

urban@it

Centro nazionale di studi per le politiche urbane

Working papers. Rivista online di Urban@it - 1/2017
ISSN 2465-2059

**Innovazioni per l'apprendimento istituzionale.
Il Programma microaree della Regione Friuli
Venezia Giulia**

Ota de Leonardis
Lorenzo De Vidovich

Urban@it Background Papers

Rapporto sulle città 2017
MIND THE GAP. IL DISTACCO TRA POLITICHE E CITTÀ
ottobre 2017

Ota de Leonardis

Università degli Studi di Milano-Bicocca
ota.deleonardis@unimib.it

Lorenzo De Vidovich

Politecnico di Milano
lorenzoraimondo.devidovich@polimi.it

2

Abstract

Il Programma microaree, operativo in Friuli dal 2005, è finalizzato alla «produzione di salute e sviluppo di comunità» in aree circoscritte – solitamente coincidenti con quartieri Erp – delle quali prende in carico congiuntamente le problematiche sanitarie, abitative e sociali. La *governance* si basa su un'intesa tra l'Azienda sanitaria, il Comune e l'Azienda territoriale per l'edilizia residenziale pubblica, con una successiva inclusione del terzo settore.

Il programma opera attraverso una decisa territorializzazione dei servizi sanitari e sociali (il territorio come *setting* dei servizi) e sostiene il coinvolgimento di espressioni più o meno organizzate degli abitanti, in una prospettiva di capacitazione. Tre dispositivi caratterizzano l'intervento locale sui territori: la sede di microarea, il referente di microarea e gli incontri periodici di monitoraggio e coordinamento.

La sperimentazione si prefigge due obiettivi complementari: da un lato, dotarsi di una lente d'ingrandimento sui contesti di vita più problematici, per arricchire le basi di conoscenza su problemi e risorse, in modo da riconvertire la spesa per accrescerne l'appropriatezza; dall'altro lato, l'intenzione è *fare città*, trasformando i contesti di vita in laboratorio per l'integrazione tra politiche sugli spazi e politiche sulle persone.

Il Programma microaree rappresenta un caso di sinergia tra innovazione sociale *dal basso* e innovazione istituzionale, da cui ricavare qualche suggerimento per fronteggiare il rischio che la prima finisca per giustificare la rinuncia a impegnarsi sulla seconda, com'è talvolta tipico dei percorsi di *social innovation* in materia di welfare. In secondo luogo, promuove un processo d'integrazione tra le politiche attraverso le pratiche, per

affrontare le maggiori problematiche presenti in un territorio. In terzo luogo, attraverso la dimensione *micro* e il coinvolgimento di diversi livelli di governo, suggerisce di includere risorse e poteri della sanità per migliorare efficacia e capacità inclusiva dei sistemi di welfare.

Microaree Programme is up and running since 2005 in Friuli-Venezia Giulia region, aimed to the «health provision and community development» in certain target-areas – usually in public housing neighbourhoods – where to cope with health, housing and social problematic issues. Its governance is based upon a memorandum of understanding among the Health Authority, the Municipality and the Agency for public housing. Later, Third Sector has also been included in the governance arena.

The Programme acts through a territorialisation process of health and social services on one hand (territory as a setting of services), and the promotion of citizens' initiatives in a capability perspective, on the other hand. Three main devices of local intervention are made up: the Headquarter of microarea, the Contact Person of microarea and the meetings for coordination and discussion.

The Programme has a twofold objective: first, it aims to develop an approach more narrowed on the most problematic contexts of life, to redefine and increase the informational basis on one hand, and to restructure the health expenditure increasing its appropriateness, on the other hand. Second, the Programme looks at the transformation of local contexts into a “lab” for the integration between policy “for places” and policy “for people”, dealing with the most problematic issues of deprived urban areas.

This trial enhances a convergence between “bottom up” social innovation and institutional innovation. This synergy provides some suggestions to address that risk where the presence of the first kind of innovation justifies a lack of attention on the institutional side. Then, the Programme purposes pathways for policy integration in a collaborative perspective and it suggests an inclusion of health resources within the city government, in order to increase the efficacy and the social inclusion capability of welfare systems in the light of multilevel governance, with a particular focus on the micro scale.

Parole chiave/ Keywords

Welfare locale, Territorializzazione, Partecipazione, Integrazione tra politiche / *Local welfare, Territorialisation, Participation, Integrating policies*

Il Programma microaree della Regione Friuli è un caso di una politica locale di welfare tipicamente *integrata* - insieme sociale, sanitaria e abitativa - che ricorre al noto repertorio della territorializzazione e dell'attivazione dei cittadini [Bifulco 2014; 2015]. Esso rappresenta un caso interessante di sinergia tra innovazione sociale - dal basso - e innovazione istituzionale, ovvero nel *policy making*: da cui ricavare qualche suggerimento per fronteggiare il rischio che la prima finisca per giustificare la rinuncia a impegnarsi sulla seconda - un rischio che sembra accompagnarsi d'appresso con l'attuale enfasi sulla *social innovation*, per l'appunto in materia di welfare (si veda in proposito il IV capitolo del *Rapporto sulle città 2017*). In questo caso l'innovazione di livello istituzionale, che fa leva sulla "riconversione" della spesa sociale operando un riassetto del *policy making* sul terreno sia gestionale che operativo fino alla *street level bureaucracy*, incrocia le iniziative autonome dei cittadini per fronteggiare i loro problemi, offrendo loro una strumentazione di *policy* per essere riconosciute e messe a sistema. Le innovazioni sono finalizzate a divincolare l'azione pubblica dalla tenaglia, che come sappiamo grava sul governo del territorio, tra problemi sociali crescenti e risorse per affrontarli in diminuzione.

Una collaborazione inter-istituzionale.

Preceduto nei primi anni Duemila da una sperimentazione (sotto il nome di *Habitat*), il *Programma microaree, Salute e Sviluppo di comunità* è stato istituito dall'assessorato alla Salute e Politiche sociali della Regione Friuli Venezia Giulia, ed avviato nel febbraio 2006 con un primo Protocollo d'intesa tra l'Azienda socio-sanitaria triestina, il Comune di Trieste e l'Azienda territoriale per l'edilizia residenziale pubblica (Ater), in seguito incluso nel Piano di zona ed esteso anche al terzo settore. L'intesa concerne l'impegno a intervenire in modo congiunto su un territorio circoscritto, coincidente con un complesso Erp (mediamente di 800-2500 abitanti) con l'obiettivo di affrontare l'insieme delle problematiche che vi si concentrano, promuovendo in modo integrato «tutela della salute, prevenzione del disagio sociale, qualificazione delle condizioni abitative» [Bifulco, Bricocoli e Monteleone 2008: 375]. Nello spazio della microarea si sperimenta un approccio che vuole essere insieme *locale, plurale e globale*: che cioè ancori l'azione pubblica ai contesti; attivi e coinvolga la pluralità di attori implicati, inclusi ovviamente gli abitanti e i potenziali di risorse formali e informali di cui essi sono portatori; assuma la

globalità delle problematiche dei quartieri target, intervenendo insieme sulle persone e sui luoghi. Come tale, il Programma microaree potrebbe essere accostato alla versione virtuosa dei Progetti urbani, e relativa strumentazione, discussa da Pinson, là dove il progetto «si prende cura dei luoghi e delle persone [...], *per* valorizzare il patrimonio costruito e quello delle pratiche sociali [...] e per mobilitare le risorse propriamente locali» [Pinson 2009: 110-112].

Ad oggi sono state istituite e sono in funzione 16 microaree, di cui 13 nel comune di Trieste e le altre 3 rispettivamente nei comuni di Muggia, Monfalcone e Opicina.

Obiettivi e strumenti.

La scelta della dimensione micro risponde a due obiettivi strategici complementari del Programma: *a)* dotarsi sul territorio di una lente d'ingrandimento per orientare la riconversione della spesa che ne accresca l'appropriatezza, ovvero l'efficacia; *b)* fare del territorio un laboratorio per politiche che, integrandosi, *fanno città*.

a) Riconvertire la spesa. In primo luogo la microarea, focalizzandosi sulle situazioni delle persone nei loro contesti di vita, nei quartieri Erp in cui il Programma agisce, attiva un denso circuito informativo che arricchisce le basi di conoscenza su problemi e bisogni, nonché altrettanto su potenziali di risorse: basi informative per risposte più appropriate di agenzie e interventi in materia socio-sanitaria e residenziale, delle quali monitorare passo passo l'impatto. Un punto focale è costituito dai *heavy users* in carico a servizi e prestazioni in forma cumulativa, che nei quartieri Erp si addensano. Nel comparto sanitario, in particolare, il carico d'interventi "medicalizzanti" (diagnostica, ricoveri, farmaci) spesso segnala funzioni di supplenza rispetto ad altri tipi d'intervento a carattere sociale, che sarebbero senz'altro più appropriati, più economici, e a parità di spesa molto più efficaci. Tanto più se in sinergia con le risorse di altri comparti [Cogliati *et al.* 2012]. L'azione congiunta delle agenzie coinvolte consente per esempio di organizzare per una signora anziana il cambio di alloggio (Erp) dal quarto piano senza ascensore al piano terra, nonché di attivare una rete di supporto intorno a lei (tra cui il panettiere sulla via): affrontando con ciò i suoi problemi di ridotta autonomia meglio e a costo inferiore alla sua istituzionalizzazione in una Rsa. In attesa che Ater trovi il modo di dotare quello

stabile di un ascensore. Questo tipo di strategie ha un terreno di elezione nell'importante problema dell'elevato tasso d'invecchiamento della popolazione che caratterizza il Friuli in generale e Trieste in particolare, e i cui effetti si concentrano in quei quartieri ¹.

Accrescere l'appropriatezza della spesa costituisce una direzione strategica per rispondere ai crescenti vincoli di bilancio in modi alternativi alla semplice riduzione quantitativa, a tagli e abbandoni. Ma questo richiede che la spesa stessa venga riconvertita a destinazioni e usi diversi: tipicamente nel bilancio della sanità gli spostamenti della spesa dall'ospedaliero al territoriale. La riconversione della spesa sollecita e/o registra un diverso funzionamento dei servizi implicati, sul piano sia operativo che gestionale. Il carattere circoscritto del territorio che la microarea identifica domanda ai servizi un rapporto ravvicinato con le persone e i loro contesti di vita, ridefinendone l'operatività. Portando all'estremo la spinta alla territorializzazione del welfare, il Programma poggia sulla dislocazione in quei quartieri di personale e interventi (su salute, problemi sociali e condizioni abitative) fornendo servizi domiciliari, di caseggiato e di quartiere. Questo vale per l'unità coronarica come per la formula della "coabitazione possibile" in un appartamento Erp di 3 o 4 anziani non autosufficienti, in alternativa alla loro istituzionalizzazione: con l'iniziativa delle famiglie, l'assistenza sulle 24h e la retta del Comune. Una formula quest'ultima che ha poi fruttato una legge regionale sulla domiciliarità. Operatori e interventi escono dal *setting* degli spazi dedicati e si dislocano dentro l'habitat sociale delle persone, con un movimento che tende a fare del quartiere il proprio *setting*. Bisogna aggiungere che questa riconversione della spesa, che passa per una riorganizzazione dei servizi di welfare che li ancora al territorio, tende a suscitare e a far valere come risorse le capacità d'iniziativa autonoma da parte di cittadini "singoli o associati". Come ora vedremo.

b) *Fare città*. Con la dislocazione «dai luoghi di cura alla cura dei luoghi» [de Leonardis e Monteleone 2007] l'azione pubblica implicata nel Programma si dispone ad assumere un impegno d'insieme sui quartieri *target*, con riguardo alle problematiche in senso lato sociali che vi si addensano. E il Programma stesso delinea una *policy* urbana che prova a combinare le due focalizzazioni su *place* e su *people*, sul contesto urbano e sulle persone. A partire, beninteso, dalle competenze pubbliche in materia di

¹ Secondo dati Siasi-Aas 1 su 9 microaree, nel 2014 gli abitanti over 65 erano il 34% (Siasi-Aas 1, 2014, Istat, 2014).

welfare - la salute, l'abitare e il sociale – facendo dunque leva sulla dimensione sociale prima che su quella spaziale (come è invece il caso ad es. dei Contratti di quartiere). Si tratta, in definitiva, per il sistema locale di welfare così riconfigurato, di *fare città*².

Questo secondo obiettivo fa leva sui due dispositivi del Programma istituiti in loco, ossia il *referente* e la *sede* di microarea. È uno strumentario che ricorda le forme di attivazione e organizzazione dei cittadini per l'animazione comunitaria o l'autogestione di uno spazio, salvo il fatto che si tratta di presidi del pubblico. Il referente di microarea – operatore di un servizio pubblico o di una cooperativa sociale – rappresenta la posizione cruciale di raccordo tra il Programma e il contesto: funziona da informatore nei due sensi, da una parte rappresentando localmente il Programma e le istituzioni che partecipano, e dall'altro sollecitando e raccogliendo informazioni, domande e proposte dalle persone del quartiere e veicolandole in alto tramite la banca dati di microarea e le riunioni periodiche di monitoraggio; da questa posizione il referente stimola interventi operativi coordinando i diversi attori coinvolti, promuove progetti e facilita la costituzione di reti, gruppi (tra cui di auto/mutuo-aiuto) e associazioni. La sede di microarea è la centrale organizzativa delle iniziative di cui sopra; ma è anche punto d'incontro, luogo di socialità, di scambi, discussioni e progetti degli abitanti del quartiere. È concepita più come un appartamento che come un ufficio. Può accadere che i pasti a domicilio forniti dalla cooperativa sociale agli anziani assistiti dai servizi sociali vengano devianti per l'appuntamento nella sede di microarea, se quegli anziani preferiscono mangiare in compagnia; da cui poi possono svilupparsi progetti diversi con quegli anziani e quegli attori e con altri, in materia di cucina e cibo o forse orti, e così via.

In tutta evidenza questi dispositivi funzionano da volano per l'attivazione e la partecipazione. Le iniziative autonome dei cittadini, che si tratti del progetto per il recupero di una piazza abbandonata, o dell'auto-organizzazione di gruppi di ginnastica dolce, o di attività di artigianato, vengono incoraggiate e supportate, ma anche dotate di una cornice e d'interlocutori istituzionali. Nel caso in esame il ruolo attivo degli abitanti – la loro *voce* in materia di problemi e soluzioni che li riguardano – costituisce un esito emergente del Programma, che a sua volta funziona da reagente per gli obiettivi che abbiamo segnalato: la partecipazione, l'innovazione sociale dal basso, entrano in gioco come alimento di un'innovazione istituzionale che, nel riconvertire la spesa pubblica in nome della sua appropriatezza (e in ragione degli imperativi noti) si attrezza a investire le risorse e competenze di welfare, pubbliche o finanziate dal

² Atto deliberativo Ass.1, n. 27 del 20 marzo 2006. V. Bricocoli, De Leonardis, Tosi, 2008.

pubblico, per far fermentare la coesione sociale [Strutti 2007] e ricucire il tessuto urbano nei quartieri Erp.

8

Apprendimenti su possibilità e limiti.

Alcuni tratti distintivi del Programma microaree meritano di essere evidenziati per le indicazioni di *policy* che se ne possono ricavare.

Intanto occorre domandarsi su quali indicatori si misuri l'impatto di un programma come questo. Dalla prospettiva dell'autorità sanitaria sono rilevanti i cambiamenti che si registrano negli indicatori di salute. Uno per tutti è la riduzione del tasso di ospedalizzazione della popolazione cui le microaree contribuiscono significativamente: dal 2005 al 2013 il dato è sceso dal 192,3‰ al 163,6‰ [Aas 1, Sistr 2014], con una tendenza più accentuata rispetto all'insieme del distretto sanitario malgrado in queste aree sia concentrata come dicevamo la popolazione anziana. Anche l'aumento delle forme associative è significativo, e se ne monitorano gli effetti in termini di "capitale sociale" (a cura delle università di Torino e Udine). Ma merita attenzione anche un altro indicatore, più indiretto, ed è la pressoché totale assenza di domande, problemi e politiche in materia di sicurezza urbana nei contesti in cui operano le microaree: un dato inconsueto per questo genere di quartieri, che sta ad indicare come l'investimento su un buon sistema di welfare vicino ai cittadini abbia effetti benefici anche nel disattivare tensioni, disturbo sociale e paure.

Un altro motivo d'interesse concerne il carattere spiccatamente sperimentale del Programma. Il livello micro, e pertanto situato, funziona da laboratorio di nuove forme di azione pubblica che, favorendo un monitoraggio ravvicinato, attiva nell'azione stessa una componente riflessiva. Dotandola con ciò di condizioni per l'apprendimento istituzionale. La relativa adattabilità del Programma a situazioni diverse, per problematiche e per attori, ne ha consentito la diffusione, non soltanto nella città di Trieste ma anche in territori vicini, per iniziativa dei rispettivi Comuni; ed è fonte d'ispirazione anche altrove: l'idea della microarea è riconoscibile in particolare nel dispositivo sviluppato dal programma WeMi (*Welfare-Milano*)³ su cui poggia la territorializzazione dei servizi nella riforma del welfare disegnata dall'assessorato alle Politiche sociali del comune di Milano. Il programma prevede infatti la costituzione di spazi d'incontro che ibridano la funzione di bar del quartiere

³ Con una sua piattaforma digitale, wemi.milano.it.

con la funzione di segretariato sociale svolta da operatori dell'assistenza. Un esempio di questa sperimentazione è *Rab San Gottardo* [Bricocoli e Sabatinelli 2017].

D'altro canto va anche ricordato che lo sperimentalismo mantiene le innovazioni in una situazione di contingenza, evidenziando il ruolo cruciale delle capacità politiche, e della volontà politica, perché esse durino nel tempo e si consolidino.

Un terzo ordine di motivi per cui il Programma microaree merita attenzione riguarda la natura della collaborazione inter-istituzionale su cui poggia: un passo avanti nella direzione di *politiche integrate*, tanto auspicate quanto raramente perseguite. Vediamo più da vicino. Intanto va segnalata la configurazione multiscalare, il fatto cioè che vi siano coinvolti sia il governo locale che la Regione, in ragione delle sue competenze in materia sia di edilizia residenziale che sanitaria. Va sottolineato in particolare il ruolo propulsivo svolto dall'autorità sanitaria locale nel disegno e nell'implementazione del Programma. Facendo leva su una definizione larga di salute – quella dell'Organizzazione mondiale della sanità – che chiama in causa le “determinanti sociali”, essa sollecita azioni e risorse di carattere sociale, dall'interno e all'esterno del campo sanitario: un orientamento del resto espresso anche nella legge regionale n. 6/2005 in materia socio-sanitaria che promuove un «sistema integrato d'interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale»⁴. Il protagonismo della sanità in questo contesto ha delle specificità che difficilmente si riscontrano altrove, tuttavia esso apre una prospettiva di *policy* interessante: provare a considerare le questioni – e le risorse – attinenti alla salute dei cittadini come pertinenti e rilevanti per il governo della città. Ovvero – rovesciando l'argomento – questo caso evidenzia quanto le note debolezze del welfare urbano siano da collegare anche alla mancata integrazione con questioni e risorse sanitarie.

È un argomento che i comuni che partecipano al Programma microaree – in particolare quelli che hanno preso l'iniziativa - mostrano di ben intendere. Tuttavia anche in questo caso la collaborazione inter-istituzionale stenta. A Trieste, benché sia Ater che il Comune abbiano introdotto cambiamenti negli assetti organizzativi e nelle forme d'intervento, si avverte la tendenza a delegare al partner sanitario la responsabilità strategica del programma. Sono mancati da parte di Ater quegli

⁴ Cfr. De Leonardis, Emmenegger (2005). In questo orientamento è facilmente riconoscibile l'impronta dell'esperienza della riforma psichiatrica che ha avuto la sua espressione più compiuta per l'appunto a Trieste e che ha influenzato il sistema sanitario regionale grazie anche a Franco Rotelli, leader di quell'esperienza dopo Basaglia e in seguito direttore generale dell'Azienda sanitaria, consulente del governatore e ora presidente della Commissione Sanità e welfare del Consiglio regionale.

interventi strutturali che invece sarebbero necessari. E il Comune non ha saputo mobilitare le sue competenze in materia abitativa. Benché la prospettiva dell'integrazione tra politiche e competenze diverse abbia nelle microaree un terreno di prova promettente, essa si conferma difficile anche in questo contesto.

Resta comunque importante il suggerimento di fondo: la dimensione micro, regno delle pratiche, va messa a fuoco come una leva cruciale per istituire tra istituzioni e cittadini un circuito virtuoso di apprendimento reciproco, con ciò accrescendo l'intelligenza istituzionale.

BIBLIOGRAFIA

Bifulco, L.

2014 *Citizenship and governance at a time of territorialization: The Italian local welfare between innovation and fragmentation*, in «European Urban and Regional Studies», 23(4), p. 628-644

2015 *Il welfare locale. Processi e prospettive*. Roma, Carocci.

Bifulco, L.; Bricocoli, M.; Monteleone, R.

2008 *Welfare locale e istituzioni riflessive. Processi di attivazione in Friuli-Venezia Giulia*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», 3.

Bricocoli, M.; de Leonardis, O.; Tosi, A.

2008 *L'Italie. Les politiques sociales, du logement et de sécurité: inflexions néo-liberales dans les politiques locales*, in J. Donzelot (a cura di), *Villes, violence et dépendance sociale. Les politiques de cohésion en Europe*. Paris, La Documentation Française.

Bricocoli, M. e Sabatinelli, S. (a cura di)

2017 *Governare il cambiamento del welfare locale. Il progetto Welfare di tutti a Milano*, in «Territorio», 81.

Cogliati, M.G. *et al.*

2012 *Il progetto Microaree nei distretti di Trieste*, in «Sistema Salute», 56 (3), p. 374-387.

de Leonardis, O. e Emmenegger, T.

2005 *Le istituzioni della contraddizione*, in «Rivista Sperimentale di Freniatria», 3, p. 13-38.

de Leonardis, O. e Monteleone, R.

2007 *Dai luoghi di cura alla cura dei luoghi a Trieste e dintorni*, in R. Monteleone (a cura di), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali: forme ed effetti*. Roma, Officina.

Laino, G.

1999 *Il Programma Urban in Italia*, in «ASUR», 66, p. 69-97.

Pinson, G.

2009 *Il progetto come strumento d'azione pubblica urbana*, in P. Lascoumes e P. Le Galès (a cura di), *Gli strumenti per governare*. Milano, Bruno Mondadori.

Strutti, C. (a cura di)

2007 *Progetto MicroWIN-Microaree*, Laboratorio internazionale WIN - Welfare Innovations, Trieste.