

LA QUALITÀ CHE GIÀ STIAMO PERDENDO

Cristiano Gori, Valentina Ghetti *

I servizi si concentrano, sempre più, sull'erogazione di prestazioni di carattere assistenziale rivolte a bisogni manifesti e conclamati

Nei prossimi anni la qualità del *welfare* sociale sarà esposta a numerosi pericoli, discussi nei prossimi articoli. Qui – invece – ci concentriamo su quanto sta avvenendo oggi, cioè sulla riduzione della qualità che si sta già realizzando davanti ai nostri occhi. Tale riduzione ci pare oggi osservabile sia all'interno dei servizi che nelle funzioni di governo locale e rappresenta la rinuncia a percorsi migliorativi che hanno caratterizzato il decennio appena trascorso.

L'ARRETRAMENTO IN ATTO

Assistiamo oggi ad un progressivo restringimento del perimetro del *welfare* sociale e ad una sua crescente riduzione, in misura variabile per tutte le principali categorie di utenza, ad azioni prestazionali in risposta a bisogni manifesti. A fronte di un finanziamento pubblico in continua contrazione e sempre meno in grado di rispondere ad una crescente domanda d'interventi, infatti, i programmatori di politiche e i gestori di servi-

zi sono sempre più chiamati a decidere dove concentrare la propria azione e a dover definire, in modo talvolta anche drastico, le proprie priorità di spesa.

La scelta sembra oggi ricadere su prestazioni dirette, di tipo assistenziale, rivolte a situazioni di fragilità e disagio manifesto e/o connotate da elevata emergenza; si privilegia cioè il bisogno, evidente e conclamato, caratterizzato da elevata compromissione, intensità e urgenza. In pratica, poiché i finanziamenti diminuiscono e i bisogni aumentano, l'azione dei servizi si focalizza sempre più su "fare qualcosa di immediato e tangibile per chi sta male" (box 1).

Un welfare

- circoscritto a interventi di tipo prestazionale
- a carattere assistenziale
- rivolto a bisogni manifesti e conclamati
- caratterizzato da elevato grado di compromissione, intensità e urgenza

Box 1 – Dove si stanno concentrando i servizi

Si riduce, invece, lo sforzo dedicato alla qualificazione del sistema, ovvero alla ricerca di miglioramenti continui e al mantenimento degli sviluppi acquisiti nella lettura e comprensione del bisogno e dei fenomeni sociali in genere, nella programmazione e progettazione delle risposte, nell'organizzazione della rete integrata dei servizi e nell'erogazione stessa degli interventi.

Ci sembra che questo arretramento porti con sé una visione del *welfare* circoscritta e – sotto molti profili – tipica di un passato che si è dimostrato poco efficace nelle strategie di fronteggiamento di bisogni sempre più complessi e articolati.

Le manifestazioni di arretramento alle quali oggi assistiamo nei diversi territori del paese sono numerose e crediamo si concretizzino in due fenomeni principali, ad ognuno dei quali è dedicato un successivo paragrafo:

a) l'arretramento del presidio pubblico del percorso socio-assistenziale. Si tratta di un progressivo indebolimento della

*] Ricercatrice IRS e vicedirettore di LombardiaSociale.it.

presenza pubblica nelle attività di informazione/orientamento/accesso/presa in carico/accompagnamento dell'utente;

- b) l'arretramento dell'area della prevenzione al disagio e della promozione al benessere sociale, attraverso il progressivo disinvestimento da un concetto di *welfare* inteso in senso ampio.

IL PRESIDIO PUBBLICO DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

Ci riferiamo qui a quell'insieme di azioni riguardanti non tanto l'erogazione di prestazioni bensì tutte quelle funzioni di accompagnamento dell'utente nelle diverse fasi che caratterizzano la sua esperienza all'interno del percorso assistenziale (informazione e primo filtro, lettura del bisogno, orientamento alla rete dei servizi, valutazione specialistica, progettazione personalizzata, monitoraggio e valutazione). Nel corso dell'ultimo decennio, questa è risultata un'area di particolare investimento a livello regionale e locale. In seguito ad indirizzi normativi specifici, infatti, (es. indicazioni della legge quadro 328/2000, gli indirizzi di utilizzo del Fondo per la non autosufficienza, percorsi progettuali specifici - l. 40/1998...), sono molte le realtà che hanno sperimentato o consolidato forme di regolazione nei percorsi di accesso e di presa in carico dell'utenza¹ (box 2). Si pensi, ad esempio, alla diffusione della funzione di segretariato sociale nei comuni, alla creazione di sportelli rivolti a specifiche fasce di popolazione o anche all'attivazione delle cosiddette porte o punti unici di accesso per la fruizione della rete dei servizi (PUA). Si con-

Decennio 2000-2010 – Lo sviluppo nelle principali Regioni italiane

Informazione e orientamento	sportelli segretariato sociale
Accesso	punti unici – PU porte uniche d'accesso – PUA
Valutazione	Unità di valutazione multidimensionale – UVM Unità di valutazione geriatrica – UVG
Progettazione	Progetti assistenziali individualizzati – PAI Progetti educativi individualizzati- PEI
Presa in carico	<i>case management</i> <i>tutoring</i>

Box 2 – Il percorso assistenziale

siderino, inoltre, le esperienze attivate nella valutazione di secondo livello, con l'introduzione di *équipe* a carattere multidimensionale e multidisciplinare (UVM; UVG). Inoltre il dibattito e le pratiche intorno al presidio della fase di presa in carico, sono state ulteriormente arricchite dalla strutturazione della progettazione individualizzata (PAI, PEI) e della gestione della responsabilità sul caso (funzioni di *case management*, *tutoring*).

- chiusura o riduzione del numero di presidi e degli orari di apertura al pubblico degli sportelli badanti, stranieri, ascolto nelle scuole
- riduzione del numero di presidi e orari dei punti unici di accesso
- riduzione dell'attività delle UVM, minor tempo riconosciuto ai singoli professionisti
- disinvestimento sul *case management*
- riduzione dei tempi della progettazione sul caso (tempi di osservazione del caso, tempo per la diagnosi e per la definizione del percorso assistenziale più adeguato)

Box 3 – Gli arretramenti che stiamo vivendo, alcuni esempi

Tali evoluzioni e tali processi ben evidenziano come, negli anni scorsi, tutti i soggetti che a diversi livelli e titoli hanno governato il *welfare* sociale abbiano acquisito sempre maggiore consapevolezza circa l'importanza di strutturare luoghi

e funzioni dedicate ad accogliere il cittadino, a decodificare la sua domanda, a guidarlo rispetto alle opportunità esistenti e ai diritti da lui esigibili. Simmetricamente, numerose ricerche hanno confermato ciò che è ben noto a chi opera nei servizi: la strutturazione di luoghi e funzioni come quelle appena descritte risulta prioritaria anche per cittadini e famiglie, il quali chiedono – prima di tutto – di essere ben informati, adeguatamente orientati e accompagnati nella loro esperienza di relazione con i servizi.

Se le attese, per il prossimo futuro, erano che il presidio pubblico del percorso assistenziale venisse rafforzato, la crisi attuale sta invece spingendo il nostro *welfare* ad una rapida virata verso l'erogazione diretta di prestazioni per bisogni conclamati. Una, infatti, sembra essere la "regola" ricorrente in tutti i territori: dovendo perdere qualcosa – causa vincoli di bilancio – si rinuncia a tutto ciò che non è prestazione diretta, dunque all'insieme di azioni di presidio del percorso e riguardanti la costruzione di un governo complessivo della presa in carico.

Si pensi, ad esempio, alla chiusura o alla drastica riduzione che si sta registrando diffusamente sul territorio nazionale delle attività degli sportelli badanti, degli sportelli

stranieri e degli sportelli di ascolto all'interno delle scuole². Nondimeno, numerose sono le segnalazioni che giungono circa l'indebolimento dei Pua e delle Uvm, l'abbandono dei faticosi percorsi sulla definizione di ruoli e funzioni di *case management*. Ne risentono anche i percorsi di progettazione sul caso, con minor tempo di osservazione a disposizione e con il conseguente rischio di minor approfondimento e accuratezza nella definizione dei percorsi possibili e di inappropriata delle risposte rispetto ai bisogni (box 3).

LA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DEL BENESSERE SOCIALE

Nel parlare di prevenzione e promozione del benessere sociale ci riferiamo invece ad azioni ed interventi che non sono direttamente rivolti a contrastare situazioni di disagio e cronicità conclamati, ma che intervengono nella prevenzione dell'insorgenza del bisogno e nella promozione dell'agio e del benessere della persona, dei gruppi e delle comunità attraverso l'attivazione e l'integrazione delle diverse risorse, anche informali, esistenti.

Nel corso dell'ultimo decennio anche questa è risultata un'area di particolare sviluppo che ha portato ad un ampliamento importante nella concezione stessa del *welfare* e delle aree di competenza ad esso afferenti.

Grazie a politiche specifiche (es. prime tra tutte la legge l. 285/1997 sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza, le altre leggi di settore in tema di immigrazione e dipendenze - l. 40/1998; l. 45/1999, la stessa legge quadro nazionale 328/2000 e anche alcune specifiche politiche a livello europeo) si sono sviluppa-

Lo sviluppo del decennio, alcuni esempi	
Minori	Interventi nei consultori e nelle scuole (es. sulle dipendenze, sull'affettività e sulla sessualità)
Famiglie	Interventi di socializzazione e costruzione di relazioni significative (es. interventi animativi nei quartieri, azioni di riqualificazione urbana con attenzione alla coesione sociale...); gruppi di sostegno e mutuo aiuto (es. banche del tempo)
Anziani	Percorsi in favore dell'invecchiamento attivo e del protagonismo della terza età (es. nonni vigili)
Disabilità	Percorsi in favore della vita indipendente e dello sviluppo delle autonomie (es. l. 162/1998)

Box 4 – La prevenzione e la promozione

te molteplici esperienze che hanno ampliato il campo d'azione anche ad interventi a carattere preventivo e promozionale. Non solo il vocabolario del *welfare* si è arricchito di parole nuove come coesione sociale, pari opportunità, conciliazione, sviluppo delle autonomie, invecchiamento attivo ma, parallelamente, si sono affacciati interventi innovativi e rafforzate esperienze sino ad allora di nicchia che hanno attraversato un po' tutte le principali tipologie di utenza (minori e famiglie, anziani, disabili, stranieri, dipendenze...).

Si pensi ad esempio alla diffusione, negli anni scorsi, di interventi di "sviluppo di comunità" volti a promuovere e sostenere l'aggregazione e la socialità, a riattivare i legami sociali nei territori e nei gruppi e favorire la costruzione di relazioni significative tra le persone (es. gli interventi di educativa di strada rivolti agli adolescenti, iniziative animative e laboratoriali per minori e famiglie o più in generale interventi di riqualificazione e rigenerazione urbana che hanno incluso anche la dimensione della coesione sociale - programmi Urban, Contratti di Quartiere...). Si pensi, ancora, agli interventi orientati a sviluppare reti e gruppi di auto mutuo aiuto per il supporto e il sostegno tra famiglie (es. le banche del tempo, re-

ti per l'affido leggero...). Oppure le tante progettualità che hanno arricchito in questi anni l'offerta all'interno dei servizi consultoriali e del mondo della scuola (es. percorsi per la prevenzione delle dipendenze, di educazione alla sessualità e all'affettività); i progetti in favore della vita indipendente delle persone con disabilità, promosse dalla l. 162/1998; o ancora le tante esperienze orientate a favorire l'invecchiamento attivo delle persone anziane e promuovere un nuovo protagonismo della terza età nella vita sociale delle proprie comunità (es. nonni vigili, volontariato per la terza età) (box 4). Un'evoluzione dunque, che testimonia quanto negli anni si sia diffusa la consapevolezza che per promuovere il benessere delle persone e delle comunità non basti agire in risposta a situazioni di bisogno manifesto e conclamato, ma sia altrettanto importante intervenire per prevenire l'insorgenza di situazioni di rischio e favorire condizioni di agio e di attivazione di risorse capaci di promuovere strategie evolutive, nei singoli e nella comunità.

Anche in questo caso dunque, le attese per il futuro erano di poter consolidare un'interpretazione del *welfare* ampia ed articolata, cercando almeno di dare continuità alle progettualità sperimentate negli anni.



Invece la qualità che stiamo già perdendo intacca direttamente questo orizzonte, prefigurando un'inversione culturale rispetto al recente passato.

La riduzione delle risorse a disposizione unitamente all'incremento dei vincoli per il loro utilizzo (patto di stabilità, impatto *spending review*), stanno inducendo le amministrazioni locali ad effettuare scelte rinunciarie in questa direzione: dovendo perdere qualcosa, si sceglie di privarsi di tutto ciò che non è strettamente orientato a intervenire su situazioni di bisogno evidente o conclamato, ovvero di quell'insieme di azioni più marcatamente orientate a promuovere la salute e il benessere e a prevenire il rischio e l'insorgenza di situazioni problematiche. Il fatto poi che si tratti molto spesso di interventi a carattere progettuale, sostenuti grazie a finanziamenti a termine (leggi di settore, sperimentazioni, finanziamenti per progettualità in-

novative, bandi di Fondazioni...) e connotati da minori vincoli rispetto a servizi strutturati, rende questo tipo di azioni molto più esposte agli effetti del razionamento.

Anche in questo caso, i segnali dell'arretramento sono già evidenti. Si pensi ad esempio ai consultori, spinti sempre più a circoscrivere il loro perimetro di azione ad interventi specialistici a carattere prevalentemente sanitario (ginecologico-ostetrico, pediatrico) perché sostenuti da risorse ancora certe, a scapito della progettazione e la realizzazione di specifici percorsi di rilievo sociale rivolti a molteplici target (studenti e scuole, famiglie, neo mamme, giovani donne, donne straniere...), aperti alla cittadinanza e realizzati in collaborazione con altre agenzie educative. Lo stesso dicasi per la scuola che, stretta dai vincoli di bilancio anche del settore istruzione, è sempre più in difficoltà a propor-

re attività extracurricolari. Non ultimo, sono sempre più numerose le segnalazioni di mancata continuità di progettualità rivolte a comunità territoriali, famiglie e anziani, che portano alla drastica interruzione di esperienze anche di durata pluriennale.

QUALI CONSEGUENZE?

L'arretramento nel presidio del percorso assistenziale e i passi indietro nella dimensione preventiva/promozionale costituiscono, si è visto, i due lati della stessa medaglia, quella di un *welfare* pubblico che rinuncia alla propria qualificazione e al miglioramento continuo nella lettura e comprensione del bisogno e dei fenomeni sociali emergenti, nella programmazione e progettazione, nell'organizzazione della rete integrata di servizi e nell'erogazione stessa degli interventi.

L'esito principale di questi arretra-

menti è un pericoloso ripiegamento del *welfare* su fenomeni e bisogni caratterizzati dalle dimensioni dell'urgenza e dell'emergenza, un ripiegamento verso un paradigma assistenzialista e ripartivo. Una logica, questa, che condanna il nostro sistema ad occuparsi unicamente di problemi noti o percepiti come tali – e tendenzialmente in modo poco efficace perché affrontati in emergenza e in fase acuta o cronica – abbandonando ogni possibilità di conoscere e affrontare *per tempo* fenomeni sociali di nuova insorgenza.

Si tratta di una tendenza destinata ad ampliarsi nei prossimi anni. Tra domande che aumentano – e lo faranno in misura crescente – e finanziamenti contenuti, infatti, il sistema pubblico risulterà sempre più schiacciato sull'urgenza di fornire prestazioni ai casi più gravi. Alcune conseguenze si palesano piuttosto chiaramente:

- *La fine di un'ambizione.* L'idea di un sistema di *welfare* pubblico che contempri nella sua *mission* e nel suo perimetro d'azione anche la promozione del benessere e la costruzione di un insieme di strategie per la presa in carico complessiva della persona, sembra purtroppo destinata – almeno per il prossimo futuro – ad andare in soffitta. Si sta profilando un sistema pubblico il cui intervento è limitato alla funzione di erogazione diretta delle prestazioni socio-assistenziali, tendenzialmente rivolte a situazioni connotate da elevata gravità, e nel quale viene abbandonato il ruolo fondamentale di regia e governo. Si tratta, dunque, di dover rinunciare agli obiettivi verso i quali hanno teso le riflessioni e le proposte negli ultimi 20 anni.

LETTURE...



- *Un nuovo ruolo per il terzo settore.* Se il sistema a titolarità pubblica si concentra su prestazioni per chi sta peggio, la possibilità di svolgere altre funzioni dipenderà sempre più dal terzo settore. Segnali di un lento spostamento del confine ci sono già, come ad esempio le funzioni di orientamento e accesso svolte efficacemente dal terzo settore attraverso i molteplici centri di ascolto (es. delle Caritas o dell'Auser) o le attività svolte dai CAF e patronati presenti diffusamente sul territorio nazionale (es. Acli). C'è da domandarsi però, fino a che punto sia legittimo, oltre che opportuno, che queste funzioni vengano gestite completamente al di fuori del perimetro pubblico.
- *Equità calante.* Chi avrà le capacità economiche, reti di relazioni e competenze nella costruzione di *network*, potrà ottenere riposte di cura adeguate e qualificate, mentre chi non possiede queste risorse sarà sempre più ai margini, a rischio di esclusione o in balia del mercato delle prestazioni. Le famiglie e le persone saranno dun-

que sempre più sole nel fronteggiare i propri bisogni sociali e crescerà l'iniquità complessiva del sistema.

- *Paradossi sull'efficacia.* L'esito di tali arretramenti sarà certamente l'incremento della domanda inespressa, che arriverà al servizio solo quando le condizioni di compromissione, gravità e urgenza non saranno più gestibili in autonomia. La conseguenza di ciò però sarà duplice. Una penalizzazione dell'efficacia dell'intervento sociale che, intervenendo su situazioni caratterizzate da urgenza e cronicità, vedrà indebolirsi la capacità di riparazione e di riattivazione delle risorse proprie della persona. E un incremento complessivo dei costi per il *welfare*, generato dal disinvestimento su promozione e prevenzione, invece notoriamente capaci di generare economie rispetto all'intervento ripartivo.

1] Cfr. K. AVANZINI, U. DE AMBROGIO, *Il percorso nei servizi*, in C. GORI (a cura di) *Come cambia il welfare lombardo*, Maggioli, 2011.

2] Cfr. V. GHETTI, *Il welfare che verrà: emergenziale, ripiegato sull'assistenza e di respiro corto*, pubblicato su www.lombardiasociale.it il 30 giugno 2012.