



PROGETTO MICROAREE: TERRITORIALIZAZIONE, DINAMICHE DI GOVERNANCE ED EMERSIONE DELLA VOICE

Governance e Sistemi locali di welfare – Prof.ssa de Leonardis
Autori: Elena Colli, Lorenzo De Vidovich, Fabio Moras

STRUTTURA

1) Territorializzazione

- Problematiche di partenza
- La territorializzazione
- La riforma sanitaria

2) Progetto microaree

- Dinamiche della governance
- La questione della quantificazione
- Sanità VS Assistenza sociale

3) Focus: la capability for voice nelle microaree

- Premessa: l'eredità basagliana
- Costruzione sociale delle basi informative
- Meccanismi di emersione della voice
- Criticità nel processo di emersione della voice





ROZZOLMELARA



TERRITORIALIZAZIONE

Lorenzo De Vidovich

QUARTIERI: DA SOLUZIONE A PROBLEMA

- «Quartieri di edilizia residenziale pubblica progettati come piattaforme per l'inclusione sociale ed urbana, con uno sguardo alla densità delle interazioni sociali e col vincolo di ridurre al minimo i costi di produzione» (Bricocoli, 2007: 145)
- Con una dinamica opposta gli stessi quartieri sono diventati emblema dell'esclusione sociale e urbana
- «Ciò che era soluzione è divenuto un problema» (Watzlawick, 1974)

RIQUALIFICAZIONE “A BASE AREALE”

- Da qui, l'esigenza di politiche *a misura di quartiere* attraverso un insieme di programmi basato sull'approccio **a base areale**:
- Assunzione di un ambito urbano quale campo d'azione per definire *geografie prioritarie*
- «Promuovere l'azione su un ambito territoriale come leva per ri-combinare ciò che le politiche pubbliche hanno trattato in modo disgiunto» (Bifulco, de Leonardis, 2006)

POLITICHE URBANE/POLITICHE SOCIALI

- Politiche di quartiere intrappolate nell'opposizione tra *politiche sui luoghi* e *politiche sulle persone*
- La questione sociale soppiantata dalla questione urbana, separazione dei due ambiti: «non si confligge ma ci si separa» (Donzelot, 2008, in Bifulco, 2015: 67)
- Quartiere come dispositivo attraverso cui perimetrare un'area che necessita degli interventi:
«Sono i quartieri i contesti urbani più critici a segnalare l'accumularsi di problematiche fisiche, sociali ed economiche e a rivelare l'inefficacia di politiche ordinarie e settoriali» (Bricocoli, 2007: 147)

TRATTAMENTO *MANICOMIALE*

«Il territorio come manicomio, con i suoi quartieri per i tranquilli e per gli agitati, per i lavoratori e per gli ammalati, per i vecchi e per i giovani, con i suoi guardiani e le sue regole» (Rotelli, 1988)

«Le Aziende dell'Edilizia residenziale pubblica vedono inquilini e non abitanti, i servizi sociali trattano casi individuali e non contesti, i lavori pubblici guardano alla qualità di una piazza in termini di un capitolato d'appalto e non come uno spazio sensibile» (Bricocoli, 2007: 150)



IL CASO DEI DISABILI A VALMAURA

«Se uno finisce in carrozzina e abita ad un piano alto, rimane lì. Per ovviare il problema hanno costruito due torri senza barriere architettoniche.

La gente prende il nuovo alloggio, arrivano qua...e scoprono che ci sono solo disabili. Questo ha fatto l'ATER di Trieste mettendolo sui giornali come l'ultimo progresso della scienza»

C.R.



RIDEFINIRE IL TERRITORIO



- Trattare il territorio come un contesto – e un dispositivo – per elaborare progetti e processi dove la specificità del caso individuale si relazioni ad una dimensione collettiva nel definire problemi, nell'individuare le domande, e trovare le risposte
- Superare il riduttivismo e il *separatismo* delle politiche e dei servizi orientati verso un quartiere dove i problemi sono intrecciati, *intrisi* l'uno dell'altro

BIFULCO (2015): TERRITORIALIZZAZIONE

- Si riferisce a due fenomeni distinti ma collegati:
 - La riorganizzazione territoriale basata meccanismi di *rescaling* dell'organizzazione fra Stato e poteri pubblici
 - Assumere il territorio come riferimento di politiche ed interventi
- Affrontare in modo mirato e integrato un insieme di problemi – sociali, fisici, economici – in aree delimitate, favorendo la realizzazione di politiche attive, processi di empowerment e inclusione
- Costruire *welfare di comunità* per contrastare i tradizionali limiti del welfare locale

TERRITORIO COME SETTING DEI SERVIZI



- «Uscire dalle stanze dei distretti»
- Nuovo setting dei servizi socio-sanitari opposto al modello clinico della *separazione*
- «Territorio come campo in cui far dispiegare domande di servizi e risorse locali» (Bifulco, Bricocoli, Monteleone, 2008: 377)
- «Innescare fenomeni di *capacity building*: valorizzazione degli operatori e dei cittadini» (de Leonardis, Monteleone, 2008) per accrescere *civiness*
- Operare *nel* e *con* il territorio alla produzione di salute

LA CURA DEI LUOGHI

- Territorio inteso come un oggetto da *curare*, dedicato alla produzione e al miglioramento di condizioni di benessere sociale
- «Superare il riduzionismo clinico (*individuo senza contesto*) ed il riduzionismo sociale (*contesto senza individuo*), con il territorio che fa da medium tra *casa, lavoro, socialità*» (de Leonardis, Monteleone, 2007: 175-178)
- Riconsiderare il territorio come un fattore di protezione e sostegno, nel far fronte a cause di vulnerabilità (Bifulco, 2015: 68)
- Azione *reach-out*: *L'ombrellone giallo di Giarizzole*. Trasformazione dello spazio pubblico in mediatore predisposto all'*ascolto attivo*
- Individualizzazione: Personalizzazione degli interventi con un lavoro *street-level* grazie all'intesa fra organizzazioni di diversa natura e finalità



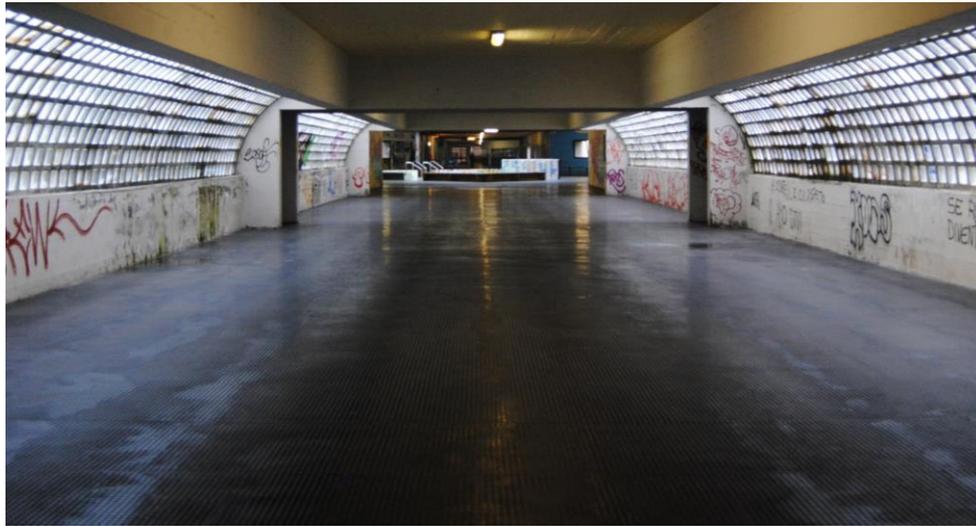
ATTIVAZIONE

- Protezione-promozione sociale: attivazione come piena attuazione della cittadinanza sociale
- Necessità di colmare i vuoti che si creano normalmente fra servizi e utenti, e di abbattere gli ostacoli istituzionali
- Intervenire in situazioni di sofferenza per sviluppare capacità individuali
- Promozione di processi di inclusione delle collettività locali; destinatario al centro dell'attenzione

Creare «una situazione molto civile con assistenza sia verso i giovani, sia verso gli anziani» Carmen Roll

“PROGETTI ASSURDI. MA ARCHITETTI FAMOSI”

C.R.



RIFORMA SANITARIA REGIONALE

➤ **Legge regionale 6/2006**

- Nel FVG una tradizione di elevato investimento pubblico nelle politiche sociali
- **Caratteristiche:** centralità attore pubblico, riconoscimento diritti sociali, servizi socio-sanitari articolati, presenza del terzo settore
- **Necessità di costruire sul territorio un sistema di opportunità di inclusione sociale e renderlo **setting dei servizi****
- **Inoltre, esigenza di potenziare i servizi territoriali per gli anziani alla luce dell'invecchiamento della Regione e della Provincia di Trieste (+65: 2005-2008: 26,3%→27,3%. Dati forniti da Carmen Roll)**

RIFORMA SANITARIA REGIONALE

- Articolazione pratica influenzata dalla storia delle politiche socio-sanitarie in FVG: **deistituzionalizzazione psichiatrica** (Trieste e Gorizia)
- Processo di dismissione psichiatrica:
 - «Riammissione nella società col fondamentale passaggio dal manicomio al territorio» (de Leonardis, Monteleone, 2007)
 - «Trasformazioni del ruolo degli assistiti e delle competenze psichiatriche, e più in generale del settore sanitario» (Bifulco, Bricocoli, Monteleone, 2008: 374)

RIFORMA SANITARIA REGIONALE — FRANCO ROTELLI

«Le malattie sono una questione sociale, biologica e psicologica, e se si vuole fare una politica sulla salute bisogna tenere conto di queste “determinanti non sanitarie della salute”, delle condizioni macro e delle condizioni micro, delle condizioni economiche e familiari»

«L'Italia ha imparato a frammentare le politiche sociali e sanitarie in tanti filoni, immaginando che l'oggetto sia completamente a seconda che si tratti di un problema sanitario o un problema sociale»

RIFORMA SANITARIA REGIONALE — FRANCO ROTELLI

«Stare dove sta la gente, curare la gente dove la gente vive, la vita della gente è una vita relazionata, ma l'ideologia dominante va nella direzione opposta, nella direzione della singola prestazione, della quantificazione delle prestazioni, dell'*efficientamento* del sistema e non dell'efficacia del sistema»

«Togliere la distinzione tra ospedale e territorio, rimettere insieme questi due sistemi, fare in modo che il territorio si rafforzi succhiando anche competenze specialistiche che giacciono nell'ospedale ma che possono anche essere sfruttate in ambiente territoriale»

MICRO-AREE A TRIESTE

- Applicando i principi della territorializzazione, e con la spinta della riforma sanitaria regionale, nel Comune di Trieste ha preso vita nel 2005 il progetto «Microaree»
- Intervento su *place* e *people*: accomunare azioni sociali, sanitarie e di riqualificazione degli spazi; avvicinare servizi e operatori ai quartieri per aprire un terreno di confronto e riflessione istituzionale





IL PROGETTO MICROAREE: GOVERNANCE E QUANTIFICATION

Fabio Moras

COSA SONO LE MICRO-AREE

- Il programma Micro-Aree, avviato a Trieste nel 2005 a partire da una precedente sperimentazione (Progetto Habitat), prevede interventi integrati sui temi della salute, dell'habitat e dello sviluppo di comunità in aree territoriali molto circoscritte
- Quartieri che contano in media fra 1000 e 2500 abitanti
- Si tratta normalmente di aree caratterizzate dalla prevalenza di insediamenti di edilizia pubblica

GLI OBIETTIVI DEL PROGETTO

10 OBIETTIVI NELLE MICROAREE

1. Realizzare il massimo della **conoscenza** sui problemi di salute delle **persone** residenti nelle microaree.
2. Ottimizzare gli interventi per **la permanenza nel proprio domicilio** ove ottenere tutta l'assistenza necessaria e contrastare l'istituzionalizzazione.
3. Elevare l'appropriatezza nell'uso dei **farmaci**.
4. Elevare l'appropriatezza per **prestazioni diagnostiche**.
5. Elevare l'appropriatezza per **prestazioni terapeutiche** (curative e riabilitative).
6. Promuovere iniziative di **autoaiuto ed etero-aiuto** da parte di non professionali (**costruire comunità**).
7. Promuovere la **collaborazione** di enti, associazioni, organismi profit e no-profit, per elevare il **benessere** della popolazione di riferimento.
8. Realizzare un ottimale **coordinamento** tra servizi diversi che agiscono sullo stesso individuo singolo o sulla famiglia.
9. Promuovere **equità** nell'accesso alle prestazioni (più qualità per i cittadini più vulnerabili).
10. Elevare il livello di **qualità della vita** quotidiana di persone a più alta fragilità (per una vita attiva ed indipendente).

QUALI SONO GLI ATTORI COINVOLTI?

- Gli attori coinvolti nel progetto sono:
 - Azienda Sanitaria
 - Comune (Trieste e Muggia)
 - ATER (Azienda Territoriale Edilizia Residenziale)
 - Terzo settore (cooperative, associazioni volontariato)

QUALI SONO GLI ATTORI COINVOLTI?

Il programma, voluto e promosso dall'Azienda sanitaria, è basato sull'idea che nella piccola scala sia possibile dare corpo a:

- **l'integrazione** fra competenze
- **coinvolgimento** dei servizi, del terzo settore e dei cittadini nelle scelte rilevanti per il benessere

COSA HA PERMESSO QUESTO PROGETTO?

Riforma dell'assistenza del 2000 ha come obiettivo:

- Costruire una **nuova architettura di governance** che distribuisca le responsabilità politico-amministrative fra lo stato, le regioni e i comuni sulla base di un principio di **sussidiarietà verticale**. Quindi lo stato si fa garante dell'universalismo selettivo mentre gli attori locali sono chiamati a tener conto della specificità delle persone e dei contesti.
→ combinazione tra autonomia locale e regolazione nazionale (Bifulco e Centemeri, 2008).
- Costruendo un **modello negoziale di governance**, si profila un **welfare locale attivo**, in cui siano coinvolte le comunità locali per la definizione delle politiche

- **Scala di decentramento** che pur mantenendo in capo allo stato la potestà legislativa, e i compiti di indirizzo e coordinamento, rafforza il ruolo delle regioni e dei comuni (processo è agevolato in questo caso dallo statuto speciale della regione del Friuli Venezia Giulia)
- **Rafforzare le responsabilità** delle istituzioni rispetto ai diritti al ben-essere. Con questo approccio si tenta di far riemergere le persone cadute nei vuoti delle maglie dei servizi, le zone d'ombra (Bifulco, Bricocoli, Monteleone)
- **Sviluppo di partnership** molto strette fra i servizi pubblici e le organizzazioni del terzo settore
- **Complementarietà** degli aspetti **sociali** con quelli **sanitari**: creazione di un conglomerato in cui tutte le dimensioni dell'intervento non restano dissociate come una **sommatoria di funzioni**, ma diano luogo ad una realtà di incontro e di messa in relazione di tanti soggetti ciascuno i quali diventa protagonista del proprio percorso di salute

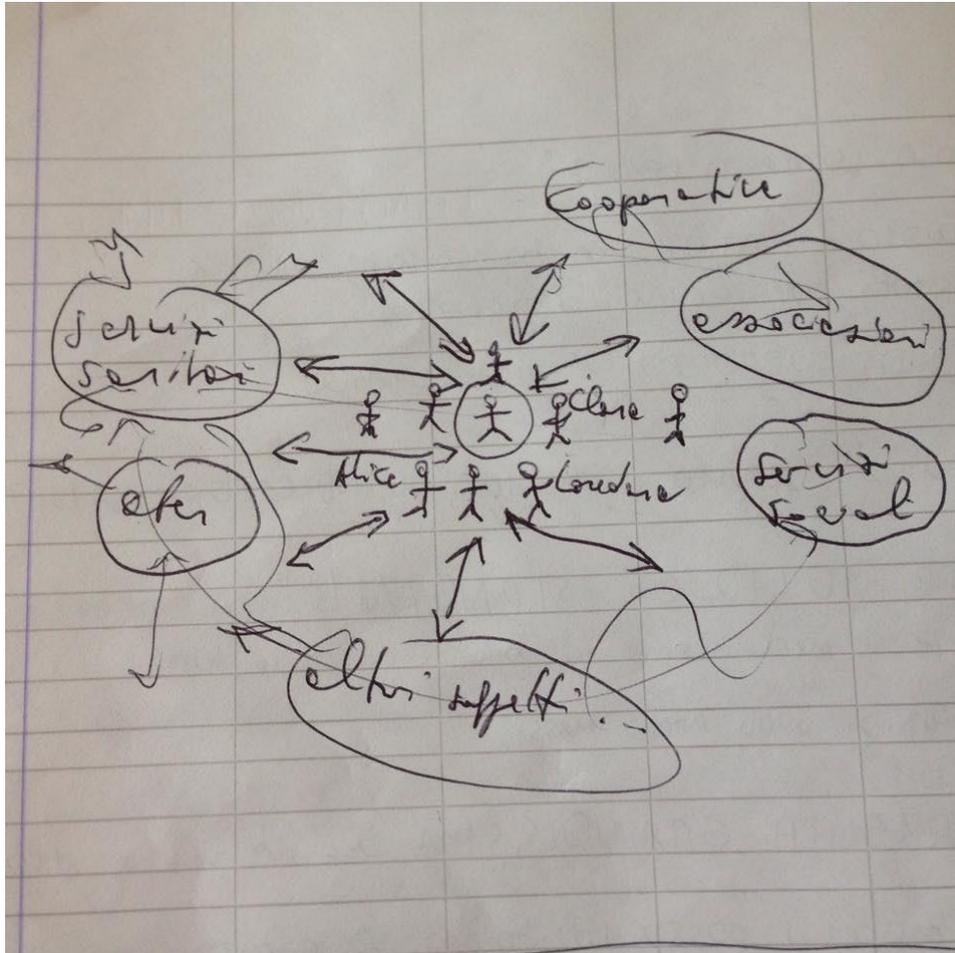
IN PRATICA...

- Lo scopo quindi è quello di **intervenire congiuntamente** sui contesti e sulle persone, mettendo insieme azioni sociali, sanitarie, di riqualificazione degli edifici e degli spazi pubblici.
- Avviene un aumento dei servizi di **prossimità** con interventi di tutela della salute, prevenzione del disagio sociale e riqualificazione delle condizioni abitative

CHI LAVORA SUL CAMPO?

- Referenti microarea
- Associazioni
- Portierati sociali (ATER)
- Operatori dei distretti
- Cooperative sociali
- Servizi sociali
- Volontari di servizio civile

ESEMPIO DI GOVERNANCE: MICROAREA ZINDIS



Ruolo del referente:

- Coordinamento operativo in collaborazione e raccordo con Comune, Ater, Azienda Sanitaria, terzo settore
- Intermediazione tra cittadini e istituzioni
- Attivatore di processi partecipativi

POTENZIALITÀ E CRITICITÀ

Potenzialità

- Maggiore capitale sociale
- Visione complessiva dei problemi
- Aumento rapporti di prossimità

Criticità

- Difficoltà coordinamento
- Sovrapposizioni di competenze
- Rischio di competizioni tra istituzioni (es. delegittimazione servizi sociali)

DIFFERENZE TRA MICROAREE

Microarea Zindis:

Referente del progetto: comune di
Muggia

Relazione scritta sulla situazione dei
progetti

Microaree distrettuali

Referente del progetto: Azienda
Sanitaria

Risposte in termini di dati sanitari
(quantitativi)

- La sanità presenta una separazione tra funzioni di finanziamento e funzioni di erogazione. Essa è collegata al fenomeno dell'**aziendalizzazione**, cioè all'introduzione di modelli organizzativi mutuati dall'**impresa privata**.
(Applicazione del **New Public Management**)
- L'innesto di culture e di pratiche "privatistiche" nelle amministrazioni pubbliche ha veicolato forme di responsabilità amministrativa incentrate sulla nozione di **accountability**. Adottata dal mondo dell'impresa di mercato, questa nozione è focalizzata sui **risultati dell'azione** (in termini di costi e di coerenza rispetto agli obiettivi prefissati) e sulla loro verificabilità e comunicabilità/discutibilità pubblica (Freedland, 2001)

CRITICITÀ NELLA RACCOLTA DEI DATI

“Io tra l'altro, ho anche problemi di tempo materiale per riempire le tabelle con questi dati, avrei anche bisogno di qualcuno che mi aiuti, questa per me è una criticità importante, perché le cose che faccio oggi magari le inserisco tra un mese.. e chi si ricorda che cosa avevo fatto un mese prima?”

- Le relazioni vengono consegnate separatamente, e secondo i referenti, i dati non vengono nè comparati nè analizzati complessivamente, arrivando addirittura a definirli una perdita di tempo quasi inutile

IN SINTESI.. COSA INFLUENZA I PROCESSI ATTUATIVI?

- Rapporti istituzionali
- Tipologia di professionalità in campo
- Coordinamento tra referenti
- Modo in cui vengono coinvolti i destinatari



MI ODIATE!!!..... E IO X DISPETTO
VI AMO TUTTI!!!

LE DINAMICHE DELLA VOICE MECCANISMI DI EMERSIONE E CRITICITÀ

Elena Colli

L'EREDITÀ DELL'ESPERIENZA BASAGLIANA

- Dall'apertura dei manicomi → all'apertura degli ospedali
- Uscita dalle strutture per entrare nelle case e distribuirsi nel territorio

Punti chiave:

- Concezione della sanità e del sociale come dimensione unica
- Principio di autodeterminazione
- Presa di parola degli "utenti": sono i diretti interessati a sapere di cosa c'è bisogno!



UN WELFARE SU MISURA PER LE MICROAREE



Contrapposto ad una trasformazione del welfare che vede:

- **Diritti** (di natura politica) → trasformarsi in **bisogni** a cui rispondere (oggettivi e misurabili)
- **Welfare residuale** che agisce su bisogni già in stato avanzato/dove c'è necessità
- Distribuzione delle risorse effettuata in base all'**appropriatezza della spesa**



COSTRUZIONE SOCIALE DELLE BASI INFORMATIVE

«Ciò che non viene contato non conta»

Inclusione della **voice** degli abitanti nella costruzione di *buone* basi informative per la realizzazione di *buone* politiche

→ Correzione del dato «street level», storie di vita, documentari audiovisivi, incontri informali regolari, portierato sociale, laboratori...



VOCI DA ZINDIS
DONNE E UOMINI DI ZINDIS SI RACCONTANO

25 MARZO 2015 ORE 9.00-17.30 - SALA MILLO
CONVEGNO "LA COMUNITA FA MEMORIA"

25 MARZO - 5 APRILE 2015 MUSEO UGOCARÀ
MOSTRA FOTOGRAFICA "STATIUNITI" DI LUCA QUAIÀ
INAUGURAZIONE 25 MARZO ORE 18.30

28 MARZO 2015 ALLE ORE 20.30 - TEATRO VERDI
PROIEZIONE DEL DOCUMENTARIO "STATIUNITI" REGIA DI LUCA QUAIÀ
SOGGETTO DI LUCA QUAIÀ E RICCARDO MARANZANA

Ingresso libero a tutti gli eventi

L'obiettivo è

- Realizzare il massimo di conoscenza delle condizioni di salute degli abitanti
- Ricerca di un nuovo tipo di indicatore che misuri e dimostri l'operato delle MA
- Miglioramento delle politiche a loro rivolte, impostazione di percorsi personalizzati



Storie di vita

- Guarda Margherita, siamo famose!
- Hai visto?? Ma ci vieni a guardarlo il documentario?
- Aah no, gli altri guardano. Io la so a memoria la mia storia, purtroppo l'ho anche vissuta!

→ *Libera Università dell'Autobiografia, dott. Duccio Demetrio*



Video e interviste

Dare voce dal basso a tutti i soggetti coinvolti, senza distinzioni tra operatori e abitanti. Il progetto come *bene comune*, realizzato tramite laboratori multimediali nel quartiere.

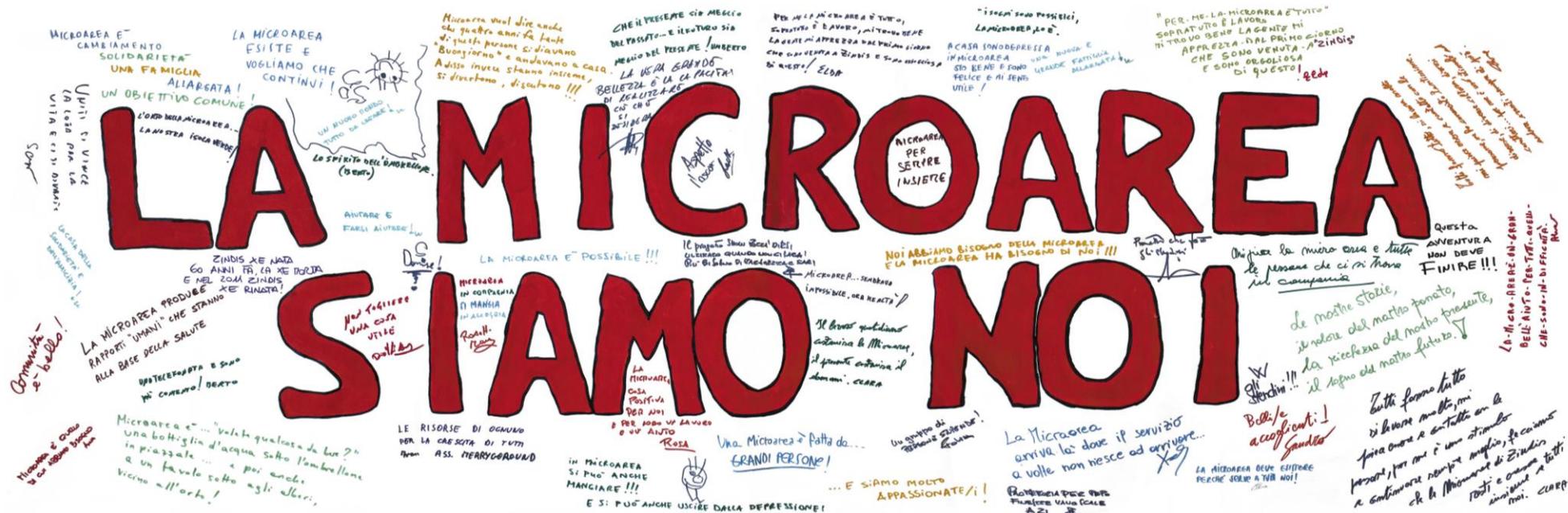


Mostra fotografica

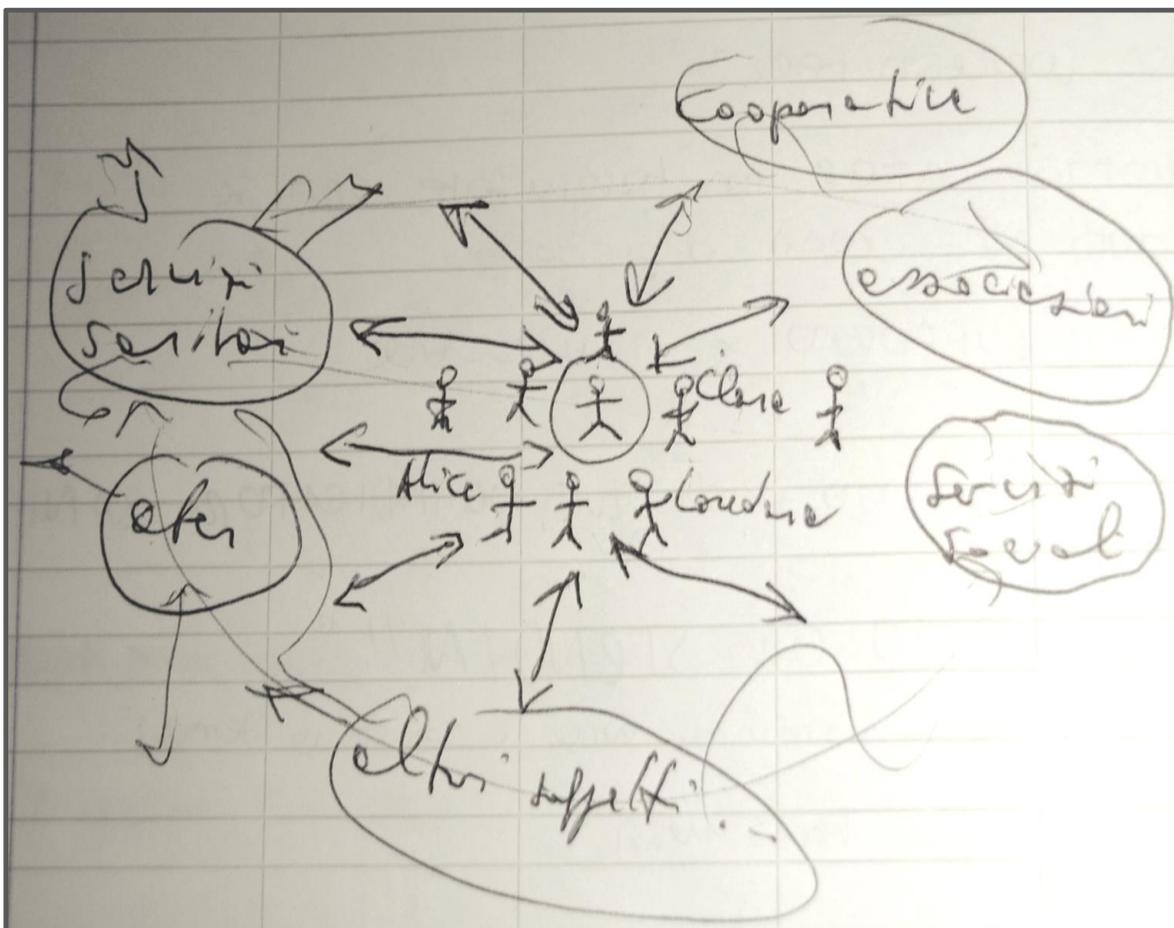
«Se non racconti quello che fai, nessuno sa quello che fai, non capisce quello che fai, e quindi non lo fa!»

→ *Coinvolgimento di fotografi professionisti, e volontari*

AVVICINAMENTO ISTITUZIONI - RESIDENTI



- «La microarea produce rapporti 'umani' che stanno alla base della salute!»
- «Una telefonata, e sono più contento»
- «Microarea è: 'volete qualcosa da bere?' una bottiglia d'acqua sotto l'ombrellone in piazzale...e poi anche un tavolo sotto all'albero, vicino all'orto!»
- «La microarea arriva là dove il servizio a volte non riesce ad arrivare...»



- **Rimozione dei simboli del potere** (cattedre, divise, camici, cartellini...) che definiscono ruoli e gerarchie
«Se non sanno chi sei, allora hai un bonus e puoi guadagnare la loro fiducia»
 es. Ombrellone: tirare fuori la gente dalle «tane»
- **Presenza quotidiana** sul territorio
«Bisogna viverci.»
- Collaborazione quotidiana con Servizio Sociale, Azienda Sanitaria e ATER con spazi di ascolto
- Utilizzo della sede come **spazio di incontro** (caffè settimanale, laboratori di sartoria, pranzi, spazio studio...)

BUONE BASI INFORMATIVE...

Approccio delle capabilities

«La libertà di essere e di fare» (Sen)
Capire cosa le persone sono in grado di fare
con le risorse a loro disposizione

Capacity to aspire

«La capacità di aspirare: di immaginare e
argomentare (anche attraverso la protesta)
una vita migliore»
(Appadurai)

**Che cosa ti
piacerebbe fare?**

Non sei la tua malattia

«Qui si parla della tua vita, non della tua
malattia»

Linguaggio

Non è quello sanitario ma quello della vita di
tutti i giorni. Salute anziché sanità... e tanto
dialetto!

...PER LA COSTRUZIONE DI BUONE POLITICHE



Es. Abitante di Zindis con forti problemi di depressione a cui viene "inventato" un lavoro, dunque un ruolo attivo nella comunità (con una borsa di lavoro): le pulizie alla signora anziana il lunedì, la pulizia della palestra il martedì, l'aiuto per la spesa insieme del mercoledì e così via.

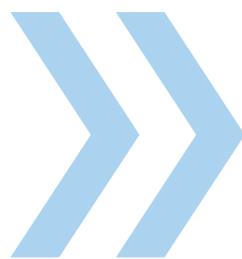
Es. Abitante ex cuoco professionista in forte depressione che ora cucina i pranzi una volta a settimana per 12-14 persone con difficoltà economiche del palazzo (auto-organizzazione del pranzo di quartiere, i Puffi)

RISALITA IN GENERALITÀ: DAL BISOGNO SINGOLO AL BENESSERE DELLA COMUNITÀ

Innescando nuove forme di ascolto, dialogo e quindi collaborazione con gli abitanti intorno ai problemi e alle necessità del rione, si sono create le opportunità di partecipare alla definizione di cosa occorresse fare e di come provare a farlo insieme: dal dialogo dei singoli al bene comune.



«Io non so fare le pulizie, io so lavorare la terra!»

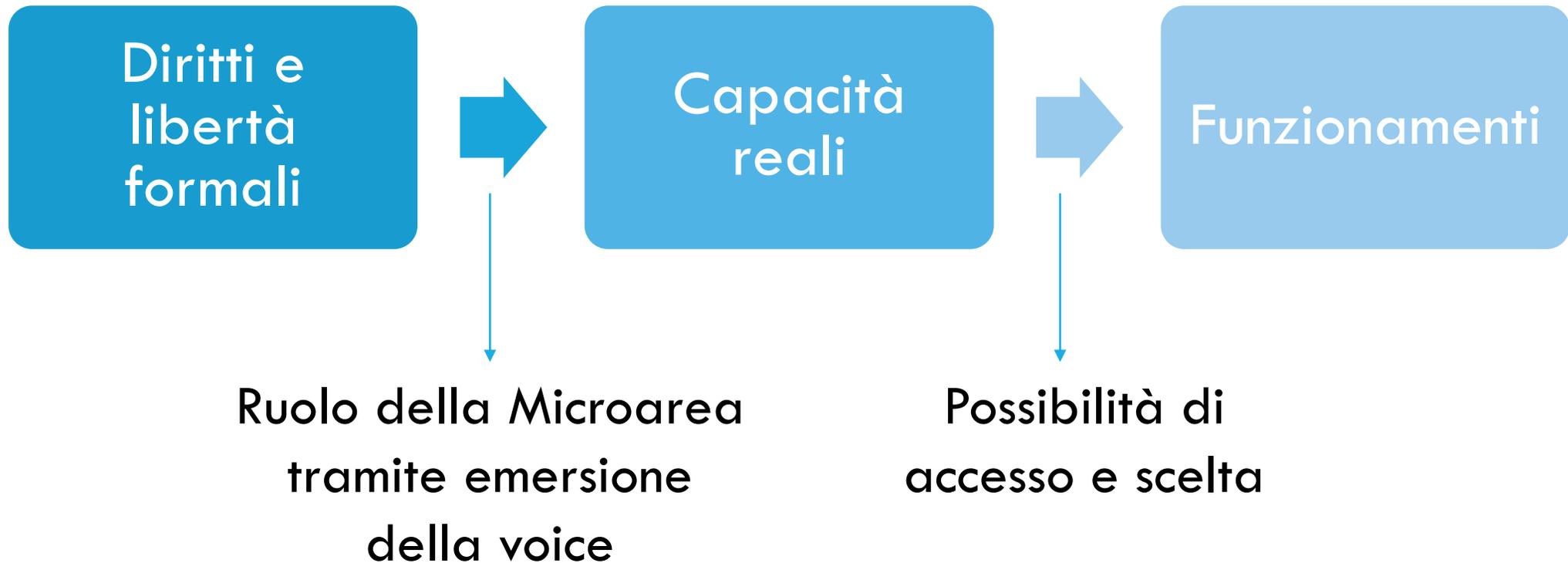


Orto di proprietà di tutti, utilizzato anche per la redistribuzione delle verdure in eccesso a chi è in difficoltà



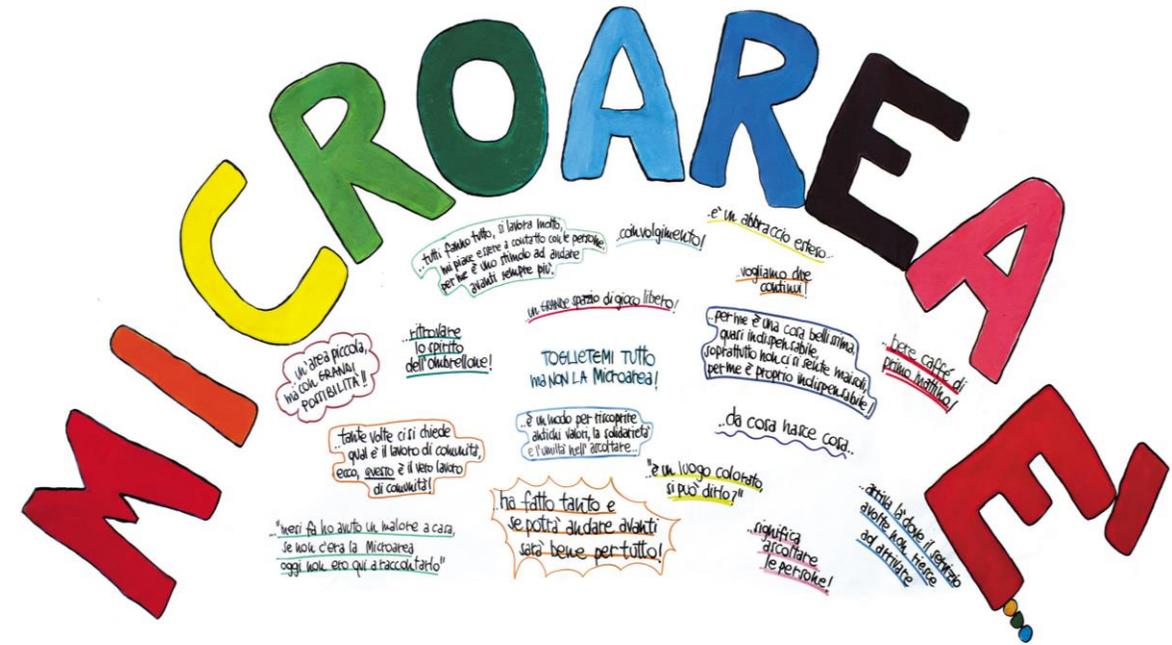
«In microarea si dà spazio alle idee e alle competenze di tutti e le persone non vengono trattate come utenti: per noi sono **solo delle risorse**»

MICROAREA AGISCE COME FATTORE DI CONVERSIONE



CRITICITÀ EMERSE

- La voce può essere **strumentalizzata** o non **incanalata** verso il decision making
- Per attivare la voce tramite queste dinamiche **servono risorse**, coinvolgimento porta a porta: ma il mancato riconoscimento dell'assistenza sociale come componente della salute comporta la carenza di risorse



BIBLIOGRAFIA

- Appadurai, A. (2011) *Le aspirazioni nutrono la democrazia*, Et. Al. Edizioni, Milano
- Bifulco, L. (2015) *Il welfare locale. Processi e prospettive*, Carocci, Roma, pp. 63-82, 117-123
- Bifulco, L., Bricocoli, M., Monteleone, R. (2008) *Welfare locale e istituzioni riflessive. Processi di attivazione in Friuli-Venezia Giulia*, in *La Rivista della Politiche Sociali*
- Bifulco, L., de Leonardis, O. (2006) *Integrazione tra le politiche come opportunità*, in Donolo, C. (a cura di) *Il futuro delle politiche pubbliche*, Mondadori, Milano, pp.31-57
- Bricocoli, M. (2007) *Territorio, contrattualizzazione e politiche urbane: scomposizioni e ri-composizioni dell'azione pubblica nelle politiche di quartiere* in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali: forme ed effetti*, Officina edizioni, Roma
- de Leonardis, O., Mauri, D., Rotelli, F. (1994) *L'impresa sociale*, Anabasi, Milano
- de Leonardis, O. e Monteleone, R. (2007) *Dai luoghi di cura alla cura dei luoghi a Trieste e dintorni* in Monteleone R. (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali: forme ed effetti*, Officina edizioni, Roma
- Massiotta, S. (2006) *La sperimentazione Micro-Win a Trieste: cornici, dispositivi, pratiche di integrazione delle politiche pubbliche*, Tesi di Master in Sviluppo locale, Qualità sociale – Università degli Studi Milano-Bicocca, Facoltà di Sociologia

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!

