

Welfare locale e istituzioni riflessive. Processi di attivazione in Friuli-Venezia Giulia

Lavinia Bifulco, Massimo Bricocoli, Raffaele Monteleone

A seguito dei processi di decentramento, molte Regioni italiane stanno operando come laboratori delle politiche, sviluppando approcci molto differenti in sintonia con i loro orientamenti politici. Da un lato, questo dà luogo a uno scenario delle politiche frammentato e a maggiori disuguaglianze del sistema italiano di welfare. Dall'altro lato, si aprono

opportunità di sperimentare nuove strutture istituzionali e organizzative al livello regionale. Questo articolo si concentra su un programma pilota volto a promuovere e implementare pratiche innovative nei servizi sociali e sanitari in Friuli-Venezia Giulia. Sulla base del caso studio, vengono inquadrare e discusse alcune questioni collegate allo sviluppo del «welfare locale attivo» in Italia.

1. Introduzione

In questo articolo affrontiamo il tema dell'attivazione in Italia collegandolo allo sviluppo del welfare locale e al processo di differenziazione delle politiche sociali su base regionale legato al decentramento. Dopo aver delineato le tendenze principali del contesto italiano di policy, ci concentreremo su un programma pilota lanciato tre anni fa in Friuli-Venezia Giulia e finalizzato allo sviluppo di pratiche innovative nel campo delle politiche sanitarie e socio-assistenziali. Il programma è una declinazione specifica delle principali dinamiche di cambiamento coinvolte dal welfare attivo in Italia: la localizzazione, l'integrazione, la territorializzazione e la personalizzazione. Basandoci sul caso studio, discuteremo alcune questioni implicate dall'emergenza del «welfare locale attivo» in Italia.

2. Il welfare attivo in Italia

Nel discorso europeo di policy la nozione di attivazione indica principalmente l'inclusione sociale attraverso la partecipazione al lavoro (Van Berkel e Møller, 2002; Barbier, 2002; Borghi e Van Berkel,

2007). Tuttavia, come osserva Geldof (1999), questa nozione ha radici divergenti. Oltre che al lavoro e all'assistenza, essa può essere ricondotta all'area del lavoro sociale, nel cui ambito fa riferimento a una prospettiva di inclusione sociale più ampia, non basata esclusivamente sull'accesso al mercato del lavoro ma associata a obiettivi quali «lavorare per l'emancipazione, creare opportunità per chi è coinvolto e incoraggiare la partecipazione» (Geldof, 1999, p. 17). Per quanto non sia dominante, questa accezione è presente nelle misure adottate da alcuni welfare state europei (Hvinden, 1999), confermando i noti meccanismi attraverso i quali le pressioni isomorfiche sono filtrate e adattate ai contesti istituzionali specifici. Riguardo all'Italia, vanno considerati tre aspetti principali.

Primo, il modello del *welfare to work* ha avuto finora una limitata influenza sulla struttura del nostro welfare. Questa struttura cumula diverse caratteristiche: la debolezza sia delle politiche tradizionali di tipo passivo, sia delle politiche di attivazione; la frammentazione delle politiche di protezione del lavoro; l'assenza di un sistema nazionale di sostegno al reddito; il fragile collegamento fra l'assistenza sociale e il lavoro (Paci, 2005; Villa, 2007). Fra i fattori che hanno concorso a determinare questa situazione, il familismo è ovviamente centrale (Saraceno, 1994; Esping-Andersen, 1999). Ancora oggi, la responsabilità della famiglia riguardo alla protezione dai rischi sociali è molto elevata e l'assenza di diritti sociali tocca una porzione ampia degli interventi e dei servizi di welfare, come, per esempio, la lotta contro la povertà.

Secondo, mentre in altri paesi il discorso dell'attivazione tende a concentrarsi sulla partecipazione al mercato del lavoro, in Italia viene attribuita una certa rilevanza alla prospettiva, prima richiamata, che affonda le radici nella tradizione del lavoro sociale. Paci (2005) ha rilevato l'emergenza in Italia di un welfare attivo basato sull'*empowerment*, cioè volto a promuovere e ampliare l'autonomia e la libertà sostantiva dei cittadini. Il rafforzamento del ruolo dei cittadini tocca il rapporto con i servizi e i processi decisionali, prefigurando in questo modo pratiche di cittadinanza attiva. Questa prospettiva fa intravedere un collegamento con lo sviluppo delle capacità, cioè, con Sen (1992), delle libertà delle persone di essere e di fare, e della *voice* rispetto alle scelte che riguardano la propria vita (Dean e al., 2005).

Terzo, l'approccio al welfare attivo basato sull'*empowerment* è iscritto in un quadro di cambiamenti non lineari che annoverano anche dinamiche di segno differente. Sicuramente hanno giocato a suo favore le riorganizzazioni delle politiche sociali intraprese dalla seconda metà

degli anni '90. Un ruolo determinante è stato rivestito dalla riforma dell'assistenza del 2000, la cui importanza va compresa alla luce dell'assenza ormai secolare di una regolazione organica a livello nazionale e della situazione di ineguaglianze territoriali che ne è derivata. Gli obiettivi principali della riforma, come è noto, sono due: realizzare un principio di universalismo (selettivo) attraverso i Liveas, cioè i livelli essenziali di servizi e interventi sociali da garantirsi in tutto il territorio nazionale; e costruire una nuova architettura di governance che distribuisce le responsabilità politico-amministrative fra lo Stato, le Regioni e i Comuni sulla base di un principio di sussidiarietà verticale. Sullo sfondo di questa prospettiva vi è un modello di cittadinanza sociale che individua nello Stato il garante dell'universalismo (selettivo) mentre gli attori locali sono chiamati a tener conto delle specificità delle persone e dei contesti. La riforma mira perciò a superare i limiti di un eccessivo localismo combinando l'autonomia locale e la regolazione nazionale (Bifulco e Centemeri, 2008).

Un elemento chiave è l'associazione molto stretta fra «locale» e «attivo». Si profila, infatti, lo sviluppo di un «welfare locale attivo» basato sul coinvolgimento dei cittadini e su un riferimento insistito al territorio che valorizza le risorse e le reti di azione attivabili localmente. La prospettiva è il superamento del modello tradizionale di relazione fra servizi e cittadini, contraddistinto dalla tendenza ad assegnare ai cittadini la posizione dei destinatari passivi e basato su categorie predefinite di bisogni. Per quanto riguarda i processi decisionali, l'idea è che il welfare locale costituisca lo spazio per un modello negoziale di governance che coinvolge le comunità locali nel disegno e nell'attuazione delle politiche. A corredo di questo modello viene previsto un articolato repertorio di strumenti. Il più importante è il Piano di zona, lo strumento attraverso il quale le municipalità devono progettare il sistema locale di servizi e interventi sociali sollecitando il coinvolgimento dei cittadini.

L'implementazione della riforma è stata contrassegnata dall'incertezza dei diritti e delle risorse. Una definizione parziale dei Liveas è avvenuta solo di recente. Per di più, con la riforma del titolo V della Costituzione promulgata nel 2001, che assegna alle Regioni il potere legislativo (concorrente) in campo socio-assistenziale, vi è il rischio che le disparità territoriali aumentino. La via italiana al welfare attivo presenta perciò alcune peculiarità. L'incertezza riguardo ai diritti e alle risorse può rendere la cittadinanza attiva assai fragile. Allo stesso tempo, le maglie relativamente larghe della struttura dei rapporti fra livello

centrale e livello locale possono favorire modalità inedite di pensare e fare le politiche sociali.

3. Attivazione e integrazione

Nello scenario del welfare attivo che si delinea in Italia alla fine degli anni '90, i cambiamenti toccano sia gli aspetti di «sostanza» sia quelli procedurali delle politiche (Borghi e Van Berkel, 2007). Un ruolo chiave da questo punto di vista spetta all'integrazione fra politiche e fra servizi. L'integrazione è concepita come un dispositivo per rafforzare i diritti di protezione sociale dei cittadini oltre che per mobilitare e coordinare le risorse sociali e istituzionali dei diversi contesti territoriali. Sebbene siano coinvolti diversi servizi, il coordinamento dei servizi sociali con quelli sanitari ha un'importanza particolare. In alcune Regioni, l'implementazione della riforma del 2000 ha avuto effetti di trascinamento e ha costituito l'occasione per portare al centro dell'agenda questioni relative all'organizzazione dei servizi socio-sanitari e sanitari. In altre Regioni, invece, le scelte adottate in campo sanitario avevano già aperto la strada alla riorganizzazione del sistema regionale di welfare secondo criteri di integrazione e di coordinamento, a livello istituzionale, gestionale e operativo.

Le situazioni prevalenti, tuttavia, segnalano numerose difficoltà a realizzare questo tipo di integrazione che costituisce uno degli aspetti più importanti e incerti nella costruzione del welfare locale. In altre circostanze sociali e politiche, questa stessa integrazione era stata già posta al centro della riforma sanitaria promulgata nel 1978. In modo pionieristico, per l'Italia e non solo, questa riforma non solo aveva istituito un sistema sanitario nazionale di tipo universalistico ma aveva anche dato centralità a un approccio focalizzato sulla dimensione sociale dei bisogni di salute e su servizi territoriali alternativi alle strutture ospedaliere orientati a promuovere la salute dei luoghi di vita. Inoltre, cogliendo le opportunità aperte dall'istituzione delle Regioni, la riforma aveva fatto una scelta di decentramento che, pur mantenendo in capo allo Stato la potestà legislativa e compiti di indirizzo e coordinamento, rafforzava il ruolo delle Regioni e dei Comuni.

Nei problemi che ancora oggi incontra l'integrazione socio-sanitaria si riflettono le differenti storie e caratteristiche istituzionali dei due settori implicati. Contrariamente alle materie socio-assistenziali, la salute è da tempo in Italia un'area dei diritti sociali articolata in un sistema di

servizi che, sebbene con alcune difformità, copre tutto il territorio nazionale. Va detto che questo sistema è stato interessato da un percorso tortuoso di riorganizzazione che ha risentito in modo evidente dei cambiamenti di fase politica (Maino, 2001). Le tappe principali includono: *a)* l'introduzione nei primi anni '90 di meccanismi di competizione amministrata ispirati dal modello inglese dei quasi-mercati; *b)* il passaggio alla fine degli anni '90 verso un modello di cooperazione amministrata; *c)* l'attribuzione, nel 2001, di poteri legislativi alle Regioni, grazie alla stessa riforma costituzionale che, all'insegna della devolution, ha interessato i servizi sociali (Neri, 2006)¹.

Un'altra linea di differenza, molto importante, riguarda la commercializzazione, che nella sanità presenta realizzazioni molto più estese fondate prevalentemente sulla separazione fra funzioni di finanziamento e funzioni di erogazione. A essa è collegata la cosiddetta aziendalizzazione, che ha coinvolto le strutture territoriali e ospedaliere attraverso l'introduzione di modelli organizzativi mutuati dall'impresa privata. A tutt'oggi, si tratta di uno dei casi di applicazione del *New public management* che mostra in Europa maggiori affinità con il modello inglese. Tuttavia, le sue realizzazioni mostrano differenze regionali significative riguardo a dinamiche organizzative e regolative. In alcuni casi, l'attore regionale riveste un ruolo forte nell'assumere scelte (su priorità di spesa, obiettivi e standard delle prestazioni) vincolanti nei confronti dei fornitori privati, talvolta negoziando queste stesse scelte con il livello territoriale. In altri casi, l'adesione a un modello di programmazione negoziata coinvolge una pluralità di attori pubblici e privati. Anche le architetture organizzative annoverano un ventaglio abbastanza diversificato di formule di rapporto con i cittadini, alcune incentrate sul ruolo del cittadino-consumatore, altre più orientate a promuovere la cittadinanza.

4. Territorializzazione e individualizzazione

Localizzazione e territorializzazione sono due concetti che conviene distinguere. Schematicamente, la localizzazione indica il cambiamento più generale e complessivo della scala delle politiche. Il decentramento e la territorializzazione costituiscono due facce specifiche di questo cambiamento. Mentre la prima porta al centro i rapporti e la

¹ Nel 2000, inoltre, è stato introdotto un sistema di federalismo fiscale.

struttura dei poteri politico-amministrativi (Ferrera, 2005), la seconda dà evidenza ai contesti e ai luoghi in cui le politiche prendono vita, assumendoli come risorse, obiettivi, vettori e setting dell'azione pubblica (Offner, 2006). Come è stato osservato da Moreno e McEwen (2005), i cambiamenti del welfare in Europa sono collegati alla dimensione territoriale della politica, in particolare per quanto riguarda l'indebolimento dello Stato-nazione. In più, essi sottintendono in molti casi il tentativo di stabilire un rapporto più stretto fra le politiche e i territori. L'idea che nel territorio gli interventi e le competenze possano essere «messi in coerenza» fra loro ha assunto, infatti, una certa importanza da quando si è constatato l'insuccesso degli approcci di tipo settoriale per esempio nel campo della lotta all'esclusione sociale.

La territorializzazione delle politiche sociali può assumere forme molto differenti. Le azioni su aree svantaggiate e basate su un principio di discriminazione positiva sono particolarmente diffuse ma anche abbastanza criticate (Castel, 2003; 2007; Amin, 2005; Mayer, 2006) soprattutto in riferimento al modo in cui le politiche nazionali sviluppano il rapporto fra *place* e *people* (Donzelot e al., 2003). La possibilità che il riferimento al territorio faciliti il coinvolgimento dei soggetti che nel territorio vivono, potenziando in questo modo sia la coesione sociale sia la democraticità delle scelte collettive, non è che una faccia della medaglia. L'altra faccia è lo sviluppo di una cittadinanza basata non sull'eguaglianza ma sulla disparità fra contesti di vita circoscritti e diversamente dotati di risorse (Saraceno, 2005; García, 2006).

Un concetto collegato alla territorializzazione è quello dell'individualizzazione, anch'esso carico di ambiguità (Van Berkel e Valkenburg, 2007; Castel, 2003). Valkenburg (2007) sintetizza i diversi significati dell'individualizzazione delle politiche in: *a*) l'individualizzazione degli *entitlements*, legata alla ridotta capacità di protezione da parte della famiglia; *b*) la personalizzazione, cioè la diffusione di interventi «fatti su misura»; *c*) il trasferimento diretto di *cash* ai destinatari, considerati come consumatori; *d*) lo slittamento dalla responsabilità dello Stato alla responsabilità individuale dei cittadini, in particolare riguardo alla disoccupazione; *e*) la necessità di favorire le capacità riflessive dei cittadini rispetto all'elaborazione di un progetto di vita autonomo.

Come altrove in Europa, la territorializzazione e l'individualizzazione hanno una grande influenza nel ridefinire il quadro dei vincoli e delle opportunità delle politiche sociali al livello locale. Sarebbe comunque più corretto parlare, nel caso dell'Italia, di ri-territorializzazione e re-individualizzazione. Come accennavamo, già alla fine degli anni '70

l'istituzione del servizio sanitario aveva enfatizzato approcci incentrati sulla complessità dei bisogni di salute della persona e sui rapporti fra la persona e il suo ambiente di vita. A questo scopo, era stata progettata, e in parte costruita, un'architettura istituzionale molto articolata e vicina ai cittadini. Oggi, ovviamente, il contesto è diverso e ci sono nuove sfide. Una questione particolarmente delicata è se e come sia possibile conciliare l'impianto universalistico dei diritti alla salute con la devolution. Detto altrimenti, se e come sia effettivamente possibile realizzare un welfare locale anziché localistico.

5. Il quadro della ricerca

Il welfare locale presenta come tratto di fondo la fragilità, che trova riscontro nella spesa dei Comuni per il settore sociale. Gli ultimi dati disponibili, relativi al 2004 (Istat, 2007), confermano le note linee di frattura fra aree regionali, con una spesa pro capite che si attesta al di sopra della media nazionale (circa 92,4 euro) nelle Regioni del Nord e del Centro (con un picco di circa 135,2 euro) e al di sotto nelle Regioni del Sud (con un minimo di circa 27 euro).

In realtà, è impossibile delineare un quadro generale di sviluppi tanto recenti e differenziati. Possiamo però approfondire alcune questioni collegate al welfare locale attivo attraverso uno studio di caso.

La nostra ricerca è basata sul Friuli-Venezia Giulia, una Regione che ha una tradizione di elevato investimento e intervento pubblico nelle politiche sociali, in particolare in quelle sanitarie. Altri tratti caratteristici sono: *a)* la centralità dell'attore pubblico, anche come soggetto erogatore; *b)* una cultura politica e istituzionale orientata al riconoscimento dei diritti sociali; *c)* un sistema di servizi sanitari e socio-sanitari diffuso e articolato nel territorio; *d)* la presenza cospicua di organizzazioni del terzo settore operanti nell'ambito della riabilitazione socio-sanitaria e dell'inserimento lavorativo (Mauri, 2007).

Il Friuli-Venezia Giulia rappresenta nell'insieme una tipologia specifica di welfare, incardinata sul ruolo del soggetto pubblico, che i cambiamenti recentemente intervenuti nel governo regionale non hanno per ora sostanzialmente modificato. Abbiamo focalizzato, in particolare, il programma «Habitat-Micro-aree, salute e sviluppo di comunità», nato da una sperimentazione avviata a Trieste. Proprio per la sua natura sperimentale, il programma mette bene in luce alcune potenzialità e fragilità della costruzione del welfare attivo.

Prima di illustrare il programma, è necessario richiamare brevemente alcuni spaccati significativi della storia e delle evoluzioni recenti del welfare in Friuli-Venezia Giulia. Innanzitutto l'esperienza della deistituzionalizzazione psichiatrica degli anni settanta, che in questa regione è stata particolarmente incisiva. La strategia di chiusura dei manicomi, con l'organizzazione di una rete di servizi territoriali completamente sostitutiva dell'internamento, ha prodotto trasformazioni importanti del ruolo degli assistiti e delle competenze psichiatriche ma più in generale del settore socio-sanitario. Gli effetti di questo processo sono confluiti nella legge di riforma psichiatrica del 1978, poi assorbita nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale. Questa esperienza costituisce un costante elemento di confronto per le dinamiche attualmente in corso. Le evoluzioni successive hanno visto nella Regione lo sviluppo di partnership molto strette fra i servizi pubblici e le organizzazioni del terzo settore, specialmente quelle operanti nel campo dell'inserimento lavorativo.

Altri aspetti da sottolineare riguardano la spesa sociale regionale, che si presenta fortemente squilibrata per quanto riguarda il rapporto fra la spesa sanitaria e quella sociale (quest'ultima attualmente equivalente a un decimo della prima). In una regione caratterizzata da un elevato tasso di invecchiamento della popolazione, questo comporta in particolare la ricerca di strategie di potenziamento dei servizi territoriali e domiciliari per gli anziani alternativi ai ricoveri in strutture residenziali².

6. Il programma «Habitat-Micro-aree, salute e sviluppo di comunità»

Il programma «Habitat-Micro-aree, salute e sviluppo di comunità» nasce da una sperimentazione che muove i suoi primi passi nel 1998 a Trieste a partire da un progetto precedente denominato «Habitat». A quel tempo, l'Azienda socio-sanitaria (Ass), il Comune e l'agenzia per l'edilizia pubblica (Ater) avevano stipulato un'intesa, con il coinvolgimento del terzo settore, allo scopo di sviluppare forme di intervento coordinato in alcuni rioni caratterizzati dalla presenza di caseggiati di edilizia pubblica e da forme di disagio sociale. Le cinque aree selezionate erano rappresentative dei problemi principali collegati all'esclusione sociale e spaziale nella città e abitate prevalentemente da anziani

² Le strutture residenziali per gli anziani tendono infatti ad assorbire una parte massiccia della spesa, in questo caso prevalentemente sanitaria.

in condizioni di fragilità e di povertà. Le attività erano finalizzate a intervenire congiuntamente sui contesti e sulle persone, mettendo insieme azioni sociali, sanitarie, di riqualificazione degli edifici e degli spazi pubblici. Il fulcro della sperimentazione era il servizio di portierato sociale, gestito da operatori delle cooperative sociali, che lavorava come «servizio di prossimità» con il compito di mettere in contatto gli abitanti e i diversi soggetti impegnati nel progetto.

Nel corso degli anni questa prima esperienza nei quartieri si è consolidata e l'Ass ha deciso di svilupparne la prospettiva. Le azioni condotte nei quartieri dei Distretti socio-sanitari si sono ancorate a una riflessione che si stava sviluppando a livello regionale sul tema dell'innovazione delle politiche di welfare locale. Nel 2005 l'Ass, il Comune e l'Ater varano il programma «Habitat-micro-aree, salute e sviluppo della comunità» che sviluppa e rafforza l'iniziale progetto Habitat. Il programma si propone di migliorare le condizioni di vita degli abitanti di alcune aree cittadine con interventi di tutela della salute, prevenzione del disagio sociale, qualificazione delle condizioni abitative. A questo scopo vengono individuate a Trieste nove aree pilota definite per l'appunto «micro-aree», dislocate nei quattro Distretti socio-sanitari triestini e individuate sulla base di due criteri: la dimensione «micro», che corrisponde a un numero di abitanti compreso tra i 1.000 e i 2.500, e la preferenza per insediamenti di edilizia pubblica. Nel loro insieme le micro-aree sono abitate da circa 16 mila persone (su una popolazione complessiva della città di 245.000 abitanti).

Nel 2006 la Regione ha lanciato il Programma di sviluppo regionale Micro-Win (*Micro-welfare innovations*) che riconosce le micro-aree come il livello in cui mettere all'opera innovazioni nel welfare locale e ne incoraggia lo sviluppo anche in altre Ass. Va precisato, tuttavia, che l'originaria sperimentazione triestina, su cui ci concentreremo, è al momento la più avanzata a livello regionale anche in virtù della peculiare organizzazione dei suoi servizi sanitari. L'Ass di Trieste difatti ha sviluppato negli anni un sistema organizzativo di servizi territoriali molto avanzato in cui spiccano un servizio infermieristico attivo 7 giorni su 7, per 12 ore al giorno e con reperibilità sulle 24 ore.

Tutte le unità operative dei Distretti hanno organizzato il lavoro sulla base dei quartieri di competenza. Inoltre anche i Dipartimenti dell'Ass e le strutture specialistiche operano in modo capillare nel territorio.

Posto che il programma intende promuovere la salute dei cittadini nei loro contesti di vita attraverso la personalizzazione degli interventi, l'Ass1 ha individuato alcuni obiettivi di lavoro prioritari nelle micro-aree:

- ♦ aumentare la conoscenza sui problemi di salute delle persone residenti nelle micro-aree;
- ♦ contrastare l'istituzionalizzazione e potenziare gli interventi cura per favorire la permanenza dei cittadini nel proprio domicilio;
- ♦ accrescere l'appropriatezza dei trattamenti e dei servizi;
- ♦ promuovere iniziative di auto-aiuto e la collaborazione fra soggetti pubblici e organizzazioni profit e non-profit;
- ♦ migliorare il coordinamento fra i servizi che agiscono sullo stesso individuo o sullo stesso contesto familiare.

Per ciascuna micro-area sono state fissate delle priorità specifiche. Ogni Distretto ha inoltre individuato un proprio referente di micro-area (prevalentemente fra gli infermieri con esperienza di interventi domiciliari) e progressivamente sono state aperte sedi di progetto nei quartieri, privilegiando collocazioni fisiche molto accessibili e riconoscibili all'interno dei complessi residenziali pubblici. Oltre ai referenti, sono coinvolti i portieri sociali – di norma operatori di organizzazioni del terzo settore – operatori dei Distretti, delle cooperative sociali e del Comune.

7. Concentrarsi sui luoghi: territorializzazione

I primi passi del programma sono stati mossi da un gruppo di operatori di un distretto territoriale in un quartiere tra quelli a maggior percentuale di anziani. Palazzi di cinque piani senza ascensore, che iniziano a essere segnati dal tempo e dalla scarsa manutenzione. L'intenzione è quella di conoscere meglio i problemi e la domanda potenziale della popolazione, al di là dei casi che arrivano al distretto. Bussare alla porta si rivela difficile. Per la propensione alla chiusura, alla difesa degli abitanti. Ma anche perché – scoprono gli operatori – il distretto è una entità poco nota, non accreditata presso i più. Per molti, l'arrivo non richiesto di un infermiere sulla soglia di casa è una sorpresa piacevole. Altri mostrano resistenza e persino una chiara ostilità. In piena estate, gli operatori dell'azienda decidono di cambiare le regole del proprio tentativo di approcciare gli abitanti. Un ombrellone giallo viene collocato nel piazzale al centro del quartiere per richiamare l'attenzione e il personale del distretto si mette in attesa: prende tempo, perde tempo. Lentamente gli abitanti iniziano ad avvicinarsi, qualcuno porta una sedia, altri bibite fresche. Iniziano a chiedere e a raccontare. Stare nel piazzale si rivela strategico per mettere a fuoco le li-

nee di azione che saranno poi centrali nello sviluppo del programma. Oggi, a distanza di 3 anni, in quello stesso caseggiato, la micro-area ha sede in un alloggio che la partnership con Ater ha reso disponibile. Quando si entra nella sede non si capisce dove si è entrati. L'aspetto non è certamente quello di un ambulatorio, piuttosto quello di una casa. Una cucina ben organizzata e colorata, un frigorifero rifornito di spumante e di gelati, un soggiorno con un comodo divano, un tavolo su cui è posato un misuratore di pressione.

In termini generali, il programma si è sviluppato secondo un orientamento comune a quella filiera di politiche, cosiddette «a base areale», che hanno variamente promosso l'azione su un ambito territoriale come leva per ri-combinare ciò che le politiche pubbliche hanno preso a trattare in modo disgiunto (Bifulco e de Leonardis 2006). In concreto, questo orientamento ha significato «uscire dalle stanze» dei distretti: «Si va nelle case delle persone e non si attende che arrivino in ambulatorio» (Referente di Micro-area). Le sedi delle micro-aree, normalmente collocate all'interno dei complessi residenziali pubblici, sono state arredate come abitazioni civili con soluzioni in grado di garantire un uso flessibile degli spazi. I referenti di micro-area si sono inseriti nella vita dei quartieri con la doppia consegna di mettere a punto modalità d'intervento più efficaci ed efficienti e di farlo al di fuori dei presidi sanitari territoriali, ovvero a ridosso dei luoghi di vita dei cittadini. Va precisato che i referenti non sono andati a costituire un'unità operativa aggiuntiva all'interno dell'organizzazione distrettuale, ma viceversa lavorano con i servizi esistenti attivando su singoli casi le unità operative competenti.

Il territorio diviene propriamente un «setting dei servizi»: non il luogo in cui si accumulano i singoli casi, ma il campo in cui fare dispiegare domande di servizi e risorse locali (de Leonardis e Monteleone, 2007). Lo «stare nei contesti» implica una maggior accessibilità ai servizi, soprattutto da parte di coloro che tenderebbero altrimenti a essere esclusi dai propri stessi diritti alla salute. Le micro-aree, da questo punto di vista, sono uno strumento per andare a esplorare esattamente ciò che non va nelle pratiche organizzative, e producono sollecitazioni a ri-organizzare. Esse implicano anche un'esposizione intenzionale dell'istituzione a una ridefinizione del proprio mandato («entra di tutto») e dunque a una prospettiva di riflessività istituzionale. In un certo senso, il programma prova a far fronte agli effetti perversi delle stesse politiche. In realtà, i processi che hanno progressivamente segnato i quartieri di edilizia residenziale pubblica (non solo in Italia)

come «quartieri in crisi» sono il frutto di forme di trattamento istituzionale. A partire dal formulare una risposta si sono cioè progressivamente messi a punto sistemi di selezione degli assegnatari, di regolazione e di gestione del patrimonio abitativo che hanno via via contrassegnato i processi di trasformazione sociale di questi quartieri (Bricocoli, 2007).

8. *Concentrarsi sulle persone*

Nel programma micro-aree, la territorializzazione è associata alla personalizzazione degli interventi. Il confronto con le condizioni di salute e il contesto di vita degli abitanti delle micro-aree richiede infatti di mettere a punto progetti personalizzati.

Una delle prime azioni intraprese dagli operatori è stato un lavoro *street level* supportato dalla Struttura finanza e controllo dell'Ass che ha ricostruito i profili sanitari delle diverse micro-aree attraverso l'analisi dei dati sulla spesa sanitaria disaggregati territorialmente e per voci di spesa. I referenti di micro-area e gli operatori hanno potuto fare affidamento su prospetti informativi in cui erano segnalati gli assistiti ad elevato carico assistenziale. Grazie a queste schede sono state programmate le prime visite domiciliari per verificare l'appropriatezza della presa in carico e definire, se necessario, un progetto personalizzato di salute. Gli interventi domiciliari hanno permesso di aggiornare o correggere i dati in possesso della Struttura finanza e controllo. Inoltre questa modalità d'intervento porta a porta, sebbene abbia incontrato iniziali resistenze, si è guadagnata col tempo la fiducia da parte degli abitanti che hanno segnalato agli operatori sanitari diverse situazioni di svantaggio scivolte fuori dalle maglie della rete dei servizi. La personalizzazione dei progetti tende a implicare la messa in connessione di risorse (istituzionali e personali) differenti. È il caso, ad esempio, dell'intervento attivato a favore di una signora di 68 anni colpita da ictus e costretta da otto anni a camminare con il sostegno di un tripode. La donna vive sola al quinto piano di un palazzo privo di ascensore e non è in grado di uscire di casa in modo autonomo. Grazie all'intervento della referente di micro-area, l'Ater dispone in tempi rapidi un cambio alloggio dal quinto al piano terra. In questo modo la signora è messa in condizione di uscire di casa. Nel frattempo i servizi richiedono e ottengono l'indennità di accompagnamento, grazie alla quale una vicina di casa disoccupata viene coinvolta come *caregiver* in

un progetto di salute personalizzato. In questo caso, l'iniziativa degli operatori sanitari fa sì che si intervenga sulla condizione abitativa, mentre una misura di sostegno sociale come l'indennità di accompagnamento funziona come intervento di inserimento lavorativo e rappresenta, più in generale, un'occasione di sviluppo del capitale sociale del quartiere.

Negli ultimi mesi il programma ha iniziato a confrontarsi con il problema dell'istituzionalizzazione degli anziani nelle case di riposo e si studiano soluzioni alternative all'istituzionalizzazione per le persone anziane che non sono in grado di restare al proprio domicilio. In una micro-area un appartamento Ater ospiterà la convivenza di quattro persone anziane: ogni persona avrà un progetto di cura e assistenza individuale e i servizi dell'Ass (servizio infermieristico domiciliare, di riabilitazione, ecc.) interverranno nell'appartamento secondo le proprie consuete modalità di intervento domiciliare.

9. Quale attivazione?

In ogni micro-area gli interventi sono aperti al cambiamento e spesso gli abitanti ne ridefiniscono senso e direzione. Una sperimentazione definita «cucina sociale», nata come distribuzione da parte di una cooperativa sociale di pasti pronti ad abitanti a vario titolo svantaggiati, si è trasformata in un corso di cucina organizzato da un cuoco in pensione residente nella micro-area dove era stato attivato il progetto. L'iniziale intervento di natura assistenziale considerava la consumazione collettiva del pasto nei locali della sede di micro-area come un'occasione per far socializzare i commensali, ma questi ultimi si sono organizzati costruendo un contesto completamente differente che li riconosce come attori coinvolti in prima persona in un'attività creativa.

Un corso di ginnastica dolce realizzato in alcuni quartieri ha seguito un percorso analogo. In origine il corso era tenuto da fisioterapisti che seguivano persone anziane per cui era consigliata attività fisica. La risposta degli abitanti è stata molto positiva. Si sono ormai costituiti gruppi di abitanti auto-organizzati che si ritrovano per fare esercizi o altre attività fisiche come passeggiate o escursioni.

La micro-area spesso fa da incubatrice per lo sviluppo di gruppi informali di cittadini che organizzano feste di quartiere e diverse attività come mercatini, manifestazioni sportive. Queste diverse pratiche fan-

no intravedere la possibilità di superare la necessità degli interventi specialistici trasferendo competenze dirette ai cittadini. Gli interventi di protezione sociale sempre più frequentemente si combinano a quelli di promozione sociale. In una micro-area un gruppo di cittadini, da poco costituitosi in associazione, si è impegnato in un'attività di riqualificazione degli spazi verdi di un quartiere che da molti anni erano stati trasformati in discariche condominiali, aggregando anche altri abitanti. In un altro quartiere gli abitanti hanno alimentato con proposte proprie il progetto di riqualificazione di una piazza.

Al centro del programma vi è l'idea che l'attivazione presupponga una piena attuazione della cittadinanza sociale, in particolare dei diritti alla salute e al «ben-essere» sociale. Questa prospettiva costituisce solo una delle possibili interpretazioni dell'attivazione, la meno praticata nei paesi europei (Clarke, 2005; Johansson e Hvinden, 2007). Essa mette l'accento sull'obiettivo di sviluppare la partecipazione delle persone alla produzione del proprio ben-essere, lungo due assi collegati. Uno mette al centro la necessità di invertire situazioni di sofferenza e privazione puntando a sviluppare le capacità individuali. L'altro è indirizzato alla promozione di processi di inclusione delle collettività locali nelle scelte che le riguardano. Nel caso di Trieste, entrambi gli assi sono ancorati ad alcune esperienze consolidate nelle politiche socio-sanitarie cittadine. I servizi di riabilitazione socio-sanitaria, in particolare, seguono da tempo metodi di lavoro incentrati sull'obiettivo di costruire percorsi di autonomia delle persone che ne realizzino contemporaneamente i diritti di protezione sociale e i diritti di libertà. In parallelo, il coinvolgimento della società civile organizzata in materia di programmazione e realizzazione dei servizi ha dato luogo a pratiche stabilizzate di confronto con le istituzioni pubbliche, in un contesto che attualmente conta la collaborazione formalizzata con 160 associazioni.

I processi attraverso cui questa prospettiva trova realizzazione nella sperimentazione delle micro-aree sono diversi. In linea generale, si tratta di processi che non presuppongono, ma al contrario provano a costruire, le condizioni dell'attivazione. Un processo rilevante è quello che mette gli «inquilini» di stabili di edilizia pubblica nelle condizioni di essere «abitanti» in grado di esercitare un ruolo attivo nell'organizzazione e nella gestione minuta del proprio contesto di vita. Grazie all'attività di porta a porta intrapresa con le visite domiciliari molti abitanti sono stati coinvolti in progetti personalizzati di salute. Questo aiuta a perseguire una maggiore equità dell'accesso e un riequilibrio tra

i due estremi così frequenti dell'iperconsumo di servizi e farmaci da una parte, e di situazioni di isolamento dall'altra.

La migliore possibilità di accesso delle persone ai servizi, la circolazione delle informazioni, l'articolazione di luoghi di incontro e scambio sono risultati che si possono in una certa misura già toccare con mano: e non perché sia sceso in campo un «esercito» di operatori, ma perché gli abitanti stessi in parte co-producono queste informazioni, segnalano situazioni, si attivano per aiutare, partecipano agli eventi. La micro-area, in questo senso, restituisce voce, capacità di raccontare, di protestare, di progettare (Massiotto, 2006).

10. Conclusioni

In questo saggio abbiamo provato a delineare le traiettorie di cambiamento che si sviluppano in Italia attorno al «welfare locale attivo». Nel caso studio abbiamo considerato due aspetti principali del contesto specifico: la gravidanza di una prospettiva di policy basata sulla cittadinanza sociale e il ruolo rivestito dal soggetto pubblico. Il programma micro-area mira a rafforzare le responsabilità istituzionali rispetto ai diritti al ben-essere. Il lavoro sul territorio è utilizzato per mettere allo scoperto le persone cadute nei vuoti delle maglie dei servizi, le zone d'ombra, le domande che non trovano risposta nelle azioni preordinate e neppure nel lavoro territoriale che l'azienda sanitaria ha maturato negli anni.

La sperimentazione presenta anche alcune criticità. Una prima criticità corrisponde a un tratto evidente di molte esperienze di politiche che pongono l'accento sui luoghi promovendo iniziative-pilota che implicano forme di «discriminazione positiva», ovvero concentrano risorse e modalità di iniziativa innovativa in alcune aree, introducendo dei differenziali tra territori che sono implicati nei progetti e territori che ne restano esclusi.

Un altro campo di problemi riguarda la partnership fra le istituzioni. Mentre la collaborazione fra Ass e Ater mostra alcune fragilità in via di superamento, il rapporto con il Comune si presenta decisamente critico. A dispetto degli impegni assunti formalmente, l'investimento effettivo operato dal Comune è assai debole e l'Ass finisce per supplire a responsabilità istituzionali che non sono proprie. Inoltre, occorre mettere in conto le differenti logiche di intervento istituzionale: mentre nel caso delle istituzioni sanitarie si tratta di assicurare l'esercizio di

un diritto riconosciuto, nel caso di quelle municipali gli interventi hanno un'elevata componente di discrezionalità. Questi problemi rimandano a loro volta alla difficoltà di integrare effettivamente su un'area territoriale competenze e responsabilità in assenza di quadri regolativi certi e stabili.

In termini più generali, il caso mette in luce alcune questioni relative ai cambiamenti che stanno interessando il modello italiano di welfare nella direzione di un welfare attivo basato sull'ampliamento delle libertà sostantive e dell'autonomia. Rispetto alla struttura tradizionale di welfare, la realizzazione di questa prospettiva implica un mix di continuità e discontinuità. Da un lato, infatti, alcune caratteristiche del welfare italiano persistono, contribuendo a spiegare la debolezza attuale del *welfare to work*. Dall'altro lato, le trasformazioni delle politiche sociali che hanno preso forma dalla fine degli anni '90 hanno riconfigurato il quadro dei vincoli e delle opportunità.

Il caso studio conferma che la regionalizzazione può creare condizioni favorevoli per lo sviluppo di innovazioni anche molto distanti dal nocciolo istituzionale del modello italiano di welfare. Inoltre, esso mette in luce in che senso una modalità specifica dell'attivazione è anche un'attivazione istituzionale. Diversamente dai programmi di *welfare to work* adottati da altri paesi europei, i cittadini non sono obbligati a conformarsi a regole di condotta predefinite per ottenere dei benefici. Piuttosto, sono le istituzioni pubbliche che vengono sollecitate a creare le condizioni perché si sviluppino le capacità di azione e di scelta dei cittadini, o più sinteticamente le loro *capabilities* (Sen, 1992).

Il caso, perciò, può essere visto come un laboratorio che consente di osservare da vicino e in una scala circoscritta processi di cambiamento che riguardano più in generale l'attuale fase di sviluppo del welfare italiano. Benché rappresenti una sperimentazione particolarmente avanzata, questo programma non è l'unica esperienza a livello nazionale che segnala il tentativo di individuare nuove soluzioni ai vecchi e nuovi problemi del welfare italiano.

L'indicazione più di fondo è che l'emergenza in Italia di un welfare locale attivo basato sull'*empowerment* avviene in condizioni cariche di ambivalenza. Un'importante fonte di ambivalenza è la fragilità del contesto di policy. Come già accennato, la debolezza dei diritti nel campo socio-assistenziale è un aspetto rilevante di questa fragilità. La riforma costituzionale del 2001 in effetti ha aperto molte opportunità alla sperimentazione al livello regionale. Allo stesso tempo, essa ha perpetuato alcune ineguaglianze nel sistema di welfare italiano e ha

accreciuto l'incertezza della cornice regolativa nazionale. Le decisioni regionali possono avere un impatto significativo sugli *entitlements* sociali ma alcuni meccanismi redistributivi possono essere garantiti solo al livello nazionale. Inoltre, occorre considerare il problema delle risorse. Per quanto localmente ci si sforzi di investire e riconvertire risorse, gli eventi successivi all'approvazione della riforma dell'assistenza rendono la loro disponibilità da parte del livello centrale alquanto incerta. Mancando il controllo sulle risorse, l'attivazione dei cittadini difficilmente può essere indirizzata verso una strategia di lungo periodo di promozione del ben-essere.

Oltre le specificità nazionali, una conclusione di ordine generale che possiamo trarre dal caso studio è che nei processi di attivazione vi è un confine molto sottile fra riduzione e potenziamento della cittadinanza sociale. Stando ai risultati della nostra ricerca, possiamo dire che le dinamiche locali di riflessività e apprendimento istituzionale sono cruciali rispetto ai modi in cui questo confine viene costruito o spostato. Ma va sottolineato che esse dipendono in modo decisivo dalle scelte e dalle strategie assunte dal governo locale, oltre che dalle costellazioni delle culture politiche con cui si confrontano. Una dipendenza che, essendosi aperta con le ultime elezioni una nuova fase del ciclo politico regionale, rischia di manifestare proprio ora i suoi risvolti più negativi. Effettivamente, la sperimentazione è entrata in una fase di elevata incertezza rispetto alla sua evoluzione e al suo futuro. Però, stando a quanto dichiara il direttore dell'Ass di Trieste, questo non è un motivo per rinunciare: «[...] diamo una mano al cittadino ad essere tale nel suo rione: che ci sia almeno un'istituzione fra le altre che dice "siamo qua, vogliamo fare delle cose insieme"». Forse, al contrario, è un motivo in più per provarci.

Riferimenti bibliografici

- Amin A., 2005, *Local Community on Trial*, «Economy and Society», vol. 34, n. 44, pp. 612-33.
- Barbier J. C., 2002, *The Welfare States in the Age of Globalization*, in Barbier J.-C. e Van Zyl E. (a cura di), *Globalization and The World of Work*, L'Harmattan, Parigi, pp. 129-146.
- Bifulco L. e Centemerì L., 2008, *Governance and Participation in Local Welfare*, «Social Policy & Administration», vol. 42, n. 3, pp. 211-227.
- Bifulco L. e de Leonardis O., 2006, *L'integrazione come opportunità politica*, in Donolo C. (a cura di), *Il futuro delle politiche pubbliche*, Bruno Mondadori, Milano, pp. 31-58.

- Borghi V. e van Berkel R., 2007, *New Modes of Governance in Italy and the Netherlands: The Case of Activation Policies*, «Public Administration», vol. 85, n. 1, pp. 83-101.
- Bricocoli M., 2007, *Territorio, contrattualizzazione e politiche urbane*, in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali*, Officina Edizioni, Roma, pp. 140-164.
- Castel R., 2003, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé?*, Seuil, Parigi.
- Castel R., 2007, *La discrimination négative. Citoyens ou indigènes?*, La République des idées/Seuil, Paris.
- Clarke J., 2005, *New Labour's Citizens: Activated, Empowered, Responsibilized, Abandoned?*, «Critical Social Policy», vol. 25, n. 4, pp. 447-463.
- de Leonardis O. e Monteleone R., 2007, *Dai luoghi della cura alla cura dei luoghi*, in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali*, Officina Edizioni, Roma, pp. 165-82.
- Dean H., Bonvin J.-M., Vielle P. e Farvaque N., 2005, *Developing Capabilities and Rights in Welfare-to-Work Policies*, «European Societies», vol. 7, n. 1, pp. 3-26.
- Donzelot J., Mével C. e Wyvekens A., 2003, *Faire société*, Seuil, Parigi.
- Esping-Andersen G., 1999, *Social Foundations of Postindustrial Economies*, Oxford University Press, Oxford.
- Ferrera M., 2005, *The Boundaries of Welfare*, Oxford University Press, Oxford.
- García M., 2006, *Citizenship Practices and Urban Governance in European Cities*, «Urban Studies», vol. 43, n. 4, pp. 745-765.
- Geldof D., 1999, *New Activation Policies: Promises and Risks*, in Heikkilä M. (a cura di), *Linking Welfare and Work*, European foundation for the improvement of living and working conditions, Dublino, pp. 13-26.
- Handler J.F., 2003, *Social Citizenship and Workfare in the US and Western Europe: From Status to Contract*, «Journal of European Social Policy», n. 3, pp. 229-43.
- Hvinden B., 1999, *Activation: A Nordic Perspective*, in Heikkilä M. (a cura di), *Linking Welfare and Work*, European foundation for the improvement of living and working conditions, Dublino, pp. 27-42.
- Istat, 2007, *Seconda indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni. Anno 2004*, Roma.
- Johansson H. e Hvinden B., 2007, *What Do We Mean by Active Citizenship?*, in Johansson H., Hvinden B. (a cura di), *Citizenship in Nordic Welfare States*, Routledge, Londra & New York, pp. 32-49.
- Le Grand J. e Bartlett W. (a cura di), 1993, *Quasi-Markets and Social Policy*, Palgrave, Basingstoke.
- Maino F., 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino.
- Massiotto S., 2006, *La sperimentazione Micro-WIN a Trieste*, Tesi di master in Sviluppo locale e qualità sociale, Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Mauri D., 2007, *Friuli-Venezia Giulia: la leva dell'integrazione*, in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali*, Officina Edizioni, Roma, pp. 62-78.

- Mayer M., 2006, *Combattre l'exclusion sociale par l'empowerment: le cas de l'Allemagne*, «Géographie Économie Société», vol. 8, n. 1, pp. 37-62.
- Moreno L. e McEwen N., 2005, *Exploring the Territorial Politics of Welfare*, in McEwen N. e Moreno L. (a cura di), *The Territorial Politics of Welfare*, Routledge, Londra, pp. 1-40.
- Neri S., 2006, *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e in Gran Bretagna*, FrancoAngeli, Milano.
- Offner J.-M., 2006, *Les territoires de l'action publique locale*, «Revue française de science politique», vol. 56, n. 1, pp. 27-47.
- Paci M., 2005, *Nuovi lavori, nuovo welfare*, Il Mulino, Bologna.
- Saraceno C., 1994, *The Ambivalent Familism of the Italian Welfare State*, «Social Politics», vol. 1, n. 1, pp. 60-82.
- Saraceno C., 2005, *Città, solidarietà, sicurezza*, in Mollica S. (a cura di), *Città e sviluppo*, FrancoAngeli, pp. 49-61.
- Sen A.K., 1992, *Inequality Re-examined*, Harvard University Press, Cambridge.
- Valkenburg B., 2007, *Individualising Activation Services: Thrashing out an Ambiguous Concept*, in Van Berkel R. e Valkenburg B. (a cura di), *Making It Personal*, Policy Press, Bristol.
- Van Berkel R. e Møller I.H. (a cura di), 2002, *Active Social Policies in the EU*, Policy Press, Bristol.
- Van Berkel R. e Valkenburg B. (a cura di), 2007, *Making It Personal*, Policy Press, Bristol.
- Villa M., 2007, *Dalla protezione all'attivazione*, Franco Angeli, Milano.

