

A CURA DI  
G. DE ROBERTIS - A. NAPPI

# WELFARE COME DIRITTO

*Scenari e sfide  
del Servizio Sociale Professionale*

edizioni la meridiana



a cura di  
**Giuseppe De Robertis**  
**Antonio Nappi**

**WELFARE COME DIRITTO**

---

**Scenari e sfide  
del Servizio Sociale Professionale**

<b>Introduzione – Il <i>welfare</i> come diritto</b> .....	9
<i>di Giuseppe De Robertis, Antonio Nappi</i>	

## **PARTE I – Servizio Sociale e *welfare* nell'epoca della crisi**

<b>Capitolo 1 – Il Servizio Sociale tra sfide del Terzo Millennio e crisi del <i>welfare</i></b> .....	15
<i>di Franca Dente</i>	

- 1.1 Premessa
- 1.2 Servizio Sociale
- 1.3 Crisi del Servizio Sociale
- 1.4 Il contesto socio-politico
- 1.5 Ambito dell'operatività del Servizio Sociale
- 1.6 La formazione di base e continua
- 1.7 Sfide future per il Servizio Sociale

<b>Capitolo 2 – Ripensare il <i>welfare</i> alle soglie del Terzo Millennio</b> .....	47
<i>di Antonio Nappi</i>	

- 2.1 Ripartire dalla legge 328/2000
- 2.2 Tre strategie per il *welfare* del Terzo Millennio
- 2.3 L'integrazione delle *policies* e la redistribuzione delle risorse
- 2.4 La prospettiva relazionale
- 2.5 Il codino del Barone di Münchhausen

## **PARTE II – Le sfide dell'integrazione**

<b>Capitolo 3 – Integrazione, spesa sociale e livelli di assistenza</b> .....	67
<i>di Tiziano Vecchiato</i>	

- 3.1 Il problema
- 3.2 Indicazioni da esperienze
- 3.3 La spesa sociale

- 3.4 Da trasferimenti a servizi
- 3.5 Le risorse: da gestione centrale a gestione decentrata
- 3.6 Spesa sociale e livelli essenziali

**Capitolo 4 – Prendersi cura della comunità** ..... 91

*di Elisabetta Neve*

- 4.2 Dalla cura al “prendersi cura”
- 4.3 Cosa significa prendersi cura?
- 4.4 Prendersi cura *nella* e *con* la comunità
- 4.5 Un esempio: il lavoro con i *caregiver* familiari

**PARTE III – Per l’analisi comparata dei sistemi di *welfare* e del ruolo del Servizio Sociale Professionale**

**Capitolo 5 – Le esperienze regionali** ..... 99

- 5.1. Il sistema di *welfare* della Calabria e il ruolo del Servizio Sociale Professionale

*di Vincenzo Bonomo*

- 5.2. Il sistema di *welfare* del Friuli Venezia Giulia e il ruolo del Servizio Sociale Professionale

*di Miriam Totis*

- 5.3. Il sistema di *welfare* delle Marche e il ruolo del Servizio Sociale Professionale

*di Orazio Coppe*

- 5.4. Il sistema di *welfare* della Lombardia e il ruolo del Servizio Sociale

*di Floriano Fattizzo, Paola Ferraguti, Renata Ghisalberti*

- 5.5. Il sistema di *welfare* del Piemonte e il ruolo del Servizio Sociale Professionale

*di Andrea Pavese e Barbara Rosina*

- 5.6. Il sistema di *welfare* della Puglia e il ruolo del Servizio Sociale Professionale

*di Giuseppe De Robertis*

**Bibliografia** ..... 171

# Introduzione

---

## IL WELFARE COME DIRITTO

di G. De Robertis, A. Nappi

*Il problema dello stato garante del benessere sociale (perché un problema indubbiamente esiste) [è] quello della sua mancata realizzazione; non già quello del suo declino, o del suo superamento<sup>1</sup>.*

È questa, riteniamo, la posta in gioco: sotto la pressione della crisi economica mondiale, il processo di erosione e delegittimazione del *welfare* – da tempo in atto e già lucidamente denunciato in epoca non sospetta da un grande economista come Federico Caffè – ha subito un’accelerazione fatale che tende a scardinare una delle più importanti conquiste istituzionali dei sistemi sociali e politici dal dopoguerra ad oggi. L’ipoteca sul *welfare*, accesa da politiche rigoriste sulle quali, tuttavia, incombono colossali speculazioni finanziarie, rischia di rovesciare l’evidenza storica della parziale costruzione da parte degli Stati nazionali di sistemi di tutele e garanzie sociali. Un caposaldo delle democrazie occidentali, capace di assicurare l’equilibrio e la coesione, la crescita economica e lo sviluppo dei diritti di cittadinanza. A cominciare dalla partecipazione alla vita politica e costruendo i presupposti – ancorché fragili – della parità delle *chance* di accesso ai processi di mobilità sociale. Appartiene, infatti, a questo orizzonte – che ha dato origine anche al Servizio Sociale come professione – l’ottica della promozione e della crescita dei diritti civili e sociali, in particolare a favore delle persone più fragili e/o in una condizione di rischio di marginalità, superando circuiti di carità-beneficenza-filantropia-assistenza. Non sarebbero immaginabili, al di fuori di questa matrice – che è insieme culturale, di filosofia politica e di strategia economica – opere come *Una teoria della giustizia* di John Rawls, i *Saggi sulla libertà* di Isaiah Berlin, *La disegualianza* di Amartya K. Sen, *Creare capacità* di Martha C. Nussbaum, e tante altre nelle quali è centrale la riflessione sui dilemmi della libertà e della giustizia, sulle capacità di scelta e di realizzazione

(*capability*) del soggetto-persona, sui beni comuni, la fiducia, il capitale sociale. Opere anche critiche verso il *welfare*, ma figlie della società del benessere, ispirate dall'ideale della sicurezza nel/ del ciclo della vita, e al contempo fonte di impulso di nuove analisi e di elaborazione-sperimentazione-costruzione di nuovi istituti (socio-giuridico-economici) nei diversi modelli di Stato Sociale. Raccogliendo questa sfida – dimostrare la vitalità del *welfare* come progetto generatore di opportunità e non *vulnus* endemico dei sistemi sociali – le riflessioni a più voci che qui presentiamo, intendono dare conto della capacità produttiva degli attuali esiti del nostro sistema di protezione e benessere: un *hardware* debole con molteplici applicativi regionali, che affonda le proprie radici nel particolarismo italiano e nell'assenza di un soggetto forte in grado di governare le vecchie e nuove spinte alla frammentazione<sup>2</sup>, e che, tuttavia, è stato anche positivamente alimentato dagli effetti della legge 328/2000, quindi, dalla riforma del Titolo V della Costituzione (L. Cost. n. 3/2001).

Nel contesto di una riflessione sugli aspetti innovativi e sulle contraddizioni del recente processo normativo, alcuni Ordini regionali degli Assistenti Sociali – osservatori privilegiati e “partecipanti” delle politiche sociali territoriali che contribuiscono a costruire e implementare – hanno voluto mettere a confronto diversi modelli di *welfare* regionali, interrogandosi altresì sullo stato di salute della “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e Servizi Sociali”, n. 328/2000<sup>3</sup>. In particolare, sulla capacità della “Legge quadro” di generare e alimentare processi lunghi di innovazione e di integrazione nel mondo dei servizi socio-sanitari. Un'area diventata sempre più instabile e marginale per effetto di “riforme” connesse, in realtà, più a pesanti tagli finanziari che all'introduzione di elementi qualitativi e/o di processi di cambiamento sostanziale dell'assetto del sistema dei servizi. Le analisi normative e i contributi ospitati in questo volume costituiscono altrettante testimonianze intorno a (e dall'interno di) quel puzzle che definiamo *welfare*, e che – sempre di più, dall'inizio degli anni '70, e cioè a partire dall'istituzione delle Regioni a statuto ordinario e dal dispiegarsi del processo di decentramento amministrativo e, quindi, dell'idea (ora traballante) di federalismo – rappresenta una realtà composita, disomogenea, frammentata, spesso mitizzata come una delle cause principali del dissesto finanziario dello Stato. Di certo poco conosciuta, so-

vente oggetto di confusione con altre aree e flussi di spesa di ben altra entità, come la previdenza e la sanità, con effetti distorsivi di forte impatto rispetto alla percezione dell'opinione pubblica. Infatti, il tema degli "sprechi da tagliare" prevale nel dibattito massmediatico a discapito dei problemi connessi alla crescente esiguità e residualità delle risorse che colpisce famiglie, minori, anziani, disabili, immigrati. Ma anche rispetto alla stessa tenuta dei servizi, compromettendone la capacità di progettare, realizzare e documentare la densità e pluralità dell'offerta di prestazioni, l'efficacia delle azioni e le potenzialità di sviluppo. Negandone, in altre parole, la funzione primaria, che è quella di redistribuire e restituire *chance* di vita e prospettive a beneficio di chi – nella scala delle opportunità sociali – ha minori possibilità e capacità di scelta.

Assumendo una diversa prospettiva, i contributi che qui presentiamo – strutturati intorno a tre grandi aree tematiche: Servizio Sociale e *welfare* nell'epoca della crisi; le sfide dell'integrazione; l'analisi comparata dei sistemi di *welfare* e del ruolo del Servizio Sociale Professionale – propongono una visione produttiva del sistema di tutela dei diritti civili e sociali che chiamiamo Stato Sociale. Non certo in termini di difesa autoreferenziale o per mera contrapposizione di principio rispetto alle ricette di messa in liquidazione a buon mercato; né manca, negli stessi contributi qui raccolti, lo sforzo di esplorare possibili soluzioni alla fragilità di questo modello che, nonostante i suoi limiti – *in primis*, connessi alla mancata integrazione delle politiche sanitarie, sociali, previdenziali e del lavoro, obiettivo irrealizzabile con una pluralità di *software* regionali – e malgrado l'endemica esiguità delle risorse disponibili, realizza un complesso di interventi, progetti, piani e programmi di lavoro che hanno ricadute positive dirette su una quota significativa della popolazione italiana. Con effetti positivi indiretti (ma solo sul piano della visibilità), sull'intero sistema-Paese.

Sta di fatto che il Servizio Sociale vive dentro queste dinamiche – compreso fra la sofferenza di un'utenza difficile e la precarietà dei mezzi e delle risorse che la politica (nel suo complesso e nei diversi livelli decisionali) destina alle *social policies* – con una progettualità attiva e con la consapevolezza che il *welfare* del Terzo Millennio costituisce un diritto fondamentale e non un mero costo per le nostre comunità.

# 1.

## Il Servizio Sociale tra sfide del Terzo Millennio e crisi del *welfare*

di Franca Dente<sup>1</sup>

### PREMESSA

### 1.1

Per riflettere su quali possano essere ruolo e compiti del Servizio Sociale di fronte ai problemi e alle aspettative di oggi, occorre interrogarsi sulla fisionomia della società attuale, su quali siano le sue peculiari caratteristiche e i suoi problemi emergenti.

Siamo in una società che si definisce postmoderna e dobbiamo domandarci che cosa la società si aspetta dal Servizio Sociale e soprattutto come pensa il Servizio Sociale di conciliare mutamenti e mandato professionale.

È utile quindi in premessa fare un cenno al paradigma interpretativo della realtà occidentale della postmodernità che tanto ha influenzato dibattiti in ambito filosofico, sociologico, teologico letterario, ecc., e quindi anche nell'ambito del Servizio Sociale alla fine del secolo scorso, assumendo in forma più o meno radicale il pensiero costruttivista, in cui la comprensione è vista come un processo collaborativo (Payne, 1997).

Modernità e postmodernità sono due chiavi interpretative della cultura occidentale che si trovano spesso accoppiate nella riflessione del mondo contemporaneo su se stesso.

Come un rapporto tra madre e figlia, anche quello tra modernità e postmodernità è estremamente critico; tuttavia nessuno mette in questione che la postmodernità possa definirsi figlia legittima, anche se forse indesiderata o degenerata, della modernità. Il contrasto tra le due non è di poco conto né di carattere meramente speculativo; al contrario, la posta in gioco riguarda l'orientamento di fondo della concezione del mondo della cultura occidentale.

Nella sua critica accanita al Cristianesimo e alla modernità, Nietzsche è diventato uno dei punti di riferimento più influenti della postmodernità. Nella sua analisi tagliente, i valori propri dell'Occidente, lungi dall'appartenere ad un ordine trascendente alle cui leggi si è chiamati a conformarsi, non sono altro che il riflesso della "volontà di potenza" che anima tutte le cose. Per Nietzsche invece, i valori non si scoprono ma si creano, non sono dati ma inventati; non c'è più alcun "mondo vero" ma solo ciò che è posto dall'uomo spinto dalla volontà di potenza.

Pur attingendo alla critica di Nietzsche di inizio Novecento, è a partire dagli anni '70 che la riflessione sulla crisi della modernità può definirsi propriamente postmoderna. La decolonizzazione, la rivolta studentesca, i movimenti di liberazione razziale, femminista e omosessuale, l'estendersi della coscienza ecologica, il declino delle ideologie, sono fenomeni che hanno contribuito a dare fisionomia alla condizione postmoderna.

Il termine "postmoderno" è entrato nella discussione filosofica nel 1979 con la pubblicazione di *La condizione postmoderna* del filosofo francese Jean-François Lyotard. È qui che Lyotard definisce la società contemporanea come la "società postmoderna", società nella quale sono venute meno le "grandi narrazioni" metafisiche (illuminismo, idealismo, romanticismo, marxismo) che avevano giustificato ideologicamente la coesione sociale e ispirato, nella modernità, le utopie rivoluzionarie. Con il declino del pensiero totalizzante e unitario si è aperto, secondo Lyotard, il problema dell'esistenza di criteri di giudizio e di legittimazione che non hanno più valore globale, universale ma si fermano al livello del locale, del particolare.

In Italia Vattimo lanciò il pensiero debole con un'antologia curata con Pier Aldo Rovatti e uscita nel 1983 dove si guardava al postmoderno come a una chiave per la democratizzazione della società, diffondendo pluralismo e tolleranza, valorizzando le minoranze. Sugli effetti del postmoderno hanno teorizzato molti filosofi, sociologi come Bauman, Giddens, Eco, Foucault, Vattimo, ecc., e lo studioso del Servizio Sociale Malcom Payne (*Modern Social Work Theory*, 1997).

Nell'epoca postmoderna i grandi "ismi" (illuminismo, idealismo, marxismo) della modernità sono venuti meno, ma non sono stati sostituiti da altri grandi racconti lasciando così spazio alla frantumazione, alla pluralità, alla differenza, alla moltiplicazione.

L'essenza della condizione post-moderna è proprio la negazione di valori ultimi, universali ed eterni in grado di conferire un senso unitario all'agire dell'uomo singolo e all'orientamento della struttura sociale. Si riconosce la positività di ciò che è molteplice, frammentato, polimorfo e instabile; si sottolinea la necessità di smascherare l'inconsistenza degli ultimi brandelli di presunte tendenze unificanti, costruite all'ombra di canoni tradizionali ormai superati; si riconosce l'irrefrenabile procedere verso una diffusa ibridazione, contaminazione dei generi, quindi "atomizzazione" e relativizzazione della società.

Svanisce l'idea di una visione unica del mondo, di una visione predominante a fronte di una convivenza di diverse interpretazioni su uno stesso piano; questa costituisce l'essenza del postmoderno. Tale visione ha aiutato la società occidentale a comprendere la politica della differenza, a valorizzare i gruppi marginali e residui e quindi a correggere le miserabili iniquità ignorate sino a quel momento.

La postmodernità esalta la differenza, la pluralità, la discontinuità, la frammentazione, la molteplicità, l'eterogeneità, l'indeterminatezza, la relatività.

Il postmoderno ha l'esigenza di legittimare diverse forme di linguaggio, di espressione, diverse forme di sapere incommensurabili. La condizione postmoderna è all'insegna della "svolta linguistica", la realtà è linguaggio, il mondo un'incommensurabile pluralità di segni; la conoscenza un gioco infinito d'interpretazioni. Tale visione del mondo ha influenzato la strutturazione della società che da compatta è passata a segmentata, frammentata, complessa, plurima, liquida con un'accentuazione all'individualismo; una nuova visione del bisogno più strettamente rivolto alla normalità, al quotidiano, al bisogno di affermazione, di realizzazione, alla ricerca di una migliore qualità di vita; ha prodotto anche una frantumazione dei legami sociali e familiari. Tutto ciò ha influito sulle scelte politiche, sulla cultura del bisogno, sull'organizzazione dei servizi, sulla domanda sociale, sul lavoro degli assistenti sociali e sulle metodologie operative nonché sui diversi approcci paradigmatici.

Nel movimento filosofico-culturale del postmoderno assume particolarmente significato e importanza il tema del sapere empirico e dell'evidenza empirica su cui si fonda il lavoro sociale; evidenza fondata sul sapere degli utenti e delle fasce marginali cui il Servizio

Sociale si rivolge o a esperienze operative degli Assistenti Sociali (Smith, 2004). Dà forza alla molteplicità dei soggetti e dei saperi. L'orientamento postmodernista, soprattutto con riferimento a Foucault, ha quindi posto l'accento sulla dimensione del potere in relazione al sapere dei soggetti cui si rivolge il Servizio Sociale. Si parla di paradigma del costruttivismo che attribuisce un ruolo importante al Servizio Sociale e alla sua attività tesa a dare forza e voce al patrimonio di conoscenze di chi ha meno potere nella società (Fargion, 2009).

C'è una sorta di ribaltamento tra potere e conoscenza: il potere non lo detiene solo chi detiene un sapere costituito, ma si riconosce valore alla costruzione del sapere quindi anche soggetti, luoghi, processi come ambiti altrettanto interessanti come il sapere costituito. Le scienze sociali sono orientate verso una teoria generativa della conoscenza: rapporto teoria-prassi basato su teorie sistemiche, relazionali, interazionistiche che necessitano di elaborazioni e di sistematizzazioni. Tendenza verso la ricerca/azione quale reazione alla razionalità scientifica.

Potere è anche nel sapere dei soggetti più vulnerabili e ai margini della società che si rivolgono all'Assistente Sociale, il sapere è anche un'esperienza professionale.

Il costruttivismo rappresenta quindi un'impostazione teorica che cerca di capire come avviene il rapporto fra conoscenza e realtà oggettiva. Tale impostazione parte dal presupposto che la realtà come tale non esiste, è reale ma ogni persona la conosce interpretandone i dati secondo i propri schemi mentali. Quello che interessa in tale prospettiva non è tanto com'è la realtà – ontologica – ma come riusciamo a percepirla e a conoscerla – gnoseologica – (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Si ha infatti l'affermazione della natura costruttivista della conoscenza centrata sulla soluzione e basata sulle narrazioni. L'obiettivo non è tanto indagare sulle cause del problema né tanto meno diagnosticare sulle difficoltà della persona, quanto piuttosto costruire con la persona e con gli altri interlocutori, un insieme di strategie per affrontare la situazione.

Il Servizio Sociale viene definito da Abbott (1995) professione dei confini perché lavora ai e sui punti di contatto tra mondi diversi. In questo senso, forse più di altre professioni, il Servizio Sociale si è confrontato con le diverse versioni e visioni della realtà (Fargion, 2009).

Olivetti Manoukian (2002) parla di un'emergenza epistemologica, un'epistemologia della parzialità che riconosce la limitatezza delle diverse forme di conoscenza, compresa quella scientifica e nello stesso tempo valorizza differenti saperi e diverse modalità di costruire saperi.

Il lavoro sociale infatti si esplica nella ricchezza degli stimoli e nel disordine di un ambiente che si presta a più letture anche contraddittorie in cui gli esiti delle azioni non sono mai prevedibili. In tale ottica quella di Assistente Sociale è stata definita la professione dell'incertezza "potremmo dire che il paradosso della pratica professionale è la certezza dell'incertezza e il corrispondente bisogno di costruire sicurezze nell'incertezza" (Fook, 2007; Fargion, 2009). La sostanza del lavoro di un Assistente Sociale è di entrare in un dialogo di situazioni incerte, magmatiche, indefinite, confuse e fluttuanti e che per di più sono viste e definite in modo diverso dai vari soggetti coinvolti (Crestani, 2006); in questa impresa di tenere insieme fattori diversi e spesso contraddittori, un tema che negli ultimi anni ha attirato l'attenzione è il tema della riflessività (Sicora, 2005). In questo senso l'approccio riflessivo è più vicino forse a un discorso qualitativo e a un'epistemologia costruttivista che al paradigma scientifico positivista, in ogni caso si tratta di approccio inclusivo (Fargion, 2009).

L'avvento della postmodernità ha imposto un ripensamento dei modelli di pensiero legati all'agire sociale e ha prodotto una conseguente trasformazione, tuttora in atto, tesa a ridefinire identità, ruoli e strategie dell'operatore sociale non certo concepito come distributore di prestazioni standard entro i rassicuranti confini del *welfare* tradizionale, ma come nuovo soggetto di una realtà senza dubbio più complessa dai contorni più incerti ma dagli spazi di ricerca, di lavoro e di intervento più ampi (Folgheraiter, 2004).

A ciò si aggiunge una profonda crisi finanziaria, sociale, familiare, culturale, politica che ha prodotto uno sgretolamento del sistema di protezione sociale pubblico, anche a causa dell'enfatizzazione del liberalismo e dei poteri del libero mercato.

Quest'ultimo ha esercitato e sta esercitando una forte influenza tale da produrre una rottura/ribaltamento rispetto a preesistenti strutture di solidarietà. Infatti, sostiene la liberazione dell'economia dello Stato, la privatizzazione dei servizi pubblici, la liberalizzazione di ogni settore non strategico. Le critiche che vengono mosse è che non ha portato benessere a tutta l'umanità ma ha

accentuato le disuguaglianze all'interno dello stesso Paese e le sperequazioni esistenti tra i paesi ricchi e il sud del mondo.

Le conseguenze di tali fratture si estrinsecano in vario modo:

- in ambito politico-economico, dell'organizzazione statale e del *welfare state* in particolare;
- con crescenti ineguaglianze sociali;
- caduta del valore della contrattazione collettiva del lavoro e della sua regolamentazione a favore di forme di flessibilità e anche di economia nascosta;
- perdita di valore culturale e di capacità di influenzare l'opinione pubblica da parte delle istituzioni.

Oggi piano piano sembra prendere piede una sensazione di confusione, che negli ultimi anni è diventata onnipresente, sì da riaccendere il bisogno di una riscoperta di verità e di valori con un ritorno all'autenticità, facendo intravedere un tramonto della postmodernità. C'è un dibattito in corso tra nascita del neorealismo e postmodernità (Convegno a Bonn a fine 2011).

Se il problema per i postmoderni è stato che i modernisti avevano detto loro cosa fare, allora il problema dell'attuale generazione è esattamente il contrario, nessuno sta dicendo cosa fare; ritorna ad esserci un interesse per l'etica; i valori tornano ad essere importanti. Specificità, valori e autenticità sono in aperto conflitto con il postmodernismo, stiamo entrando in una nuova era (Vattimo, Ferraris, Putman, Ferraris, "La Repubblica", 2011).

Molti studiosi di Scienze Sociali e anche di Servizio Sociale già parlano di trans-modernità, indicano cioè orientamenti che vadano oltre le contraddizioni della modernità e della postmodernità, alla ricerca di un set integrato di valori vecchi e nuovi con valenza etica profonda (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Sono sempre più numerosi gli scritti di Servizio Sociale, soprattutto all'estero, che riflettono sulla situazione attuale della professione e indicano prospettive nuove, orientamenti alternativi basati sulla centralità della persona e quindi la tutela reale dei diritti, il rispetto dell'identità e delle differenze, la promozione dell'autodeterminazione (Dal Pra Ponticelli, 2010).

Andremo ad esaminare i mutamenti intervenuti e le conseguenze sul sistema dei servizi, sull'identità e operatività degli Assistenti Sociali.

# 3.

## Integrazione, spesa sociale e livelli di assistenza

di Tiziano Vecchiato

### IL PROBLEMA

### 3.1

La prospettiva dei diritti sociali ha avuto grandi benefici dallo sviluppo del sistema sanitario nazionale, su base universalistica (L. n. 833 del 1978) e dal successivo sistema integrato di interventi e servizi sociali (L. n. 328 del 2000). Ma rimane un passaggio incompiuto: la persistenza di una cultura dell'assistenza sociale basata su trasferimenti economici e non ancora su interventi e Servizi Sociali. In questo modo viene ridotta e ostacolata la presa in carico professionale del bisogno. È una condizione necessaria per garantire, oltre all'aiuto immediato, la possibilità di accompagnamento, sostegno nelle decisioni e integrazione sociale.

La Legge n. 42/2009 sul federalismo fiscale assume i livelli essenziali di assistenza come base per il calcolo del fabbisogno di finanziamento dei Lea e per la gestione del fondo perequativo, sulla base di costi standardizzati, necessari per finanziare le risposte<sup>1</sup>. Vengono così unificati in un'unica disciplina livelli essenziali attinenti a diversi settori del sistema di *welfare* (sanità, istruzione, assistenza sociale) caratterizzati fino a oggi da una forte eterogeneità, soprattutto per quanto riguarda il loro finanziamento (Dal Canto, 2009).

Una parte dei servizi di *welfare* è ad accesso universalistico, per cui alla valutazione del bisogno fa seguito l'accesso alle risposte. Questo si verifica attualmente per due macrotipologie di risposte, quelle di carattere economico (previdenziali e assistenziali) e per gli interventi sanitari del servizio sanitario nazionale (senza oneri per gli utenti).

Il quadro della finanza pubblica è in gran parte strutturato con riferimento alla necessità di finanziare queste risposte, sulla base di

due caratteri dell'universalismo: la fruizione, senza ulteriori oneri per i cittadini, oltre alla contribuzione fiscale; l'accessibilità ai benefici previsti, senza discriminazioni in fase di accesso, se non per gli effetti della valutazione del bisogno.

L'interesse a operare in questo modo è la ragione principale per cui si sono sviluppati i sistemi di *welfare*, in termini di "assicurazione collettiva", contro rischi che riguardano non soltanto le condizioni di vita della persona e della società, ma anche come "investimento pubblico", per promuovere condizioni positive di vita sociale, sviluppo economico, possibilità di fruire di beni pubblici, a vantaggio di tutti e di ciascuno.

Il problema si configura in questi termini: alcune voci di spesa finanziano integralmente le risposte (previdenza, assicurazioni sul lavoro e assistenza sanitaria). Per l'assistenza sociale non è così, visto che solo una parte delle risposte è finanziata con la raccolta fiscale, mentre il resto viene finanziato nel momento della fruizione dal cittadino o, in via residuale, dall'ente pubblico, quando il cittadino versa in situazione di indigenza.

La giungla dei regolamenti comunali evidenzia che quando il criterio della capacità economica viene utilizzato per bilanciare la richiesta di compartecipazione, i parametri utilizzati differiscono da Comune a Comune, senza ragioni per giustificarli.

Da una parte, dunque, un accesso basato su livelli essenziali di assistenza, caratterizzato in termini universalistici e solidaristici; dall'altra, criteri di compartecipazione o di completo pagamento del costo del servizio. Se questi hanno ragion d'essere per i servizi di interesse generale, sono in potenziale contrasto con la funzione propria dei Servizi Sociali, che come i sanitari vanno a incidere sui diritti di cittadinanza sociale delle persone, a partire da quelle più fragili.

Trattandosi di servizi per certi aspetti "essenziali", che per questa ragione dovrebbero essere valutati ai fini della loro inclusione nei livelli di assistenza sociale, chiedere il diretto pagamento del costo di tali servizi, oltre che oneroso, è, come abbiamo detto, discriminante e di ostacolo alla possibilità di accesso in condizioni di equità. Tutto questo avviene non solo per i Servizi Sociali, riconducibili ai livelli essenziali di assistenza sociale ai sensi della Legge 328 del 2000 (art. 22), ma anche per numerosi altri servizi di natura sociosanitaria.

La diversità di finanziamento della componente sociale e sanitaria dei servizi integrati è affrontata nell'atto di indirizzo sull'integra-

zione sociosanitaria del 14 febbraio 2001. All'art. 3 del Dpcm si specifica che le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, ovvero "le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite" sono "di competenza delle aziende sanitarie locali e a carico delle stesse". Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, ovvero "tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute" sono "di competenza dei comuni" e sono "prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini".

Questa convivenza di criteri dissimili, oltre a contraddire il concetto di integrazione, comporta difficoltà attuative. Dal punto di vista organizzativo e di presa in carico, infatti, il Dpcm prevede che "la complessità dell'intervento è determinata con riferimento alla composizione dei fattori produttivi impiegati (professionali e di altra natura), e alla loro articolazione nel progetto personalizzato", introducendo un criterio di composizione dei servizi erogati fondato sulle specificità del bisogno della persona e sulla combinazione dei fattori produttivi. Questo implica una parallela composizione di costi e di forme di finanziamento altrettanto da personalizzare, quindi variabile sia con riferimento al singolo percorso di assistenza sociosanitaria, sia con riferimento alle diverse fasi e intensità assistenziali.

Per offrire un criterio generale di ripartizione degli oneri di spesa, il Dpcm introduce anche un criterio di riparto percentuale dei costi, dettagliato per singole tipologie di intervento da aggiornare con decreti periodici sui Lea e suscettibili di variazioni in sede regionale, con riferimento alle modalità di compartecipazione alla spesa della quota sociale.

Le esperienze di seguito presentate mostrano come, a certe condizioni, si possa monitorare l'andamento dei costi degli interventi sociosanitari. Nello stesso tempo forniscono indicazioni su come possano essere affrontati i problemi appena evidenziati, grazie alle possibilità che queste esperienze prefigurano in termini di governo dei livelli di assistenza.

# 4.

## Prendersi cura della comunità

di Elisabetta Neve<sup>1</sup>

### PREMESSA

#### 4.1

All'interno delle politiche del nostro sistema di *welfare* la focalizzazione sul distretto consente una rilettura dei principi e dei processi generali normativi, organizzativi, professionali, declinandoli rispetto alla realtà territoriale concreta dove vivono le persone, le famiglie, la comunità locale. È a questo livello che si gioca la garanzia di intercettare la reale natura dei bisogni e di assicurare condizioni, azioni e strategie di risposta che siano non solo appropriate ma anche eque ed efficaci.

La dimensione di *globalità* che caratterizza il concetto di salute implica una visione del rapporto fra cittadini e istituzioni in cui ciascuno è portatore di diritti e di responsabilità, e trova nel distretto non solo il luogo ma anche lo strumento fondamentale per realizzare un rapporto organico e stabile tra la comunità locale e le diverse risorse – formali e informali – di cui dispone.

Di fronte a bisogni sempre più complessi, i molti studi e oggi anche varie esperienze dimostrano l'inefficacia sia di interventi monoprofessionali sia di interventi multiprofessionali ma frammentati, legati alla diversità di servizi e di figure professionali. La soluzione dell'integrazione non solo tra soggetti del comparto sanitario ma anche tra il sanitario e il sociale è sempre più riconosciuta come la più appropriata per non rompere l'unitarietà della persona e per includere nelle responsabilità di risposta anche le risorse personali, familiari, comunitarie della realtà territoriale appartenente al distretto.

Questa concezione della *mission* e del funzionamento del distretto richiede certamente la creazione di condizioni e strumenti perché alla produzione di salute concorrano interventi sia sanitari che sociali, ma impone anche di integrare la cura con il *prendersi cura*.

## 4.2

## DALLA CURA AL “PRENDERSI CURA”

Anche nel linguaggio corrente il significato di “cura” evoca interventi tipicamente medico-sanitari, pur potendo essere applicato per analogia anche agli interventi socio-assistenziali. La cura consiste sostanzialmente nel diagnosticare, eseguire terapie e fornire prestazioni sanitarie, comprendendo in senso lato anche interventi di prevenzione e di riabilitazione. Analogamente nell’ambito sociale “curare” significa valutare il bisogno, fornire le prestazioni necessarie per soddisfarlo, e può comprendere anche azioni per prevenire problemi e per favorire eventuali bisogni di risocializzazione. Ma sempre di più nella pratica quotidiana il sistema tradizionale di cura si scontra con l’irreversibilità di varie patologie degenerative e la scarsa solvibilità di vari problemi sociali, con l’aumentata consapevolezza dei diritti delle persone a fronte di risorse sempre più scarse, con la crescente rilevanza delle cure domiciliari in quanto non solo più economiche ma anche più appropriate per garantire una buona qualità di vita. Per questi obiettivi è evidente che non basta fornire prestazioni, somministrare farmaci, indicare “la” soluzione. Gli operatori sia sanitari che sociali vivono quotidianamente l’esperienza di tale complessità. Ad esempio, a differenza del medico specialista od ospedaliero, che dispone di alta tecnologia ma di una visione parziale dei problemi della persona, il medico di medicina generale ha pochi strumenti tecnici ma una visione più globale della persona e del suo ambiente di vita; è in prima linea nella gestione della cronicità e l’efficacia dei suoi interventi è condizionata da problemi di discontinuità nell’organizzazione assistenziale, dalla necessità di conoscere bisogni, abitudini, schemi culturali della comunità e di ottenere la *compliance* dalle persone che ha in cura. Analogamente l’Assistente Sociale non si riconosce in un ruolo di “impiegato intelligente” che si limita a distribuire prestazioni, ma è consapevole che i bisogni delle persone non sono semplici vuoti da riempire bensì condizioni esistenziali complesse che coinvolgono le diverse dimensioni oggettive – soggettive – socio-relazionali della vita delle persone, e che richiedono quindi essenzialmente competenze di tipo progettuale e relazionale.

Nel distretto sono dunque cruciali le modalità di funzionamento e delle diverse professionalità socio-sanitarie e dell’assetto organizzativo che le sostiene. Vari autori ritengono prioritario lo sviluppo

di processi di conoscenza micro e macro della comunità locale in un'ottica interprofessionale, interorganizzativa e comunitaria, per poter costruire appropriate valutazioni multidimensionali e integrate dei problemi. Solo così è possibile garantire equità di accesso ai servizi, continuità nei percorsi assistenziali (tra ospedale e territorio, tra domiciliarità – residenzialità – semiresidenzialità), ottimizzazione delle risorse e monitoraggio del rapporto costi-efficacia negli interventi. Ai professionisti sono richieste azioni più incentrate sui processi che sulle mansioni, con funzioni a forte valenza promozionale ed educativa, di riallocazione di risorse, di condivisione di responsabilità, di personalizzazione degli interventi.

Si tratta di dare un'impostazione diversa alla cura (*to cure*), passando piuttosto a un prendersi cura (*to care*) che modifica l'ottica dell'intervento professionale e istituzionale e lo stesso rapporto tra servizi e cittadini.

## COSA SIGNIFICA PRENDERSI CURA?

### 4.3

In generale ci si prende cura di qualcosa o qualcuno incustodito, particolarmente fragile o prezioso, che ci sta a cuore. Significa dedicarsi in un impegno assiduo e diligente, preoccuparsi, avere riguardo e attenzione, responsabilizzarsi *in toto*. Significa accogliere senza riserve, globalmente, e assumersi dei compiti in proprio anziché delegare ad altri. È evidente che, rapportando il concetto alla realtà delle persone in stato di bisogno, chi di solito più naturalmente si prende cura è il familiare, o comunque chi è legato anche affettivamente alla persona, chi le è vicino e se ne preoccupa. È però altrettanto evidente che questo tipo di aiuto – per quanto insostituibile – spesso non è sufficiente a far fronte ai problemi dei nostri utenti, c'è bisogno anche di servizi e di competenze tecniche. La sfida che si trovano davanti i servizi è però quella non di sostituirsi, ma di “completare” quel prendersi cura “naturale” che trova un limite nella mancanza di professionalità, di tecniche, di strumentazione adatta al tipo di problema.

Ma come possono i servizi prendersi cura, senza vanificare l'insostituibile azione ad esempio dei familiari, anzi, ponendosi con questi in linea di continuità?

Le premesse di fondo che consentono ai servizi non solo di curare ma anche di prendersi cura riguardano la visione che essi

hanno dei destinatari degli interventi e il loro posizionamento sul territorio, tanto da stabilire un rapporto organico e stabile tra la comunità e le diverse strutture operative (Agli, 1991). Sviluppare una visione globale dei problemi sia di ogni singolo utente che della comunità territoriale con cui ognuno è in stretta relazione comporta un maggior avvicinamento alla vita reale delle persone, agevolando l'accesso alle risorse disponibili, ascoltando la voce anche di chi non ce l'ha, accompagnando processi insieme di cura e di emancipazione, valorizzando e sostenendo le risorse che la stessa comunità può mettere a disposizione. Occorre la consapevolezza che i servizi non possono – e non devono – sostituirsi alle risorse “naturali” là dove esistono, ma semmai anche di queste prendersi cura (con interventi educativi, promozionali, informativi, di valorizzazione e collaborazione reciproca).

Insisto sul riconoscimento delle risorse “naturali” perché, soprattutto dal punto di vista prettamente sociale, è fondamentale la valorizzazione della comunità locale, che è insieme destinataria di aiuti ma anche soggetto che sa assumersi la responsabilità di prendersi cura delle sue parti più deboli. In questo senso i servizi si collocano come “uno” dei soggetti che si prende cura, in modi e gradi diversi, delle persone che stanno male. Questo riconoscersi nella – e cioè parte della – comunità, modifica i compiti del distretto, nel senso che allargando l'ottica dalla persona, alla famiglia, a gruppi e aggregazioni della comunità si pone in un rapporto di scambio, di informazione reciproca, di complementarietà con le risorse informali, di condivisione di responsabilità. Cambia la qualità delle relazioni tra servizi e cittadini, perché ognuno è portatore di saperi e di esperienze che possono sostenere processi di reciproco sviluppo.

## 4.4

### PRENDERSI CURA NELLA E CON LA COMUNITÀ

In coerenza con il principio indicato anche dalla normativa della *sussidiarietà solidale*, il prendersi cura della comunità locale si traduce in azioni di reperimento, sostegno, promozione e valorizzazione delle risorse che la famiglia, i soggetti dello spazio di vita delle persone, le aggregazioni spontanee, il volontariato possono e devono attivare, integrandosi con quelle istituzionali. In altre parole le azioni di cura da parte dei servizi vanno accompagnate

con processi di informazione adeguata, di facilitazione all'accesso, di promozione di autonomia, di responsabilizzazione. Per i professionisti è più complesso, perchè si trovano a dover fare i conti con le intenzionalità, con i progetti di vita delle persone e della comunità, ma nello stesso tempo devono garantire efficacia, cogliere segnali, accompagnare, promuovere legami, cedere poteri e strumenti di auto-aiuto.

Il concetto di prendersi cura e di lavoro *con* la comunità, nel suo significato più autentico, andrebbe visto anche come antidoto a concezioni oggi emergenti che potremmo chiamare di neoliberalismo spinto. La tendenza di tali scuole di pensiero è in sostanza lo smantellamento dello Stato sociale, l'enfatizzazione del diritto di libera scelta dei cittadini, in fondo la deresponsabilizzazione dello Stato in nome della valorizzazione delle risorse spontanee della popolazione. Ma spesso sono proprio i cittadini che non hanno capacità o potere di scelta a essere i più svantaggiati, e le risorse comunitarie da sole non garantiscono l'esigibilità dei diritti. L'auspicato concorso delle risorse familiari e comunitarie all'azione dei servizi non ha primariamente motivazioni economiche (a fronte della crescente povertà delle istituzioni), ma si configura come intervento insostituibile perché di natura e qualità diversa – complementare – all'azione tecnica e professionale dei servizi. Certamente lo Stato ha dei limiti intrinseci: il coinvolgimento della comunità locale arricchisce le risposte, alla fine rende più efficaci le politiche del *welfare* (Martini e Torti, 2009). In questa logica è possibile garantire i “livelli essenziali di assistenza”, attraverso interventi innovativi che rendano compatibili l'efficienza delle risposte con l'efficacia degli aiuti.

## UN ESEMPIO: IL LAVORO CON I *CARE GIVER* FAMILIARI

## 4.5

Nella logica del prendersi cura, la letteratura, oltre a esperienze di vari operatori e a una specifica sperimentazione condotta dalla Fondazione Zancan, dimostra come il *care giver* familiare, se sostenuto e aiutato dai professionisti, costituisca una risorsa preziosa sia per il paziente che per i servizi. Il familiare che si prende cura del proprio congiunto non si riduce a una sorta di protesì cui i servizi delegano ciò che non riescono a fare, né si configura come un pseu-

do-professionista che non potrà mai sostituire le azioni tecniche di competenza dei professionisti; né d'altra parte va considerato come un disturbo o una persona solo da curare per il suo frequente stato di stress. Il *caregiver* familiare assume piuttosto un triplice importante ruolo: diventa un *co-operatore* se appropriatamente informato e sostenuto dai professionisti, costituisce insostituibile *risorsa* non solo per il paziente ma anche per i professionisti, in quanto portatore di saperi ed esperienze originali, che derivano dal suo contatto quotidiano, affettivo, risolutivo dei piccoli-grandi problemi quotidiani del paziente. Va anche considerato come *potenziale utente*, nel senso che lo stress cui è esposto (cfr. Lunardelli, 2007) richiede attenzione e azioni di prevenzione e supporto da parte dei servizi. Ma tuttavia – e questo è elemento di complessità per i professionisti – il familiare va rispettato nelle sue scelte, va preso in seria considerazione il suo interpretare le esigenze del congiunto se non in grado di esprimersi, va valorizzato nel suo essere un “operatore” con proprie competenze.

Si tratta di riconoscere che ognuno, professionista e nonprofessionista, ha bisogno dell'altro reciprocamente, e ognuno assumerà di volta in volta un ruolo primario di aiuto in base alla prevalenza di problemi che man mano emergeranno.

In definitiva la garanzia di efficacia sia per il paziente che per il familiare che lo assiste – e potremmo dire anche per il professionista – è assicurata dalla capacità di costruire integrazione tra l'aiuto informale e quello istituzionale, accomunati nella loro diversità e complementarietà da una logica che va oltre il curare, che è il prendersi cura.

## NOTE

1. Elisabetta Neve è docente di servizio sociale presso il corso di laurea magistrale dell'Università di Verona, collaboratrice della Fondazione Zancan e della ZancanFormazione, esperta di formazione continua di operatori sociosanitari, di ricerca nell'ambito dei servizi, autrice di varie pubblicazioni su tematiche relative ai servizi e alle professioni.

Sotto la pressione della crisi economica mondiale, il processo di erosione e delegittimazione del *welfare* ha subito un'accelerazione fatale che tende a scardinare una delle più importanti conquiste istituzionali dei sistemi sociali e politici dal dopoguerra a oggi.

L'ipoteca sul *welfare*, accesa da politiche rigoriste sulle quali incombono colossali speculazioni finanziarie, rischia di rovesciare un caposaldo delle democrazie occidentali, che ha assicurato l'equilibrio e la coesione, la crescita economica e lo sviluppo dei diritti di cittadinanza. Questo è il rischio. Anzi la sfida: dimostrare la vitalità del *welfare* come progetto generatore di opportunità e non come *vulnus* endemico dei sistemi sociali.

Assumendo una diversa prospettiva, i contributi raccolti in queste pagine propongono una visione produttiva del sistema di tutela dei diritti civili e sociali che chiamiamo Stato Sociale. Non certo in termini di difesa autoreferenziale o per mera contrapposizione di principio rispetto alle ricette di messa in liquidazione a buon mercato.

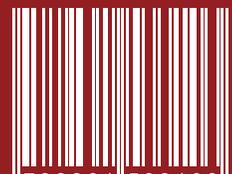
Le riflessioni proposte accompagnano all'esplorazione del modello attuale, con una forte matrice regionale, che, nonostante i suoi limiti e malgrado l'endemica esiguità delle risorse disponibili, sviluppa un complesso di interventi, progetti, piani e programmi di lavoro con ricadute positive dirette su una quota significativa della popolazione italiana. E con effetti positivi indiretti sull'intero sistema-Paese. Il Servizio Sociale vive dentro queste dinamiche con una progettualità attiva e con la consapevolezza che il *welfare* del Terzo Millennio costituisce un diritto fondamentale e non un mero costo per le nostre comunità.

**Giuseppe De Robertis**, Assistente Sociale specialista, presidente dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Puglia per due mandati consecutivi, dal 2005 al 2013. Componente della Commissione regionale per le Politiche Sociali (art. 65 L.R. 19/06).

**Antonio Nappi**, Assistente Sociale specialista, consigliere dell'Ordine degli Assistenti Sociale della Puglia, docente incaricato di "Principi e Metodi del Servizio Sociale", corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale, Università degli Studi Aldo Moro di Bari.

Euro 18,00 (I.i.)

ISBN 978-88-6153-310-3



9 788861 533103