



**Case della Comunità.  
Alla ricerca di una «nuova»  
nozione di pubblico**



**FORUM  
DISUGUAGLIANZE  
DIVERSITÀ**



**Case della Comunità.  
Alla ricerca di una «nuova»  
nozione di pubblico**



*Il vento, la bora, le navi che vanno via  
il sogno di questa notte  
e tu l'eterno soccorritore  
che da dietro le piante onnivore  
guardavi in età giovanile  
i nostri baci assurdi alle vecchie cortecce della vita.*

*Come eravamo innamorati,  
noi, laggiù nei manicomi  
quando speravamo un giorno di tornare a fiorire  
ma la cosa più inaudita, credi,  
è stato quando abbiamo scoperto  
che non eravamo mai stati malati.*

“A Franco Basaglia”. Poesia di Alda Merini.



---

## Indice

<b>1. Introduzione. Le Case della Comunità nella normativa vigente</b> .....	9
<b>2. Le Case della Comunità che vorremmo. Quattro tratti essenziali</b> .....	11
<b>3. Perché non possiamo affidare le Case della Comunità solo ai privati</b> .....	14
<b>4. Ci vuole il pubblico. Ma attenzione a dire pubblico!</b> .....	18
<b>5. Le Case della Comunità come primo grande esempio di governo democratico di bene comune dei servizi socio-sanitari</b> .....	19
<b>6. Buone pratiche</b> .....	22
<b>7. Allegato 1</b> .....	27



## Premessa

*Il documento è frutto di una serie di seminari realizzati dal gruppo di lavoro sul Welfare del Forum Disuguaglianze e Diversità, coordinato da Elena Granaglia a cui hanno partecipato Vittorio Agnoletto, Giorgia Amato, Chiara Bodini, Maurizio Bonati, Maria Grazia Cogliati Dezza, Giuseppe Costa, Luca Fazzi, Gaetano Giunta, Elena Granaglia, Ambrogio Manenti, Andrea Morniroli, Mirco Nacoti, Luca Negro, Vanessa Pallucchi, Rosetta Papa, Franco Prandi, Giulia Romani, Lorenzo Sacconi, Carlo Saitto, Paolo Scaramuccia, Giacomo Smarrazzo, Riccardo Sollini, Diego Targhetta. Il rapporto di ricerca è stato curato da Giorgia Amato, Elena Granaglia e Andrea Morniroli.*

*Il documento si completa con l'allegato "Significati e cornici del concetto di pubblico", testo pensato e proposto da un gruppo di riflessione che ha lavorato in preparazione del Festival "Desiderabili Futuri. Senza disuguaglianze, per un mondo sostenibile" tenutosi ad Oristano dal 26 al 29 Giugno 2024. Il gruppo coordinato da Andrea Morniroli e Andrea Pianu è composto da Antonello Caria, Carla Ota De Leonardis, Giovanna Del Giudice, Nerina Dirindin, Elena Granaglia, Enrica Morlicchio, Giorgio Pintus, Antonello Podda, Caterina Pozzi, Massimo Ruggeri.*

*Il lavoro si concentra sulle Case della Comunità nel settore sociosanitario, pur nella consapevolezza che le Case della Comunità possono agire anche in altri ambiti. L'obiettivo è essenzialmente quello di indagare su come le Case della Comunità possano offrire l'opportunità per ripensare la funzione pubblica, rivitalizzando il lavoro sociale, l'attenzione alla multidimensionalità dei bisogni e la partecipazione dei diversi soggetti coinvolti. In questa prospettiva, il lavoro ambisce ad individuare indicazioni concrete, a prescindere dai molti dettagli organizzativi. Il lavoro va, altresì, inteso come prima tappa di un processo di riflessione più complessivo. Le esperienze pratiche esaminate sono le esperienze raccontate ai nostri seminari. Non includono l'esperienza delle case della salute (che possono essere considerate antisignane delle Case della Comunità) e neppure sono esaustive delle esperienze realizzate di Case della Comunità.*

## 1. Introduzione. Le Case della Comunità nella normativa vigente

Le Case della Comunità compaiono all'interno della Missione 6 del PNRR contenente gli interventi a titolarità del Ministero della Salute. Tali case sono definite come "punto di riferimento continuativo per la popolazione che ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento». Detto in altri termini, si configurano come strutture socio-sanitarie polivalenti che forniscono assistenza di tipo primario e attuano attività di prevenzione nonché di promozione della salute.

Nel maggio del 2022 il Ministero della Salute ha approvato con il Decreto n. 77/2022 il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" che ne definisce le caratteristiche. Il nuovo sistema configurato dal DM. 77/2022, oltre a fornire degli standard per l'assistenza territoriale, nonché il contesto organizzativo entro il quale effettuare gli investimenti previsti dal PNRR, introduce il modello organizzativo delle Case della Comunità, identificate come il nuovo perno essenziale della sanità territoriale.

Dal punto di vista organizzativo il Regolamento prevede due tipologie di Case della Comunità, definite *Hub* e *Spoke*, in base alla grandezza del territorio e al numero degli abitanti. Entrambe le tipologie sono chiamate a provvedere servizi di assistenza primaria sul territorio, tuttavia la tipologia *Hub*, ossia quella principale nell'erogazione dei servizi sanitari, è chiamata anche a fornire attività specialistiche e di diagnostica di base. Le tipologie *Spoke*, invece, sono utili ad aumentare la capillarità sul territorio. Inoltre, anche gli standard organizzativi delle Case della Comunità (CdC) variano tra due tipologie di struttura che si differenziano fra le previsioni obbligatorie (allegato 2 del DM) e quelle facoltative (allegato 1 del DM). In particolare, tra le previsioni facoltative sia per *hub* che per *spoke* compaiono le attività consultoriali e quelle rivolte ai minori, gli interventi di salute pubblica e i programmi di *screening*.

In termini di risorse economiche, dei 15 miliardi totali previsti dal PNRR in ambito della presa in carico della persona, sono 2 i miliardi previsti per le CdC. I finanziamenti sono ripartiti tra le regioni in base alla quota di accesso del 2021, con un meccanismo di ponderazione che prevede una quota di risorse pari al 45% solo per l'area del Mezzogiorno (Openpolis, 2023).

Il piano richiede l'apertura di almeno 1.038 CdC su tutto il territorio nazionale. Le strutture utilizzate possono anche essere già esistenti, si richiede solo che siano rinnovate e tecnologicamente avanzate. Le mansioni attribuite dal DM 77 sono riportate nella tabella seguente.

Servizi	Modello	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Le carenze attuali della medicina primaria e degli interventi di contrasto alla non auto-sufficienza; l'incremento

verificatosi in questi anni nella spesa privata, sia essa interamente a carico dei singoli oppure, sia essa agevolata fiscalmente (grazie anche al *welfare* aziendale) oppure sia essa favorita dalle spinte che tendono a sostituire l'approccio socio-sanitario con uno esclusivamente sanitario e vantaggioso per privato convenzionato, hanno via via indebolito e rarefatto la presenza dei servizi territoriali e posto in secondo piano, a volte definitivamente cancellato, concetti quali prevenzione e prossimità. Inoltre, il persistente e crescente scaricamento degli oneri della non-autosufficienza sulle famiglie, in un paese in cui i compiti di cura non sono declinati con equilibrio tra maschi e femmine, finisce per scaricare quasi sempre sulle donne tale onere con pesanti ricadute sui loro percorsi lavorativi e più in generale di autonomia ed emancipazione personale.

Il punto, è che a prescindere dalle nuove linee di indirizzo elaborate a giugno 2024 da Agenas sulle case Hub, le quali sottolineano il ruolo dell'integrazione socio-sanitaria e della partecipazione del terzo settore, l'attuale governo appare assai poco amichevole nei confronti della Case della Comunità. Inoltre, nonostante le nuove linee di indirizzo, le Case della Comunità continuano a potere essere declinate in modo assai diverso fra i due estremi del poliambulatorio che si limita ad offrire le prestazioni indicate contrastando il sovraccarico degli ospedali, e di un presidio focalizzato a produrre salute per tutti e tutte, riducendo le disuguaglianze in questo spazio e facendo leva sulla partecipazione delle reti formali e informali intessute dalla comunità, prospettando anche la possibilità di pensare e sperimentare una nuova visione di pubblico.

Certo, se poniamo mente alle code infinite cui si rischia di essere sottoposti nei pronti soccorso, anche un poliambulatorio può sembrare ed è desiderabile. Ma se si propone una Casa della Comunità qualcos'altro dovrebbe essere ricercato. Diversamente, si proporrebbero, appunto, nuovi poliambulatori. Questo qualcos'altro deve, secondo noi, avere alcune caratteristiche che ci portano al polo opposto dei poliambulatori sopra indicato. In prima istanza perché le Case della Comunità richiamano temi che convengono al pubblico e meno si prestano agli interessi del privato, come "territorio", "prevenzione", "socio-sanitario", in una cornice che guarda alla "salute" e non alla "sanità". In seconda istanza e di conseguenza a una tipologia di intervento dove la funzione pubblica è estesa e agita a più soggetti e attori che percepiscono la necessità di operare nella complessità di determinanti, non solo sanitarie appunto, che impattano sulla salute e sul benessere delle persone. In questa prospettiva, le Case della Comunità possono diventare il primo grande esempio di un governo democratico dei beni comuni costituiti dai servizi socio-sanitari.

Il lavoro è strutturato nelle cinque parti seguenti. Nella prima parte, delineiamo i tratti essenziali delle Case della Comunità che vorremmo. Nella seconda parte, presentiamo le ragioni per cui le Case della Comunità non possono diventare il luogo dove il pubblico semplicemente delega la propria responsabilità sulla salute delle persone a soggetti privati. Nella terza, ci focalizziamo sui limiti della gestione statale, gerarchica e burocratica che ha spesso caratterizzato l'azione pubblica. Nella quarta, cerchiamo di delineare una nuova visione di pubblico, che si ispira alla prospettiva della governance dei beni comuni, mettendo in discussione l'esclusività dell'attribuzione della funzione pubblica all'organizzazione statale. Nella quinta e ultima, presentiamo alcuni casi concreti di Case della Comunità o organizzazioni di fatto simili, seppure chiamate diversamente, che hanno messo a terra molti degli elementi del nuovo governo democratico che auspichiamo.

Un'ultima precisazione. Ragionare sulle Case della Comunità impone di affrontare molteplici questioni. In questa sede, la nostra attenzione è centrata sull'identificazione di una nuova idea di pubblico da opporre al senso comune che, di fronte ai tanti limiti attuali nonché del più complessivo vincolo delle risorse, sempre più pensa che l'espansione dell'offerta privata sia l'alternativa da perseguire o che il pubblico non possa che essere l'intervento statale gerarchico. Le Case della Comunità ci offrono l'opportunità per pensare a questa sfida.

## 2. Le Case della Comunità che vorremmo.

### Quattro tratti essenziali

Quattro sono i tratti principali delle Case della Comunità che vorremmo. Tutti e quattro (il riferimento al numero quattro non implica un ordinamento) riflettono l'adozione di un *focus* sulla salute quale valore intrinseco. Il che non implica, ovviamente, che ai fini della salute, l'offerta delle prestazioni riportate nel DM 77 non conti. Il punto è che rappresenta un tassello che va combinato con altri tasselli. Manifesta dovrebbe essere, nella loro scelta, l'influenza della prospettiva delle capacità sviluppata da Sen e Nussbaum basata sulla centralità dei risultati (quale è, appunto, la salute), delle libertà e del trattamento dignitoso.

**L'Integrazione sociosanitaria.** La prima caratteristica è costituita dall'integrazione fra dimensione sanitaria e sociale. Da un lato, l'integrazione è richiesta dalle domande stesse di cura che vengono espresse dalle persone. Basti pensare alle domande relative alla salute sessuale e riproduttiva o alla salute mentale o alle domande relative alla non autosufficienza. Ad esempio, l'Assistenza domiciliare integrata richiede integrazione fra attività diverse, sociali e sanitarie. Non può essere ridotta a intervento *spot* sacrificato dagli investimenti orientati all'istituzionalizzazione (per altro quasi mai accompagnata con interventi SAD). Al riguardo, vale la pena tenere a mente come già oggi oltre il 30% delle famiglie italiane sia composto da persone che vivono da sole. Il rischio della non auto-sufficienza, dunque, non è limitato ai grandi anziani.

Dall'altro lato, l'integrazione è indispensabile per attaccare i cosiddetti determinanti sociali della salute. Certo, a tal fine, servono politiche extra-sanitarie di riduzione delle disuguaglianze economiche (cfr. ad esempio i lavori di Marmot sul gradiente sociale della salute, ossia, sulla relazione fra disuguaglianze di reddito e salute). Serve, tuttavia, anche l'integrazione fra interventi sociali e sanitari. A quest'ultimo riguardo, Costa, in uno dei nostri seminari, ha richiamato uno studio effettuato a Torino, il quale dimostra come, nel diabete, le differenze di salute riguardano l'accesso alla diagnosi piuttosto che la cura. Detto in altri termini, una volta entrati nel sistema di cura, le cure funzionano. Il problema è prevenire lo sviluppo della malattia e su questo piano le disuguaglianze sociali contano. Occorre, pertanto, "andare verso" le persone più svantaggiate, cercando di incidere *ex ante* sui fattori di rischio (stress, sedentarietà, dieta ipercalorica), i quali non sono attaccabili dall'offerta di singole prestazioni sanitarie.

Ora è certamente vero che il DM 77 e il nuovo regolamento inseriscono l'integrazione coi servizi sociali fra i compiti delle Case della Comunità. Altrettanto è vero che le Case della Comunità non possono ospitare tutti i servizi sanitari e sociali che sarebbero necessari. Il punto è che l'immissione del riferimento alle prestazioni sociali rischia di tramutarsi in una mera addizione di attività, quando l'integrazione fra le diverse attività è ciò che conta. Inoltre, attività intrinsecamente a natura sanitaria e sociale, quali le attività relative alla salute mentale e ai consultori, sono facoltative. Inoltre, pur non potendo ospitare tutte le azioni sociali e sanitarie necessarie, le Case della Comunità possono (e devono) strutturarsi come presidio "prossimo e accessibile" e contemplare spazi di socialità e socializzazione. Inoltre, parafrasando la Casa della carità, anche se non contengono tutti i servizi, le Case della Comunità possono (e devono) rappresentare un "luogo dei luoghi che include progettualmente una serie di luoghi fisicamente dislocati nella città e messi in rete tra di loro, deputati all'accoglienza e cura", fra i quali anche "domiciliarità nelle sue diverse espressioni, persino quando un domicilio fisico non c'è e il cittadino va incontrato sulla strada o in un luogo degradato e fatiscente".

In breve, se riescono da un lato a strutturarsi come presidio "prossimo e accessibile" e dall'altro lato a offrire servizi diversi e multidisciplinari, le Case della Comunità possono arrivare a parti di popolazione che difficilmente si relazionano non solo con il sistema dei servizi ma anche con altri luoghi più tradizionali di partecipazione. Per dirla con un concetto caro al ForumDD possono essere spazi dove si riduce la distanza tra cittadini e cittadine e cosa pubblica riducendo così quella "disuguaglianza di riconoscimento" che rende più dense e insopportabili tutte le altre, alimentando in tal modo frammentazione e rabbia sociale. In tal senso, al fine di potenziare l'attrattività della Case della Comunità un'attenzione importante deve essere data anche all'organizzazione e vivibilità degli

spazi anche dal punto di vista della cura dei luoghi e della piacevolezza delle relazioni (fare bene alla salute non solo come risposta ai bisogni e alle mancanze ma anche con la capacità di accogliere bene, di proporre “bellezza” e quindi di dissodare talenti e aspirazioni).

**L'attenzione alle relazioni.** Le domande di cura, oltre alla qualità tecnica della prestazione coinvolta, includono essere ascoltati ed essere sostenuti nei momenti di difficoltà e sofferenza. In breve, essere trattati sulla base di un'uguaglianza fondamentale di considerazione e di rispetto, rifuggendo da rapporti di “dominio”, in cui la persona curata è posta in una condizione di inferiorità rispetto a chi cura. Prima o poi tutti avremo bisogno di cura, essere bisognosi non è segno di inadeguatezza personale, e prestare cura riconoscendo l'altro/l'altra come uguali, assicurandone il coinvolgimento e ascoltandone la voce, è cifra di una società giusta. Relazioni paritarie sono anch'esse centrali al fine della riduzione delle disuguaglianze di riconoscimento sopra ricordate. Insomma, se agite in questa multi dimensionalità di approccio le Case della Comunità sono un luogo che favorisce l'instaurarsi di una relazione positiva e di fiducia tra persone e istituzioni. Cosa fondamentale oggi soprattutto nei contesti di più forte disagio e marginalità dove il peso agito sul quotidiano dai bisogni materiali, insieme alla sfiducia rispetto alle politiche pubbliche, porta le persone a sacrificare e mettere da parte tutto quello che nell'immediato appare come secondario o non urgente come l'attenzione alla cura in assenza di patologie evidenti e come ad esempio la cura del benessere personale.

A favore dell'attenzione alle relazioni si aggiungono le considerazioni più strumentali aventi a che fare con la natura di alcuni dei nuovi rischi sociali. Le malattie croniche, ad esempio, non sono eventi singoli affrontabili interamente da interventi di terzi, a prescindere dal coinvolgimento di chi ne è penalizzato. Il coinvolgimento dei malati nella cura è essenziale. Se così, l'attenzione alla qualità delle relazioni contribuisce anche alla soddisfazione delle finalità più strettamente sanitarie.

**La predisposizione al lavoro multidisciplinare e la valorizzazione del lavoro sociale e delle risorse della comunità.** Integrare dimensione sanitaria e sociale è azione diversa e più esigente rispetto ad istituire un punto unico di accesso. Richiede di sapere lavorare in modo multidisciplinare, grazie alla creazione di squadre multiprofessionali. Richiede altresì di coinvolgere le associazioni della cittadinanza sociale, le cooperative e le imprese sociali, le organizzazioni di volontariato e le reti informali e formali esistenti nel territorio, in breve, le risorse della comunità. Nel caso sopra citato del diabete, ad esempio, servono équipe multiprofessionali costituite non solo da medici diabetologi, ma anche da insegnanti di scuola, farmacisti e altre realtà territoriali, quali le biblioteche, i gruppi di cammino, frequentatori abituali di un luogo o i genitori di una scuola, eventuali reti di giovani che né lavorano né studiano, le associazioni di volontariato etc.

Il coinvolgimento della comunità, da un lato, permette di acquisire informazioni altrimenti indisponibili sia su bisogni inespressi o poco conosciuti che sono presenti nei diversi luoghi sia su modalità alternative di farvi fronte. Le organizzazioni della cittadinanza attiva, ad esempio, spesso riescono a portare fuori dall'ombra soggetti talmente marginali da essere finiti in una sorta di “area di scarto”, soggetti che il pubblico nelle sue scelte ordinarie non riesce ad includere fino a che non si sperimentano e si suggeriscono politiche nuove perché da “invisibili” diventino persone “tracciabili” e quindi beneficiarie delle risposte che sono per tutti. Da un altro lato, permette di sfruttare contributi, in particolare in materia di integrazione sociosanitaria, dove gli enti del terzo settore hanno un valore aggiunto che sarebbe uno spreco e un'ingiustizia non utilizzare. Da ultimo, è fonte di libertà/opportunità. Chi, in diverse forme, vuole partecipare direttamente nella realizzazione del bene della cura è ascoltato e coinvolto. Può, in altri termini, dedicarsi al meglio alla promozione del benessere della comunità. Solo dalla collaborazione di tutti gli attori coinvolti può derivare il rafforzamento di entrambi i sistemi (sanitario e socio-assistenziale) favorendo un effetto traino nella corretta attivazione della domanda e nella soddisfazione dei bisogni emergenti soprattutto dei soggetti più fragili.

In questo senso, la Casa della Comunità è doppiamente della Comunità: serve la comunità e la serve promuovendo il complesso delle risorse della comunità.

Naturalmente, valorizzare richiede un disegno istituzionale appropriato. Serve introdurre nuovi schemi atti alla formazione multidisciplinare dove figure professionali diverse si formano insieme approfondendo temi e pratiche come la sostenibilità sociale, la prossimità, la costruzione stessa di un profilo di comunità, in un mondo che tende a rompere le comunità, l'attivazione di reti per la prevenzione e la salute dentro la comunità. Serve contrastare la penalizzazione, economica e di complessivo *status*, di chi presta lavoro sociale rispetto a chi presta lavoro sanitario. Serve assicurare una partecipazione effettiva dei lavoratori, delle lavoratrici e delle diverse associazioni, evitando coinvolgimenti di facciata e, come direbbe don Ciotti, un uso delle associazioni “quale mera stampella”. Serve attivare possibilità di sperimentare, di tarare le risposte sulla base delle differenze fra luoghi. Contro la proliferazione di regolamentazioni procedurali omogenee e controlli *top down*, serve dare spazio a processi di auto-valutazione fra pari.

**L'afflato universalistico.** L'ultima caratteristica delle case delle Comunità che vorremmo concerne l'afflato universalistico. Se la salute conta, allora essa conta per tutti e tutte e per tutti e tutte va ricercata. L'articolo 32 della nostra Costituzione è netto: “la tutela della salute è diritto fondamentale dell'individuo, nonché interesse della collettività”. Se così, la prospettiva non può che essere universale. Certamente, non siamo in grado di uguagliare la salute. Siamo, però, in grado di assicurare a tutti e a tutti l'accesso ai servizi essenziali di prevenzione e di cura. I servizi sociosanitari sono un bene comune se, seguendo Rodotà, i beni comuni sono i beni che servono alla soddisfazione dei diritti fondamentali, beni, dunque, che devono essere a tutti accessibili (nessuno può essere escluso, anche qualora ciò fosse tecnicamente possibile).

Il punto va sottolineato. La nostra visione di Casa della Comunità non poggia su una visione comunitaria dove le singole Comunità hanno piena libertà, sulla base delle risorse detenute e delle preferenze espresse, di definire “cosa dare a chi” ai fini della salute della popolazione. Poggia su una visione universale basata sui diritti. Poiché gli individui hanno caratteristiche diverse e vivono in condizioni diverse, anche gli interventi saranno diversi. Ad esempio, poiché una Casa della Comunità nasce in un territorio preciso e dovrebbe derivare da ciò che i cittadini di quel territorio contribuiscono a delineare come bisogno e potenzialità di risposta, in un piccolo paese, dove le conoscenze reciproche sono più alte, certe dinamiche di un'autentica Casa della Comunità in alcuni casi possono essere più praticabili rispetto ad un grande centro urbano. Il fine ultimo, tuttavia, è di includere tutti e tutte nell'accesso a quanto necessario per avere salute.

Per questa ragione, la nostra visione è, altresì, diversa da quella che vedrebbe nella Casa della Comunità un'istituzione rivolta agli “ultimi”. Di nuovo, chi soffre di una molteplicità di svantaggi potrebbe avere bisogno di interventi diversi e anche supplementari rispetto a persone meno svantaggiate. L'afflato è universalistico, come nella prospettiva dell'universalismo progressivo.

### 3. Perché non possiamo affidare le Case della Comunità solo ai privati

Pensare di affidare ai privati le Case della Comunità potrebbe sembrare un ossimoro. Se della comunità, le case non possono essere private. I rischi di un tale affidamento sono, tuttavia, presenti.

Sappiamo, infatti che da un lato, le esternalizzazioni godono, da tempo, di tanti difensori. Basti pensare alle elaborazioni dell'Ocse, secondo cui la separazione fra le funzioni rappresenterebbe addirittura il primo dei “dieci comandamenti” per le riforme dei servizi sanitari. Nella stessa direzione vanno i tanti richiami dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato a favore di più privato in sanità fino all'«impegno a introdurre per i servizi pubblici locali norme finalizzate a imporre all'amministrazione una motivazione anticipata e rafforzata che dia conto delle ragioni del mancato ricorso al mercato» presente nel PNRR. L'assunto di fondo è che non vi siano differenze intrinseche fra forme organizzative; il privato può produrre quello che produce lo Stato. Se così, si tratta di affidarsi a chi può produrre meglio. E concorrenza e privato avrebbero un vantaggio comparativo in

termini di efficienza e di espansione della libertà di scelta. Peraltro, ritroviamo un favore nei confronti delle esternalizzazioni già all'inizio degli anni '80 in proposte della *Rivista trimestrale*, che hanno poi influenzato una parte non indifferente della sinistra. Dall'altro lato, in particolare dove più forte è stato il disinvestimento sul personale e dove più nette sono le spinte alla privatizzazione della sanità, il rischio è che gli investimenti previsti dal PNRR per l'apertura delle Case della Comunità (*ex-novo* o sistemando strutture preesistenti), nei fatti diventino una deriva in cui i soldi pubblici vengono spesi per costruire strutture che alla fine vengono affidate al privato convenzionato per la loro gestione. Come noto, i finanziamenti del PNRR si concentrano sugli investimenti in conto capitale e non sulla spesa per il personale.

I limiti delle esternalizzazioni sono, tuttavia, molteplici.

**I limiti dei bandi.** Un primo limite concerne i bandi. La logica dell'affidamento porta, infatti, inevitabilmente alla logica dei bandi e sappiamo che tale strumento spesso non è il più adeguato e porta con sé diversi limiti.

La giustificazione principale invocata a favore dei bandi quale meccanismo di affidamento di compiti di produzione risiede nella desiderabilità del processo concorrenziale. L'operatore pubblico fissa inizialmente gli obiettivi ritenuti desiderabili e poi la gara indotta dal bando permette di scegliere l'organizzazione migliore. Ora, non solo la gara potrebbe avere difficoltà a svilupparsi. Se la concorrenza non si sviluppa, i produttori si accaparrano guadagni di benessere a discapito dei consumatori. Da un lato, in particolare in posti piccoli, il numero di partecipanti potrebbe, infatti, essere limitato. Dall'altro, in presenza di gare ripetute, potrebbe essere difficile negare l'affidamento a chi l'ha già avuto implicando rischi di licenziamento di personale e costi non recuperabili. Non a caso, gli inglesi parlano del rischio di "*sweetheart agreements*", ossia, di una trasformazione dei bandi in accordi fra fidanzatini. Peraltro, anche qualora il bando fosse competitivo, chi lo vince diventa quanto meno un quasi monopolista (in termini più precisi, vi sarebbe concorrenza per il mercato, ossia per vincere la gara, ma non concorrenza nel mercato). Il che significa che, per la durata del bando, gode di barriere all'accesso.

Ma non è tutto. Ipotizziamo che una qualche concorrenza abbia luogo. Ebbene, in ambito sanitario e sociale, la concorrenza potrebbe non avere gli esiti attesi. Per dare i suoi frutti, la concorrenza richiede simmetria informativa. Chi sceglie deve potere osservare le capacità dei diversi soggetti che accedono al bando e deve potere monitorare nel tempo i comportamenti di chi si aggiudica il bando. Le asimmetrie informative in ambito sociale e sanitario sono dilaganti. Vista l'impossibilità di osservare la qualità, la scelta diffusa diventa quella di basarsi sulle prestazioni da effettuare e/o il numero di ore da lavorare. Si predilige, in altri termini, un approccio industriale insensibile alla dimensione qualitativa e relazionale del bisogno, esattamente all'opposto dei processi di monitoraggio centrati sull'auto-valutazione.

Inoltre, anche a prescindere dalle difficoltà appena rilevate di monitoraggio, la concorrenza nell'offerta di prestazioni rischia di pregiudicare quell'integrazione fra servizi sopra indicata come indispensabile. I bandi poi vengono tipicamente effettuati in momenti diversi: neppure il mero coordinamento fra di essi è assicurato.

Seppure non ne sia un tratto connaturato, i bandi possono altresì rappresentare un potente strumento di occultamento dei tagli nella spesa pubblica. Il riferimento è alle gare al massimo ribasso, con evidenti effetti negativi sia per chi riceve sia per chi offre cura. I primi, oltre a rischiare una bassa qualità tecnica dei servizi, sono privati dell'attenzione alla dimensione delle relazioni, le quali richiedono tempo per realizzarsi. I secondi si trovano intrappolati in processi, da un lato, di costante contenimento del costo del lavoro e, dall'altro, di sovra-carico, con l'effetto complessivo di una svalutazione ulteriore del lavoro sociale.

**Il carattere "di parte" delle organizzazioni.** Un secondo limite concerne il carattere "di parte" delle organizzazioni vincitrici di bandi. Se devono essere della comunità, le Case della Comunità devono coinvolgere la partecipazione del complesso della comunità nelle scelte, assicurando una ricomposizione dei diversi punti di vista. Non possiamo affidare a una parte compiti che dovrebbero prevedere la partecipazione di tutti.

Certo, come affermano i sostenitori delle esternalizzazioni, ci si potrebbe affidare a regolazioni che limitano la discrezionalità delle scelte affidate alle organizzazioni private. Ma, come già indicato, le asimmetrie informative

sono dilaganti, anche fra regolatori e regolati. Il che condanna inevitabilmente all'incompletezza le regolazioni, con il risultato di lasciare ai privati discrezionalità nelle scelte da effettuare, in conflitto con la natura universale dei diritti (Cordelli).

Certo, muovendosi in una prospettiva di responsabilità sociale delle organizzazioni, anche nel privato, la voce dei diversi *stakeholder* potrebbe essere rappresentata. Il rischio di non rappresentanza di alcuni appare però inevitabile. Si consideri un'organizzazione cattolica. Potrà anche non discriminare chi non è cattolico, ma dovrà essere libera di perseguire comportamenti che riflettono quella fede. Se così non fosse, che ragione ci sarebbe per avere quell'organizzazione? Al contempo, anche organizzazioni non religiose possono nascere proprio perché vogliono privilegiare una determinata visione di cura.

Il che non significa in alcun modo che le organizzazioni private non possano partecipare alla realizzazione di funzioni pubbliche. Ma, appunto si tratta di una partecipazione che va inserita in un contesto più generale in grado di prendere in considerazione il complesso dei punti di vista. Peraltro, più aumentassero le regolazioni, più si porrebbe il rischio anche di uno svuotamento del senso delle stesse organizzazioni private.

Le organizzazioni private, inoltre, sono esposte ad una maggiore fragilità nel tempo rispetto alle organizzazioni pubbliche. La loro esistenza può, infatti, dipendere dall'impegno, inevitabilmente a termine, di uno o di alcuni soggetti carismatici o, comunque, fortemente motivati. La solidità finanziaria può altresì essere minore. Chiusura potrebbe significare interruzione del servizio.

Infine, le organizzazioni private non sono in grado di assicurare la regia complessiva dei servizi che è necessaria all'integrazione fra dimensione sanitaria e sociale.

Certo, anche lo Stato (e, con esso, le Regioni, le Province, i Comuni e le Città metropolitane) non sono scevre di carenze. Si pensi alla sostituzione degli interessi pubblici con gli interessi privati; alle commistioni improprie fra politica e amministrazione, alla standardizzazione degli interventi; alla passivizzazione dei beneficiari; alla moltiplicazione di dettami puramente procedurali a discapito dell'attenzione ai risultati, seppure occorra riconoscere anche l'insufficienza del finanziamento pubblico, il mancato investimento nella formazione e il blocco del pubblico impiego. Detto in altri termini, lo Stato e le altre articolazioni della Repubblica hanno certamente problemi, ma spesso la causa è contingente: risiede in omissioni cui potrebbe essere offerto un rimedio. Se vogliamo realizzare determinate finalità non possiamo rinunciare alla centralità delle istituzioni pubbliche. Ciò che serve è una nuova visione di pubblico e, con essa, di *governance* pubblica, dove si vi sia uno spazio importante anche per l'offerta pubblica, ma si smetta di identificare pubblico e privato sulla base della sola titolarità dei diritti di proprietà.

***I rischi di “degenerazione” delle organizzazioni private.*** La spinta esasperata all'esternalizzazione di questi ultimi decenni ha favorito nel mondo del terzo settore lo sviluppo di posizionamenti che hanno accettato la delega pubblica, trasformando molti attori del terzo settore e della cooperazione sociale in una sorta di agenzie interinali, in una logica tutta prestazionale, che hanno finito per limitarsi a fornire manodopera qualificata a basso costo, perdendo titolarità sul senso e la prospettiva dei servizi. Insomma, favorendo e alimentando meccanismi che hanno portato molte cooperative a perdere l'equilibrio tra esigenze di impresa e mission cooperativa. Per paradossale, finendo per penalizzare quei soggetti del privato sociale e del mondo delle cooperative che testardamente hanno rivendicato il loro essere attori e non solo produttori di prestazioni. In breve, attori che non solo non sono tutti uguali ma che anche nei casi delle cooperative e delle imprese sociali, dove è più equilibrata la relazione tra esigenze di impresa, bene comune e centralità delle persone, finiscono per colludere con meccanismi di privatizzazione di fatto, qualora delegati a sostituire la responsabilità pubblica, rischiando di favorire la strutturazione di un sistema non più in grado di garantire accesso universale ai servizi. Non accettare tale ruolo significa interpretare il proprio lavoro come parte integrante di una funzione pubblica che pur senza confusione di ruoli diventa spazio di gestione collettiva. In cui il pubblico mantiene una funzione di governo e coordinamento ma riconoscendo gli altri attori e soggetti come attori di politiche e non solo come attuatori delle stesse.

In ogni caso, le organizzazioni devono vivere. Se i bandi richiedono singole prestazioni, allora tutto ciò che serve alla soddisfazione dei bisogni e ciò che esula dalla singola prestazione rischia di retrocedere in secondo piano.

Se i bandi attivano concorrenza, allora, anche la disponibilità a cooperare, così utile nel contrasto degli svantaggi, rischia di indebolirsi. E, al contempo, le organizzazioni stesse rischiano esse stesse sempre più di trasformarsi in procacciatrici di bandi.

***I limiti aggiuntivi delle motivazioni del profitto.*** Le osservazioni appena presentate si applicano a tutte le organizzazioni private, siano esse per il profitto o non per il profitto. Limiti aggiuntivi si pongono per le organizzazioni a scopo di profitto.

Per chi le sostiene, le organizzazioni a scopo di profitto avrebbero il merito di rafforzare gli incentivi all'efficienza posti dalla concorrenza. L'idea, al riguardo, è che la massimizzazione del profitto stimola la massimizzazione del benessere dei consumatori, fornendo le prestazioni che questi ultimi desiderano e minimizzando i costi di produzione. Di nuovo è, però, dirimente l'informazione. Vi deve essere simmetria informativa, ossia, chi offre non può avere più informazione e di quanto ne hanno gli utenti o, in rappresentanza degli utenti, i regolatori. Diversamente, il movente del profitto, lungi dal rafforzare l'efficienza, rafforza ancor più i rischi prodotti dai bandi.

Per massimizzare i profitti si potrebbe ricercare un'ottimizzazione dei tempi di lavoro e una standardizzazione delle procedure che sono incompatibili con la domanda di ascolto, di cura e di riconoscimento da parte degli utenti oppure si potrebbero selezionare gli utenti meno costosi da curare, scaricando i costi su altre strutture non importa se meno appropriate rispetto alla soddisfazione dei bisogni. Ad esempio, secondo la Royal Society for the Encouragement of Arts, Manufactures and Commerce, nell'ambito dell'assistenza domiciliare (e più complessivamente di molte residenze domiciliari assistenziali), "la fornitura di assistenza assomiglierebbe sempre di più a una "linea di produzione di fabbrica" - che produce una serie di compiti predeterminati incentrati sulle basi della sopravvivenza, come aiutare le persone a lavarsi, vestirsi e nutrirsi" (traduzione dei redattori) esattamente in contrasto con il riconoscimento della centralità della relazione. O, ancora, si potrebbe privilegiare l'offerta delle prestazioni più remunerative anche se di dubbia efficacia per i pazienti, limitando attività con effetti esterni positivi per la collettività. Un effetto esterno positivo è, infatti, un beneficio per il quale non si riceve un pagamento. Un esempio potrebbe essere costituito da attività di prevenzione i cui benefici non sono appropriabili da chi offre prestazioni e un altro dall'assicurazione di una capacità produttiva in eccesso come nel caso dei posti letto. Massimizzare i profitti rischia, inoltre, di favorire le prestazioni sanitarie a maggiore valore aggiunto (privato), a danno degli obiettivi di integrazione con il sociale.

Di nuovo, siamo perfettamente consapevoli della possibilità, anche per un'impresa a scopo di profitto, di un governo partecipato dai diversi *stakeholder*. Tale partecipazione, tuttavia, è oggi largamente assente e, comunque, gli effetti rischiano di essere limitati in presenza di asimmetrie informative così estese come quelle presenti in ambito sociale e sanitario. Addirittura, la presenza dell'incentivo al profitto potrebbe spiazzare eventuali preferenze sociali intese come preferenze che riflettono un'attenzione intrinseca alle sorti degli altri. Come scrisse Bowles (2016, trad. a cura dei redattori), "una costituzione per i briganti rischia di rendere gli individui briganti".

Le inefficienze conseguenti alla massimizzazione del profitto hanno anche implicazioni in termini di giustizia. La selezione degli utenti rappresenta una violazione del diritto alla salute e gli utenti più costosi da curare e, dunque, a maggiore rischio di discriminazione da parte delle organizzazioni a scopo di profitto, sono proprio gli utenti più svantaggiati, che hanno anche minore potere di contrattazione. Più complessivamente, la centralità del profitto accentua sia la preminenza di una parte, i detentori del capitale, nella effettuazione delle scelte sia la dimensione della mercificazione, in conflitto con la natura universale e il valore intrinseco dei diritti.

Come ha affermato Bonati in uno dei nostri seminari, lo stesso riferimento alla casa coinvolge un riferimento alla non mercificazione. La casa è il luogo di relazioni sottratte al mercato. Di converso, una casa della comunità affidata a privati per il profitto rischia di assomigliare assai più a un supermercato dove i produttori cercano di vendere al meglio i prodotti più appetibili. Chi presta lavoro nelle Case della Comunità produce, certamente, servizi la cui contropartita è un reddito. Ma un conto è lavorare per il profitto un altro è invece avere come funzione obiettivo il valore intrinseco di cosa si produce. Peraltro, le relazioni richiedono tempo e il tempo è fonte di costi.

Le osservazioni fin qui svolte concernono il piano della produzione. Alcune ultime osservazioni sulla finanza di impatto. Sebbene la questione meriterebbe più spazio, alcune osservazioni appaiono sufficientemente solide

a prescindere da ulteriori specificazioni. In breve, la finanza di impatto, ossia, una finanza che apre una linea di credito con lo Stato e subordina la relativa remunerazione alla soddisfazione di alcuni risultati, potenzia i rischi di privatizzazione delle scelte. Lascieremmo a investitori privati la scelta di come rispondere alle esigenze di cura della popolazione. Inoltre, gli indicatori di risultato sono soggetti a tutte le asimmetrie informative sopra menzionate. Non a caso, le evidenze empiriche segnalano consistenti scivolamenti nell'uso degli indicatori: si parla di indicatori di risultato, ma alla fine ci si affida a indicatori di input peraltro spesso concordati con i finanziatori. Infine, non ci si lasci abbindolare dalla retorica delle risorse. Nel breve, la finanza di progetto apporta denaro fresco, ma poi bisogna rimborsarlo incrementato dagli interessi.

## 4. Ci vuole il pubblico. Ma attenzione a dire pubblico!

Se si ricerca l'universalismo dei diritti, il pubblico inteso come istituzione in cui si ritrovano tutti e tutte coloro che partecipano al progetto comunitario di salute appare necessario. Il pubblico è altresì necessario ai fini del finanziamento: diversamente, avremmo un *welfare* censitario, non un *welfare* dei diritti. Ancora: una dose di produzione pubblica dei servizi socio-sanitari appare necessaria sia per garantire continuità nel tempo dei servizi (le organizzazioni private possono invece chiudere/sciogliersi), sia per ragioni di libertà (ci sono persone che vogliono lavorare nel pubblico) sia per ragioni di efficienza/appropriatezza (in particolare, in ambito ospedaliero dove la compresenza di asimmetrie informative e di esigenze elevate di capitale, potrebbe portare alla prevalenza delle esigenze di rendimento finanziario rispetto alle esigenze di salute).

E il mondo del terzo settore? Certamente, le organizzazioni del terzo settore svolgono un ruolo cruciale nella Casa della Comunità. Come pensare altrimenti alla Comunità? Al contempo, è evidente che le organizzazioni del terzo settore svolgono funzioni pubbliche per la comunità. In questo senso sono Case della Comunità. La domanda più difficile concerne l'accezione più forte di Casa della Comunità qui abbracciata, intesa come "luogo dei luoghi" in grado di integrare sociale e sanitario per tutti e tutte coloro che abitano la comunità. Può tale casa essere di proprietà di un'impresa sociale, di una cooperativa o di un'altra organizzazione della cittadinanza attiva? Detto in altri termini, le organizzazioni del terzo settore sono un "pezzo" della Casa della comunità appena richiamata oppure possono essere il tutto?

Certo, le Case della Comunità di cui parliamo in questo documento sono di proprietà pubblica, dunque la scelta non si pone. Vale, tuttavia, la pena inoltrarsi un po' nella questione, in quanto non esistono risposte univoche anche per chi condivide i tratti delle Case della Comunità indicati nel paragrafo 2. Per alcuni, il pubblico investirebbe solo una dimensione regolativa, seppure in una prospettiva del tutto diversa rispetto a quella che caratterizza le esternalizzazioni. In quella prospettiva, il pubblico affida ai privati le responsabilità di produzione e monitora (o dovrebbe monitorare) i risultati. In questa, che è la prospettiva dei beni comuni, il pubblico inteso come un insieme di requisiti di imparzialità/terzietà, accesso aperto a tutti, non mercificazione e partecipazione di tutti gli attori coinvolti da una politica (*stakeholder*) entra nel funzionamento della proprietà privata. La natura della proprietà, dunque, non conta: ciò che è dirimente è una *governance* democratica. Nei termini di Sacconi, ciò che conta è *garantire l'autogoverno sulla base di processi di scelta improntati alla democrazia deliberativa, in un contesto in cui i diversi stakeholder, pubblici e privati, sono rappresentati negli organi*.

Per chi ha steso questo documento, permarrebbe, invece, una distinzione fra proprietà pubblica e privata. Solo la proprietà pubblica sarebbe, tuttavia, in grado di includere/ricomporre le diverse visioni assicurando l'imparzialità/terzietà e l'integrazione fra le diverse funzioni sanitarie e sociali e con essa una casa che sia "luogo dei luoghi". Questa via favorirebbe, inoltre, la libertà delle stesse organizzazioni private. Adottare le modalità di *governance* dei beni comuni richiede di avere negli organi amministrativi tutti i rappresentanti della comunità. Le diverse organizzazioni del terzo settore, pur soddisfacendo i requisiti della funzione pubblica, potrebbero avere le "proprie" visioni di giusto/bene (senza dovere inevitabilmente tenere conto di tutti i punti di vista). Il che favorisce pluralismo e sperimentazione. Infine, in particolare, in sanità dove, come già indicato, capitali ingenti sono necessari, lo

*status* di assenza di profitto potrebbe essere insufficiente a escludere motivazioni di lucro. Ma come escludere dalla possibilità di essere una Casa della Comunità un'organizzazione siffatta che si impegni formalmente a accettare i requisiti di *governance* democratica?

L'intervento pubblico che conosciamo è, tuttavia, pieno di limiti. Abbiamo già ricordato i limiti connessi alla standardizzazione degli interventi; alla passivizzazione dei beneficiari; alla moltiplicazione di dettami puramente procedurali a discapito dell'attenzione ai risultati. Possiamo aggiungere la più complessiva sostituzione degli interessi pubblici con gli interessi privati e, con essa, le commistioni improprie fra politica e amministrazione. Le gare al massimo ribasso prima ricordate rappresentano, dal canto loro, un atto di irresponsabilità da parte del pubblico e le produzioni *just in time* rimproverate alle organizzazioni a scopo di lucro sono state seguite anche negli ospedali pubblici, come abbiamo avuto modo di sperimentare durante la pandemia Covid. Ancora, è il pubblico che ha, in questi ultimi decenni, bloccato le assunzioni del personale, che ha fatto mancare investimenti adeguati nella formazione, che ha ceduto nei confronti di una cultura prestazionistica e di finalità privatistiche e che ha utilizzato processi di selezione per le posizioni apicali non sempre attenti alle competenze.

Più nello specifico, il modello statale, gerarchico e burocratico, è impotente rispetto alla soddisfazione di domande personalizzate dove le risposte, lungi dall'essere predefinite ("tecnocraticamente") *ex ante*, devono essere individuate nel contesto della relazione con i singoli soggetti bisognosi di cura. Fissando dall'alto procedure omogenee di comportamento, disattente alle differenze nelle condizioni individuali e di contesto nonché alle esigenze di partecipazione nella definizione dei processi di cura da parte sia dei beneficiari sia degli erogatori dei servizi, tale modello compromette non solo la libertà dei diversi soggetti di partecipare al processo di cura, ma anche l'efficienza.

Una ragione, a quest'ultimo riguardo, consiste nell'incapacità di acquisire informazioni sui bisogni e sulle modalità di farvi fronte che solo l'attenzione alle diversità individuali e la partecipazione attiva permetterebbero di acquisire. Un'altra è il rischio di distorsioni nel processo di cura. Ci si concentra sul rispetto delle procedure a prescindere dai risultati e sugli standard da rispettare non importa se la conseguenza è distogliere tempo e persone da attività che potrebbero essere ben più proficuamente utilizzati per rispondere ai bisogni di cura della persona. Si favorisce l'iper-specializzazione delle figure professionali e, nel complesso, si demotivano le persone. Si è ciechi nei confronti dei contributi del ricco e variegato mondo della società civile nel creare i legami sociali così importanti per la vita di ognuno e per il riprodursi della società e nel rispondere alle domande di reciproco aiuto da parte dei consociati.

Al contempo, il modello dei quasi mercati privilegiato in questi ultimi decenni, sia esso nella forma delle esternalizzazioni oppure in quella delle remunerazioni incentivanti nei confronti dei dipendenti pubblici, e della più complessiva aziendalizzazione genera problemi assai simili a quelli conseguenti alla massimizzazione del profitto: accentuazione dell'enfasi sulle prestazioni sanitarie e distorsioni comportamentali indotte dal movente economico in un contesto di asimmetrie informative.

I mali dei due modelli possono addirittura combinarsi. Basti pensare a esternalizzazioni basate su regolamentazioni dettagliate che, oltre a svuotare il senso stesso del terzo settore, guardano a quest'ultimo come mero gestore di politiche altrui, interlocutore nella scelta dei mezzi per fini già definiti, oltre che come bacino di lavoro a basso costo. Sebbene la questione riguardi soprattutto gli ospedali, nel caso poi della finanza di progetto e delle più complesse partnership pubblico-privato si aggiunge il rischio di un assoggettamento delle scelte alle preferenze dei gruppi di potere economico-finanziario.

Inoltre, se si pensa alla sola istituzione pubblica oggi il rischio è quello di agevolare una cultura prestazionale che inevitabilmente, soprattutto in un momento di forte criticità come quello che stiamo vivendo, sposta l'impianto dell'intervento più verso il concetto di "sanità" piuttosto che su quello di "salute".

Occorre dunque cambiare rotta ricercando una nuova visione di pubblico partecipato e democratico.

## 5. Le Case della Comunità come primo grande esempio di governo democratico di bene comune dei servizi sociosanitari

Se si esclude il favore nei confronti della proprietà pubblica, la proposta che avanziamo di governo della casa della Comunità si muove nel solco della prospettiva dei beni comuni, che, poi, occorre ricordarlo, non è così diversa dalla visione partecipativa che aveva accompagnato la nascita del SSN. Basti pensare al contributo di Maccacaro e dei tanti movimenti che richiedevano una sanità pubblica.

Si tratta di muovere verso una Casa della Comunità di proprietà pubblica che, contro le versioni statalista e di quasi mercato, si caratterizza per l'adozione di forme di autogoverno democratico e per la partecipazione delle risorse plurali della comunità, inclusi gli enti del terzo settore e del volontariato. In termini diversi, si tratta, di pensare a una nuova forma di responsabilità e governo pubblico che riconosca gli attori privati come co-gestori attivi di una funzione pubblica capace davvero di attivare risposte alle domande della complessità dell'oggi e che per questo li riconosca come "soggetti" e non come "oggetti" di politiche. Avremmo, così, un governo della Casa della Comunità partecipato da rappresentanti del Comune, dell'Azienda sanitaria e Distretto sociosanitario in cui la Casa è inserita, dei soggetti che nelle diverse comunità si occupano del sociale (cooperative, imprese sociali, sindacati, altre organizzazioni della cittadinanza attiva, incluse organizzazioni di advocacy e mutuo aiuto), dei lavoratori e delle lavoratrici e degli utenti. Come tenere conto altrimenti dei tutti e tutte coloro che compongono la comunità?

Peraltro, la socialità dei servizi dipende anche dal fatto che nei servizi è riflessa ed è alimentata la socialità e la socialità è tessuto fondamentale della nostra esistenza, sia espressione della capacità dei diversi luoghi di prendere in mano quanto necessario fare per realizzare una vita decente a chi vive e opportunità di praticare forme di produzione diverse da quelle capitalistiche (ancorché regolate sulla base di forme di democrazia economica). Le cooperative, ad esempio, sono organizzazioni del territorio che possono essere in grado di sviluppare fiducia, solidarietà con l'obiettivo di soddisfare bisogni collettivi. Come ricorda Ohlin Wright, non a caso, il termine sociale è parte del socialismo. Anche eventuali imprese per il profitto che operassero in ambiti diversi ma che mosse dalla responsabilità sociale d'impresa potrebbero essere incluse, il loro eventuale coinvolgimento dovrebbe essere sempre un di più che non mette in discussione l'uguaglianza dei livelli essenziali di assistenza.

Ciò implica co-progettazione, co-programmazione e co-produzione, nel solco della sentenza 131 del 2020 della Corte costituzionale; predisposizione di squadre multiprofessionali e valorizzazione del lavoro sociale, come indicato nei tratti delle Case della Comunità che vorremmo. Il privato non deve mai essere più conveniente del pubblico; pari riconoscimento va assicurato alle diverse professioni rimediando alla risalente subordinazione della dimensione sociale a quella sanitaria; le regolamentazioni dettagliate che privilegiano la metrica quantitativa e la mera attenzione agli input fisici vanno abbandonate valorizzando i contributi di sapere e di dedizione dei lavoratori e delle lavoratrici e i processi di autovalutazione orizzontale fra pari così centrali in ambiti dove la complessità e l'incertezza sull'efficacia degli interventi è dirompente. In questa prospettiva, gli standard stessi della continuità assistenziale vanno definiti in modo partecipato.

Implica altresì sperimentazione e messa in pratica di processi di trasformazione del modo di pensare e fare salute pubblica e, più in generale, welfare integrato sociosanitario per passare da forme assistenziali, contenitive e istituzionalizzanti, estremamente costose ed inefficaci, spesso disumane e divoratrici di capitale sociale e delle capacità delle persone, verso modelli sanitari comunitari, generativi strutturalmente intrecciati con sistemi di economia civile produttiva che, al contrario, si alimentano e amplificano capitale e coesione sociale, le libertà e le capacità delle persone e, insieme, le risorse economiche. Dirimente in questa prospettiva è non solo ascoltare la voce degli utenti nei processi di cura, ma anche andare "verso" chi ha bisogno e che in assenza di un intervento attivo potrebbe non accedere ai servizi.

La partecipazione, a sua volta, va debitamente strutturata al fine di assicurare la logica inclusiva grazie a un disegno appropriato capace di favorire lo sviluppo di una cultura e di motivazioni ad essa coerenti. Richiede,

come detto, processi deliberativi, ossia processi inclusivi di tutti i punti di vista e richiede che le diverse posizioni avanzate nello spazio pubblico siano giustificate sulla base di argomentazioni che tengono conto degli effetti sulle altre rivendicazioni espresse nella forma di affermazioni al primo pronome singolare, ossia, “io desidero a” e la collettività deve rispettare i miei desideri, riflettono una logica privatistica che è all’opposto della logica inclusiva che caratterizza i diritti. Per queste ragioni, la democrazia deliberativa si contraddistingue dalla democrazia intesa come mera aggregazione di interessi. Gli interessi vanno valutati ipotizzando di potere essere chiunque, dunque, prescindendo anche dalle posizioni di potere che si potrebbero occupare.

Esattamente, contro la visione di pubblico statalista, gerarchico, uniformizzante, le Case della Comunità così delineate potrebbero permettere un rinvigorimento della democrazia, un’espansione dei legami sociali, una risposta alla solitudine e più complessivamente migliori condizioni di vita e salute per tutti, inclusi i soggetti che stanno peggio spesso lasciati al margine delle politiche. Contro le logiche dei trade off, prevalgono le complementarità fra uguaglianza di considerazione e rispetto, promozione della libertà e della responsabilità, efficienza e efficacia.

Il disegno delle Case della Comunità prospettato dovrebbe anche mitigare le perplessità che alcuni potrebbero avere nei confronti di una prospettiva sensibile alle comunità. Ci riferiamo ai rischi che le disuguaglianze di risorse fra comunità producano disuguaglianze nella possibilità di soddisfare i bisogni nonché ai rischi che la retorica della comunità occulti le disuguaglianze di potere esistenti nella comunità. Inoltre, le comunità possono essere assai poco ospitali nei confronti dei diversi. Ebbene, l’attenzione all’universalismo e la presenza della robusta dose di pubblico dovrebbero impedire questi effetti perversi per chi crede nell’universalismo dei diritti.

Ovviamente, molti elementi importanti restano da specificare. Serve, ad esempio, un disegno appropriato degli spazi (Setola e anche Geddes). Serve una formazione appropriata allo sviluppo della medicina di territorio, capace anche di garantire conoscenze congiunte tra professionisti sanitari e professionisti territoriali, superando le segmentazioni professionali e la cultura medica “del rimedio tecnico segmentato”. Serve assicurare un finanziamento adeguato. Serve un potenziamento del ruolo delle amministrazioni comunali in quanto sostenitori di contesti facilitanti l’attività delle Case della Comunità.

E altrettanto ovviamente non si tratta di una via semplice. Occorrono interventi trasversali che riguardano le professioni mancanti. Le risorse sono ancora gestite a silos; le persone non sono abituate a lavorare alla pari insieme. Realizzare democrazia deliberativa, co-programmazione e co-progettazione è poi intrinsecamente difficile e lo è tanto più in un contesto di disuguaglianze elevate (che minacciano la pari partecipazione) e di decenni di indebolimento del pubblico e, con esso, di sfiducia nei confronti di quanto il pubblico può fare e di più complessiva accentuazione della tendenza a arrangiarsi da sé. Non a caso, anche laddove si è cercato di sperimentare processi partecipati, sono spesso riaffiorati elementi tipici delle vecchie logiche dei bandi, dall’assenza di un ragionamento sui bisogni precedente alla pubblicazione degli avvisi alla predilezione per l’individuazione di liste di prestazioni. Partecipare, inoltre, costa agli enti del terzo settore tempo e risorse che vanno presi in considerazione (Fazi).

E, comunque, fare leva sulla partecipazione lungo le direttive indicate ha implicazioni non di poco conto nella distribuzione del potere, disvelando in modo esplicito il carattere politico del lavoro sociale. Chi ha oggi più potere, nelle professioni e nella società, dovrebbe essere disposto a perderne un po’ e la perdita di potere non è mai facile da accettare.

Come scrive Giancaterina, “con il passar del tempo, leggi, regolamenti, volontà di tenere prevedibili, piatti, routinari e rigidi, lontani dalla ricerca di senso e dal piacere di lavorare in essi. L’avanzare successivamente di una distorta cultura pseudo aziendalistica ha spinto gli operatori, a ricercare una qualificata identità professionale attraverso l’acquisizione di un sapere specialistico ed esclusivo, spesso settoriale e monodimensionale, accentuando, in tal modo, la categorizzazione dei servizi. A questo scivolamento verso regressioni organizzative con sistemi operativi ad una dimensione, va aggiunto un notevole indebolimento di senso nel lavoro sanitario, sociosanitario e sociale. La strutturazione del welfare territoriale si è quindi attestata viepiù su sistemi organizzativi per filiere tecnico/amministrative, incomunicanti e rigorosamente separanti il sanitario dal sociale, ma anche dall’educativo e dal formativo/lavorativo. Il quadro si è fatto ancor più triste in conseguenza alla riduzione di risorse e servizi pubblici a danno dell’esigibilità dei diritti sociali, specie per chi non avesse risorse economiche proprie”. Rinviare il senso del pubblico richiede tempo (molto più tempo che non indebolirlo). Peraltro, le comunità esistono sempre meno.

E ciò si unisce alla presenza di un governo di centro destra che è lontanissimo da questa visione universale delle Case della Comunità e da un più complessivo rafforzamento del welfare. Difficile credere nel welfare e contemporaneamente asserire che l'alimento base del welfare, le imposte, approssima il pizzo di Stato e ridurre l'intervento sociale nel PNRR.

Ma come rileva ancora Fazi ci sono alcuni segnali incoraggianti ad esempio, il Consiglio di Stato ha pronunciato due recenti sentenze (5217/23 e 5218/2023) che mirano sia a limitare l'introduzione, nelle procedure di co-progettazione, di elementi che caratterizzano i bandi quali allegati e indicazioni stringenti, assimilabili ad un capitolato di appalto sia ad allentare i vincoli di gratuità della partecipazione, escludendo che determinate voci di costo sopportate dagli enti di terzo settore siano automaticamente non ammissibili al rimborso. E ci sono tante esperienze cui guardare per trarre indicazioni.

Come diceva Hirschman, quando si pensa alle politiche una delle scelte principali è decidere dove errare. Anche la prospettiva qui delineata ha, evidentemente, rischi. Ma se crediamo nella responsabilità di assicurare il più possibile salute per tutti, ci sembra la via più promettente. Dobbiamo riconoscere la complessità e muovere nelle direzioni indicate. Abbiamo peraltro, diverse buone pratiche cui guardare.

## 6. Buone pratiche

Sul nostro territorio esistono già delle buone pratiche capaci di costruire un modello di salute che integri forme innovative di incontro tra servizi. Si tratta di un approccio alla salute che intende mettere al centro la persona e che sia costruito sul territorio per e dalla comunità, intercettando i bisogni delle persone. Queste buone pratiche ci aiutano ad evidenziare il come si può costruire la co-progettazione e co-programmazione tra il pubblico, terzo settore e cittadinanza. Prima la Comunità ne presenta un'interessante selezione. In questa sede, ci limitiamo a riportare le esperienze raccontate nei seminari del ForumDD.

Tra le esperienze sul territorio italiano citiamo quella della Val Chiusella, in provincia di Torino, una comunità montana di 5.300 abitanti, territorio su cui, a partire dal 2018 quindi in un contesto precedente alla pandemia, vengono attivati dei tirocini curriculari residenziali dal Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università di Torino, dando vita al Laboratorio LaVàl.

L'idea innovativa di istituire degli stage *residenziali* per studenti muove dalla riflessione di professionisti e professori del settore sanitario che si rendono conto che in questi territori l'ospedale è di fatto l'unico fulcro della salute delle persone, un modello di salute e sanità non economico e non democratico. Il Laboratorio LaVàl, intende invece mettere al centro la persona e costruire il servizio sul territorio, da e per la comunità. Il progetto si avvale, dunque, fin da subito di un coordinamento multi-disciplinare, sanitario ma anche antropologico, che miri anzitutto alla conoscenza della comunità in cui opera, partendo dal presupposto che la definizione di benessere si declina diversamente in base al territorio, e che risulta quindi essere diversa che si tratti di comunità montana o di realtà metropolitana.

Il progetto nasce con l'attivazione di tirocini curriculari di tre giorni presso il comune di Brossio, subisce una battuta d'arresto in concomitanza della diffusione della pandemia di Covid-19, ma riprende vigore nel 2021. Durante questo anno, il progetto viene messo a sistema, grazie alla creazione di un'alleanza tra Università, sindaci e organizzazioni attive sul territorio. In particolare le 52 organizzazioni coinvolte nel progetto hanno contribuito a creare la "Rete delle Competenze", una rete formata da 37 volontari che diventano dei veri e propri mentori per gli studenti, al fine di supportarli ed orientarli all'interno della comunità.

Tra gli obiettivi del tirocinio per lo studente, ci sono l'opportunità di vivere le potenzialità del ruolo dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, la sperimentazione dell'adozione di uno sguardo integrato attraverso l'immersione nelle comunità locali, ma soprattutto lo sviluppo di competenze di co-progettazione nel disegno di un approccio alla salute che sia fatto insieme agli attori delle comunità locali, attraverso la realizzazione di attività rivolte alla popolazione.

Oltre al beneficio per gli studenti, risultano cruciali anche gli impatti che il progetto ha sulla comunità: la presenza degli studenti, la formazione della rete delle competenze e la sinergia tra i diversi attori sul territorio hanno fornito la spinta per la creazione di un percorso che ha mosso in una specifica direzione: la creazione della prima casa rurale spoke di area montana, inaugurata nell'ottobre del 2022. Di fatto il Laboratorio La Vål ha messo a terra un pezzo di PNRR.

Dall'attività degli studenti sul territorio, e quindi grazie alla ricerca e continua raccolta dati, è emerso che la solitudine sul territorio è una delle determinanti della fragilità della salute mentale. Nasce quindi anche il progetto "Demenza Friendly Community" rurale, un utile strumento di auto-cura della comunità della degenerazione cognitiva.

Il Laboratorio LaVål ha contribuito a mettere in luce gli effetti che si hanno quando gli agenti della salute si alleano con e per la comunità, trasformando la sanità in medicina democratica poichè raggiungibile ed universalistica: il progetto ha innescato un circolo che ha reso le persone e le comunità pezzi di auto-cura, reti di benessere che vengono servite in maniera gratuita e partecipata.

Un'altra esperienza di costruzione partecipata delle Case della Comunità è quella sperimentata dal quartiere Navile di Bologna, con struttura fisica già esistente presso la quale sono stati avviati dei processi partecipati di co-progettazione per il funzionamento della stessa, attuando tra l'altro percorsi di welfare culturale.

Uno dei pattern ricorrenti nella governance delle Case della Comunità è la frammentazione dei luoghi in cui si prendono decisioni politiche e in cui si disegna l'intervento pubblico. Si rende quindi evidente nell'esperienza della Case della Comunità di Navile la necessità di unificare e mettere in relazione i diversi tavoli di lavoro per far sì che poi il ruolo del pubblico non sia meramente computazionale e non si riduca ad un calcolo dei costi.

Al bando per la co-progettazione dei servizi della Casa della Comunità di Navile ha partecipato una cordata di associazioni, alcune delle quali già operative negli spazi della stessa. Si sono aggiunte poi anche altre attività con l'obiettivo di valorizzare l'arte come mezzo di costruzione di reti di inclusione sociale e benessere e di favorire la creazione di spazi di aggregazione per la cittadinanza. Oltre a questo, resta cruciale l'obiettivo di salute della CdC prevedendo la collaborazione con organismi sanitari per l'utilizzo degli spazi per incontri di lavoro da parte dei medici di base e professionisti delle Case di Comunità presenti in zona.

Il processo di costruzione partecipata della CdC di Navile muove dalla consapevolezza che la governance generale nell'ambito della salute risulta essere oggi piuttosto complicata, basti pensare al DM 77 ridimensionato dall'attuale governo, alle leggi regionali molto diverse e una situazione di partenza molto differenziata sul territorio, così come al fatto che – come afferma anche uno studio Euricse – nell'uso dei dispositivi di co-progettazione solo in pochi casi cambia la logica dell'appalto e l'approccio prestazionale in ambito di co-programmazione e co-progettazione tra pubblico e privato sociale.

Nella costruzione delle attività della CdC di Navile è stato fondamentale creare momenti di incontro tra associazioni culturali del territorio, caregivers e professionisti sanitari, sforzo reso possibile grazie ad un forte investimento culturale da parte del quartiere. La parte politica ha aperto degli spazi di discussione, invitando anche la componente sanitaria, creando spazi fondamentali per la raccolta dei bisogni della comunità; esercizio in totale controtendenza rispetto al passato, visto che anche gli spazi fisici della CdC sono stati ritenuti inadeguati dai professionisti sanitari che di fatto non sono stati coinvolti nella fase di costruzione dello stabile. Questo mette in luce quanto ci sia bisogno di un approccio partecipato anche nella costruzione fisica di una struttura pensata per soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

Attualmente il progetto sta investendo sul ruolo degli agenti comunitari di salute, ed esperti di supporto tra pari in ambito di salute mentale come vettori di trasformazione, si tratta di persone in carico presso i servizi sociali e sanitari che assumono dei ruoli di interfaccia con la comunità e le equipe sociali e sanitarie, persone che abitano il territorio e che diventano ponti di raccordo. Oltre a questo, il progetto sta creando anche dei momenti aggregativi, attraverso attività teatrali per generare forme di partecipazione attiva della cittadinanza.

Il progetto di co-progettazione della governance della CdC di Navile è piuttosto recente, avviato nel 2023, quindi ancora non sono evidenti gli impatti che questo percorso avrà in futuro, tuttavia quello che risulta chiaro è che è necessario vivere il territorio come luogo di soggettivazione, sul quale costruire interventi partecipati di prevenzione, in cui la popolazione ha un ruolo attivo individuando gli elementi di malessere del quartiere.

Risulta chiaro che l'attuale governance della CdC sta creando qualcosa che non è possibile comprare: costruire reti e dare ruoli di potere alla cittadinanza nella determinazione dei servizi, creare connessioni e spazi di confronto per i caregivers.

Infine, ancora una terza esperienza di creazione di rete che si attiva nel 2020, la Comunità della Salute, che nasce a Bergamo epicentro occidentale della pandemia di Covid, territorio presso cui si rende evidente l'inadeguatezza dell'approccio della regione Lombardia che tratta il Covid come un problema di terapia intensiva e non di salute pubblica. In questo contesto, la Comunità della Salute (CdS) nasce per riformare dal basso il sistema ospedalocentrico e aziendalistico in un esperimento concreto di primary health care al fine di riprogettare il futuro della comunità rispondendo ai bisogni della popolazione, ideando e realizzando attività sperimentali di contrasto all'epidemia e di promozione della salute.

Nasce così un gruppo di coordinamento, formato da quattro sindaci della bassa bergamasca, un'associazione, un ingegnere esperto di crisi umanitarie ed un medico anestesista, gruppo volto a reagire alle carenze del sistema di salute territoriale in un esperimento di cura comunitaria.

Tra il 2020 e il 2022, la CdS ha implementato una serie di attività che possono essere raggruppate in due aree di lavoro: l'integrazione dei servizi socio-sanitari e l'integrazione cultura-salute.

Le attività realizzate dalla CdS sono volte a trattare la salute come diritto fondamentale, a dare spazio alla sua promozione e creare luoghi di partecipazione della comunità. La cittadinanza ha acquisito voce attraverso la creazione di uno sportello di prossimità e un numero di telefono attivo h24 che raccoglie i bisogni socio-sanitari delle persone, mettendoli in relazione costante con i servizi. Sono messe a disposizione figure professionali in ambito sanitario per intercettare i bisogni, anche di salute mentale, creando poi un raccordo tra medici di famiglia e cittadino. Ancora, anche la CdS implementa attività di auto cura della comunità, con il coinvolgimento della cittadinanza in azioni di prossimità a proprio beneficio, seguendo un approccio di welfare generativo.

Dal punto di vista dell'integrazione cultura-salute, la CdS ha implementato un dipartimento di comunicazione e promozione della salute con un programma che si occupi di questioni culturali in ambito sanitario, innalzando il livello di cultura informatica diffuso sul territorio, proprio perché l'incapacità di relazionarsi per mezzo degli strumenti digitali è oggi minaccia di esclusione sociale e limitazione nel rapporto con i servizi - anche di salute.

La CdS risponde alla necessità di un approccio multi-disciplinare nella cura e prevenzione delle persone, anche attraverso la ricerca di un linguaggio comune e di una narrazione intorno ai temi del benessere e della comunità. Ad oggi è in corso un processo di riflessione e analisi tra i partner per immaginare la futura veste organizzativa della CdS, che permetta all'iniziativa di affermarsi quale attore di sperimentazione di integrazione socio-sanitaria sul territorio, in grado di dialogare con le istituzioni, mantenendo le caratteristiche di forte legame con la comunità e flessibilità nell'immaginare soluzioni innovative.

Queste tre esperienze, realizzate in tre differenti regioni italiane e in momenti differenti della storia sanitaria del nostro paese (pre e post pandemia), hanno delle caratteristiche comuni: la messa al centro della persona nell'accesso alla salute, accesso che sia universale; l'evidenziazione di un approccio integrato, ossia che consideri il benessere della persona sia dal punto di vista sanitario, ma anche psicologico e sociale; la necessità di costruire l'offerta intorno ai bisogni della comunità, tenendo conto anche della specificità territoriale e allontanandosi dalla logica prestazionale che confonde il bisogno con la domanda; la necessità di attivare percorsi di prevenzione anche attraverso la creazione di spazi di aggregazione; il bisogno di creare spazi di ascolto nell'approccio alla co-progettazione e co-programmazione dei servizi.

Quando questi esperimenti funzionano? Per far sì che funzionino si rende necessario un cambio di paradigma nell'approccio sanitario, che muova dal prestazionale al partecipativo e democratico. In questo contesto il raccordo delle istituzioni con il territorio, ma anche il ruolo delle istituzioni stesse nel favorire la creazione della comunità. Al riguardo, risulta fondamentale una comunità che non sia vuota, ma che sia un soggetto di attivazione dell'agenda pubblica e soprattutto agente di formazione della volontà della comunità stessa. Risulta quindi importante ricostruire il passaggio dalle persone alle istituzioni, passaggio che integri la dimensione personale con quella istituzionale.

Queste esperienze evidenziano che è assolutamente possibile realizzare il cambio di paradigma in ambito socio-sanitario. L'attivazione e la creazione della comunità innesca risorse che altrimenti sarebbero dormienti, ed è la comunità stessa che si allena a farsi carico dei suoi concittadini in un esercizio di auto-cura e di presa in carico delle parti più fragili della comunità stessa. Risulta tuttavia necessaria la messa a sistema di questo cambio di paradigma, per fare in modo che questo nuovo approccio sia strutturale e strutturato e non lasciato alla realizzazione sperimentale ed empirica, per fare in modo che le buone pratiche siano tali su tutto il territorio e diventino normalità piuttosto che eccezione.





■ Allegato 1

# Significati e cornici del concetto di “pubblico”

Dal gruppo di riflessione  
in preparazione del Festival

**“DESIDERABILI FUTURI.  
Senza disuguaglianze,  
per un mondo sostenibile”**

Oristano 26-29 Giugno 2024



FORUM  
DISUGUAGLIANZE  
DIVERSITÀ



## Stato dell'arte/analisi della situazione/sfondi/scenari

Dalla riflessione sono emersi alcuni sfondi, scenari da cui partire per arrivare ai punti da portare ad Oristano come base di confronto. Sia come posizionamenti (necessari per non rimanere neutri in un tempo che non lo consente), sia come punti aperti, che aprono questioni.

La revisione del concetto di pubblico rappresenta una sfida politica e culturale e per questo va affrontata con consapevolezza e tenendo in conto la sua complessità. Senza confusioni e *in primis* uscendo dal definire il pubblico sulla base del solo concetto di “proprietà” perché, come per altro accade sempre più spesso oggi la “proprietà pubblica” spesso non è garanzia del mantenimento della funzione pubblica. Occorre, al contrario, ragionare su cosa intendiamo per funzione pubblica e su quali assetti istituzionali e organizzativi siano più capaci di realizzarla.

Ripristinare il concetto di pubblico appare centrale per il mantenimento dello “stato di diritto”, oggi sempre più attaccato da logiche privatistiche che slabbrano/piegano l'azione pubblica non solo a imperativi economici ma a una logica prestazionale che mima il mercato. In breve, in molti contesti il pubblico sembra essersi piegato al “mercato” e al modello individualista, in un mix micidiale.

O, ancora in altri termini, l'azione pubblica in troppe istanze rifugge dal considerare l'esigibilità dei diritti come questione propria, tema a responsabilità prioritariamente pubblica. I segnali includono:

- mettere a profitto larga parte degli interventi attraverso la privatizzazione (messa a profitto della sofferenza);
- scaricare sulla famiglia molti compiti di cura;
- spostare la dimensione dell'intervento pubblico sul piano del contenimento e dell'istituzionalizzazione piuttosto che su logiche inclusive agite dentro alle comunità in un'ottica di responsabilità collettiva e pubblica;
- guardare ai beneficiari come recettori di prestazioni anziché come soggetti dotati di voce, co-decisorie e co-produttori delle politiche;
- mettere a repentaglio l'universalismo dei diritti favorendo risposte residuali, categoriali e di ritorno a un welfare censitario;
- svalutare il lavoro sociale, bene primario per la collettività in quanto attuatore delle condizioni fondamentali a una vita dignitosa;
- prevalenza della “quantificazione” intesa come diluvio di dati finalizzati non tanto per conoscere ma per definire e, come indicatori di performance, con effetti di standardizzazione e di assoggettamento.

E' necessario, al riguardo, ragionare su come si è affermata la lenta ma costante degenerazione del pubblico a partire dallo iato che c'è tra dichiarazioni di principio e coerenza delle ricadute pratiche (per esempio a definire dettati sempre a parità di risorse che quasi mette in conto il determinarsi di tale incoerenza).

Ma non è solo per arginare la spinta al meccanismo di svuotamento del welfare pubblico che è importante ragione sul concetto di pubblico. È importante anche per consentire alla cooperazione di uscire dalla logica prestazionale, ancillare alle politiche pubbliche, per ritrovare un ruolo di attore e non di soggetto, per ridefinire visione e prospettiva (coerente con la sua storia, capace di adeguarsi all'oggi e di tornare a immaginare il possibile e non solo rintanarsi nella gestione dell'esistente).

In questo sta anche il ruolo “trasformativo” della cooperazione sociale che si sente parte della funzione pubblica in quanto, in integrazione e coordinamento con il Pubblico, finalizza il proprio lavoro di impresa collettiva, plurale e democratica a aumentare i livelli di esigibilità dei diritti.

## Memoria e questioni centrali da discutere

### a) Necessità di **definire l'ambito di ragionamento e confronto, sapendo:**

- che è differente ragionare di “pubblico” se pensiamo alla “sanità” ai servizi del sistema sanitario nazionale oppure all'ambito della gestione dei servizi sociali o socio-sanitari;
- che la funzione pubblica va specificata anche nel riconoscimento che le nozioni sono diverse anche limitatamente al *welfare* (funzione pubblica come internalizzazione dei costi sociali e garanzia dei beni pubblici, ossia esecuzione di cose che il mercato non è in grado di fare ma che affideremmo ai mercati se fossero o se messi in grado vs. funzione pubblica come avente a che fare con finalità che non vogliamo affidare alla mercificazione del mercato);
- che non si possono confondere il piano dell'assetto proprietario con quello normativo/regolativo della funzione pubblica;
- che l'attuazione della funzione pubblica implica una responsabilità e uno spazio collettivo;
- che come disegnare esattamente l'assetto istituzionale appropriato per realizzare la funzione pubblica non è facile anche quando si condividano alcune caratteristiche (accesso aperto a tutti e tutte, procedure di democrazia deliberativa, coinvolgimento attivo del terzo settore, dei beneficiari e di chi lavora nel sociale, valorizzazione complessiva del lavoro sociale);
  - nello specifico, ad esempio, come si contraddistingue un'idea di pubblico nella quale il terzo settore è chiamato a svolgere la propria funzione su una posizione di parità e non di mera stampella della Pubblica Amministrazione come oggi spesso avviene;
  - come realizzare la funzione pubblica nelle aree marginali, contraddizione tra l'indispensabilità del ruolo pubblico per l'accesso ai diritti delle persone e il costante ripiegamento e abbandono di questi territori e contesti;
  - il privato profit che finalizza il proprio fare impresa alla distribuzione di utili va sempre escluso?
- Che dobbiamo evitare di pensare per silos: l'intervento di presa in carico delle fragilità non può essere sostitutivo della necessità di ridurre disuguaglianze di reddito e di ricchezza (non ragionare per silos).

### b) che la questione della **relazione pubblico privato ha a che fare con i temi:**

- del **potere** – della disponibilità, pur nella chiarezza dei ruoli e delle funzioni, di tutti gli attori in gioco di mettere in discussione pezzi di potere su indirizzi e sull'uso delle risorse (esempio una relazione non solo a valle in ambito della co-progettazione ma che a monte, nella co-programmazione, riconosce tutti i soggetti come “attori” e non come “attuatori” di politiche);
- della **fatica** che serve a mettersi in gioco, ad accettare una relazione che se agita in una condivisione di potere mette in discussione consolidati e tradizioni. Per il pubblico consolidati istituzionali, amministrativi, di decisione sull'uso delle risorse;
- del non cedere alle polarizzazioni impostate su un impianto ideologico e pregiudiziale e su una dicotomia stanca tra pubblico e privato in cui da una parte vi è lo Stato e dall'altra parte il “mercato”;
- della “qualità della politica” che incide nell'esercizio della funzione pubblica da parte degli apparati amministrativi. La gestione amministrativa senza forti indirizzi di tipo politico – obiettivi di cambiamento, risposta ai bisogni, scelte metodologiche di relazione tra i soggetti – rischia di far compiere scelte e far assumere decisioni agli apparati burocratici degli uffici, andando ben oltre le proprie prerogative e competenze.

c) Tenere in conto le **ricadute economiche positive** (buona relazione costi benefici) che determina una buona integrazione pubblico/privato. Così come le politiche di prevenzione e prossimità.

## Innovazione

Innovazione sociale come capacità di individuazione e comprensione dei bisogni.

Come svelamento dei bisogni inevasi e quindi come capacità di pensare a possibili risposte e anche allo svelamento di mancanze delle politiche pubbliche (avviare vertenze). In altre parole, innovazione anche come chiave di cambiamento (e non solo di contenimento) di mettere in moto processi che curano le persone ma che provano a determinare cambiamento delle condizioni e dei contesti che determinano quei bisogni di cura.

Innovazione anche come capacità di “immaginare qualcosa che non c'è ancora” e non solo per quel che attiene la gestione di quello che già c'è.

Il terreno strategico più importante dell'innovazione è quello del rapporto tra amministrazioni pubbliche e terzo settore/privato-sociale. Per questo:

1. emerge come la priorità di rafforzare il pubblico vada messa al centro anche costruendo insieme alleanze nuove nelle quali entrambe le parti rifiutano rapporti di delega e collusioni con meccanismi di privatizzazione e invece si sentono insieme parte integrante della funzione pubblica;
2. vanno costruite buone alleanze, intendendo per “buone” quelle che si creano attraverso processi di definizione condivisa di obiettivi; funzionano meglio quando a questi processi partecipano pluralità di soggetti su entrambi i versanti, pluri-attori e pluri-settori. Alleanze che devono saper coinvolgere il pubblico migliore e il miglior terzo settore (senza generalizzare nel giudizio su entrambi i soggetti);
3. nel riconoscimento anche delle difficoltà che accompagnano le pratiche partecipate, si pone la necessità di ripensare le condizioni istituzionali/organizzative atte a sostenere la partecipazione, dando luogo a uno spazio pubblico diverso, che va ridefinito nella complessità dell'oggi, fuori dalla dicotomia Stato/Mercato;
4. La centralità della parola programmazione (scomparsa) versus progettazione.

## Funzione pubblica e terzo settore

Il **terzo settore** deve assumere la “**funzione pubblica**” come cornice del proprio fare e del proprio essere attore sociale. Senza tale consapevolezza, difficile pretendere dal pubblico un riconoscimento del nostro ruolo politico culturale. Di non essere interpretati solo come “attuatori di politiche altrui”.

Considerare che il nostro è un **lavoro che deve essere vissuto come fare collettivo in una pluralità dello spazio che va assunta come ambito di lavoro**. In una dimensione collettiva e con pluri-attori che ci aiuti a stare dentro alla complessità senza dover ricorrere, come strumenti di sopravvivenza, alla competizione al ribasso, alle semplificazioni, al colludere con meccanismi di privatizzazione e smantellamento di un'idea pubblica e ad accesso universale dei sistemi di welfare.

E che per questo c'è bisogno di un pubblico:

- che non delega la sua responsabilità anzi rivendica proprio ruolo di governo e coordinamento ma riconosce gli altri attori appunto come attori protagonisti di programmazione delle politiche non come meri erogatori/gestori di politiche altrui;
- che non cede alla tentazione del bando, che tranquillizza e semplifica la vita, che mette tutto su logiche competitive ma accetta la fatica della co-progettazione, della cura e della manutenzione dell'alleanza con tutti gli attori formali e informali della comunità;
- che chiede al privato sociale di uscire dall'accettazione della delega pubblica, della concorrenzialità al ribasso ma di riconoscere e dialogare con le diverse esperienze e co-progettare. Insomma uscire da atteggiamenti da piazzista sociale;
- che non cala le risorse dall'alto nella consapevolezza che ogni territorio ha bisogni differenti e quindi le propone a laboratori locali per farle declinare in tavoli che coinvolgono chi è informato sui fatti;
- che non confonde la partecipazione con l'ascolto e che per questo è disponibile a proporre luoghi dove vi sia condivisione concreta di potere sugli indirizzi e sulle risorse (centralità del tema del potere in tutti i diversi aspetti del lavoro sociale e degli attori che ne sono protagonisti).



FORUM  
DISUGUAGLIANZE  
DIVERSITÀ