e del-

la crescita. Dietro c'è un problema culturale: non si è sempre giovani: questa cosa oggi non viene insegnata e non viene compresa, non lo so, forse siamo stati noi che non siamo stati in grado di insegnarla nelle scuole ai nostri figli.

Il problema di intervenire nei confronti degli anziani comincia da una politica seria per la salute e arriva ad una politica seria per il reddito. Inoltre, l'assistenza non basta, non possono coprire tutti i bisogni, specie nelle attuali condizioni di crisi; la persona e le famiglie devono contribuire. L'anzianità è una fase della vita come le altre: se siamo disposti a comprare i libri ai nostri figli per andare a scuola, dovremmo esserlo anche per sostenere le spese di assistenza di un proprio familiare anziano. In questa prospettiva certo che ci deve essere un aiuto da parte dello Stato. Sono convinta dell'importanza di definire politiche costituite da strategie generali a favore della famiglia, politiche che aiutino, dove ci sono le condizioni, a permanere nella propria abitazione: i benefici della legge 104 sono un esempio. Se penso che la prima versione della legge di stabilità, per risparmiare, ipotizzava la riduzione di questi benefici con il dimezzamento della retribuzione nei giorni di congedo dal lavoro, mi irrita perché scopro che chi ci governa non ha alcuna sensibilità verso questi problemi... certamente, non tutti agiscono in modo onesto, ma non è per loro che si è autorizzati a cancellare un principio: si puniscano e si perseguano i disonesti! Uno strumento con cui lo Stato può garantire un aiuto costante alle famiglie e agli anziani soli – e lo saranno sempre più – è, ad esempio, il fondo per la non autosufficienza che, a mio avviso, ne-



ANNA BANCHERO

Docente Università di Genova, Corso di Laurea in Servizio Sociale, e responsabile coordinamento interregionale Politiche Sociali

cessità di essere ampliato senza richieste plateali, come le recenti vicende dei malati di SLA.

Dunque, politiche da parte dello Stato e da parte delle famiglie. Sono contraria alle politiche "spot": sono assolutamente incapaci di fronteggiare i problemi e non costruiscono un sistema costante e sicuro di risposta.

**La realtà: cosa succederà nell'immediato futuro?**

Io sono disgustata e stanca di essere presa in giro da chi continua a fare false promesse su restituzioni di tributi o sulla diminuzione delle imposte da domani. Certo che sarà possibile, ma a fronte di altre politiche di contenimento della spesa. Sono una cittadina che vuole essere trattata con dignità da chi si candida a governare.

Di fatto, succederà così: il problema della spesa pubblica rimarrà tale e ricominceranno i tagli oriz-

## ■ ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

zontali, indiscriminati delle politiche pubbliche. Questo, credo, purtroppo con pessimismo, accadrà. Spero, con tutto il cuore, di essere smentita. Sto lavorando da alcuni anni all'interno del coordinamento nazionale delle Politiche Sociali e quindi vedo dove sono i problemi... ora sono nascosti sotto il tappeto, ma poi verranno fuo-

ri: basta guardare la *spending review* del 2013 e del 2014 in cui sono presenti ancora dei tagli.

A che cosa servono le tasse? È anche questo un problema culturale: nessuno è contento di pagarle e ci saranno sempre i disonesti che le evadono, però le tasse, in un paese civile, vanno usate seriamente, pagate in maniera equa ed utiliz-

zate per fare i servizi, non per fare "cattedrali nel deserto" (pensiamo ai lavori alla Maddalena per il G8 e ad altre opere pubbliche incomplete)... un po' di moralità, questo attendo dal nuovo Governo, perché se c'è un po' più di moralità, vuol dire che ci sono anche persone che hanno capacità di pensare agli interessi dei cittadini.

### Riforme non realizzate nella seconda Repubblica

La tabella riporta le principali riforme in materia di lotta alla povertà e all'emarginazione sociale, non autosufficienza e servizi per la prima infanzia approvate nei Paesi dell'Europa continentale e meridionale con cui usualmente l'Italia si confronta perché più simili per cultura e tradizione d'intervento pubblico.

| Povertà ed emarginazione sociale | Non autosufficienza        | Prima infanzia      |
|----------------------------------|----------------------------|---------------------|
| Germania (1961, 2003)            | Austria (1993)             | Francia (1970-1975) |
| Austria (1970-1975)              | Germania (1995)            | Spagna (2005, 2008) |
| Francia (1988, 2006-2008)        | Francia (1997, 2001, 2007) | Germania (2008)     |
| Portogallo (1996, 2003, 2006)    | Spagna (2006)              | Austria –           |
| Spagna (1995-2000)               | Portogallo (1999, 2006)    | Portogallo (2006)   |
| Italia –                         | Italia –                   | Italia –            |
| Grecia –                         | Grecia –                   | Grecia –            |

Tabella – Le principali riforme nazionali del *welfare* sociale in alcuni Paesi dell'Europa continentale e meridionale

Il raffronto permette di evidenziare il ritardo registrato da Italia e Grecia, le uniche due nazioni dei 17 Paesi dell'area Euro a non aver realizzato alcuna riforma per ridisegnare l'intervento pubblico in materia di *welfare* sociale.

Con riferimento al caso italiano, lo Stato non ha assunto il ruolo di cabina di regia che è stato invece svolto nei principali Paesi dell'Europa continentale e meridionale. Essendo le competenze in materia di povertà ed emarginazione sociale, non autosufficienza e servizi per la prima infanzia generalmente attribuiti ai livelli di governo di decentramento, i Governi nazionali con le proprie riforme hanno teso a costruire sistemi di *governance* multi-livello, che prevedono l'interazione tra un molteplicità di soggetti – pubblici e privati – e diversi livelli di governo. In Italia sono stati ampiamente trascurati gli "ingredienti essenziali": coinvolgimento finanziario, rilancio dei servizi, definizione di *standard* minimi omogenei, monitoraggio e accompagnamento dei territori.

#### Perché non sono state realizzate le riforme?

- In Italia l'Esecutivo gode abitualmente di una ridotta autonomia decisionale e non esistono gruppi di pressione incisivi a favore del *welfare* sociale.
- L'*élite* politica nazionale, perlopiù, non ha ritenuto che occuparsi dei temi concreti del *welfare* sociale giovasse alla propria autorevolezza.
- La discrezionalità dovuta all'incompleto sistema dei diritti assicurati ai cittadini in caso di bisogno conferisce a chi governa alcuni vantaggi: ne incrementa il potere (può scegliere quali categorie di persone aiutare) e la visibilità (gli interventi non sono diritti dei cittadini ma sforzi straordinari dell'Esecutivo).
- I decisori, perlopiù, non hanno ritenuto verosimile la realizzazione dei necessari piani attuativi pluriennali poiché ritengono che il contesto politico sia troppo instabile e che la possibilità di cooperare a diversi livelli di governo sia assai difficile da gestire.
- Le televisioni tendono a non fornire agli elettori gli strumenti conoscitivi per cogliere la differenza tra una riforma ed un intervento di breve respiro.
- Molti politici di livello nazionale hanno pensato, erroneamente, che con il federalismo il *welfare* sia diventato un tema di responsabilità regionali.

Fonte: C. GORI, I. MADAMA, *Un bilancio della seconda Repubblica*, in "Welfare Oggi", n. 1/2012.

## ■ COOPERAZIONE

## Intervista a Giuseppe Guerini

**Le aspettative: quali priorità per la politica nazionale?**

Le priorità nel *welfare* derivano principalmente dagli sviluppi demografici e non permettono a nessuno di correre rapidamente ai ripari. Servirebbe, dunque, intervenire con una vera programmazione di medio e lungo termine per affrontare un disagio sociale che negli ultimi anni è cresciuto e non ha trovato nella politica e nelle istituzioni neanche le capacità di ascolto, non solo quelle di presa in carico.

Riguardo, ad esempio, bambini ed anziani, alcune considerazioni interessanti emergono dalle proiezioni demografiche che abbiamo sviluppato a partire dall'Atlante "Italia 2020" pubblicato da Federsolidarietà. Nello scenario più ottimistico è atteso un aumento del 6,5% per i bambini fino a 5 anni e del 5% per i giovani fino a 24. Questo scenario è positivo solo grazie all'apporto dei cittadini immigrati: appare per tanto evidente che una delle questioni rilevanti dei prossimi anni sarà la gestione appropriata delle politiche sull'immigrazione. Inoltre, per la fascia di età dai 65 anni in avanti è previsto un incremento del 18% rispetto al 2010, ed in particolare per gli anziani ultra75enni è attesa una crescita del 21%. Questi dati confermano la necessità di riconoscere che la non autosufficienza sarà l'emergenza sociale dei prossimi anni e che è urgente una politica di programmazione adeguata in una logica di stabilità e certezza degli impegni presi verso tutti gli attori del sistema: enti pubblici e cooperazione sociale e, in ultima analisi, verso i cittadini.

**La realtà: cosa accadrà nell'immediato futuro?**

Ritengo che ci siano alcuni aspetti

prioritari per il *welfare* su cui intervenire immediatamente. Di seguito tre proposte che fanno leva sui principali attori del sistema: PA, famiglie e cooperazione sociale.

È indispensabile modificare il patto di stabilità interno per renderlo "intelligente, sostenibile, inclusivo" escludendo le spese sostenute dai Comuni per le politiche sociali che garantiscono i livelli essenziali di assistenza. Anche i Comuni virtuosi non possono pagare in tempo per non sfiorare i parametri del Patto. Gli investimenti nel *welfare* sono necessari e un patto di stabilità rigido penalizza anche i Comuni che potrebbero farli.

Secondo, bisogna sostenere le famiglie su cui ricade l'impegno nell'assistenza, premiando chi investe nella cura. È fondamentale introdurre un sistema di detrazioni più incisive di quelle già previste per i costi sostenuti dalle famiglie nell'acquisto di beni e servizi resi da organizzazioni senza scopo di lucro connessi con le necessità familiari. Detrazioni fiscali a vantaggio delle famiglie per natalità, asili e non autosufficienza favorirebbero, inoltre, l'emersione di lavoratori in nero e sosterebbero la rete dei servizi.

Secondo i dati ufficiali del Ministero dell'economia, la detrazione per le spese di frequenza degli asili nido oggi costa allo Stato 34 milioni di euro e ne usufruiscono 335 mila famiglie e quella per addetti all'assistenza personale per la non autosufficienza a soli 31 milioni e ne usufruiscono appena 30 mila famiglie. Nel primo caso una famiglia riceve una detrazione media di poco più di 100 euro l'anno per mandare il figlio all'asilo, nel secondo caso, 346 euro per un anziano che si sceglie di tenere a casa.

Abbiamo una spesa sociale ed assistenzialistica ipertrofica e inerziale che si concentra troppo sui trasfe-



GIUSEPPE GUERINI

Presidente Federsolidarietà Confcooperative

rimenti monetari conseguenza della cultura del risarcimento e non dell'emancipazione. Ciò non solo ha frenato la nascita di servizi, ma alimenta un circuito di lavoro di cura sommerso e sempre al limite della legalità che lascia sole quasi un milione di famiglie a regolare un rapporto con le assistenti familiari. Lo Stato si è così ritagliato il ruolo di controllore dell'effettiva rispondenza tra indennità e soggetto in difficoltà, invece del ruolo più appropriato e moderno di soggetto responsabile della qualità della vita delle persone, più che della mera quantità dell'erogazione. Bisogna correggere questa tendenza per trasformare anche i quasi 9 miliardi che le famiglie italiane spendono per assistenza informale in spesa trasparente e produttiva. Rafforzare la rete di servizi permetterebbe, inoltre, di far emergere nuovi posti di lavoro: i "white jobs" su cui l'Europa punta.

Infine, è necessario immediatamente fare retromarcia sull'aumento dell'Iva dal 4 al 10% delle prestazioni socio-sanitarie ed educative rese dalle cooperative sociali alle persone svantaggiate. È un aumento che si tradurrebbe in tagli al *welfare* degli enti locali (su cui si scaricherebbero inevitabilmente gli effetti) che, nel 2014, l'Italia, non si può permettere.

**Povert  relativa,  
povert  assoluta  
e deprivazione  
materiale**

Alice Melzi

Secondo il rapporto Istat 2012, "La povert  in Italia" nel 2011, l'11,1% delle famiglie   in condizione di povert  relativa (8.173 mila persone) e il 5,2% lo   in termini assoluti (3.415 mila). La stima dell'incidenza della povert  relativa viene calcolata sulla base di una soglia convenzionale (linea di povert ) che individua un certo valore di spesa per consumi. La soglia per una famiglia di due componenti   pari alla spesa media mensile per persona nel Paese, che nel 2011   risultata di 1.011,03 euro (+1,9% rispetto al valore della soglia nel 2010). Le famiglie composte da due persone che hanno una spesa mensile pari o inferiore a tale valore vengono classificate come povere. Per famiglie di ampiezza diversa il valore della linea si ottiene applicando un'opportuna scala di equivalenza che tiene conto delle economie di scala realizzabili all'aumentare del numero di componenti.

La povert  assoluta, invece, viene calcolata sulla base di una soglia corrispondente alla spesa minima necessaria per acquisire il paniere di beni e servizi considerato essenziale ad uno standard minimo di vita accettabile in Italia. La soglia varia a seconda della dimensione della famiglia e dell'et , dell'area geografica e dell'ampiezza demografica del comune di residenza.

Come evidenzia la tabella 1, mentre la povert  relativa   rimasta sostanzialmen-

|      | Povert  relativa | Povert  assoluta |
|------|------------------|------------------|
| 2008 | 11,3             | 4,6              |
| 2009 | 10,8             | 4,7              |
| 2010 | 11,0             | 4,6              |
| 2011 | 11,1             | 5,2              |

**Tabella 1 – Incidenza di povert  relativa ed assoluta. Anni 2008-2011**  
Fonte: rielaborazione dati Rapporto Istat 2012 "La povert  in Italia"

|   | 2010        |             | 2011        |             |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
|   | Europa      | Italia      | Europa      | Italia      |
| Rischio di povert  (a)                                | 16,4        | 18,2        | 16,9        | 19,6        |
| Grave deprivazione materiale (b)                      | 8,1         | 6,9         | 8,8         | 11,1        |
| Bassa intensit  di lavoro (c)                         | 10,0        | 10,2        | 10,0        | 10,5        |
| <b>Rischio di povert  o di esclusione sociale (d)</b> | <b>23,4</b> | <b>24,6</b> | <b>24,2</b> | <b>28,4</b> |

- (a) Persone che vivono in famiglie con reddito familiare equivalente inferiore al 60% del reddito mediano dello stesso paese. Sono esclusi i fitti imputati.  
 (b) Persone che vivono in famiglie con almeno 4 dei seguenti 9 sintomi di disagio: i) non poter sostenere spese impreviste, ii) non potersi permettere una settimana di ferie, iii) avere arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o per altri debiti, iv) non potersi permettere un pasto adeguato ogni due giorni, v) non poter riscaldare adeguatamente l'abitazione e non potersi permettere: vi) lavatrice, vii) tv a colori, viii) telefono, ix) automobile.  
 (c) Persone che vivono in famiglie i cui componenti di et  18-59 lavorano meno di un quinto del loro tempo.  
 (d) Persone con almeno una condizione fra le precedenti (a), (b) e (c).

**Tabella 2 – Indicatori di povert  o esclusione sociale (Europa 2020). Anni 2010-2011, per 100 persone**  
Fonte: Rapporto Istat 2012 "Reddito e condizioni di vita"

te stabile nel corso degli anni, poco sopra l'11% delle famiglie, quella assoluta ha registrato una crescita dello 0,6% in quattro anni: dal 4,6 del 2008 al 5,2 del 2011.

Sia la povert  relativa che quella assoluta sono maggiormente diffuse nel Sud Italia. In particolare le situazioni pi  gravi riguardano Sicilia e Calabria, dove sono povere oltre un quarto delle famiglie. La povert , inoltre, si rileva maggiormente tra famiglie senza occupati n  ritirati dal lavoro e famiglie ampie con figli minori; emerge anche una correlazione tra povert  e bas-

si livelli di istruzione e profili professionali.

Un ulteriore strumento per comprendere il fenomeno   l'indice di deprivazione materiale, indicatore Eurostat, calcolato sulla base di 9 sintomi di disagio (tabella 2). Una persona viene definita in grave deprivazione materiale se presenta problemi in almeno 4 degli indicatori. Nel rapporto Istat 2012 "Reddito e condizioni di vita", all'interno del progetto EU-SILC, si rileva che le persone a rischio di povert  ed esclusione sociale rappresentano il 28,4 per cento degli italiani, contro una media europea del 24,6 e in

un solo anno la percentuale italiana   cresciuta di ben 3,8 punti.

**Assenza di una misura nazionale**

L'Italia   priva di una misura nazionale di contrasto alla povert  e all'esclusione sociale.

All'interno dell'UE, assieme alla Grecia e all'Ungheria   l'unico Paese a non aver ancora adottato uno schema di reddito minimo garantito.

Gli schemi di reddito minimo sono interventi che mirano al supporto degli individui in condizione di povert  – aventi cio  un red-

## ■ POVERTÀ

dito inferiore ad una soglia stabilita a livello nazionale – affiancando ad un trasferimento economico, servizi di assistenza sociosanitaria e politiche attive del lavoro, finalizzate a favorire l'integrazione sociale del beneficiario. Questi interventi presentano strutture di *governance* molto complesse e articolate che mirano al coordinamento di una pluralità di attori e livelli di governo fra cui lo Stato centrale, le Regioni, i Comuni, i centri per l'impiego il terzo settore impegnato nella fornitura dei servizi connessi con le politiche di inclusione attiva (cfr. l'articolo di Marcello Natili a pag. 40).

In Italia uno schema di Reddito Minimo di Inserimento era stato avviato nel 1998 in via sperimentale dal Governo di centro-sinistra in 39 Comuni.

Negli anni successivi oltre al mancato seguito della sperimentazione, si sono avvicendati governi che non sono stati in grado di produrre un quadro coerente di riforme e ad oggi è ancora assente una misura organica di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.

Nel corso degli anni sono stati disciplinati interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale molto diversi tra loro per tipologia, per destinatari, per entità di finanziamenti, per una forte polarizzazione tra un'assistenza economica tout court, decisamente prevalente, e percorsi di inserimento sociale e lavorativo molto marginale.

**Le misure esistenti**

L'attuale quadro nazionale per le politiche di contrasto alla povertà e all'esclu-

sione sociale del nostro Paese, dunque, appare frammentato, carente, caratterizzato da notevoli disparità territoriali nell'entità degli interventi e servizi socio-assistenziali e sbilanciato sulle erogazioni monetarie piuttosto che sullo sviluppo della rete dei servizi.

Le principali misure tradizionali di sostegno al reddito sono erogate dall'INPS e risultano essere: l'assegno sociale (prestazione di carattere assistenziale che ha sostituito dal 1996 la pensione sociale istituita nel 1969, prescinde del tutto dal versamento dei contributi e spetta ai cittadini ultra65enni con un reddito inferiore ai limiti stabiliti ogni anno dalla legge), l'integrazione al trattamento minimo pensionistico, gli assegni familiari a sostegno di alcune categorie di lavoratori e gli assegni per i nuclei familiari con figli minori (assegno concesso dal Comune ma erogato dall'INPS per le famiglie con almeno tre figli minori con patrimoni e redditi limitati).

Accanto a questi sussidi, negli ultimi anni, tra gli interventi per ridurre gli effetti della crisi economico finanziaria, sono stati introdotti:

- la *social card*: carta di pagamento elettronico prepagata con un importo pari a 40 € mensili, introdotta con il d.l. 112/2008 destinata agli anziani ultra65enni e ai genitori con bambini entro i tre anni che rispettino rigidi requisiti di povertà economica. Può essere utilizzata per il sostegno alla spesa di generi alimentari, sanitaria e il pagamento delle bollette di luce e gas;

- bonus energia elettrica e gas: agevolazioni istituite rispettivamente con il d.m. del 28 dicembre 2007 e d.l. 185/2008 per supportare cittadini e famiglie in condizioni di disagio economico o fisico nel pagamento delle bollette di energia elettrica e gas;

- fondo Nuovi Nati: istituito con il d.P.C.M. del 10 settembre 2009 e rinnovato fino al 2014, favorisce l'accesso al credito delle famiglie con un nuovo figlio nato o adottato, senza limitazioni di reddito, attraverso il rilascio di garanzie alle banche.

Queste prestazioni risultano marginali e confermano la presenza di un quadro frammentato, eterogeneo nel breve periodo e l'assenza di qualsiasi progettualità contro la povertà nel medio-lungo periodo.

Un promettente passo in avanti viene compiuto nel 2013 con l'avvio della sperimentazione nei 12 Comuni con più di 250 mila abitanti di una nuova social card.

**La Nuova Social Card**

La sperimentazione della Nuova Social Card è stata decisa nel 2011 dall'Esecutivo Berlusconi, che ha ricavato il relativo stanziamento di 50 milioni ed è stata, poi, ridisegnata completamente nel Governo Monti, dal ministro e dal sottosegretario al Welfare, Fornero e Guerra a partire dalle criticità emerse dalla misura vigente.

Infatti, la Social card istituita nel 2008 ha mostrato una limitata capacità di ridurre la povertà: secondo lo studio sull'impatto della misura contenuto nel rapporto annuale della Commissio-

ne d'indagine sull'esclusione sociale del 2009 emerge che essa interessa solo il 3% del totale delle famiglie italiane, di cui meno di una famiglia su cinque fra quelle povere in senso assoluto. Le principali cause della sua scarsa efficacia riguardano:

- la categorialità dei criteri di ammissione: la misura non è in grado di cogliere la totalità delle tipologie familiari in condizioni di bisogno economico estremo. Sono esclusi, ad esempio, nuclei numerosi con figli più grandi o quelli composti da adulti anche non occupati, cittadini stranieri regolarmente residenti. L'effetto è quello di discriminare tra famiglie ugualmente povere.

- La forte iniquità territoriale: la legge stabilisce che i limiti di Isee per il conseguimento del beneficio sono uguali in tutte le Regioni, trascurando così la marcata differenza nei livelli medi dei prezzi fra Nord e Sud del Paese. La carta avvantaggia i poveri residenti nelle Regioni meridionali, dove il costo della vita è notevolmente più basso e sfavorisce i cittadini del Nord e del Centro.

- Si limita a mero trasferimento monetario: l'erogazione economica non è accompagnata da politiche e percorsi attivi di inserimento lavorativo, progetti educativi e di assistenza agli anziani. È assente il coinvolgimento degli enti locali e del terzo settore.

Fornero e Guerra, a partire dalle numerose proposte di riforma, tra cui quella presentata nel 2010 dalle

Acli, hanno recepito le indicazioni provenienti dagli altri paesi europei e dalle buone pratiche emerse nelle esperienze locali italiane e hanno ripensato la Social Card di Berlusconi del 2008 così da farle assumere i tratti degli schemi di reddito minimo garantito presenti in tutti i Paesi dell'UE tranne il nostro e la Grecia.

La nuova misura si discosta dalla precedente in particolare perché:

- Spetta agli enti pubblici, Stato e Comuni, definire i criteri per l'assegnazione e i Comuni erogarla, lavorando in collaborazione con gli enti di terzo settore. I beneficiari sono presi in carico dai Comuni e devono partecipare a progetti personalizzati di reinserimento lavorativo, formazione, cura della persona.
- I beneficiari non sono più singoli individui ma nuclei familiari, in particolare famiglie con minori in situazioni di grave po-

vertà (Isee non superiore a 3000 € annui), italiani o stranieri regolarmente residenti sul territorio

- Il contributo erogato è più consistente e declinato in base alle caratteristiche del nucleo familiare. Da un importo di 231 € al mese previsto per i nuclei con due persone si arriva fino a 404 € se la famiglia è formata da cinque o più persone.

#### Cosa è stato fatto nella legislatura 2008-2013

Non è stata varata nessuna risposta strutturale alle povertà estreme.

L'ultimo Governo Berlusconi (2008-2011) ha introdotto dei tagli lineari agli enti locali e ai fondi nazionali dedicati alle politiche sociali comportando un calo delle risorse pari al 92%, ritenendo la spesa pubblica per il sociale eccessiva nonché caratterizzata da innumerevoli sprechi ed enfatizzando la responsabilità privata, già dominante, fondata sulle fa-

miglie che si prendono cura dei propri componenti e sulla beneficenza degli enti caritatevoli.

All'interno di questa cornice, l'intervento dell'ultimo Governo Berlusconi nei confronti delle politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale si è limitato a introdurre, tra le misure anti-crisi, prestazioni marginali e disperse per finalità e *target* di beneficiari, tra cui Social Card, Bonus energia elettrica e gas, Fondo Nuovi nati, di cui si è parlato precedentemente.

Il Governo Monti ha confermato la scelta della contrazione di risorse da dedicare al sociale, ma laddove è stato possibile innovare senza finanziamenti ulteriori ha preparato diversi interventi di qualità finalizzati al migliore utilizzo delle risorse disponibili. In particolare, per quanto riguarda gli interventi di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, l'azione più rilevante riguarda la sperimentazione della Nuova Social Card.

Ad oggi, dunque, tra le principali criticità, emerge la mancanza di una chiara ed organica strategia nazionale comprensiva della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni da parte dello Stato e di uno stanziamento adeguato di risorse e si evince anche che la stessa spesa per l'assistenza sociale è fortemente sbilanciata sulle erogazioni monetarie piuttosto che sullo sviluppo della rete dei servizi. Tuttavia, alla luce di quanto sottolineato, la Nuova Social Card può costituire il primo passo per la definizione di una misura nazionale di contrasto alla povertà assoluta, ancora assente in Italia, in grado di superare un sistema basato sulla presenza di sussidi categoriali, non uniformi sul territorio per introdurre un vero e proprio diritto soggettivo di cittadinanza, tutelato e disciplinato dalla legge e definito su criteri universalistici.

## Intervista a Francesco Marsico

### Le aspettative: quali priorità per la politica nazionale?

Sul piano dell'urgenza sono presenti, a mio avviso, almeno due questioni su cui si deve intervenire.

La prima riguarda la predisposizione di una misura di contrasto alla povertà assoluta in grado di superare la logica sostanzialmente categoriale della *social card*. Infatti la *social card* introdotta nel 2008 ha come beneficiari solo famiglie con persone over 65 anni e

con minori al di sotto dei tre anni: la povertà non è legata all'età e dunque rimangono tagliate fuori gran parte delle famiglie italiane in difficoltà. Pur tenendo conto dei problemi di finanza pubblica è necessario che questa nuova legislatura cominci non soltanto a ragionare, ma a sperimentare e realizzare una misura universalistica che, seppur minima rispetto agli interventi sulle famiglie, si occupi della povertà assoluta. In questa prospettiva va nella direzione giusta, la sperimentazione della nuova *social card* partita a gennaio di quest'anno sui 12 Comuni ita-



FRANCESCO MARSICO  
Vicedirettore vicario di Caritas Italiana e responsabile Area Nazionale

## ■ POVERTÀ

**Politiche contro la povertà 1 – Istituzione di schemi di reddito minimo nei Paesi dell'UE-15**

| Paese         | Denominazione                             | Anno di prima introduzione |
|---------------|---|----------------------------|
| Austria       | Sozialhilfe                               | 1970-75                    |
| Belgio        | Minimex                                   | 1973                       |
| Danimarca     | Social Bistand                            | (1891) 1974                |
| Finlandia     | Toimeentulotuki                           | 1971                       |
| Francia       | Revenu minimu d'insertion                 | 1988                       |
| Germania      | Sozialhilfe                               | 1961                       |
| Irlanda       | Supplementary welfare/allowance           | 1975                       |
| Grecia        | Assente                                   | –                          |
| <b>Italia</b> | <b>Assente</b>                            | –                          |
| Lussemburgo   | Revenu minimu garanti                     | 1986                       |
| Paesi Bassi   | Social Bijstand (algemene Bijstand)       | 1963                       |
| Portogallo    | Rendimento minimo garantido               | 1996                       |
| Spagna        | Ingreso minimo de inserciò (Renta minima) | 1995-2000                  |
| Svezia        | Socialhja lp                              | (1918) 1956                |
| Regno Unito   | Income support                            | 1948                       |

Italia e Grecia confermano interventi assenti anche rispetto a questa misura di sostegno al reddito che rientra nelle politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.

Lo schema di reddito minimo di inserimento, in Italia, è stato introdotto dal Governo di centro-sinistra nel 1998 in forma sperimentale e poi formalmente abbandonato nel 2002.

Fonte: nostra elaborazione su I. MADAMA (a cura di M. FERRERA), *Le politiche sociali in Italia*, Il Mulino, 2012.

liani con più di 250 mila abitanti. La seconda questione urgente riguarda, a fronte della sospensione del programma aiuti alimentari dell'UE per il 2013, la realizzazione del piano aiuti alimentari per gli indigenti previsto in un articolo della legge di stabilità e rispetto al quale non è stata individuata nessuna copertura economica. È chiaro che, pensando ad un welfare futuro più avanzato, può apparire una misura residuale ed assistenzialistica, però oggi la situazione è questa: nessuna misura universalistica di sostegno al reddito delle famiglie e bisogni primari scoperti. Il fondo nazionale per gli indigenti rappresenta oggi la possibilità per circa 4 milioni di persone in questo Paese di avere almeno, non dico una garanzia, ma un supporto in grado di soddisfare uno dei principali bisogni primari: quello del cibo.

Una volta affrontate queste urgenze, il passo successivo da compiere è una complessiva rivisitazione del sistema di interventi sociali.

Altre due questioni che vorrei sottolineare riguardano la situazione delle carceri che qualcuno ha chiamato senza rispetto "grandi discariche sociali". La prima: la povertà e la marginalità che derivano dai periodi di detenzione e in cui rimangono "incagliate" soprattutto le persone con meno risorse economiche, familiari, relazionali, competenze sociali e professionali – penso in particolare agli immigrati e ai reati legati allo spaccio di droga – rappresentano un effetto indotto anche della mancanza di politiche sociali e di interventi specifici. Alcuni ambiti su cui, a mio avviso, bisogna intervenire: la "civiltà" delle condizioni delle carceri (infatti, il tasso dei suicidi nelle carceri presente nel nostro Paese non

è assolutamente accettabile), il tema della pena e delle norme che aggravano la condizione detentiva di alcune tipologie di persone tra cui gli immigrati, ecc.

La seconda questione è connessa al tema della salute mentale: a marzo 2013 avrebbe dovuto esserci la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Rispetto a questo superamento c'è una grande inerzia regionale e ci sono due grandi rischi. Da una parte il rinvio della scadenza e dall'altra il non superamento effettivo degli OPG, ma solo di un trasferimento di queste persone dentro strutture detentive più piccole, forse più umane, ma che certamente non sono la soluzione. Questo volto della povertà è limitato, ma pur sempre drammatico e meritevole di attenzione sia a livello nazionale che a livello di responsabilità regionale.

**La realtà: cosa accadrà nell'immediato futuro?**

Il tema della povertà non ha una sufficiente rappresentanza politica e quindi il grave rischio, connesso con la drammatica situazione della finanza pubblica, è che questi temi vengano considerati non prioritari nelle agende politiche e che si con-

tinui ad intervenire categorialmente sui bisogni delle famiglie in condizioni di povertà ponendo poca luce soprattutto su quelle situazioni rispetto alle quali non è presente neanche una minima garanzia.

Il nodo di questo Paese per quanto riguarda la povertà è che di fatto, al di là di organismi del privato socia-

le, non vi sono schieramenti politici che hanno un'attenzione progettuale continua rispetto a questi temi. Oggi, più che mai, sarebbe importante avere tra i parlamentari persone capaci di fare un'azione di sensibilizzazione e di stimolo in questo ambito e con cui i soggetti sociali che operano sul campo possano interloquire.

**Politiche contro la povertà 2 – La nuova Social Card: l'ennesima misura una tantum o il primo passo di un Piano nazionale contro la povertà?**

Partirà in autunno la sperimentazione della nuova social card nelle 12 città più popolate d'Italia (Milano, Torino, Venezia, Verona, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Catania e Palermo) con l'impegno di 50 milioni di euro e durerà un anno.

La sperimentazione della nuova Social Card (d'ora in avanti NSC) era stata decisa nel 2011 dall'Esecutivo Berlusconi, che ricavò il relativo stanziamento. Si prevedeva che lo Stato distribuisse risorse economiche direttamente ai soggetti *non profit* (cooperative, associazioni e altri) attivi contro la povertà nel territorio e che questi individuassero, a propria discrezione, i beneficiari degli interventi così finanziati. Berlusconi voleva dunque provare un modello estremo – del tutto anomalo in Europa – di privatizzazione delle scelte pubbliche. La caduta del suo Governo l'ha impedito.

Il ministro e il sottosegretario al Welfare, Fornero e Guerra, hanno ereditato il finanziamento per la sperimentazione nelle 12 città (grazie ai fondi europei dovrebbe ora aggiungersi l'intera Sicilia) ma l'hanno completamente ridisegnata. Infatti, il modello che si avvierà a breve vede gli enti pubblici – Stato e Comuni – definire i criteri per l'assegnazione della NSC e i comuni erogarla; questi ultimi lavoreranno in collaborazione con il *non profit*, valorizzandone le competenze nella progettazione e nella gestione degli interventi. La NSC verrà erogata alle famiglie in grave povertà (con un Isee non superiore a 3000 € annui) con figli minori e l'importo sarà ben maggiore dei 40 euro mensili della *Social Card* abituale, avviata nel 2008 sotto il Governo Berlusconi, e modulato in base alla numerosità del nucleo familiare. Infatti da un importo di 231 € al mese previsto per i nuclei con due persone si arriva fino a 404 € se la famiglia è formata da cinque o più persone.

A differenza della Carta standard, che continuerà ad essere erogata per tutto il 2013 nei comuni non inseriti nella sperimentazione, inoltre, i beneficiari dovranno partecipare a percorsi di inclusione sociale, legati – ad esempio – al rispetto dell'obbligo scolastico per i figli a percorsi di riqualificazione professionale per i genitori.

Fornero e Guerra hanno recepito le indicazioni provenienti dagli altri Paesi europei e dalle migliori esperienze locali italiane, peraltro convergenti: sul disegno degli interventi contro la povertà, infatti, esiste un elevato consenso tra gli esperti. Fornero e Guerra hanno dunque ripensato la NSC di Berlusconi del 2008 così da farle assumere i tratti che nell'intera Europa caratterizzano il reddito minimo d'inserimento, cioè la misura nazionale a sostegno di tutte le famiglie in povertà assoluta (l'indigenza più grave, in Italia, tocca il 5,2% dei nuclei), presente in ogni Paese del continente tranne il nostro e la Grecia.

Cosa accadrà nell'autunno 2014, alla fine della sperimentazione? Il Governo Monti non ne ha previsto alcuno sviluppo. Pertanto, se il prossimo Esecutivo non interverrà, la NSC si aggiungerà alle numerose azioni *una tantum* contro l'esclusione sociale rimaste, negli anni, senza seguito. Le famiglie povere continueranno a essere senza il necessario sostegno nazionale; le risposte saranno lasciate agli sforzi dei Comuni, privi delle risorse che servirebbero, e a misure parziali come la *Social Card* tradizionale (destinata alle famiglie con componenti sopra i 65 o sotto i 3 anni), che continua ad essere erogata.

Si rivivrà in particolare l'esperienza del 1999-2000, quando l'allora Governo di centro-sinistra promosse la sperimentazione – in 39 Comuni – di un reddito minimo molto simile alla NSC. La sperimentazione fornì indicazioni utili alla preparazione della misura nazionale, il cui avviamento era atteso nella finanziaria pre-elettorale dell'autunno 2000. Quella manovra, però, trovò maggiori risorse per numerosi obiettivi ma non per la povertà e il cerino venne passato al successivo Esecutivo. Le elezioni del 2001 furono vinte dal centro-destra, che lasciò cadere il reddito minimo nel dimenticatoio. Un'alternativa c'è. Il nuovo Governo potrebbe fare della sperimentazione il punto di partenza di un "Piano contro la povertà", che introduca progressivamente – in quattro anni – l'indispensabile misura nazionale a sostegno di tutte le famiglie che vivono tale condizione. Il Piano dovrebbe definire l'ampliamento dell'utenza da compiere in ognuna delle prossime quattro annualità, fino alla piena copertura del bisogno; la gradualità consentirebbe di radicare la nuova prestazione nel territorio e di spalmare l'impegno finanziario necessario su più anni.

I caposaldi della misura nazionale non potrebbero che essere i tratti della NSC, cioè le indicazioni provenienti dal dibattito – europeo ed italiano – sul reddito minimo. La sfida sarebbe comprendere in che modo applicarle nel peculiare contesto del nostro *welfare* e delle sue criticità (rischi di frode particolarmente elevati, debolezze organizzative di vari enti locali e così via). Le previste analisi dei dati da raccogliere durante la sperimentazione – particolarmente sofisticate – fornirebbero un contributo cruciale a tal fine.

Certo è che se si vuole garantire continuità ai territori coinvolti nella sperimentazione e legarla effettivamente al percorso graduale sopra indicato bisogna approntare il Piano entro il 2013. Quest'anno.

Fonte: C. GORI, *Più che una "carta" serve un piano anti-povertà*, in "ILSole24Ore", 2 febbraio 2013.

## ■ PRIMA INFANZIA

**Nidi e altri servizi educativi per l'infanzia**

Aldo Fortunati \*

Il primo intervento di carattere nazionale a favore della diffusione di servizi educativi per la prima infanzia in Italia va ricondotto all'azione del Parlamento che il 6 dicembre 1971 approva la legge n. 1044 "Piano quinquennale per l'istituzione di asili nido comunali con il concorso dello Stato". La legge costituì il primo strumento legislativo volto a spostare la cura e la tutela del bambino dalla famiglia alla comunità, attraverso un disegno che attribuisce allo Stato il compito di finanziare, alle Regioni quello di programmare e ai Comuni quello di gestire i servizi. Quel piano nazionale fu rifinanziato solo una volta dalla legge 29 novembre 1977, n. 891 e ancora a trent'anni dalla sua definizione non risultava conseguito l'obiettivo di realizzare 3.800 nidi nel Paese, mentre era-

no ben tangibili forti differenze nella distribuzione territoriale dei servizi.

Anche l'evoluzione normativa da parte delle Regioni e Province autonome – investite di un protagonismo centrale sulla materia dei servizi per l'infanzia dalla riforma costituzionale del 2001 – misurava, nello stesso lasso di tempo, un notevole grado di diversificazione<sup>1</sup>; attualmente:

- in 10 casi – Abruzzo, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, P/A Trento, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta – siamo di fronte a un quadro normativo aggiornato e organico;
- in 8 casi – Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Molise, Piemonte, P/A Bolzano, Veneto – abbiamo un quadro normativo aggiornato in modo incompleto;
- infine, in 3 casi – Basilicata, Calabria, Sicilia – i servizi sono regolati da leggi degli anni '70.

Bisogna poi attendere il 2007 – ed esattamente la legge finanziaria 296/2006 art. 1, comma 1259 – per avere un nuovo intervento diretto del Governo a favore di questi servizi. E così, gli anni più recenti – anche per effetto dei citati provvedimenti straordinari adottati dal Governo – hanno condotto all'incremento delle opportunità di frequentare un servizio educativo da parte dei bambini italiani.

Secondo i dati elaborati dall'ultimo Rapporto nazionale di monitoraggio del Piano nidi al 31 dicembre 2011 (realizzato dall'Istituto degli Innocenti di Firenze su mandato del Dipartimento Famiglia della Presidenza del Consiglio e del Ministero delle politiche sociali<sup>2</sup>) il 17% dei bambini da 0 a 2 anni frequenta un nido, il 2,4% un servizio educativo integrativo, mentre il 5,1% frequenta come anticipatorio una scuola dell'infanzia. Un bambino su 4 – dunque – accede ad un

servizio educativo nei primi 3 anni di vita, più di quanto non si sia spesso detto in questi ultimi anni seppur ancora non quanto la Comunità europea aveva indicato che dovesse succedere con la garanzia di copertura del 33% da raggiungere entro il 2010<sup>3</sup>.

La debolezza – per non dire l'assenza – delle politiche nazionali dalla fine degli anni '70 del secolo scorso<sup>4</sup> e fino ai provvedimenti del "Piano straordinario per lo sviluppo dei servizi socio educativi per la prima infanzia" del 2007-2010, previsto dalla Finanziaria 2007 e avviato nel settembre del medesimo anno con apposita Intesa in Conferenza Unificata<sup>5</sup>, ha peraltro condotto, come noto, a caratterizzare la situazione italiana come fortemente disuguale nella distribuzione territoriale dei servizi; solo Toscana, Emilia-Romagna, Liguria e Umbria hanno raggiunto il traguardo del 33%, mentre la differenza fra il centro-nord

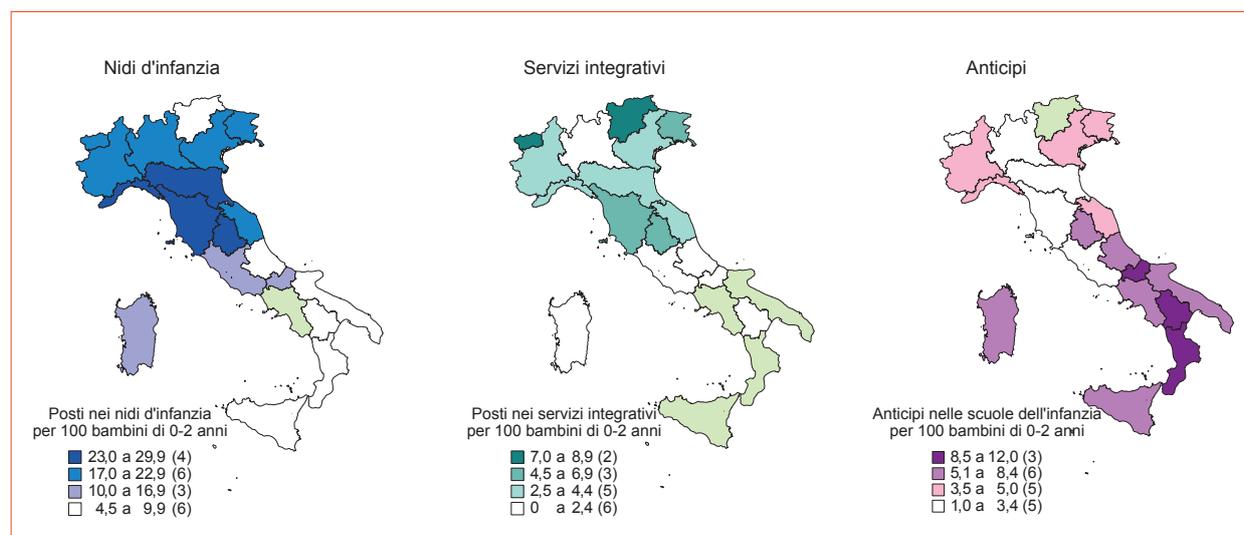


Grafico 1 – Posti/Utenti per 100 bambini di 0-2 anni secondo la tipologia di offerta per Regione e Provincia autonoma – al 31 dicembre 2011

\*] Direttore Area Educativa Istituto degli Innocenti di Firenze.

e il mezzogiorno è ancora rappresentato da una forbice aperta che rende 4 volte meno probabile per un bambino del Sud l'accesso a un nido rispetto al resto del Paese.

Volendo spingere l'analisi al di sotto dei numeri sulla diffusione quantitativa delle diverse forme di opportunità di servizi per capire anche qualcosa del costo e dell'accessibilità effettiva delle opportunità, è interessante il dato recentemente coordinato da Fortunati e Pucci (2013) dal quale risulterebbe che l'attuale copertura è garantita da:

- nidi d'infanzia pubblici (a titolarità comunale o privati convenzionati con i Comuni), nella percentuale di copertura del 13,3% per un totale di posti di 201.640 e con una spesa complessiva di euro 1.502.185.364, cui le famiglie concorrono pagando rette per un valore di euro 274.899.921, pari al 18,3% della spesa complessiva<sup>6</sup>;
- nidi d'infanzia privati non convenzionati con il pubblico, nella percentuale di copertura stimabile del 3,7% per un totale di posti di 56.773 e con un costo complessivo di euro 332.735.198, cui le famiglie concorrono pagando per un valore di euro 240.970.727, pari al 72,4% del costo complessivo<sup>7</sup>;
- accessi anticipati nelle scuole dell'infanzia, nella percentuale di copertura del 5,1% per un totale di posti di 85.992 e con un costo complessivo di euro 546.135.192, cui le famiglie prevalentemente non concorrono poiché nella maggio-

ranza dei casi gli accessi avvengono nella scuola dell'infanzia statale in forma gratuita<sup>8</sup>.

In conclusione, il quadro sembra composto da tre poli che divaricano il sistema invece di promuoverne e sostenerne l'integrazione:

- i nidi pubblici o privati convenzionati: servizi di buona qualità e facilmente accessibili dalla generalità delle famiglie secondo criteri tendenzialmente equi;
- i nidi privati non convenzionati: servizi generalmente di minor qualità piuttosto costosi per le famiglie e dunque spesso non accessibili da tutti;
- le scuole dell'infanzia con i bambini anticipatari: servizi di qualità in genere modesta perché quasi sempre non adattati ai bisogni dei bambini di due anni, accessibili dalle famiglie spesso a costo zero ma niente affatto gratuiti per la comunità che, nel caso – prevalente – delle scuole dell'infanzia statali, ne copre l'intero costo.

Gli esiti di apposite indagini condotte di recente sul tema dei costi di gestione di questi servizi<sup>9</sup> ci danno peraltro la possibilità di capire quale sarebbe il necessario investimento economico per sviluppare il sistema dei servizi attraverso la diffusione dell'offerta di nidi di qualità sostenuti da finanziamento pubblico e dunque accessibili in via generalizzata ed equa da tutti i bambini le cui famiglie lo desiderino.

Secondo l'indagine testé citata, il valore del "costo medio annuo per bambino" (calcolato come media dei costi minimo/massimo delle frequenze a tempo

pieno/parziale) è pari a euro 7.992.

Sviluppando la prospettiva che questi nidi possano essere accessibili in via generalizzata ed equa, sembra ragionevole pensare che una quota di almeno l'80% del loro costo di gestione sia coperto da finanziamento pubblico e non a carico delle famiglie utenti, utilizzando per questo il riferimento arrotondato emergente dalle testé citate indagini Istat<sup>10</sup>.

Ove si volesse collegare queste misure di costo all'impegno economico necessario per garantire livelli di copertura definiti sul territorio nazionale, è agevole stabilire che:

- per ogni punto percentuale di aumento della copertura si avrebbe un costo annuo di 97.182.720,00 euro;
- per raggiungere – a partire dal dato di copertura rintracciabile nel Rapporto sul monitoraggio del Piano nidi al 31/12/2011, che registra 258.402 posti e un tasso di accoglienza del 17% – il tasso di copertura del 33% (definito da tempo come obiettivo dalla Comunità europea), si determinerebbe un maggior costo annuale di 1.554.923.520,00 euro;
- per mantenere il sistema al livello di garanzia di diffusione di cui sopra occorrerebbe assumere una spesa annuale di 3.207.029.760,00 euro.

Le priorità di attenzione per il futuro sembrano dunque essere le seguenti:

1. identità – dichiarare in modo non ambiguo e chiaro l'identità dei nidi quali servizi educativi rivolti ai bambini nei primi anni di vita, da intendersi dunque come primo

segmento del sistema nazionale dell'educazione e istruzione ed estendendo dunque anche alla prima infanzia quanto già accade per la scuola dell'infanzia per i bambini da 3 a 6 anni, servizio già da tempo riconosciuto come educativo ancorché non riconducibile all'obbligo scolastico;

2. diffusione – definire conseguentemente i livelli di diffusione da garantire sull'intero territorio nazionale, secondo una prospettiva di realizzazione graduale e progressiva ma sostenuta da finanziamento derivato dalla fiscalità generale, in modo che lo sviluppo sia orientato verso l'accessibilità generalizzata ed equa dei servizi;
3. pluralismo regolato – definire – in via generale a livello nazionale e in via specifica a livello regionale – requisiti e standard (a partire dai requisiti di studio per gli educatori, dai rapporti numerici fra bambini e educatori, dai parametri di riferimento per gli ambienti, ecc.) per garantire, in un quadro plurale dei protagonisti pubblici e privati coinvolti nella attivazione e gestione dei servizi, la loro qualità ai bambini e alle famiglie che li utilizzano.

1] Vedi al proposito la banca dati online realizzata dall'Istituto degli Innocenti di Firenze nel quadro delle attività del Centro Nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, consultabile al seguente link: <http://www.minori.it/piano-straordinario-nidi/normativa-sui-servizi-per-la-prima-infanzia-0-3-anni-nelle-regioni-e>.

## ■ PRIMA INFANZIA

2] In attuazione dell'intesa sancita il 26 settembre 2007 in Conferenza Unificata fra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane in materia di servizi socio-educativi per la prima infanzia, di cui all'art. 1, comma 1259, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, nonché dell'intesa sancita il 7 ottobre 2010, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Sottosegretario di Stato presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri delegato alle politiche per la famiglia e le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane, in merito al riparto della quota del Fondo per

le politiche della famiglia a favore dei servizi socioeducativi per la prima infanzia e di altri interventi a favore delle famiglie.

3] L'obiettivo indicato dal Consiglio Europeo di Lisbona in materia di servizi all'infanzia aveva individuato per il 2010 il *target* del 33% di copertura relativo al servizio asilo nido. Ciò significa che entro il 2010 il servizio, a titolarità sia pubblica che privata, avrebbe dovuto garantire il 33% di accoglienza alla popolazione nella fascia 0-2 anni.

4] La legge n. 1044, "Piano quinquennale per l'istituzione di asili nido comunali con il concorso dello Stato", è del 6 dicembre 1971.

5] Intesa del 26 settembre 2007, integrata dalla Intesa del 14 febbraio 2008.

6] Si utilizzano i dati presentati in ISTAT: "L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anno 2010/2011".

7] Si utilizzano in questo caso i dati derivanti dal monitoraggio del piano nidi al 31 dicembre 2011, dall'indagine ISTAT sulla spesa sociale al 31 dicembre 2011 e dall'indagine campionaria nazionale su costi di gestione e tariffe; in particolare, la numerosità dei posti nei nidi privati non convenzionati è calcolata sottraendo dalla ricettività complessiva del sistema dei nidi (Monitoraggio) il dato relativo alla ricettività dei nidi pubblici o privati convenzionati (ISTAT), mentre i dati relativi ai costi di gestione e al recupero

da rette per i nidi privati non convenzionati sono stimati utilizzando i risultati dell'indagine campionaria nazionale.

8] Si utilizzano in questo caso i dati MIUR sugli anticipi al 31 dicembre 2011, mentre per quanto riguarda i costi di gestione si prende a riferimento il dato presentato in MIUR "La scuola in cifre 2009/2010".

9] Vedi al proposito A. FORTUNATI, E. MORETTI e M. ZELANO, *Costi di gestione, criteri di accesso e tariffe dei nidi d'infanzia*, in "Rapporto di Monitoraggio del Piano nidi al 31 dicembre 2011".

10] Vedi al proposito ISTAT: "L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anno 2010/2011".

## Intervista a Lorenzo Campioni \*

### Quale identità dei servizi per la prima infanzia?

Gli asili nido nascono in ambito pubblico comunale (legge 1044/1971) per comprendere, oggi, varie forme gestionali – gestione diretta o indiretta pubblica, privata e statale per le cosiddette sezioni primavera per bambini da 24 a 36 mesi – e una differenziazione di tipologie – nidi tradizionali, aziendali, micronidi, sezioni primavera e servizi integrativi, quali centri per bambini e famiglie, spazi gioco, servizi domiciliari. Nell'arco di soli 40 anni grazie alle scoperte in ambito psicologico, pedagogico, nelle neuroscienze e al lavoro di qualità negli stessi servizi si è passati dalla sponda assistenziale a quella educativa e al suo riconoscimento anche normativo prima in molte Regioni e poi a livello statale.



La Commissione europea stessa, che ha puntato in passato sull'aumento dell'offerta dei servizi 0-6 anni per incrementare l'occupazione femminile, in documenti recenti, in particolare nella sua ultima Comunicazione (2011) riguardo al tema dei servizi per la prima infanzia, richiama l'attenzione di tutti gli Stati membri per un'elevata qualificazione di questi, dato che la prima infanzia è la fase in cui l'educazione può ripercuotersi in modo più efficace e duraturo sullo sviluppo dei bambini e contribuire a invertire le condizioni di svantaggio iniziale. Da più parti è stato dimostrato la circolarità positiva tra presenza dei servizi educativi e occupazione femminile, incremento della natalità, maggiori succes-

si scolastici, minore ricorso ai servizi sociali...

Ma nonostante queste conoscenze, per la politica statale, e in gran parte anche regionale, vi è una sottovalutazione se non ignoranza dell'importanza del tema. L'unico tentativo di rilanciare una politica di incremento di questi servizi risale alla finanziaria del 2007 del Governo Prodi ben presto dimenticato dal Governo successivo, se eccettuiamo l'azione di monitoraggio annuale che continua ancora e ci permette di avere una fotografia aggiornata e sempre più puntuale della situazione.

### Le aspettative: quali priorità per la politica nazionale?

Più che numerose e specifiche ri-

\*] Presidente del Gruppo Nazionale Nidi e Infanzia

chieste, inutilmente ripetute in passato ai nostri governanti, oggi si lancia l'ennesimo grido di allarme per giungere ad una svolta radicale che tenga presente i diritti dei cittadini più piccoli, in particolare il diritto alla cura e all'educazione.

Non è più tollerabile il tergiversare del Parlamento sull'infanzia: diventa urgente una legislazione che superi la legge 1044 del 1971, non più adeguata per una *governance* a livello nazionale, riconosca i servizi per la prima infanzia come servizi di interesse generale e ne determini i livelli essenziali quali quantitativi a cui le varie leggi regionali dovranno fare riferimento. Se non si legifererà in tempi stretti si verificherà una responsabilità storica di negazione dei diritti dei suoi cittadini più piccoli e il sistema dei servizi 0-3 anni, pazientemente costruito in questi 40 anni, verrà definitivamente compromesso.

**La realtà: le proposte di legge solitamente hanno un lungo iter, che fare nel frattempo?**

In attesa di una legge, preferibilmente comprensiva di tutto l'arco prescolastico 0-6 come in molti altri Paesi, che garantisca una continuità del progetto pedagogico, una flessibilità e risparmio anche istituzionale, un'aderenza all'andamento demografico, è necessario che già nella prossima legge di stabilità venga inserito un capitolo *ad hoc* per questi servizi, si preveda, come negli altri Paesi europei e non solo, un concorso dello Stato ai costi di gestione e al necessario riequilibrio territoriale (oggi abbiamo una offerta di servizi che va dal 2,4% della Calabria al 29,4% dell'Emilia-Romagna), con modalità di riparto e definizione di condizioni strutturali e organizzative da concordare in sede di Conferenza unificata.

Molti Comuni, in mancanza di risorse statali e/o regionali, riducono l'orario di apertura dei servizi, chiudono e accorpano sezioni, innalzano il rapporto numerico educatrice/bambino, aumentano le quote di partecipazione delle famiglie, esternalizzano parte o tutti i servizi, spesso senza alcun confronto con i diretti interessati, procedono a bandi al ribasso e sotto soglia contrattuale senza tenere presente la qualità dell'offerta educativa, i diritti dei lavoratori e delle famiglie.

La prolungata crisi economica-finanziaria, la rigida interpretazione del patto di stabilità e le norme che si sono aggiunte in questi ultimi anni riguardanti il personale degli enti locali sono una miscela esplosiva per il già gracile sistema dei servizi 0-3 anni che rischia l'implosione e un reale pericolo di ritorno all'area assistenziale.



## ■ DISABILITÀ

**La non autosufficienza nelle politiche sociali**

Carlo Giacobini \*

Non autosufficienza: c'è un aspetto in questo ambito che potrebbe essere illuminante per comprendere l'incertezza delle relative politiche. Questo aspetto è agevolmente identificabile con la domanda: che cosa si intende specificatamente per non autosufficienza?

La legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328) indica ripetutamente interventi per i non autosufficienti, pur non fornendo alcuna definizione specifica.

Nel corso degli ultimi quindici anni, ha trovato progressivo spazio di discussione e di sviluppo normativo, soprattutto a livello regionale, il concetto di non autosufficienza. In diversi lavori di approfondimento tecnico della nozione di non autosufficienza si è reso evidente che non è rintracciabile nella nostra normativa una definizione unitaria, nonostante in diverse occasioni ne sia stato espresso l'intento e la necessità, soprattutto quando le Regioni hanno istituito interventi per il supporto della "domiciliarità", privilegiando in particolare gli anziani con gravi menomazioni.

In realtà i tentativi valutati sono incentrati sull'elemento della "menomazione" funzionale o anatomica (severa) e del suo impatto sulla riduzione dell'autonomia nello svolgimento di at-

tività. In questa prospettiva, la riduzione di autonomia implica la necessità di un intervento assistenziale, il cui carico il Legislatore tenta di compensare con contributi, *voucher*, assegni di cura. La valutazione della non autosufficienza viene usata anche per orientare ricoveri in strutture differenziate a seconda delle necessità assistenziali degli ospiti.

La valutazione, indicata spesso come multidimensionale, avviene di solito attraverso *équipe* territoriali. La multidimensionalità dovrebbe significare che viene tenuto conto non solo della condizione psicofisica della persona, ma anche delle attività proprie della persona, del suo contesto familiare e ambientale. Di fatto le valutazioni si concentrano sulla necessità assistenziale (o carico assistenziale o intensità assistenziale), in modo spesso condizionato da quante sono effettivamente le risorse disponibili all'ente "erogatore", oppure sulla perdita di funzioni nelle attività della vita quotidiana o, infine, sui "livelli di compromissione" funzionale.

Anche il ricorso a scale valutative in sede di accertamento, spesso facendo riferimento alle sole difficoltà in casa, è assai variegato sul territorio nazionale, ma non compensa la debolezza del concetto, in questo molto simile a quello generico adottato per l'indennità di accompagnamento.

Va segnalato che la scelta di una terminologia negativa (non autosufficienti) viene

utilizzata anche per descrivere situazioni non di persone anziane, ma di persone con disabilità che necessitano di sostegni appropriati per conseguire una vita indipendente.

In questo contesto di incertezza definitoria come possono essere consolidate politiche e servizi adeguatamente strutturati?

Non è un caso, nemmeno, che la valutazione della non autosufficienza sia ancor spesso legata ai ricoveri in RSA e in istituti, voce di spesa che continua ad essere prevalente rispetto ad interventi per la domiciliarità. Non è sostenibile affermare che gli interventi per la non autosufficienza siano riconducibili al noto Fondo per la non autosufficienza oggetto di stringenti confronti nella discussione dell'ultima Legge di stabilità. All'atto dell'approvazione la dotazione finale del Fondo è di 275 milioni, cifra assolutamente irrisoria per affrontare adeguatamente l'emergenza della non autosufficienza, ma soprattutto inadeguata a profilare un realistico Piano nazionale per la non autosufficienza. In realtà, attualmente, gli interventi e i servizi trovano risorse (inadeguate, lo ripetiamo) in altre voci dei bilanci regionali e del Servizio Sanitario Nazionale, con una scarsa integrazione sociosanitaria e una notevole diversificazione di quelli che stentiamo a definire "modelli".

E di un Piano nazionale per la non autosufficienza, da

più parti, si è sollevata l'esigenza, pur senza giungere a definirne i contorni. Nella versione originale del Decreto Balduzzi, uno specifico articolo, poi espunto dal testo in discussione, definiva i contorni di questo Piano. Condivisibili o meno che fossero i punti salienti, la proposta non è nemmeno arrivata ad un confronto. A parere di alcuni analisti, tale omissione è imputabile ad un'incertezza sulla copertura finanziaria. Crediamo non sia l'unico elemento: in realtà si nota una profonda spaccatura fra le Regioni, direttamente coinvolte nella gestione di tale emergenza. Non sono pochi gli elementi strategici da sciogliere che, a loro volta, sono strettamente interconnessi con altri nodi problematici antichi (livelli essenziali di assistenza, integrazione socio-sanitaria...): favorire la domiciliarità o ristrutturare le RSA? Aumentare i contributi per l'assistenza indiretta (assegni di cura), voucherizzare le prestazioni o favorire la presa in carico di servizi più flessibili? Ricondurre nell'alveo della non autosufficienza solo le persone anziane oppure intendervi incluse anche le persone con disabilità a forte carico assistenziale?

Si tratta di interrogativi tutt'altro che accademici, ma piuttosto schiettamente politici, con ricadute severe sulla quotidianità di milioni di famiglie, oltre che sul bilancio dello Stato. Una delle sfide che il prossimo Parlamento dovrà forzatamente affrontare.

\*] Direttore responsabile di Handylex.org.

## Intervista a Giampiero Griffo

### **Le aspettative: quali priorità per la politica nazionale?**

La prima necessità: recuperare ciò che si è perso negli ultimi anni. L'ultimo Governo Berlusconi ha drasticamente tagliato il fondo per le politiche sociali e quello per la non autosufficienza, il Governo Monti ha recuperato in parte, ma in maniera del tutto insoddisfacente e ha introdotto anche un taglio ai fondi della legge 68/1999 tesa a promuovere l'inserimento e l'integrazione lavorativa delle persone con disabilità nel mondo del lavoro.

Il secondo aspetto riguarda il programma di azione per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità che recentemente è stato approvato dall'Osservatorio Nazionale. La proposta individua le aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione e la tutela dei diritti delle persone disabili: dalla riformulazione dei criteri di valutazione/accertamento per usufruire di servizi e prestazioni, all'impiego, all'educazione, alla salute... Ritengo che rappresenti un punto di riferimento essenziale per iniziare a costruire una politica sulla disabilità con obiettivi chiari ed un sistema di monitoraggio in grado di verificarne l'attuazione. Politica che non è mai esistita in Italia dove gli interventi nei confronti della disabilità sono sempre stati considerati "caritativi". Una prima ipotesi di piano d'azione era stata elaborata nel 1999 con il Governo D'Alema ma poi, nel 2001, il lavoro non è stato portato avanti dal Governo Berlusconi.

Un altro elemento fondamentale, a mio avviso, riguarda la diffusione

di nuove forme di *welfare*. Il modello culturale di riferimento in Italia si basa ancora sul paradigma medico individuale che identifica le persone con disabilità come persone incapaci, sventurate e da compatire. La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità ratificata in Italia con la legge 18/2009, promuove un nuovo modello culturale di approccio a partire dal rispetto dei diritti umani delle persone con disabilità. La disabilità "pesa" e rappresenta un costo perché la nostra società produce barriere, ostacoli, discriminazioni e impedisce la loro piena partecipazione all'interno della società sulla base del principio di uguaglianza rispetto ad altri cittadini.

Non fermarsi ai bisogni, ma arrivare ai diritti. I servizi devono ri-orientare culturalmente il tipo di intervento per garantire alle persone disabili di recuperare la cittadinanza piena e attiva. Penso, ad esempio, al diritto di una vita indipendente, che in Italia oggi è molto poco esigibile.

Ritengo, inoltre, si debba intervenire non solo sulla riabilitazione in campo sanitario, come avviene in Italia, ma anche e soprattutto sull'abilitazione in campo sociale: io sono un poliomielitico e non mi devo "mettere in piedi" per essere considerato e sentirmi cittadino, devo riuscire ad essere abilitato sulla mia sedia a rotelle e nello stesso tempo poter accedere a tutti i diritti e le opportunità che la società offre. Investire, dunque, sull'*empowerment* per rafforzare le capacità, recuperare un ruolo sociale e permettere alle persone con disabilità di partecipare nella società come cittadini e lavoratori con i propri talenti e possibilità.

Il programma di azione ha iniziato ad emergere timidamente proprio



GIAMPIERO GRIFFO

Membro del Consiglio Mondiale Disabled People's International (DPI) e responsabile della sezione sulle diversità presso la Biblioteca Nazionale di Napoli

a partire da questo nuovo approccio. Nella stessa direzione si stanno muovendo anche gli altri 127 Paesi del mondo che hanno ratificato la Convenzione con il sostegno e la determinazione delle associazioni impegnate sul campo a livello mondiale e nazionale.

Un'ultima considerazione che intendo sottolineare riguarda la modifica del Titolo V della Costituzione per rivedere i poteri tra Stato, Regioni ed enti locali perché oggi la situazione è fortemente disomogenea in tutta Italia. Un esempio è la compartecipazione alla spesa dei servizi: nelle stesse Regioni i Comuni agiscono in modo differente. Dal punto di vista della disabilità i risultati sono: situazioni inique ed enormi vuoti da colmare.

### **La realtà: cosa accadrà nell'immediato futuro?**

L'incertezza è padrona. Il campo di ipotesi di quello che può succedere è ancora confuso e nebuloso. Non sappiamo se ci sarà una maggioranza tale da poter governare subito, non sappiamo esattamente quali saranno le posizioni che assumeranno le forze po-

## ■ DISABILITÀ

litiche... c'è una grande incertezza in generale, non solo per la disabilità.

Inoltre, la maggior parte delle politiche che riguardano la disabilità sono a livello regionale e il qua-

dro si presenta molto disomogeneo. L'augurio è anche che nelle Regioni in cui si è andati al voto, Molise, Lazio e Lombardia, le nuove maggioranze pongano attenzione alla disabilità.

Certo, nei programmi dei partiti non c'è molta attenzione al mondo della disabilità e, dunque, sarà necessario lavorare molto per sostenere campagne di lotta e sensibilizzazione adeguate.

### Politiche sociali: un breve bilancio del Governo Monti

Il Governo Monti ha parlato poco di politiche sociali, ma nei fatti, ha confermato le scelte del Governo Berlusconi.

#### I tagli sulle risorse: l'eredità di Berlusconi e la continuità montiana

L'Esecutivo (2008-2011) guidato da Berlusconi, ritenendo la spesa pubblica per il sociale eccessiva e caratterizzata da innumerevoli sprechi ha ridotto drasticamente le risorse destinate ai fondi statali per le politiche sociali: da 2.526 milioni (2008) a 200 milioni (2013) con un calo pari al 92%. Tale manovra non solo ha ridotto i sostegni pubblici esistenti, ma ha consolidato un sistema di *welfare* "privatistico", basato sulle famiglie che si prendono cura dei propri cari e sulla beneficenza privata.

Il Governo Monti ha confermato questa decisione sostenendo che il *welfare* sociale costituisce "un lusso che non ci possiamo permettere" in tempi di recessione e ha presentato come inevitabili scelte che in realtà non lo erano: gli impegni con l'Europa rendevano necessari ingenti risparmi ma esistevano varie opzioni su come suddividere i costi del risanamento tra le diverse fasce della popolazione.

#### Contributi positivi

Laddove è stato possibile innovare senza finanziamenti ulteriori il Governo Monti ha preparato diversi interventi di qualità finalizzati al migliore utilizzo delle risorse disponibili, merito soprattutto del Sottosegretario al *welfare*, Maria Cecilia Guerra:

- la revisione dell'Isee, strumento che valuta la condizione economica di chi domanda prestazioni sociali;
- il programma nazionale per la non autosufficienza al fine di migliorare il coordinamento tra le fonti di finanziamento esistenti, razionalizzare l'offerta di prestazioni e rafforzare il quadro dei diritti delle persone in questa condizione;
- l'ideazione di una innovativa misura contro la povertà (nuova social card) da sperimentare nelle 12 città più grandi e in alcune aree meridionali;
- solo la sperimentazione della nuova *social card* è stata approvata e avviata. (Al momento di andare in stampa il Governo Letta sembra intenzionato ad introdurre l'Isee nella versione elaborata da Maria Cecilia Guerra, ora vice ministro al *Welfare* con delega alle politiche sociali, ndr).

Inoltre, il ministro del *Welfare* Fornero e la Guerra, nonostante non abbiano avuto modo di invertire la linea dei tagli al sociale, sono riuscite a bloccare numerosi tentativi di indebolimento ancora di più: hanno disattivato il meccanismo di tagli automatici previsto nella delega fiscale-assistenziale ereditata da Berlusconi; hanno fermato le ripetute misure ostili di alcuni componenti del Governo che considerano questo ambito esclusivamente un costo, come l'ipotesi di finanziare parte della riforma degli ammortizzatori con nuove sottrazioni al sociale, i provvedimenti negativi per il terzo settore nella prima versione delle *spending review* e le penalizzanti misure rivolte alle persone non autosufficienti nel testo iniziale della legge di stabilità.

#### Risultati: elevati costi per ottenere risparmi ridotti

La linea del Governo Monti, in continuità con il Governo precedente, ha portato ad un robusto calo della spesa; ciò comporterà, nel concreto, una diminuzione dei servizi destinati agli anziani non autosufficienti, l'eliminazione di alcuni sostegni alle persone disabili gravi e l'impossibilità di sostenere le famiglie più povere.

Una boccata d'ossigeno per il 2013 sono i 615 milioni aggiuntivi destinati ai fondi sociali statali che il Parlamento, grazie soprattutto al Pd, ha inserito nella legge di stabilità.

Per valutare l'apporto di tali sacrifici al miglioramento del bilancio statale bisogna ricordare che il peso del *welfare* comunale sulla spesa pubblica totale è molto marginale, rappresentando solo lo 0,46% del Pil. Questo significa che la stessa contrazione di risorse che sta penalizzando fortemente tale ambito fornisce un contributo minimo al risanamento complessivo delle finanze. Visti i numeri, il risanamento dei conti dell'Italia non dovrebbe avvenire a discapito del settore trattato qui.

Fonti:

C. GORI, *Politiche sociali, il piatto piange*, in "IlSole240re", 22 ottobre 2012.

C. GORI, *Prudenti sforbicate nel sociale*, in "IlSole240re", 3 gennaio 2013.

**I livelli essenziali di assistenza sociale**

Renato Cugno \*

**L'evoluzione normativa:**

Per i servizi socio-assistenziali l'offerta sul territorio nazionale si è sviluppata in modo del tutto disuguale, con profonde differenze nelle dotazioni e nelle condizioni di accesso, diversamente da quanto avviene per i servizi sanitari o scolastici. Il concetto di livello essenziale per l'assistenza dovrebbe considerare: un insieme di interventi ai quali concorrono finanziariamente i Comuni, le Regioni e lo Stato; il diritto da parte del cittadino di essere destinatario degli interventi di cui sopra, con priorità a soggetti fragili; la necessità di una distribuzione territoriale attenta all'accesso effettivo ai servizi.

La "legge quadro", legge n. 328 dell'8 novembre 2000, sancì la compresenza dei diversi livelli di governo nelle prestazioni e nel loro finanziamento, mirando ad una regolazione complessiva. Indirizzò l'azione delle Regioni alla programmazione (sistema integrato) e all'organizzazione dei servizi per ambiti distrettuali (piani di zona); rimarcò il bisogno di un sistema informativo delle prestazioni sociali erogate. Fornì un esplicito riconoscimento al terzo settore e alla sussidiarietà nell'offerta e stabilì il principio dell'universalismo degli interventi sociali, pur ammettendo una compartecipazione economica in base alle condizioni economiche. Nel complesso la "legge quadro" ha fornito indirizzi per il riordino

di tutte le prestazioni sociali fornite sia dagli enti territoriali che dallo Stato, definendo specifiche funzioni per le Regioni, le Province, i Comuni e lo Stato. Ed ha introdotto *ex novo* il concetto di livelli essenziali concernenti gli interventi e servizi sociali (LIVEAS): la legge – e il successivo Piano Nazionale 2001-2003 – specificarono le aree di intervento/obiettivi<sup>1</sup> delle prestazioni e la loro tipologia<sup>2</sup>, ma senza fornire una specificazione quantitativa o di dettaglio delle stesse. A sostegno del disegno venne confermato e finanziato il Fondo Nazionale per le politiche sociali: finanzia alcune prestazioni gestite centralmente (INPS) e fornisce un contributo alla spesa degli enti territoriali per i servizi.

È noto come gli indirizzi della legge quadro sono stati recepiti soprattutto dagli enti territoriali; invece le funzioni e le attività statali sono state toccate solo marginalmente.

Nel 2001 viene riscritto il Titolo V della Costituzione che regola le istituzioni della Repubblica e quindi le competenze di Stato centrale ed enti locali ed i mezzi del loro finanziamento. Ogni Regione ed ente locale dovrà disporre di un volume di risorse adeguato a far fronte alle proprie competenze: in primo luogo risorse proprie di tipo tributario e tariffario, e di un eventuale trasferimento perequativo dallo Stato, in caso di insufficienza delle prime. Pertanto spariscono i trasferimenti finanziari "settoriali" dello Stato e riman-

gono i trasferimenti rivolti a specifici territori per la rimozione di squilibri economici e sociali. In merito alle competenze degli enti decentrati, l'assistenza diventa materia delegata alla legislazione regionale, in quanto non citata nelle competenze legislative dello Stato. Lo Stato si riserva però (art. 117, lett. m)) la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep) concernenti i "diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", nonché la legislazione su organi di governo e "funzioni fondamentali" degli enti locali (art. 117, lett. p)).

La nuova Costituzione prevede quindi per gli enti territoriali maggior autonomia sia di entrata che di spesa, con possibilità di differenze nell'esercizio delle funzioni (e nelle stesse funzioni attribuite<sup>3</sup>) e tenta di bilanciarla attraverso il ruolo statale di garanzia di determinati livelli di prestazioni su tutto il territorio.

Gli anni successivi al 2001 vedranno diversi tentativi di dare attuazione al nuovo Titolo V; l'alternarsi delle maggioranze politiche non è favorevole al processo e porta anche a proposte di una ulteriore revisione costituzionale. Si avvia una discussione sui LEPS (quali materie, quanto e come finanziarle) e sui LIVEAS (con proposte da parte di Regioni e Ministero del lavoro e politiche sociali). Si fanno proposte e disegni di legge sulle funzioni fondamentali degli enti locali (ultima la proposta di Carta delle Autonomie che riguarda sia le fun-

zioni che le concrete modalità di esercizio delle stesse).

Ad essere approvati per primi sono proprio i provvedimenti sul finanziamento degli enti territoriali, il c.d. "federalismo fiscale". La legge delega 42 del 2009 (ed i successivi decreti delegati) intendeva definire il finanziamento degli ee.tt. sulla base di fabbisogni standard, un metodo che dovrebbe incentivare l'efficienza di gestione<sup>4</sup>. Nel caso degli enti locali, le risorse devono coprire il finanziamento dei costi delle funzioni fondamentali<sup>5</sup>, mentre il finanziamento alle Regioni deve mirare a garantire prestazioni tutelate dai LEPS. I provvedimenti attuativi della legge delega definiscono – seppur transitoriamente, e con diverse variazioni intervenute – i meccanismi di finanziamento delle funzioni dei comuni, siano funzioni fondamentali o meno.

Di fatto è in corso un complesso processo di stima dei costi standard degli enti locali. Tuttavia i risultati di stima per gli enti locali saranno usati non tanto per quantificare il fabbisogno standard per le competenze come previsto, quanto per definire l'incidenza di ogni ente sull'insieme degli enti: in pratica la quota spettante ad ogni ente di un ammontare di risorse determinato esogenamente, in base alle disponibilità economiche della finanza pubblica. Nella delega peraltro era già prevista la clausola di copertura finanziaria: l'attuazione del federalismo non deve avere one-

\*] Ricercatore all'IRES Piemonte, istituto che opera, soprattutto per la Regione Piemonte, con diverse attività di osservatorio, di analisi e ricerca, di valutazione. Per IRES ha curato diversi rapporti monografici sulle tematiche dette (disponibili sul sito). Ha partecipato/pubblicato per iniziative di: ESPANet Italia, IRS (Milano), [www.nelMerito.com](http://www.nelMerito.com).

## ■ LIVELLI ESSENZIALI

ri aggiuntivi per la finanza pubblica.

Invece non è stata ancora affrontata la definizione dei fabbisogni delle Regioni a statuto ordinario, dovuti alle spese riconducibili ai LEPS. La citata legge delega indica esplicitamente l'assistenza tra le materie di competenza regionale tutelate nei LEPS nazionali, al pari di sanità e istruzione. Peraltro da allora non ci sono stati interventi che hanno qualificato il contenuto del termine: a tutt'oggi non esiste una sua definizione che risulti condivisa tra livelli di governo, e tantomeno una quantificazione del volume attuale di spesa pubblica connesso a tale materia<sup>6</sup>.

Il successivo provvedimento di attuazione<sup>7</sup> della legge 49 richiede ad una successiva legge dello Stato di regolare la determinazione dei LIVEAS, vincolandoli alla "cornice finanziaria.. relativa al finanziamento dei rispettivi fabbisogni standard nazionali". La norma dovrà definire "i costi e fabbisogni standard nonché le metodologie di monitoraggio e di valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi offerti"<sup>8</sup>. A tal fine, ogni anno la legge di stabilità dovrà proporre norme utili per realizzare la convergenza di costi e fabbisogni standard delle Regioni per l'assistenza e indicare un "percorso di convergenza degli obiettivi di servizio" ai LIVEAS, cioè stabilire tramite intesa "i servizi da erogare, con carattere di generalità e permanenza" e il relativo fabbisogno. Ma finora non si è raggiunta un'intesa in merito. In proposito si veda la relazione di A. Gualdini, "Livelli essenziali sociali. Un percorso in salita?", indicata in bibliografia.

I LEPS saranno ancora ripresi nella legge Cost. 1 del 2012, che regola il pareggio di bilancio per stato ed enti territoriali: all'art. 5 (comma 1, punto g)) si prevede che lo Stato, in fasi avverse del ciclo economico o al verificarsi di eventi eccezionali, concorra "ad assicurare il finanziamento, da parte degli altri livelli di governo, dei livelli essenziali delle prestazioni e delle funzioni fondamentali inerenti ai diritti civili e sociali".

Nel contribuire ad indicare quali prestazioni vadano e tutelate dai LEPS va rilevato il ruolo della giurisprudenza<sup>9</sup>. Una pronuncia del 2010 della Corte costituzionale indica la *social card* come una tipologia di servizio da considerare nei LIVEAS. Un'altra pronuncia ha riguardato la questione della compartecipazione al costo da parte degli utenti, che ha un rilievo dirimente nell'accesso ai servizi: e si è espressa a favore dell'utilizzo della condizione economica del solo assistito per calibrare la compartecipazione. Più recentemente un T.A.R. ha giudicato il trasporto scolastico di persone con disabilità un diritto fondamentale della persona, e meritevole di risarcimento finanziario in caso di mancato servizio.

Di fatto il volume di risorse finanziarie per ogni livello di governo è in via di progressiva definizione, ma senza avere specificato le rispettive competenze e spese riconducibili ai LEPS e le spese relative alle funzioni fondamentali, e tantomeno aver quantificati i relativi fabbisogni finanziari. Anche l'attuazione del nuovo Titolo V è stata diversa da quel-

la prevista in origine. Va aggiunto che da allora si sono avuti diversi provvedimenti – connessi alla crisi finanziaria – di riduzione delle risorse trasferite dallo Stato agli enti territoriali e di ridefinizione al ribasso del nuovo fondo perequativo statale. E la Corte dei conti rileva che questi provvedimenti, congiuntamente alla mancata definizione dei LEPS, portano ad una compressione delle prestazioni sociali. Fenomeno che verosimilmente inciderà sulla stima dei fabbisogni di spesa connessi alle competenze assegnate.

#### Quali prospettive per specificare i LIVEAS

La mancata definizione dei LIVEAS ha diverse cause. Un problema rilevante è il mancato accordo su quali interventi garantire, cioè su cosa è assistenza. È infatti impensabile una definizione solo centrale, che non coinvolga Regioni ed enti locali, i quali hanno la completa responsabilità organizzativa di molte prestazioni. Valutazioni divergenti sono presenti tra le stesse Regioni, ad esempio in relazione ai meccanismi di connessione con i servizi sanitari, che presentano differenze.

Per quanto concerne le risorse economiche, la questione non è tanto la penuria delle risorse complessive delle diverse prestazioni, quanto la difficoltà di un riassetto delle stesse, e delle relative risorse dedicate. Un'opzione presente nel dibattito sui LIVEAS è quella di stabilire un finanziamento complessivo, come per la sanità, che risulti propeudeutico anche alla definizione degli standard. È l'opzione prescritta nella delega del 2009, che prevede la defini-

zione di fabbisogno finanziario per i LEPS dell'assistenza: essendo l'assistenza un insieme di interventi che vedono concorrere sul piano finanziario i comuni, le Regioni e lo Stato, vi è poi la questione di come ripartire quel finanziamento tra funzioni regionali assistite dai LEPS, funzioni fondamentali "sociali" dei comuni<sup>10</sup>. Non darebbe tanto origine ad un finanziamento specifico, vincolato nell'impiego; potrebbe però richiedere un sistema di monitoraggio, come avviene per la sanità.

Tuttavia la fase di emergenza fiscale che si è aperta nel 2011 ha portato a riduzioni di risorse pubbliche ed a mutare la stessa funzione del processo di regionalismo/federalismo: anziché finalizzato a migliorare la capacità di render conto ai cittadini delle risorse, aumentando l'autonomia gestionale locale, lo scopo ultimo diventa la mera riduzione della spesa pubblica, ottenuta soprattutto con meccanismi centralistici. Ad esempio la congiuntura economica ha portato a tagli nella spesa pubblica e a ridimensionare il fondo statale rivolto a perequare il gettito dei tributi propri e compartecipazioni attribuiti agli enti locali. Ne può risultare un depotenziamento della necessaria funzione perequativa statale: quelle materie (sanità, assistenza, istruzione) vanno finanziate in primo luogo attraverso risorse proprie delle Regioni, che sono distribuite in modo diseguale tra le stesse. Pertanto, a fronte di una minor possibilità di risorse perequative, le soluzioni possono essere quelle di definire "al ribasso" gli eventuali LEPS per l'assistenza.

## ■ LIVELLI ESSENZIALI

Se dare attuazione a riforme complessive risulta molto difficile, una via più realistica potrebbe essere l'istituzione, graduale ma progressiva, di alcune specifiche tutele di base, definite nazionalmente: la tutela per la non autosufficienza, il contrasto alla povertà, i servizi all'infanzia. Vi sono proposte che toccano alcune singole lacune vistose, mirando ad istituire o consolidare a livello nazionale strumenti oggi carenti o inesistenti: costru-

ire una infrastruttura di sostegno ai soggetti non autosufficienti; istituire una forma di reddito minimo.

Vi è poi una misura nazionale già esistente, ma di cui si richiede un riassetto per integrarla con le prestazioni territoriali: è l'indennità di accompagnamento, la principale singola componente della spesa pubblica per l'assistenza.

Mentre per le prestazioni territoriali l'ultimo documento<sup>11</sup>

della Conferenza delle Regioni propone alcuni obiettivi di servizio, come interventi "anticipatori" dei LEPS: servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale; servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio; servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario; servizi a carattere residenziale per le fragilità; misure di inclusione e di sostegno al reddito (incluse quelle erogate a livello nazio-

nale). La proposta riguarda in primo luogo i servizi territoriali – già governati dalle Regioni e Comuni – con l'inclusione della *social card*.

Sono proposte che configurano un percorso progressivo, incrementale per le politiche sociali del Paese. In un contesto regionale come il nostro questo percorso non può prescindere da forme di monitoraggio e adeguati sistemi informativi, con meccanismi istituzionali di

| Regione/<br>Macro-ripartizione | Baseline<br>(valore 2004) | Valore attuale<br>(valore 2010) | Miglioramento<br>Si/No * | Target<br>2013 | % distanza<br>colmata rispetto<br>al target** | Variazione %<br>tra ultimo valore<br>e baseline |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------|---|---|
| Abruzzo                        | 23,6                      | 60,3                            | Si                       | 35,0           | 100%  | 156%  |
| Molise                         | 2,2                       | 11,8                            | Si                       | 35,0           | 29%   | 436%  |
| Campania                       | 30,5                      | 44,3                            | Si                       | 35,0           | 100%  | 45%   |
| Puglia                         | 24,0                      | 36,4                            | Si                       | 35,0           | 100%  | 52%   |
| Basilicata                     | 16,8                      | 24,4                            | Si                       | 35,0           | 42%   | 45%   |
| Calabria                       | 6,6                       | 16,4                            | Si                       | 35,0           | 35%   | 148%  |
| Sicilia                        | 33,1                      | 36,2                            | Si                       | 35,0           | 100%  | 9%  |
| Sardegna                       | 14,9                      | 36,3                            | Si                       | 35,0           | 100%  | 144%  |
| <b>Mezzogiorno</b>             | <b>21,1</b>               | <b>35,8</b>                     | <i>Si</i>                | <b>35,0</b>    | <b>100%</b>                                   | <b>70%</b>                                      |
| <b>Centro-Nord</b>             | <b>46,5</b>               | <b>64,4</b>                     | <i>Si</i>                |                |   | <b>38%</b>                                      |
| <b>Italia</b>                  | <b>38,4</b>               | <b>55,2</b>                     | <i>Si</i>                |                |   | <b>44%</b>                                      |

Tabella 1 – Diffusione dei servizi per l'infanzia: percentuale di Comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi) sul totale dei Comuni della Regione

| Regione/<br>Macro-ripartizione | Baseline<br>(valore 2004) | Valore attuale<br>(valore 2010) | Miglioramento<br>Si/No * | Target<br>2013 | % distanza<br>colmata rispetto<br>al target** | Variazione %<br>tra ultimo valore<br>e baseline |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------|---|---|
| Abruzzo                        | 6,7                       | 9,6                             | Si                       | 12,0           | 55%   | 43%   |
| Molise                         | 3,2                       | 5,5                             | Si                       | 12,0           | 26%   | 72%   |
| Campania                       | 1,5                       | 2,7                             | Si                       | 12,0           | 11%   | 80%   |
| Puglia                         | 4,8                       | 4,6                             | No                       | 12,0           | –   | -4%   |
| Basilicata                     | 5,1                       | 7,5                             | Si                       | 12,0           | 35%   | 47%   |
| Calabria                       | 2,0                       | 2,4                             | Si                       | 12,0           | 4%  | 20%   |
| Sicilia                        | 6,0                       | 5,5                             | No                       | 12,0           | –   | -8%   |
| Sardegna                       | 10,0                      | 17,0                            | Si                       | 12,0           | 100%  | 70%   |
| <b>Mezzogiorno</b>             | <b>4,2</b>                | <b>5,2</b>                      | <i>Si</i>                | <b>12,0</b>    | <b>13%</b>                                    | <b>24%</b>                                      |
| <b>Centro-Nord</b>             | <b>15,5</b>               | <b>18,4</b>                     | <i>Si</i>                |                |   | <b>19%</b>                                      |
| <b>Italia</b>                  | <b>11,3</b>               | <b>13,9</b>                     | <i>Si</i>                |                |   | <b>24%</b>                                      |

Tabella 2 – Presa in carico "ponderata" degli utenti dei servizi per l'infanzia: percentuale di bambini tra zero e fino al compimento dei 3 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi, o servizi integrativi e innovativi) di cui il 70% in asili nido, sul totale della popolazione in età 0-3 anni

## ■ LIVELLI ESSENZIALI

| Regione/<br>Macro-ripartizione | Baseline<br>(valore 2004) | Valore attuale<br>(valore 2010) | Miglioramento<br>Sì/No * | Target<br>2013 | % distanza<br>colmata rispetto<br>al target** | Variazione %<br>tra ultimo valore<br>e baseline |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------|----------------|---|---|
| Abruzzo                        | 1,8                       | 4,9                             | Sì                       | 3,5            | 100%  | 172%  |
| Molise                         | 6,1                       | 3,3                             | No                       | 3,5            | –   | -46%  |
| Campania                       | 1,4                       | 2,1                             | Sì                       | 3,5            | 33%   | 50%   |
| Puglia                         | 2,0                       | 1,8                             | No                       | 3,5            | –   | -10%  |
| Basilicata                     | 3,9                       | 5,0                             | Sì                       | 3,5            | 100%  | 28%   |
| Calabria                       | 1,6                       | 2,8                             | Sì                       | 3,5            | 63%   | 75%   |
| Sicilia                        | 0,8                       | 1,5                             | Sì                       | 3,5            | 26%   | 88%   |
| Sardegna                       | 1,1                       | 2,5                             | Sì                       | 3,5            | 58%   | 127%  |
| <b>Mezzogiorno</b>             | <b>1,6</b>                | <b>2,3</b>                      | <b>Sì</b>                | <b>3,5</b>     | <b>37%</b>                                    | <b>44%</b>                                      |
| <b>Centro-Nord</b>             | <b>3,5</b>                | <b>4,9</b>                      | <b>Sì</b>                |                |   | <b>40%</b>                                      |
| <b>Italia</b>                  | <b>2,9</b>                | <b>4,1</b>                      | <b>Sì</b>                |                |   | <b>41%</b>                                      |

Tabella 3 – Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata: percentuale di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (65 anni e oltre)

Fonte: [http://www.dps.tesoro.it/obiettivi\\_servizio](http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio)

verifica periodica dei risultati raggiunti. Anni or sono in sede comunitaria si proponeva il coordinamento aperto tra Stati membri, proprio per favorire confronto delle politiche sociali, verifica delle *performance* e scambio di informazioni.

### Gli obiettivi di servizio del Dipartimento delle Politiche Sociali

Gli obiettivi di servizio posti dal Dipartimento delle politiche per lo sviluppo del MEF erano:

- aumentare la percentuale di comuni con servizi per l'infanzia dal 21% al 35%;
- elevare la percentuale di bambini che usufruiscono di servizi di cura per l'infanzia dal 4% al 12%;
- incrementare la percentuale di anziani beneficiari di assistenza domiciliare integrata (ADI) da 1,6% a 3,5%.

Le tabelle (di fonte ministeriale, MEF-DPS) mostrano le profonde differenze nelle dotazioni dei servizi e l'utilità di un monitoraggio del-

le stesse, che consenta di evidenziare successi e tempi di attuazione.

1] Misure di sostegno alla povertà; misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio; interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie; misure per sostenere le responsabilità familiari; misure di sostegno alle donne in difficoltà; interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compreso la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza; interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali; prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti; informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'aiuto aiuto.

2] Segretariato sociale (informazione, orientamento e consulenza sulla rete dei servizi sociali); Servizio Sociale Professionale; Assistenza domiciliare; Servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari; Strutture residenziali e semiresidenziali per sogget-

ti fragili; Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

3] L'art. 116 prevede la possibilità di federalismo differenziato.

4] Attraverso tecniche statistiche saranno stimati i costi standard delle competenze attribuite ad ogni ente. Applicando tali costi ai parametri di ogni ente (popolazione, ecc.), per ognuno risulterà un fabbisogno finanziario. Ad esso va sottratta la stima delle entrate standard, cioè il gettito dei tributi locali applicati ad aliquota uniforme. Gli enti che attualmente realizzano le proprie funzioni a costi superiori a quelli standard risulteranno così penalizzati, così come gli enti che incassano un gettito inferiore a quello standard, e viceversa.

5] L'ultima specificazione è stata adottata con un provvedimento di emergenza, il d.l. 95/2012. Le funzioni fondamentali dei Comuni nel settore sociale sono la progettazione e la gestione del sistema locale dei servizi sociali e l'erogazione delle relative prestazioni ai cittadini.

6] Infatti oltre alla rete dei servizi territoriali di competenza dei Comuni, vi sono diversi interventi che possono esservi ricompresi, e che comunque hanno forti interazioni funzionali con i primi: diverse prestazioni monetarie assistenziali erogate da Stato e INPS (indennità di accompagnamento,

integrazioni delle pensioni al minimo, *social card*), le detrazioni fiscali per carichi familiari e alcuni trattamenti fiscali per la famiglia; alcune prestazioni socio-sanitarie; il carente sostegno alla non autosufficienza.

7] D.l. 68 del 6 maggio 2011, art. 13, comma 1.

8] *Idem* nota prec., comma 2.

9] Fenomeno citato in A. GUALDANI (2013).

10] Un esercizio in proposito si trova in "L'occasione dei LEPS per l'assistenza", in "Focus Federalismo fiscale", n. 2 – febbraio 2011, <http://www.ires.piemonte.it/focus-federalismo-fiscale/115-collana-federalismo-fiscale.html>

11] Presentato nell'ottobre 2012.

### Bibliografia

GUALDANI A., relazione al convegno di studi "Livelli essenziali sociali. Un percorso in salita?" promosso da "Aggiornamenti Sociali" e dal Jesuit Social Network. Milano, giovedì 24 gennaio 2013. I materiali del convegno sono presenti su [http://www.aggiormentsociali.it/easyne2/LYT.aspx?Code=AGSO&IDL YT=769&ST=SQL&SQL=ID\\_Documento=6485](http://www.aggiormentsociali.it/easyne2/LYT.aspx?Code=AGSO&IDL YT=769&ST=SQL&SQL=ID_Documento=6485)

### I livelli essenziali di assistenza socio sanitaria

Fabio Ragaini \*

Le prestazioni sociosanitarie sono definite dall'art. 3-*septies* del d.lgs. 229/1999; il successivo d.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie) stabilisce la tipologia delle prestazioni ed i criteri di finanziamento cui le Regioni devono tener conto nel disciplinare gli interventi socio sanitari. Infine il d.P.C.M. 29 novembre 2001 (avente forza di legge con l'art. 54 della legge 289/2002) definisce i livelli di assistenza sanitaria che devono essere assicurati dal servizio sanitario nazionale, compresi (allegato 1c) quelli dell'area socio-sanitaria. I Livelli essenziali di assistenza sociosanitari (LEA) individuati nel 2001 ad oggi non hanno subito modificazioni. Il Governo Prodi, in realtà, aveva provveduto alla modifica<sup>1</sup>, ma la fine anticipata della legislatura non ha permesso l'emanazione del provvedimento. Come è noto alcuni interventi socio-sanitari sono a completo carico del servizio sanitario, mentre altri prevedono una compartecipazione da parte del settore sociale (utente/comune). Alcune Regioni hanno disciplinato l'applicazione dei LEA, molte altre non lo hanno fatto. La lettura della normativa al fine di individuare quali prestazioni ricadono tra quelle a completo carico della sanità e quelle a compartecipazione (e con quale percentuale) non è sempre agevole ed è per certi versi contraddittoria, legittimando differenti interpretazioni. Cruciale è la definizione di ciò che è riconducibile alle diverse fasi dell'intensità assistenziale (intensivo, estensivo, lungoassistenza), che determina una diversa componente nella assunzione di spesa da parte della sanità e dell'utente/comune. Ad esempio, se nei servizi semiresidenziali che erogano

prestazioni terapeutiche e socio riabilitative e residenziali rivolti a disabili gravi è chiaro che l'onere a carico del servizio sanitario è pari al 70% della tariffa, nell'area della salute mentale l'identificazione delle strutture a bassa intensità assistenziale (le uniche che prevedono compartecipazione sociale pari al 60% della tariffa) avviene con differenti modalità o ancora si utilizza il riferimento ai "disabili psichici" per prevedere una compartecipazione 70/30 (sanità-sociale), non prevista nei servizi residenziali di salute mentale. Nei servizi residenziali rivolti ad anziani non autosufficienti, compresi soggetti con forme di demenza, si passa dal 100% a carico della sanità (fase intensiva ed estensiva) al 50% nei casi di lungoassistenza, mentre il semiresidenziale viene individuato sempre con ripartizione al 50%.

I nuovi LEA che il governo ha approvato nello scorso mese di dicembre, in attesa di ricevere l'intesa, dopo il parere delle Commissioni competenti, della Conferenza Stato-Regioni, non sembrano prevedere modifiche nella parte riguardante l'area sociosanitaria.

Rimangono, aperti diversi nodi: – la revisione della ripartizione delle quote tra sanità e sociale.

Se è vero che le Regioni possono introdurre miglioramenti a quanto stabilito dalla normativa nazionale, i pesanti tagli del fondo sanitario rendono sempre più complicata una maggiore assunzione di oneri sanitari (extra LEA). Questioni che riguardano in particolare l'area degli anziani e dei soggetti con problematiche psichiatriche; – altro problema è il cosiddetto "tetto ai convenzionamenti", con numero di posti convenzionati molto inferiore al bisogno. Ciò determina un gran numero di utenti (in particolare nei servizi residenziali per anziani non autosufficienti) in lista di attesa (sullo specifico si segnala l'ordinanza del T.A.R. Piemonte n. 609/2012<sup>2</sup>, che dichiara l'illegittimità delle liste di attesa nelle strutture per non autosufficienti, in quanto ciò determina l'impossibilità di fruire di prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza);

– lo standard d'offerta dei servizi socio sanitari. Ad oggi non sono definiti. Una definizione non più rinviabile se si vuole che anche i servizi sociosanitari ed i loro fruitori acquistino la dignità che meritano. Come è noto, mentre è definito lo standard di offerta ospedaliero (3,7 posti per mille abitanti), nessuna indicazione vie-

ne fornita rispetto ai servizi sociosanitari territoriali, compreso il sistema delle cure domiciliari. Analogamente deve definirsi un assetto coerente in termini di standard assistenziali, tipologia di utenza, tariffa e ripartizione degli oneri tra sanità e sociale. Così da evitare che ci sia incoerenza tra classificazione (e conseguenti standard) e funzione a tutto danno degli utenti. Un tema, non oggetto di questa riflessione, che richiama da un lato la capacità programmatica regionale, dall'altro il sistema territoriale di valutazione, presa in carico e definizioni dei percorsi assistenziali.

Sarebbe dunque del tutto auspicabile un impegno del legislatore volto alla revisione degli attuali livelli essenziali sociosanitari, accompagnata alla definizione degli altri aspetti sopra richiamati, così da assicurare e riconoscere all'intera area sociosanitaria ed ai suoi beneficiari quella dignità troppo spesso non riconosciuta.

1] F. RAGAINI, *I nuovi LEA sociosanitari. Alcune positive novità e nodi di sistema da affrontare*, in "Appunti sulle politiche sociali", n. 3/2008.

2] In <http://www.grusol.it/aprilmformazioni.asp?id=3054>.

#### GRUPPO SOLIDARIETÀ (a cura di),

**Trasparenza e diritti. Soggetti deboli, politiche e servizi nelle Marche, prefazione di TIZIANO VECCHIATO, Castelpiano 2013, pp. 112**

Non è facile guardare le cose da una prospettiva diversa, più autentica, mentre altri sono abituati a vederle, a pensarle, a parlarne in modo diverso, per non fare quello che sarebbe giusto. È la grande questione dei diritti affermati ma poco realizzati. Chi li rivendica, come si fa in questo volume, non per sé, ma per le persone più deboli, sa che la propria vita sarà costantemente considerata un problema: dalle burocrazie, dalla politica, da quanti ottengono vantaggi economici da un sistema molto amministrato e poco governato (...). Il volume guarda ai problemi degli ultimi dall'altro lato, cioè dal loro punto di vista. La loro vita quotidiana, piena di difficoltà, ci può aiutare a capire meglio il senso dei diritti e delle risposte date per "giustizia e non solo per carità", con i livelli di assistenza. Sono condizioni essenziali di cittadinanza sociale, cioè di dignità e vita da promuovere e salvaguardare. Le risposte dei Lea alimentano questo sforzo, se garantiscono speranza, se sono garanzia che non ci troveremo soli quando ne avremo bisogno. Sono anche condizioni necessarie per valorizzare quanto ogni persona fa per affrontare i propri problemi, anche con ridotte capacità. "Parlare di diritti e di livelli essenziali di assistenza, come si fa in questo libro, non significa quindi auspicarli nel futuro ma rivendicarli nel presente, chiedendo a chi ne ha responsabilità di non nascondersi dietro le proprie incapacità e il proprio potere. Sono scudi imbarazzanti, visto che appartengono ad altri tempi, dove le persone erano sudditi e non ancora cittadini" (dalla prefazione di Tiziano Vecchiato).



\*] Gruppo Solidarietà.

## ■ FINANZIAMENTO

**Finanziamento**

Laura Pelliccia \*

Il *welfare* locale assorbe una quota modesta di risorse pubbliche (0,46% del Pil nel 2009)<sup>1</sup>; nell'ultimo decennio ha conosciuto un lento e costante sviluppo, oggi sempre più compromesso dalle condizioni della finanza territoriale.

I servizi sociali scontano la mancanza di un sistema di finanziamento proprio: nonostante la riforma federalista contempli la costruzione di un finanziamento adeguato ai fabbisogni standard delle funzioni assistenziali degli enti locali (non è chiaro se alle regioni o ai comuni), ad oggi questo fabbisogno non è stato ancora quantificato; di fatto, la responsabilità del reperimento delle risorse resta sui singoli territori, in un contesto di estrema incertezza dei finanziamenti nazionali al settore.

I servizi sociosanitari confidano sul sistema di finanziamento dei LEA (nel 2011 il *budget* del SSN per il sociosanitario si aggirava intorno allo 0,85% del Pil secondo la Rgs), ma i recenti tagli ai fondi sanitari stanno provocando forti tensioni anche in questo comparto (specialmente nelle Regioni coinvolte nei piani di rientro); in futuro si ridurranno i margini per trasferire risorse dalla sanità acuta all'assistenza continuativa.

L'assenza di standard da garantire in tutti i territori, sia per i servizi sociali che sociosanitari, genera forti sperequazioni tra le risorse dedicate a questi servizi nelle varie aree

|                    | Spesa sociale<br><i>pro capite</i> | Spesa SSN per anziano<br>per assistenza<br>residenziale | Spesa per anziano<br>per invalidità civile |
|--------------------|------------------------------------|---|--|
| <b>Nord</b>        | 141,2                              | 427,3   | 722,1                                      |
| <b>Centro</b>      | 131,5                              | 202,7   | 935,2                                      |
| <b>Mezzogiorno</b> | 73,7                               | 87,2  | 1.155,8                                    |
| <b>Italia</b>      | 116,9                              | 278,7   | 895,5                                      |

Tabella 1 – Valori di spesa per il *welfare* per ripartizioni territoriali\* (eur, 2009)

\* Sono esclusi Trentino-Alto Adige e Calabria per indisponibilità dati. Ns elaborazione su dati Istat ("Interventi e servizi sociali dei comuni" e "Trattamenti pensionistici e beneficiari"), e Ministero Salute ("Rapporto Monitoraggio LEA")

del Paese. Nelle aree dove la spesa locale è più bassa c'è un maggior ricorso agli interventi monetari a carico del sistema centrale (tabella 1).

Tra le maggiori criticità avvertite c'è l'assenza di integrazione in ambito locale tra i *budget* del settore sanitario e quelli per le politiche sociali, con conseguente frammentarietà degli interventi.

Altre storiche caratteristiche del nostro *welfare* rappresentano forti limiti per una gestione ottimale delle risorse per le politiche socio-assistenziali:

- una spesa fortemente sbilanciata sui trasferimenti monetari rispetto alle prestazioni in natura;
- gli enti locali, potenzialmente più a contatto con i bisogni dell'utenza, gestiscono una quota limitata rispetto alle risorse pubbliche dedicate a questo settore.

**La legislatura 2008-2013**

L'avvento della legislatura 2008-2013 ha segnato un'inversione di rotta per

i fondi di carattere sociale drasticamente impoveriti dall'Esecutivo entrante. Un processo proseguito fino al termine del primo mandato governativo (nel 2012 il Fnps e il Fondo per le non Autosufficienze risultavano sostanzialmente azzerati) (figura 1). Ciò ha significato per gli enti locali la scomparsa di una fonte di finanziamento che contribuiva per il 12,1% alla spesa sociale<sup>2</sup>.

La legge di stabilità per il 2013 ha riportato un lieve respiro al settore (300 milioni per il Fnps e 275 per il Fondo per le non Autosufficienze). Il ritorno del sostegno statale ha natura transitoria (attualmente il reintegro è previsto solo per un anno). Nel complesso, rispetto all'inizio della legislatura, i fondi nazionali risultano dimezzati. Il quadro per le Regioni del Sud è leggermente migliore: grazie ad un'utile azione di riprogrammazione dei fondi comunitari realizzata a maggio 2012 dal ministro per la coesione territoriale, esse potranno contare su un ulteriore finanziamento per i

servizi di cura all'infanzia e per gli anziani non autosufficienti (rispettivamente 400 e 330 milioni).

Nel quinquennio, la capacità dei comuni di dedicare risorse al *welfare* è stata fortemente condizionata dall'esigenza di risanamento dei conti pubblici. La legislatura è stata un susseguirsi di provvedimenti con cui è stato richiesto agli enti locali di contribuire a questo obiettivo tramite:

- l'inasprimento del Patto di Stabilità (le manovre estive del 2008 e del 2011 hanno richiesto un miglioramento dei saldi del comparto di 4 miliardi nel 2013); rispetto alla spesa corrente del 2007-2009 i comuni dovranno mediamente ottenere dai propri bilanci risparmi del 13%<sup>3</sup>;
- la riduzione dei trasferimenti dallo Stato ai municipi (7,4 miliardi nel corso della legislatura, leva su cui hanno spinto nella stessa misura i due Governi).

Alle difficoltà dei comuni si

\*] Si occupa di analisi sulle politiche sociali, sul finanziamento del *welfare* e di economia sanitaria di rilievo nazionale e locale. Tra i suoi principali interessi quello dell'assistenza agli anziani non autosufficienti. È un impiegato dell'ASL Milano Due.

sono aggiunte quelle delle Regioni (anch'esse via via assoggettate a obiettivi sempre più ambiziosi): ciò comporta minori possibilità per questi enti di agire, attraverso i fondi sociali regionali, in qualità finanziatori del welfare del proprio territorio.

Tra le novità di rilievo per il settore c'è l'aumento dell'Iva sulle cooperative sociali: introdotto dall'ultima legge di stabilità, comporterà – dal 2014 – maggiori oneri per gli enti committenti e minore competitività dei servizi di questi produttori.

Le politiche della legislatura hanno riguardato esclusivamente i volumi dei finanziamenti per il welfare, sempre più condizionato dalle scelte del livello centrale. Sono invece mancati (o non completati) gli interventi di sistema, come la determinazione del fabbisogno dei singoli enti o la ridefinizione dei ruoli istituzionali nella gestione delle risorse. Da segnalare l'intenzione del Governo Berlusconi di ottenere forti risparmi dal comparto assistenziale (la cosiddetta "Delega").

Le scelte di finanza pubblica dell'ultimo quinquennio hanno significato anche il venir meno delle certezze del tradizionale sistema di finanziamento della sanità. Nella prima fase, quella del Governo Berlusconi, le manovre hanno frenato il percorso di espansione concertato con le Regioni in sede di Patto per la Salute 2010-2012<sup>4</sup>; oltretutto, la manovra estiva 2011, dopo avere significativamente aumentato il livello dei ticket, ha lasciato ai posteri l'onere di reperire 2 miliardi per il 2014 da nuove partecipazioni. Le manovre del

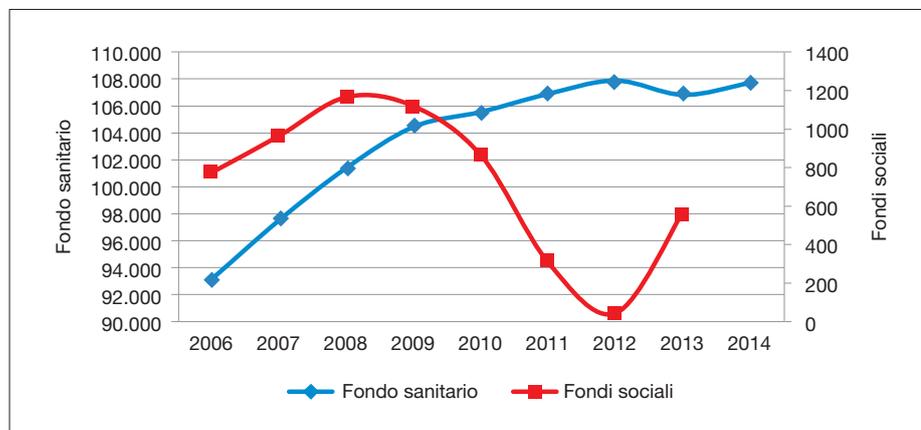


Figura 1 – Finanziamento del SSN e fondi per le politiche sociali\* 2006-2014 (milioni di euro)

\*] Si considerano il Fnps, il Fondo per le non Autosufficienze e le risorse per le intese Nidi-Famiglia. Ns. elaborazioni su dati [www.regioni.it](http://www.regioni.it).

Governo Monti (*spending review* e legge di stabilità 2013) hanno confidato nella possibilità che il *budget* di questo settore potesse subire ridimensionamenti, con importanti tagli alle risorse 2012-2015<sup>5</sup>: nel 2013, situazione senza precedenti negli ultimi 15 anni, le risorse per la sanità saranno in discesa (figura 1). Il mancato rinnovo del Patto per la Salute lascia una situazione

di indeterminazione delle risorse per il futuro.

1] Rapporto tra la spesa per interventi e servizi sociali dei comuni (Fonte, Istat) e il Pil.

2] Dati relativi al 2009, Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Quaderni della ricerca sociale 15, Il Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Monitoraggio annualità 2009.

3] È la base di calcolo dell'obiettivo di PSI per ente, importo da neu-

tralizzare del taglio ai trasferimenti erariali; per gli enti che rispondono a parametri di virtuosità l'obiettivo si riduce (Istat, 2013, "La legge di stabilità per il 2013"). Per il 2014 e 2015 lo sforzo di miglioramento dei saldi sarà ancora maggiore.

4] Ad esempio rispetto ad un fabbisogno per il 2012 programmato per 111,3 miliardi con le manovre del primo Esecutivo si è arrivati ad una rideterminazione a 108,7.

5] Con decurtazioni in miliardi pari a: 0,9 per il 2012, 2,4 nel 2013, 3 nel 2013 e 2,1 nel 2015.

LETTURE...



# COME RISPONDONO GLI ALTRI PAESI EUROPEI ALLA CRISI ECONOMICA?

Marcello Natili \*

*Italia, Grecia e Ungheria fanalino di coda in Europa, dove gli altri Stati garantiscono forme di reddito minimo e misure di reinserimento sociale e lavorativo*

*Guardare al di là dei confini nazionali aiuta a comprendere meglio i nodi del nostro Paese. Per questo motivo la rubrica "Domande all'Europa", indaga come vengono affrontati nelle altre nazioni europee dilemmi e sfide oggi cruciali per la realtà italiana, senza, ovviamente, presupporre che le soluzioni adottate negli altri Paesi siano le migliori ma con la certezza che il confronto produca sempre utili stimoli.*

## LA DOMANDA DELL'ITALIA

Nel dibattito italiano, accanto a considerazioni di ordine finanziario e relative all'elevato livello di professionalità richiesto dagli interventi che prevedono un controllo del reddito, sono emerse perplessità circa la natura degli schemi di reddito minimo. In particolare ci si domanda se questi siano in grado di affrontare:

– *La crisi economica.* La crisi economica e finanziaria ha indotto numerosi commentatori a dubi-

tare della sostenibilità finanziaria dei sistemi di welfare europei. Quali conseguenze ha avuto la crisi sulle misure di reddito minimo in Europa? Si è provveduto a una significativa diminuzione delle prestazioni?

– *La multi dimensionalità del fenomeno povertà.* Povertà ed esclusione sociale sono fenomeni complessi e differenziati che richiedono una capacità di risposta individualizzata, flessibile e in grado di individuare e affrontare le barriere specifiche che si frappongono all'inclusione sociale degli individui. Può una misura come il reddito minimo rispondere a queste esigenze?

– *Il cronicizzarsi dello stato di bisogno.* Fornire un sostegno economico agli individui in condizione di povertà (assoluta o relativa) secondo alcuni non aiuta a risolvere i loro disagi ma, al contrario, fornisce disincentivi ad attivarsi nella ricerca di un lavoro. Come evitare il fenomeno della cosiddetta "trappola della povertà"?

## Reddito minimo garantito

Gli schemi di reddito minimo sono interventi che mirano al supporto degli individui in condizione di povertà, aventi cioè un reddito inferiore ad una soglia stabilita a livello nazionale. Questi affiancano ad un trasferimento economico servizi di assistenza socio-sanitaria e politiche attive del lavoro, finalizzate a favorire l'integrazione sociale del beneficiario. Dopo la mancata estensione della sperimentazione nazionale avviata in alcuni Comuni nel 1998, l'Italia è priva di una misura organica di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale; diversa la situazione in Europa dove tutti gli altri Paesi, ad eccezione di Grecia e Ungheria, hanno introdotto forme diverse di reddito minimo garantito.

## LE RISPOSTE DALL'EUROPA

*Prestazione economiche personalizzate*

Nei vari Paesi europei l'ammontare del trasferimento economico colle-

\*] È laureato in "European Labour and Social Policies" presso la Facoltà di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Milano, ed è iscritto al secondo anno del dottorato di ricerca in "Political Studies" (XXVII ciclo) presso la Graduate School in Social and Political Studies, Milano. I suoi interessi di ricerca includono lo studio comparato dei welfare state, le politiche sociali a livello nazionale e comunitario e – in particolare – le dinamiche di politics e gli sviluppi di policy connessi con le politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.

| Paese       | Adulto solo * | Coppia adulta | Coppia + 1 figlio (0-6) |
|-------------|---------------|---------------|-------------------------|
| Austria     | € 558         | € 837         | € 971                   |
| Danimarca   | € 1.278       | € 2.556       | € 2.886                 |
| Finlandia   | € 417,45      | € 772,28      | € 1035,27               |
| Francia     | € 417,94      | € 598,42      | € 713,82                |
| Germania ** | € 364         | € 692         | € 907                   |
| Olanda ***  | € 624,08      | € 1.248,16    | –                       |

Tabella 1 – Importo mensile schemi di reddito minimo in presenza di reddito pari a zero

\*] Importo base privo delle integrazioni che in alcuni casi, come ad es. in Germania, possono arrivare a raddoppiare l'ammontare dell'importo.

\*\*] Il sistema tedesco di protezione di ultima istanza dal 2004 è composto da quattro schemi categoriali ed uno generale destinato agli individui in condizione di povertà ma abili al lavoro. Qui faremo riferimento a quest'ultimo, numericamente più rilevante, denominato ALG II.

\*\*\*] In Olanda a partire dal 1963 sono stati introdotti assegni familiari universali che complementano il reddito familiare fino a che il figlio/a raggiunge l'età di 18 anni, per cui non sono previsti importi aggiuntivi per ulteriori componenti del nucleo familiare.

gato con il reddito minimo d'inserimento viene calcolato sottraendo a una soglia di povertà stabilita a livello nazionale il reddito del nucleo familiare: l'importo del sostegno economico muta dunque al variare del reddito familiare.

Negli ultimi anni di crisi economica non si è assistito ad una diminuzione delle prestazioni<sup>1</sup>, che mirano ad assicurare a tutti i cittadini europei la possibilità di disporre di una dotazione minima di risorse necessarie a soddisfare i bisogni di base e a vivere decentemente.

L'importo monetario corrisposto ai cittadini viene calcolato in modo da tener conto delle diverse esigenze dei nuclei familiari. In Francia il passaggio nel 2008 dal *Revenu Minimum d'Insertion* al *Revenu de Solidarité Active* (RSA) ha portato a una diversa definizione della misura a seconda che si appartenga ad alcune specifiche categorie, quali persone sole "in stato di isolamento" con minori a carico, o beneficiari-lavoratori minori di 25 anni<sup>2</sup>. In tutti i Paesi sono pre-

viste scale d'equivalenza che permettono di incrementare il beneficio in base alla numerosità familiare, in modo da tener conto dell'esistenza di economie di scala, mentre una novità recente è stata l'introduzione di importi differenziati a seconda dell'età dei minori presenti nel nucleo familiare: la Germania considera tre diverse fasce d'età con bisogni e necessità differenti (0-6, 7-13, 14-18), mentre in Finlandia l'importo varia a seconda che i minori abbiano più o meno di 9 anni. In alcuni Paesi la misura è differenziata a seconda si possieda o meno un immobile di proprietà: ad esempio in Francia i beneficiari che non possiedono proprietà immobiliari ricevono una somma aggiuntiva denominata "pacchetto casa" pari a € 56,99 mensili per gli individui che abitano soli, € 113,98 per le coppie, € 141,06 per i nuclei familiari composti da 3 individui e più<sup>3</sup>. Particolarmente generose e personalizzate sono le integrazioni in Germania, dove al minimo sociale a importo fisso vengo-

no aggiunti i costi per la casa e il riscaldamento, i contributi per la sanità e l'assistenza di lungo termine, i costi per l'istruzione e la "partecipazione sociale" dei minori, ovvero *benefit* specifici per le spese scolastiche dei minori che provvedano a coprire le spese per le gite scolastiche, i costi dei libri di testo (fino a 100 euro a semestre), i costi di trasporto e la mensa.

#### *Multi-dimensionalità della povertà e rete di servizi integrata*

Oltre alla capacità di fornire un sostegno economico differenziato a seconda delle caratteristiche del nucleo familiare, per rispondere in maniera efficace alle diverse sfaccettature della povertà assumono una rilevanza fondamentale i servizi che il *welfare* rivolge alle persone.

In tutti i Paesi europei, i beneficiari hanno diritto al supporto di un assistente personale, con cui sono tenuti a stendere un piano di reintegro che consenta di migliorare le proprie competenze e/o di facilitare l'incontro tra domanda e offerta di lavoro e/o di individuare gli ostacoli che rendono impossibile un immediato inserimento nel mercato del lavoro e cercare, ove possibile, di trovare soluzioni attraverso servizi di cura e di sostegno psicologici e/o sanitari. Gli schemi di reddito minimo presentano perciò strutture di *governance* molto complesse e articolate che mirano al coordinamento di una pluralità di attori e livelli di governo fra cui lo Stato centrale, i centri per l'impiego, le Regioni, i Comuni coinvolti nell'amministrazione e nell'implementazione della misura, gli attori del settore *no profit* e del privato sociale che spesso si occupano della fornitura dei servizi connessi con le politiche di inclusione attiva.

| Paese     | Modello                         | Struttura di governance  |
|-----------|---------------------------------|--|
| Austria   | Decentrato                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erogazione beneficio a livello locale e/o provinciale.</li> <li>Politiche di inclusione lavorativa dal 2010 gestite nei c.d. 'one-stop-shop' per le persone in grado di lavorare, siano essi beneficiari del sussidio di disoccupazione assicurativo o dell'assistenza sociale.</li> </ul>  |
| Danimarca | Integrato                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erogazione beneficio e assistenza sociale a livello comunale.</li> <li>Politiche di inclusione lavorativa gestite dal 2006 nei "consigli locali per l'impiego", nel cui consiglio sono presenti anche le parti sociali, per beneficiari di reddito minimo e sussidi di disoccupazione.</li> </ul>   |
| Finlandia | Integrato                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erogazione del sussidio, assistenza sociale e politiche del lavoro a livello locale.</li> <li>Dal 2002 <i>Centri LAFOS</i>: composti da membri dei servizi per l'impiego, dei servizi sociali e sanitari, delle agenzie di previdenza sociale e da soggetti del terzo settore, allo scopo di coordinare la riabilitazione, l'attivazione e servizi per l'impiego tramite l'esperienza di un <i>team</i> multi professionale.</li> </ul> |
| Francia   | Frammentato e non sincronizzato | <ul style="list-style-type: none"> <li>L'erogazione del beneficio viene gestita a livello comunale tramite delle agenzie specifiche (CAF).</li> <li>I servizi socio assistenziali sono gestiti dai comuni o da gruppi di comuni.</li> <li>Le politiche di inclusione lavorativa sono gestite dai <i>Départements</i>, che possono realizzare <i>partnership</i> con i nuovi "Centri Unici per l'impiego" oppure esternalizzare la funzione al Terzo Settore.</li> </ul>        |
| Germania  | Integrato e sussidiario         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erogazione del sussidio, assistenza sociale e politiche del lavoro a livello locale.</li> <li>Le Agenzie locali per l'impiego, create nel 2005, sono punti unici a livello locale responsabili per l'amministrazione, i trasferimenti economici, le politiche di inclusione lavorativa e l'indirizzamento ai servizi sociali. Questi sono demandati al terzo settore con un sistema di <i>voucher</i> sociali.</li> </ul>               |
| Olanda    | Integrato                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Erogazione del sussidio, assistenza sociale e politiche del lavoro a livello locale.</li> <li>Le Agenzie locali per il <i>welfare</i> dal 2006 amministrano il sussidio e gestiscono la componente socio assistenziale. Dal 2009 assistite per le politiche di inclusione lavorativa dai "Centri per il Lavoro ed il Reddito".</li> </ul>   |

Tabella 2 – Struttura di governance schemi di reddito minimo, tabella riassuntiva

Pur in modo differente nei vari Paesi europei, negli ultimi anni si è mirato a un maggior coordinamento tra assistenza e servizi per il lavoro, nello specifico, tra "Centri per l'impiego" ed agenzie e/o municipalità addette all'amministrazione ed erogazione del contributo economico, attraverso l'introduzione dei cosiddetti 'one-stop-shop' per le persone in grado di lavorare.

Rappresentativa di queste trasformazioni è l'esperienza olandese, dove le "Agenzie municipali per il welfare" dal 2009 sono assistite nel compito di reintegrazione dei beneficiari dai cosiddetti "Centri per il Lavoro ed il Reddito", sportelli unici per tutti i disoccupati, indipendentemente dal tipo di sostegno (sussidio di disoccupazione o reddito minimo) di cui beneficia-

no. Queste agenzie locali, composte sia da membri delle municipalità, sia da componenti dei "vecchi" centri per l'impiego, hanno il compito di svolgere le incombenze amministrative, programmare incontri personalizzati con il beneficiario, valutarne la distanza dal mercato del lavoro, fornire i servizi di attivazione "base" per tutti i beneficiari nei primi sei mesi di disoccupazione ed individuare il percorso di attivazione più adatto a seconda delle circostanze.

#### Incentivi per il ritorno all'impiego

In molti Paesi europei si osserva una maggiore attenzione a disegnare gli schemi di reddito in modo da incentivare il rientro al lavoro dei beneficiari. In particolare, sono stati introdotti accorgimenti per rendere il ritorno al lavoro più re-

munerativo, allo scopo di superare la "trappola della povertà", quando non vi è alcun incentivo per un individuo ad accettare un posto di lavoro perché non andrebbe a migliorare la propria condizione economica, in quanto ogni reddito addizionale sarebbe compensato da perdite di benefici sociali e aumenti delle imposte.

Il caso francese è esemplificativo di questa tendenza: rispetto alla misura precedente, infatti, l'RSA garantisce sussidi e benefici sia a chi si trovi senza lavoro, sia a chi abbia un lavoro il cui salario non permette al nucleo familiare di superare la soglia di povertà. Il sistema è organizzato in modo che tutti gli incrementi di reddito familiare si traducano in una diminuzione del sussidio inferiore a questa progressione, in modo che il reddito familiare mi-

|           |  |
|-----------|--|
| Austria   | Dopo aver beneficiato della misura per almeno 6 mesi (e per una durata non superiore ai 18 mesi) dal 2010 i beneficiari godono di specifiche esenzioni che gli permettono di cumulare reddito da lavoro e trasferimento economico, in modo che il reddito totale corrisponda al trasferimento economico più una cifra pari al 17% del reddito.                       |
| Danimarca | Non ci sono misure specifiche atte ad evitare la cosiddetta "trappola della povertà": un incremento del reddito comporta una riduzione altrettanto grande dell'indennità*.   |
| Finlandia | Fino al 20% del reddito da lavoro può non essere preso in considerazione nel calcolo del reddito per la prova dei mezzi, fino ad un massimo di 150 euro. Prevista la possibilità di cumulare il lavoro e l'assistenza sociale, sebbene questo causi una diminuzione dell'importo del trasferimento economico.  |
| Francia   | Possibilità di cumulare reddito da lavoro e sostegno economico per i lavoratori appartenenti ad un nucleo familiare con reddito inferiore alla soglia di povertà, per un sostegno massimo pari a RSA base + 62% sussidio.  |
| Germania  | Prevista una deduzione speciale del 20% per chi ha uno stipendio lordo tra i € 100,01 e i € 1.000, ed una del 30% per chi ha uno stipendio compreso tra i € 1.000,01 e € 1.200 mensili. In presenza di un minore fino ai 18 anni di età, l'esenzione cresce fino a € 1.500.  |
| Olanda    | L'importo del reddito minimo viene ridotto quando il beneficiario riceve un reddito da lavoro; dal 2004 prevista premialità che permetta al salario (se inferiore) di arrivare al livello dell'assistenza. A discrezione delle municipalità, fino al 25% del reddito può non essere preso in considerazione nel calcolo del reddito, fino ad un massimo di 183 euro. |

Tabella 3 – Incentivi economici per il rientro all'impiego, tabella riassuntiva

\*] Nel 2004 in realtà è stata introdotta una deduzione del 2,5% per i lavoratori che beneficiano di assistenza sociale aventi salari fino a € 965. La limitata intensità di questa misura è data dal fatto che in Danimarca è la presenza di salari minimi generosi a contrastare la presenza dei *working poor* e a rendere comunque appetibile la partecipazione al mercato del lavoro regolare.

glieri comunque con l'ingresso nel mercato del lavoro<sup>4</sup>.

In molti Paesi sono stati introdotti, inoltre, percorsi agevolati specifici verso il lavoro per i beneficiari di schemi di reddito minimo. In Germania le forme di impiego agevolato hanno un ruolo sempre più importante nelle politiche di attivazione, nel tentativo di promuovere l'integrazione diretta nel mercato di lavoro, piuttosto che percorsi di formazione di lunga durata e lavori sovvenzionati nel settore pubblico, che tengono lontani i beneficiari dal mercato per la durata del programma. Sono così previste agevolazioni nei confronti dei datori di lavoro che assumano i beneficiari per una durata che varia dai 6 ai 24 mesi, con un rimborso massimo al datore di lavoro del 50% del salario. Vi sono inoltre incentivi specifici per le imprese che assumono beneficiari sopra i 55 anni, e integrazioni salariali per i lavoratori sopra i 50 anni, nel caso accet-

tino lavori pagati meno rispetto al precedente impiego. In tutti i casi, i beneficiari che rientrano nel mercato del lavoro regolare ricevono un *bonus* entrata al lavoro.

Nel tentativo di favorire la presa in carico dell'individuo della propria situazione di difficoltà, forme di sostegno all'auto imprenditorialità sono state fortemente rinforzate, nelle forme di "Sussidi di Transizione" e di "Sussidi alle *Start Up*"<sup>5</sup> per gli individui che intendano aprire un'attività propria. Mantengono tuttavia ancora un ruolo significativo i lavori "socialmente utili", ovvero i cosiddetti "*One Euro Jobs*": lavori temporanei, spesso part-time, nel settore *no profit*, non stipendiati, ma che corrispondono a un aumento del sussidio che va da € 1 ai € 2,5 per ora lavorata.

In ultimo, nel tentativo di riportare il maggior numero di persone all'impiego, negli ultimi anni si è assistito in Europa ad una tendenza comune che impone norme compor-

tamentali sempre più stringenti ai beneficiari dell'assistenza sociale. In particolare, si osservano valutazioni più severe per quanto concerne la disponibilità al lavoro, un maggiore ricorso alle sanzioni e definizioni più ampie di ciò che è considerata un'offerta idonea di lavoro. Esempiativo delle misure introdotte nei Paesi nordici e nord occidentali è il caso della Germania, dove per mantenere il diritto al minimo sociale il beneficiario è tenuto a effettuare tutti gli esami medico e/o psicologici concordati con il proprio assistente, essere rintracciabile durante i giorni lavorativi dal proprio assistente personale o essere disponibili a recarsi a richiesta al *Job center*; rispettare gli impegni assunti nella ricerca di un impiego, accettare qualsiasi lavoro che si è mentalmente, psicologicamente e fisicamente in grado di effettuare inclusi, in alcune circostanze, lavori che obblighino a cambiare luogo di resi-

|           |   |
|-----------|---|
| Austria   | Riduzioni progressive fino a esaurimento del beneficio in caso di inadempienza con le attività stabilite. Previste esenzioni in caso di inabilità, o di doveri di cura per i minori di due anni.  |
| Danimarca | Prevista disponibilità del beneficiario a partecipare ad attività formativa e accettare offerte di lavoro congrue; possibilità di perdere il supporto in caso di rifiuto del beneficiario. Previste esenzioni per i beneficiari maggiormente lontani dal mercato del lavoro.  |
| Finlandia | Riduzioni automatiche progressive fino al 40% del sostegno economico in caso di inadempienza con le attività stabilite.   |
| Francia   | Possibilità (non automatica) per i <i>Départements</i> di revocare il beneficio in caso di inadempienza alle attività stabilite.  |
| Germania  | Riduzioni automatiche progressive fino a esaurimento del beneficio in caso di inadempienza con le attività stabilite. In particolare si è tenuti ad accettare qualunque lavoro si sia in grado di effettuare. Sono previste esenzioni in caso di doveri di cura nei confronti di minori di 3 anni o di persone non autosufficienti.                       |
| Olanda    | Riduzioni automatiche progressive fino a esaurimento del beneficio in caso di inadempienza con le attività stabilite. In particolare si è tenuti ad accettare qualunque lavoro si sia in grado di effettuare. Previste esenzioni per ragioni di salute, dipendenze, cura di minori sotto i tre anni, oppure qualora il beneficiario abbia più di 57 anni. |

Tabella 4 – Regole di condizionalità, tabella riassuntiva

denza, e notificare immediatamente ai centri per l'impiego eventuali cambiamenti nella situazione personale (reddito, cambio di indirizzo, sopraggiunto diritto a ricevere una pensione, ecc.).

Attualmente, il dibattito europeo si concentra su come migliorare il disegno degli incentivi al ritorno all'impiego. Da un lato si sottolineano i costi pubblici degli incentivi positivi (ovvero forme di impiego agevolato, sussidi, ma anche orientamento e servizi di cura), in particolare in un momento in cui la capacità limitata dell'economia di produrre posti di lavoro pone alcuni dubbi sulla buona riuscita di questi interventi. Dall'altro lato gli incentivi "negativi" (condizionalità del beneficio, limiti alla durata, ecc.) rischiano di incrementare i disagi dei gruppi più deboli (in particolare le madri sole) e di contribuire alla formazione di una platea di "lavoratori di riserva" che andrebbero a competere, spesso al ribasso, con i lavoratori meno specializzati, andando ad ampliare le fila dei cosiddetti *working poors*.

Permane ampio il consenso circa l'importanza delle misure di contrasto all'esclusione sociale, in particolare nell'attuale fase di crisi economica. La risoluzione del Parlamento europeo del 20 ottobre 2010 ad esempio, sottolinea la necessità di garantire ed adeguare degli schemi di reddito minimo in tutti gli Stati membri, evidenziando altresì l'importanza di *"un approccio strategico orientato all'integrazione sociale, che preveda sia misure generali sia politiche mirate relative ad alloggi, assistenza sanitaria, istruzione e formazione e servizi sociali, al fine di aiutare le persone a uscire dalla povertà e ad adoperarsi per l'inclusione sociale e l'accesso al mercato del lavoro"*.

1] Al contrario, come riportato dal Second Joint Assesment della Social Protection Committee, la tendenza in molti Paesi europei è stata di aumentare l'importo del sostegno economico. Tuttavia, è bene sottolineare che nella maggior parte dei Paesi l'importo degli schemi di reddito minimo non è sufficiente per raggiungere la soglia di povertà relativa, ovvero il 60% del reddito mediano di un Paese.

2] Gli individui sopra i 25 anni senza lavoro o che

hanno delle risorse inferiori alla soglia prestabilita hanno accesso al cosiddetto RSA base, mentre gli individui che esercitano un'attività professionale ma con un reddito inferiore all'ammontare del RSA base accedono al RSA attivo, che permette di cumulare il reddito da lavoro con una parte del sussidio. Le persone sole "in stato di isolamento" a seguito di separazione e/o decesso, responsabili di almeno un figlio nato o che deve nascere, accedono al RSA maggiorato, che prevede un sussidio economico più generoso rispetto l'RSA base, mentre gli individui con meno di 25 anni, senza figli, che nei tre anni precedenti la domanda abbiano lavorato almeno 2 anni, ovvero almeno 3.214 ore, accedono al RSA giovani attivi, la cui generosità è pari al RSA base.

3] In Austria, coloro che non vivono in alloggi di proprietà privata o di proprietà della famiglia accedono alla componente denominata "assistenza per i beni primari", pari a circa il 25% del trasferimento economico base (€ 186 per persone sole e 279 € per le coppie).

4] Nello specifico, ogni volta che il reddito aumenta di un euro, l'importo del trasferimento diminuisce di 38 centesimi. Il risultato è che il reddito mensile corrisponde al RSA base + 62% del reddito del beneficiario. Altri Paesi, quali Finlandia, Olanda e Germania, hanno modificato il loro sistema di esenzioni fiscali in modo da poter includere tra i beneficiari sempre più lavoratori con salari bassi e contrastare il crescente fenomeno dei *working poors*.

5] Sottoposti entrambi all'approvazione del *business plan* da parte della Camera di Commercio, permettono il primo di cumulare reddito da lavoro e sussidio più una somma fissa pari ai contributi sociali, il secondo di cumulare reddito fino a 25mila euro annuali ed un sussidio pari a € 600 mensili per il primo anno, € 360 nel secondo e € 240 nel terzo.

## Sommario

**45****Introduzione**

Sonia Guarino

**47****I dilemmi nell'area disagio**

Beatrice Valentini

**50****I dilemmi nell'area anziani non autosufficienti**

Federica Sala

**53****I dilemmi nell'area disabilità**

Giorgio Genta

# A CHI DARE SERVIZI E A CHI NO?

Sonia Guarino

*Il dilemma che affligge gli operatori e che la politica non può far finta di non vedere*

In regime di scarsità di risorse (in assoluto, ma ancor più in questo momento storico), a chi erogare servizi/prestazioni economiche? Fornire a tutti lo stesso servizio, dare una priorità a chi ha un margine di miglioramento, dare a chi sta peggio?

In Italia solo un ristretto gruppo di persone beneficia degli interventi di *welfare*: spesso non hanno una rete sociale di riferimento, vivono sotto la soglia di povertà ed hanno bisogni complessi. Ciò significa che l'ente pubblico, per inserire un anziano in un Centro Diurno Integrato, valuterà il suo bisogno d'assistenza, ma anche la presenza di una rete parentale e la sua capacità economica; probabilmente ci sarà una presa in carico solo nel momento in cui vi sarà una particolare combinazione dei tre elementi: una necessità di assistenza alta, l'assenza di una rete parentale ed un Isee basso. In questi casi probabilmente gli interventi saranno garantiti ai cittadini gratuitamente.

Questo *mix* di condizioni, che non si verifica di rado, assorbe tutte le risorse degli enti, che si trovano costretti di sovente a rinunciare alla funzione preventiva e promozionale dei servizi.

A chi offrire servizi o contributi economici è spesso una questione presente sul tavolo degli amministratori pubblici, ma, considerata la generale complessità della materia e l'esposizione che tali decisioni comporterebbero, difficilmente si è avuta dalla classe politica una risposta chiara ed efficace; si tratterebbe di destinare delle risorse, limitate, definendo delle priorità: sostenere la domiciliarità dell'anziano o favorire la diffusione dei servizi educativi per la prima infanzia, contrastare la povertà economica o incentivare i progetti di vita indipendente per le persone con disabilità, lavorare alla prevenzione delle dipendenze o attivare interventi riparativi?

Senza un quadro preciso di riferimento, la posizione per gli operatori che lavorano all'interno dei servizi pubblici, si rivela sempre più spinosa.

Un tema che si pone quindi a due livelli: un livello macro, relativo alle scelte di politica sociale, sia nazionali che locali, ed un livello micro, operativo, che riguarda il *case manager* nel momento della definizione di un intervento.

È ormai noto che le politiche sociali e socio sanitarie in Italia negli ultimi anni hanno subito una contra-

zione dei finanziamenti, contrariamente ad altri Stati europei dove il sistema di *welfare* appare maggiormente unitario e strutturato. A tale quadro si aggiunge la frammentazione regionale, che caratterizza il sistema di interventi sociali e socio sanitari in Italia.

Ad oggi (come meglio dettagliato nella scheda di Renato Cagno, nello speciale di questo numero della sezione *Politiche*, pag. 33), siamo in presenza di un contesto che se da un lato vede la mancata definizione dei Livelli Essenziali, dall'altro vede una contrazione di risorse economiche destinate al *welfare*. A ciò si aggiunge una grave crisi economica, con livelli di disoccupazione preoccupanti, pressione fiscale record e perdita del potere di acquisto, che colpiscono i poveri, divenuti ancor più poveri, e la classe media, schiacciata verso la soglia di povertà. Le aspettative della popolazione aumentano, i cittadini pretendono che uno Stato europeo del terzo millennio sappia far fronte ai bisogni essenziali del suo popolo.

Bisogni crescenti, scarsità di risorse e mancanza di norme inequivocabili, che definiscano a chi dare cosa, fanno sì che gli operatori dei servizi (quasi sempre comunali) esercitino un'ampia discrezionalità nel decidere a chi e quali servizi erogare.

L'operatore, all'interno dei servizi alla persona, lavora sempre più in un'ottica di *case management*. Questo comporta che, per ogni situazione, egli si trova a dover definire con la persona un problema o più problemi che la coinvolgono, cercando poi di darvi una risposta, o quantomeno cercando di fronteggiarli, anche attraverso la definizione di un bisogno e la determinazione di obiettivi nel breve/medio/lungo periodo.

Ma se la mancanza di norme e discrezionalità non depongono a favore del cittadino, che non è posto nelle condizioni di sapere quali sono i suoi diritti riconosciuti e che cosa potrebbe/dovrebbe ricevere, in altrettanta situazione critica si viene a trovare l'operatore, che spesso si trova ad affrontare da solo il tema della scelta, avendo di fronte un bacino di utenza, sempre più povera, sempre più anziana, sempre più bisognosa di interventi estremi, alla quale diventa difficile "giustificare" la mancanza di risorse e la necessaria definizione di priorità. E non di rado nascono tensioni fra cittadini che rivendicano diritti ed operatori non in grado di dare risposte.

Cosa rispondere ai figli che accusano da anni i propri genitori non autosufficienti e che chiedono un ricovero di sollievo per 15 giorni all'anno? E che dire ad un genitore che chiede un'adeguata assistenza scolastica per il proprio figlio affetto da sindrome di Down? Come valutare la richiesta di inserimento lavorativo per una persona con patologia psichiatrica?

Oggi, in Italia, è impossibile dare risposte univoche ai cittadini. Ma chi dovrebbe darle? L'operatore, che si trova a lavorare in un contesto, dal quale dipende e che può influenzare marginalmente, o le politiche? Non dovrebbero gli operatori leggere i bisogni con le persone e supportarle per trovare strategie di uscita, utilizzando, oltre che il sapere e le capacità professionali, anche le risorse che il proprio ente mette a disposizione? Come mai si parla così poco delle scelte, a volte a senso unico, compiute dagli operatori nei servizi? Forse perché è più corretto parlare di scelte politiche locali, regionali e nazionali, che ricadono sugli operatori in prima linea e sui cittadini bisognosi?

Abbiamo chiesto ad operatori che lavorano nei servizi dell'area anziani, disabilità e povertà, di illustrarci le riflessioni che quotidianamente, magari inconsapevolmente, vengono fatte nei servizi per determinare a chi erogare servizi/contributi.

Le riflessioni si sono declinate lungo l'asse del principio bisogno/utilità: assegnare priorità alle persone con maggiori bisogni economici, di cura, relazionali (principio del bisogno) o dare priorità alla persona che potrebbero migliorare maggiormente le proprie condizioni grazie agli interventi erogati (principio dell'utilità)? I servizi intervengono a favore di persone/famiglie che hanno bisogni impellenti e non rinviabili (es. garantire un'abitazione ad una famiglia in povertà, che altrimenti sarebbe per strada) o promuovono l'indipendenza delle persone (es. con l'inserimento lavorativo di una persona con disabilità)?

Emerge un quadro di un *welfare* residuale, che interviene come possibilità estrema, in situazioni altrettanto estreme e molto compromesse. Ciò significa che urgenza, gravità, solitudine, malattie degenerative particolarmente invalidanti, povertà economica sono i parametri maggiormente considerati. Anche l'allacciamento della luce e del gas, che potrebbe sembrare di primaria importanza, può passare in secondo piano.

Di fatto, il punto da cui nascono tutte le riflessioni è l'esiguità di risorse economiche a disposizione, che non consentono di organizzare servizi che rispondano anche a bisogni esistenti, ma non gravi e per coloro che possono autonomamente reperirli fuori dal sistema pubblico. Certo si corre il rischio di far peggiorare le persone in condizioni meno gravi, che domani diventeranno più bisognose,

con necessità (ed un costo) di interventi maggiori.

Si delinea così un profilo del servizio pubblico per “poveri e disperati”, praticamente incapace di fornire risposte a coloro che hanno bisogni socio-assistenziali o socio-sanitari più leggeri, sostegno familiare o informale meno debole e risorse proprie.

La prevenzione diviene un’idea riposta nel cassetto degli operatori, già poco diffusa negli anni scorsi, oggi praticamente inesistente: eppure eviterebbe l’aggravamento di condizioni di persone e di famiglie e consentirebbe di attivare soluzioni meno costose.

Non va sottaciuto che la mancanza di un sistema di *welfare* maggiormente strutturato, il restringersi di altre forme di protezione sociale, sanitaria e socio-sanitaria fanno ricadere sui servizi di base situazioni e bisogni difficilmente affrontabili a livello locale: la riduzione dei giorni di degenza in ospedale non corrisponde ad una capacità maggiore dei territori (servizi) di riaccogliere pazienti al domicilio che necessitano di cure continue o complesse. E così, ancora una volta, dove non arrivano i servizi, dovranno arrivare le famiglie e le reti informali. È una strategia quella di “scaricare” utenti ad altri servizi, sottraendosi a proprie responsabilità e riducendo la spesa da sostenere. Così non si ottengono maggiori risorse per le politiche sociali, ma un singolo servizio sgrava il proprio *budget* di un costo, cercando di imputarlo ad altri servizi.

Il tema della scelta a chi erogare servizi/prestazioni economiche sarà un tema cruciale nei prossimi mesi, considerata la situazione economica del Paese, che vedrà aumentare la richiesta di intervento e diminuire le risorse a disposizione. Le forbici si allargheranno, ma a quale necessità proveremo a dare un taglio?

## I DILEMMI NELL'AREA DISAGIO

Beatrice Valentini \*

Il mio osservatorio è il servizio sociale comunale organizzato dalla pubblica amministrazione; il servizio sociale che io conosco, quindi, agisce e trova legittimazione negli obiettivi di mandato che l'Amministrazione del momento si è data oltre che, ovviamente, nelle norme di legge nazionali e regionali e di deontologia professionale che ne regolano le funzioni.

È difficile oggi definire la condizione di "disagio adulto" senza riferirsi direttamente alla condizione di "povertà economica".

I dati di primo accesso al segretariato sociale evidenziano, infatti, il progressivo aumento di richieste di sostegno economico di persone e famiglie in condizioni di insufficienza o assenza di reddito. Si tratta, soprattutto, di famiglie con minori (61%), in buona parte famiglie straniere (81%) e di persone sole (30%).

La povertà economica delle persone che si rivolgono ai servizi sociali trae origine, soprattutto, da disoccupazione o da contratti di lavoro che non garantiscono un reddito sufficiente (lavori *part time*, lavori stagionali, contratti brevi e brevissimi).

Ci diciamo spesso, tuttavia, che il

servizio sociale non ha strumenti per rispondere alla mancanza di ammortizzatori sociali o per fronteggiare condizioni che hanno come causa immediata un mercato del lavoro che non assorbe i lavoratori disponibili e che oggi non è in grado di garantire a tutti condizioni di sopravvivenza.

Una prima selezione che mettono in atto i servizi sociali è quella di individuare le condizioni di "fragilità sociale" che possono essere fronteggiate con gli strumenti dell'aiuto sociale e che quindi "giustificano" una presa in carico.

La presa in carico da parte del servizio sociale prevede, infatti, la definizione di un "progetto di intervento" che sostiene difficoltà personali e sociali, che individua bisogni aggredibili e possibilità di cambiamento, attivando aiuti formali ed informali con obiettivi di progressiva emancipazione dal bisogno e dal disagio.

Diversa finalità hanno, invece, *bonus* e contributi standardizzati (buoni 'affitto oneroso', buoni 'disoccupazione' come quelli che sono stati attivati nel nostro Comune, come in altri della Provincia, quando si manifestavano i primi effetti della crisi economica nel 2010).

Seppure promossi dal *welfare* locale, trovando risorse nel bilancio comunale senza riferimenti e coperture di spesa da parte di organismi centrali quali la Regione o lo Stato, questi interventi si proponevano di fronteggiare condizioni di povertà temporanea, in alternativa ad altri ammortizzatori sociali, prevedendo di sostenere specifiche categorie di cittadini (matri sole, ad una certa soglia, ecc.). Non prevedevano e non prevedono, quindi, valutazioni del servizio sociale e progetti di presa in carico.

\*] Nata a Brescia nel 1953, ha conseguito il diploma (allora era un diploma) in servizio sociale. Dopo la laurea in Scienze politiche, ha lavorato come assistente sociale in un piccolo Comune della Provincia e poi come responsabile del Servizio per il disagio adulto e la disabilità del Comune di Brescia. Negli anni passati, è stata tra i fondatori della FIO.psd (Federazione Italiana degli Organismi per le persone senza dimora), e ha fatto parte del direttivo; ha condotto alcuni seminari formativi nei corsi per assistenti sociali e per educatori della città.

Questi sostegni “comunali” sono progressivamente venuti meno e la crisi economica non è finita nei tempi che forse si prevedevano; ci siamo interrogati spesso sulla validità di questi interventi: sono elementi positivi la facilità nell’accesso, la mancanza di rischio di stigmatizzazione dei beneficiari e il ridotto impegno di personale, ma è mancata, tuttavia, la possibilità di controllare le effettive condizioni dei richiedenti – della composizione familiare o convivente e delle condizioni economiche – ed è stato difficile misurare l’efficacia dell’intervento e l’effettivo impatto nel migliorare o contenere le condizioni di disagio.

Gli interventi sociali nei confronti delle situazioni di disagio adulto e di povertà si muovono, quindi, in questo scenario, un’aumentata richiesta di aiuto, la progressiva riduzione delle risorse disponibili, l’incertezza della funzione affidata al servizio sociale e i dubbi sulla opportunità di attivare un intervento laddove potrebbero meglio intervenire ammortizzatori sociali e sostegni standardizzati.

A differenza di aree di intervento più caratterizzate – esempio le persone con disabilità, le persone anziane, la tutela dei minori – il sistema di aiuto sociale non prevede, per il disagio adulto, servizi o unità d’offerta riconosciuti e standardizzati, in alcuni casi “accreditati”; ogni territorio ha organizzato interventi e servizi adeguando i servizi previsti per altre tipologie di utenza o creando risposte specifiche, a volte innovative, spesso in sinergia con le risorse e le proposte del volontariato e del privato sociale locale.

Mi riferisco in particolare ai servizi “a bassa soglia di accesso”, docce, mense popolari, guardaroba e deposito bagagli, che intercettano

i bisogni più estremi; ai servizi per l’accompagnamento al lavoro; agli alloggi protetti; e soprattutto agli interventi socio-educativi che, attraverso il lavoro sociale individualizzato, sostengono fragilità ed accompagnano percorsi di integrazione sociale.

Le risorse che sostenevano questi servizi sono state fortemente ridotte, ogni nuova proposta di ammissione viene quindi valutata secondo il criterio di “gravità ed urgenza”, che si aggiunge al principio di appropriatezza, cioè di adeguatezza delle prestazioni del servizio ai bisogni presentati.

Gli operatori sono consapevoli che spesso l’intervento che fronteggia un disagio recente e non grave può impedire la deriva di persone singole e di famiglie verso condizioni di marginalità sociale difficilmente poi aggredibili con successo.

D’altro canto ai servizi si chiede di sostenere condizioni di fragilità oggettiva – di volta in volta definiti dalla sensibilità locale e dalle disponibilità di bilancio –. Oggi, anche con riferimento al “principio di sussidiarietà” si chiede di sostenere solo quelle persone che “non ce la farebbero da sole” una volta verificato che le stesse non possano trovare nelle reti informali più vicine risposta ai loro bisogni.

Da un anno il Servizio per l’accompagnamento al lavoro non può ammettere che tre persone al mese; in un periodo di crisi occupazionale il servizio è certamente più in difficoltà a portare queste persone all’assunzione, ma può offrire formazione mirata, sostegno di operatori specializzati nella ricerca attiva del lavoro e nella lettura delle proprie capacità/risorse, può attivare tirocini ed attività occupazionali che prevedono anche un piccolo compenso, può dare anche un po’ di speranza...

Il signor Guido non è stato ammesso al servizio; ha 55 anni, ha lavorato fino al 2010 quando è stata chiusa l’azienda che lo occupava da 15 anni, vive in un alloggio Aler, la moglie svolge lavori domestici per alcune ore la settimana e il sussidio di disoccupazione è terminato. Il figlio ormai fuori casa non sembra in condizione di poterli sostenere economicamente.

Il segretariato sociale rileva che il nucleo è composto da due persone adulte, in buona salute, che hanno avuto la rara opportunità di avere un alloggio a canone sociale, (l’affitto è diminuito quando è diminuito il reddito), c’è anche un figlio che, sebbene fuori casa e con lavoro precario, è un riferimento per i genitori; non è quindi una situazione che possa/debba essere “presa in carico”. Però... il signor Guido è persona semplice con scarsa o nulla professionalità, un po’ più vecchio dei suoi anni, nei colloqui evidenzia atteggiamenti quasi depressivi; l’operatore propone comunque l’ammissione al servizio per l’avviamento al lavoro. Il signor Guido non è disabile, non è svantaggiato ai sensi della legge 381, non è in carico ai servizi sociali, la sua situazione non ha né le caratteristiche di appropriatezza a quanto previsto dal servizio né, tanto meno, le caratteristiche di “gravità ed urgenza”; il signor Guido dovrà fare da sé: il segretariato sociale darà al signor Guido gli indirizzi delle agenzie di lavoro del territorio, lo informerà delle possibili doti lavoro per gli ultracinquantenni, sosterrà con una relazione sociale la richiesta al Fondo sociale Aler per un contributo sulle spese condominiali.

In realtà l’operatore sa che il signor Guido non arriverà mai da solo alle doti lavoro né riuscirà a render-

si "appetibile" alle agenzie di lavoro, tra alcuni mesi sarà ancora più chiuso in se stesso, ancora più povero e indebitato. Presenta, tuttavia, la situazione ad una associazione di volontariato del quartiere dove lui potrà rendersi utile e dove, forse, troverà qualcuno che aiuterà anche lui.

I concetti di "gravità ed urgenza" sono difficilmente declinabili nelle condizioni sociali: il signor Alfredo è una persona da tempo in trattamento nei servizi per la tossicodipendenza, ha avuto più di un ricovero in comunità, qualche volta in alternativa al carcere, qualche volta per sua scelta.

Ora ha 40 anni, in trattamento metadonico, in dimissione da una comunità fuori provincia; gli operatori chiedono che i servizi individuino un alloggio a protezione sociale in città dove possa sperimentare la raggiunta autonomia; l'alloggio sarà la condizione per cercare lavoro in città, riprendere le relazioni interrotte, misurare la raggiunta astinenza, nel frattempo dovrà ricevere contributi e sostegni per la sopravvivenza.

Gli alloggi a protezione sociale sono destinati proprio a questo tipo di progetti, ma ora le ammissioni sono bloccate soprattutto per chi non può garantire il pagamento della quota dovuta dall'ospite e non c'è alcuna urgenza che il signor Alfredo esca dalla Comunità terapeutica. Abbiamo rimandato l'ammissione all'alloggio protetto scegliendo, di fatto, che stesse in un servizio che ha un costo maggiore (la comunità terapeutica) ma che non è a carico del bilancio dei servizi sociali.

Oltre alle difficoltà di ammissione ai servizi, la riduzione delle risorse ha comportato una significativa riduzione nell'erogazione dei contributi economici che erano erogati a

sostegno di reddito insufficiente o di spese straordinarie.

L'erogazione di un aiuto economico in denaro o attraverso il pagamento di canoni di locazione e/o di utenze domestiche all'interno di un progetto assistenziale consente, in alcuni casi, di fare un buon lavoro sociale nella misura in cui l'accordo con l'utente prevede di entrare nel merito dell'uso del denaro, delle scelte di consumo, delle modalità di programmare le spese.

È abbastanza vero che le famiglie immigrate, quando possono risparmiare, mandano denaro al loro paese di origine, non hanno quindi alcuna risorsa quando devono fronteggiare spese straordinarie o quando perdono il lavoro. Così è successo alla signora Fatima che ha due figli qui e due figli al di là del mare, il marito chissà dove e ha perso il lavoro.

Un figlio apprendista è l'unico sostentamento e dopo alcuni mesi in cui non ha pagato l'affitto è stata sfrattata per morosità. Molto intraprendente e decisa ha trovato un altro alloggio, ma cauzione (5 mesi) e l'allacciamento delle utenze (già gravate da un significativo debito) comportano una spesa insostenibile nell'immediato.

In questo caso la presenza di un minore consente al servizio sociale di proporre un contributo, ma l'entità non è sufficiente a fronteggiare la spesa, si fanno e si rifanno i conti con la signora che ammette un piccolo lavoro in nero, i soldi che ha sempre mandato in patria, la scelta di non chiedere soldi ai figli più grandi... Si sostiene la richiesta di contributo ad alcuni organismi di beneficenza della città e questo consente di avere l'appartamento, si paga il debito per l'utenza dell'acqua; per qualche mese la famigliola resterà senza luce e gas...

Mi pare che questi esempi evidenzino che la riduzione delle risorse impatta non solo sulle singole situazioni, ma sull'organizzazione del sistema d'aiuto e sulla funzione del lavoro sociale, in particolare del servizio sociale pubblico.

I servizi sono testimoni inutili dell'aumentato rischio di marginalizzazione di una fascia sempre più ampia di popolazione, del difficile equilibrio delle famiglie sulle quali il venir meno della disponibilità di servizi, ad esempio del SAD, fa ricadere impegni di assistenza, di controllo oltre che di mantenimento, del rischio di conflittualità nella comunità.

Mentre si moltiplicano le occasioni di partecipazione "politica" alla programmazione dei servizi (tavoli di co-progettazione, tavoli del terzo settore, consulte ecc.) vengono meno le possibilità di confronto tra tecnici, gli spazi riconosciuti di coordinamento tra operatori di diversi organismi e istituzioni, ma negli esempi sopra riportati si è potuto contare proprio solo nel confronto e nella creatività degli operatori, nella loro capacità di superare il mandato, di intervenire sulle fragilità riconosciute per leggere le fragilità ormai diffuse e mettere la propria esperienza a confronto e a disposizione di altri operatori e di altri attori che agiscono all'interno delle politiche sociali. È soprattutto il lavoro del singolo operatore sociale, infatti, che si sta modificando; senza la certezza di servizi e interventi codificati e conosciuti, il lavoro sociale comporta la ricerca di risorse nuove, spesso informali, la costruzione di progetti strettamente individualizzati che coinvolgono la comunità, che attivano aiuti e connessioni riproducibili.

Si chiede, cioè, all'operatore so-

ziale di essere “esperto di risorse” di conoscere le potenzialità di aiuto e di coesione sociale del territorio e della comunità dove lavora e di essere a sua volta conosciuto e accreditato non come erogatore di interventi e/o servizi, ma come sollecitatore e promotore di relazioni.

Quasi mai si chiede agli operatori di mettere a disposizione esperienza e professionalità per orientare le scelte dei decisori politici per individuare buone prassi e modalità funzionali di lettura e risposta ai bisogni.

La riflessione degli operatori muove, quindi, da questi due livelli di intervento che, per quanto riguarda, in particolare, la professionalità dell'assistente sociale sono entrambi sottolineati nel codice deontologico:

- da un lato il rapporto con l'utenza: la riduzione degli accessi ai servizi “strutturati” fa venir meno la certezza di quello che sembrava un diritto; il cittadino non può aspettarsi risposte certe a richieste competenti – ad esempio “vorrei due ore di SAD al mattino” –, ma è portatore di un bisogno e, se vi si affida, il servizio sociale può offrire aiuto competente ed informato per individuare possibili risposte;
- dall'altro l'urgenza, direi quasi morale, di far sapere agli organismi competenti, ai decisori politici, quali sono i bisogni che si affacciano ai servizi, che l'utenza è cambiata ed è sempre più fragile e esposta a rischio di emarginazione, che le risorse familistiche e le solidarietà corte non sono sufficienti, che il privato sociale aspetta indicazioni, non accetta la delega informale, ed ha comunque un costo.

## **I DILEMMI NELL'AREA ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

Federica Sala \*

### **Introduzione**

I servizi per anziani intercettano frequentemente situazioni di persone con fragilità, in difficoltà a far fronte autonomamente alle diverse esigenze della vita quotidiana. Le esperienze illustrate di seguito rappresentano situazioni ricorrenti nei servizi. L'esito della richiesta dipenderà non soltanto dalle esigenze espresse da parte di coloro che si rivolgono ai servizi, ma anche dalla valutazione complessiva a cura degli operatori sociali, i quali non si limiteranno a prendere in considerazione la condizione economica degli interessati, ma procederanno ad una analisi di tutti gli elementi utili a comprendere le motivazioni sottese alla richiesta di aiuto, le risorse disponibili e lo stato di bisogno degli anziani e delle loro famiglie.

### **La storia della signora Anna**

*La signora Anna ha 85 anni e abita in un Comune di piccole dimensioni. Vive sola in un piccolo appartamento e ha alcune difficoltà nella deambulazione. Giovanni, il figlio maggiore, è in pensione e abita a pochi isolati di distanza dalla madre. Roberto, il figlio minore, è attualmente in cassa integrazione e vive con la famiglia in un Comune limitrofo. Giovanni si rivolge all'assistente sociale del Comune per richiedere l'attivazione del pasto a domicilio per la madre.*

### **La storia del signor Mario**

*Il signor Stefano si rivolge al Servizio sociale del Comune chiedendo*

*un aiuto rispetto alla situazione di suo padre. Il signor Mario ha 80 anni, vive solo in un piccolo appartamento in affitto ma la sua autonomia è ormai ridotta. Deambula con l'ausilio del bastone, riesce a lavarsi da solo, ma non è più in grado di svolgere alcune attività più complesse quali fare la spesa e gestire le proprie finanze. Si alimenta con cibi pronti e non è in grado di gestire in modo autonomo la propria casa. Si verificano frequentemente episodi di confusione e dimenticanze. Il signor Mario è affetto da diabete e segue una terapia insulinica. A questo proposito, negli ultimi mesi il figlio ha constatato una serie di disordini di carattere alimentare e terapeutico a causa dei quali si sono verificati episodi di scompenso anche gravi. In accordo con i familiari, una persona di fiducia affianca l'anziano nello svolgimento delle attività della vita quotidiana durante il giorno, ma questo non garantisce la sicurezza e un effettivo controllo del domicilio. In ogni caso le ridotte dimensioni dell'alloggio difficilmente consentirebbero la presenza costante di una badante. Il signor Mario si lamenta ripetutamente e afferma di soffrire di solitudine. Allo stesso tempo non sembra gradire la presenza di altre persone in casa sua e la convivenza con la badante. Su consiglio del medico che ha in cura l'anziano, il figlio ha presentato la domanda per una Residenza sanitaria assistenziale (RSA), ma dichiara di non poter sostenere interamente il costo della retta: il padre è titolare della sola pensione minima, mentre lui lavora come operaio e la nuora è casalinga. Il figlio riferisce di non sapere come affrontare la situazione.*

### **La storia della signora Carla**

*La signora Carla ha 76 anni e vive sola in un alloggio in affitto. È nu-*

\*] Assistente sociale, Società cooperativa sociale La Meridiana, Monza.

*bile e non ha figli né parenti su cui contare. In seguito ad una frattura del femore è stata ricoverata in ospedale, dove è stata sottoposta a tutti gli interventi sanitari del caso e successivamente è stata trasferita presso un istituto di riabilitazione per un periodo di tre mesi. Essendo prossima alla dimissione, la signora manifesta una certa preoccupazione al pensiero di dover tornare a casa da sola poiché ha paura di cadere e non è completamente autonoma nelle attività della vita quotidiana. Inoltre, pur trattandosi di una necessità temporanea, non potrebbe ricorrere ad una assistenza privata per motivi economici. L'assistente sociale della struttura riabilitativa segnala la situazione ai servizi sociali del Comune di residenza della signora Carla.*

I casi descritti illustrano tre differenti situazioni di persone anziane che potrebbero necessitare di un intervento da parte dei servizi sociali. Ogni valutazione richiede necessariamente l'analisi e la ricomposizione di fattori e condizioni che insieme concorrono a determinare se il richiedente abbia diritto o meno all'erogazione del servizio, ma è possibile individuare alcuni criteri che permettono di definire chi potrebbe avere la priorità.

### **I bisogni quotidiani dell'anziano**

La valutazione iniziale da parte dell'assistente sociale sarà finalizzata a verificare gli effettivi bisogni quotidiani della signora Anna, del signor Mario e della signora Carla e a comprendere le motivazioni che hanno spinto l'interessato o la sua famiglia a formulare una richiesta di aiuto. L'anziano verrà coinvolto direttamente nella definizione del progetto di presa in carico da parte dei servizi territoriali. Soprattutto nel caso in cui la richiesta venga avanzata da altri (un fi-

glio, l'assistente sociale dell'ospedale, un vicino di casa), sarà importante esplorare il punto di vista dell'anziano, valutare il grado del suo coinvolgimento nella decisione e verificare quale consapevolezza egli abbia rispetto alla sua situazione. Come percepisce il suo stato di salute? Incontra difficoltà nella vita di tutti i giorni? Qualcuno lo aiuta? Ritiene di aver bisogno di assistenza?

Nel caso della signora Carla, prossima alla dimissione dall'ospedale, qualora non sia ancora certa l'evoluzione nel tempo dell'autonomia della persona, sarà opportuno prendere in considerazione le possibilità di miglioramento e i tempi necessari al recupero dell'autonomia.

La valutazione della situazione abitativa potrebbe prevedere alcune modifiche nella disposizione dell'arredo per agevolare la deambulazione e la fornitura di ausili per prevenire eventuali cadute.

Nel contesto di una visita domiciliare potrà essere valutata l'idoneità dell'alloggio, la sua collocazione (vicinanza a servizi, negozi e punti d'interesse) e la loro incidenza sulla qualità di vita della persona. Inoltre, osservando direttamente la persona nel suo ambiente di vita, potranno essere rilevati alcuni indicatori in merito alle sue condizioni generali, al suo stato emotivo, alla cura della persona, alla sua autonomia negli spostamenti.

Successivamente, l'assistente sociale potrà individuare con il diretto interessato tutti i bisogni concreti ai quali deve far fronte. Quali attività della vita quotidiana necessitano di supervisione e assistenza? È in grado di alzarsi dal letto? Riesce a provvedere all'igiene personale e alla cura della propria persona? Necessita di aiuto per fare la spesa, per la preparazione dei pasti e per la gestione della casa? Per meglio identificare le eventua-

li difficoltà incontrate nello svolgimento delle attività della vita quotidiana e nelle attività strumentali, con la collaborazione del medico di famiglia potranno essere accertate le condizioni di salute, lo stato cognitivo e il livello di autosufficienza dell'anziano. Soprattutto la demenza, è una malattia spesso sottostimata nei più anziani e riconosciuta in ritardo rispetto all'effettiva comparsa dei primi sintomi; la sua presenza condiziona però fortemente la storia di vita delle persone e la scelta dei servizi – trattandosi oltretutto di una malattia sicuramente evolutiva – e può rendere molto insicura l'assunzione di farmaci delicati come l'insulina, come accade per il signor Mario.

### **La rete familiare e sociale**

Un aspetto meritevole di considerazione riguarda la qualità delle relazioni dell'anziano con i familiari e con la sua rete sociale. Potranno essere interpellati i componenti della rete familiare e altre eventuali persone significative nella vita della persona. Questo renderà possibile verificare se familiari, amici e vicini di casa condividano o meno la problematica dell'anziano, se stiano offrendo un aiuto o se possano essere disponibili a collaborare offrendo anche un minimo supporto.

Nel caso in cui sia assente una rete parentale di supporto, come nella situazione della signora Carla, risulterà importante accertare la presenza di una rete di vicinato che possa offrire non soltanto aiuto e sorveglianza, ma soprattutto compagnia e sostegno emotivo all'anziano per mantenere la sua partecipazione alla vita sociale.

Solo dopo aver raccolto le informazioni descritte, sarà possibile valutare la congruità della richiesta espressa con le esigenze effettivamente rilevate.

Ad esempio, qualora la signora

Anna, nonostante le difficoltà nella deambulazione segnalate dal figlio, fosse in grado di muoversi autonomamente all'interno del suo appartamento, di provvedere autonomamente alle sue necessità, ma non fosse in grado di uscire di casa per il disbrigo di piccole commissioni, la difficoltà dell'anziana potrebbe essere ragionevolmente identificata nella sua impossibilità a fare la spesa. Questa difficoltà, però, non comporterebbe automaticamente il diritto alla consegna del pasto a domicilio, in quanto i familiari, in assenza di particolari impedimenti, potrebbero attivarsi per provvedere alla spesa al posto della signora.

Gli obiettivi generali che l'assistente sociale potrebbe condividere con un anziano fragile e con i suoi familiari dovrebbero essere indirizzati a tutelare la persona dai rischi legati alle sue condizioni di salute, assicurandole una adeguata assistenza. Nel secondo caso descritto, il signor Mario necessita anche di assistenza infermieristica per la somministrazione della terapia insulinica. Qualora le condizioni di salute e di autonomia della persona imponessero una protezione superiore a quella che potrebbe essere garantita al domicilio, dai familiari o attraverso l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare da parte della ASL e/o del Comune (ADI e SAD), una RSA potrebbe rappresentare una soluzione idonea per garantire sia l'assistenza continua nelle attività della vita quotidiana che la buona gestione delle sue più delicate esigenze di salute.

#### Le risorse economiche

Qualora dovessero emergere reali difficoltà da parte dell'anziano nel provvedere autonomamente, o con l'aiuto dei parenti, alle proprie necessità, potrebbero sussistere i

presupposti per attivare un servizio. L'assistente sociale richiederà allora tutti i documenti che attestano la gravità delle condizioni di salute della persona e il relativo reddito. L'erogazione del servizio sarà quindi subordinata alla valutazione della capacità contributiva dell'interessato derivante dal calcolo dell'indicatore della situazione economica equivalente (Isee) e alla sua eventuale compartecipazione al pagamento del servizio, qualora non ne avesse diritto a titolo gratuito per motivi di reddito.

#### La valutazione finale

Dovendo paragonare le tre situazioni descritte, nel primo e nel secondo caso l'assistente sociale potrebbe attivare la famiglia, mettendo a disposizione le proprie competenze per sostenere e supportare il suo ruolo di *caregiver*. Per quanto riguarda il caso della signora Anna, l'intervento potrebbe consistere in una attività di mediazione affinché i parenti possano garantire all'anziana il supporto necessario, suddividendosi equamente i compiti, secondo le loro possibilità.

La situazione del signor Mario, nonostante la presenza della rete familiare, appare effettivamente difficile. Considerando il fatto che i regolamenti comunali per l'integrazione delle rette in genere danno la precedenza ad anziani soli e privi delle risorse economiche necessarie, l'assistente sociale potrebbe proporre alcune soluzioni, forse sconosciute ai familiari del signor Mario, e probabilmente più facilmente percorribili rispetto al ricovero in RSA. Qualora venga osservata una condizione di totale non autosufficienza, i familiari potranno essere aiutati ad inoltrare la richiesta per il riconoscimento di invalidità civile e assegno di accompagnamento. Inoltre, per dare solie-

vo al familiare *caregiver*, garantire il monitoraggio delle condizioni di vita e la corretta assunzione della terapia, oltre ad offrire all'anziano stimoli alla socializzazione, si potrebbe ipotizzare la frequenza giornaliera presso un Centro Diurno.

La signora Carla, invece, anche in presenza di un potenziale riabilitativo che potrebbe indurre a considerare le sue condizioni meno gravi di quelle del signor Mario, in mancanza di un aiuto sarebbe impossibilitata a superare le difficoltà connesse alla sua temporanea fragilità e non sembrerebbe in grado di far fronte autonomamente ai costi di un'assistenza privata. In questo caso, un appartamento protetto potrebbe garantire alla signora necessaria indipendenza, ma in un contesto rassicurante e arricchito da servizi per superare la comparsa di fragilità nella vita quotidiana. Nell'immediato, però, l'assistente sociale dovrebbe ipotizzare l'erogazione dell'assistenza domiciliare o di un buono sociale mirato al sostegno del lavoro di cura prestato da assistenti familiari per consentire alla signora di affrontare più serenamente l'imminente rientro al domicilio in seguito alla dimissione ospedaliera, per poi valutare insieme all'anziana le possibili soluzioni per il futuro.

Per ogni situazione dovrebbe sempre essere garantita una corretta e tempestiva azione informativa affinché i cittadini possano orientarsi all'interno della rete dei servizi. Talvolta, infatti, le famiglie appaiono disorientate di fronte al precipitare di una situazione e possono necessitare sia di un supporto per gestire in modo adeguato la delicata relazione con il proprio caro e la sua assistenza, sia di un affiancamento nella scelta e attivazione dei servizi più idonei, nonché nel disbrigo delle pratiche necessarie. Gli operatori possono quindi ac-

compagnare e sostenere le famiglie in questa azione non semplice, che appartiene al tema più ampio della riprogettazione esistenziale – degli anziani, ma anche delle loro famiglie – rispetto all'incontro con le vecchiaia.

### Conclusioni

La presenza della famiglia, anche quando non in grado di comprendere e gestire le necessità del proprio anziano, rappresenta ugualmente una risorsa. Al contrario, la totale assenza di una rete familiare e sociale, come nel caso della signora Carla, costituisce l'elemento che prima di ogni altro dovrebbe concorrere a determinare la necessità di un intervento, sia per la possibilità di occuparsi dell'anziano, che di intervenire economicamente.

In secondo luogo, a incidere sull'esito della valutazione è l'insufficienza delle risorse economiche. Diversamente, qualora l'anziano, seppure in assenza di una rete familiare, fosse in grado di sostenere autonomamente il costo del servizio, l'utente potrebbe ugualmente essere accompagnato nella scelta della soluzione più idonea per far fronte alle proprie difficoltà, ma questo non implicherebbe la necessità e l'eventuale diritto ad un intervento economico.

Qualora tra gli anziani ci fosse un'assoluta parità rispetto alla condizione economica, la gestibilità della patologia a domicilio potrebbe avere un peso determinante, ma difficilmente avrebbe la medesima rilevanza se paragonata alla condizione di un anziano che non può contare sul sostegno della rete familiare. Il servizio, quindi, risponderebbe in via prioritaria a coloro che non possono contare sull'aiuto di parenti, che hanno condizioni di reddito più basse e che hanno condizioni di salu-

te peggiori. Un anziano solo e con mezzi insufficienti avrebbe quindi la precedenza.

## I DILEMMI NELL'AREA DISABILITÀ

Giorgio Genta \*

Negli ultimi anni abbiamo assistito impotenti al crollo delle disponibilità finanziarie degli enti locali e di conseguenza, alla forte riduzione, tranne alcuni casi virtuosi, dei servizi erogati a favore delle fasce deboli della cittadinanza: anziani, persone e famiglie in situazione di povertà, persone con disabilità.

Gli enti virtuosi hanno cercato di ridurre il danno sociale ottimizzando le prestazioni, eliminandone l'uso clientelare e la conseguente elargizione "a pioggia". Tale ottimizzazione tuttavia si è rilevata particolarmente ardua perché lede interessi elettoralistici in base ai quali "è meglio dare un euro a mille persone che cento euro a dieci", ovvero la parcellizzazione dell'intervento è politicamente più pagante. Anche la miglior ottimizzazione delle risorse tuttavia non è certo in grado di contrastare efficacemente il crollo del trasferimento dei finanziamenti dallo Stato centrale all'ente locale e pertanto si impone una scelta drammatica: a chi dare, chi escludere ed in base a quale norma o ragionamento. E possibilmente farlo senza scatenare una guerra tra poveri (poveri soprattutto di aiuti).

\*] Presidente dell'Associazione Bambini Cerebrolesi – Liguria (FISH) e della Associazione Dopodomani Onlus, si occupa da oltre vent'anni delle problematiche attinenti al mondo della disabilità. Autore di moltissimi articoli pubblicati sui principali portali del settore e di alcuni libri ("Abile, disabile, disabile grave", "Mio figlio ha le ali" – coautore –, "Mai soli", "La scuola di Silvia", "La famiglia con disabilità" assieme a Dario Petri).

Ritengo che si debbano ragionevolmente applicare due principi: da una parte dare prioritariamente a chi ha necessità assolute o comunque gravissime ed impellenti, dall'altra privilegiare gli interventi che arrecano davvero un aiuto efficace.

Credo sia possibile indicare nelle "famiglie con disabilità" le destinatarie ideali di quanto sopra esposto e questa volta per "famiglie con disabilità" intendo "famiglie che assistono un congiunto con disabilità gravissima".

Una persona con disabilità gravissima è definita tale (mancando una definizione condivisa clinico-giuridica) quando è incapace di compiere autonomamente gli atti indispensabili al mantenimento in vita e necessita di assistenza vigile e continua 24 ore su 24, interrompendo la quale anche per un brevissimo periodo si rischiano conseguenze fatali.

Va da sé che la sopravvivenza e la miglior vita possibile della persona con disabilità gravissima (che necessita, secondo la Convenzione ONU a favore delle Persone con Disabilità, recepita come legge anche dallo Stato Italiano, di "more intens support") dipendono strettissimamente dal *caregiver* familiare che di lei "si prende cura".

Purtroppo con il passare degli anni il *caregiver* familiare stesso va fatalmente incontro ad una serie di problematiche di natura fisica, psicologica e relazionale che rendono praticamente disabile lui stesso. Cito ad esempio gli interessanti studi sul tema della dott.ssa Elisabeth Blackburn, premio Nobel per la medicina, che assegna ai *caregiver* familiari una aspettativa di vita di 9-17 anni inferiore di quella dei pari età! Infatti la "fatica assistenziale" reiterata per 10-15 ore al giorno, tutti i giorni dell'anno e per 10-15-20 anni e più (ad es. nel caso di disabilità gravissime perinatali) provo-









## I TEMPI DELLA FAMIGLIA E I TEMPI DELLA CITTÀ

Appuntamenti per parlare di ....



La **S.V.** È invitata a partecipare al convegno

### IL LAVORO DI CURA FAMILIARE: FAMILY CAREGIVER O MULO DA SOMA?

**Sabato  
16 febbraio 2013**  
ore 9.00, SALA CONSILIARE  
COMUNE DI LOANO

**ore 9.00 REGISTRAZIONE PARTECIPANTI**

**ore 9.15 SALUTI AUTORITÀ**  
Sindaco di Loano, dott. Luigi Pignocca  
Assessore ai Servizi Sociali, rag. Luca Lettieri  
Assessore Regionale ai Sociali, dott.ssa Lorena Rambaudi  
Presidente Commissione Regionale Sanità e Sicurezza, Sociale dott. Stefano Quaini  
Presidente Distretto Sociosanitario Finalese dott. Gianmario Massazza

**Ore 9.45** introduzione : dott.ssa Barbara Visentini  
" Chi è il caregiver familiare?"  
Dott. Giorgio Genta

**Ore 10.00** "Quale scelta per il riconoscimento e la tutela del caregiver familiare"  
avv. Salvatore Nocera

**Ore 10.20** "L'azione legale per il riconoscimento giuridico del caregiver familiare"  
avv. Marco Vorano (video)

**Ore 10.40** " Caregiver familiare e disabilità gravissima: una indagine a Torino"  
prof.ssa Cecilia Marchisio

**Ore 11.00** pausa caffè

**Ore 11.20** "L'esperienza sarda dei progetti cogestiti e personalizzati Legge 162/91"  
dott. Marco Espa

**Ore 11.40** "Caregivers familiari, associazioni e società civile"  
prof. Dario Petri

**Ore 12.00** "Testimonianze di caregivers familiari"  
dott. Giorgio Genta - dott.ssa Barbara Visentini  
Conclusioni e dibattito

**Ore 13.00** Buffet

**Si ringraziano gli sponsor loanesi :**  
Hotel Villa Beatrice  
Corso 54 abbigliamento  
Fondriaria SAI, Divisione SAI A.G.  
Nature Shop Erboristeria Sanitari"

Con la collaborazione ed il patrocinio del  **Comune di Loano**  
Assessorato ai Servizi Sociali

Iniziativa inserita nel progetto **LOANO PER LA FAMIGLIA**  **Il tempo per stare insieme, per condividere, per crescere...**

Secondo Giorgio Genta i familiari delle persone con disabilità rappresentano una priorità del *welfare*

ca un invecchiamento precoce nel caregiver e lo espone ad una serie impressionante di patologie "professionali" di natura osteoarticolare, pressoria, psicologica e ad un forte rischio di incidenti "sul lavoro" e nei rari momenti fuori di esso (ad es. distrazione abituale nella circolazione stradale). In campo economico le famiglie con disabilità gravissima sono esposte a forti rischi di impoveri-

mento, sia per una drastica diminuzione delle entrate (quasi sempre il caregiver primario abbandona il lavoro o, nel migliore dei casi, lo riduce ad un *part time* oppure non è in grado di procurarsene uno), sia per la notevole incidenza delle spese assistenziali non rimborsate (sino a 5.000 euro al mese in alcuni casi comprovati). Nel binomio "caregiver familiare-persona con disabilità gravissima"

(che poi equivale a "famiglia con disabilità gravissima") si compendiano le tre fasce deboli citate all'inizio: gli anziani, i poveri, i disabili. Questa concentrazione di debolezze le rende naturali destinatarie del primissimo aiuto prestato dall'ente locale.

Naturalmente esistono altre situazioni di particolar rilievo che tradizionalmente hanno ricevuto supporto dall'Ente locale: ad esempio l'inserimento e l'integrazione scolastica e l'inserimento in strutture di ricovero.

Nell'inserimento e nell'integrazione scolastica l'apporto dell'ente locale consiste essenzialmente nella figura dell'assistente alla autonomia e alla comunicazione, a carico dei comuni nelle scuole primarie e secondarie di primo grado e delle province nelle secondarie superiori e nella figura dell'educatore nelle scuole inferiori. È indubbiamente un compito assai importante (e chi scrive si è occupato "da pioniere" delle tematiche attinenti l'assistente alla comunicazione) con rilevanti ricadute sociali immediate. Purtroppo tali ricadute vengono frequentemente vanificate dall'inesistenza organizzativa di supporto in fase postscolare.

L'inserimento in strutture di ricovero gestite direttamente o convenzionate, con retta a carico prevalentemente del comune dovrebbe rappresentare "l'ultima Thule" della persona con disabilità: è una situazione esistenziale priva di prospettive, che solitamente impedisce il mantenimento di relazioni affettive efficaci. La deistitutizzazione rappresenta uno sforzo già recepito dalla normativa, ma ahimè assai scarsamente perseguito nella pratica corrente.

Un altro motivo per la nostra scelta preferenziale è rappresentato dal fatto che aiutare il caregiver familiare (e quindi l'intera famiglia) a

continuare negli anni la sua opera meritoria di cura consente risparmi ingentissimi: solo sul versante strettamente sanitario basterà ricordare che un giorno di degenza in un reparto ospedaliero ad alta specializzazione costa alla comunità più di mille euro. Quindi è un ottimo investimento destinare una cifra rilevante ma sempre meno ingente delle precedenti al *caregiver* primario che si sobbarca di una prestazione lavorativa altrimenti assai più costosa.

Che poi questa cifra venga corrisposta come servizi dedicati (purché efficaci e congrui per intensità) o tramite un consistente "assegno di cura" potrebbe essere indifferente, nel senso che il servizio libererebbe il *caregiver* dalle incombenze burocratiche e di ricerca del personale, mentre l'assegno di cura consentirebbe una miglior personalizzazione dell'aiuto (il *caregiver* sceglierebbe il personale di supporto più adatto).

Certamente il costo orario del personale di cura (con qualifica infermieristica, di OSSS, OSS o OSA) dipendente da cooperative accreditate è rilevante e può raggiungere il doppio del costo reale sul libero mercato, vuoi per la complessità burocratica delle cooperative, vuoi per necessità assicurative. Il personale tuttavia riceve come retribuzione circa un terzo del costo orario fatturato all'ente pagatore e questo può determinare una certa disaffezione professionale nella prestazione lavorativa.

Ricapitolando si può ragionevolmente affermare che, al di là delle scelte operative, la prestazione d'aiuto alla persona con disabilità gravissima, al suo *caregiver* familiare e alla sua famiglia nel complesso deve esser prioritaria tra quelle prestate dall'ente locale anche e soprattutto in carenza di disponibilità economiche.

# L'ORGANIZZAZIONE DEI PUNTI UNICI DI ACCESSO

Franco Pesaresi

*La diffusione dei Pua in Italia: prosegue dal numero scorso la loro presentazione*

## I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI

Negli ultimi 10 anni si sono sviluppati diversi modelli organizzativi dell'accesso alle prestazioni del *welfare*. Inizialmente si sono sviluppate le "porte sociali" quale strumento per l'accesso alle prestazioni sociali, mentre in questi ultimissimi anni il modello organizzativo di riferimento è diventato quello dei "Punti unici di accesso" (PUA) quale porta di entrata per le prestazioni sociali e sociosanitarie e, in qualche caso, anche sanitarie.

I diversi modelli (Pesaresi, 2008) vanno interpretati come un percorso evolutivo che attraverso l'autonoma costruzione di porte sociali e di sportelli sanitari cerca di approdare al punto unico di accesso ai servizi sociali e sociosanitari (e sanitari).

I vari modelli, comunque, perseguono obiettivi comuni quali:

- la semplificazione dell'accesso alle prestazioni;
- la realizzazione di ambienti dedicati all'accoglienza, disponibilità di strumenti telematici per favorire informazione e orientamento, definizione di procedure per l'accesso alle prestazioni;

- l'accompagnamento dell'utente;
- la pre-valutazione del bisogno e l'eventuale invio alla valutazione multidimensionale dell'utente;
- il coordinamento degli operatori e la loro integrazione.

Si differenziano invece nella tipologia delle prestazioni (sociali e/o sociosanitarie e/o sanitarie) e nella complessità delle collaborazioni istituzionali richieste (comuni e/o ASL, ecc.) (Pesaresi, 2008). Attualmente si registra un ampio interesse delle Regioni italiane nei confronti del PUA che viene identificato da 16 Regioni (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Sardegna, Toscana, Veneto) come uno degli strumenti strategici di intervento per il miglioramento dell'accessibilità ai servizi territoriali.

## PUA STRUTTURALE O FUNZIONALE?

Una delle scelte più importanti che le Regioni si sono trovate a risolvere è stata quella relativa alla scelta di un PUA di tipo strutturale o di tipo funzionale.

Il PUA strutturale è un luogo fisico, chiaramente identificabile, in cui si concentrano tutte le attività tipiche

di un servizio di accesso al quale gli utenti possono rivolgersi; una ampia sede strutturale tecnologicamente dotata gestita in collaborazione fra ASL e Ambito sociale/comuni con personale messo a disposizione da entrambi i soggetti. È la soluzione ottimale ma anche la più complessa. Richiede investimenti, l'abbandono dell'attuale organizzazione e grande collaborazione fra i soggetti coinvolti. Può essere un punto di arrivo.

Il PUA funzionale rappresenta non tanto un unico luogo fisico, ma una strutturazione integrata tra tutti i punti di contatto e di accesso sociali e sanitari presenti nel territorio. Si tratta essenzialmente di una modalità organizzativa basata su un modello di sistema di rete dove gli operatori sociali e sanitari ricercano e promuovono il coordinamento e l'integrazione attraverso strumenti di tipo organizzativo, professionale e telematico. È una modalità più facilmente attuabile che punta all'utilizzo degli attuali sportelli sociali e sanitari per la costruzione di una rete di punti che si riorganizzano, si formano e si qualificano per la fornitura di tutte le prestazioni del PUA. In questa ipotesi ogni sede mantiene il suo personale ma si attrezzava per fornire anche le prestazioni che non fanno parte di quelle originarie (per esempio uno sportello sociale si attizzerà per fornire anche le prestazioni sociosanitarie) e gli operatori sociali e sanitari ricercano l'integrazione attraverso strumenti organizzativi e telematici. Questo percorso richiede formazione, gradualità e una piattaforma informatica comune fra ASL e ambito sociale/comuni.

Il PUA funzionale potendo contare su una pluralità di sportelli di pro-

venienza deve necessariamente avere una competenza che almeno ricomprenda il settore sociale e quello sociosanitario.

Il suo punto di forza risiede nella maggiore facilità di avvio per il fatto che punta alla valorizzazione dell'integrazione e della rete dei servizi esistenti.

La maggior parte delle Regioni (Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Molise, Puglia, Sicilia) ha scelto la via del PUA funzionale. La Regione Puglia, per esempio, rileva che nelle scelte organizzative già adottate in modo diffuso sul territorio regionale il PUA si configura come una rete di punti di accesso che, sia pure con le specificità professionali e funzionali del caso, sono presenti sia presso i Comuni, operando in stretto raccordo con i Servizi sociali professionali, sia presso il Distretto sociosanitario, operando *in staff* alla Direzione del distretto per favorire il governo della domanda (d.G.R. 691/2011). La Regione Lazio dispone che tutti i punti di accoglienza già attivi per l'utenza fragile (Segretariati sociali, Servizi CAD di ASL, Consulenti familiari ecc.), se dotati di personale appositamente formato alle funzioni di PUA, possono svolgere funzioni di *front office* (d.G.R. 315/2011) mentre nel Molise il PUA può avvalersi di sedi decentrate presso gli "sportelli distrettuali" o gli "sportelli di cittadinanza" (segretariati sociali), presenti nei Comuni (Campania) e nelle associazioni intercomunali (d.C.R. 190/2008). Anche l'Agens rileva che il PUA dovrebbe essere ubicato in ambito distrettuale e avvalersi di sedi decentrate presso gli "sportelli distrettuali" o gli "sportelli di cittadinanza" presenti nei Comuni e nelle associazioni intercomunali (Bellentani, 2008).

Solo quattro Regioni (Abruzzo, Campania, Molise e Piemonte) hanno scelto il PUA strutturale. Anche la Regione Marche, nella sua sperimentazione, ha previsto un PUA strutturale ospedaliero per favorire le dimissioni protette ma, ad onore del vero, tale servizio per le sue caratteristiche non potrebbe in alcun modo essere definito un Punto unico di accesso.

## SEDE E ORGANIZZAZIONE

Il Punto unico di accesso richiede una sede conosciuta e accessibile (Abruzzo, Molise, Puglia). Deve garantire raggiungibilità e facile fruibilità da parte degli utenti (Abruzzo, Puglia). Ogni sede deve possedere requisiti opportunamente regolamentati sotto il profilo strutturale, organizzativo e di dotazione di strumentazione tecnologica per essere in grado di assolvere in maniera qualificata e tempestiva a tutte le sue funzioni (Abruzzo, Molise). È utile prevedere adeguati spazi riservati per colloqui (Abruzzo, Lazio), oltre che spazi per funzioni di "ufficio" (Abruzzo, Molise, Lazio), nei quali siano raccolte informazioni, segnalazioni, archivi, prevedendo ovviamente la necessaria dotazione di mezzi di comunicazione telefonica e telematica (Abruzzo, Molise, Lazio, Puglia) (Bellentani *et al.*, 2008).

La maggior parte delle Regioni prevede la sede presso il distretto sanitario ma anche presso gli sportelli comunali (Calabria, Lazio). La Regione Lazio aggiunge che le funzioni PUA si collocano nel distretto sanitario e sociale presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali (d.G.R. 315/2011).

In alcuni casi (Liguria e Toscana) so-

no previsti due livelli organizzativi degli sportelli, con funzioni diverse:

**Primo livello:** in Toscana sono i “Punti Insieme” che garantiscono l’accoglienza, l’informazione e l’orientamento del cittadino e l’inizio della pratica all’UVM garantendo che entro 30 giorni risponda. Il Punto insieme è un servizio istituzionale collegato funzionalmente con la rete integrata dei servizi sociali e sociosanitari territoriali, rappresenta una articolazione del PUA e costituisce il presidio dell’accesso al sistema integrato dei servizi per la non autosufficienza. I Punti insieme devono garantire:

- l’accoglienza del bisogno;
- la registrazione della segnalazione del bisogno;
- l’orientamento e l’informazione del cittadino;
- l’avvio della raccolta di tutte le informazioni utili ad orientare la valutazione multidimensionale delle condizioni di bisogno. (d.G.R. 370/2010)

In Liguria i Punti di accesso di primo livello sono gli sportelli di cittadinanza degli ambiti sociali che accolgono le richieste e le inviano agli sportelli integrati sociosanitari dei distretti.

**Secondo livello:** in Toscana il PUA coordina il sistema fatto di numerosi “Punti insieme” distribuiti in tutto il territorio regionale. In Liguria il secondo livello è garantito dagli sportelli integrati sociosanitari che ricevono le segnalazioni e le richieste di servizi dagli sportelli di cittadinanza. È il secondo livello a svolgere le funzioni più complesse dell’attività del sistema di accesso.

Sugli orari di funzionamento pochi si sono sbilanciati. L’Agenas propone un orario di apertura al pubblico di almeno 6 ore al giorno per 6 giorni settimanali (Bellentani *et al.*,

2008). Le poche Regioni che si sono espresse sono andate in ordine sparso. L’Abruzzo ha previsto un funzionamento da 4 a 8 ore giornaliere, il Molise una apertura giornaliera di 8 ore al giorno per 6 giorni settimanali (6 ore nei prefestivi) (d.C.R. 190/2008) mentre la Calabria ha stupito con una apertura di 12 ore nei giorni feriali e di 4 ore nei prefestivi (d.P.G.R. n. 18/2010).

In Piemonte (63%) la maggioranza degli Sportelli sono aperti 5 giorni alla settimana per 6-7 ore al giorno ma altri 9 sportelli (18%) arrivano a 8 ore; 5 sportelli operano per 4 giorni alla settimana (Aress, 2010). Alcune Regioni – Calabria, Campania, Molise, Puglia e Sicilia – hanno voluto precisare che l’organizzazione del PUA prevede un *front-office* ed un *back-office*.

Il *front office* del PUA assicura le funzioni di prima accoglienza, di informazione di primo livello, di orientamento e di attivazione diretta di prestazioni in risposta a bisogni semplici mentre le attività di *back office* riguardano i livelli intra e inter-organizzativi sia dell’*équipe* che del lavoro di rete al fine di agire la presa in carico della persona dentro un sistema combinato e cooperativo di servizi territoriali. In questo ultimo caso, data la complessità organizzativa della fase, è necessario dotarsi di una serie di strumenti di coordinamento, quali protocolli operativi e/o dispositivi di azione integrata, con lo scopo di identificare responsabilità “certe” nella conduzione “plurale” del percorso garantendo la continuità assistenziale (Devastato, 2010).

### PUA PER CHI?

Il PUA può essere generalista e cioè prevedere l’accesso di tutta

la popolazione all’insieme dei servizi oppure può essere settoriale quando è riservato ad un settore di popolazione come le persone non autosufficienti (Devastato, 2010).

In genere, la maggior parte delle Regioni ha previsto l’attivazione dei PUA a servizio di tutta la popolazione prestando però particolare attenzione alle persone più fragili (Basilicata, Campania, Lazio, Piemonte).

Due Regioni (Lombardia, Toscana) l’hanno previsto per le persone non autosufficienti come strumento al servizio dei progetti e dei Fondi per la non autosufficienza.

In una posizione solitaria si è invece collocata la Regione Sardegna che ha previsto il PUA non per tutti ma per le persone con problemi socio-sanitari complessi, cui devono essere fornite risposte multiple di tipo sanitario e socio-sanitario.

### IL BACINO DEL PUA

Tutte le Regioni hanno previsto almeno un PUA per ogni distretto sanitario (Abruzzo, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto) che deve coincidere con l’ambito sociale. Molto più cauta la Regione Marche che ha previsto l’attivazione sperimentale di un PUA per ogni area vasta (e cioè 5, uno per Provincia).

L’obiettivo è pertanto quello di realizzare almeno 711 PUA (uno per distretto sanitario), uno ogni 84.452 abitanti. C’è però da aggiungere che molte Regioni hanno previsto un PUA centralizzato a livello di distretto ed una serie di sedi decentrate a livello comunale per cui, a regime, le sedi effettive dei PUA potrebbero essere molte di più.

Per ora le sedi realizzate dovrebbero

| Area geografica                | Sì         | No   |
|--------------------------------|------------|------|
| Nord est                       | 87,2       | 12,8 |
| Nord ovest                     | 92,9       | 7,1  |
| Centro                         | 83,5       | 16,5 |
| Sud e isole                    | 78,5       | 21,5 |
| Totale                         | 84,2       | 15,8 |
| <b>PUA esistenti in Italia</b> | <b>599</b> |      |

Tabella 1 – Esistenza del Punto unico di accesso secondo la ricerca Agenas sui distretti sanitari  
Fonte: Bellentani *et al.*, (2011) modificato

bero essere 600 circa. Infatti, secondo la recente ricerca sui distretti sanitari italiani (Bellentani, 2011) che si basa su un questionario compilato dai responsabili di distretto, i PUA attivi sarebbero 599 e sarebbero presenti nel 84,2% dei distretti sanitari (cfr. tabella 1). È vero che solo in Toscana sono stati attivati 272 “Punti insieme” organizzati in 34 PUA che coprono tutte e 34 le Zone-distretto (decisione 27/2012), ma di cui è prevista una riduzione (d.G.R. 1044/2011), e che in Piemonte sono stati attivati 49 Sportelli unici socio sanitari (59% negli enti di gestione sociale e nei Comuni e 41% nelle ASL) (Aress, 2010). La Regione Veneto, inoltre, comunica che gli Sportelli integrati AULSS-comuni sono attivi in 17 AULSS su 21 mentre la Regione Campania afferma (d.G.R. 790/2012) che la Porta unica di accesso è presente su circa l’80% del territorio regionale. Ciononostante si esprime una fortissima perplessità circa la veridicità di questi dati che risultano dalle dichiarazioni dei responsabili dei distretti sanitari italiani<sup>1</sup> o da altri documenti. Queste perplessità sono confermate quando andiamo ad incrociare i numeri delle sedi con le funzioni laddove si evince che alle stes-

se viene affidato anche il compito della presa in carico (almeno in un terzo dei casi). Questo vuol dire che molto probabilmente si sono considerate come Porte uniche di accesso gli sportelli già esistenti ma dedicati all’accesso ai singoli servizi con particolare riferimento alle cure domiciliari. Il PUA, per la verità, ha ambiti di attività ben più ampi e funzioni differenti dai servizi che gestiscono le cure domiciliari (Pesaresi, 2013). Vale la pena, infine, di ribadire la necessità che l’ambito territoriale di operatività del PUA registri la totale coincidenza fra il distretto sanitario e l’ambito territoriale sociale al fine di garantire la completezza delle informazioni, l’integrazione operativa e l’efficacia dell’intervento.

### MODALITÀ OPERATIVE

Le attività più rilevanti che interessano il PUA, sono:

- la segnalazione del caso al PUA;
- l’ascolto della domanda/analisi del bisogno;
- la registrazione dell’accesso mediante una scheda di accesso;
- la prima valutazione del bisogno (attività di *assessment*);
- la apertura/stesura cartella personale;

• l’invio guidato del caso complesso all’UVM o ad altri servizi. Il sistema di accesso può essere alimentato oltre che da contatti diretti dell’utente anche da una segnalazione che può pervenire da vari soggetti (medico di medicina generale o PLS, medico ospedaliero, servizi sociali del comune, diretto interessato, familiari o supporti informali, come i volontari e altri) (Abruzzo, Campania, Lazio, Molise, Sardegna, Sicilia). La domanda/segnalazione è una procedura formalizzata che può essere effettuata su modelli cartacei (schede), tramite telefono, computer, o anche semplicemente sul piano verbale, che contiene le informazioni fondamentali per definire la domanda di assistenza (Abruzzo, Lazio, Molise, Sardegna, Bellentani *et al.*, 2008).

Per la Regione Abruzzo, non è necessario passare per il PUA per tutte le prestazioni. Per i bisogni sanitari inerenti il dipartimento di salute mentale ed il dipartimento delle dipendenze patologiche è possibile l’accesso diretto (Abruzzo: d.C.R. 75-1/2011).

Ogni accesso insieme alle relative informazioni deve essere registrato nell’apposita scheda standardizzata di accesso. La scheda di primo accesso è la base per l’avvio del percorso del cittadino nel sistema dei servizi ed è condivisa dagli operatori dei servizi che successivamente procederanno alla presa in carico e alla definizione dei singoli servizi da erogare. I dati di primo accesso e le informazioni relative alla presa in carico e agli interventi erogati al singolo e al suo nucleo familiare costituiscono i contenuti di una “*cartella integrata dell’assistito*” (Devastato, 2010). Se la segnalazione rileva un bisogno, a cui il PUA è tenuto a dare

una risposta, sarà fornita la risposta o si attiverà la UVM o il servizio competente previo coinvolgimento del medico curante nel caso di domanda sanitaria. L'*équipe* del PUA dovrà essere in grado di discriminare il bisogno espresso, indicando percorsi sociali, sanitari e sociosanitari di risposta, dove solo per le risposte sociosanitarie complesse viene richiesto il coinvolgimento della Unità di Valutazione Multidimensionale (Abruzzo: d.C.R. 75-1/2011, Molise: d.C.R. 190/2008).

Se le informazioni contenute nella scheda di contatto sono scarsamente dettagliate o insufficienti è necessario l'avvio di un processo di tipo "istruttorio" per integrare le conoscenze sul caso tramite raccordo informativo con il segnalante, il MMG ed i servizi sociali comunali.

Nel caso di richieste semplici e direttamente risolvibili, il PUA si farà carico della fornitura delle prestazioni richieste mentre, in caso di problematiche più articolate e complesse, il PUA provvede a:

- analizzare la domanda e effettuare una pre valutazione, anche integrata;
- attivare direttamente i servizi necessari o fornire le risposte ai problemi semplici;
- attivare, se necessario, la valutazione multidimensionale (Abruzzo, Campania, Lazio, Molise, Sardegna, Sicilia).

Il PUA così definito presuppone la sua collocazione all'interno di un "sistema" che si avvale di più risorse e di reti clinico-terapeutiche, psico-sociali e solidaristiche, per rispondere ai bisogni multidimensionali delle persone che accedono ai servizi. A questo proposito dovranno essere approntati e condivisi idonei protocolli operati-

vi con gli altri servizi, sia sanitari che sociali, e condivisi con i MMG e PLS del territorio che definiscano le procedure da porre in essere per garantire (Abruzzo: d.C.R. 75-1/2011, Molise: d.C.R. 190/2008) ai pazienti l'accesso ai servizi e la continuità assistenziale.

Per funzionare in modo efficace il PUA ha bisogno:

- della costituzione di *partnership* strategiche con gli altri attori del sistema territoriale, attraverso la stipula di Protocolli di Intesa e Accordi di collaborazione per orientare la domanda verso il Punto unico di accesso;
- della realizzazione della mappa dell'offerta dei servizi sociosanitari del territorio, formalizzata, aggiornata, fruibile e relativa a tutta la Rete dei servizi;
- della raccolta e studio delle procedure e della modulistica per l'accesso ai servizi e alle prestazioni della rete;
- del raccordo tra la funzione di pre-valutazione integrata e l'Unità di Valutazione Multidimensionale distrettuale;
- della valorizzazione del Terzo Settore e delle risorse informali presenti sul territorio, con lo scopo di favorire processi di auto-aiuto e la reciprocità (Lazio: d.G.R. 315/2011).

## IL PERSONALE DEL PUA

La maggior parte delle Regioni (Abruzzo, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Sardegna) afferma che il PUA deve essere gestito in collaborazione fra ASL e comuni da personale sociale e sanitario.

Le Regioni che si sono espresse indicano una dotazione minima di 3-4 persone per ogni PUA. Quasi tutte indicano la necessità della presenza di infermieri, assistenti

sociali, amministrativi e medici (cfr. tabella 2).

Informazioni molto interessanti provengono dalle Regioni Piemonte e Veneto che dispongono dei dati relativi al personale effettivamente impiegato nei Punti unici.

Nei 49 Sportelli Unici del Piemonte operano 739 operatori, che si riducono a 324 se si ponderano le unità di personale sulla base del tempo effettivo impiegato (sulla base di 36 ore settimanali a tempo pieno). Di questi 324 addetti ponderati, 99 sono Amministrativi (il 30% del totale), 83 sono Assistenti Sociali (il 26% del totale), 56 sono OSS (il 17% del totale), 35 sono infermieri (l'11% del totale), 23 sono Educatori (il 7% del totale), 18 sono figure di coordinamento (il 6% del totale) e 10 altre figure. In media, gli addetti allo Sportello integrato del Piemonte sono 7,4 ogni 100.000 abitanti, ma la variabilità è enorme fra un distretto e l'altro (da 0,7 dello Sportello di Asti Sud ai 29,7 addetti dello Sportello di Ceva) (Aress, 2010). Nelle esperienze avviate sono presenti sia figure professionali sanitarie che socio-assistenziali, per cui si può affermare che lo sviluppo dei progetti ha risposto all'obiettivo di integrazione sociosanitaria.

In Veneto le norme regionali non danno indicazioni sulle figure da utilizzare ma la Regione ha realizzato un *report* nel 2010 che fornisce le informazioni sulle figure utilizzate negli sportelli integrati. La professionalità prevalente all'interno degli sportelli integrati è quella dell'Assistente Sociale, in molte realtà affiancata da personale amministrativo, mentre minoritaria è la presenza di personale sanitario:

- l'assistente sociale è presente in 20 AULSS;
- il personale amministrativo è presente in 11 AULSS;

| Regioni  | Amministrativi | Infermieri                | Ass. sociali               | Medici                    | Altro                                    | Totale |
|----------|----------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------|--|--------|
| Abruzzo  |                | Sì ( <i>back-office</i> ) | Sì ( <i>front-office</i> ) | Sì ( <i>back-office</i> ) |  | 3      |
| Calabria | Sì (comune)    | Sì                        | Sì (comune)                | Sì                        |  | 3-4    |
| Campania | Sì             | Sì                        | Sì                         |                           | Sì (Tecnico dell'accoglienza, Sociologo) |        |
| Lazio    | Sì             | Sì                        | Sì                         | Sì                        |  | 4      |
| Molise   | Sì             | Sì                        | Sì                         | Sì                        |  | 4      |
| Piemonte | Sì             | Sì                        | Sì                         |                           | Sì (educatori, OSS)                      |        |
| Puglia   | Sì             | Sì                        | Sì (comune)                |                           | Sì (comunicatori)                        | 3      |
| Sardegna | Sì             | Sì                        | Sì                         | Sì                        |  | 4      |
| Veneto   | Sì             | Sì                        | Sì                         |                           | Sì (educatori, op. tec.)                 |        |
| Toscana  |                | Sì                        | Sì                         | Sì                        | Sì                                       | 3      |
| Agenas   | Sì             | Sì                        | Sì                         | Sì                        |  | 4      |

Tabella 2 – Il personale del PUA

Note: La Regione Liguria afferma che è necessaria la contestuale presenza di operatori dei comuni e delle ASL. Sono impegnati anche gli assistenti sociali operanti all'interno dei DSM e delle dipendenze (d.C.R. 35/2007).

Fonte: Bibliografia

- il personale sanitario è presente in 5 AULSS (essenzialmente infermieri);
- le altre figure professionali sono presenti in 3 AULSS (1 educatore e 2 operatori tecnici).

I dati sul personale utilizzato nei Punti unici di queste due grandi Regioni sono abbastanza illuminanti di quella che è la realtà praticata. Le figure professionali largamente prevalenti sono quelle degli amministrativi e delle assistenti sociali. Tutto sommato bassa anche la presenza di infermieri. Non c'è traccia significativa di medici o di altre figure laureate. I dati di queste due Regioni sono abbastanza coerenti con le funzioni affidate ai punti unici.

#### La direzione del PUA

Poche Regioni si sono occupate esplicitamente della direzione del PUA, una funzione che non può essere trascurata considerando anche la complessità di un servizio

che ha bisogno di coordinare risorse che provengono da enti diversi. In Molise e Toscana la direzione del PUA viene affidata al Direttore del distretto o a un suo delegato in stretta collaborazione con il responsabile dell'ufficio di piano dell'ente di ambito sociale.

La Regione Campania prevede una "funzione di coordinamento" della PUA che è espletata da un responsabile con mansioni dirigenziali all'interno del sistema (sociale e/o sanitario) che svolge attività di programmazione, di gestione delle risorse sia economiche che umane, di monitoraggio e valutazione dell'intero processo.

Piemonte e Puglia hanno pensato, invece, ad un coordinamento integrato da affidare alla direzione del distretto sanitario e dei comuni associati in ambito sociale. In Piemonte, in particolare, questo già avviene in buona parte del territorio dato che nel 75% dei distretti l'attività di coordinamento è prevista in

maniera integrata, essendo individuata con figure professionali appartenenti sia al comparto sociale che a quello sanitario. In 6 distretti il coordinamento è affidato al solo ambito sociale tramite personale del soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali, mentre in 4 distretti la stessa attività è condotta dal personale dell'Azienda Sanitaria. In genere il lavoro di coordinamento impegna circa un terzo del tempo delle figure individuate.

#### Valutazioni sul personale

Le linee guida regionali devono indicare chiaramente l'utilizzo di personale sanitario e di personale sociale dei comuni. L'individuazione delle figure impiegabili nei punti unici non è un passaggio decisivo tenuto conto delle funzioni effettive dei Punti unici. Meglio badare alle abilità informative e pratiche del personale da utilizzare. Sembra comunque prevalere l'utilizzo di amministrativi e assisten-

ti sociali, con una presenza contenuta di infermieri che appare appropriata. Le linee guida regionali nel definire le figure professionali utilizzabili non devono dimenticare la funzione dei PUA che è quella di promuovere e semplificare l'accesso alle prestazioni. I medici ed altri laureati, per esempio, non servono. La valutazione e l'erogazione delle prestazioni, di norma, sono affidate, ad altri organismi. Non sempre le linee guida regionali ne tengono conto.

Altra cosa sono le funzioni di coordinamento che sono necessarie e che dovrebbero essere affidate ad un ruolo dirigenziale ma non a tempo pieno, come una delle funzioni da svolgere insieme ad altre. Il coordinatore deve essere identificato di comune accordo fra il direttore del distretto e il coordinatore di ambito sociale. Il lavoro di direzione può essere svolto direttamente dalle due figure in un lavoro di direzione integrato, ma meglio sarebbe identificare una sola persona, anche a rotazione fra ASL e comuni associati.

## FORMAZIONE

Diverse Regioni hanno giustamente previsto una formazione specifica degli operatori sulla conoscenza relativa alla rete esistente dei servizi, per poter offrire un servizio di informazione ed orientamento adeguato e completo.

Prima di avviare la sperimentazione dei PUA è assolutamente necessario formare gli operatori che se pur portatori di esperienza, spesso proprio di Sportello, sono portatori di conoscenze relative al loro settore ma presumibilmente non conoscono nel dettaglio l'organizzazione e le procedure per l'accesso agli altri servizi.

La formazione degli operatori dovrà seguire un percorso graduale che dovrà accompagnare lo sviluppo graduale delle competenze del PUA. Non si può infatti pensare che sin dalla sua attivazione il PUA sia in grado di fornire tutte le prestazioni per tutti i settori di sua competenza sociali e sociosanitari (quando non anche sanitari).

## SISTEMA INFORMATIVO

La realizzazione di un sistema informativo rappresenta un elemento strategico del PUA, tanto che molte reti telematiche nascono come sistemi unitari di accesso ai servizi tra i diversi enti titolari di funzioni sanitarie, socio-sanitarie e talora anche socio-assistenziali, finalizzate a gestire in modo unico e integrato uno o più percorsi di cura (Bellentani *et al.*, 2008). Ogni sede deve possedere la strumentazione tecnologica necessaria e dovrà garantire il collegamento *on line* fra i servizi della ASL e i servizi sociali dei comuni.

Molte Regioni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Molise, Liguria, Lombardia, Sardegna, Piemonte) sono consapevoli dell'importanza di un valido sistema informativo a supporto del PUA, ciononostante il lavoro da fare è ancora notevolissimo. La Regione Piemonte, che ha realizzato nel 2010 una ricognizione ha verificato che sono solo 17 (il 35 % del totale) gli sportelli che dichiarano di aver avviato il Sistema Informativo, mentre 28 dichiarano che il Sistema Informativo è in fase di analisi (Aress, 2010). Più avanzata sembrerebbe essere la situazione del Veneto dove il Sistema Informativo a supporto dello Sportello integrato sarebbe integrato con quello dei Comuni in 11 AULSS su 21.

Un'ulteriore criticità emersa riguarda il fatto che, a fronte delle urgenze gestionali che vedono in ogni ente (ASL e comune) crescere sistemi informativi aggiuntivi e non comunicanti, si evidenzia la necessità di un governo regionale del settore informativo per ricondurre i molti sistemi all'interno di un unico connettivo, ferme restando le specificità locali (interoperabilità).

## LA GESTIONE INTEGRATA

L'organizzazione e la gestione del PUA comportano il coinvolgimento di ASL e Ambiti/comuni che per quel che riguarda l'accesso ai servizi devono comportarsi, nei punti di accesso, come un corpo unico. Questo significa dover regolare i rapporti fra i due enti in modo adeguato e formale per la gestione unitaria del PUA e per evitare disorganizzazioni e deresponsabilizzazioni. Pertanto, ASL e ambiti sociali dovrebbero sottoscrivere accordi per la gestione integrata dei PUA.

A questo proposito, la maggioranza delle Regioni (Lazio, Liguria, Piemonte, Puglia) ha previsto la stipula di un protocollo di intesa fra ASL e comuni/ambito sociale o l'adozione di un regolamento comune di organizzazione (Sicilia). Solo la Sardegna non fa alcun riferimento alla collaborazione ASL-comuni.

Gli accordi per essere efficaci dovrebbero essere puntuali e dovrebbero definire almeno i seguenti aspetti: sedi, risorse e personale messe a disposizione da ogni ente; organizzazione e competenze dei soggetti della rete PUA; definizione delle prestazioni gestite dai PUA; definizione delle procedure e della modulistica condivisa per l'accesso alle prestazioni; flussi in-

formativi e responsabilità dei nodi della rete PUA; disponibilità di un comune sistema informativo.

## LE PROSPETTIVE

1. Il settore del *welfare* dell'accesso vive una fase di sviluppo e di riorganizzazione. Dopo la fase dell'avvio delle porte sociali, tutto il sistema sta ora evolvendo verso la sperimentazione del Punto unico di accesso (PUA) alle prestazioni sociali e socio-sanitarie, che è il modello più avanzato ma anche più complesso.

Gli elementi non adeguatamente definiti sono ancora numerosi e testimoniati anche dalla mancanza di una terminologia comune utilizzata dalle Regioni. Questa situazione è stata probabilmente alimentata dalla mancanza di indirizzi a livello nazionale per facilitare percorsi di previsione normativa e/o implementazione di nuovi punti unici di accesso (Bellentani *et al.*, 2008).

Tutto questo ha favorito la realizzazione di diversi modelli organizzativi regionali di PUA che si sono differenziati su aspetti davvero importanti come i settori di competenza, le funzioni, l'organizzazione e il *target*. In base alla combinazione di questi elementi chiave derivano tre diversi modelli di PUA (cfr.

tabella 3) che nelle realtà applicative evidenziano ben maggiori differenziazioni.

2. Intanto occorre dire che non tutti gli sportelli sono PUA. Per essere definito Punto unico occorre che il punto di accesso preveda l'organizzazione integrata di comuni e ASL per l'erogazione di un ampio spettro di prestazioni almeno sociali e socio-sanitarie. Se il punto di accesso erogasse solo prestazioni sociali si chiamerebbe Porta sociale e se erogasse solo prestazioni distrettuali si chiamerebbe "Sportello sanitario". Un punto di accesso che accoglie ed istruisce solo le richieste di assistenza domiciliare non è un PUA. È l'ufficio che si occupa di cure domiciliari. Uno sportello che si occupa di un solo servizio da erogare non può essere definito un PUA.

3. In passato ogni nuovo servizio si aggiungeva ai precedenti in una logica incrementale. Il PUA non rientra all'interno di questa logica. Si tratta di una nuova e più complessa organizzazione del lavoro che assorbe e riorganizza risorse e servizi di accesso già esistenti. La complessità è data dal fatto che vengono coinvolte risorse del settore sanitario e del settore sociale. Questo significa che gli attuali sportelli sociali e sanitari con le relative risorse vengono riorganizzati in una logica unitaria dove la fi-

nalizzazione, la flessibilità e l'integrazione diventano le parole chiave per l'attivazione del servizio.

4. La precedente affermazione condiziona anche le funzioni e le attività del PUA che non possono sovrapporsi alle funzioni e alle attività di altri servizi per ragioni di razionalità e di economia. Il PUA è finalizzato essenzialmente all'accoglienza, all'informazione e all'orientamento degli utenti che accedono per la prima volta ai servizi. Fornisce risposte immediate ai bisogni semplici ma per il resto non fa la presa in carico degli utenti, non fa valutazioni multidimensionali, non fa il PAI, non fa assistenza diretta. Per tutte queste cose ci sono servizi e personale apposito. Il PUA accompagna verso il servizio competente. Il PUA è una struttura leggera che orienta ed informa il cittadino che si presenta per la prima volta per servizi sociali e socio-sanitari (ed eventualmente sanitari). Il cittadino ottiene dal PUA le informazioni o le risposte che chiede o, nel caso di necessità di presa in carico, viene avviato verso i servizi competenti (UVM o altro) che si occuperanno di lui. Nella prosecuzione del percorso assistenziale il cittadino non si rivolgerà più al PUA ma direttamente al servizio che lo ha preso in carico. Per questo non può essere il PUA a mo-

| Elementi caratterizzanti     | 1. PUA di attivazione    | 2. PUA di presa in carico   | 3. PUA globale   |
|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--|
| Settori di competenza        | Sociosanitario           | Sociale e sociosanitario    | Sociale, sociosanitario e sanitario                                      |
| Funzioni                     | Accoglienza, attivazione | Presa in carico             | Accoglienza, attivazione   |
| Organizzazione               | Funzionale               | Strutturale                 |  |
| Target                       | Tutti                    | Persone non autosufficienti | Tutti  |
| Modello scelto dalle Regioni | Liguria                  | Toscana                     | Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Lazio, Marche, Molise, Piemonte |

Tabella 3 – Gli elementi caratterizzanti dei vari modelli PUA

nitorare il percorso assistenziale dell'assistito. Sarebbe sbagliato, fuorviante ed assorbirebbe inutilmente risorse importanti.

5. Il PUA è una struttura complessa perché deve erogare prestazioni (anche l'informazione e l'orientamento sono prestazioni) di enti e settori diversi. Difficile pensare che il PUA possa essere in grado di fornire in poco tempo tutte le prestazioni possibili. Si deve ipotizzare un percorso graduale di acquisizione costante di informazioni e competenze atte a permettere l'ampliamento delle prestazioni da erogare. Per fare un esempio: il PUA può cominciare con l'erogazione di servizi riservati ad un certo *target* come per esempio gli anziani e poi, man mano che il PUA si attrezza, aggiungere gradualmente altri settori di intervento come la disabilità, le attività consultoriali ecc. Questo percorso va accompagnato con una formazione specifica per tutto il personale sociale e sanitario del PUA oltre che con la disponibilità degli strumenti informativi ed informatici necessari per la gestione di tutte le situazioni che possono essere prospettate dall'utenza.

6. L'introduzione del PUA assume un reale significato e diventa efficace, per evitare ripetitivi passaggi burocratici, senso di generale frustrazione degli utenti e allungamento dei tempi di attesa, se anche gli altri punti della rete assistenziale perseguono l'effettiva semplificazione dei percorsi amministrativi e la continuità delle cure (Bellentani, 2008).

7. Il PUA richiede uno sforzo che non va sottovalutato sul fronte dell'integrazione istituzionale, gestionale e professionale di dimensioni che difficilmente si sono incontrate nel passato. Richiede una forte corresponsabilità tra le diverse

istituzioni con protocolli programmatici condivisi; un raccordo operativo tra servizi e professionisti che semplifichi il percorso di valutazione e di assistenza ed una modificazione dell'organizzazione del lavoro basata sull'integrazione e condivisione di percorsi assistenziali. Richiede sostanzialmente che si promuova la coesione e la collaborazione effettiva tra gli operatori sociali e sanitari con scambi di ruoli che favoriscano la diffusione delle informazioni richieste dall'utenza su tutti i servizi sociali e sanitari del territorio.

8. L'assenza di linee guida nazionali e, in numerosi casi, la presenza di una normativa regionale di riferimento lacunosa non aiuta a realizzare i PUA. L'elaborazione teorica attorno al nuovo modello organizzativo dell'accesso è ancora inadeguata. Anche laddove si realizzano i PUA, rimane molto ampia la differenziazione fra un'esperienza e l'altra anche all'interno della stessa Regione. Ciononostante il lavoro che le Regioni stanno facendo

su questi temi presenta significativi punti di contatto, pur in assenza di linee guida nazionali. Alcuni aspetti accomunano la maggior parte dei modelli regionali come:

- il livello di integrazione sociale e sanitaria dell'accesso alle cure territoriali;
- la funzione di primo filtro della domanda di assistenza;
- la connessione con l'unità di valutazione multidimensionale e la rete dei servizi e prestazioni.

9. Il PUA richiede un sistema informativo unico, di supporto ai percorsi sociali e sanitari ed una nuova gestione della comunicazione sociale e sanitaria. Strategica diventa la disponibilità di una piattaforma informatica comune fra ASL e Ambito sociale che sia promossa dalla Regione per ricondurre i molti sistemi all'interno di un unico connettivo (interoperabilità). Su questo fronte, purtroppo, pesante è la carenza regionale in materia di indicazioni sulle ICT, fondamentali per gestire in modo coordinato ed integrato le prestazioni PUA.



1] Oltre ai dati già forniti di Toscana, Piemonte e Veneto basati su report regionali formali, prendiamo atto che le seguenti Regioni hanno comunicato l'attivazione dei seguenti Punti unici: Abruzzo 11, Campania 1; Bolzano 25; Lazio 20; Basilicata 11; Puglia 20; Molise 9 e Liguria 15 (Voller, 2009). Nel complesso fanno 432 punti unici.

### Bibliografia

ARESS, *L'esperienza piemontese degli Sportelli unici di accesso ai servizi distrettuali*, Torino, 2010.

BELLENTANI M.D., DAMIANI G., RONCONI A., CATANIA S., BUGLIARI ARMINIO L., *Report dell'indagine*, "I quaderni di Monitor", 8° supplemento al n. 27 di "Monitor" (La rete dei distretti sanitari in Italia), 2011.

BELLENTANI M.D., SIMONETTI R., GUGLIEMI E.L., *Il punto unico di accesso: scelte regionali*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 12/2009.

BELLENTANI M.D., INGLESE S.A., BANCHERO A., *Punto unico di accesso i risultati della ricerca*, *I quaderni di Monitor*, 2° supplemento al n. 21 di "Monitor", 2008.

DEVASTATO G., *La porta unica d'accesso*, Progetto di ricerca promosso dal Ministero del welfare dal titolo "Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti", 2010, [http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/md/AreaSociale/Disabilita/Studi\\_Ricerche/](http://www.lavoro.gov.it/Lavoro/md/AreaSociale/Disabilita/Studi_Ricerche/)

PESARESI F., *La porta sociale: le tendenze in Italia*, in "Prospettive sociali e sanitarie", n. 18/2008.

PESARESI F., *Le funzioni dei Punti unici di accesso (PUA)*, in "Welfare Oggi", n. 1/2013.

VOLLER F., *Presenza e attivazione PUA per persone con disabilità nelle regioni italiane*, ARS Toscana, [www.ars.toscana.it](http://www.ars.toscana.it)

*L'elenco della normativa nazionale e regionale di riferimento può essere scaricato dal sito <http://preview.periodicimaggioli.it/browse.do?id=24> oppure richiesta all'autore (e-mail: [fpesaresi@tin.it](mailto:fpesaresi@tin.it)).*

# L'INTEGRAZIONE SOCIALE REALIZZATA ATTRAVERSO IL LAVORO

Roberto Di Monaco \*, Silvia Pilutti \*\*

*Proposte di innovazione da uno studio di caso nell'area metropolitana torinese*

## COME INNOVARE LE POLITICHE DEL LAVORO NELLE CITTÀ?

Per molti anni le politiche di integrazione lavorativa delle città<sup>1</sup> hanno considerato una gamma piuttosto ampia di tipologie di intervento: gestione di servizi per il lavoro (sportelli e servizi per disoccupati e per l'auto-imprenditorialità); gestione di interventi a carattere prevalentemente sociale per soggetti difficilmente occupabili (integrazione al reddito, cantieri lavoro, tirocini e borse); supporto a politiche di carattere nazionale (anticipo CIG); promozione e partecipazione a progetti e interventi, di natura molto varia, dal livello cittadino a quello europeo, per la realizzazione di attività di orientamento, formazione e inserimento lavorativo, alcuni di essi con aspetti innovativi.

Queste politiche sono state analiz-

zate, nel caso studio torinese, dal punto di vista della possibilità da parte dei soggetti in situazione di svantaggio sociale di stabilizzarsi nel lavoro regolare (figura 1). Infatti, per queste persone con scarso potere contrattuale ed elevata fragilità sociale, è maggiore il rischio di accedere e dover accettare il lavoro irregolare e/o precario, oppure quello dichiaratamente protetto, anche se numericamente marginale.

La cooperazione sociale di tipo B rappresenta un contesto importante perché mira ad offrire occupazioni "regolari", sia dal punto di vista della relazione di lavoro, sia dal punto di vista della posizione dell'impresa sul mercato, e a creare percorsi lavorativi più "leggeri" e personalizzati in grado di essere retti da chi, per la propria situazione di fragilità e di disagio, avrebbe difficoltà ad instaurare un rapporto di lavoro vero e proprio. Tutta-

\*] Insegna Sociologia dell'organizzazione presso la facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Torino. Ha diretto dal 1994 al 2007 varie Istituzioni di ricerca e progetti internazionali, nell'area delle politiche del lavoro, dello sviluppo locale e della salute.

\*\*] Ricercatrice, sociologa, ha coordinato strutture e progetti di ricerca sociale e del lavoro. Ha fondato e dirige la società Prospettive sas – ricerca socio-economica di Torino, che svolge analisi e consulenza, con particolare attenzione alle problematiche di genere e alla dimensione territoriale.

via, anche all'interno della cooperazione sociale bisogna distinguere e fare attenzione tra: quelle che promuovono e valorizzano la persona offrendo tutorato, accompagnamento sociale adeguato al tipo e alla gravità dello svantaggio, investimento formativo e professionale, coinvolgimento nell'impresa, responsabilizzazione, altri servizi di socializzazione e di *welfare*; quelle che propongono lavoro ai confini dell'irregolarità attraverso retribuzioni minime, cattive condizioni di lavoro, elevata precarietà, nessun investimento professionale o formativo, bassa partecipazione, ecc.; oppure quelle che si avvicinano molto al lavoro protetto (prevalenza della dimensione assistenziale, scarsa possibilità di uscita, di apprendimento, ecc.).

Dunque, a prescindere dalla gestione diretta o meno di servizi per il lavoro da parte della Città, il problema strategico per le politiche di integrazione consiste nel favorire transiti verso il lavoro regolare, riducendo gli spazi per quello irregolare, utilizzando il lavoro protetto solo nelle situazioni in cui non è possibile fare diversamente e valorizzando al massimo quell'area di cooperazione dove il lavoro costituisce un'esperienza qualificante per le persone, un passo nella direzione dell'autonomia e della libertà attraverso il lavoro.

**FAR CRESCERE LE PERSONE È L'OBIETTIVO STRATEGICO. CON QUALI STRUMENTI?**

L'analisi delle politiche attuate nell'area torinese ha consentito di individuare due livelli di azione rilevanti. Il primo riguarda la necessità da parte delle politiche ordinarie (non è sufficiente intervenire solo tramite progetti) di sviluppa-

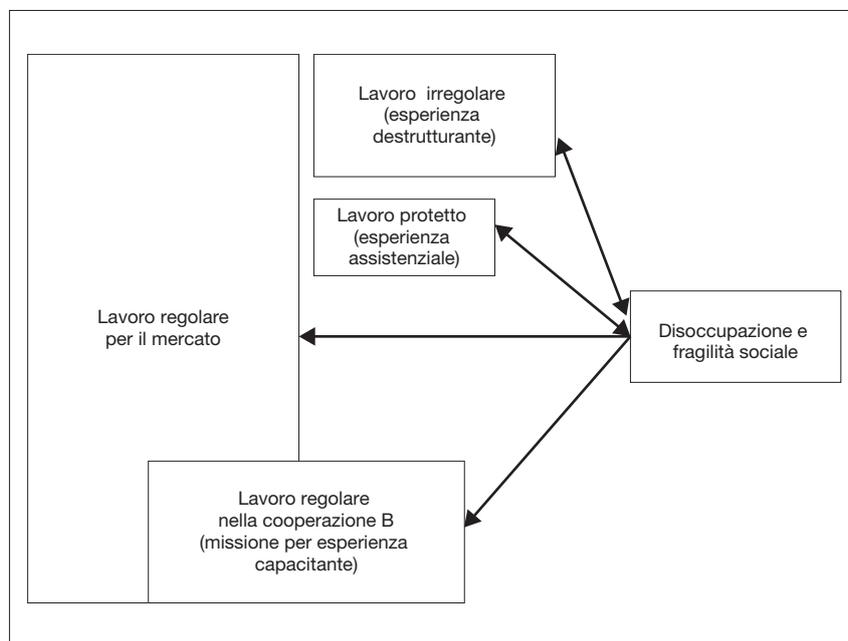


Figura 1 – Schema del rapporto tra condizioni rispetto all'occupazione e strategie di potenziamento dell'integrazione sociale nel medio-lungo periodo

re integrazione tra inserimento lavorativo e supporto sociale, a partire dall'azione dei servizi pubblici per il lavoro e di tutti gli altri soggetti autorizzati a operare nel campo delle politiche attive per l'occupazione. A seconda dei destinatari (disabili, ex detenuti, ex tossicodipendenti, madri sole con figli, immigrati, ecc.) è fondamentale infatti l'integrazione tra le azioni socio-assistenziali e i percorsi di inserimento nel mondo del lavoro.

Uno spazio strategico, in questo campo, è occupato proprio dalla cooperazione sociale, perché offre alle persone occasioni di lavoro regolare personalizzate che favoriscono sviluppo umano e professionale. Accanto alle cooperative ci sono anche altri soggetti che possono svolgere questa funzione, attraverso progetti specifici come ad esempio, associazioni, onlus, imprese attente alla gestione delle risorse umane e con *mission* centrate su finalità sociali, ambiti pubblici di impiego, ecc.

Un aspetto fondamentale che non deve sfuggire: per costruire integrazione a partire dal lavoro con persone per vari motivi non immediatamente inseribili in impresa, servono contesti lavorativi in grado di favorire lo sviluppo concreto di esperienze capacitanti, ovvero in grado di accrescere le capacità delle persone, rendendo loro più facile l'ingresso nel lavoro regolare.

Integrazione in questo caso vuol dire certamente organizzazione delle attività e delle risorse dei servizi sociali in modo il più possibile funzionale, rapido ed efficace nell'accompagnamento delle persone verso il lavoro regolare per il mercato. Ma vuol dire soprattutto sviluppo di tutte le opportunità di regolazione che si possono muovere in questa direzione nell'ambito delle diverse politiche della Città (appalti, mobilità, gestione del territorio e della comunità, ecc.), e delle relazioni con gli attori coinvolti (imprese e loro organizza-

zioni, amministrazioni pubbliche, associazionismo, ecc.), usando in modo coerente e collaterale a queste strategie i sussidi e i servizi, promuovendo politiche di conciliazione (per esempio, per le madri sole), costruendo specifici servizi di *welfare* rivolti a questi destinatari.

Secondo questa prospettiva, dunque, l'obiettivo dell'amministrazione comunale va molto oltre i confini delle attività di inserimento lavorativo tradizionalmente gestite dalla città ed esige un ripensamento delle strategie di connessione tra politiche attive e assistenziali. Un ostacolo a questa impostazione deriva dalla mancanza di una regia nazionale delle politiche attive da parte dei servizi pubblici per il lavoro e un altrettanto chiaro quadro di strumenti di attivazione e sostegno temporaneo alle difficoltà di inserimento, distinti dalle attività di carattere socio-assistenziale. Come è noto, questi sono aspetti sui quali la recente riforma del lavoro (l. 92/2012) si è limitata a riproporre formalmente le consolidate pratiche di intervento che, secondo vari studi (ad esempio i rapporti ISFOL), hanno mostrato scarse capacità di incidere sulla condizione delle persone.

### CREARE E PROMUOVERE CONTESTI 'CAPACITANTI'

Un secondo livello di azione riguarda la crescita del potenziale di capacitazione delle esperienze e dei contesti di inserimento lavorativo. Questo filone pone l'attenzione sulla qualità delle esperienze che richiede strumenti specifici e orienta utilmente le strategie di gestione degli inserimenti. Anche in questo caso la città deve scegliere tra una vasta gamma di possi-

bilità per promuovere i processi di inserimento lavorativo. Si impone, dunque, la necessità di studiare le condizioni che nell'attuale mercato del lavoro possono creare migliore integrazione socio-lavorativa e che possono essere sostenute con azioni della città. Occorre anche sviluppare strumenti per distinguere i diversi contesti di inserimento lavorativo e misurare a posteriori la capacità effettiva di incrementare l'autonomia sociale e professionale delle persone.

Solo così, in un'ottica di medio periodo, è possibile iniziare a individuare, attraverso i sistemi di valutazione per l'assegnazione delle risorse, i *rating* dei soggetti e dei percorsi che sono in grado di contribuire maggiormente all'integrazione e sono capaci di operare in modo più efficace, oltre che più efficiente, per l'autonomia delle persone. Per definizione, si tratta di un campo molto ampio, di cui non siamo in grado di definire i confini, all'interno del quale questo lavoro si limita ad utilizzare alcune esperienze esistenti, con l'obiettivo di metterne in evidenza la logica, nella convinzione che sia possibile estenderne la portata e individuare spazi di innovazione 'di sistema'.

### IL CASO DELLA COOPERAZIONE SOCIALE ECCELLENTE

Gli interventi che utilizzano la leva dell'inserimento lavorativo dovrebbero essere in grado di non produrre dipendenza dalla politica stessa, ma di mettere le persone in condizioni di utilizzare il lavoro come normale canale per il conseguimento di autonomia. La sfida consiste nel riuscire a sostenere le persone fragili nel trovare e nel

mantenere il lavoro con le proprie capacità, ponendo in atto azioni tali da non falsare la normale relazione tra la persona e il lavoro. Assume quindi un rilievo centrale la 'capacitazione' della persona, che diventa progressivamente in grado di gestire con le proprie forze le problematiche del lavoro.

Il contesto di lavoro rappresenta l'ambiente sociale e il sistema culturale e di relazioni in cui la persona viene inserita. Quali sono i meccanismi attraverso cui il microcontesto lavorativo produce integrazione sociale? Per approfondire attingiamo ad uno studio condotto di recente su un'importante cooperativa sociale di Torino<sup>2</sup>.

Sono tre gli aspetti cruciali, per qualificare l'esperienza di ingresso nel lavoro, prima ancora che l'inserimento venga attuato: il tipo di lavoro, la cultura organizzativa del contesto in cui il lavoro viene svolto e la scelta dell'azienda rispetto agli investimenti in selezione del personale e/o formazione e crescita del medesimo (figura 2).

Il tipo di lavoro è rilevante per due aspetti: 1) lo spazio che fornisce per l'attivazione di competenze di tipo cognitivo e relazionale e, quindi, per la gestione di margini di autonomia e responsabilità; 2) il tipo di riconoscimento sociale che ha e, quindi, l'immagine sociale che restituisce alla persona che lo svolge. Entrambi si ritrovano nelle esperienze eccellenti di cooperazione sociale, ma occorre sottolineare che il punto qualificante di questa lettura non è la classificazione dei lavori in due categorie – adeguati o non adeguati ad attivare competenze e a stimolare un riconoscimento sociale positivo – ma il prendere atto che la gran parte dei lavori operativi (ad esempio raccogliere rifiuti, fare pulizie,

|   |       |  |  |
|---|-------|--|--|
|   |       | Sovra investimento relazionale<br>favorire l'auto-riconoscimento interno-esterno |  |
|   |       | Basso  | Alto   |
| Sovra-investimento<br>organizzativo<br>favorire l'investimento<br>delle persone | Alto  | Imprese <i>profit</i><br>innovative  | Cooperative sociali eccellenti<br>in ambiti concorrenziali |
|   | Basso | Lavoro in ambiti<br>non concorrenziali<br>Imprese <i>profit</i> tradizionali     | Laboratorio protetto                                       |

Figura 2 – Coordinate organizzative per la crescita professionale nel lavoro

curare il verde pubblico, produrre manufatti a macchina, ecc.) si colloca in “un’area grigia” e la funzione che svolgono nei confronti delle persone dipende sostanzialmente dal modo in cui vengono proposti e interpretati dall’azienda.

Questa affermazione conduce al secondo aspetto, che riguarda le caratteristiche del contesto organizzativo. È una cultura organizzativa improntata sulla valorizzazione del contributo delle persone, sulla creazione di strategie e strumenti orientati al miglioramento continuo, attraverso la mobilitazione del

personale operativo, che può rendere capacitanti i lavori dell’“area grigia”, cambiando sia il senso soggettivamente attribuito al lavoro da chi lo svolge, sia il valore sociale riconosciuto da chi lo guarda dall’esterno.

Il terzo punto individua una specificità della cooperazione sociale e, in particolare, delle modalità con cui viene declinato l’inserimento lavorativo. Mentre in genere le aziende, in ragione del livello di competenze cognitive e relazionali che ritengono necessario per lo svolgimento dei ruoli ope-

rativi, alzano progressivamente la soglia utilizzata per la selezione in ingresso, la cooperazione sociale eccellente può produrre intenzionalmente uno scarto, che consiste nel mantenere abbastanza bassa la soglia dei requisiti di competenze cognitive e relazionali richieste, proprio perché ha l’obiettivo di favorire l’ingresso di persone che, in ragione della loro situazione, hanno notevoli difficoltà nello svolgimento delle prestazioni di lavoro, sia dal punto di vista dell’efficienza, sia dal punto di vista della gestione degli spazi di autonomia e di relazione. Questa scelta, coerente con la missione, crea, immediatamente dopo, la necessità di un investimento del tutto straordinario nei processi di accompagnamento, formazione e sviluppo del personale.

**IL SENSO DEL LAVORO  
COME ESPERIENZA  
LIBERANTE**

Questa impostazione è antitetica all’idea che per le persone in si-



LETTURE...

tuazione di fragilità vadano creati posti di lavoro speciali, come se tali soggetti avessero *deficit* incolmabili e fossero privi di potenzialità. Si parte dal presupposto che siano presenti molte risorse, ma che il percorso di attivazione, considerato l'effetto frenante delle esperienze pregresse, debba essere attentamente curato e sostenuto. La condizione fondamentale, tutt'altro che scontata, è la disponibilità della persona a mettersi in gioco ed è, infatti, questo l'elemento che il processo di selezione deve mettere sotto osservazione.

In questo caso per costruire appartenenza non si utilizza una leva ideologica (sistema di valori calati dall'alto), ma culturale, in senso proprio, perché chi lavora nell'organizzazione coglie la corrispondenza tra i valori che arrivano dall'alto e quelli che si sperimentano nel lavoro quotidiano, tra l'immagine con cui ci si presenta all'esterno e il modo con cui ci si misura e ci si orienta all'interno.

Così si tenta di tradurre in pratica un ambizioso traguardo per le organizzazioni, ovvero la saldatura tra il lavoro concreto quotidiano ed il senso che gli si attribuisce. Inoltre, si coglie la dimensione sociale di questo processo: infatti, l'attribuzione di senso ad un'attività pratica di lavoro non è mai solo un conseguimento individuale, ma scaturisce dall'interazione con le altre persone con cui si lavora e per cui si lavora. Per questo, soprattutto nella produzione di servizi, come un'ampia letteratura sottolinea, il miglioramento della qualità del servizio e del lavoro non può prescindere da una relazione costruttiva e dotata di senso tra i lavoratori, che cooperano nell'organizzazione, e tra i medesimi lavoratori e i clienti, che sono ine-

### Promuovere lavoro regolare per sviluppare nuove politiche

Vediamo brevemente tre esempi di politiche della città sperimentate negli ultimi anni, che si caratterizzano per una prospettiva di intervento di tipo strutturale che va oltre la collocazione al lavoro e si pone obiettivi di integrazione tra politiche e di qualità nel lavoro.

Il primo esempio riguarda gli appalti pubblici. Il Comune di Torino, secondo il *Regolamento 307*, destina almeno il 3% dell'importo complessivo degli affidamenti a terzi per la fornitura di beni e servizi a soggetti che provvedano all'inserimento lavorativo di persone svantaggiate e disabili. La misura consente quindi di finalizzare la normale spesa degli appalti pubblici anche ad una funzione di integrazione, attraverso un'attenta regolazione degli appalti e del modo con cui l'onere di assunzione di persone con svantaggi viene proposto alle imprese concorrenti. Sotto il profilo delle politiche pubbliche, l'investimento in regolazione mira a ridurre altri capitoli di spesa pubblica, dedicati all'assistenza sociale, liberando le persone dalla dipendenza.

Il secondo esempio riguarda la riqualificazione del *welfare*. La città di Torino fin dall'inizio del 2000 si è attivata per la *sperimentazione di servizi integrati di assistenza familiare*, rivolti alle famiglie e agli assistenti familiari domiciliari, attraverso la formazione delle assistenti familiari, l'istituzione di un albo, le azioni per favorire l'emersione dal nero (*voucher* per le famiglie) e l'offerta di servizi a prezzi calmierati, che includono interventi di carattere organizzativo per favorire l'incontro tra domanda e offerta (analisi dei bisogni, servizi di selezione, ecc.). La città ha creato una rete territoriale, con associazioni e organizzazioni attive sul territorio, ha affidato un ruolo operativo ad una importante società di lavoro interinale, nel quadro di una *partnership* con numerosi attori pubblici e privati. In questo caso la politica pubblica mira a rispondere a bisogni di assistenza (delle famiglie e degli anziani), creando contemporaneamente lavoro e strategie per svilupparne la qualità, nell'interesse di tutti i soggetti coinvolti.

Il terzo esempio si riferisce alle misure di contrasto della crisi occupazionale, che hanno utilizzato il *lavoro accessorio*. Il progetto del Comune di Torino "Reciproca solidarietà e lavoro accessorio" coinvolge enti *non profit*. I destinatari finali possono essere lavoratori in cassa integrazione, in mobilità o disoccupati, che percepiscono o meno un'indennità, e giovani sotto i 25 anni, studenti o inoccupati. È stato sottoscritto un accordo, tra comune e Compagnia di San Paolo, che impegna il comune a identificare i beneficiari delle azioni, in reale situazione di disagio, i committenti e le azioni da attivare, coinvolgendo associazioni ed enti senza fine di lucro per raccogliere disponibilità ed idee sugli ambiti di intervento. Con essi vengono condivisi organizzazione, monitoraggio e valutazione del progetto. La particolarità dell'esperienza consiste nell'utilizzare un istituto previsto da una legge nazionale, associando la funzione di sostegno al reddito (assistenziale) a quella di costruzione di identità, senso del lavoro e relazioni di rete (capacitanti), che derivano dal contesto sociale in cui le persone sono inserite e dai compiti di interesse collettivo su cui vengono coinvolte, che producono risultati tangibili, motivanti e socialmente riconosciuti.

In queste esperienze, dunque, si mette in gioco il ruolo della città per creare inserimenti lavorativi dove l'integrazione tra politiche, il contenuto dell'attività e il contesto in cui si svolge sono elementi qualificanti.

vitabilmente coinvolti nella produzione del servizio.

A ben vedere, quindi, bisogna andare oltre la scissione che spesso emerge nei discorsi sugli inserimenti lavorativi tra questioni che riguardano la produttività del lavoro e i vincoli economici e organizzativi della produzione da un lato e questioni che riguardano i rapporti sociali e l'appartenenza dall'altro. In realtà, è intorno agli obiettivi organizzativi e al lavoro concreto che ne deriva che occorre costruire un senso, allo stesso tempo 'produttivo' e 'sociale'; essi diventano l'ancoraggio, l'oggetto di lavoro, su cui convergono gli investimenti dell'organizzazione e gli investimenti delle persone.

È la visione ragionevole ed equilibrata dello scambio tra persona e organizzazione, intorno agli obiettivi del lavoro concreto, che allontana il rischio di assistenzialismo e passività delle persone e che le rende capaci di investimenti, in un quadro di autodeterminazione delle proprie prospettive e anche di riscatto. Questo vale non solo per chi esce da condizioni di svantaggio, ma vale per tutti.

In una fase storica in cui si riducono drasticamente le risorse per l'assistenza e cresce l'esigenza di miglioramenti sistemici delle politiche sociali, è importante interrogarsi di più sull'impatto delle politiche di regolazione e sulle responsabilità che si assume chi non lavora per svilupparle.

1] Il caso-studio su cui si basa quest'articolo è riferito alla città di Torino. Per una trattazione più approfondita si rimanda a ROBERTO DI MONACO, SILVIA PILUTTI, *Lavorare senza crescere*, Aracne Editrice, 2012.

2] R. DI MONACO (2010), *L'autonomia possibile. Culture organizzative e lavoro in rete*, in "Animazione sociale", vol. 24/2010.

## HOUSING SOCIALE A SENIGALLIA

Lucio Cimarelli \*

*L'autocostruzione è una metodologia edilizia nella quale gli stessi futuri proprietari degli alloggi sono anche gli artefici della costruzione materiale*

### LO SCENARIO SOCIALE

Chi da molti anni si occupa di *welfare* è abituato ad associare il concetto di vulnerabilità a gruppi sociali ben definiti, quali – ad esempio – disabilità, patologia psichiatrica, dipendenze patologiche, minori a rischio, anziani soli, ecc. Ciò deriva dal fatto che nei decenni precedenti, in particolare nel trentennio che va dagli inizi degli anni '70 sino alla fine degli anni '90 del Novecento, sono emersi nuovi bisogni, diversi dalla tradizionale indigenza economica, che sembrava ormai superata; si assisteva all'emersione di bisogni inediti legati alla rivendicazione di diritti come l'integrazione sociale o l'inclusione lavorativa, legati, ad esempio, al processo di deistituzionalizzazione manicomiale e di reinserimento sui territori, avvenuto grazie alla promulgazione della Legge Basaglia<sup>1</sup>.

Negli ultimi otto-dieci anni questo scenario è andato rapidamente cambiando: a partire dal 2003-2004 i dati hanno cominciato a mostrarci un progressivo ritorno di forme di povertà economica, come

non si vedeva da decenni. Abbiamo assistito ad una crescente polarizzazione della società italiana che è andata configurandosi secondo un modello a clessidra, con una sempre maggior concentrazione della ricchezza nelle mani di pochi ed il contemporaneo smottamento di intere fasce di ceti medio verso i livelli inferiori. Il 13 dicembre 2012 la Banca d'Italia ha pubblicato l'annuale *report* sulla *Ricchezza delle Famiglie Italiane* in cui certifica che:

- il 10% della popolazione italiana concentra nelle proprie mani il 45,9% della ricchezza nazionale;
- il 50% più povero dispone soltanto del 9,4%.

Le analisi storiche mostrano che nei due decenni che vanno all'incirca dal 1974 al 1994 si è avuta una buona distribuzione della ricchezza, mentre nel periodo successivo si è verificata una progressiva concentrazione nelle mani di pochi, con conseguente impoverimento del ceto medio.

Nel medesimo arco temporale il costo delle abitazioni e delle locazioni ha subito un costante au-

\*] Presidente del "Consorzio Solidarietà" Consorzio di Cooperative Sociali – ONLUS.

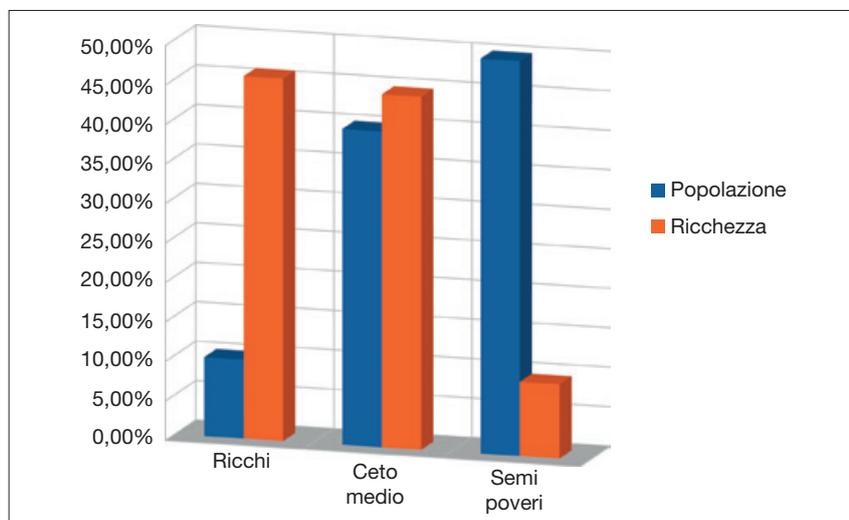


Grafico 1 – In Italia, la ricchezza è concentrata in meno del 10% della popolazione

mento, ed una crescente incidenza sui redditi delle famiglie. Oggi la condizione abitativa (avere o non avere una casa) rappresenta una delle variabili più significative nel determinare fenomeni di disagio e di vulnerabilità sociale. La condizione abitativa, unita alla precarietà lavorativa, alle fragilità dei nuclei familiari, alla rottura delle reti informali di solidarietà, rappresenta og-

gi un *mix* potenzialmente esplosivo rispetto al passato.

Cambiando i bisogni dei cittadini, debbono necessariamente adeguarsi anche le risposte ed è sulla scorta di queste riflessioni che a partire dal 2008 abbiamo iniziato ad occuparci di politiche abitative come misura di contrasto alla fragilità sociale, ritenendo che autocostruzione, auto recupero e

*co-housing* possano rappresentare dei percorsi plausibili, delle possibili risposte al problema abitativo, proponendosi come una politica attiva per la casa.

## NARRAZIONE DI UN'ESPERIENZA

Il progetto prese avvio nel 2007 su iniziativa della Provincia di Ancona a cui furono assegnate delle risorse, dall'allora Ministero della solidarietà sociale, per la realizzazione di un progetto di inclusione sociale che prevedesse un intervento di autocostruzione a favore di lavoratori italiani e immigrati, riuniti in cooperativa edilizia. Il *target* era costituito da quella fascia di popolazione, troppo ricca per accedere alla casa popolare, ma troppo povera per acquistare a prezzi di mercato. Il progetto fu denominato *Le mani, per vivere insieme*; ad esso aderì anche il Comune di Senigallia, avendo individuato un'area su cui realizzare le case.

Al Consorzio Solidarietà ed al Consorzio ABN fu affidata la responsabilità della gestione dell'intero progetto, in qualità di soggetto gestore: con lungimiranza la Provincia di Ancona, nell'effettuare questa scelta, si orientò verso la cooperazione sociale piuttosto che verso professionisti nel settore edile (ingegneri, geometri, tecnici, ecc.). Con il senno del poi si può affermare che si è trattato di un'intuizione determinante, perché la buona riuscita del progetto ha richiesto la capacità di gestire e guidare dinamiche anche complesse e potenzialmente esplosive: far lavorare in un cantiere edile persone inesperte; amalgamare culture, tradizioni etnie profondamente diverse e con una rappresentazione sociale del concetto di casa mol-



Figura 1 – Immagine del cantiere in fase di ultimazione

**Cos'è l'autocostruzione**

L'Italia è uno dei Paesi in cui la proprietà della propria casa di abitazione è percentualmente più diffusa. Si può dire che i pochi che non possiedono ancora una casa aspirano a diventare proprietari.

Ma, mentre in passato era facile per una giovane famiglia esaudire questo sogno, oggi, a causa della riduzione del potere d'acquisto, comprare una casa è diventato un passo molto più difficile da compiere.

Ci sono poi alcuni nuclei familiari a basso reddito, con lavoro precario, per i quali la casa di proprietà costituisce addirittura un miraggio e anche il mercato degli affitti è poco accessibile, tanto più in questo periodo in cui la situazione economica rende ancora più difficile l'acquisto o la costruzione degli immobili.

Una risposta a queste problematiche è costituita dalla cosiddetta autocostruzione edilizia, già diffusa in molti Paesi europei, tanto che in Irlanda viene addirittura regolata da una legge dello Stato, che sta prendendo piede in questi ultimi anni nel nostro Paese.

L'autocostruzione edilizia è una metodologia edilizia in cui gli stessi futuri proprietari degli alloggi sono anche gli artefici della costruzione materiale.

In questo modo si dà la possibilità a chiunque di costruire la propria casa, anche con tecniche di edilizia avanzata, riuscendo ad ottenere un abbattimento dei costi fino al 60%.

Il cantiere autogestito prevede che varie famiglie si riuniscano in gruppi organizzati, diretti e seguiti nei lavori da personale professionale costituito da tecnici abilitati ed esperti.

Ogni componente del nucleo familiare può diventare, così, un operaio qualificato, e costruire la propria casa con tecniche molto progredite, impiegando non più di mille ore in due anni.

Solitamente il cittadino costruttore impiega a questo scopo i fine settimana e il tempo libero in genere.

Ogni famiglia dovrà contribuire alla costruzione di tutti gli alloggi che, solo alla fine, saranno singolarmente attribuiti, favorendo così la solidarietà e i rapporti sociali, che preluderanno a futuri buoni rapporti di vicinato.

Questo tipo di iniziativa ha infatti anche un'importante finalità sociale, perché rappresenta un modo di dare aiuto, attraverso il lavoro cooperativo, a persone in difficoltà, favorendo la convivenza pacifica tra cittadini di diversa provenienza etnica, religiosa e culturale, perché molti nuclei familiari sono costituiti da stranieri che lavorano in Italia.

Dal punto di vista economico bisogna fare ricorso al sostegno di banche sensibili a questo tipo di progetto e disposte a concedere mutui agevolati.

Un vantaggio è che il mutuo si inizia a pagare a lavori conclusi, quando le famiglie hanno preso ormai possesso delle rispettive abitazioni.

Molti amministrazioni locali in Italia stanno favorendo questo processo, con indubbi vantaggi, visto che ciò consentirà loro un notevole risparmio sugli investimenti per l'edilizia popolare.

*Arch. Carmen Granata, tratto da [www.lavoriincasa.it](http://www.lavoriincasa.it)*

to differente; far finanziare persone senza "beni al sole"; strutturare un meccanismo finanziario che evitasse la necessità di versare anticipi e consentisse di iniziare a versare la rata del mutuo solo dopo essere entrati in casa e aver smesso di pagare il precedente canone di locazione; guidare gli auto costruttori nella gestione sociale ed

amministrativa della cooperativa; attivare processi di progettazione partecipata... l'elenco potrebbe allungarsi, ma per necessità di sintesi è sufficiente ribadire che le competenze sociali si sono rivelate fondamentali per il buon esito del progetto.

In linea generale il progetto prevedeva due macro obiettivi:

- soddisfare il bisogno abitativo di cittadini immigrati ed autoctoni in situazione di disagio abitativo, attraverso un progetto di autocostruzione associata ed assistita che permettesse la realizzazione di alloggi a basso costo, attraverso l'apporto di lavoro manuale dei futuri proprietari, costituiti in cooperativa edilizia;
- favorire la convivenza *inter* etnica all'interno del gruppo di auto costruttori e tra questo e gli abitanti del quartiere di realizzazione dell'intervento.

Assunta la direzione del progetto, tra le prime scelte effettuate da Consorzio Solidarietà e Consorzio ABN si evidenziano: l'individuazione di Banca Etica quale partner finanziario che ha concesso un mutuo di € 2.700.000,00 per l'acquisto del terreno e l'edificazione delle case; l'avvio di un tavolo operativo unitamente alla Provincia di Ancona ed al Comune di Senigallia per la scrittura del bando necessario all'individuazione degli auto costruttori; l'attivazione di uno sportello informativo sull'autocostruzione; la realizzazione di due corsi per la formazione di *mediatori di cantiere per operatori della facilitazione culturale e di tecnici esperti in progettazione e direzione dei lavori per edilizia in autocostruzione.*

Successivamente si è proceduto alla selezione degli auto costruttori, alla costituzione della cooperativa ed all'avvio del cantiere; sono state selezionate 20 famiglie (10 comunitarie e 10 extracomunitarie) ognuna delle quali ha lavorato per circa 800 ore in cantiere, partecipando al processo di costruzione della propria abitazione. Ogni auto costruttore ha lavorato su tutti i venti appartamenti perché, sino

### Non esiste una normativa nazionale in merito all'autocostruzione

Manca un quadro normativo nazionale che in modo compiuto ed organico definisca regole, modalità e strumenti dell'edificazione in autocostruzione. Questo vuoto legislativo rallenta la transizione a sistema. È evidente che, nel rispetto delle competenze regionali in materia urbanistica, solo un quadro normativo nazionale potrebbe consentire di accreditare finalmente l'autocostruzione come una pratica che può, accanto e insieme a quelle tradizionali, contribuire a risolvere il problema della casa per i meno abbienti.

Esiste una proposta di legge nazionale n. 3112 del 3 ottobre 2007: "Fondo per l'erogazione di contributi in favore dei soggetti che intendono provvedere, attraverso la partecipazione a società cooperative, alla costruzione della loro prima casa".

Proposte di legge regionali:

- Lombardia (2006)
- Piemonte (2006)
- Umbria (2007)
- Emilia-Romagna (2007)
- Veneto (2007)
- Basilicata (2011)

alla chiusura del cantiere, nessuno sapeva quale sarebbe stata la propria abitazione (sono state estratte a sorte). Il lavoro in cantiere si è sommato all'impiego professionale e quindi i turni di presenza sono stati pianificati durante i periodi liberi dal lavoro e durante le ferie, sempre sotto la guida di personale specializzato: mediatori culturali, tecnici di cantiere, muratori ed operai della cooperativa sociale Corinzi 13.

Il costo sostenuto per l'acquisto degli alloggi è stato di:

- € 149.621,71 – pari a € 1.289,84 al metro quadro – per l'appartamento m<sup>2</sup> 116 lordi;
- € 139.475,70 – pari a € 1.354,13 al metro quadro – per l'appartamento m<sup>2</sup> 103 lordi;
- € 105.874,38 – pari a € 1.628,84 al metro quadro – per l'appartamento m<sup>2</sup> 65 lordi;

sono case di qualità elevata anche dal punto di vista energetico: Classe B – Itaca 2.2.

Sotto il profilo professionale gli auto costruttori sono impiegati, infer-

mieri, operatori sanitari, poliziotti, carabinieri, casalinghe, camerieri, pizzaioli, elettricisti, operai, artigiani, parrucchieri e commercianti, provengono da tre continenti: Europa, Asia e Africa e sono di sette

nazionalità diverse: italiana, polacca, cinese, iraniana, albanese, algerina e ucraina.

### VALUTAZIONE DI UN'ESPERIENZA

Oggi il progetto è sostanzialmente concluso: nei primi giorni di dicembre 2012 gli auto costruttori sono entrati nelle case ed hanno cominciato ad abitarle; si stanno ora perfezionando le ultime operazioni burocratiche.

L'esperienza è stata molto faticosa, ma il giudizio è assolutamente positivo: tutti gli obiettivi sono stati raggiunti ed abbiamo ricevuto il plauso e l'apprezzamento anche di chi, inizialmente, scommetteva sul fallimento dell'iniziativa.

Le principali criticità incontrate sono raggruppabili in tre macrocategorie:

- innovatività e sperimentali del progetto: la scarsità di precedenti significativi cui ispirarsi e



Figura 2 – Cartello di cantiere

la necessità di mettere a punto *ex novo* un modello ha reso più difficoltose alcune fasi del processo;

- ricerca di auto costruttori che rispondessero ai requisiti del bando (fragilità sociale) e che avessero, contemporaneamente, la capacità economica di contrarre e rimborsare il mutuo;
- gestione delle dinamiche di gruppo e delle preoccupazioni derivanti dal fatto di mettere in gioco le proprie speranze, le proprie certezze, i propri risparmi, la propria famiglia;
- gestione delle scelte comuni dove hanno dovuto trovare una sintesi gusti estetici, esigenze pratiche e scelte tecniche.

Tutto questo, letto oggi in maniera retrospettiva, può apparire semplice, ma nel momento in cui veniva vissuto, metteva in moto delle dinamiche sociali e di gruppo molto complesse e talvolta anche conflittuali che hanno richiesto l'impiego di molte competenze e risorse. Le positività sono davvero tante: aver permesso l'acquisto di una casa a cittadini che, in altro modo, non sarebbero riusciti ad aver-

### L'autocostruzione in pillole

Negli ultimi anni il disagio abitativo si è ampliato e si è creata una vasta zona grigia, schiacciata verso condizioni di esclusione e vulnerabilità. La necessità di un alloggio sociale nasce in due fasce di popolazione:

1. situazioni in cui l'esclusione abitativa corrisponde ad una esclusione sociale;
2. situazioni "socialmente integrate" che tuttavia trovano difficoltà di accesso all'abitazione.

Per coloro che si trovano all'interno della fascia grigia, scaturisce quindi la necessità di promuovere il proprio coinvolgimento e sviluppo, attraverso l'autocostruzione. L'autocostruzione è una strategia privilegiata per affrontare le necessità abitative di fasce sociali e basso reddito. Motore di questo fenomeno è l'alta motivazione dei soggetti aderenti, che decidono di prendere in mano la propria vita.

L'autocostruzione è un processo autogestito finalizzato a rispondere alle esigenze di costruzione e gestione del proprio habitat attraverso l'erogazione di lavoro manuale e organizzativo, riducendo il costo complessivo dell'intervento.

Le esperienze di autocostruzione associata sono promosse da gruppi di utenti spesso riuniti in cooperativa, forma individuata come la più idonea.

la; aver consentito l'edificazione della *communitas*, cioè di relazioni sociali, di legami includenti e di reciprocità tra le famiglie...

Oltre a ciò il progetto ha raggiunto anche dei metaobiettivi come ad esempio il forte livello di cooperazione instaurato tra i soggetti istituzionali<sup>2</sup> e soggetti sociali<sup>3</sup>. Questa modalità – lungi dall'essere scontata – è stata fondata su una

collaborazione leale e paritaria che ha permesso di centrare un obiettivo che nessuno, da solo, sarebbe riuscito a raggiungere. Si è scritta una pagina che resterà nella storia del territorio e che – ci auguriamo – possa rappresentare un nuovo paradigma per impostare le politiche abitative, le politiche di accoglienza dei migranti e che possa anche costituire un modello per sinergiche e proficue collaborazioni future tra enti locali e cooperazione sociale.

Gli auto costruttori, dal canto loro, si sono resi protagonisti di un'esperienza in cui è stata praticata l'*ars associandi*, cioè l'arte di unirsi per raggiungere un obiettivo comune, l'arte del mutualismo, dell'aiutarsi da sé.

Mi pare che questo possa essere considerato un segnale in controtendenza rispetto all'uniformità culturale in cui trovano spazio essenzialmente due schemi di comportamento:

- il modello individualista in cui l'interesse personale prevale



Figura 3 – Elaborati grafici del progetto

|               | Albanese | Algerina | Cinese   | Iraniana | Italiana | Polacca  | Ucraina  | Totale    |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Artigiano     | 1        | 1        |          |          |          |          |          | 2         |
| Barista       |          |          |          |          |          |          | 1        | 1         |
| Cameriera     | 1        |          |          |          |          |          |          | 1         |
| Carabiniere   |          |          |          |          | 1        |          |          | 1         |
| Casalinga     | 1        |          |          |          |          |          |          | 1         |
| Commerciante  |          |          |          | 1        |          |          |          | 1         |
| Elettricista  |          |          |          |          | 1        |          |          | 1         |
| Impiegato     |          |          |          |          | 2        |          |          | 2         |
| Infermiere    |          |          |          |          | 1        | 1        |          | 2         |
| Operaio       | 1        |          | 1        |          | 1        |          |          | 3         |
| Op. sanitaria |          |          |          |          |          |          | 1        | 1         |
| Parrucchiera  |          |          |          |          | 1        |          |          | 1         |
| Pizzaio       |          |          |          | 1        |          |          |          | 1         |
| Poliziotto    |          |          |          |          | 2        |          |          | 2         |
| <b>Totale</b> | <b>4</b> | <b>1</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>9</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>20</b> |

Tabella 1 – Tabella a doppia entrata: rapporto tra nazionalità di origine e condizione professionale

La tabella incrocia la variabile nazionalità di origine e condizione professionale degli autocostruttori, evidenziando che ci troviamo di fronte a quel ceto medio composto sia di cittadini comunitari, sia di cittadini extracomunitari che oggi vive difficoltà crescenti

su quello collettivo, il possesso soggettivo sui beni comuni, in cui i più forti emergono ed i più deboli soccombono, in cui i percorsi di emancipazione han-

no sempre una dimensione individuale piuttosto che collettiva. Un mondo tragicamente composto di uomini soli, monadi isolate, competitive e dispe-

rate, dove le mete hanno una dimensione esclusivamente soggettiva e materiale: successo, far soldi, farsi strada, superficialità, esteriorità... Un mondo triste fatto di inappartenenza, di esistenze anomiche, prive di valori in grado di dar senso all'esistenza, incapaci di solidarietà e di sogni comuni;

- il modello assistenzialista in cui tutto è dovuto, dove ogni cosa deve discendere dall'alto, un mondo deresponsabilizzato e senza doveri sociali, in cui esistono solo presunti diritti, in cui i problemi non si affrontano, preferendo lagnarsi contro lo Stato, la politica, i preti, il tempo... Un mondo che si autocondanna all'immobilismo: uomini stanchi, rassegnati e apatici, incapaci anche solo di concepire concetti come emancipazione, autodeterminazione, essere prota-



Figura 4 – Futuri proprietari al lavoro nel cantiere

**Autocostruzione associata ed assistita: una strategia alternativa per l'abitare sociale**

Andrea Cantini \*

Oggi, a distanza di più di trenta anni dalle prime esperienze in Italia, l'autocostruzione è diventata un'esperienza cui si rivolgono le attenzioni di molti. È un elemento finalmente emerso all'attenzione anche di coloro che l'hanno sempre ritenuta un processo costruttivo di seconda categoria, una soluzione poco convincente, legata a fenomeni di marginalità e di eccezionalità. Motore di questo fermento è stata soprattutto la carica motivazionale di una nuova partecipazione dal basso che trova radici nel "prendere in mano la propria vita", un'idea che fa riferimento diretto alle intelligenze e alle capacità che i soggetti sociali posseggono e, spesso, non riescono ad esprimere. Una sorta di reazione alla drastica perdita di efficacia dell'edilizia sociale pubblica, che ha reso impraticabile una qualunque politica di riqualificazione dell'offerta con programmi minimamente proporzionati ai fabbisogni di nuove fasce di popolazione, ed alla conseguente forte domanda di protezione sociale legata alla complessità delle problematiche di accesso alla casa.

In Italia, il merito di aver saputo intercettare e valorizzare queste potenzialità di sviluppo va al cosiddetto "terzo settore abitativo", in cui nuovi attori ed operatori del mondo *no profit* hanno investito molte energie per rielaborare formule inedite di *housing* sociale, capaci di coinvolgere l'amministrazione pubblica e confrontarsi con l'insieme dei problemi posti dal mercato e dalle condizioni di sviluppo del settore edilizio.

L'autocostruzione associata ed assistita oggi dimostra di essere una risposta sorprendentemente efficace, presentandosi come un originale connubio tra il ritorno ad antiche tradizioni e il ricorso a concezioni innovative di tecnologia di produzione, tecnica di costruzione e di cantiere, presupponendo l'esistenza di precise modalità costruttive. La formula associazionistica è capace di concretizzare forme di gestione cooperativa del processo, facendo riemergere la consapevolezza della complessità dei rapporti umani, dell'uso delle risorse economiche, di come devono essere fatte le cose al meglio, della responsabilità del proprio ruolo, dei desideri e dei sogni. Tutto ciò opportunamente indirizzato dall'assistenza di un ente che si impegna a fornire al gruppo di autocostruttori i supporti organizzativi, tecnico-operativi ed amministrativi, che si sono rivelati indispensabili per condurre a termine esperienze di questo tipo e garantire un risparmio in termini economici che può attestarsi intorno al 40-50% rispetto al prezzo sul libero mercato immobiliare.

Questo approccio innovativo ha gettato le basi per aprire nuovi spazi di intervento, tanto che, da circa dieci anni a questa parte, l'autocostruzione ha conosciuto sul territorio italiano uno sviluppo e un richiamo perfino inatteso, conquistando l'interesse di molti enti ed amministrazioni locali, e dando luogo ad accordi programmatici con enti bancari in tutto il territorio italiano e, in cascata, ad una serie di esperienze. Una espansione tale da mettere fortemente alla prova i metodi organizzativi e strategici dei primi enti di assistenza con molte difficoltà e qualche fallimento, dovuto ad alcuni fattori deformanti legati più ad una impostazione imprenditoriale "chiavi in mano" che al consolidamento di metodi partecipativi stabili nella realtà sociale locale. Tutto ciò ha trovato impreparati anche gli amministratori locali, che, in assenza di un quadro normativo di riferimento, avevano ampliato molto la sequenza di deleghe verso il soggetto gestore. Questo trend di contrazione ha però permesso di fare un salto nella logica dell'autocostruzione in Italia, facendo maturare la fase sperimentale ed avviandosi verso quella a sistema: da un lato gli attuali enti di assistenza si sono consolidati con lo sviluppo di specifiche competenze e metodi di intervento condivisi tra enti locali, autocostruttori e tecnici, come dimostrano i successi degli ultimi cantieri, dall'altro alcune Regioni hanno concluso alcuni progetti legislativi (es. Regione Umbria - l.r. 5 ottobre 2012, n. 15 e Regione Puglia - "Linee guida regionali per l'attuazione di interventi di autocostruzione e autorecupero", del. Giunta regionale 24 luglio 2012, n. 1507) che permetteranno all'autocostruzione di esprimere al meglio le sue potenzialità e ritagliarsi un proprio ruolo in un futuro quadro normativo nazionale sull'*housing* sociale.

È importante sottolineare come l'autocostruzione debba essere intesa come ricerca comune, un lavoro di gruppo, la condivisione di risorse materiali, culturali e professionali. È una risposta ad un bisogno reale di autorealizzazione, di corrispondenza ad esigenze di vita, di soluzione economicamente possibile delle contraddizioni legate all'abitare sociale. È possibile quindi sostenere che una "politica di autocostruzione" oggi può essere pensata ed avere senso come un valido supporto all'edilizia tradizionale ed all'interno di una più generale ed articolata politica di revisione e riforma degli attuali meccanismi di funzionamento dell'edilizia sociale, che renda quest'ultima uno strumento più efficace e più valido di quanto non sia attualmente e che estenda quantitativamente e qualitativamente il proprio campo di intervento. È evidente che l'autocostruzione da sola non possa rappresentare "la soluzione" ai problemi che affliggono il settore del disagio abitativo, ma essa può svolgere un ruolo rilevante di supporto alle forme di intervento già esistenti ed essere praticata con risultati efficaci.

## ENTI DI ASSISTENZA E PROMOZIONE DELL'AUTOCOSTRUZIONE ASSOCIATA IN ITALIA

- Alisei Società Cooperativa - Via della Viola n. 1, Perugia (PG)  
www.alseicoop.it - www.autocostruzione.net
- Consorzio Abn - Habito - Housing Sociale - Via Cairoli n. 24, Perugia (PG)  
www.autocostruzione.info
- A.R.I.A. Coop - Associazione Riminese Immobili Autocostruiti - Via De Gasperi n. 15, San Giovanni in Marignano (RN)  
www.ariacoop.it
- Fraternità per il Diritto alla Casa - Via Boccaccio n. 47, Barletta (BT)  
www.dirittoallacasa.altervista.org
- Fondazione Giovanni Michelucci Onlus - Via Beato Angelico n. 15, Fiesole (FI)  
www.michelucci.it
- GRIS - Gruppo di Intrapresa Sociale - Via Cesare Battisti n. 24, Trinitapoli (BT)  
www.laboratorigris.it

\*] Architetto, si laurea presso il Dipartimento di Progettazione Architettonica dell'Università degli Studi di Firenze nel campo dell'antropologia dello spazio e dell'autocostruzione associata ed assistita. Nel 2002 è tra i fondatori di "LxA - Laboratorio per l'Architettura", gruppo aperto di progettazione con sede a Firenze. È membro del "Laboratorio di ricerca sull'edilizia sociale, autocostruzione e autorecupero" della Facoltà di Architettura di Firenze. È co-autore del volume "Autocostruzione associata ed assistita in Italia" (Ed. Dedalo). Attualmente lavora nella pubblica amministrazione ed è giornalista freelance di numerosi periodici e riviste di architettura [www.labxarch.it].

gonisti e costruttori del proprio destino.

Di fronte a questi modelli l'esperienza dell'autocostruzione ha praticato un diverso paradigma – quello del mutualismo solidale basato sull'idea che l'unione fa la forza, trovando cioè nel sostegno reciproco e nella volontà di cooperare il proprio punto di forza. È stata questa la banale e straordinaria idea-guida di persone che, di fronte ad una comune difficoltà (la mancanza della casa), hanno pensato di poterla risolvere meglio riunendosi in cooperativa, lavorando insieme, nel rispetto delle diversità culturali, etniche e religiose. In questo modo non hanno costruito solo le case di mattoni, ma anche una comunità di persone, coesa, includente e solidale che migliora la qualità della vita e dell'abitare, così diversa dall'anonimato di tanti condomini in cui a malapena si conosce il nome di chi abita nella porta accanto.

Con questa esperienza il territorio si è arricchito di una nuova comunità di cittadini – comunitari ed extracomunitari – che insieme hanno creduto e lottato per realizzare un sogno fondato sulla reciprocità e sulla valorizzazione delle differenze, dando vita ad un progetto sociale contrapposto all'edilizia "palazzinara" e speculativa, in cui – per una volta – non hanno vinto gli affaristi, ma il territorio, i cittadini, la partecipazione, la buona politica, dimostrando che un diverso mondo è possibile e che co-operando possiamo costruirlo. Anzi autocostruirlo!

1] Legge 13 maggio 1978, n. 180 – *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.

2] Provincia di Ancona e Comune di Senigallia.

3] Consorzio Solidarietà, Consorzio ABN, Banca Etica, Cooperativa Sociale *Corinzi 13*, Cooperativa Edile *Le mani, per vivere insieme*.

## UVG, UNA STORIA COMPLESSA

Maria Beatrice Baggio \*, Maria Cristina Bollini \*,  
Alberto Cester \*\*

### *Opportunità e rischi dell'unità di valutazione geriatrica nei territori*

Cambiano l'epidemiologia, la sociologia dell'invecchiamento e devono così cambiare parallelamente i modelli organizzativi dedicati alla fragilità geriatrica.

La geriatria, in questi anni, nella consapevolezza che il paziente geriatrico e l'anziano fragile sono pazienti complessi, ad alto rischio di istituzionalizzazione, ospedalizzazione e mortalità, ha sostenuto la necessità di intervenire in modo appropriato tramite una metodologia basata sulla valutazione multidimensionale (VMD) e sul lavoro multidisciplinare, ai fini di un'assistenza continuativa, realizzata tramite un lavoro di rete, fondata su progetti personalizzati centrati sulla persona.

#### **STORIA, EFFICACIA E DEFINIZIONE DELLA UVG**

È ormai consolidato, come sostenuto da molti autori, da Rubenstein a Bernabei, che un tale approccio multidimensionale e multidisciplinare è efficace e permette una riduzione della mortalità, dell'istituzionalizzazione e del declino dello stato funzionale, nonché un contenimento dei costi.

A questo approccio multidimensionale, nato nella prima metà del secolo scorso in Inghilterra e ripreso successivamente negli USA, si ispira la UVG, citata per la prima volta in Italia nel "Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani" (POSA) del 1992, e successivamente inserita dal 1994 al 2000 nei Piani Sanitari Nazionali.

Nel POSA veniva proposta la Unità di Valutazione Geriatrica (UVG) come una nuova metodologia di lavoro, identificata come un *équipe* esperta multiprofessionale, garante dell'integrazione sociosanitaria e della valutazione multidimensionale, finalizzata alla stesura di un progetto assistenziale personalizzato, il cosiddetto piano assistenziale individuale (PAI). Mancando nel POSA indicazioni univoche sulla sua composizione, la UVG si è venuta realizzando, tuttavia, in modo difforme e non omogeneo, secondo le differenti normative regionali. Come risulta dalla analisi fatta dall'Associazione Geriatri Extraospedalieri (AGE), in alcune Regioni è stato rispettato il concetto sostanziale della *équipe* multiprofessionale, pur attraverso un proliferare di definizioni e sigle e con precisazioni

\*] Geriatra territoriale distretti Azienda ULSS 13 Mirano (VE), Regione Veneto.

\*\*] Direttore del Dipartimento di Geriatria, LD e Riabilitazione Azienda ULSS 13 Mirano (VE), Regione Veneto.

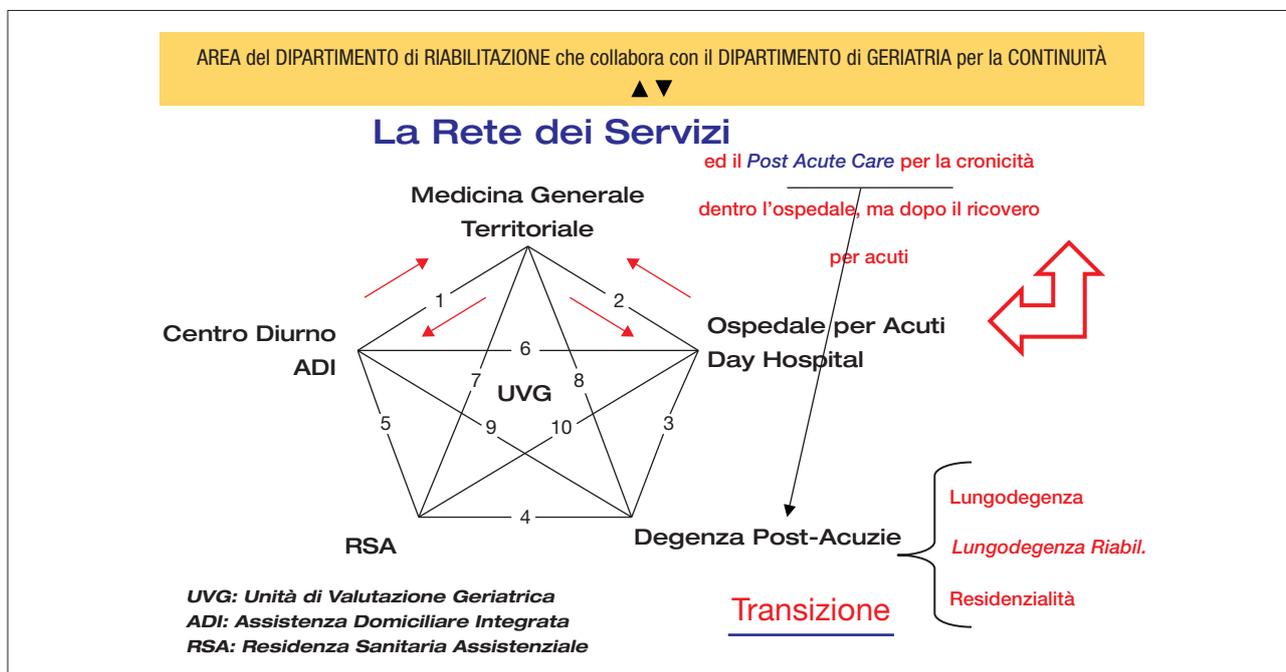


Figura 1 – Modificata e corretta da Linee guida per la VMD – SIGG – Presentazione all’allora ministro della salute F. Fazio – Roma, per la stesura dei “Quaderni della salute”, nn. 6 e 8, modificata e presentata da Alberto Cester

diverse quanto ai componenti: ad es. in Veneto, Emilia-Romagna, Puglia e Sicilia, la UVG (o simili) prevede la presenza almeno del MMG e dell’Assistente Sociale e, in più di qualche caso, del geriatra, oltre alla figura di un responsabile del distretto, dell’infermiere professionale, ed eventualmente di altri specialisti. In alcune altre Regioni, invece, la UVG non prevede affatto la presenza della assistente sociale, venendone quindi inficiata *ab origine* la finalità della integrazione socio-sanitaria, e d’altronde esistono Regioni dove la UVG non è più prevista o svolge azioni settoriali.

**RUOLO DELLA UVG NELLA RETE DEI SERVIZI**

Il ruolo della UVG va compreso mettendola in relazione alla cosiddetta rete dei servizi (anch’essa descritta per la prima volta nel POSA) intesa come l’insieme di iniziative socio assistenziali e sanitarie, residenziali e semiresiden-

ziali o realizzabili al domicilio. Nelle linee guida sulla VMD la Società Italiana di Geriatria e Gerontologia (SIGG) ha posto la UVG al centro di un modello grafico della rete dei servizi, a forma di pentagono. Come si può vedere nella figura 1, che riporta tale modello come è stato proposto per la stesura dei “Quaderni” 6 e 8 del Ministero della salute, i vertici indicano i principali nodi della rete, le linee di congiunzione indicano i percorsi assistenziali con le relative transizioni, possibili in ogni direzione. La visione è che per assicurare adeguata realizzazione del PAI, la UVG deve stare al centro, con ruolo di regia della rete dei servizi socio-assistenziali e con la finalità di assicurarne l’accesso nel rispetto di regole certe ed eque nonché di sorvegliarne il funzionamento, l’adeguatezza e la qualità assistenziale. Purtroppo vi è da dire che rispetto alla dinamicità del modello proposto, nella realtà pratica, anche a causa di vizi contenuti nelle nor-

mate regionali, l’attività della UVG ha spesso preso una deriva burocratica trasformandosi talora in una commissione con finalità certificativa e autorizzativa per accesso ai servizi residenziali o a varie formule di assegni economici.

**ESPERIENZA DELLA ULSS 13 DI MIRANO – REGIONE VENETO**

Nel 1994 la Regione Veneto, prendendo atto del POSA e andando ad organizzare la sua rete dei servizi, promuoveva anche l’istituzione in tutte le sedi distrettuali di una unità operativa, in seguito denominata Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD), con funzione di porta unica di accesso alla rete integrata dei servizi. Compito della UVMD era identificare, tramite la valutazione geriatrica multidimensionale, i bisogni e le capacità residue della persona nel suo contesto di vita, e quindi definire un progetto assistenzia-

le individualizzato (PAI) personalizzato, gradito all'anziano e alla sua famiglia, verificabile.

Da questa premessa, alla fine degli anni '90, parte l'esperienza dell'unità valutativa geriatrica nell'ULSS 13 di Mirano (VE) che viene descritta qui di seguito, con l'ottica di chi vive la UVG nella propria realtà di lavoro. Relativamente ai meccanismi di funzionamento, la descrizione è sovrapponibile a quanto avviene in tutta la Regione Veneto.

### LA SCHEDE DI VALUTAZIONE

Lo strumento di valutazione utilizzato è S.VA.M.A. (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano) che dal 2000 viene adottato obbligatoriamente su tutto il territorio regionale. La S.VA.M.A. è costituita da un insieme di scale validate e l'associazione dei punteggi delle varie dimensioni (cognitiva, funzionale, mobilità, sanitaria) permette di definire, per ogni soggetto, il profilo assistenziale di autonomia/disabilità, cui corrisponde uno specifico carico assistenziale. Altresì tale valutazione permette di costruire un punteggio di priorità per l'accesso alla graduatoria unica dei servizi residenziali e semi-residenziali, favorendo così l'equità di accesso e la trasparenza delle graduatorie nel rispetto della libera scelta dei cittadini. Per la semplicità di utilizzo, questo strumento di valutazione ha avuto un'enorme diffusione all'interno dei servizi territoriali della Regione ed ha permesso, seppur con i limiti intrinseci alla scheda, lo sviluppo di un linguaggio comune. Inoltre, attraverso i profili di autonomia/disabilità con i correlati carichi assistenziali, ha permesso di stratificare la popolazione e di identificare i luoghi più appropriati di cura (domicilio, centri servizi). A tutt'oggi, si stima

che, annualmente, in Veneto, vengono effettuate circa 30.000 valutazioni di persone non autosufficienti o a rischio di diventarlo.

### LA UVMD

L'unità valutativa è un gruppo multidisciplinare costituito dal responsabile dell'UVMD, che nella nostra ULSS è un geriatra, dal medico curante della persona, perlopiù il medico di medicina generale, dall'assistente sociale del comune di residenza e da qualunque altro professionista risulti necessario per la valutazione e definizione del PAI (infermiere, palliativista, psicologo, ecc.).

### IL PERCORSO DEL CITTADINO

In caso di bisogno, l'anziano, un suo familiare o un suo rappresentante legale si reca dal medico di famiglia dell'interessato o dall'assistente sociale del comune di residenza i quali, valutati i bisogni espressi e non, provvedono o a fornire direttamente una risposta assistenziale o, nel caso il bisogno richieda una valutazione multidimensionale, ad attivare l'UVMD. L'UVMD può essere inoltre attivata dal medico curante o dall'assistente sociale ospedaliera o dei centri servizi. Una volta attivato il percorso, l'*équipe* multidimensionale provvede a valutare l'anziano al proprio domicilio, o nei luoghi di cura per un eventuale dimissione facilitata. A questo primo momento valutativo fa seguito il momento di sintesi che avviene in distretto con la compilazione del PAI e la indicazione dei servizi idonei per l'attuazione del progetto assistenziale, nonché la indicazione del responsabile del caso e dei tempi di verifica. Infatti, per un'adeguata presa in carico, almeno nei casi più

complessi, alla prima valutazione con eventuale inserimento in graduatoria segue la verifica periodica del PAI. In ogni caso, il progetto assistenziale viene restituito alla famiglia anche in forma cartacea, e con eventuale colloquio dedicato sulle problematiche particolari.

### ALTRI RUOLI E SIGNIFICATI DELLA UVMD

Nella realtà dell'ULSS 13, la UVMD lavora anche sulla verifica della propria attività globale, momento che risulta indispensabile per capire e governare la domanda e favorire la rimodulazione delle risposte assistenziali anche attraverso la riprogrammazione della rete assistenziale. Luogo privilegiato per fare ciò è il "piano di zona", importante strumento per la programmazione socio-assistenziale locale, che permette la realizzazione fattiva dell'integrazione sociosanitaria e con i centri servizi e dove la UVMD viene rappresentata dai geriatri, che ne fanno parte non solo come specialisti dell'anziano ma anche in quanto delegati nel ruolo di responsabili della UVMD stessa. Nei fatti, già a partire dai primi anni 2000, la UVMD aveva dato una serie di indicazioni importanti relativamente alla organizzazione della rete dei servizi. In particolare, sulla scorta del crescere della domanda di accoglimenti temporanei nei servizi residenziali a scopo sollievo per la famiglia e il *caregiver*, la UVMD era intervenuta per attivare uno specifico percorso al riguardo, percorso che successivamente è stato individuato e normato anche da parte della Regione Veneto. Sulla base inoltre della grave difficoltà registrata nei centri servizi riguardo alla gestione di pazienti con demenza e con associati gravi disturbi del comportamen-

### La Rete dei Servizi Residenziali e Semiresidenziali nella ULSS 13 – Mirano Dolo (VE)

- 7 Case di riposo per non autosufficienti:  
4 nuclei RSA: 96 posti  
3 nuclei dedicati a demenza con disturbi del comportamento  
20 posti ricoveri temporanei
- un nucleo di riabilitazione a dimissione: 20 posti
- 4 Centri diurni presso Casa di riposo: 63 posti

#### Percorso di accesso alla Rete dei Servizi Residenziali e non solo...

- attivazione UVMD tramite assistente sociale o medico di medicina generale/ospedaliero
- valutazione multidimensionale geriatrica
- incontro UVMD e progetto assistenziale in base a profilo di autonomia e richieste anziano/nucleo familiare/servizi sociali...
- definizione del progetto assistenziale individualizzato con restituzione alla famiglia
- eventuale inserimento nella graduatoria unica ULSS per accesso a residenzialità e semiresidenzialità, secondo gravità
- verifica del caso...; avvio nomina di AdS...

to, la UVMD ha indicato la necessità di attivare i nuclei “dedicati” per consentire il controllo del disturbo tramite un “intervento ambientale”. Inoltre, avendo registrato una diffusa richiesta di maggior conoscenza sulle opportunità assistenziali, al fine di favorire la conoscenza dei servizi e delle loro regole, si è cercato di supportare, motivare e preparare le famiglie attraverso dei corsi di informazione curati dall’UVMD nelle figure del geriatra, del medico di medicina generale e dell’assistente sociale comunale, con la collaborazione di altre figure professionali (collaboratori dei centri servizi, legale). Dal 2010, forte delle indicazioni regionali sulla “apertura dei centri servizi al territorio”, allo stesso tavolo con i rappresentanti delle residenze per gli anziani non autosufficienti, in sede di piano di zona, la UVMD ha dato indicazioni per, e ha condiviso, una serie di progetti attivati dai centri servizi stessi e rivolti ai cittadini ancora al domicilio, finalizzati a soddisfare bisogni

emergenti o a sostenere percorsi alternativi alla istituzionalizzazione (corsi di formazione per i *caregiver*, gruppi di mutuo auto aiuto). Sempre in sede di piano di zona sono state avanzate proposte di potenziamento della rete dei servizi che prevedono la creazione di altri nuclei “dedicati” (attualmente solo 3 strutture su 7 ne sono dotate) o la realizzazione di Caffè Alzheimer per la demenza. Ancora al piano di zona è stato agganciato il “Progetto di presa in carico del paziente con demenza” promosso da parte della UVA della geriatria territoriale. La analisi sugli aspetti dei rapporti con la cittadinanza ha portato a rivedere la modulistica necessaria alla attivazione dell’UVMD e per la scelta dei servizi, al fine di renderla più comprensibile e trasparente all’utente e familiari, e perché rappresentasse una sorta di impegno ad una maggiore responsabilizzazione nella condivisione del percorso assistenziale. Per migliorare ulteriormente la comunicazione, è in programma la predisposizione

di un depliant informativo esaustivo delle risorse assistenziali.

Su un altro fronte, l’UVMD sta portando avanti, sempre in collaborazione con i centri servizi, un lavoro di stesura di protocolli e procedure standardizzate e condivise, finalizzate a contenere i rischi in tema di cadute, contenzione, insorgenza di piaghe da decubito, infezioni, gestione del dolore, volti a migliorare la qualità dell’assistenza, garantendo così il cittadino nella sua libertà di scelta. La condivisione dei progetti tra le varie residenze è volta anche alla standardizzazione di processi e a permettere il *benchmarking* tra strutture.

### CONCLUSIONI

Nella nostra realtà resta valido il concetto che una rete dei servizi governata dalla UVG (UVMD) consente una risposta assistenziale di qualità, pur tuttavia rimangono alcune criticità che è doveroso segnalare. L’attuale funzionamento è caratterizzato da una rigidità strutturale poco funzionale a rispondere rapidamente a situazioni quali le dimissioni difficili dai reparti ospedalieri, quando il bisogno sanitario è molto condizionato dal bisogno sociale. La capacità di risposta del sistema è troppo lenta, rispetto ai bisogni espressi dalla famiglia, anche nei casi di gravi disturbi comportamentali associati alla demenza. Le criticità in parte sono di sistema, in parte sono dovute ad una programmazione locale che è stata, negli anni passati, insufficiente e che ora, causa anche la grave crisi economica, è difficile sanare. Ancora una volta, riteniamo che la possibile soluzione resti nella UVG, nella sua capacità di ottimizzare l’integrazione tra ospedale e territorio attraverso specifici percorsi clinico assistenziali.

**Bibliografia**

AA.W., *Il Dipartimento Geriatrico, ovvero la politica sanitaria dell'ovvio*, in "Geriatrics", organo ufficiale della Società Italiana dei Geriatri Ospedalieri (SIGOs), 2007, vol. XIX, n. 1 gennaio/febbraio, p. 9-11, Edizioni CESI, 2008.

BERNABEI R., LANDI F., GAMBASSI G. et al., *Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community*, in "BMJ", 316, 1998, pp. 1348-51.

CESTER A., *Cronicità: lessico e paradigma, come preservare la vita sociale nella cronicità*, CESTER A. in *Cronicità grave e fragilità: l'emergere del modello innovativo*, p. 37-46, in "I quaderni di Janus", Zadig Editore Roma, 2010, pp. 37-46, on line all'indirizzo: [http://www.ass6.sanita.fvg.it/reposass6/janus\\_cronicita.pdf](http://www.ass6.sanita.fvg.it/reposass6/janus_cronicita.pdf).

FERRUCCI L., MARCHIONNI N., CORGATELLI G., *Lo sviluppo di linee guida per la valutazione multidimensionale nell'anziano fragile nella rete dei servizi di assistenza continuativa*, in "Giornale di gerontologia", 49 (suppl. n. 11), 2001, pp. 1-76.

MINISTERO DELLA SANITÀ – Servizio centrale della programmazione sanitaria, *Stralci dal Progetto Obiettivo "Tutela della salute degli anziani"*, 1992.

PUTIGNANO S., CESTER A., GARERI P., *Geriatrics nel territorio un metodo per i vecchi, per i medici e per il futuro...*, CMP, 2012.

Quaderni del Ministero della salute "Criteri di Appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell'assistenza all'anziano", n. 6, novembre-dicembre 2010. Presenti anche sul sito del Ministero [www.quadernidellasalute.it](http://www.quadernidellasalute.it).

RUBENSTEIN L.Z., JOSEPHSON K.R., WIELAND G.D. et al., *Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial*, in "N Eng. J Med.", 311, 1984, pp. 1664-70.

## L'HOSPICE KIKA MAMOLI DI BERGAMO, LUOGO DI CURA PER I PAZIENTI TERMINALI

Consuelo Rota \*

*“Tutto ciò che resta da fare quando non c'è più niente da fare”*

Così Cicely Saunders, infermiera, assistente sociale e medico, fondatrice nel 1967 del primo Hospice in Europa, il Saint Christopher's Hospice di Londra, sintetizzò il significato di Cure Palliative. Il termine palliativo deve la sua origine al “pallium”, il mantello in uso anticamente, che San Martino di Tours divide a metà per coprire un pellegrino incontrato lungo il cammino. L'Organizzazione mondiale della sanità definisce le Cure Palliative (C.P.) come un “approccio che migliora la qualità della vita dei pazienti e dei familiari che si trovano ad affrontare i problemi connessi a una malattia che mette a rischio la vita, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza per mezzo della precoce identificazione e del trattamento del dolore e degli altri problemi fisici, psicosociali e spirituali”.

La definizione dell'OMS include

non solo la malattia oncologica, ma anche altre situazioni di malattie croniche degenerative a esito infausto. L'OMS precisa inoltre che l'approccio palliativo è diretto al “paziente ed alla sua famiglia”, dando a questo termine una accezione ampia, di persone per lui significative, che stanno vivendo con lui una esperienza di sofferenza.

Credo che mai come nell'ambito delle Cure palliative la “cura” si fondi su un paradigma simbolico-relazionale, in cui il paziente è considerato membro di un gruppo sociale del quale fanno parte vivi e morti, parenti e conoscenti e talvolta la comunità stessa (Scabini-Cigoli).

L'obiettivo delle C.P. è quello di “affermare la vita e guardare alla morte come ad un processo normale”, e non intende quindi “né affrettare né ritardare la morte”, of-

\*] Infermiera dal 1991 presso l'Azienda ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, ora Azienda Ospedale Papa Giovanni XXIII. Dal 2007 lavora nell'Unità Operativa Complessa di Cure Palliative, presso l'Hospice Kika Mamoli.

Nell'A.A. 2008-2009 ha conseguito il Master di primo livello in Cure palliative presso l'Università degli Studi Milano Bicocca e nell'A.A. 2009-2010 ha frequentato un corso di perfezionamento in Bioetica presso l'Università di Padova. Attualmente laureanda del corso di laurea magistrale in Scienze per il Lavoro Sociale e le Politiche di Welfare presso la facoltà di Scienze Politiche e Sociali dell'Università Cattolica di Milano.



Figura 1 – L'ingresso dell'hospice Kika Mamoli

frendo alle persone ammalate “un supporto che le aiuti a vivere attivamente per quanto possibile fino alla fine”.

### L'HOSPICE KIKA MAMOLI

Nel novembre del 2006, l'Hospice di Borgo Palazzo di Bergamo, è stato intitolato a Kika Mamoli, volontaria e presidente dell'Associazione Cure Palliative, morta nel “suo” Hospice il 14 luglio del 2005. L'Hospice Kika Mamoli è una struttura con dodici camere singole, dotate di bagno, letto aggiunto per un familiare, frigorifero, telefono, televisione e la possibilità da parte del malato ricoverato di per-

sonalizzare la propria camera con oggetti, quadri, fotografie o altro. L'Hospice, che si sviluppa su un piano con un ampio corridoio con grandi finestre, ha due soggiorni, la cucina, la cappella, due ambulatori di terapia del dolore ed un *day hospital*.

Già dalla struttura e dall'arredo si possono individuare le prime differenze tra un hospice e un reparto di degenza ospedaliero, ma sono soprattutto l'assenza di “regole” di tipo ospedaliero che fanno la differenza. Queste si traducono in presenza costante dei familiari, non solo accettati ma accolti, senza limiti di numero e orari se non determinati dal paziente stesso, libero accesso ai bambini, accettazione delle personali abitudini del paziente e della famiglia, libertà nella scelta degli alimenti, particolare attenzione alle relazioni interpersonali, con l'obiettivo di garantire per il paziente il massimo *comfort*.

La differenza sostanziale consiste nella attenzione da parte di tutto il personale al benessere del paziente che si concretizza in controllo dei sintomi attraverso una terapia

efficace, elevati livelli di assistenza infermieristica personalizzata, attenzione al confort ma soprattutto nella importanza agli aspetti relazionali ed emozionali per il quale il personale di assistenza e i volontari hanno ricevuto specifica formazione. In hospice il paziente non è soggetto ad orari fissi e predefiniti, come in ospedale. Proprio perché l'assistenza è altamente personalizzata, si cerca, nel limite del possibile, di rispettare tempi ed abitudini del malato, coinvolgendolo il più possibile nei processi di cura.

Questi prevedono, se il paziente lo gradisce, terapie complementari, non convenzionali, come la musicoterapia due volte la settimana, la *pet therapy* con il cane una volta la settimana ed il Nurturing Touch (una particolare tecnica di massaggio per trasmettere vicinanza, quiete e gentilezza) praticato da operatori e volontari appositamente formati, ogni volta che il paziente lo richieda.

### MODALITÀ DI ACCESSO AL RICOVERO IN HOSPICE

All'Hospice accedono pazienti che richiedono un elevato livello assistenziale, che abbiano ridotta autonomia funzionale e/o compromissione dello stato cognitivo o pazienti che mantengono ancora una buona autonomia residua, ma caratterizzanti uno stato di fragilità ad esempio di natura sociale.

Ci sono due possibilità di ricovero in Hospice, il ricovero “definitivo” che ha l'obiettivo di accompagnare il paziente sino all'evento morte; ed un ricovero “di sollievo”, che è temporaneo ed ha come obiettivo appunto di “sollevare” momentaneamente la famiglia dall'impegnativo compito legato alla cura e all'assi-



stenza del proprio congiunto. Generalmente i contatti con l'*Hospice* per la segnalazione dei pazienti da accogliere per il ricovero avviene tramite i medici ospedalieri, che si occupano dei pazienti ricoverati presso le strutture di degenza, qualche volta da parte dei medici di medicina primaria e molto spesso dai singoli cittadini che hanno un proprio congiunto che necessita di assistenza in cure palliative.

Di preferenza si propone alle famiglie un primo colloquio per compilare attraverso dati anagrafici e delle condizioni socio-sanitarie la cosiddetta "scheda di segnalazione" ed impostare un percorso di valutazione multidimensionale che verifichi il possesso dei requisiti previsti per il ricovero, per stabilirne la priorità e per avvicinare la famiglia alla conoscenza delle cure palliative e della specificità degli obiettivi assistenziali.

All'interno della nostra Unità Operativa Complessa, opera un'*équipe* multidisciplinare composta da: 18 infermieri, 5 Operatori Socio Sanitari, 2 ausiliari, 1 coordinatore infermieristico, 5 medici, 2 psicologi, 1 assistente spirituale, 2 conduttori e 2 cani per la *pet therapy*, un musicoterapista, oltre 100 volontari dell'ACP.

### LA SPECIFICITÀ DELLE CURE PALLIATIVE

"Lo scopo delle Cure Palliative è quello di ottenere la massima qualità della vita possibile per il paziente ed i suoi familiari" (V. Ventafredda 1997).

Una piena promozione della qualità della vita deve prevedere il controllo del dolore fisico-psicologico-sociale e spirituale, e la continuità delle cure prestate al malato ed ai familiari.

La filosofia palliativa considera il morire come un evento naturale della vita e mira a realizzare i seguenti obiettivi:

- alleviare la sofferenza fisica ed i sintomi: attraverso la terapia del dolore e la riduzione di sintomi quali la nausea, il vomito, l'insonnia, l'ansia, la regressione, conservando per quanto possibile la coscienza del paziente.
- Coinvolgere il paziente ed i familiari nei processi decisionali riguardanti le cure: la buona comunicazione tra l'*équipe* curante e gli assistiti contribuisce a creare un clima di collaborazione e di reciproca fiducia nel definire ed attuare un piano assistenziale personalizzato.
- Prendere in carico il paziente in modo olistico: ciascuno è persona in quanto corpo, mente, spirito e relazioni. L'insieme delle competenze multidisciplinari dell'*équipe* permette di garantire un'assistenza specializzata costante al malato ed alla sua famiglia, onorandone la dignità.

Un ruolo di particolare rilievo in

questo senso è quello del volontario, che attraverso il supporto pratico e umano, grazie ad un ascolto empatico ed all'attenzione delle esigenze familiari, si inserisce nel percorso di cura teso ad alleviare la sofferenza ed umanizzare il morire. I nostri volontari sono presenti ogni giorno in *Hospice*, dalle 8.30 alle 21.00 circa, con turnazioni che prevedono la presenza di almeno due volontari contemporaneamente per due ore nelle quali fanno compagnia, giocano a carte, leggono per i pazienti, aiutano durante il momento dei pasti. Inoltre mantengono confortevole l'ambiente curando ed occupandosi delle numerose piante, addobbano gli ambienti durante il periodo natalizio e pasquale e si prodigano in raccolte fondi durante le diverse manifestazioni che l'ACP promuove frequentemente su tutto il territorio della provincia.

- Promuovere la qualità della vita: assecondando quanto più possibile i desideri e le convinzioni dei pazienti.

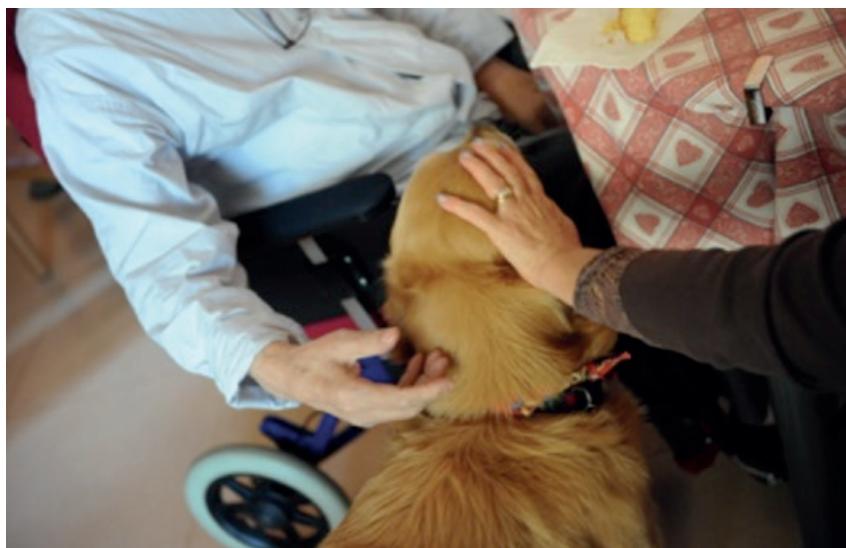


Figura 2 – *Pet therapy in hospice*



Figura 3 – Pet therapy in hospice

- Sostenere la famiglia nel lutto: durante il ricovero del paziente ed anche dopo attraverso la disponibilità di eventuali percorsi con gli psicologi.

**CURA COME SOLLECITUDINE ETICA**

La cura secondo una definizione di Erikson è l'“interessamento in costante espansione verso ciò che è stato generato per amore, necessità o caso e che supera l'adesione ambivalente ad un obbligo irrevocabile”. Curare è molto di più che accudire. Nella cura è intrinseco l'atteggiamento verso la

relazione, il nutrimento verso il legame.

Per noi infermieri la cura è vera e propria “essenza” del nostro lavoro, è sostanza ontologica della nostra identità professionale ed il valore fondamentale del proprio agire quotidiano.

L'agire professionale dunque si radica in una precisa modalità del sentire da cui scaturisce il gesto autentico di cura. Heidegger direbbe “la cura come esistenziale dell'esserci”. L'etica della cura infatti nasce da uno sguardo capace di sentire. Sentire e guardare l'altro nella sua integrità, e nella fragilità che la malattia, specie quella terminale comporta.

La malattia quella grave in particolare modo, blocca la persona, “paralizza” qualsiasi cosa stia facendo, senza rispettare nessuna delle sue esigenze, dei suoi progetti e dei suoi diritti. Porta in un luogo lontano da tutto ciò che l'uomo ha sempre conosciuto come se stesso, il suo ambiente, e ogni sua sicurezza. Diventa la padrona della vita, scandendone ritmi e momenti, condizionandone le scelte.

Chi soffre chiede principalmente il nostro ascolto garbato, che tenga conto del proprio sentire, comprendere e legittimare le emozioni provate. Il rispetto è paradigma iniziale della cura autentica, è il sentimento e l'atteggiamento della trascendenza individuale, con il quale cogliere l'altro nella sua alterità e diversità, permettendoci di rispondere ai suoi concreti bisogni. Rispetto ed empatia quindi che ci permettano di sospendere il nostro giudizio e di ritirarci con pudore dalle pretese di un sapere tecnico-scientifico che sa già tutto in anticipo.

Mettere un pezzo del proprio mantello sulle spalle di chi ha bisogno, non è un gesto buono di per sé. Offrirlo sì, facendo capire che si è disposti davvero a donarlo, stando in attesa che sia l'altro a scegliere per sé.

Uno dei motti che sostengono l'atteggiamento di operatori e volontari del nostro Hospice è: “sono qui se hai bisogno”. È necessario lasciare che siano i pazienti a tenere il ritmo della relazione, della cura. Bisogna essere attenti a non confondere i propri bisogni, desideri e valori con quelli del paziente e della sua famiglia. Occorre mantenere la giusta vicinanza affinché ci si possa distinguere reciprocamente e definirsi.

**CURA ANCHE NEI CONFRONTI DEGLI OPERATORI**

È molto difficile stare accanto a chi muore: mette a dura prova le nostre certezze, crea ansia, promuove insicurezza ed impotenza. Anche gli operatori hanno paura, anche gli operatori soffrono. Chi si prende cura di loro? Potrebbe sembrare un paradosso, ma





pazienti e famiglie sono spesso l'aiuto privilegiato per aumentare la carica motivazionale, indispensabile all'operatore nel suo quotidiano agire. Mi commuovo sempre pensando alle attenzioni di cui i morenti sono capaci nei confronti di chi si prende cura di loro.

Qualche sera fa un paziente dopo aver suonato nel cuore della notte per essere aiutato a recarsi in bagno accomiatò la mia collega dicendole "ora riposa un po' anche tu. Sei molto stanca. Hai fatto molto per me".

E poi il non sentirsi soli, ma parte di un'*équipe*, pur con tutte le fatiche che questo a volte comporta, per condividere dubbi, timori, vissuti densi di una carica emotiva importante.

Spesso mi viene chiesto perché ho scelto di lavorare in un *hospice* e come faccio a resistere ogni giorno a contatto con persone che so, e spesso sanno, di morire a breve. Il singolo operatore, per quanto preparato e motiva-

### Lo sviluppo delle Cure Palliative in Italia

In Italia l'attenzione alle cure palliative si è sviluppata molto tardi, rispetto ad altri Paesi del Nord Europa e agli Stati Uniti.

Si tratta di un approccio clinico-assistenziale, oltre che culturale, che rappresenta una piccola rivoluzione della medicina "moderna", che ha fatto fatica a "penetrare" nel nostro Paese.

I primi passi di questo lungo cammino, si mossero a Milano, dove nel 1977, grazie ad una donazione di Virgilio e Loredana Floriani, venne istituita la Fondazione Floriani, un ente apolitico, aconfessionale, senza fini di lucro, con l'obiettivo di far diffondere anche in Italia le C.P.

Direttore scientifico della fondazione sarà il dottor Vittorio Ventafridda, pioniere più importante per la diffusione della cultura anti-dolore e per lo sviluppo delle C.P. italiane. Grazie a lui nascerà nel 1987, la Società Italiana di Cure Palliative.

Con il piano sanitario nazionale 1998-2000 venne definita per la prima volta l'assistenza ai pazienti terminali, oncologici e non, come obiettivo primario di un progetto di continuità assistenziale rivolto a tutte le fasi della storia naturale della malattia, il cosiddetto "programma *Hospice*".

Il primo atto formale, fondamentale nella storia delle C.P. in Italia, fu l'emanazione della legge 39 del 26 febbraio 1999 che ha messo a disposizione delle Regioni cospicui finanziamenti per sviluppare un programma nazionale per la creazione di strutture residenziali di C.P. in tutte le Regioni italiane. Questa legge fu fortemente voluta dall'allora ministro della Sanità Rosi Bindi dopo un difficile periodo di scontri tra il mondo medico scientifico e l'opinione pubblica appoggiata da molti media, conseguente al travolgente fenomeno conosciuto come "il caso Di Bella".

Il "ciclone Di Bella" sia pure in maniera distorta, diede voce e visibilità mediatica ai malati terminali ed alle loro famiglie riproponendo drammaticamente la questione delle C.P. all'opinione pubblica italiana. La domanda etica emergente di quel periodo fu se era giusto accettare che un Servizio Sanitario Nazionale, che non forniva gratuitamente ai malati terminali farmaci indispensabili per il controllo del dolore, erogasse farmaci di non provata efficacia come quelli previsti dalla terapia Di Bella. È in questo periodo che associazioni di volontariato appoggiate anche da operatori sanitari particolarmente sensibili, iniziarono a sollecitare i politici e i responsabili della sanità pubblica affinché organizzassero servizi che si prendessero cura dei pazienti terminali. Alcune di queste associazioni, iniziarono una raccolta fondi e la faticosa ricerca di istituzioni che le aiutasse a realizzare "il sogno" di un *Hospice* nella loro città. L'applicazione della legge 39 ha consentito di passare in pochi anni dai primi tre *hospice* (Aviano, il Pio Albergo Trivulzio di Milano e la Domus Salutis di Brescia) a più di 200 attualmente operanti nel territorio nazionale.

Successivamente, la caparbia e la pressione di moltissimi soggetti, pubblici e privati, soprattutto delle Organizzazioni di terzo settore, associate alla sensibilità di donne e uomini presenti nelle Istituzioni, permisero di arrivare all'approvazione della legge quadro n. 38, il 15 marzo 2010, insieme conquista e punto di nuova partenza nella lotta contro la sofferenza inutile.

Grande novità di questa legge è senza dubbio rappresentata dalla garanzia "del diritto del cittadino ad accedere alle C.P. ed alla terapia del dolore".

È la prima normativa in Europa che obbliga un sistema sanitario ad occuparsi di C.P. e dolore in tutti gli ambiti assistenziali, in ogni fase della vita, per qualunque malattia ad andamento cronico ed evolutivo per la quale non esistono terapie o, qualora esistano, siano inadeguate o inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita.

Questa legge pone inoltre attenzione alla specificità pediatrica e semplifica le procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore in particolare per gli oppioidi, farmaci spesso fondamentali nel trattamento efficace del dolore.

to ed esperto, è inadeguato a rispondere da solo ai vari bisogni che esprimono i malati in fase terminale; il lavoro d'*équipe* dunque indispensabile per permettere a ciascuno di esprimere al meglio le proprie competenze. Stare quotidianamente accanto a chi muore richiede un ambiente cooperativo nel quale i membri dell'*équipe* possano discutere apertamente dei problemi che si presentano nel lavorare costantemente con persone che muoiono. Questo è il senso ed il valore specifico degli incontri settimanali d'*équipe*; momenti preziosi per ascoltarsi, riflettere crescere, nella consapevolezza che assistere chi muore ci porta a confrontarci con la nostra stessa mortalità e che a volte, nonostante gli sforzi, non si raggiunge l'obiettivo di garantire una morte serena.

Da ultimo, ma non certo per importanza, sentire continuamente di possedere "una mente che non sa" (F. Ostaseski) e non stancarsi mai di coltivarla, attraverso la formazione, lo scambio, lo studio e l'apertura alle novità.

Qualche volta gli *Hospice* sono stati accusati di promuovere una morte idealizzata, la "morte felice", essi in realtà non promuovono particolari "modi di morire". Cecily Saunders chiama il sistema dell'*Hospice* un "sistema ad alto tasso di persona e a basso tasso di tecnologia". Questo non significa come qualcuno talvolta banalizzando le C.P. definendole "low tech, high touch", che queste siano semplicemente uno stare accanto al malato che non richiede mezzi o professionalità particolari, ma solo un'attitudine umana. Se quest'ultima è senz'altro richiesta, non può però prescindere da una seria preparazione e for-

### Le Cure Palliative a Bergamo

L'esperienza bergamasca nelle cure palliative, è nata in un clima di difficile riflessione e dibattito sugli aspetti che riguardano la fine della vita come nel resto d'Italia.

Dal 1987 ha sede presso gli Ospedali Riuniti di Bergamo, oggi Ospedale Papa Giovanni XXIII, il Centro di C.P. che svolge attività ambulatoriale all'interno dell'ospedale ed attività domiciliare in collaborazione con l'Azienda Sanitaria Locale.

Nel 1989, grazie ad alcuni cittadini nacque l'Associazione Cure Palliative, con l'intento di impegnarsi personalmente in qualità di volontari nel prendersi cura in modo solidale delle persone malate di tumore e dei loro familiari e contemporaneamente di fare pressione sulle istituzioni affinché organizzassero servizi professionali dedicati ai pazienti in fase terminale. L'ACP in quegli anni si impegnò in un'articolata attività di informazione, comunicazione e formazione rivolta ai medici ospedalieri, a quelli di medicina primaria, ad infermieri, psicologi ed assistenti sociali, oltre che a promuovere diffuse iniziative di sensibilizzazione rivolte ai malati, parenti, istituzioni ed enti locali.

Contemporaneamente, anche grazie ad una cospicua donazione da parte di un "benefattore anonimo" finalizzata alla realizzazione di un *Hospice* a Bergamo, iniziò una raccolta di fondi con lo slogan "Bergamo ha un cuore grande", alla quale la cittadinanza aderì con estrema generosità.

Dal 1997 al 2000, l'ACP ristrutturò nell'area dell'ex Ospedale Neuropsichiatrico il padiglione Verga, messo a disposizione dall'ASL e realizzò l'*hospice*, consegnato all'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, per la gestione. Esso verrà inaugurato a dicembre 2000 ed aperto nel gennaio 2001.

Dal 2008, l'UOCP ha esteso la sua attività con l'apertura del servizio di Ospedalizzazione Domiciliare (ODCP), un percorso sperimentale con autorizzazione dalla Regione Lombardia, (Delibera della giunta regionale n. 7180/2008 allegato n. 1). Questo servizio garantisce al paziente al domicilio cure mediche, assistenza infermieristica, farmaci e presidi di tipo ospedaliero. Requisiti per accedere al servizio sono: patologia oncologica, presunta aspettativa di vita non superiore a 90 giorni, necessità di elevati livelli di assistenza, presenza di un *caregiver* a domicilio nelle 24 ore, situazione abitativa compatibile con questo tipo di assistenza.

Attualmente l'ODCP della nostra azienda viene svolta dal personale medico ed infermieristico dell'*Hospice*, che a rotazione svolge la sua attività a domicilio, affiancata dalle altre figure professionali dell'*équipe* e dai volontari dell'ACP qualora ve ne sia la necessità. È un servizio che funziona ogni giorno, 24 ore su 24, con la presa in carico del paziente attraverso le visite di *routine*, la risposta alla chiamata in caso di urgenza nelle 24 ore e la reperibilità attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00, la fornitura di farmaci, presidi ed ausili al domicilio a seconda delle necessità del paziente.

Purtroppo è un servizio che copre solo una parte limitata del territorio bergamasco, poiché ad oggi, si rivolge agli utenti residenti in città ed in alcuni comuni limitrofi.

Attualmente nella Provincia di Bergamo sono operativi anche altri cinque *Hospice*:

- *Hospice* Istituto Palazzolo di Bergamo
- *Hospice* di Gorlago, presso la RSA S.Giuseppe
- *Hospice* di Vertova, nella RSA della Fondazione Gusmini
- *Hospice* O. Cerruti di Capriate S.Gervasio nella RSA dei Camilliani
- *Hospice* di Piazza Brembana, presso la RSA Fondazione don Stefano Palla

### Modelli gestionali degli Hospice

Per tipo di gestione si intende la natura giuridica degli enti che hanno la responsabilità legale degli hospice e/o sono coinvolti nella gestione organizzativa ed economica delle strutture (locali, utenze, forniture, personale di segreteria/amministrazione,...) e/o che sono coinvolti nella gestione organizzativa ed economica del personale di *équipe* impegnato nell'attività assistenziale ai pazienti (medici, specialisti, infermieri, operatori assistenziali,...).

Più in dettaglio:

- Gestione pubblica, quelli gestiti esclusivamente da enti pubblici: Aziende Sanitarie, Aziende Ospedaliere, IPAB (Istituzioni Pubbliche di assistenza e Beneficienza), ASP (Aziende di Servizi alla Persona) di diritto pubblico, IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), Policlinici Universitari, Enti locali ed altre istituzioni di diritto pubblico (es: Fondazioni pubbliche)
- Hospice Privati, quelli gestiti esclusivamente da Enti, Società, Ospedali o Cliniche private che hanno le seguenti forme giuridiche. Società di capitali (spa, srl,...) o Società di persone (sas, snc)
- Hospice del Terzo settore, quelli gestiti esclusivamente da Enti ed Organizzazioni che operano principalmente senza scopo di lucro: Fondazioni di diritto privato, Associazioni, Cooperative Sociali, Organizzazioni di Volontariato, enti religiosi, ...
- Gestione Mista, quelli gestiti da almeno due Enti/Organizzazioni di natura giuridica diversa: pubblico-privato, pubblico-terzo settore, privato-terzo settore.

| Tipo di gestione                                    | Hospice già operativi a dicembre 2006 |               |              |               |             |          |           |
|---|---------------------------------------|---------------|--------------|---------------|-------------|----------|-----------|
|   | Strutture                             |               | Posti Letto  |               | Media PL/H  | Min PL/H | Max PL/H  |
|   | v.a.                                  | %             | v.a.         | %             |             |          |           |
| pubblica  | 54                                    | 51,4%         | 505          | 41,1%         | 9,4         | 3        | 15        |
| privata   | 10                                    | 9,5%          | 200          | 16,3%         | 20,0        | 8        | 30        |
| terzo settore                                       | 31                                    | 29,5%         | 408          | 33,2%         | 13,2        | 6        | 30        |
| mista   | 10                                    | 9,5%          | 116          | 9,4%          | 11,6        | 8        | 19        |
| <b>Totale hospice già operativi a dicembre 2006</b> | <b>105</b>                            | <b>100,0%</b> | <b>1.229</b> | <b>100,0%</b> | <b>11,7</b> | <b>3</b> | <b>30</b> |

| Tipo di gestione                                  | Hospice già operativi a giugno 2009 |               |              |               |             |          |           |
|---|-------------------------------------|---------------|--------------|---------------|-------------|----------|-----------|
|   | Strutture                           |               | Posti Letto  |               | Media PL/H  | Min PL/H | Max PL/H  |
|   | v.a.                                | %             | v.a.         | %             |             |          |           |
| pubblica  | 90                                  | 54,5%         | 842          | 44,6%         | 9,4         | 2        | 18        |
| privata   | 12                                  | 7,3%          | 210          | 11,1%         | 17,5        | 10       | 30        |
| terzo settore                                     | 35                                  | 21,2%         | 518          | 27,4%         | 14,8        | 5        | 30        |
| mista   | 28                                  | 17%           | 318          | 16,8%         | 11,3        | 7        | 30        |
| <b>Totale hospice già operativi a giugno 2009</b> | <b>165</b>                          | <b>100,0%</b> | <b>1.888</b> | <b>100,0%</b> | <b>11,4</b> | <b>2</b> | <b>30</b> |

Tabella 1 – Hospice e posti letto operativi, per tipo di gestione (dati reali 2006 e 2009)

Nota: Abbreviazioni utilizzate: PL/H = Posti Letto/Hospice; v.a. = valore assoluto

Considerando i 165 hospice operativi a giugno 2009, la maggior parte risultano a gestione pubblica (90 strutture, pari al 54,5%), seguiti dagli hospice gestiti da organizzazioni del terzo settore (35 strutture, pari al 21,2%), dagli hospice a gestione mista ed infine da quelli privati.

Confrontando i dati reali del 2009 con quelli del 2006, si può notare come in questo periodo vi sia stato un incremento del numero degli hospice a gestione pubblica (dal 51,4% al 54,5%), ma soprattutto un forte incremento degli hospice a gestione mista (cresciuti dal 9,5% al 17%). Si prevede che questa tendenza orientata verso una soluzione gestionale mista, quasi sempre di tipo pubblico-privato, potrebbe incrementarsi ulteriormente nei prossimi anni, quando diventeranno operativi i nuovi hospice attualmente in fase di realizzazione. Negli ultimi anni, infatti, sono state proprio le organizzazioni di terzo settore a dare un contributo fondamentale per l'attivazione dei nuovi hospice, proponendosi come soggetti di supporto capaci di integrare i loro modelli di organizzazione e gestione del personale di *équipe* in modo efficace ed efficiente, ottenendo al contempo vantaggi derivanti dal contenimento dei costi di struttura che spesso risultano a carico degli enti pubblici.

Fonte: FURIO ZUCCO (a cura di), *Hospice in Italia. Seconda rilevazione ufficiale 2010*

| Regione              | Hospice già operativi a giugno 2009 |              |                | Hospice che saranno presumibilmente operativi a fine 2010 |              |                | Popolazione residente     |
|----------------------|-------------------------------------|--------------|----------------|---|--------------|----------------|---------------------------|
|                      | Strutture                           | Posti Letto  | PL/10.000 res. | Strutture   | Posti Letto  | PL/10.000 res. | Fonte ISTAT 1 gennaio '09 |
| Abruzzo              | -                                   | -            | -              | 2   | 20           | 0,15           | 1.334.675                 |
| Basilicata           | 4                                   | 44           | 0,75           | 5   | 51           | 0,86           | 590.601                   |
| Calabria             | 2                                   | 18           | 0,09           | 4   | 48           | 0,24           | 2.008.709                 |
| Campania             | 2                                   | 18           | 0,03           | 9   | 111          | 0,19           | 5.812.962                 |
| Emilia R.            | 18                                  | 216          | 0,50           | 24  | 288          | 0,66           | 4.337.979                 |
| Friuli V.G.          | 4                                   | 52           | 0,42           | 4   | 52           | 0,42           | 1.230.936                 |
| Lazio                | 15                                  | 252          | 0,45           | 17  | 295          | 0,52           | 5.626.710                 |
| Liguria              | 5                                   | 52           | 0,32           | 7   | 82           | 0,51           | 1.615.064                 |
| Lombardia            | 51                                  | 610          | 0,62           | 57  | 678          | 0,70           | 9.742.676                 |
| Marche               | 5                                   | 42           | 0,27           | 8   | 76           | 0,48           | 1.569.578                 |
| Molise               | 1                                   | 16           | 0,50           | 1   | 16           | 0,50           | 320.795                   |
| Piemonte             | 11                                  | 114          | 0,26           | 16  | 166          | 0,37           | 4.432.571                 |
| Puglia               | 6                                   | 96           | 0,24           | 9   | 132          | 0,32           | 4.079.702                 |
| Sardegna             | 3                                   | 33           | 0,20           | 5   | 58           | 0,35           | 1.671.001                 |
| Sicilia              | 5                                   | 51           | 0,10           | 14  | 157          | 0,31           | 5.037.799                 |
| Toscana              | 12                                  | 86           | 0,23           | 21  | 139          | 0,37           | 3.707.818                 |
| Trentino A.A.        | 2                                   | 18           | 0,18           | 2   | 18           | 0,18           | 1.018.657                 |
| Umbria               | 2                                   | 19           | 0,21           | 4   | 34           | 0,38           | 894.222                   |
| Valle d'Aosta        | -                                   | -            | -              | 1   | 7            | 0,55           | 127.065                   |
| Veneto               | 17                                  | 151          | 0,31           | 19  | 164          | 0,34           | 4.885.548                 |
| <b>Totale Italia</b> | <b>165</b>                          | <b>1.888</b> | <b>0,31</b>    | <b>229</b>  | <b>2.592</b> | <b>0,43</b>    | <b>60.045.068</b>         |

Tabella 2 – Hospice e posti letto di degenza già operativi a giugno 2009 e previsioni per il 2010, per Regione

Ai primi posti della graduatoria a giugno 2009 troviamo la Lombardia (0,59 posti letto per 10.000 abitanti) e l'Emilia-Romagna (0,50 posti letto per 10.000 abitanti). Si distinguono la Basilicata (0,75 posti letto per 10.000 abitanti con 4 hospice) e il Molise (con l'aumento di 5 posti letto agli 11 operativi nel 2006 ha portato l'offerta regionale a 0,50 posti letto disponibili ogni 10.000 abitanti).

Da gennaio 2007 a giugno 2009 anche in Umbria ed in Campania sono stati attivati i primi hospice, per cui le uniche 2 Regioni italiane che a giugno 2009 sono risultate senza alcun hospice attivato sono Abruzzo e Valle d'Aosta. A partire da fine 2010 tutte le Regioni italiane hanno almeno un hospice operativo.

Fonte: FURIO ZUCCO (a cura di), *Hospice in Italia. Seconda rilevazione ufficiale 2010*

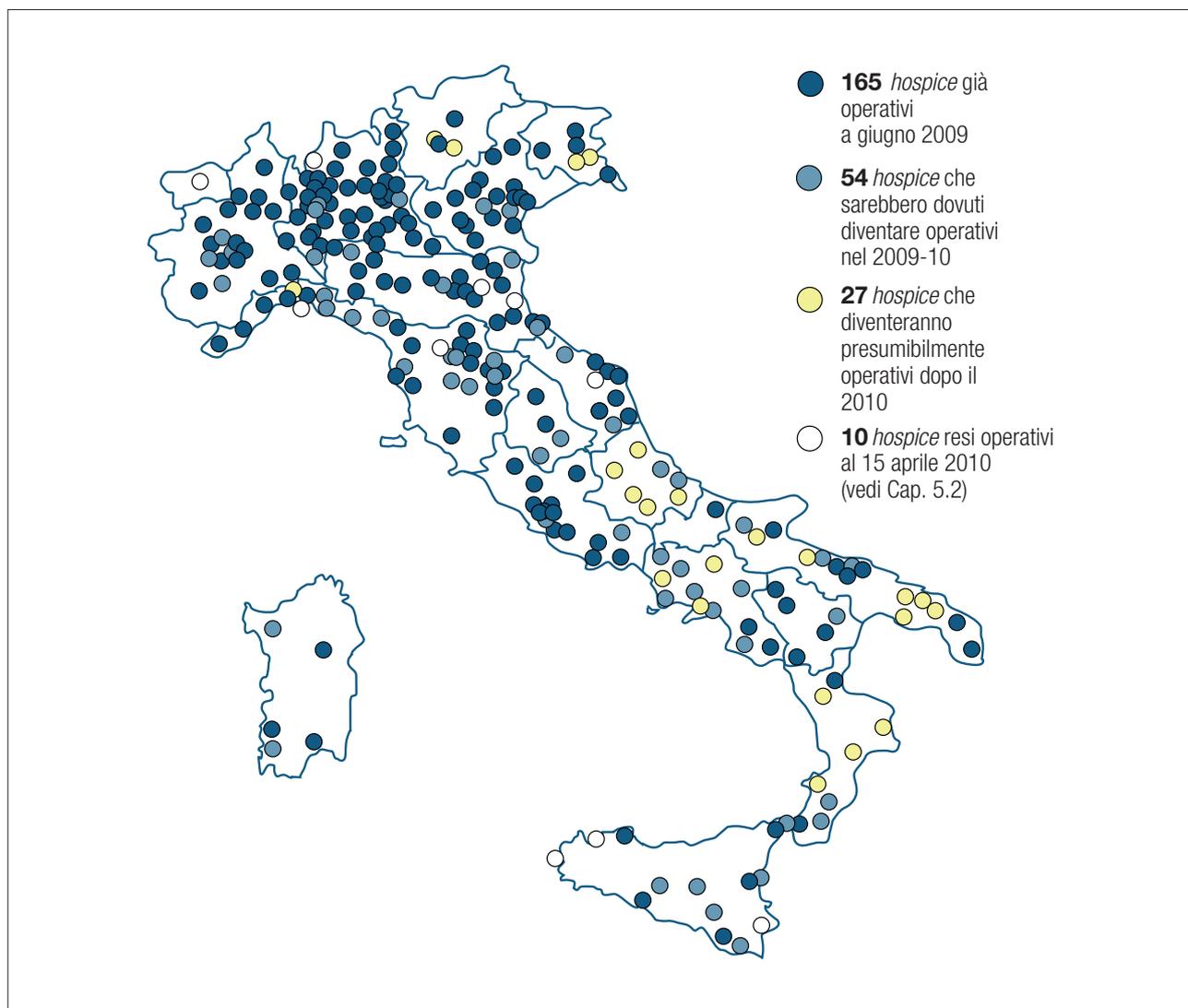
mazione che coinvolge tutta l'équipe curante.

### RISORSE E FATICHE

– Il tempo: il contagio con il lavorare con la morte è inevitabile. È contemporaneamente grande opportunità e grande fatica. Sia-

mo abituati a pensare di poter disporre del tempo e grazie alla nostra capacità di progettare il futuro possiamo anche scegliere di “risparmiare tempo” in vista di scopi più importanti. E poi improvvisamente ci troviamo di fronte all'esperienza del “troppo tardi”, del “già finito”. “Tem-

po” è soprattutto misura dell'esperienza, dell'energia e dell'emozione soggettiva. Uno degli aspetti privilegiati per me, infermiera di un hospice è proprio la possibilità di stare nel tempo del malato con tranquillità, senza l'ansia dell'orologio che scandisce ritmicamente ciascu-



Mappa degli hospice italiani operativi a giugno 2009, ad aprile 2010 e previsioni future  
Fonte: FURIO ZUCCO (a cura di), *Hospice in Italia. Seconda rilevazione ufficiale 2010*

na attività. Può sembrare un paradossale, ma laddove “c’è poco tempo” esiste tempo da vivere, da condividere, da attendere. Tempo per la relazione, per gli sguardi e per i silenzi. Quando penso alla frenesia dell’esperienza nelle comuni corsie ospedaliere mi sento davvero privilegiata. In hospice c’è tempo per fermarsi, ascoltare ed ascoltarsi, conoscere e conoscersi.

– L’*équipe*: essere “squadra” è senza dubbio una risorsa, che

richiede però costantemente autoanalisi, messa in discussione e capacità di collaborazione talvolta ardue, soprattutto per il coinvolgimento emotivo che viene messo in gioco nello stare accanto a chi muore. Non è sempre facile sentirsi parte e stare nell’*équipe* con la quale condividere pensieri, emozioni, fatiche nel decidere e progettare perché non sempre si è disposti a mettersi in gioco completamente, ad accettare e fare pro-

prie scelte e pensieri di altri colleghi al fine di valorizzare e promuovere un’assistenza a misura per ciascun paziente.

## CONCLUSIONI

Chi sta per morire ci chiede di esserci. Con la nostra esperienza e competenza e con il nostro tempo. Un tempo per essere più che per fare. Un tempo che quotidianamente impone come suggerisce Pierre Hadot: “ricordati di vivere”.

## DACCI OGGI IL NOSTRO PANE RICICLATO

Francesca Painsi

*Recuperare gli alimenti invenduti e rimetterli in circolo per i più poveri: non solo un gesto di solidarietà, ma un primo passo per ridurre gli sprechi*

*I 'marziani del welfare' sono tutti coloro che vengono da un mondo diverso da quello dei servizi sociali e sanitari, hanno altri obiettivi ed interessi diversi da quelli dei servizi, seguono altre regole, incontrano altri problemi, eppure – nei fatti – proprio come i servizi sociali accrescono il grado di protezione di una comunità. Non c'entrano niente con noi, e in questo sono un poco 'marziani' rispetto al nostro mondo, ma centrano il nostro stesso obiettivo. Il welfare è una rete ampia a cui chiunque può agganciarsi per estenderla.*

Se 'compagno' è etimologicamente 'colui con cui divido il pane', come si chiama chi il pane lo spreca? Sarebbe utile saperlo, perché il termine definirebbe molti di noi. A Milano, ad esempio, ogni giorno si buttano 17.500 chili di pane, 14.000 nella spazzatura delle famiglie e 3.500 dai rifiuti dei panifici. E a Roma o nelle altre città la situazione non è per nulla diversa. Piccoli sprechi, ma grandi danni: in Italia nella spazzatura di casa finiscono mediamente alimenti per 600 euro annue a persona, in totale 18 milioni di tonnellate di alimenti, pari a 37 miliardi di euro, il 3%

del Pil. Il tema è al centro di molti dibattiti e studi, e di alcune interessanti esperienze di recupero.

Come quella che ci racconta Luigi Moraschi che lavora al gruppo cooperativo Cauto ([www.cauto.it](http://www.cauto.it)) di Brescia, dove è responsabile della 'Dispensa sociale'. La Dispensa sociale è un progetto di cui va fiero, perché ha un'utilità immediata sociale e ambientale: raccoglie alimenti che i supermercati hanno rinunciato a vendere (per difetti nel confezionamento, perché prossimi alla scadenza o semplicemente perché, 'vecchi' di un giorno, non sono graditi a clienti) per farne una selezione intelligente. Delle 1.300 tonnellate di alimenti che Cauto ha ritirato nei primi 10 mesi del 2012, 1.200 sono state distribuite a enti e associazioni a fini sociali e 100 sono state destinate all'alimentazione animale. Di queste 1.300 tonnellate, 200 erano di pane e prodotti da forno.

Luigi ci racconta questa storia mentre ci mostra il magazzino dove il pane viene 'rimesso in circolo', insieme a molti altri cosiddetti 'rifiuti alimentari': si aggira tra grandi cestoni ricolmi di baguette e pagnotte, indica scaffali di torte fresche e pasticcini, gira attor-



no a cassonetti di pizze e focacce e snocciola precisissimo i dati di questo spreco. Negozi, supermercati e ipermercati non riescono a vendere, a volte anche per difetti di conservazione, circa 244 mila tonnellate di prodotto l'anno. Il pane è il prodotto che viene maggiormente buttato via: finisce nel cassonetto dei rifiuti il 15% della produzione, che viene avviato in discarica. Si tratta di uno sperpero enorme perché ogni tozzo di pane che viene gettato richiede per la sua produzione 1.600 litri d'acqua e 1,2 chilogrammi di CO<sub>2</sub>, per non parlare della benzina che viene sprecata per trasportare il prodotto e le materie prime.

Il pane, in particolare, il gruppo cooperativo Cauto lo raccoglie da 6 ipermercati che costituiscono solo il 2% della superficie della Grande Distribuzione Organizzata del bresciano: la percentuale è quasi risibile, ma ogni settimana Cauto raccoglie la quantità esorbitante di 5.000 chili di pane e prodot-

ti da forno. Parte di questi alimenti è ancora commestibile ma ormai di fatto non vendibile: sono per lo più pane e torte confezionati presso i supermercati ma preparati 'il giorno prima' e quindi non graditi ai clienti che preferiscono prodotti di giornata. Ciò che è ancora buono viene avviato alla Dispensa Sociale, un servizio che la cooperativa offre a enti e associazioni che possono prelevare gli alimenti necessari per la loro attività: pane, certo, ma anche verdura, formaggi e altre merci che la Grande Distribuzione scarta pur essendo ancora commestibili. Alla Dispensa Sociale gli addetti (1 persona a tempo pieno, 3 *part time* e diverse decine di volontari) raccolgono i prodotti, li smistano e li ridistribuiscono gratuitamente: nel 2011 gli enti che hanno usufruito della Dispensa Sociale sono stati 118, ed hanno aiutato 5.350 persone.

Gli alimenti che invece non sono più idonei al consumo umano vengono avviati al consumo animale (gli allevatori possono comprare il pane secco per 10 euro al quintale), ad altre lavorazioni industriali o al compostaggio. "Una volta – racconta Luigi – ci hanno regalato una quantità esorbitante di burro vecchio di anni... Non si poteva certo mangiarlo e nemmeno darlo agli animali. Ci abbiamo pensato un po' e poi lo abbiamo proposto ad un convento di suore che fa saponi artigianali: come materia grassa di base era ottimo lo stesso!". Luigi è sicuro: niente (e nessuno!) va considerato 'scarto': c'è sempre modo di darsi una seconda opportunità.

Cauto fa molto per riciclare il pane che raccoglie, ma il vero obiettivo che si prefigge è ridurre gli sprechi. Per questo motivo ha di recente iniziato un'azione simbolica nel-



la scuola di Rezzato, a pochi chilometri da Brescia: qui ha installato (a proprie spese) un cassonetto per la raccolta differenziata del pane: gli studenti possono portare ciò che avanzano a casa, e un allevatore della zona passa periodicamente a svuotarlo e lo utilizza nell'alimentazione dei suoi animali. Nei primi 3 mesi i 700 studenti ne hanno portati circa 300 chili il che fa stimare in 2 chili all'anno il pane che ogni famiglia buttava nella spazzatura prima che Cauto desse l'avvio al progetto. Ora l'obiettivo però non è 'raccogliere più pane', ma rendere visibile ai ragazzi che lo spreco c'è, è importante e va ridotto.

Luigi sa bene che il pane connette storie piccole e scenari molto grandi. Pensa alla Primavera araba, Luigi, che non a caso è stata anche chiamata 'rivolta del pane'. Perché i quintali di pane che noi buttiamo si fanno col grano anche dei paesi nord-africani, e lo spreco di merci preziose (cereali, acqua, energia...) che noi buttiamo in discarica fa crescere la doman-

da in modo eccessivo: mette sotto pressione le risorse idriche dei paesi esportatori e fa crescere in modo improprio il prezzo dei cereali sul mercato internazionale di fatto rendendoli ancora meno accessibile per la popolazione più povera del pianeta. Il nostro spreco, così, affama due volte la popolazione più povera del pianeta: toglie risorse e fa crescere i prezzi. "Un giorno in una scuola abbiamo ritirato 8 chili di pane – racconta Luigi –. Sono 22.000 calorie: il fabbisogno giornaliero per 10 persone ben nutrite".

Il pane in molte religioni è connesso a simboli sacri: i faraoni si facevano seppellire con ingenti quantità di pane; esso appare nel racconto della mitologia mesopotamica così come nelle scritture cuneiformi babilonesi e nei testi sacri ebraici; per i cristiani lo 'spezzare il pane' diviene metafora della condivisione tra il Dio fatto uomo e i suoi amici più veri.

Comunque la si pensi, resta un fatto: sprecare il pane è un peccato mortale.

# COME AFFRONTARE LO STRESS NEI SERVIZI IN EPOCA DI CRISI

Laura Belloni \*

*Il clima aziendale influisce  
sulla performance dei singoli  
e quindi sui risultati aziendali.  
In Toscana nasce il Centro di Riferimento  
Regionale sulle Criticità Relazionali*

Lo sviluppo di una comunità si misura sulla base delle possibilità di benessere e felicità che essa crea. Si tratta di una sensibilità orientata alla persona, alla sua crescita, alla sua salute nei contesti lavorativi che costituisce un elemento imprescindibile per garantire servizi di eccellenza, in grado di promuovere benessere in primo luogo per gli stessi operatori.

Nel caso specifico di un sistema lavorativo come quello sociosanitario, la vera forza è la propria umanità.

Il modello toscano degli interventi sociosanitari è fortemente orientato a realizzare interventi integrati di rete e a sostenere progetti che prevedano la centralità del fattore umano e dei suoi bisogni. In questo senso il termine "umanità", intesa come attenzione alle problematiche emergenti nel rapporto tra persone e organizzazione, diviene strumento indispensabile per la progettazione di azioni quali il superamento delle criticità del siste-

ma organizzativo, la valorizzazione della relazione come componente fondante dell'atto di cura, l'attenzione agli aspetti strutturali e al clima tra professionisti, la considerazione di quanto percepito dall'utente.

Poter pensare una realtà in cui si integrano l'utente e la comunità dei servizi è il primo passo per individuare buone pratiche, individuali e collettive, migliori stili comportamentali e condizioni dell'ambiente di lavoro.

Migliorare la qualità dell'organizzazione è possibile attraverso un impegno all'accoglienza, intesa come approccio capace di risolvere i potenziali conflitti fra colui che vive con comprensibile emotività il bisogno di assistenza e chi, con i propri strumenti tecnico professionali, deve fornire una risposta congruente con i tempi e gli spazi organizzativi disponibili. Un impegno all'accoglienza attuabile attraverso la formazione del personale, sia con azioni rivolte all'analisi delle

criticità e allo sviluppo delle capacità di autovalutazione e di buone pratiche, sia con l'incremento della ricerca per la crescita delle conoscenze e la realizzazione di percorsi innovativi, in grado di migliorare la capacità di risposta del sistema e la sua efficacia.

## **BENESSERE ORGANIZZATIVO E STRESS IN TEMPO DI CRISI**

Perché parlare di benessere organizzativo e di criticità relazionali nei servizi sociosanitari? E perché in un'epoca di crisi?

Perché il benessere lavorativo non solo influenza la qualità della vita e la salute degli operatori, ma si riflette anche in modo significativo sull'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione cui essi appartengono. È ormai accertato che le organizzazioni più efficienti sono quelle con dipendenti soddisfatti e un clima interno sereno e partecipativo. La *Gallup Organization*, organizzazione americana specia-

\*] Dirigente medico, Specialista in Psichiatria e Psicoterapia – Responsabile del Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRRCR), Direttore della SOD Clinica delle Organizzazioni, Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi Firenze (AOUC). bellonil@aou-careggi.toscana.it

Il gruppo di lavoro del Centro è composto da: Luca Amoroso, Matilde Ardito, Angelo Avarello, Dario Iozzelli, Marta Debolini, Giulia Bazzani, Matteo Galanti, Monica Giuli, Maria Ditta, Valentina Scarselli, Francesca Bonechi, Davide Giomi, Beatrice Caiulo, Vanessa Zurkirch, Sara Bellachioma, Emanuele Baroni.

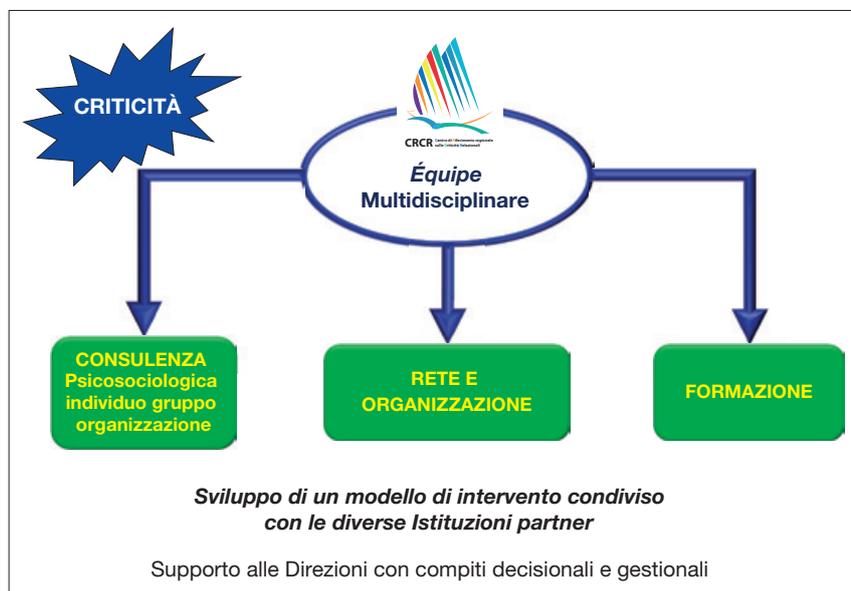


Figura 1 – Modello di intervento

lizzata in consulenza manageriale e risorse umane, in uno studio che ha coinvolto cinque milioni di lavoratori statunitensi, ha rilevato che il 65% dei dipendenti intervistati non si sente né riconosciuto nel proprio lavoro, né soddisfatto dello stesso. Questo ha determinato, in termini di produttività, una perdita di trecento miliardi di dollari per l'economia statunitense. Dalla ricerca, inoltre, emerge che nove lavoratori su dieci sostengono di essere più produttivi quando sono circondati da persone con cui hanno relazioni soddisfacenti e non critiche, aspetto ben conosciuto dagli specialisti che lavorano su questi temi.

Inoltre la crisi socio-culturale ed economica in cui ci troviamo espone gli operatori (non solo le aziende) ad un carico emotivo di preoccupazioni correlate ai temi del lavoro che, se non ben gestite, possono sfociare in stati di vero e proprio disagio e cristallizzarsi in situazioni critiche: lo *stress* è la forma più conosciuta, ma sono altrettanto significative il *burnout*, la

conflittualità sindacale, l'assenteismo, il *turnover*, gli infortuni, gli incidenti mancati, la demotivazione, la mancanza di senso di appartenenza all'azienda, l'assenza di obiettivi comuni e condivisi, l'elevata conflittualità all'interno dei gruppi di lavoro.

Le organizzazioni che riescono a valutare tali aspetti connessi alla soddisfazione del proprio personale e che decidono di lavorare per migliorarla implementando il benessere e diminuendo le criticità raggiungono con più facilità elevati livelli di qualità dei servizi e più bassi livelli di costi e di spesa. È necessario, quindi, dialogare anche con le direzioni per promuovere un cambiamento culturale che favorisca l'investimento di energie e risorse sui propri operatori come una necessità per il bene dell'organizzazione, addirittura prima che dell'operatore stesso.

Sono due le anime del funzionamento di un'organizzazione: la prima rappresentata dall'operatore/professionista, con la sua cultura specifica, il suo sapere tecnico, la

propria posizione nell'organigramma, in relazione al gruppo di lavoro e alla struttura organizzativa nel suo insieme; la seconda dalla persona nel suo complesso, con la sua cultura generale, le sue ansie e paure, i suoi affetti, le sue relazioni con la famiglia e la società. Se una delle due "anime" non viene accolta, ascoltata, pensata, agirà comunque, influenzando, in tal caso secondo dinamiche inconsapevoli e sfuggenti, le *performance* stesse.

Le organizzazioni, dunque, hanno un duplice obiettivo: produrre dei risultati in termini di beni (prodotti, servizi o idee) e insieme soddisfare i bisogni emotivi delle persone che ne fanno parte, soprattutto quelli di appartenenza, di sicurezza e di identità.

Con queste premesse, lavorare con l'obiettivo di migliorare il benessere psicologico degli operatori socio-sanitari, attraverso interventi volti a fronteggiare le criticità che essi quotidianamente vivono, è un modo di prendersi cura non solo dei singoli operatori e dei gruppi di lavoro, ma anche dell'intera organizzazione, ivi compresi i suoi livelli di produttività e la qualità delle prestazioni che eroga, soprattutto in tempo di crisi.

In momenti come quello attuale, infatti, si cerca di fare leva sul senso di responsabilità delle persone, sui timori, sulle necessità, sulla capacità di comprensione di ciascuno per richiedere il massimo possibile in termini di produttività e disponibilità lavorativa, in nome di un "superiore" bene dell'organizzazione. Il risultato che si ottiene, tuttavia, è un ulteriore innalzamento del livello di stress percepito dalle persone le quali, oltre alle eventuali preoccupazioni extra-lavorative, si trovano a dover far fronte a richieste spe-

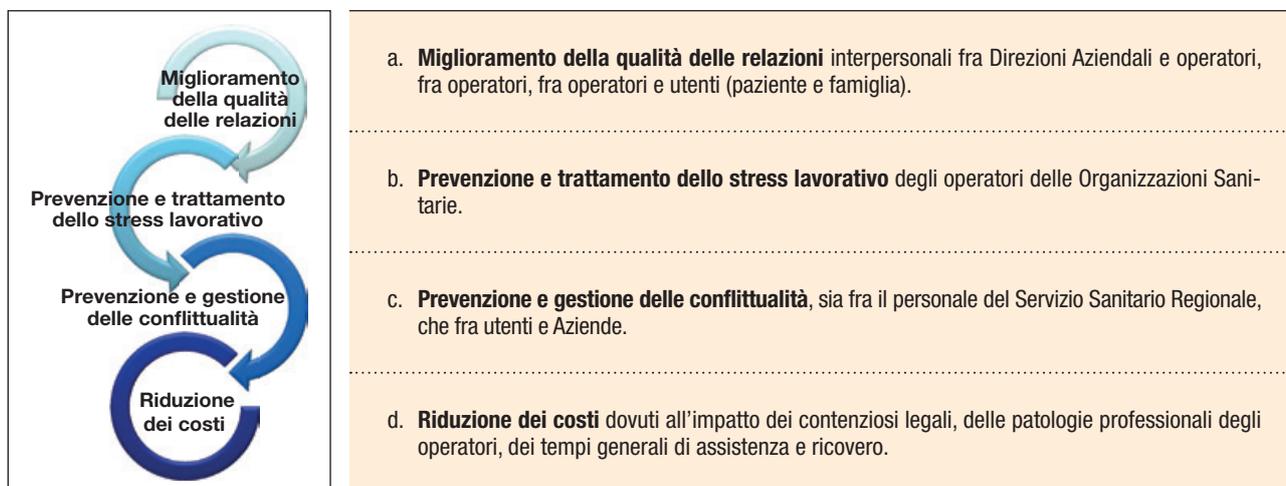


Tabella 1 – Obiettivi del Centro

cifiche di quel contesto vissute come eccessive.

### IL CENTRO DI RIFERIMENTO REGIONALE SULLE CRITICITÀ RELAZIONALI

Su queste basi la Regione Toscana, nell'ottica di promozione della salute e di sviluppo di percorsi di eccellenza, ha sostenuto la nascita di un Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRRCR), istituito con delibera della Regione Toscana n. 356 del 21 maggio 2007. Esso rappresenta negli intenti, nell'organizzazione e nella modalità d'intervento, ricerca e formazione, un'esperienza unica a livello nazionale, avvenute come *target* gli operatori sanitari nei loro diversi ambiti professionali e relazionali.

Caratteristica del Centro è l'operatività di rete, ovvero una progettualità effettuata secondo un modello sistemico, attraverso il coinvolgimento di tutti i soggetti a diverso titolo implicati in una specifica area critica all'interno dell'organizzazione.

Il Centro crede fortemente nella possibilità di raggiungere l'ecce-

lenza dei servizi offerti, attraverso la cura della dimensione relazionale, in quanto variabile cruciale per il benessere degli operatori e dei cittadini/utenti, che permette contemporaneamente di contribuire alla riduzione di eventuali contenziosi legali determinati dalla man-

cata individuazione di Criticità relazionali organizzative.

Sebbene l'interlocutore principale del Centro sia la Regione Toscana, insieme alla quale valuta, progetta e realizza gli interventi necessari sul tema del benessere degli operatori in ambito sociosanitario regionale,

|   |
|---|
| a. Individuazione dei <b>punti critici</b> nei sistemi delle relazioni umane.   |
| b. <b>Confronto sistematico delle varie organizzazioni</b> e delle strategie di gestione del personale aziendale.   |
| c. Individuazione della <b>richiesta</b> negli aspetti espliciti e impliciti, con coinvolgimento del gruppo richiedente.  |
| d. <b>Studio, analisi e ricerca</b> inerente le relazioni umane nei processi di cura e riabilitazione.  |
| e. <b>Manutenzione psicologica</b> dell'operatività dei servizi sanitari attraverso una capillare attività di consulenza nell'ambito delle relazioni aziendali.   |
| f. Attività di <b>formazione alle competenze</b> psicologiche e di supervisione psicosociologica rivolte ai gruppi di lavoro multidisciplinari dei diversi contesti sanitari e aziendali.                                 |
| g. Attività di <b>supervisione e consulenza</b> individuale per <i>middle</i> e <i>top management</i> per sostenere e favorire processi di cambiamento interni alle organizzazioni sanitarie e aziendali.                 |
| h. Interventi <b>preventivi a livello organizzativo</b> di <i>job design</i> , ristrutturazione dell'organizzazione di lavoro, formazione e sviluppo organizzativo.   |
| i. Interventi a <b>livello individuo-organizzazione</b> relativi al carico di lavoro, partecipazione e relazioni tra colleghi per il miglioramento delle abilità di <i>coping</i> e la riduzione dello stress lavorativo. |
| j. Elaborazione di <b>buone pratiche, raccomandazioni e linee guida</b> , oltre alla individuazione dei percorsi che ne garantiscano la piena integrazione nel sistema sanitario del bacino di riferimento.               |

Tabella 2 – Aree di analisi e intervento

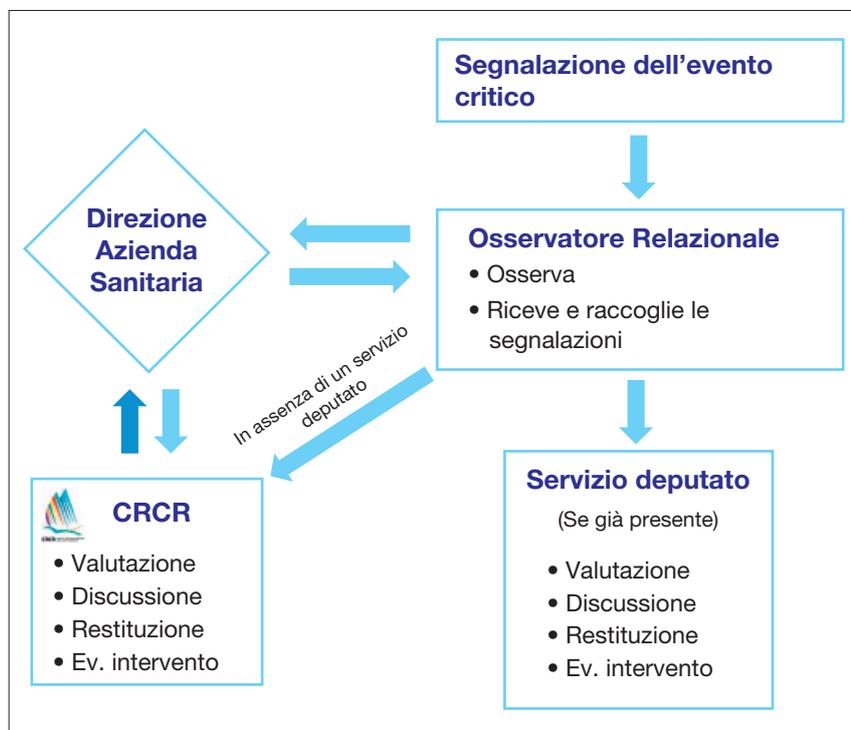


Figura 2 – Modello organizzativo

esso si relaziona con: gli assessorati regionali deputati alle politiche socio-sanitarie, le Aree Vaste, la Società della salute, i Comuni, le Province, le Aziende ospedaliero-universitarie, le Aziende sanitarie locali, gli organismi riconducibili all'area dell'Associazione e del *no profit* e con aziende operanti nel privato.

Indipendentemente dall'ambito di attività, il vertice di osservazione del Centro è di tipo relazionale. La relazione interpersonale rappresenta il nodo focale per comprendere il comportamento, poiché proprio all'interno del contesto relazionale l'uomo evolve lungo tutto il corso della sua vita, vivendo dinamicamente momenti di crescita e di

crisi. Le relazioni fra gli esseri umani costituiscono tutti i tipi di organizzazioni: sociali, lavorative, militari, politiche, religiose, educative, familiari. Esse sono sia oggettive che soggettive, nel senso che sono l'incessante modalità di lavoro della mente umana. Pertanto, ogni intervento di tipo psicologico che non voglia risultare riduzionistico non può ignorare il contesto in cui il singolo individuo è inserito.

In tal senso il Centro nel suo operare mantiene uno sguardo sistemico, promuovendo il lavoro di rete tra i diversi individui e gruppi cui l'intervento si rivolge e aiutando a sviluppare i rapporti tra essi.

All'interno di tale quadro di riferi-

mento, le attività di cui il Centro si occupa sono quelle di consulenza, formazione e progettazione-realizzazione di interventi su aree specifiche, rivolgendosi all'intero sistema organizzazione-individuo e sviluppando azioni e buone pratiche a livello regionale e interregionale. In particolare si muove all'interno delle seguenti aree:

- benessere e salute mentale degli operatori sanitari: consulenze individuali e di gruppo;
- criticità del personale e contenziosi legali;
- salute organizzativa;
- area critica ospedaliera;
- formazione e lavoro con i gruppi di operatori;
- innovazione e rapporti istituzionali.

Inoltre esso collabora con gli organismi aziendali e regionali deputati alla salute organizzativa e alla tutela dello stato di benessere del dipendente (CUG, Sindacati, SPP, Medicina del lavoro, altro).

### **DAL LIVELLO REGIONALE AL LIVELLO LOCALE – DAGLI OSSERVATORI RELAZIONALI ALLA CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI**

Le attività programmate e realizzate dal CRRCR, nel settore socio-sanitario della pubblica amministrazione della Regione Toscana, sono pensate come interventi di rete e di sviluppo per le organizzazioni nel loro complesso (Aziende sanitarie e loro direzioni) o in specifici sotto-settori (dipartimenti, aree, unità operative/strutture dipartimentali). Non si tratta quindi di interventi sul singolo operatore o del dialogo diretto operatore socio-sanitario – CRRCR. Piuttosto progetti che coinvolgono operatori



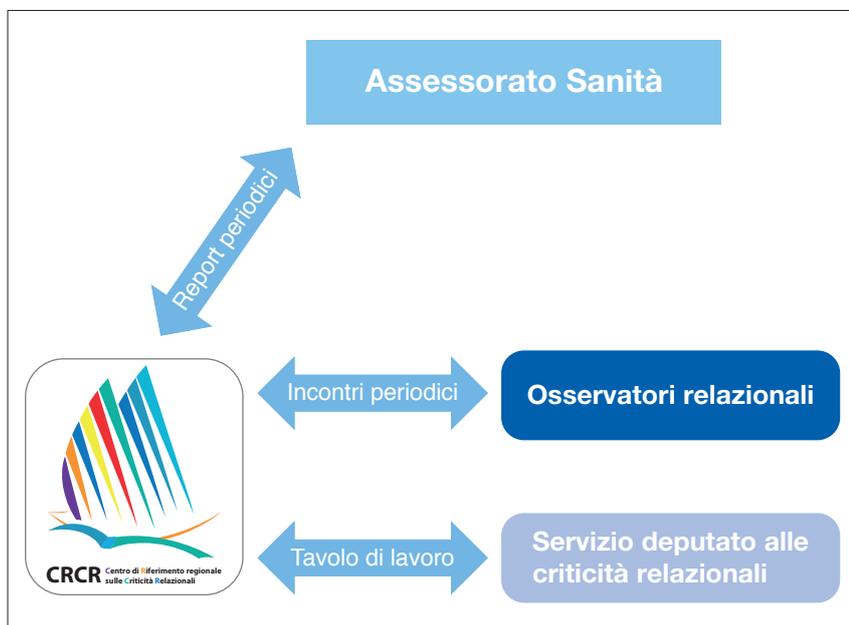


Figura 3 – Il lavoro di rete del CRRCR

(gruppi di lavoro) e direzioni aziendali (organizzazione). Un esempio di sviluppo organizzativo realizzato dal CRRCR per le Aziende sanitarie della Regione Toscana è stato il progetto sulla creazione delle figure di osservatori relazionali aziendali realizzato a partire dal 2010. L'obiettivo generale è stato sensibilizzare le Aziende sanitarie all'importanza del benessere psicologico degli operatori, al fine di perseguire il miglior funzionamento dell'organizzazione. Con l'esperienza del corso si è voluto creare un canale preferenziale tra il Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali e le Aziende sanitarie della Regione Toscana, attraverso l'individuazione di operatori che avrebbero in seguito rivestito il ruolo di "Osservatori Relazionali" all'interno delle rispettive Aziende.

La delibera n. 1124 della Regione Toscana del 28 dicembre 2010 ha delineato in modo esaustivo i contorni della nuova figura dell'osservatore relazionale e ha tratteggiato

quello che saranno le sue funzioni operative. L'osservatore diviene così un importante elemento di collegamento in grado di attivare (se già presente in azienda) un servizio specifico dedicato, o rappresenta il referente attraverso cui l'Azienda può chiedere una consulenza ed eventualmente un intervento al CRRCR.

Speculare alle attività regionali del CRRCR è stata la strutturazione, prima sperimentale e poi definitiva, presso l'Azienda ospedaliero universitaria di Careggi a Firenze, della Struttura Operativa Dipartimentale Complessa (SODC come ex unità operativa) di Clinica delle Organizzazioni. La struttura nasce all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, in stretta interdipendenza con il Centro di riferimento regionale sulle criticità relazionali (CRRCR), con l'obiettivo di migliorare il clima interno all'Azienda ed individuare strategie per affrontare eventuali situazioni di disagio relazionale che possono coinvolgere i sistemi operato-

re/Azienda, operatore/operatore, operatore/utente (pazienti e familiari). Quindi la possibilità di pensare e realizzare interventi diretti anche sul singolo operatore socio sanitario o di poter sviluppare un dialogo diretto tra l'operatore con una struttura dedicata.

Per "clinica delle organizzazioni" si intende un indirizzo teorico e tecnico che si occupa delle dimensioni emotive all'interno delle organizzazioni, emozioni spesso intense e inconsapevoli che vengono riattivate nella rete complessa dei rapporti individuo-gruppo-organizzazione, al fine di riconoscere e gestire i conflitti in ambito lavorativo e a dare loro un senso.

Le criticità costituiscono parte integrante del funzionamento di ogni sistema complesso, indicando non solo gli aspetti disfunzionali ma anche le necessità o i desideri di cambiamento, elemento vitale e strutturale di suddetti sistemi, e il lavoro su di esse si propone la riduzione dello scollamento tra "organizzazione" (insieme di individui formalmente strutturati secondo articolazioni di competenze e mansioni, in vista di un determinato obiettivo produttivo o di servizio) e "istituzione" (l'aspetto latente, non consapevole, costituito da regole implicite, ruoli sottintesi, percezioni interpersonali e aspettative non dichiarate).

Negli ultimi anni l'organizzazione dell'Azienda sanitaria Careggi è andata incontro a molteplici e importantissime trasformazioni (tra le altre il passaggio da Azienda ospedaliera ad Azienda ospedaliero-universitaria, l'introduzione delle strutture dipartimentali e il modello dell'intensità di cura) e in tale contesto possono verificarsi difficoltà che interessano sia i singoli operatori, sia i gruppi di lavoro.

ro, sia l'Azienda nella sua globalità. La *mission* della SODC Clinica delle Organizzazioni prevede di prestare particolare attenzione all'analisi del comportamento degli individui e dei gruppi operativi in relazione al funzionamento dell'organizzazione, allo scopo di migliorare il clima interno e prevenire i possibili contenziosi legali relativi all'erogazione delle prestazioni.

I metodi utilizzati sono l'osservazione clinica del sistema paziente-operatore-gruppo-organizzazione, il coinvolgimento attivo di chi richiede l'intervento, la riformulazione del problema e l'individuazione condivisa di possibili strategie di intervento alla luce di una comprensione più ampia possibile degli elementi che hanno portato al manifestarsi degli aspetti di criticità e/o al loro mantenimento nel tempo, la ricerca inerente le relazioni umane nei processi di cura e riabilitazione; il tutto attraverso una capillare attività di consulenza nell'ambito delle relazioni aziendali, nell'ottica di conseguire la manutenzione psicologica dell'operatività dei servizi all'utenza e il benessere degli operatori.

Gli interventi si articolano in attività di formazione relative alle competenze psicologico-relazionali e di supervisione psicosociologica rivolte ai gruppi di lavoro multidisciplinare, ma anche in attività di supervisione e consulenza individuale per *middle* e *top management* per sostenere e favorire processi di cambiamento interni alle organizzazioni sanitarie e aziendali, e in consulenze a livello individuo-gruppo-organizzazione per un miglioramento delle strategie di *coping*, per una riduzione dello stress lavorativo degli operatori e per il miglioramento della qualità del servizio offerto all'utenza.



### QUALI VANTAGGI PER GLI OPERATORI?

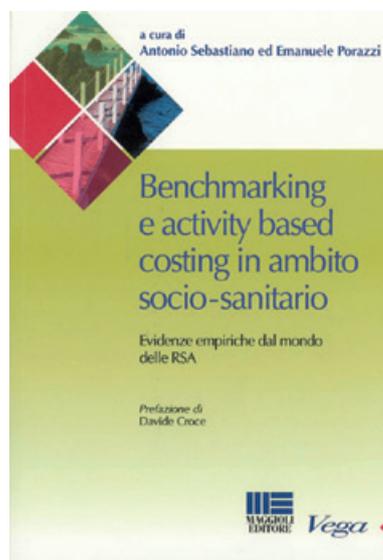
Per le organizzazioni sociosanitarie ed i loro operatori quindi, è possibile pensare adesso ad una cultura organizzativa che riconosca il valore e le funzioni delle relazioni umane nei processi di cura e che si traduce poi in alcune condizioni operative:

- l'opportunità di ricercare e ricevere informazioni rispetto all'esistenza di un centro come il CRRCR della Regione Toscana

a cui potersi rivolgere per consulenze inerenti sia le criticità relazionali che possono emergere nel contesto lavorativo, che la pianificazione del cambiamento, l'accompagnamento allo stesso, lo sviluppo di percorsi formativi e progettualità specifiche; si veda per questo anche il percorso realizzato dal CRRCR con la figura di osservatore relazionale presso le singole Aziende sanitarie della Regione Toscana;

- l'opportunità di poter replicare l'esperienza operativa realizzata *in loco* dalla Struttura operativa dipartimentale di clinica delle organizzazioni presso AOU Careggi/Firenze come progettualità che coinvolga direttamente l'operatore socio sanitario ad un primo livello di contatto e di intervento;
- l'opportunità di iniziare a *pensare* i sistemi di cura in termini di *sistemi di relazioni*;
- l'opportunità di avanzare richieste di collaborazione con il CRRCR alla propria Regione, qualora nel proprio territorio risultino assenti esperienze di tale genere.

LETTURE...



# STRATEGIE PER L'INTEGRAZIONE FRA AMBITI DI CURA

Eleonora Corsalini \*, Emanuele Vendramini \*\* 1

*La ricerca ha evidenziato che l'integrazione professionale, la centralità del paziente e il lavoro di rete permettono di rispondere efficacemente ai bisogni dei pazienti*

## INTRODUZIONE

L'introduzione di strumenti di *management* a livello di sanità territoriale in generale e di cure primarie è stato un tema molto dibattuto nel corso dell'ultimo decennio (Longo, Vendramini 2001). Molto spesso le sperimentazioni gestionali si sono soffermate sul ruolo dei Medici di Medicina Generale (MMG), sull'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o su progetti di integrazione con l'ospedale.

Spesso, anche in presenza di linee di indirizzo regionali precise, le aziende si sono caratterizzate per una discreta autonomia gestionale identificando modelli e soluzioni differenti per i diversi contesti (le Utap, Unità territoriali di assistenza primaria in Veneto ad esempio o i NCP, Nuclei di cure primarie in Emilia-Romagna o le UCP e le Case della Salute in Toscana). Dopo un primo periodo in cui si è auspicato che le aziende si comportassero come tali e che quindi avviasero un percorso di definizione ed implementazione delle strategie, a quasi 18 anni dai decreti che hanno

aziendalizzato la sanità, si è iniziato ad avvertire la necessità di provare a identificare o, meglio, a cercare di delineare delle possibili linee di sviluppo convergenti che potessero tracciare un *modus operandi* trasferibile anche in altri contesti. Proprio questa riflessione ha caratterizzato la ricerca (effettuata con il supporto di Boeringher Ingelheim) da cui prende spunto il presente articolo che si è proposto di identificare gli obiettivi, gli strumenti e i *driver* del cambiamento, oltre alla tipologia di pazienti interessati, al fine di identificare affinità e complementarietà delle scelte.

In particolare, la ricerca si è posta l'obiettivo di trovare risposta alle seguenti domande:

1. quali sono i contenuti innovativi nei progetti riguardanti i servizi del territorio?;
2. quali sono gli strumenti utilizzati per realizzare i progetti?;
3. quali sono i processi di cambiamento introdotti attraverso i progetti?

Le finalità della ricerca sono state quindi esplorative e conoscitive; esplorative di un mondo, quello territoriale, e di un aspetto della gestione aziendale, quello delle sperimentazioni gestionali, conosciti-

ve delle scelte, delle logiche e degli strumenti adottati nei differenti contesti. Inoltre, l'analisi dei progetti aziendali e la loro ricostruzione nel tempo ha permesso l'esplicitazione e la ricomposizione *ex post* delle scelte e delle strategie emergenti a livello aziendale, fornendo un quadro preciso e chiaro dell'impatto che le sperimentazioni analizzate hanno avuto. In fase di presentazione del rapporto di ricerca è importante esplicitare che se la natura dell'analisi (casi di studio) permette di interrogarsi sulla trasferibilità delle esperienze, poco può essere detto in chiave interpretativa, nel senso che i casi aziendali non pretendono di essere rappresentativi né del fenomeno né dell'intera popolazione delle aziende sanitarie italiane.

## LA RICERCA E I RISULTATI

Il lavoro è stato svolto con il supporto di un Comitato Scientifico<sup>2</sup> che ha validato e condiviso le scelte metodologiche e i risultati. La ricerca si è articolata in tre momenti principali:

- reclutamento dei progetti innovativi;
- analisi dei *driver* di cambiamento, degli strumenti utilizzati e de-

\*] Cergas Università Luigi Bocconi.

\*\*] Università Cattolica del Sacro Cuore.

gli obiettivi perseguiti dei progetti selezionati;

- interpretazione comparativa dei progetti attraverso dimensioni di analisi predefinite.

L'obiettivo del reclutamento è stato quello di selezionare un campione di esperienze rappresentativo su cui effettuare un'analisi qualitativa finalizzata ed evidenziare i *driver* di sviluppo e di cambiamento nell'ambito territoriale. Tutte le ASL del SSN sono state inviate a rispondere a un *call* lanciato da CARD, che richiedeva la compilazione di un format di descrizione di un progetto innovativo che riguardasse i servizi territoriali dell'azienda. Il processo di analisi e selezione degli oltre 50 progetti pervenuti si è basato sul soddisfacimento di alcuni requisiti, quali la specificità dell'oggetto, l'essere implementato e "attivato" al momento della selezione, la misurabilità dei risultati raggiunti e la rilevanza dei temi trattati. Sono risultati idonei agli obiettivi della ricerca 11 progetti, presentati da 10 ASL<sup>3</sup> diverse. Nei paragrafi seguenti vengono descritte nel dettaglio l'analisi e l'interpretazione dei progetti selezionati.

### ANALISI DEI DRIVER DI CAMBIAMENTO

Negli 11 progetti selezionati la spinta al cambiamento dei servizi territoriali proviene prevalentemente dai professionisti (7 su 11 aziende) con un *target* del progetto quasi esclusivamente organizzativo (8 su 11). Questo comporta un primo risultato controdeduttivo, e cioè che i professionisti, quindi la componente clinica, hanno promosso un cambiamento legato alla ridefinizione dell'assetto organizzativo (mentre ci si sarebbe aspettato una maggiore attenzione sulla dimensione clinica).

Lo stile adottato nel processo di cambiamento è equamente suddiviso tra *top down* (cioè direttivo, calato dall'alto) e *bottom up* (cioè che nasce dal basso, volto quindi alla ricerca del consenso) e neanche l'incrocio tra questi due ultimi *driver* permette di evidenziare delle linee di tendenza tra i progetti. È infatti possibile trovare una strategia focalizzata (che riguarda, cioè, una sola area del territorio/ASL) che viene adottata indifferentemente con un stile *top down* o *bottom up*, e lo stesso avviene quando la strategia è invece diffusa (che riguarda, cioè, tutta l'azienda).

Spesso il processo di cambiamento è accompagnato da un sistema incentivante/premiante, assente in solo 3 casi: in cinque progetti è puramente economico, mentre negli altri 3 misto (economico/simbolico o economico/fattori produttivi). Questo evidenzia come i professionisti percepiscano necessario al momento della implementazione di un progetto di cambiamento prevalentemente organizzativo la definizione di un sistema incentivante.

Di particolare interesse risulta essere l'analisi inerente il *focus* del monitoraggio che evidenzia alcuni spunti rilevanti. In primo luogo, i progetti adottati dalle aziende prendono in considerazione una varietà di aspetti: si assiste infatti a realtà che si sono concentrate su *output* (intesi come volumi di prestazioni) e *outcome* (intesi come risultati) contemporaneamente oppure su processi ed *outcome* oppure ancora *input* e processi, secondo una logica che gli anglosassoni definirebbero di *performance management*, secondo cui la gestione aziendale si deve basare su: efficacia, efficienza ed economicità. In secondo luogo, emerge con forza come le aziende si

stiano già concentrando sugli *outcome* della loro attività: 6 progetti, infatti, hanno un *focus* sui risultati mentre il controllo degli *input* non suscita particolare interesse o rilevanza a livello aziendale.

Un secondo risultato che sembra essere controdeduttivo è dato dal tempo di implementazione dei progetti. Spesso le progettualità aziendali non hanno una aspettativa di vita particolarmente lunga, mentre l'analisi di questi casi aziendali evidenzia che l'orizzonte medio è tre anni. Questo mostra come progetti innovativi che vengono monitorati e gestiti e di cui poi venga effettuato un *follow up* richiedano un *timeframe* adeguato.

### ANALISI DEGLI STRUMENTI UTILIZZATI PER IL CAMBIAMENTO

L'analisi si è poi concentrata sugli strumenti utilizzati nella gestione del processo di cambiamento. Il 90% delle ASL analizzate sono ricorse alla riprogettazione dei compiti, al sistema informativo e alla formazione specifica per implementare i progetti innovativi presentati. Meno utilizzati sono risultati invece gli strumenti di programmazione e controllo, l'associazionismo dei MMG e i PDTA. Questo risultato della ricerca è di particolare interesse in quanto il dibattito nazionale negli ultimi anni si è concentrato, invece, proprio su questi ultimi strumenti che hanno trovato meno spazio a livello aziendale.

Iniziando a coniugare questi primi risultati si legge una coerenza di fondo di progetti proposti dai professionisti con un *focus* organizzativo che utilizzano strumenti quali il sistema informativo, la formazione e la riprogettazione dei com-

| Progetti/Obiettivi   | Risparmio | EBM           |                    | Qualità percepita | Crescita professionale |        | Gatekeeping | Integrazione (ambiti di cura) |
|----------------------|-----------|---------------|--------------------|-------------------|------------------------|--------|-------------|-------------------------------|
|                      |           | Appr. clinica | Appr. reclutamento |                   | Clinica                | Org.va |             |                               |
| ASS Palmanova        | Basso     | Alto          | Alto               | Alto              | Medio                  | Alto   | Alto        | Alto                          |
| AUSL Imola           | Basso     | Alto          | Medio              | Medio             | Medio                  | Alto   | Alto        | Alto                          |
| AUSL Modena          |           | Medio         | Medio              | Medio             | Medio                  | Medio  | Alto        | Alto                          |
| AUSL Empoli AFA      |           | Alto          | Alto               |                   |                        |        | Medio-alto  | Medio-alto                    |
| AUSL Empoli Percorsi | Medio     |               | Alto               |                   | Alto                   | Alto   | Alto        | Alto                          |
| AUSL Perugia         | Medio     | Alto          | Alto               |                   | Medio-Alto             | Basso  | Alto        | Alto                          |
| AUSL Taranto         | Alto      | Alto          | Alto               | Basso             | Alto                   | Alto   | Alto        | Alto                          |
| ASSP Trento          | Basso     | Basso         | Alto               | Alto              | Medio                  | Alto   | Medio       | Alto                          |
| ULSS Bassano         |           | Basso         | Medio              | Basso             | Basso                  | Alto   | Alto        | Alto                          |
| AUSL Mantova         | Basso     | Alto          | Alto               |                   | Alto                   | Basso  | Basso       | Alto                          |
| ULSS Thiene          | Basso     | Alto          | Alto               |                   | Alto                   | Alto   | Alto        | Alto                          |

Tabella 1 – Gli obiettivi perseguiti dai progetti aziendali

piti. Tipicamente, infatti i progetti con un *focus* organizzativo richiedono una mole di dati ed informazioni rilevante e comportano la ridefinizione dei compiti dei professionisti coinvolti nel processo di cambiamento.

### ANALISI DEGLI OBIETTIVI PERSEGUITI

Gli obiettivi ritenuti rilevanti dalle aziende sono stati in particolare quattro: l'integrazione tra ambiti di cura, la funzione di *gatekeeping* (filtro, governo della domanda sanitaria), la crescita professionale con un *focus* sulla dimensione organizzativa e l'appropriatezza del reclutamento.

Queste evidenze sono di straordinario interesse in quanto presentano da un lato una notevole coerenza interna e dall'altro supporta-

no la tesi che vi sia una convergenza in merito al processo di innovazione a livello aziendale.

Relativamente alla coerenza interna degli obiettivi è importante sottolineare come una funzione di *gatekeeping* richieda e contribuisca a raggiungere l'obiettivo dell'appropriatezza del reclutamento e che questo richieda e contribuisca alla crescita professionale dal punto di vista organizzativo.

L'analisi dei progetti evidenzia chiaramente come le aziende si siano concentrate su obiettivi, strumenti e driver del cambiamento non uguali ma coerenti e convergenti.

Il messaggio che infatti sembra provenire da queste progettualità è quello relativo dalla necessità di (ri) definire compiti e funzioni a livello di cure primarie e servizi territoriali, che questo è chiesto dai professionisti che si pongono come attori non

solo del cambiamento, ma anche di un nuovo modello di sanità territoriale in cui si sviluppi un efficace sistema informativo e che anche grazie alla formazione si mettano le basi o si affini ulteriormente (a seconda dei casi) l'integrazione tra gli ambiti di cura. Una integrazione che non è solo clinica ma soprattutto organizzativa, si avverte cioè la necessità di costituire momenti di coordinamento e raccordo affinché anche l'ambito di cura sia appropriato.

### INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI: UNA LETTURA TRASVERSALE DEI PROGETTI

La riflessione relativa alle questioni che maggiormente stanno condizionando l'assistenza territoriale ha consentito di evidenziare quanto segue:

| <i>Driver</i>            | ASS 5<br>Palmanova         | AUSL<br>Imola                | AUSL<br>Modena   | AUSL<br>Empoli<br>AFA      | AUSL<br>Empoli<br>Percorsi | AUSL<br>Perugia                          | AUSL<br>Taranto          | ASSP<br>Trento             | ULSS 3<br>Bassano           | AUSL<br>Mantova            | ULSS<br>Thiene              |
|--------------------------|----------------------------|------------------------------|------------------|----------------------------|----------------------------|--|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Spinta al cambiamento    | Profess.                   | Azienda                      | Profess.         | Profess.                   | Profess.                   | Regione/<br>azienda                      | Profess./<br>dirigenti   | Profess./<br>dirigenti     | Profess.                    | Regione                    | Azienda/<br>Profess.        |
| Target del progetto      | Focus<br>org.vo            | Focus<br>org.vo              | Focus<br>org.vo  | Focus<br>clinico           | Focus<br>clinico           | Focus<br>org.vo                          | Focus<br>org.vo          | Focus<br>org.vo            | Focus<br>org.vo             | Focus<br>clinico           | Focus<br>org.vo             |
| Strategia                | Focalizzata                | Focalizzata                  | Focalizzata      | Diffusa                    | Diffusa                    | Diffusa                                  | Focalizzata              | Diffusa                    | Diffusa                     | Diffusa                    | Focalizzata                 |
| Stile di progetto        | <i>Bottom up</i>           | <i>Top down</i>              | <i>Bottom up</i> | <i>Top down</i>            | <i>Top down</i>            | <i>Top down</i>                          | <i>Bottom up</i>         | <i>Bottom up</i>           | <i>Bottom up</i>            | <i>Top down</i>            | <i>Top down</i>             |
| Sistema incentivante     | Economico                  | Economico                    | Economico        | NO                         | Simbolico/<br>economico    | Simbolico/<br>economico                  | NO                       | Economico                  | Economico                   | NO                         | Economico/<br>Fatt.prod     |
| Focus del monitoraggio   | <i>Output/<br/>outcome</i> | <i>Processo/<br/>outcome</i> | Processo         | <i>Input/<br/>processo</i> | <i>Output/<br/>outcome</i> | <i>Processo/<br/>output/<br/>outcome</i> | <i>Input/<br/>output</i> | <i>Output/<br/>outcome</i> | <i>Processo/<br/>output</i> | <i>Output/<br/>outcome</i> | <i>Processo/<br/>output</i> |
| Tempo di implementazione | Breve                      | Lungo                        | M/L              | Breve                      | M/L                        | M/L                                      | Medio                    | Medio                      | Medio                       | Breve                      | Medio                       |

Tabella 2 – I *driver* di cambiamento adottati dai progetti aziendali

• parlare delle cure primarie in senso stretto appare limitativo a fronte della domanda crescente di servizi rivolti alle patologie croniche ed alla popolazione anziana in generale. Progetti orientati in tal senso devono coinvolgere l'assistenza territoriale e quindi l'intera filiera di servizi eterogenei per intensità (primo e secondo livello) e per natura (sanitaria, sociale e socio assistenziale). L'assetto istituzionale ed organizzativo dell'Asl e le relazioni con l'ambiente di riferimento (dalla Regione agli enti locali alle associazioni pazienti) appaiono fattori di grande rilevanza nel promuovere o ostacolare i processi di integrazione all'interno di una filiera così ricca;

• quale ruolo riconoscere al distretto e a chi lo dirige in tale prospettiva? Il distretto diviene una partizione territoriale di Asl sempre più ampie che annovera segmenti di una rete di servizi che:

a) hanno processi erogativi (di

qualsiasi natura) diversi per scala operativa (alcuni processi sanitari possono travalicare i confini dell'Asl e coinvolgere l'AO – ad esempio, nei processi di dimissione precoce o di ospedalizzazione a domicilio; altri processi possono esaurirsi all'interno della rete di offerta distrettuale);

b) ha una significativa complessità relativamente alle relazioni istituzionali da gestire a livello locale (relazione con operatori del privato accreditato, ad esempio);

c) può adottare come criteri di progettazione e funzionamento quelli dell'integrazione professionale (ad esempio sviluppando PDTA che prevedano l'interscambio tra professionisti che trattano la medesima malattia) e logistica da parte del paziente (ad esempio, attraverso standard di riferimento per le piattaforme produttive).

La direzione di distretto appare il livello di responsabilità che può assumere la regia di tale rete locale con sfumature di ruolo anche molto differenti. In alcune realtà più evolute dal punto di vista gestionale la complessità manageriale e ambientale delle problematiche e dei casi gestiti potrebbe quasi far considerare il distretto stesso come la sede di definizione di strategie, di gestione del personale, di esplicitazione di modelli assistenziali e di responsabilità economica propria (portando, quindi, a considerare l'ASL come una *holding* di realtà a rete dotate di autonomia gestionale);

• l'integrazione fisica dei servizi, l'integrazione tra funzioni (sanitarie e socio assistenziali) e l'integrazione professionale appaiono i fenomeni direttamente collegati ai trend che stanno condizionando l'assistenza territoriale.

La prima prevede che all'interno

della medesima sede fisica si concentrino servizi che in passato erano dislocati in modo separato sul territorio. Si pensi all'integrazione di sedi dei MMG in prossimità fisica di ambulatori specialistici del distretto, della continuità assistenziale e del servizio che si occupa di ADI.

L'integrazione tra funzioni prevede si affianchino quelle sanitarie in senso stretto a quelle socio assistenziali. Progetti che avvicinino chi valuta ed eroga risposte sociali e sanitarie per il medesimo paziente (o nucleo familiare) sono orientati al conseguimento dell'unitarietà dell'intervento rispetto al medesimo caso. Anche in questi casi i progetti possono utilizzare come strumento di integrazione lo spazio e/o la condivisione di scelte di intervento sul malato. L'integrazione professionale è quella che prevede la creazione di modalità (dalla formazione a cruscotti direzionali per patologia) mirate alla creazione di un sistema di coerenze tra professionisti e strutture che intervengono sul paziente rispetto alla medesima patologia. In questo caso è il fatto di partecipare ad un unitario processo erogativo per patologia che crea le condizioni dell'allineamento professionale. Ragionare per PDTA consente infatti di "sezionare" la rete di offerta attraverso il criterio della patologia: si identificano gli attori ed i sistemi di governo della rete per patologia.

## CONCLUSIONI

La ricerca ha evidenziato alcuni temi di particolare interesse:

- 1) integrazione;
- 2) centralità del paziente;
- 3) modello a rete.

Il tema dell'integrazione emerge con forza sia rispetto agli ambiti

di cura (ospedale vs domicilio, cure intermedie vs cure primarie) sia rispetto ai ruoli professionali (ruolo del MMG, ruolo del personale infermieristico). I progetti evidenziano come la strategia aziendale non si concentri solo sul classico meccanismo dei vasi comunicanti (trasferire prestazioni dall'ospedale al territorio), ma all'interno di un *continuum* (di percorsi, di processi assistenziali) vi sia una esigenza di definire i criteri di eleggibilità dei pazienti in modo che possano trovare la migliore risposta possibile ai propri bisogni di salute. I casi analizzati evidenziano che queste problematiche possono trovare risposte differenti (Punto Unico di Accesso vs Unità di Valutazione Multidimensionale) ma ugualmente efficaci. È proprio questa ricchezza di contenuti e di esperienze che permette di affermare come il tema della multidimensionalità della valutazione o del punto unico di accesso sia rilevante soprattutto per determinate categorie di pazienti.

Queste riflessioni inoltre evidenziano come le soluzioni organizzative (punto unico di accesso PUA, unità di valutazione multidimensionale distrettuale) o i meccanismi operativi (*budget*, percorsi, linee guida) sono strumenti messi a disposizione per raggiungere un medesimo obiettivo: la presa in carico del paziente. Proprio questa centralità del paziente è il tema che coniuga tutte e dieci le esperienze aziendali analizzate, anche quelle che forse possono essere percepite solo apparentemente come meno sofisticate a livello manageriale e che mirano magari a riprogettare la struttura di offerta territoriale. Mettere il paziente nelle condizioni di poter ricevere risposte efficaci ed efficienti rappresenta quin-

di uno degli elementi di maggiore rilevanza di questi casi analizzati. Gli strumenti manageriali sembrano quindi essere neutri e la loro maggiore o minore efficacia o il loro maggiore o minore utilizzo è dato dal contesto aziendale, dagli obiettivi prefissati, dallo stile del processo di cambiamento.

Un ulteriore elemento che emerge dalla ricerca è la strategicità di un sistema a rete per la gestione dei servizi territoriali. I sistemi a rete permettono infatti di raggiungere *performance* migliori sia termini di gestione complessiva dei processi assistenziali (percorsi) che di ridefinizione dei ruoli dei professionisti coinvolti. La teoria dei modelli a rete si è concentrata finora sulle strutture ospedaliere<sup>4</sup> e la sua declinazione a livello territoriale risulta essere uno degli scenari di particolare rilevanza almeno alla luce dell'analisi dei casi aziendali.

In particolare questo tema risulta essere di notevole interesse in quanto, anche a livello di letteratura e più in generale di dibattito, l'organizzazione a rete a livello territoriale si è concentrata solo sulle cure primarie che rappresentano un elemento rilevante ma parziale rispetto alla realtà extra ospedaliera. Come spesso capita la conclusione di una ricerca in realtà apre nuove domande e nuovi scenari di indagine.

1] Pur nella responsabilità complessiva il primo e il terzo paragrafo sono da attribuire ad Eleonora Corsalini, mentre il secondo e il quarto paragrafo sono da attribuire ad Emanuele Vendramini.

2] Il Comitato scientifico era composto da professori universitari, referenti di Card, Agenas, Metis. 3] APSS Trento, ASS Bassa Friulana, ASL Taranto, ULSS 4 Alto Vicentino, ULSS 3 Bassano, ASL di Mantova, AUSL 11 Empoli, AUSL Imola, AUSL USL di Modena, AUSL 2 Perugia.

4] Per un approfondimento si rimanda a LEGA F., *Gruppi e reti aziendali in sanità strategia e gestione*, Egea, 2003.

# VALUTARE L'IMPEGNO PUBBLICO NEL SODDISFARE I BISOGNI SOCIALI

Antonello Podda \*

## *L'analisi complessa di fattori, processi e attività negli asili nido a Cagliari*

In questo breve spazio presento uno studio di caso nato con l'intento di valutare "l'impegno pubblico nel soddisfare i bisogni sociali". Esso rappresenta un'indagine di natura prettamente micro-sociale sugli asili nido di Cagliari<sup>1</sup> e si tratta di uno dei due casi analizzati nel progetto "*L'ingegnerizzazione dei processi chiave per il miglioramento della performance delle aziende pubbliche*"<sup>2</sup>. La ricerca si proponeva l'ambizioso obiettivo di "realizzare un modello interdisciplinare per affrontare i problemi di miglioramento di efficacia, efficienza ed economicità delle aziende pubbliche mediante un'analisi di sistema multilivello ed interdisciplinare dei processi produttivi all'interno delle aziende pubbliche al fine di promuovere una prospettiva di ibridazione di modelli e metodi di ricerca".

Prescindendo dagli obiettivi dichiarati, l'elemento sicuramente distintivo ed innovativo è rappresentato dalla visione sistemica tra economia aziendale, ingegneria

gestionale, sociologia economica e psicologia del lavoro. L'assunto di fondo dell'approccio multidisciplinare da cui siamo partiti è che l'innalzamento del livello di soddisfazione dei cittadini richiede l'analisi e la valutazione coordinata di diversi fattori:

- in primo luogo il miglioramento dei processi di definizione degli obiettivi – *quale obiettivi si pone la PA nell'offerta di un servizio?*;
- in secondo luogo il miglioramento dei processi e delle procedure per favorire i processi di produzione da un lato e di valutazione dall'altro – *che tipo di valutazione viene eseguita?*;
- in terzo luogo il miglioramento della ricaduta sui processi – *esistono processi di feedback?* –, grazie ai quali si realizzano i beni ed i servizi erogati per soddisfare i bisogni individuati;
- infine il miglioramento dei processi per la gestione delle risorse umane – *quali sono i processi di organizzazione del lavoro?*.

Il primo obiettivo "formale" della ri-

cerca è stato perciò la comprensione della complessa articolazione dei *fattori, processi ed attività* che consentono la creazione di valore pubblico, ossia la capacità delle aziende pubbliche di generare, nei servizi erogati, un livello maggiore di soddisfazione degli utenti finali, utenti che vengono generalmente definiti *user*, ma che noi, seguendo la definizione di Cerase (2006), preferiamo definire "cittadini".

### IL CASO DI STUDIO

La scelta di studiare gli asili nido pubblici del comune di Cagliari è stata dettata dal fatto che essi costituiscono un caso molto interessante di destrutturazione di un servizio pubblico di *welfare* locale: con un processo lento ma duraturo (un fascia temporale di circa 20 anni) si è assistito all'applicazione di pratiche di privatizzazione nel sistema di *welfare* che hanno attribuito forti poteri di delega al terzo settore, sia a privati che a

\*] Sociologo dell'Economia, dell'Organizzazione e del Lavoro. Partendo dall'analisi sociale dei processi economici che investono la società attuale si è specializzato in primo luogo nell'analisi dei fattori immateriali – relazioni, cultura, istituzioni – che influenzano lo sviluppo locale. L'approccio metodologico principalmente utilizzato è quello della *network analysis*, l'analisi dei reticoli sociali. Negli ultimi anni si è interessato in maniera specifica a due argomenti: in primo luogo ai percorsi di sviluppo rurale, all'agricoltura e al ruolo delle comunità locali al loro interno; in secondo luogo alle strutture del *welfare* locale e al ruolo del cittadino/utente nella costruzione dei bisogni sociali. Collabora con il Dipartimento di Scienze Sociali e delle Istituzioni dell'Università di Cagliari. Ha varie esperienze di attività didattica in corsi universitari e master nonché collaborazioni con enti locali e soggetti del terzo settore.

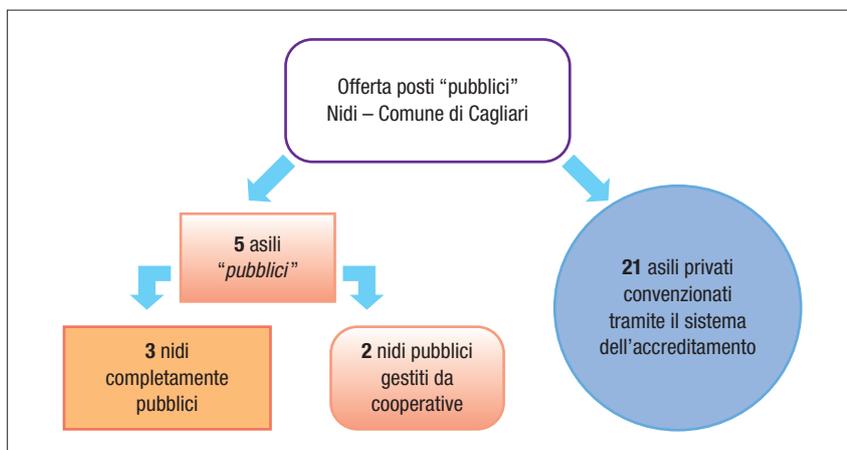


Figura 1 – L’offerta di nidi pubblici e privati convenzionati del Comune di Cagliari

cooperative, corrispondenti al lento abbandono e declino dell’impegno pubblico diretto nell’offerta del servizio (Podda, 2013). Il processo di destrutturazione appena descritto, ad un livello macro, o sistemico, si presenta come un susseguirsi nel tempo di azioni di *policy* dirette alla apertura/cessione del *welfare* locale e al fenomeno che abbiamo definito di “trasformazione dei cittadini in clienti” (Cerase 2006). Nel corso degli ultimi venti anni, tre delle sei strutture che operavano come asili nido pubblici nel comune di Cagliari sono state dismesse: due sono state date in gestione a cooperative e una è stata ceduta e l’edificio dato in comodato d’uso ad una scuola. Per mantenere un adeguato numero di posti offerti l’amministrazione ha parallelamente incrementato le convenzioni con i privati: il servizio viene oggi offerto da circa 20 asili privati che, tramite convenzione, destinano parte della loro capienza per bambini provenienti dalle liste del Comune. A nostro avviso si è trattato di una dinamica di gestione delle politiche di *welfare* locale che, fingendo di andare incontro alle indicazioni provenienti dalla Commissione Europea ha sem-

plicemente mirato ad incrementare i posti disponibili tralasciando le carenze più spinose messe in luce dalla Rete per l’infanzia: la garanzia di una cura sicura e affidabile alla quale si accompagna un approccio pedagogico, intense e significative relazioni con i genitori e la comunità locale, servizi differenziati e flessibili, pluralità di scelte per i genitori, coerenza e integrazione tra i servizi (Commissione Europea 1992, Commissione Europea 2004).

### **I CAMBIAMENTI DI POLICY E I CAMBIAMENTI NELL’ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NEI NIDI**

Se a livello macro il processo di privatizzazione ha coinciso con la dismissione e la cessione delle strutture pubbliche, all’interno dei nidi si è assistito ad un preciso e deliberato processo di defidelizzazione e di sottomansionamento del personale che vi opera (in massima parte puericultrici o operatrici per l’infanzia che svolgono il ruolo di educatrici). In primo luogo tramite la mancanza completa di *turn-over*, ossia con il graduale invecchiamento lavorativo e pen-

sionamento delle operatrici e l’assenza di concorsi che permettessero l’inserimento di nuovo personale, in secondo luogo tramite l’assenza di scatti di carriera per quelle restanti e il riconoscimento formale del ruolo da loro svolto. Questo processo ha comportato inoltre un forte disinteresse per tutto ciò che non riguardasse direttamente gli aspetti meramente amministrativi e contabili che, detto in altri termini, ha significato una gestione improntata ancora sulla legge del 1971, che nell’articolo 1, comma 2, recita “Gli asili-nido hanno lo scopo di provvedere alla temporanea custodia dei bambini...”, ignorando tutti i cambiamenti che nel frattempo hanno visto la trasformazione dei nidi da meri luoghi di accoglienza e custodia dei bimbi, a luoghi di crescita e formazione socio-educativa. Le operatrici dei nidi hanno reagito a questa condizione di incertezza e alla carenza di indicazioni formali sui cambiamenti in atto e sulla direzione da prendere tramite la costituzione di un “organizzazione naturale” (Zurru 2012): ossia cercando di mantenere l’offerta di un servizio “aggiornato” in maniera del tutto autonoma. Una situazione in cui i nidi pubblici, solo per fare un esempio, tramite processi di isomorfismo positivo verso realtà esterne (durante le interviste e i *focus group* ci hanno più volte citato i nidi dell’Emilia-Romagna e quelli della Toscana) hanno costituito e progettato in maniera del tutto autonoma e informale “progetti educativi” da presentare ai genitori, con il correlato acquisto degli strumenti ludici adatti per il raggiungimento degli obiettivi previsti dai progetti. Perciò, nonostante le difficoltà di natura amministrativa, “i nidi pubblici” hanno

continuato ad offrire il servizio alle famiglie auto-organizzando quasi tutti i momenti cardine della vita quotidiana: il progetto educativo (a cosa serve “giocare”), l’acquisto dei giochi (cosa comprare e a quale fine), la strutturazione della fase di inserimento dei bambini (inserimento, accoglienza e uscita del bimbo – quanto tempo, chi e come deve parteciparvi), nonché i momenti e le modalità di scambio di informazioni tra genitori ed educatrici e di partecipazione dei genitori alla vita dell’asilo, momenti ormai riconosciuti come di fondamentale importanza per la creazione di responsabilità condivise e di creazione di processi di valutazione partecipata (Bondioli e Savio 2010, Zaninelli 2010, Catarsi e Pourtois 2010).

### LA VALUTAZIONE E LA SODDISFAZIONE DEI BISOGNI SOCIALI

In questo difficile contesto organizzativo abbiamo applicato uno strumento che ci ha permesso di rispondere a questa domanda: quali *bisogni sociali* vengono soddisfatti dagli asili pubblici? Le classiche analisi sulla qualità dei servizi pubblici tendono a bypassare (strategicamente) la complessità di un’analisi che tenga conto della voce degli utenti, misurando i risultati attraverso un’analisi di *prodotto* meramente quantitativa, ovvero come la somma aggregata di risposte a domande puntuali e parziali dei singoli. Nel nostro caso ciò avrebbe significato limitarsi a prendere in considerazione esclusivamente i posti resi disponibili nei nidi da parte dell’amministrazione. A nostro avviso, invece, è fondamentale tenere conto che, anche laddove si disponga di soddisfa-

centi *indicatori di prodotto*, non necessariamente, a partire da questi, è possibile pervenire ad indicatori d’*impatto sociale*, ossia agli effetti reali che i servizi hanno sulla cittadinanza. Per arrivare a rispondere a tale quesito bisogna tenere in considerazione sia la *qualità dell’azione amministrativa* che elementi esterni ad essa, ossia fattori culturali, aspettative, preferenze e grado di soddisfazione dei soggetti che ne usufruiscono, i cittadini (Cerase, 1998). Perciò porre l’attenzione sul primo aspetto, la *qualità della prestazione*, concentra il *focus* dell’analisi sull’agire dei singoli *operatori* amministrativi e sulla rilevazione e misurazione della *loro performance*. Porre l’attenzione agli altri fattori sposta invece il fuoco dell’analisi sulle preferenze e sul significato di *soddisfacimento* dei *oggetti* che ne usufruiscono, i cittadini. È proprio questo il punto che definirei più spinoso, ossia la necessità di coniugare la valutazione della qualità e i bisogni dei cittadini. Questo punto ci ha fatto propendere per utilizzare, insieme alla metodologia classica delle scienze socio-psicologiche (interviste narrative, *focus group*, *meta-plan* e questionario agli utenti) gli strumenti ingegneristici del *Quality Function Deployment* (QFD) e del *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) (Romano, Onnis, 2012). Si tratta dell’unione di due strumenti mutuati dagli studi ingegneristici e nati per la gestione del rischio: essi ci permettono di verificare, tramite l’apporto degli utenti che esprimono il bisogno sociale, se tale *bisogno* viene soddisfatto e, contemporaneamente, quali sono i punti critici nel suo soddisfacimento. È qui che entra in gioco il ruolo fondamentale dell’*attore-utente* nel valutare i risultati ottenuti, ed è qui

che si potrebbe creare il processo circolare di trasmissione delle informazioni e del miglioramento del servizio.

### L’APPLICAZIONE DEL QFD-FMEA

*Fase I)* Per procedere in questa analisi, al fine di comprendere cosa gli utenti si aspettano dal servizio pubblico di cui usufruiscono, in primo luogo abbiamo ricostruito i *bisogni fondamentali* dell’utenza, ossia i bisogni che i genitori hanno espresso essere basilari nell’offerta del nido in cui mandano i loro bambini: secondo i genitori, i servizi che l’asilo deve essere in grado di offrire possono essere distinti tra quattro tipologie (dove i confini, in alcuni casi, e a maggior ragione quando i soggetti destinatari sono i bambini, possono essere molto labili): i servizi alla persona, ossia il *benessere fisico*; i servizi di natura socio-psicologica, cioè il *benessere psicologico*; i servizi di natura pedagogico-educativa, vale a dire la *socializzazione primaria*; i servizi di natura comunicativa-consulenziale, cioè il *coinvolgimento della famiglia e il grado di interazione*. Per focalizzare questi bisogni abbiamo utilizzato un questionario *ad hoc* somministrato a tutti i genitori, seguito da un *focus group* con parte di essi, un incontro che ci ha permesso di approfondire alcuni aspetti emersi dalle domande aperte presenti nel questionario.

*Fase II)* Il QFD-FMEA prevede che se da un lato l’utenza esplicita i propri *bisogni*, d’altro lato il ricercatore debba essere in grado di identificare i processi *teorici* che dovrebbero costituire il servizio: non quelli realmente offerti (non una ricognizione/ricostruzione della realtà oggettiva), ma i *desiderata* che dovrebbe-

| Elementi di Qualità – Servizio ASILO  |      |                    |                    |                       |                           |   |                        |
|---------------------------------------|------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------------|---|------------------------|
| BISOGNI                               | PESI | Processo educativo | Servizi Quotidiani | Servizi Specialistici | Comunicazione Interazione | Gestione Risorse – Spazi e attrezzature | Gestione Risorse Umane |
| sta bene fisicamente                  | 5    |                    | XXX                | XX                    | XXX                       | XXX                                     | XXX                    |
| impara                                | 5    | XXX                | XX                 |                       | XX                        | XXX                                     | XXX                    |
| sta bene psicologicamente             | 4    | XXX                | XX                 | X                     | XXX                       | XX                                      | XXX                    |
| coinvolgimento famiglia e interazione | 4    | XX                 | XXX                | XXX                   | XXX                       | XX                                      | XXX                    |
| Elementi di Qualità – Servizio ASILO  |      |                    |                    |                       |                           |   |                        |
| BISOGNI                               | PESI | Processo educativo | Servizi Quotidiani | Servizi Specialistici | Comunicazione Interazione | Gestione Risorse – Spazi e attrezzature | Gestione Risorse Umane |
| sta bene fisicamente                  | 5    |                    | 9                  | 3                     | 9                         | 9                                       | 9                      |
| impara                                | 5    | 9                  | 3                  |                       | 3                         | 9                                       | 9                      |
| sta bene psicologicamente             | 4    | 9                  | 3                  | 1                     | 3                         | 3                                       | 9                      |
| coinvolgimento famiglia e interazione | 4    | 3                  | 9                  | 9                     | 9                         | 3                                       | 9                      |
| Elementi di Qualità – Servizio ASILO  |      |                    |                    |                       |                           |   |                        |
| BISOGNI                               | PESI | Processo educativo | Servizi Quotidiani | Servizi Specialistici | Comunicazione Interazione | Gestione Risorse – Spazi e attrezzature | Gestione Risorse Umane |
| sta bene fisicamente                  | 5    | 0                  | 45                 | 15                    | 45                        | 45                                      | 45                     |
| impara                                | 5    | 45                 | 15                 | 0                     | 15                        | 45                                      | 45                     |
| sta bene psicologicamente             | 4    | 36                 | 12                 | 4                     | 12                        | 12                                      | 36                     |
| coinvolgimento famiglia e interazione | 4    | 12                 | 36                 | 36                    | 36                        | 12                                      | 36                     |
|                                       |      | <b>93</b>          | <b>108</b>         | <b>55</b>             | <b>108</b>                | <b>114</b>                              | <b>162</b>             |

Tabella 1 – L'applicazione della fase III del QFD-FMEA

ro costituire un servizio ideale, che chiameremo gli “elementi di qualità” del servizio. A questo fine abbiamo ritenuto che gli elementi di qualità fondamentali per il buon funzionamento di un nido dovrebbero essere:

- A) i *servizi quotidiani* (pasti, nanna, guardiana, ecc.);
- B) il *processo educativo*, che si realizza attraverso il gioco, o fase ludica;
- C) i *servizi specialistici* (la presenza e la consulenza di specialisti per l'infanzia: pedagogo, pediatra, psicologo);
- D) il *processo di comunicazione-interazione* (ad esempio nella strutturazione e gestione dei tre momenti fondamentali: inserimento nella struttura, accoglienza e uscita del bimbo);
- E) le *risorse oggettive* e strutturali

(gestione degli spazi, degli ambienti, delle attrezzature e degli strumenti di gioco);

- F) il *personale* (gestione delle risorse umane), ossia adeguata competenza e esperienza del personale, qualifiche e mansioni.

*Fase III*) Una volta ottenute queste due categorie di variabili la metodologia del QFD-FMEA prevede che si ragioni in modo da valutare l'importanza degli *elementi di qualità* appena elencati nel soddisfare i *bisogni reali* espressi dall'utenza, ossia che si metta in relazione l'importanza di un *processo teorico* ai fini del raggiungimento della soddisfazione del *bisogno reale* (quanto conta ogni processo nelle aspettative di soddisfazione del bisogno). Com'è possibile vedere nella tabella 1 l'incrocio tra le due variabili ci permette di rispondere a tale domanda attribuen-

do un peso ad ogni processo (da 0 a tre X a seconda dell'importanza del processo per quel determinato bisogno) e moltiplicando tale valore per il peso assegnato dai cittadini ai bisogni emersi. Questa operazione, infatti, ci consente di definire un ordine di priorità/importanza che i processi ipotetici hanno per la soddisfazione dei bisogni reali dell'utenza.

| Elementi di Qualità (Processi)                        | value | %  |
|---|-------|----|
| Gestione Risorse Umane                                | 162   | 25 |
| Gestione Risorse – Spazi e attrezzature               | 114   | 18 |
| Comunicazione – Interazione                           | 108   | 17 |
| Servizi Quotidiani (pasti, nanna, guardiana, pulizia) | 108   | 17 |
| Processo educativo                                    | 93    | 15 |
| Servizi Specialistici                                 | 55    | 9  |

Tabella 2 – Gli elementi di qualità del servizio in ordine di importanza. Valori assoluti e percentuali.

| Processo               | Modo di Guasto  | Effetto  | Causa/e                                     | RPN |   |   |     | Modifiche                              |
|------------------------|---|--|---|-----|---|---|-----|--|
|                        |   |  |   | O   | D | S | RPN |  |
| Gestione Risorse Umane | educatrici "formalmente" non qualificate  | manca e limitate possibilità di aggiornamento  | problemi contrattuali con l'amministrazione | 6   | 3 | 1 | 18  | riconoscimento contrattuale            |
|                        | assenza di comunicazione con l'amministrazione  | difficoltà nel risolvere problemi organizzativi-amministrativi                           | problemi contrattuali con l'amministrazione | 6   | 5 | 1 | 30  | riassetto organizzativo                |
|                        | assenza forme stabili di comunicazione con altre figure specialistiche                                    | gestione "familiare" dei problemi  | problemi contrattuali con l'amministrazione | 5   | 5 | 3 | 75  | riassetto organizzativo                |
|                        | presenza di una gerarchia lasca   | limitatezza delle comunicazioni  | problemi contrattuali con l'amministrazione | 5   | 7 | 5 | 175 | riassetto organizzativo                |
|                        | ruoli e competenze non riconosciute   | poca flessibilità – limitata agli obiettivi principali                                   | problemi contrattuali con l'amministrazione | 6   | 3 | 4 | 72  | riconoscimento contrattuale            |
| Processo               | Modo di Guasto  | Effetto  | Causa/e                                     | O   | D | S | RPN | Modifiche                              |
| Processo educativo     | assenza di un processo educativo formalizzato   | casualità del processo educativo – gestione familiare                                    | asili gestiti dai Servizi Sociali           | 10  | 1 | 3 | 30  | implementazione del progetto educativo |
|                        | assenza di discussione/condivisione del processo con i genitori   | accettazione passiva dell'utenza del processo educativo                                  | processo educativo non previsto             | 8   | 3 | 4 | 96  | maggior importanza alla genitorialità  |
|                        | assenza della discussione del processo con l'amministrazione centrale                                     | completa autonomia da parte delle educatrici nella gestione del processo                 | processo educativo non previsto             | 10  | 1 | 1 | 10  | riassetto organizzativo e di policy    |
|                        | processo educativo non palese   | impossibile valutare il processo educativo   | processo educativo non previsto             | 8   | 5 | 3 | 120 | implementazione del progetto educativo |
|                        | completa informalità nell'acquisto e nella scelta dei giochi e strumenti ludici da parte delle operatrici | impossibile valutare gli effetti del processo educativo                                  | processo educativo non previsto             | 6   | 7 | 1 | 42  | implementazione del progetto educativo |
|                        | assenza di policy di welfare specifica sul settore asili  | completa autonomia da parte delle educatrici nella strutturazione del processo educativo | gestione residuale del settore              | 8   | 3 | 1 | 24  | riassetto organizzativo e di policy    |

Tabella 3 – Fase IV del QFD-FMEA. Applicazione a due dei sei elementi di qualità del servizio: gestione delle risorse umane e processo educativo

Fase IV) I passaggi illustrati finora erano propedeutici al punto focale dello strumento QFD-FMEA: l'analisi dei modi di guasto o criticità dell'offerta. I modi di guasto devono essere problemi rilevabili e la costruzione dei "modi di guasto" è avvenuta rispondendo a queste domande: posto che gli elementi di qualità evidenziati sono fondamentali affinché vengano soddisfatti i bisogni dell'utenza, nella realtà della vita dei nidi cosa accade? Come funzionano tali processi? Come vengono gestiti? O, per dirla in altri termini, quali sono, se vi sono, i problemi reali che abbiamo riscontrato? Per ottenere le informazioni che ci permettessero di soddisfare tali quesiti sono state realizzate, in primo luogo, sette interviste narrative ad attori chiave: quattro ai dirigenti e funzionari del Comune e tre alle coordinatrici

degli asili pubblici. Le interviste ci hanno consentito di comprendere l'evoluzione della gestione dei nidi nel contesto locale e l'attuale situazione organizzativo-amministrativa che caratterizza il Comune di Cagliari, così da far emergere luci e ombre del servizio offerto. A seguito si sono svolte una serie focus group con le équipes delle educatrici dei nidi, al fine di introdurci nel contesto e superare le perplessità e le rimostranze derivanti dalla peculiare situazione che i nidi pubblici stanno vivendo. Questi due passaggi ci hanno permesso di comprendere gli aspetti peculiari della natura organizzativa degli asili e i principali processi che caratterizzano queste organizzazioni. Successivamente si sono svolte due focus group con le équipes delle educatrici che, attraverso il sistema del metaplan, ci ha per-

messo di scandagliare a fondo il funzionamento di quelli che abbiamo definito i processi reali che compongono l'offerta del servizio. Dal confronto tra i processi teorici e i processi reali di offerta (tabella 3) siamo in grado di comprendere i "modi di guasto" o "criticità" di ognuno di essi, e di valutare sia gli Effetti che hanno sul servizio offerto sia le relative Cause del guasto. Inoltre siamo in grado di valutare i tre parametri fondamentali di ogni criticità: Occurrence, la probabilità che l'evento si verifichi, Severity, la gravità associata al verificarsi dell'evento e Detection, la capacità di rilevare l'esistenza di criticità e individuare il guasto. Dall'insieme di questi tre parametri possiamo calcolare un indice di rischio su ogni criticità rilevata, l'RPN (risk priority number). L'ultima colonna mostra inve-

ce le possibili *Modifiche* che siano in grado di proporre, la così detta re-ingegnerizzazione dei processi di offerta del servizio.

Nella tabella 3 proponiamo un esempio dell'applicazione del QFD-FMEA a due dei sei processi che compongono il servizio. Ad esempio, per quanto riguarda la *Gestione Risorse Umane* i modi di guasto emersi sono tutti abbastanza gravi e, come è possibile osservare, nella maggior parte dei casi le *Cause* sono imputabili non al comportamento diretto del personale ma ad alcune carenze nel funzionamento della struttura organizzativa, frutto di quel processo di "residualità" che abbiamo raccontato nella prima parte dell'articolo. Gli *Effetti* diretti sul servizio offerto sono pochi e difficilmente riscontrabili dall'utenza, che raramente entra in merito sulle questioni amministrative. Si tratta però di un equilibrio molto instabile che, se dovesse mancare, potrebbe avere grosse ripercussioni sull'offerta. Anche il processo che riguarda la gestione del "Progetto educativo" rileva delle criticità importanti, le *Cause* sono diverse, di ambito organizzativo, amministrativo e gestionale, e gli *Effetti* sull'utenza interna e su quella esterna in questo caso sono abbastanza palesi, soprattutto per i genitori più esigenti.

### ALCUNE CONCLUSIONI

La metodologia sperimentata, a cavallo tra scienze *soft* e scienze *hard*, permette di effettuare un'analisi dettagliata e trasversale a tutti i livelli organizzativi, ci obbliga a mettere in evidenza le criticità, ci porta a ragionare, in modo approfondito, sugli effetti che tali criticità hanno sul soddisfacimen-

to dei bisogni dell'utenza e ad evidenziarne le cause (Podda, 2013). A nostro avviso gli strumenti oggi più in voga per le valutazioni dei servizi, come la SVANI per i nidi (Harms, Reid, Clifford, 1999), sono ben lontani da questo livello di analisi. Ulteriore punto di forza di questa metodologia è che implica il coinvolgimento attivo sia degli utenti esterni, i cittadini, che degli utenti interni, il personale. Questo comporta, per i primi, un interesse specifico da parte dell'organizzazione che offre il servizio (che può essere pubblica, privata o del terzo settore) nel tenere in considerazione cosa essi intendono per soddisfazione del bisogno (o dei bisogni) sottostante il servizio che chiedono e utilizzano. Per i secondi, i lavoratori, implica una valorizzazione delle loro

esperienze e competenze, la revisione condivisa dei processi di lavoro, l'individuazione delle criticità e l'individuazione delle possibili modalità di implementazione delle azioni di miglioramento; porta, detto in altri termini, ad un'importante e approfondita analisi condivisa del funzionamento organizzativo e dei processi sottostanti in un'ottica di re-ingegnerizzazione laddove emergano le criticità nell'offerta.

1] Si tratta di una ricerca appena conclusa, svolta dal gruppo dei sociologi economici, Antonello Podda e Marco Zurrù (Dipartimento di Scienze Sociali e delle Istituzioni dell'Università di Cagliari), della psicologa del lavoro Barbara Barbieri (Dipartimento di Psicologia dei Processi di Sviluppo e Socializzazione, Università La Sapienza di Roma).

2] Progetto Coordinato da Alessandro Spano, Università degli studi di Cagliari e finanziato dalla l.r. 7 agosto 2007, n. 7.

### Bibliografia essenziale

- BONDIOLI A., SAVIO D., *Partecipazione e qualità: percorsi di condivisione riflessiva nei servizi per l'infanzia di Modena*, Azzano San Paolo, Junior, 2010.
- CATARSI E., POURTOIS J.P., *Educazione familiare e servizi per l'infanzia*, Atti del XIII Congresso internazionale AIFREF, Firenze University Press, Firenze, 2010.
- CERASE F.P., *Amministrare: l'economia, la società: ragioni, competenze, soggetti*, FrancoAngeli, Milano, 2006.
- CERASE F.P., *Pubblica amministrazione: un'analisi sociologica*, Carocci, Roma, 1998.
- COMMISSIONE EUROPEA, *40 obiettivi di qualità nei servizi per la prima infanzia*, in *Bambini in Europa*, n. 3, nov. 2004, pp. 14-17.
- COMMISSIONE EUROPEA, *Rete per l'infanzia, La qualità nei servizi per l'infanzia. Un documento di discussione*, Bergamo, Junior, 1992.
- HARMS T., REID D.C., CLIFFORD R.M., *Scala per la valutazione dell'asilo nido*, Franco Angeli, Milano, 1999.
- PODDA A., *Bisogni sociali e impegno pubblico: un caso di studio del welfare locale in Sardegna*, in *Riorganizzare: l'economia, la società* (a cura di C. CASULA), Carocci, Roma (in stampa).
- ROMANO D., ONNIS S. (2011), *Failure Mode and Effect Analysis (fmea) e Failure Modes Effects and Criticality Analysis (fmecca), applicata ai servizi*, Documento interno, Università degli Studi di Cagliari, Cagliari.
- ZANINELLI F.L., *Pedagogia e infanzia: questioni educative nei servizi*, FrancoAngeli, Milano, 2010.
- ZURRU, *Organizzazione razionale vs organizzazione naturale: un caso di welfare locale*, Paper in progress, Università degli Studi di Cagliari, Cagliari, 2012.

# LA “VALUTAZIONE” DELLE FAMIGLIE AFFIDATARIE

Ombretta Zanon \*

## *Strumenti per un percorso di conoscenza ed accompagnamento*

### **LE FAMIGLIE CON I SERVIZI VERSO L’AFFIDO: “VALUTARE” O “CONOSCERE”?**

L’affido temporaneo di un bambino ad un’altra famiglia è l’esito di un percorso articolato ed esplicitamente pianificato da parte dei servizi, che prevede inizialmente delle iniziative di informazione e sensibilizzazione della comunità territoriale, a cui fa generalmente seguito una formazione per le persone (coppie o singoli) che si offrono per questa forma di co-genitorialità a supporto di altre madri e padri in difficoltà.

Al termine degli appuntamenti formativi, si colloca la fase della “valutazione” dei potenziali genitori affidatari, in modo che gli operatori dei servizi abbiano la possibilità – attraverso alcune specifiche azioni e in tempi appositamente dedicati – di incontrarli direttamente e di accompagnarli verso l’avvio dell’accoglienza concreta del bambino. Nelle Linee di indirizzo nazionali sull’affido familiare<sup>1</sup> si precisa come una fase di “conoscenza” delle persone che si candidano all’affidamento familia-

re abbia l’obiettivo “di poter attuare un intervento mirato al bisogno del bambino e della sua famiglia, e di rilevare il vantaggio evolutivo del suo futuro ingresso nel nucleo affidatario”. La funzione cruciale di un’accurata conoscenza delle famiglie accoglienti per il positivo risultato del progetto di affido – dall’ipotesi di abbinamento tra il bambino con il suo contesto di appartenenza e i genitori affidatari fino alla riunificazione (e oltre, con il mantenimento dei contatti dopo il rientro del bambino nel suo nucleo di origine) – è ulteriormente ribadita nel succitato documento di indirizzo: “la riuscita del progetto di affidamento, i suoi esiti e la possibilità che si possa arrivare alla migliore riunificazione possibile è legata anche alla buona corrispondenza fra le caratteristiche e i bisogni del bambino e della sua famiglia e quelle della famiglia affidataria”. L’obiettivo del percorso di “valutazione” delle famiglie affidatarie non è quindi quello di selezionare in maniera astratta i “genitori migliori” o assegnare loro una generica “idoneità”, ma quello di aiutare a capire e di “attribuire valore” alle competenze che *quel* sistema fa-

miliare può mettere in campo nella fase attuale del suo ciclo di vita a favore di *quel* bambino con le sue figure affettive di riferimento.

È per questo che si è arrivati a preferire per l’indagine psicosociale con le aspiranti famiglie il termine “conoscenza” a quello di “valutazione”, per porre in evidenza il carattere prevalente di orientamento e riflessione personalizzata che assume questo iniziale percorso, secondo l’approccio già introdotto nelle Linee guida per l’affido familiare della Regione Veneto (Milani e Me, 2008). Le Linee di indirizzo nazionali evidenziano infatti come la finalità dell’azione valutativa sia mettere “l’aspirante famiglia affidataria nelle condizioni di comprendere, con trasparenza, chiarezza e completezza di informazione, i motivi e gli obiettivi dell’affidamento familiare: l’impegno effettivamente richiesto; le condizioni personali e familiari che questo impegno comporterà nel futuro; i tempi e i modi dell’esercizio dei poteri riconosciuti all’affidatario, previsti in generale dalla normativa, ma da precisare in relazione allo specifico progetto; le forme e i modi del sostegno che i servizi

\*] Psicologa e psicoterapeuta; dottoranda di ricerca in Scienze Pedagogiche presso l’Università di Padova; formatore sui temi del sostegno alla genitorialità, con particolare riferimento alle situazioni di vulnerabilità; componente del LabRIEF dell’Università di Padova (laboratorio di Ricerca e Formazione in Educazione Familiare dell’Università di Padova).

metteranno in campo per facilitare la riunificazione del bambino con la sua famiglia”.

Il processo di conoscenza delle famiglie affidatarie è quindi guidato per i servizi da una domanda promozionale piuttosto che “diagnostica”: *“Quali sono i saperi e le potenzialità di questa famiglia che possono essere valorizzati in un certo progetto?”*. E nel caso non si riscontrasse una sufficiente “compatibilità” tra le risorse attuali della famiglia e i bisogni del bambino che ha bisogno di essere accolto, l’interrogativo va ulteriormente rivisto alla luce delle diverse modalità nelle quali si declina l’affido: *“Quale sono le forme più ‘leggere’ di co-genitorialità in cui questa famiglia può oggi o potrà in futuro mettere a disposizione la sua motivazione e le sue capacità?”*.

La prospettiva ecologica dello sviluppo (Bronfenbrenner, 1979) sostiene che una “buona genitorialità” è la combinazione tra le caratteristiche personali dei genitori e il grado di supporto che l’ambiente sociale può offrire a livello formale (nidi, scuole, servizi sociali e sanitari, ecc.) e informali (parenti, vicinato, volontariato, associazioni sportive e ricreative, ecc.). Questo principio è valido naturalmente anche per i genitori affidatari, per cui la valutazione non prenderà in esame solo l’“anamnesi” (termine che si tende sempre più a sostituire nel percorso conoscitivo con la parola “storia”) individuale e familiare, ma anche la quantità e la qualità degli aiuti su cui questi genitori potranno contare durante l’esperienza dell’accogliere e del prendersi cura del bambino. Nella fase della conoscenza, la famiglia va così accompagnata nel riconoscere i punti di forza e gli eventuali vincoli presenti sia nel suo funziona-

mento interno sia nel suo più ampio ambiente sociale, di cui i servizi stessi fanno parte. In coerenza con questa visione sistemica, le Linee di indirizzo nazionali individuano le aree intrafamiliari ed extrafamiliari che diventano oggetto di analisi congiunta con i genitori: “le dinamiche familiari, i valori di riferimento, le esperienze pregresse, gli stili e le competenze educative, le motivazioni all’affidamento ecc.; gli elementi rilevanti della storia individuale e familiare, della storia dei figli naturali, con specifica attenzione alla capacità di costruire legami e permettere le separazioni; le relazioni con l’esterno, il legame con il territorio e l’inserimento nelle reti di prossimità, l’estensione della rete familiare e amicale”.

### **CONOSCERE E CONOSCERSI PER SCEGLIERE: QUALI STRUMENTI PER L'AUTOVALUTAZIONE?**

Conoscere una famiglia affidataria implica quindi per i servizi dotarsi di spazi (fisici e simbolici) e di tempi adeguati per costruire una relazione di fiducia con gli aspiranti genitori e per favorire una loro scelta consapevole e informata. È opportuno inoltre che i professionisti dei servizi dispongano di un repertorio di strumenti di differente tipologia per supportare il processo di orientamento delle famiglie e aiutarle a capire insieme ai servizi se e come sono pronte a prendersi cura di un bambino per un certo periodo. Nella scelta degli strumenti è quindi importante verificare se essi posseggano delle caratteristiche che li rendono adatti a svolgere le funzioni di:

a) *mediazione della relazione*: è opportuno assegnare la priori-

tà ai materiali che incoraggiano l’ascolto comprensivo nei confronti dei genitori e la costruzione di un rapporto fondato sul riconoscimento reciproco delle competenze tra gli operatori e le famiglie;

b) *partecipazione*: risultano più efficaci gli strumenti costruiti in modo da dare voce nel confronto comunicativo prevalentemente ai genitori, perché considerati i massimi “esperti” della propria storia passata e del proprio divenire;

c) *narrazione*: gli strumenti “aperti”, simbolici e narrativi (ad esempio, che contengono immagini-stimolo per la conversazione) fanno in modo che le famiglie raccontino con maggior libertà e completezza le condizioni del proprio nucleo e il percorso biografico che le ha portate alla motivazione dell’accoglienza;

d) *approccio sistemico*: obiettivo di questi mediatori è anche quello di agevolare il più possibile l’espressione del vissuto di tutti i componenti della famiglia affidataria: il linguaggio e i contenuti dovrebbero quindi essere rivolti anche ai figli di diverse età (bambini e adolescenti) e di altri familiari (come nonni e zii) che saranno coinvolti nei compiti di cura del bambino accolto;

e) *multidimensionalità*: una gamma “multidisciplinare” di strumenti (psicologici, sociali, educativi) moltiplica e arricchisce i punti di vista sulla genitorialità che si sta esplorando, punti di vista che vanno poi ricomposti dall’*équipe* con la famiglia in una visione globale e unitaria;

f) *“ipotizzazione”*: i dispositivi hanno anche il compito di guidare con rispetto la famiglia ad “immagina-

re” le circostanze che potrebbero verificarsi con il bambino e con la sua famiglia d’origine, al fine di evocare e “tenere in mente” i fattori protettivi per fronteggiarle;

- g) *intersoggettività*: la scarsa strutturazione degli strumenti consente più facilmente l’emersione di una pluralità di attribuzioni soggettive di significati, tutte ugualmente legittime; i diversi contributi possono poi essere messi a confronto non solo all’interno della stessa famiglia, ma anche in un “gruppo di parola”, condotto da uno o più operatori del servizio e formato da genitori che stanno contemporaneamente conoscendo la realtà dell’affido.

Alla luce di questi parametri trasversali, si propone in sintesi una possibile categorizzazione degli strumenti funzionali all’incontro con le famiglie (per il cui approfondimento si rinvia alla specifica bibliografia):

- 1) *clinico-psicologici*: è la strumentazione generalmente composta da test e questionari per la costruzione di un profilo diagnostico del singolo, della coppia coniugale e dell’intero sistema familiare da parte prevalentemente dei professionisti dell’area psicologica; sono caratterizzati da precisi requisiti di *setting* per la somministrazione e dalla standardizzazione dei risultati (Greco, 2004; Mazzoni e Tafà, 2007; Ordine degli Psicologi Regione Emilia-Romagna, 2009; Volpini, 2011);
- 2) *educativi*: sono materiali non specificamente predisposti per un uso valutativo, ma i cui linguaggi proiettivi e non verbali (storie, immagini, oggetti, ecc.) facilitano la narrazione biografica personale e genitoriale e spesso innescano già un processo trasformativo (Boselli, Maura, Pappetti e Roberto, 2011; Demetrio,

1997; Favaro, 2000; Staccioli, 2010; Sunderland, 1997; 2011).

Data la loro natura flessibile, diversi sono i livelli di consapevolezza che gli strumenti con una connotazione educativa contribuiscono ad attivare:

- l’esplicitazione e il rinforzo delle competenze educative già possedute dai genitori (Milani, 1993; Iafrate e Rosnati, 2007; Lavigne, Coutu e Dubeau, 2011);
- l’identificazione degli eventuali ambiti di difficoltà e delle fonti di supporto disponibili;
- la prefigurazione di probabili situazioni critiche nell’organizzazione pratica e relazionale della famiglia con l’aprirsi dell’esperienza dell’affido, con particolare riferimento alle trasformazioni nella famiglia accogliente degli equilibri precedenti, ai rapporti con la famiglia di origine del bambino, alle implicazioni della sua “doppia appartenenza”, alle sue possibili reazioni “difensive” e al carattere costitutivamente temporaneo dell’accoglienza, che comprende inevitabilmente il distacco.

È bene precisare che i materiali educativi non sostituiscono gli strumenti di natura psicoclinica, ma ne sono un utile complemento: per il loro carattere di versatilità e personalizzazione, inducono nella famiglia affidataria dei processi di autocomprendimento che, se hanno un effetto diretto sull’atto decisionale, tendono a permanere come nuovi apprendimenti da cui attingere nell’intera durata del progetto, soprattutto nei passaggi più difficili.

Come è già prassi abituale in molti servizi, e come viene indicato nelle Linee di indirizzo nazionali, “la fase di conoscenza comprende alcuni incontri individuali (affidatari-operatori), almeno una visita domiciliare, e,

in conclusione, una restituzione alla famiglia nella quale vengono condivisi i contenuti emersi e viene proposto un primo orientamento alla scelta”. Alcune realtà territoriali stanno sperimentando in questa tappa conoscitiva anche degli incontri collettivi con i genitori, che di solito vengono programmati solamente nello stadio precedente dell’informazione/formazione. L’introduzione di questo dispositivo è fondata sul principio che il rispecchiamento vicendevole di sentimenti, pensieri e domande che si crea in un gruppo di genitori, che stanno vivendo la medesima situazione concreta ed emotiva, facilita ciascuna famiglia nella messa a fuoco della natura della propria disponibilità e dei propri limiti e bisogni.

Ispirare e sostenere la conversazione esplorativa tra i familiari e i professionisti e tra i familiari stessi è lo scopo prioritario che connota gli strumenti nella valutazione. Per questo motivo essi rappresentano un ausilio per favorire l’emersione e la condivisione dei desideri e degli interrogativi da parte della famiglia, sia all’interno del servizio che a casa. Possono essere utilizzate diverse forme di eloquio: *individuale* con ogni singolo genitore, *congiunto* e incrociato con la coppia, *allargato* con l’invito esteso all’intero nucleo familiare (figli e componenti della rete parentale) e *collettivo*, nello scambio plurale all’interno di un gruppo di genitori. Come già detto, la valutazione non è infatti un “giudizio” unidirezionale formulato dagli esperti *sulla* famiglia, ma un processo circolare di comunicazione e di co-apprendimento sulla conciliabilità – sempre originale e da scoprire – tra le caratteristiche attuali della famiglia e i compiti che l’affido comporta. La “restituzione” non è allora la “sentenza” esterna ed inappellabile, nettamente separata dalla rilevazione dei dati, ma è la sintesi

negoziata e coerente di quanto via via è stato raccolto attraverso una documentazione trasparente e da cui si sono già originate nella famiglia nuove consapevolezze e intenzionalità. In questo modo le decisioni assunte dai genitori con l'accompagnamento degli operatori sulla natura del loro possibile contributo in un progetto di aiuto diventano più fondate, giustificabili e forse per questo più accettabili per tutti. Anche nel caso si concordi di non avviare l'accoglienza di un bambino, il riconoscimento ricevuto da parte della famiglia nel corso della conoscenza reciproca di rappresentare comunque una risorsa per la comunità e di avere il diritto e la capacità all'autodeterminazione delle proprie scelte rende più probabile la conferma della sua disponibilità fin da subito per affiancamenti alternativi all'affido residenziale o per esigenze di supporto che si prospetteranno in futuro per altri bambini.

Di seguito sono presentate delle parti esemplificative di strumenti educativi inseribili nel percorso di conoscenza.

1] 2012; in: <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/1A86BF9C-1124-43C9-8981-1B38BE937B11>  
o: [Lineediindirizzoaffidamentofamiliare.pdf](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/1A86BF9C-1124-43C9-8981-1B38BE937B11)

### Bibliografia

- BOSELLI S., MAURA M., PAPERI R., ROBERTO R., *Voltaacarta. Manuale per imparare a narrare e a narrarsi con le carte*, Molfetta (BA), La Meridiana, 2011.
- BRONFENBRENNER U., *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 2002.
- DEMETRIO D., *Il gioco della vita. Kit autobiografico*, Milano, Guerini e Associati, 1997.
- FAVARO G., *Alfabeti interculturali. Idee, proposte e percorsi per l'accoglienza e per una didattica dell'italiano seconda lingua, della narrazione, dello scambio tra storie e tra culture*, Milano, Guerini e Associati, 2000.
- GRECO O., *La doppia luna. Test dei confini e delle appartenenze familiari*, Roma, in "Vita e Pensiero", 2004.
- IAFRATE R., ROSNATI R., *Riconoscersi genitori. I Percorsi di Promozione e Arricchimento del Legame Genitoriale*, Trento, Erickson, 2007.
- LAVIGUEUR S., COUTU S., DUBEAU D., *Sostenere la genitorialità*, Trento, Erickson, Edizione italiana a cura di P. MILANI, S. SERBATI e M. IUS, 2011.
- Linee di indirizzo Nazionali sull'affidamento familiare, 2012, Ministero del lavoro e delle politiche sociali (<http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/1A86BF9C-1124-43C9-8981-1B38BE937B11> o [Lineediindirizzoaffidamentofamiliare.pdf](http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/1A86BF9C-1124-43C9-8981-1B38BE937B11)).
- MAZZONI S., TAFÀ M. (a cura di), *L'intersoggettività nella famiglia. Procedure multimetodo per l'osservazione e la valutazione delle relazioni familiari*, Milano, Angeli, 2007.
- MILANI P., *Progetto genitori. Itinerari educativi in piccolo e grande gruppo*, Trento, Erickson, 1993.
- MILANI P., ME S. (a cura di), *Linee guida 2008 per i servizi sociali e sociosanitari. L'affido familiare in Veneto. Cultura, orientamenti, responsabilità e buone pratiche per la gestione dei processi di affidamento familiare*, Regione Veneto, Romano d'Ezzelino, 2008.
- ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA (a cura di), *Buone pratiche per la valutazione delle genitorialità: raccomandazioni per gli psicologi*, Bologna, Pendragon, 2009.
- STACCIOLI G., *Ludobiografia: raccontare e raccontarsi con il gioco*, Roma, Carocci, 2010.
- SUNDERLAND M., *Disegnare le emozioni. Espressione grafica e conoscenza di sé*, Trento, Erickson, 1997.
- SUNDERLAND M., *Disegnare le relazioni. Espressione grafica e conoscenza degli altri*, Trento, Erickson, 2011.
- VOLPINI L., *Valutare le competenze genitoriali. Teorie e tecniche*, Roma, Carocci, 2011.

### 1) Kit "Sostenere la genitorialità"

(Lavigueur, Coutu e Dubeau, 2011)

Il Kit è costituito da una serie di "carte" in cui sono raffigurati dei momenti salienti dell'esperienza educativa dei genitori e della relazione con i figli; sono previste nella versione "materna" e "paterna" e differenziate per fasce di età dei bambini (tra 0 a 11 anni). Le immagini fanno riferimento a sette dimensioni della genitorialità (che possono essere proposte distintamente o variamente combinate):

- 1) qualità del bambino;
- 2) competenze genitoriali;
- 3) piaceri condivisi;
- 4) attività per ricaricarsi;
- 5) sostegno della rete sociale;
- 6) preoccupazioni dei genitori;
- 7) difficoltà incontrate ed evoluzione genitoriale.

Le "carte" sono stampate singolarmente (con dimensioni più grandi) o raggruppate per area in un unico foglio, come negli esempi di seguito riportati.

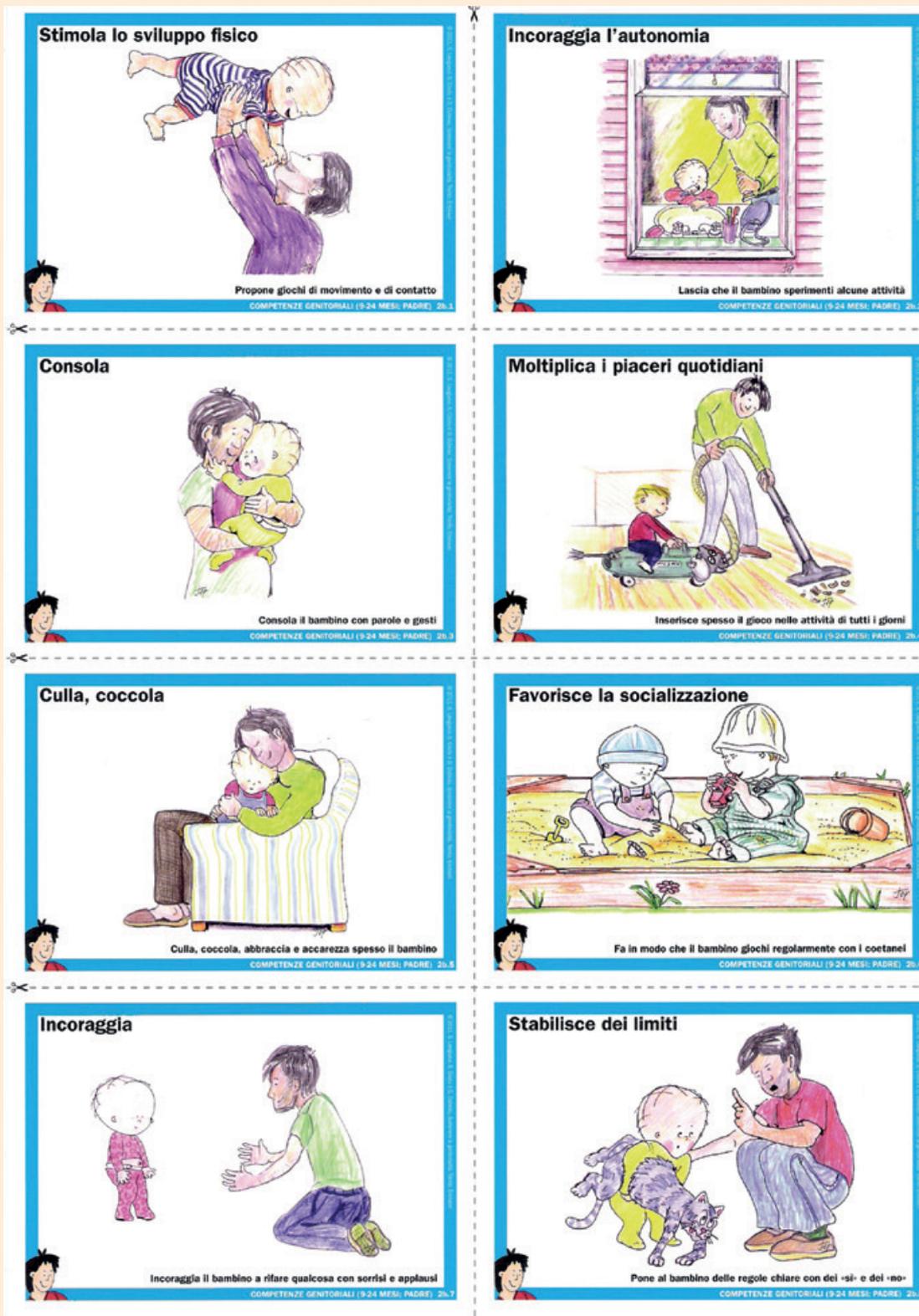


Figura 1 – Competenze genitoriali; versione padre; età dei figli: 6-24 mesi



Figura 2 – Piaceri condivisi; età dei figli: 6-11 anni

Attraverso un meccanismo identificativo, i genitori (singolarmente, in coppia o con la presenza dei figli) riportano nel corso dei colloqui con gli operatori squarci della propria vita domestica per somiglianza o per contrasto con quanto è rappresentato nei disegni, esprimono desideri, progettano ambiti di cambiamento, ipotizzano le azioni educative implicate nella nuova convivenza, con gli ostacoli e i relativi antidoti.

**2) “Disegnare le emozioni, disegnare le relazioni”**

(Sunderland, 1997, 2011)

Questi materiali propongono dei disegni raffiguranti vari elementi metaforici, che possono fungere da ausilio nella verbalizzazione di emozioni e riflessioni. Ad esempio, le preoccupazioni e i momenti piacevoli della famiglia si trasformano rispettivamente in uno “zaino” e in un insieme di “palloncini”; all’interno di questi ultimi si può trascrivere e lasciare traccia di quanto si è detto (soprattutto se sono presenti i bambini), magari per andarlo a ritrovare dopo un po’ di tempo (figura 3). Analogamente, il tema delle risorse familiari per affrontare eventi critici è simbolizzato come il contenuto di una cassetta del “pronto soccorso”, che custodisce i “rimedi” (abituali o potenziali) a cui ricorrere in caso di bisogno e che vanno identificati e nominati (figura 4).

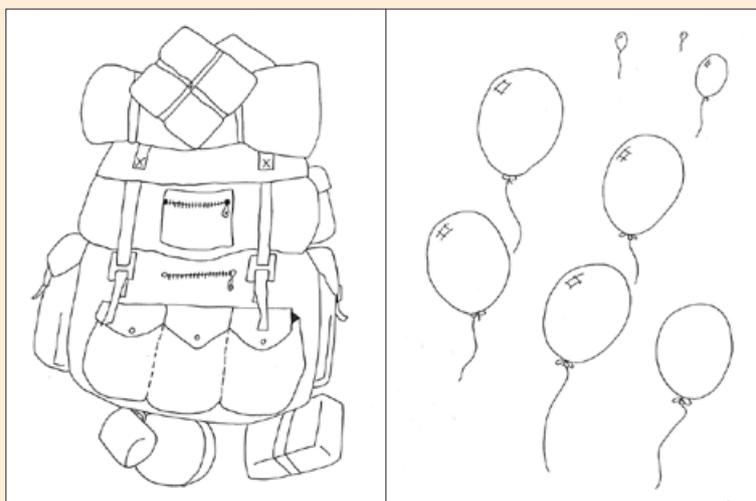


Figura 3 – I pesi e le “leggerezze” della famiglia

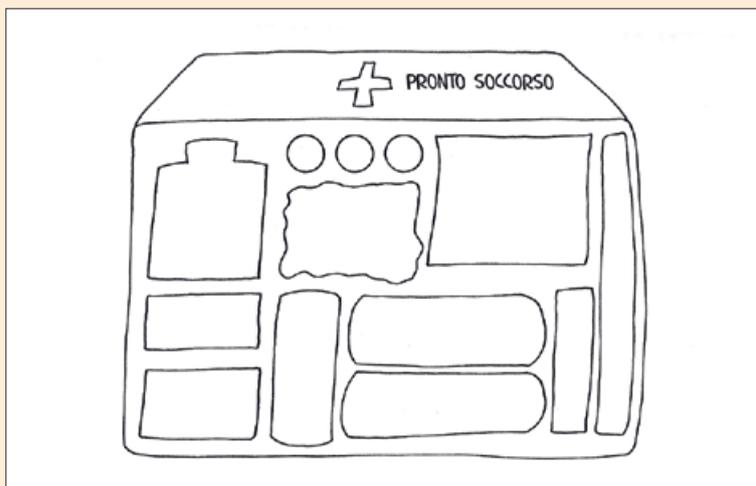


Figura 4 – La valigetta del “pronto soccorso” familiare



## IL WELFARE SUL WEB – V PARTE

a cura di Maurizio Motta

### *Prosegue il tour fra i siti che si occupano di tematiche sociali e socio-sanitarie*

*Il web è ricco di siti utili sui temi delle politiche e servizi di welfare, e costruirsi una propria “mappa” di siti da visionare è un modo per procurarsi aggiornamenti con diversi vantaggi: il basso costo (o la completa gratuità), l’accesso a contenuti sempre aggiornati, la possibilità di fruirne in modo flessibile, ossia quando si ha tempo ed interesse. E di fruirne da parte di qualunque operatore disponga di un accesso ad Internet, senza che sia necessario organizzare momenti formativi specifici.*

*Inoltre da molti siti si può ricevere gratuitamente una newsletter, che presenta le novità e aiuta periodicamente a ricordare l’uso di quella risorsa informativa. Pensiamo dunque possa essere stimolante in questa rubrica segnalare ai lettori alcuni siti di possibile interesse, senza voler comporre una mappa esaustiva dei siti utili, che dipende naturalmente anche dagli interessi di ciascuno.*

**www.sossanita.it**

Nato nel 2009 in seguito ad un appello per garantire una efficace sanità pubblica, è un sito dedicato al sistema sanitario ed alle politiche connesse alla salute. La *home page* presenta una estesa rassegna di notizie e documenti, provvedimenti in via di approvazione e normativa, opinioni, approfondimenti e ricerche, consentendo di accedere alla

loro lettura. Sono anche resi visibili numerosi altri siti che si occupano di salute, ai quali ci si può connettere. Sossanita offre pertanto contributi su una vasta area di tematiche relative ai sistemi di tutela della salute: dibattito sulle politiche e riordini normativi, stato dei diritti nel sistema sanitario, assetti organizzativi ed esperienze, dati e scenari epidemiologici di specifici problemi di salute. Non è prevista la possibilità di ricevere newsletter periodiche.



**www.asgi.it**

È un sito gestito da una associazione di operatori del diritto e studiosi (ASGI) ed intende essere strumento di informazione ed approfondimento in particolare sugli aspetti giuridici e di tutela dei diritti in materia di stranieri ed immigrazione. L’offerta del sito su questo tema è molto articolata: notizie, iniziative formative, segnalazioni di iniziative ed esperienze locali, studi e commenti, progetti antidiscriminazione. Un’area del sito è dedicata alla tematica dei rom e sinti. Dalla *home page* si accede ad una specifica sezione sulla normativa vigente aggiornata, che include anche giurisprudenza e circolari di rilievo emanate, nonché numerose “schede pratiche” che descrivono speci-

fici aspetti della normativa. Una sezione “link” consente di raggiungere molti altri siti che si occupano dei temi dell’immigrazione. È possibile richiedere di essere costantemente aggiornati da ASGI, sia tramite una newsletter che attraverso altre modalità come Twitter o Facebook.



**www.fondazionepromozione sociale.it**

La Fondazione che gestisce il sito nasce a Torino nel 2003 dall’intesa di diverse associazioni, e ha l’obiettivo di assumere iniziative per la tutela dei diritti delle persone non in grado di difendersi da sole: anziani malati cronici non autosufficienti, malati di demenze, persone con handicap intellettuale e minori privi di sostegno familiare. Il sito è in gran parte dedicato ai temi dei diritti dei non autosufficienti ed alla messa in opera dei livelli essenziali di assistenza da garantire, con giudizi sulle criticità per i cittadini. Presenta, oltre alle riviste curate dalla Fondazione, un’ampia rassegna di documenti e analisi, nonché materiali che sono proposti ai cittadini per richiedere tutela alle Amministrazioni (ad esempio per opporsi a dimissioni di non autosufficienti da ospedali e case di cura). Il sito infatti (come peraltro

l'attività della Fondazione) intende essere al contempo uno strumento di dibattito sulle politiche, di interazione con gli Enti pubblici, e di supporto agli utenti. Nel sito si dà anche conto delle iniziative attivate, come la petizione nazionale sulle cure domiciliari e quella sui livelli essenziali di assistenza per i non autosufficienti. Non è prevista la possibilità di ricevere newsletter periodiche.

**Fondazione**  
**Promozione sociale**  
ONLUS

[www.lavoro.gov.it](http://www.lavoro.gov.it)

Tra i siti istituzionali utili vi sono naturalmente quelli gestiti dai singoli ministeri. Quello del Ministero del lavoro e politiche sociali presenta nella *home page* notizie ed eventi recenti, una sezione dedicata agli "strumenti" (come un motore di ricerca della normativa, studi e statistiche), un'area sulla comunicazione e la stampa, e due sezioni mirate alle aree di competenza del ministero: lavoro e previdenza, politiche sociali. Quest'ultima si articola in diverse tematiche, dalla non autosufficienza alla povertà, dal volontariato all'immigrazione, all'interno delle quali si possono visionare studi e ricerche, normativa specifica, temi in evidenza, nonché fondi, progetti e organismi operanti su quella tematica. Non è prevista la possibilità di ricevere newsletter periodiche.

Utile ricordare che può essere presentato un quesito formale su nodi di applicazione di normativa vigente (detto "interpello") al quale il Ministero risponde, con successiva pubblicazione sul sito delle risposte. L'interpello tuttavia può esse-



re presentato solo da organismi associativi a rilevanza nazionale degli enti territoriali, enti pubblici nazionali, organizzazioni sindacali e dei datori di lavoro maggiormente rappresentative sul piano nazionale e consigli nazionali degli ordini professionali; non vengono pertanto esaminati i quesiti di singole persone, associazioni territoriali, Regioni, Province e Comuni.

[www.dirittiglobali.it](http://www.dirittiglobali.it)

L'Associazione SocietàInformazione è nata nel 2001 come Onlus per la ricerca e promozione delle tematiche riguardanti la tutela dei diritti umani, sociali e civili, la cultura della convivenza e della salvaguardia ambientale ed ecologista. Con l'obiettivo di estendere la pratica della cultura della solidarietà e dei diritti, dell'attenzione verso i cittadini più

deboli, e della consapevolezza circa gli effetti e gli scenari posti dalla globalizzazione. L'Associazione gestisce un Centro Studi che cura (anche col concorso di molte altre associazioni ed organismi) la pubblicazione ogni anno di un "Rapporto sui diritti globali". Il sito presenta quindi la raccolta dei Rapporti, nonché interventi, notizie, iniziative e documenti sui temi dei diritti sociali e civili. Gli argomenti trattati non sono circoscritti solo al *welfare* e alle sue politiche, ma riguardano anche molti altri ambiti che hanno impatti sulle opportunità sociali: ambiente, economia, uso dell'energia, cultura, politica. È possibile attivare la ricezione di una *newsletter* periodica gratuita.



LETTURE...



## LA CRISI COME ALIBI

Annalisa Loriga \*

*Dietro questa parola a volte  
si nascondono altre verità*

Anno 2013, siamo ancora in tempo di crisi e purtroppo non se ne vede la fine. Ogni giorno i mezzi di comunicazione la utilizzano per dare una spiegazione a moltissimi fenomeni sociali, come l'aumento dei licenziamenti e il ricorso alla cassa integrazione, il calo dei consumi, la contrazione dei risparmi e il peggioramento delle condizioni di salute degli italiani (stress, depressione). Ci viene detto che per colpa sua, abbiamo tutti speso meno degli anni precedenti per il cibo e per i viaggi, che l'impossibilità a pagare gli stipendi e a mantenere aperta l'attività è stata la causa di un certo numero di suicidi di imprenditori in gravi difficoltà economiche. Quello che appare sui *mass media* è in ogni caso un quadro che fotografa una situazione di recessione comune a molti altri Paesi e che rende difficile, se non drammatico, il periodo storico che stiamo vivendo.

Il racconto della crisi viene da molti utilizzato però anche come alibi, alla stregua di un comodo artificio per rendere accettabili comportamenti che altrimenti non lo sarebbero. Il tema è molto delicato e non si possono generalizzare singoli

episodi, ma talvolta della "crisi" si abusa per negare diritti sacrosanti. Ci sono aziende con orari di lavoro modificati, trasferimenti obbligatori ad altre sedi, veri e propri licenziamenti motivati esclusivamente con la crisi, e sempre alla crisi viene non di rado addebitata la mancata manutenzione degli impianti e la scarsa sicurezza dei luoghi di lavoro. Per non parlare infine di una scarsa (o nulla) consistenza degli investimenti attuati per altre strutture a supporto dei lavoratori, dalle mense agli asili nido aziendali. Sul versante pubblico, oggi la parola crisi viene indicata come la principale motivazione che sta dietro all'impossibilità, da parte dei governi, di abbassare la pressione fiscale. "C'è la crisi, non possiamo abbassare le tasse", è l'argomento più volte ripetuto. La parola "crisi" viene usata anche come scusante per giustificare i tagli effettuati nel bilancio dello Stato al settore delle politiche sociali. Com'è risaputo, negli ultimi cinque anni il taglio dei fondi in questo settore è stato superiore al 90%, con una piccola inversione di tendenza solo con l'ultima legge di stabilità: nell'ultimo anno, il governo ha motivato i tagli

al settore sociale sostenendo che per il nostro Paese questo fosse un lusso troppo grande. Al riguardo, occorre però far notare come, pur essendo doveroso raggiungere un risparmio, esso poteva interessare anche altre voci del bilancio statale, e non obbligatoriamente quelle del sociale. Si è trattato di una scelta voluta, non di una strada obbligata: la crisi è cioè servita da (comodo) alibi per coprire tagli che, peraltro, sono andati a colpire le categorie più deboli e bisognose proprio nel momento di loro maggiore difficoltà.

A limitare i danni delle carenze dell'intervento pubblico hanno pensato il mondo del volontariato e dell'associazionismo, con la nascita e lo sviluppo di gruppi che hanno portato un aiuto sociale concreto: lo Stato, in questo periodo di crisi, ha come approfittato della presenza di queste realtà, sfruttandone il ruolo e la vocazione. Di fronte a tutto ciò, però, rimangono le piene responsabilità dello Stato e occorre ribadire con forza che la politica e le istituzioni devono farsene carico.

Da questo punto di vista, non esistono alibi.

\*] Giornalista indipendente.

# CURA E WELFARE COMMUNITY

## INTERVISTA A ALESSANDRO MELUZZI

a cura di Lara Artioli \*

*Una vita professionale ispirata ai principi di libertà e sussidiarietà*

**La prima domanda: nel rileggere il suo percorso personale, cosa ritiene abbia generato la sua storia in termini di progetti di cui si è sentito protagonista?**

La mia è una storia che viene prevalentemente ed originariamente dalla clinica quindi viene dal mondo del curare e dal mondo dell'accogliere. Innanzitutto faccio il medico e lo psichiatra da trentatré anni e dunque il mio approccio è un approccio prevalentemente ed originariamente *diadico* cioè basato sul rapporto medico paziente, un rapporto altamente personalizzato, fidelizzato ed empatico. Il processo da cui partirei è proprio questo, ovvero quali sono i contorni che determinano la sostenibilità etica e anche l'utilità, l'efficacia, l'efficienza di un rapporto terapeutico. Il filone su cui questo modo di vivere, di ragionare, di operare si è tradotto è stato da un lato quello di cui parleremo oggi, dall'altro quello dell'umanizzazione della medicina cioè del ribadire anche metodologicamente un'impostazione dei rapporti di cura in cui non si perda mai di vista la centralità della persona umana in tutti



**Alessandro Meluzzi**, nato a Napoli il 9 ottobre 1955, è uno psichiatra, politico e personaggio televisivo italiano. Dopo la maturità classica, si è laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Psichiatria a Torino. Ha conseguito il Baccalaureato in Filosofia e Mistica presso il Pontificio Ateneo S. Anselmo di Roma. È psicoterapeuta e docente universitario. È fondatore della Comunità di accoglienza per il disagio psichico ed esistenziale "Agape, Madre dell'accoglienza". Direttore sanitario di diverse comunità protette psichiatriche.

i passaggi del processo terapeutico. Questo non soltanto in psichiatria ma anche in medicina in generale, in particolare in quelle bran-

che della medicina che si occupano di malattie gravi ed irreversibili come l'oncologia e la neurologia, ad esempio. La scuola di umaniz-

\*] Mantovana, studiosa e consulente nell'ambito della cura della non autosufficienza, collabora con l'Ansdipp su diversi progetti, dalla ricerca sui modelli regionali della residenzialità protetta alla malattie oncologiche nella persona anziana fragile.



zazione della medicina – una realtà che abbiamo creato nell'ASL di Alba all'ospedale Molinette una decina di anni fa – è stata l'evoluzione di questo filone.

L'altro filone, quello della cura specifica dei disturbi mentali, dei disturbi della dipendenza, dei disturbi del comportamento e della disabilità è stato quello che ha preso atto del fatto che modelli tradizionali come quelli della psicoterapia, della psicoanalisi e della psicofarmacologia non erano sufficienti ad affrontare i temi della cura di disturbi tipo quello della malattia mentale o della dipendenza, ma occorreva trasferire il tema del rapporto medico-paziente o del rapporto di cura farmacologica o del rapporto di cura psicoterapeutica o psicoanalitica ad una dimensione di *setting* allargato che includeva la presenza di molti altri attori e soggetti. Questa, come ben si sa, è un'esperienza che ho avuto molto precocemente, già come perito della difesa del processo Muccioli negli anni Ottanta e poi collaborando da tanti anni con la Comunità Incontro di Don Gelmini: c'erano certi disturbi co-

me quelli delle vecchie dipendenze ma anche delle nuove come i disturbi alimentari o l'anoressia, nei quali il rapporto psicoterapeutico interpersonale non era sufficiente, non bastava o addirittura in qualche caso diventava un elemento di cronicizzazione. Era necessario un altro approccio; questo approccio tradizionalmente, in una lunga storia, si chiama comunità: le prime comunità sono nate in ambienti anti istituzionali anglosassoni (Lein e Couper negli anni Sessanta). In Italia il grande mondo delle comunità terapeutiche e delle comunità delle tossicodipendenze è rappresentato dalla comunità di San Patrignano e dalla Comunità Incontro di Don Gelmini. Ma a partire da queste, anche altri tipi di approcci comunitari hanno riguardato le cure dei disturbi mentali; la chiusura degli ospedali psichiatrici della legge 180 ha catapultato una quantità di pazienti ingestibili in un territorio che non era in grado di accoglierli ed in famiglie che non erano in grado di contenerli. Bisognava quindi pensare ad un altro spazio-tempo dedicato che non fosse l'istituziona-

lizzazione del manicomio, che non fosse l'esclusione ma che includesse un'empatia diffusa a rete, in cui la comunità diventasse un luogo in cui tanti soggetti organizzati in *équipe* dalla professionalità medica, medico specialistica, psicologica psicoterapeuta, assistenziale, sociale, riabilitativa interagissero per creare intorno al dolore un'accoglienza riabilitativa adeguata.

Direi che la mia risposta a questa prima domanda è che mi sono sentito al centro di questo passaggio dalla psichiatria istituzionale universitaria a quella comunitaria, dal rapporto medico paziente diadico ad un rapporto più allargato al mondo della comunità: gli elementi dell'umanizzazione della medicina applicata allo specifico della mia professionalità che è quella psichiatrica.

#### **Quali i valori di fondo che ritiene Le siano stati di riferimento?**

I miei valori di fondo sono stati sempre ed essenzialmente quattro.

Primo tra tutti la libertà, intendendo come libertà quella qualità fondamentale dell'uomo che è una precondizione, persino dell'imperativo morale dei cristiani, che è l'amore, perché non ci può essere amore senza che ci sia libertà. Per il semplice fatto che non si può amare a comando, non si può amare sull'onda di un imperativo etico: qualunque ben agire si poggia innanzitutto su una situazione che non costituisca un sistema totalitario ad istituzione totale, che non costituisca una situazione sadicizzante di un sistema altamente burocratizzato e dirigistico, che non costituisca una situazione istituzionalizzante. Sono sempre stato sospettoso, in questo mondo in cui mi sono mosso, nei confronti

della situazione di uno statalismo permeante che a partire dalla necessità assolutamente lodevole di avere un sistema di assistenza di cura di *welfare* generalizzato e abbastanza omnicomprensivo, pensasse illusoriamente di poter fornire una risposta totale omnicomprensiva e soprattutto esclusiva. Le uniche istituzioni che vedevo funzionare in questo campo erano istituzioni privatizzate, si veda la già citata Comunità di San Patrignano, la Comunità Incontro, e tutto il mondo delle comunità di orientamento vocazionale confessionale e non, delle quali i soggetti non erano lo stato, ma svolgevano una funzione pubblica. In Italia c'è un'antica confusione tra pubblico e statale, notoriamente non tutto ciò che è statale è pubblico. Ci sono una quantità di cose pubbliche di cui viene fatto uno strame super-privatistico, si pensi soltanto al mondo degli scandali recenti e non; e ci sono una quantità di soggetti privati e del privato sociale che svolgono una funzione pubblica. Quindi pensare che ci sia un'identificazione tra pubblico e statale è un equivoco assoluto: ho visto che stranamente – neppure troppo stranamente – non si creavano comunità gestite dallo Stato e quelle che si creavano non funzionavano, mentre le uniche che funzionavano erano quelle gestite dal cd. *terzo settore*: dalla cooperazione, dal volontariato al privato sociale.

Il mio modello di riferimento è stato fin dall'inizio una transizione inevitabile (che poi la realtà dell'economia assistenziale di *welfare* rende necessario) dal cosiddetto pensiero del *Welfare State* omnicomprensivo a quello di una *Welfare community* in evoluzione in crescita e basata sul principio della sussidia-



rietà: che insieme alla parola amore, insieme alla parola libertà insieme alla parola accoglienza, è la mia quarta parola chiave.

**Quali sono nel tempo le trasformazioni (sociali, culturali, ecc.) a cui ritiene di aver preso parte?**

Credo di aver preso parte alla creazione di un sistema a rete di accoglienza fatto di tante strutture intermedie differenziate per vocazione, per caratteristiche, per specificità, che in questi anni hanno contribuito a supportare, a creare percorsi di cura e salute. Parallelamente ho vissuto l'ingresso della cooperazione sociale, del volontariato, del terzo settore in un mondo dove sono diventati soggetti insostituibili nella risposta alla centralità della persona nei processi di cura e di accoglienza. Il processo di cui ritengo aver preso parte è quello del passaggio dall'idea di un sistema *Welfare State* molto burocratico, sprecone, omnicomprensivo ad un economia di *Welfare Community* diffusa, più sensibile, più mobile, più elastica, più dinamica, più pronta e veloce nelle risposte e più effi-

cace ed efficiente nelle modalità di appropriatezza.

**Questo discorso lo ritiene valido per l'intera società?**

Certo. Tanto per citare il mio modello di riferimento concettuale a cui io faccio appello è quello del cattolicesimo liberale: io dico sempre, citando i miei maestri, che voglio morire da cattolico impenitente e da liberale impenitente tanto per dare un nome e un cognome alle cose!

**Quali sono le strategie che ha adottato per essere attore del cambiamento nel settore dove opera? E quali le caratteristiche individuali e personali che reputa necessarie?**

Ho sempre operato su due piani. Prima nel Servizio Sanitario Nazionale dove sono stato borsista universitario, poi ricercatore, poi responsabile del servizio di psichiatria territoriale di Torino Mirafiori sud. Nel settore pubblico e con l'esperienza parlamentare alla Camera e al Senato ho lavorato fino al 2003 all'ASL di Alba alla creazione della scuola di umanizzazione della medicina, in collaborazione con la Direzione generale e con la Regione Piemonte. Successivamente ho operato nel mondo delle comunità, sia come direttore sanitario delle comunità terapeutiche, sia come Presidente e adesso volontario di una di queste Onlus (Comunità Agape madre dell'accoglienza) dove abbiamo cercato di dare delle risposte concrete a delle domande emergenti sempre molto difficili, come quelle della psichiatria dei minori e dei giovani, quelle della cronicità, quella della doppia diagnosi.

Ho cercato di rimanere sempre ancorato ad un modello di concretezza-

za che è alla base della mia formazione clinica, contrapponendo al fastidio e al disagio di una risposta verbosa, fatta di chiacchiere o di ideologie, la drammatica concretezza di domande che se non trovano una risposta adeguata, degenerano. Ho sempre cercato di dare risposta concreta a bisogni concreti, anche al prezzo di fatiche e di sacrifici che chi si muove nel privato ben conosce, soprattutto in una situazione in cui viviamo nel paradosso: questo mondo del privato sociale è costretto a fare da banca ad un *welfare* pubblico che ormai paga le prestazioni ad un anno di distanza, laddove le cooperative sono costrette a pagare gli stipendi ogni mese e quindi creando uno squilibrio drammatico di cui non so quali saranno gli esiti nei mesi che verranno.

**Quale modello e quali competenze individua come necessari nell'essere "manager di se stesso", per la crescita propria e della propria organizzazione?**

Il modello come dicevo è quello della sussidiarietà che vuol dire avvicinare il metodo, la sede, le modalità della risposta ad una domanda sociale, al luogo in cui la domanda si presenta. È scontata la risposta ad una domanda retorica: funzionerà meglio una comunità per ragazzi autistici gestita a mille chilometri di distanza dal Ministero della sanità o funzionerà meglio una Cooperativa in cui dieci famiglie di genitori con il supporto e la guida della realtà locale e sanitaria si mettono insieme per gestire una comunità centrata per i loro figli? È fuor di dubbio che qualità umana, costi, efficienza, efficacia e appropriatezza saranno superiori nella struttura basata sulla sussidiarietà – per ragioni ov-

vie che non vale nemmeno la pena di riassumere – e quindi direi che la sussidiarietà è la parola chiave. Per essere *manager* di me stesso ho cercato sempre di fare tesoro di un principio evangelico, che è quello ben noto di fare agli altri quello che si vorrebbe fosse fatto per se stessi, e anche naturalmente di mantenere una dimensione in cui essere *manager* di se stesso voleva dire continuare ad apprendere dalle domande che via via si ponevano. Per esempio nell'aver modelli di riferimento multidimensionali, perché le patologie sono tutte multifattoriali e multidimensionali e hanno bisogno di risposte multidimensionali; quindi non bastano la psichiatria farmacologica e psicoterapeutica così come non basta la risposta psicosociale e sociale, ma ci vuole, essendoci un'orchestra di cause eziopatogenetiche di un disturbo, un'orchestra di risposte multidimensionali ad un problema multifattoriale. Ci vuole capacità di lavorare in *équipe*, capacità di lavorare mettendo in relazione professionalità diverse ed alcune idee e valori forte chiave.

Nel mio caso ho considerato il modello cattolico e cristiano di riferimento, una visione non deificata, non massificata, non oggettivata dell'uomo, ma sempre basata sull'intenzionalità, sull'emozionalità e sulla relazione; quando si cura il dolore questi sono fattori essenziali, non soltanto di qualità, ma direi che sono una necessità perché nessuno si fa mettere le mani nel cuore, nell'anima o nella mente da qualcuno che non sente autentico nel costruire una relazione. Questo è fondamentale perché nel mondo della cura psicologica e della cura psichiatrica il tema del c.d. *guaritore ferito* è un tema fondamen-

tale: è inevitabile che chi si avvia al mondo della cura è qualcuno che spesso muove da problematiche personali sue, che provengono dal mondo più o meno conscio dell'infanzia e dell'adolescenza e comunque delle esperienze precoci. Avere quindi la consapevolezza delle proprie ferite interne, della propria dimensione interiore, delle proprie qualità e dei propri difetti e soprattutto i principi ispiratori del proprio agire è sempre qualche cosa che serve innanzitutto a mantenere adeguata la temperatura delle proprie motivazioni.

Il fattore di qualità percepita, ma anche di qualità oggettiva delle strutture che fanno accoglienza e delle persone che fanno accoglienza, si basa prima ancora che sul saper fare, prima ancora che sull'aver, prima ancora del saper agire, sulla capacità dell'essere: cioè in buona sostanza nell'atto di cura non conta soprattutto quello che si ha e che si fa, ma quello che si è. Quindi questa vigilanza continua sulla dimensione dell'essere e della propria crescita professionale è un fattore fondamentale di qualità: su questa dimensione dell'essere si misura anche la temperatura della motivazione, che al di là di ogni tecnicismo è un fattore fondamentale della cura.

La dimensione della cura è sempre dimensione intersoggettiva per cui, non potendo ridurre l'altro ad un caso, ad una casistica, ma sempre ad una persona e ad una relazione interpersonale, non si può pensare che ci sia una forza di chi cura che si china verso la debolezza di chi viene curato, ma sempre un'interazione tra due fragilità che si accolgono, si sostengono, si integrano; senza velleitarismi, senza demagogie ma sempre in una dimensione non solo di



rispetto ma di empatia. Direi che questo è fondamentale.

***Per concludere, quali sono le strategie, le scelte e le azioni che intraprende per la cura di sé e del proprio benessere?***

Perennemente una manutenzione della legge del proprio cuore: perché al di là della manutenzione che deriva dal cercare di mantenere una qualità della vita piacevole – e che io cerco di realizzare attraverso i temi della mobilità, dell’apertura, della curiosità e dell’intensità anche basata sulla curiosità – non si deve mai cessare di studiare, di conoscere.

Io posso dire che alla mia tarda età, dai cinquantasette verso i cinquantotto anni, mi sono iscritto al Pontificio Ateneo S. Anselmo dove ho conseguito il Baccalaureato in Filosofia e Mistica dal 2000 al 2002 e adesso sono attualmente iscritto al terzo anno della facoltà di teologia presso l’Università Pontificia Salesiana all’Istituto internazionale Don Bosco. I miei compagni di corso vengono da tutto il mondo e

hanno dai ventidue, ai ventisei anni, ventisette anni e questo, che mi porta via molto impegno, molto tempo e molta fatica è una possibilità, non solo di risistemizzazione del pensiero, ma anche di motivazione.

Poi ci sono la vita di comunità, la vita familiare, che è il baricentro di tutto, perché se la famiglia non funziona, non funziona nemmeno tutto il resto e quindi una famiglia che non mette Dio al proprio centro ha tutto fuori centro. Una famiglia che non ha Dio al primo posto, non ha niente al suo posto e un’organizzazione che non viva anche come una realtà fatta di famiglie, come una famiglia di famiglie, è un’organizzazione che prima o poi va incontro a grandi sofferenze. Ho sempre cercato di fare di questi presupposti molto tradizionali, molto semplici ed elementari la centralità di un Dio che si chiama Cristo, che è un Dio incarnato e quindi rappresenta il punto di partenza ed il punto di arrivo di tutte le cose. Quindi per me direi una fondamentale “Cristo centricità” della

persona e della vita, una dimensione familiare messa al centro della propria vita personale, una dimensione della fede condivisa in un mondo comunitario: senza integralismi, senza dogmatismi, nella dimensione della tolleranza e del dialogo, ma sempre nella chiarezza, perché il dialogo vuol dire soggettività che si incontrano, che si mettono in relazione l’una con l’altra. Il dialogo è il contrario del relativismo, mentre la dimensione del relativismo è una notte buia in cui tutti i gatti sono grigi. La dimensione del dialogo è una dimensione in cui la chiarezza dei punti di vista si confronta se necessario, si scontra senza perdere di vista la chiarezza delle posizioni di ciascuno e questo vale per tutte le etiche della morale e della politica. Dialogare vuol dire non perdere la centralità dei propri valori irrinunciabili e poi la proposizione e l’offerta di sé alle persone, sempre nella chiarezza ed in una dimensione rispettosa dell’altro, senza però pensare di rifugiarsi in una strana idea di neutralità.

Nelle mie comunità vengono cristiani, non cristiani, mussulmani, cattolici, credenti, non credenti, atei, ma nessuno pensa che io non abbia opinioni sul mondo: non è detto che uno le proprie debba necessariamente nascondere per timore dell’altro, non bisogna mettere il crocifisso nel cassetto per paura che la sua presenza offenda la sensibilità di coloro che il crocifisso non conoscono o non amano, ma semplicemente accettare di mettersi in discussione, in relazione con l’altro a partire dalla propria identità. La perdita dell’identità è sempre un fattore che peggiora la qualità: della vita, della relazione, dell’incontro e anche del funzionamento delle strutture.