

## Occorre avere buona memoria

di Stefano Cifiello

L'affiancare operatori del cosiddetto Privato sociale *alias* Terzo settore *alias* dipendenti di cooperative e di associazioni, a quelli pubblici (assunti a tempo indeterminato dalle Amministrazioni pubbliche tramite concorso) oggi sembra essere una *modalità usuale di gestione* del personale nei Servizi Socio-Assistenziali di un territorio. Mi riferisco ai Servizi educativi per le 1.000 tipologie di utenza; alle strutture diurne e residenziali per anziani e per portatori di handicap, e anche a ciò che accade in altri settori come le Scuole materne o gli Asili nido.

È proprio questa strana ordinarietà che mi, ci, deve far riflettere. Perché è così? Perché da vari decenni si attua questa discutibile forma di *flessibilità* del lavoro nelle attività assistenziali o di sostegno sociale (anche se oggi purtroppo comune a tanti, troppi segmenti produttivi). Nella Sanità in Italia, almeno dall'istituzione del Ssn, ciò non era mai avvenuto, anche se oggi comincia anche lì a diffondersi questa modalità, più che discutibile.

La prima risposta al quesito posto può essere persino banale. Ma ciò, come si vedrà, spiega in parte, ma solo in parte, il fenomeno. Ancora prima degli attuali fenomeni di Aziendalizzazione, tipica di questi anni neo-liberisti, vi era la necessità di *tenere sotto controllo la maggiore voce di spesa* dei Servizi assistenziali: il personale. E già questo la dice lunga sul valore che la Risorsa umana ha in questi servizi. Si scelse negli anni di risparmiare denaro distinguendo gli operatori:

1. In quelli definiti a priori come più qualificati e meglio pagati (i dipendenti pubblici) e
2. la vastissima pletera dei dipendenti/ incaricati dell'impreciso e imprecisato mondo del Privato Sociale/ Terzo settore/ Cooperative/ Associazioni, *che operano in convezione* con gli Enti pubblici, con costi e qualifiche inferiori, massimamente flessibili ed esodabili.

Il personale del II tipo persiste da sempre in una condizione di *precaricato strutturale*. Anche se, a parte la flessibilità, del resto spesso solo potenziale e riferibile al singolo (in quanto non è facile per una P.A. chiudere un servizio una volta aperto) occorrerebbe davvero misurare *oggettivamente* se costa più un servizio pubblico o un servizio in appalto, ma questo è un altro discorso.

Ovviamente nel tempo si è costruita una sorta di integrazione fra le due tipologie di personale pubblico e privato, che vede il concentrarsi dei dipendenti pubblici nei ruoli direttivi e quelli del Terzo settore nei ruoli operativi.

In seguito, all'aumentare dei numeri delle persone in gioco, si è arrivati a formare un'alleanza strategica fra i quadri dirigenti del Privato sociale e quelli del Sistema pubblico, sia attraverso deleghe totali da parte della P.A. d'interi comparti al Terzo settore, sia attraverso la cooptazione di dirigenti, con l'effetto che costoro, benché dipendenti privati, siedono ai tavoli di lavoro, con potere decisionale equivalente ai loro colleghi pubblici.

A far da vaso di coccio, fra vasi di ferro, restano gli operatori esecutivi: sotto-pagati, in alcuni casi con un orario part-time, in altri con una minore previdenza sociale e, come si diceva, a rischio di licenziamento, al termine delle famose *Convenzioni*, che legano il Pubblico col Terzo settore o per le più semplici riconversioni.

Del resto a questa condizione di estremo disagio e di stress gli operatori del Privato sociale possono rispondere con l'unico strumento a loro disposizione: l'estinzione della loro motivazione al lavoro. Smettono di essere parte attiva del processo assistenziale e precipitano nel Burn-out. Ma pure questo è un altro discorso.

Anche perché oggi un operatore privato non più motivato è facilmente sostituibile da un altro di *recente immigrazione*. Io mi sono trovato, alcuni anni fa, tenendo un Corso di riqualificazione per operatori di Case di riposo, davanti a una vastissima platea di stranieri, alcuni dei quali sembravano conoscere a stento la lingua in uso qui.

Alla base di tale andamento, vi è una storia complessa, che affonda le sue radici nel passato.

Rispetto al settore sanitario, che rappresenta un nodo centrale del benessere della popolazione, e quindi da sempre oggetto di un attento controllo politico/ partitico, l'alleviamento delle necessità di categorie particolari di individui, com'è caratteristica del settore assistenziale, da sempre, ma ancor oggi, sembra presentarsi come **occasionale, marginale, residuale**.

Queste categorie di persone paiono detenere una sorta di diritto *minore* a una risposta sociale, all'alleviamento della loro condizione e/ o dei loro problemi: sussiste la *particolarità del fenomeno*:

- Così che, ad esempio, alle esigenze di un portatore di handicap o a di un anziano, che necessitano di un ricovero protratto nel tempo, o di un homeless, si usa dar seguito con una minore urgenza e forse una minore qualità e/o delegando ad esempio alla Caritas o ad altri.
- Oppure che, a questi bisogni di categoria e specifici, se non risponde lo Stato o le Regioni, lo può certo, e ancora, fare la famiglia di riferimento, come si è sempre fatto.

- O peggio ancora, si tende a ritenere che proprio la difficoltà a risolvere il problema, che costoro manifestano: l'insolubilità della questione o il costo economico alto, giustifichino il trascurare la soluzione.
- Poi spesso per alcune categorie, ad esempio chi in qualche modo può essere ritenuto *responsabile* della prioria condizione (chi ha una Dipendenza patologica) scatta una vera e propria discriminazione, neppure tanto velata.

A ciò ovviamente consegue una profonda arretratezza delle politiche dell'assistenza italiane, rispetto a quello d'altri paesi anche europei.

Brevemente alcune note storiche per tentare di comprendere il perché di questa situazione.

Nella seconda metà/ fine dell'Ottocento, col nascere del Regno d'Italia, si contrae, a seguito della *Spinta unitaria*, la funzione caritatevole tradizionalmente svolta dalla Chiesa cattolica con le Opere Pie: i ricchi lasciavano alla Chiesa quote o interi immensi patrimoni, per assicurarsi un buon viatico alla vita eterna. Si assiste alla *progressiva laicizzazione* dell'azione d'assistenza sociale rivolta: ai *malati mentali / alienati* (in tutte le manifestazioni, incerte allora come oggi); ai *malati incurabili*: ciechi, sordi, a tutte quelle tipologie indefinite e spesso indeterminate di malformazioni o di handicap; e a quell'enorme e ancora più residuale platea di individui, allora non proprio persone: *i poveri, i miseri, i meschini, i tapini*.

Va innanzitutto sottolineato che in questa fase arcaica già la Sanità e l'Assistenza sociale sembrano seguire vie differenti, col malato mentale a fare da ponte fra questi due macro-settori, in quanto presenta caratteristiche comune a entrambi. A differenza degli altri malati, i bisognosi di assistenza sociale manifestano caratteristiche di cronicità spesso involutiva, di una *cura* continuativa nel tempo e spessissimo non erano e non sono in grado di contribuire, né a livello familiare, né personale al proprio sostentamento.

Quindi in tale fase primigenia, s'assiste alla formazione di due percorsi simile, ma leggermente divergenti.

- Per quanto riguarda la Sanità si diffondono gli Ospedali per infermi generici o specializzati (es. Sanatori). Si trattava d'apparati organizzativi centrati sulla competenza medica, e su pochi supporti ausiliari a questa, *rivolti ai bisogni di salute dell'intera cittadinanza*. Interessante notare come tali strutture ricevessero parte del loro sostentamento economico ancora da lasciti di benefattori laici (che precedentemente donavano alla Chiesa), ma soprattutto dalle Amministrazioni Comunali e dai singoli cittadini più o meno abbienti, che usufruendo dei servizi ospedalieri pagavano la degenza, in alcuni casi intaccando significativamente il loro patrimonio.

- Per quanto si riferisce invece all'Assistenza, osserviamo anche qui l'attivazione da parte d'Amministrazione pubbliche che, nei territori di loro competenza, crearono gli *Istituti assistenziali* rivolte alle suddette categorie *bisognose d'intervento continuativo e gratuito*, con il vantaggio secondario di fornire anche un'occupazione retribuita ai loro concittadini (per lo più donne o persone esse stesse a rischio di povertà), che in suddette strutture trovavano occasioni di occupazione. Il finanziamento in questi casi era sostanzialmente simile a quello degli Ospedali, per quanto si riferisce alle donazioni di beneficenza, ma intervenivano anche le amministrazioni pubbliche dei territori di residenza degli assistiti. Anche le Opere pie, legate al mondo religioso, col modificarsi in positivo dei rapporti politico fra Stato e Chiesa, privilegiarono il loro intervento nell'ambito assistenziale, piuttosto che in quello sanitario, a differenza di quanto accadeva in altri paesi.

È facile comprendere che queste strutture assistenziali presentavano caratteristiche *profit*, nel senso che, se queste non mantenevano un Bilancio attivo dal punto di vista economico, erano guai grossi. Perciò le condizioni degli ospiti erano più che disagiate, e solamente alcune Istituti illuminati si attenevano a norme igieniche ed etiche. Si trattava di risparmiare molto per sopravvivere, anche se ben presto negli Istituti e nei Manicomi più grandi (li accumuliamo qui forse impropriamente) una certa *Economia di scala* consentirà entrate notevoli, raramente reinvestite su benessere degli stessi ospiti.

Ricordiamo che queste strutture assistenziali e i Manicomi (a differenza ad esempio dei Sanatori per la Tuberculosis) divennero poi quelle che oggi abbiamo imparato a chiamare Istituzioni Totali. Le pensiamo come un male ormai passato o da dimenticare, ma furono il frutto della produzione ideologica di medici e d'amministratori pubblici, che costrinsero nella maggioranza dei casi altri (ospiti e inservienti) a sofferenze enormi.

In Italia dunque, sembra essere strutturale la distinzione fra Servizi sanitari rivolti all'intera cittadinanza, con importanti competenze professionali mediche (e la presenza delle prime rare infermerie qualificate, spesso religiose) e Servizi Assistenziali, rivolti a distinte categorie di cittadini, e in cui la dimensione auto-imprenditoriale e quella caritatevole erano prevalenti. Notiamo anche che, come si è detto, in questi Istituti assistenziali il personale presentava profili di competenza professionale minimi.

Solo col finire degli anni 60, inizio 70 dello scorso secolo (dopo circa 100 anni di un tale andamento), in Italia l'intervento

sanitario e assistenziale si ammodernava, cercando di allinearsi con quanto accadeva già negli altri Stati occidentali, in cui le politiche di Welfare avevano una storia almeno ventennale. Tuttavia l'enorme forza innovativa, che animava la politica e gli operatori dei servizi in quegli anni, procedeva ancora con un passo più lento nei Servizi assistenziali, rispetto a quelli sanitari. La stessa realizzazione del SSN nel 1978, cioè il finanziamento diretto dello Stato nella gestione della Sanità, determinò sì una modifica sostanziale del diritto alla salute dei cittadini italiani, ma continuava a distinguere di fatto un diritto generale alla salute, da necessità specifiche di categoria, che rimasero per anni escluse e quindi ancora in carico alle famiglie.

Questo ritardo concettuale, più che operativo, dell'intervento pubblico nel settore assistenziale, fece sì che, lungo la matrice prima cattolica, poi solidaristica di categoria (associazioni di familiari con problematiche simili), poi auto-imprenditoriale, si mantenesse vivo e necessario un Terzo settore *ausiliario* all'intervento pubblico.

Il Terzo settore innegabilmente ha sempre avuto un ruolo di stimolo nell'introduzione di nuove tipologie di servizi, e anche d'attenzione verso nuove categorie di bisogni, non di meno all'oggi la funzione innovativa si è trasformata, per cause solo in parte a esso riconducibili, ma certamente determinate da un ritardo operativo dell'Amministrazione pubblica, in una vera e propria funzione sostitutiva.

Avviandomi alle conclusioni, tanti i fattori storici e sociologici che hanno contribuito all'attuale particolare marginalizzazione dei Servizi assistenziali italiani.

In primo luogo, si riscontra un gap, che si sta lentamente, molto lentamente, colmando, nella professionalità degli operatori che vi operano, rispetto agli operatori sanitari.

- Fra gli operatori dei Servizi assistenziali (da cui escludo forse solo l'Assistente sociale) sembra prevalere, da un lato, l'impronta caritatevole, trasformata in alcuni casi in vocazione all'aiuto, e dall'altra, quella dettata ancor oggi dal semplice bisogno di occupazione, quale esso sia. Le due anime, quella caritatevole, legata al mondo cattolico, e quella auto-imprenditoriale, rivolta all'incremento dell'occupazione, più che all'assistenza vera e propria, sono ancor oggi operative.
- In secondo luogo, si rileva il ruolo che il Terzo settore ha svolto, negli ultimi anni, di promotore e creatore di servizi alternativi all'attività assistenziale effettuata direttamente dalle famiglie di soggetti con particolari fabbisogni assistenziali, che l'amministrazione pubblica sembra faticare, per una propria arretratezza, ad accogliere e

integrare nella propria organizzazione. Questa funzione innegabilmente propositiva e innovativa, si sta progressivamente trasformando in una semplice funzione di contenimento momentaneo di un bisogno, così come precari sono gli operatori che vi operano. Questi servizi sembrano sempre essere dunque considerati come *facilmente dismettibili*, anche se non credo ciò possa accadere.

- In terzo luogo, la marginalizzazione del diritto all'assistenza, di categorie speciali di individui, rende marginali, sia le organizzazioni che vi operano, sia gli stessi individui, anche quelli più motivati al lavoro sociale.

La soluzione a questi problemi è radicale: occorre superare la compartimentazione, in questo particolare segmento produttivo, fra Settore pubblico e Terzo settore, in vista dell'integrazione non solo organizzativa, ma contrattuale e soprattutto di valorizzazione economica. È da superare la distinzione degli operatori: fra quelli più garantiti e pagati, i dipendenti di Enti pubblici, e la vastissima pletera dei dipendenti del Privato Sociale/ Terzo settore, che lavoravano in convezione per gli Enti pubblici.