

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

L'attività redistributiva dei servizi di welfare

Rocco Di Santo (Ente di Formazione Professionale, Policoro, Italia)

Abstract Drawing attention to the experiences presented at the 5th National Conference of the SISS, in the session entitled *Benessere e disagio sociale: l'attività redistributiva dei servizi di welfare* (Health and social disadvantage: the redistributive activity of welfare services), it was possible to describe the best practices sharing logic to redistribute services through a network capable to meet the needs of the citizen, which is inevitably an active part of the process. The essay begins with a brief theoretical consideration on the systems of the welfare state and the crisis of the systems of social redistribution that have characterized the last years.

Sommario 1. L'esigenza di un 'nuovo welfare'. – 2. Le esperienze discusse in occasione del V Convegno SISS.

Keywords Social disadvantage. Redistributive activity. Welfare services.

1 L'esigenza di un 'nuovo welfare'

È noto che il welfare state negli ultimi decenni ha sviluppato la capacità di redistribuire le risorse a favore di interventi, strategie e servizi a vantaggio di specifici segmenti della popolazione.

Distribuire, infatti, deriva dal latino *distribuĕre*, composto da *dis-* e *tribuĕre*, che significa 'suddividere in varie parti'. L'attività della redistribuzione, di conseguenza, prevede un valore iterativo, esprime cioè duplicazione o continua ripetizione.

Nella sua tradizione storica, lo stato sociale si caratterizza per l'attitudine nel distribuire la ricchezza secondo un modello top-down, ovvero dallo Stato centrale alle realtà locali fino ad arrivare al terminale ultimo: il cittadino.

Già alla fine degli anni Settanta, vi sono state delle ampie critiche in merito a tale impostazione. Una visione che possiamo ritrovare nei lavori di William Robson (1976), il quale sostiene che lo stato sociale non si dovrebbe occupare, in via esclusiva o principale, di fornire servizi sociali di varia natura ai membri più bisognosi e svantaggiati della comunità, bensì di produrre un benessere collettivo. Un benessere che, da un lato, può essere prodotto dal cuore del welfare, ossia l'altruismo, e, dall'altro, può generare integrazione. Si tratta, in fin dei conti, di sradicare ciò che

Beveridge considerava i «cinque giganti» dell'emarginazione sociale: l'ozio, il bisogno, la malattia, l'ignoranza e la miseria (Rodger 2004, p. 30).

Per sconfiggere i giganti sono necessari non solo una redistribuzione della ricchezza, ma anche (e soprattutto) il coinvolgimento della collettività, al fine di ottimizzare le risorse esistenti.

Coniugare la dimensione macrosociale (economica, politica e governativa) e la dimensione microsociale (cultura e istituzioni locali) richiama la distinzione tra sistema e mondo della vita, propria della teoria sociologica di Habermas (1989), per il quale le due dimensioni devono necessariamente essere connesse. Il sociologo tedesco tuttavia va oltre, sostenendo che la caratteristica distintiva della società tardocapitalista sta nella *colonizzazione del mondo della vita* da parte del sistema: tutto ciò che ha a che vedere con la comprensione intersoggettiva e la creazione dei valori e di strutture normative, necessari per la convivenza civile, è sempre subordinato alla logica dei sistemi burocratici e a quella che lo stesso Habermas definisce *ragione strumentale*, ossia all'impianto logico che sta alla base del controllo tecnico-scientifico della società e delle istituzioni sociali. Questo risvolto critico della modernità si è tradotto anche nel percorso di sviluppo dei sistemi di welfare moderni, fondati come sono sulla subordinazione dei bisogni sociali alle esigenze di ordine fiscale e monetario che emergono dal sistema economico (Rodger 2004).

Con la crisi dello stato sociale e soprattutto con la crisi economico-finanziaria che sta caratterizzando l'inizio del ventunesimo secolo, emerge una dominanza della componente oggettiva rispetto alla componente soggettiva. La conferma di ciò è evidente nelle politiche sociali per le quali si delegano le famiglie ad attuare i processi di assistenza e cura senza alcun tipo di controllo. Una vera e propria contraddizione se si parla di efficienza ed efficacia degli interventi. Ciò che ne consegue è una maggiore crisi di legittimità del welfare ogni qual volta le decisioni pubbliche, che dovrebbero essere conformi con la razionalità burocratica, sono giudicate insoddisfacenti da tutti coloro che subiscono le conseguenze negative. Da ciò emerge una percezione dello stato sociale come iniquo, privo di regole, disumano, ecc. (Rodger 2004, p. 53).

È necessario, pertanto, ritornare alla presenza di legami sociali di tipo fiduciario, sia sul piano delle relazioni interpersonali (a livello 'micro') sia nella più ampia organizzazione della società (a livello 'macro'). Per Himmelfarb (1995) è necessario rivalutare ciò che i padri fondatori della sociologia occidentale (Toennies, Marx, Weber, Durkheim, Simmel, ecc.) hanno definito come *capitale sociale*. Per Coleman (1988), gli attori sono razionali e i loro comportamenti intenzionali e dotati di senso, ma questa intenzionalità è circoscritta dall'influenza dei fattori sociali esterni. Il capitale sociale, a differenza del capitale fisico e umano, è una risorsa impiegabile in un'ampia gamma di contesti sociali diversi. Ciò che conta, per un suo proficuo utilizzo, è l'affidabilità delle relazioni sociali, ovvero

la presenza di un sistema condiviso di reciproci impegni e aspettative. È da queste risorse che deriva la stabilità delle interazioni sociali, e quindi delle relazioni interpersonali, così come nel commercio avviene per le transazioni commerciali.

Il capitale sociale è una risorsa basata sulla fiducia, sulla reciprocità, e quindi sull'aspettativa che gli impegni e gli obblighi reciproci tra individui o parti differenti siano soddisfatti in una sorta di implicito 'contratto fiduciario'.

La strada da percorrere – secondo Phillips (1999) – dovrebbe essere quella di investire di più nella cosiddetta imprenditorialità sociale, intesa come l'insieme delle iniziative mutualistiche e di auto-mutuo aiuto che nascono dal basso. Il messaggio dell'inclusione sociale deve tradursi in un'economia mista del welfare, che abbracci l'azione di soggetti pubblici, privati e privato-sociali. Il welfare state si deve trasformare in un welfare societario. Il mutualismo, più che la presenza esclusiva dello Stato o del mercato, è lo scenario su cui bisogna scommettere. Infatti, è ben noto come l'impresa sociale del Terzo settore – e in modo particolare del no-profit – intende essere soggetto a pieno titolo del mercato, pur conservando caratteristiche particolari (Acocella 2011).

2 Le esperienze discusse in occasione del V Convegno SISS

Le esperienze discusse nella sessione intitolata *Benessere e disagio sociale: l'attività redistributiva dei servizi di welfare*¹ del V Convegno Nazionale SISS (Società Italiana di Sociologia della Salute) rappresentano delle buone pratiche accomunate dalla logica di redistribuire servizi attraverso un network in grado di soddisfare i bisogni del cittadino, il quale è inevitabilmente parte attiva dello stesso processo. Un cittadino dunque che non è considerato come parte terminale del processo, inerme e passivo rispetto alle azioni di altri. Al contrario, il cittadino è centrale nei processi di decisione, di attuazione e di valutazione.

Il contesto in cui vive e opera il cittadino è caratterizzato dai cambiamenti epidemiologici che pongono il territorio al centro del sistema sanitario. Ciò si incontra – come sostengono Bertin e Cipolla (2013) – con due elementi che hanno finito per aumentare le differenze fra i singoli territori. Da una parte, vi è la tendenza al decentramento amministrativo, che in Italia si concretizza anche con la modifica del Titolo V della Costituzione e la maggior autonomia delle regioni nel governo delle politiche sanitarie; dall'altra, le dinamiche locali dei singoli territori, caratterizzate dai con-

1 Sessione parallela coordinata dal prof. Sebastiano Porcu dell'Università di Macerata e dal dott. Rocco Di Santo.

fini sfuocati fra sociale e sanitario, che hanno finito per attivare processi isomorfici fra l'azione degli attori locali (comuni e regioni, ma anche attori del terzo settore) e i sistemi sanitari.

Infatti, con la crisi dello stato sociale, l'attività della redistribuzione è cresciuta in modo esponenziale (rispetto al passato appena descritto), vedendo tra l'altro modificare attori istituzionali e tipologia di reti di servizio. Anche per queste ragioni, il cittadino assume un ruolo diverso in quanto è maggiormente partecipe, influente e soprattutto consapevole. Infatti, non è presumibile che, come in passato, la distribuzione delle risorse di un Paese sia governata dall'alto, bensì si profila un welfare organizzato e gestito in loco, in cui il cittadino svolge un ruolo centrale e operativo.

Il 'welfare dei cittadini' – secondo Walther Orsi (2006) – fa riferimento a un sistema che si propone di dare centralità alla persona e alle sue relazioni sociali, anche attraverso un nuovo e più attivo rapporto con lo sviluppo e il sistema economico. È necessario pertanto assumere un quadro paradigmatico più ampio, al fine di inserire le trasformazioni del welfare nell'ambito dei radicali mutamenti economici, sociali e culturali legati alla globalizzazione, tenendo conto quindi delle nuove opportunità e dei problemi emergenti.

Se l'interesse è quello di porre le esperienze pratiche presentate in occasione del V Convegno SISS, il lavoro qui presente è di fatto un 'viaggio' tra le buone pratiche che si sono svolte (e sono in corso di svolgimento) in varie realtà italiane.

Il primo lavoro esposto è quello offerto da Natale Pepe. Esso riguarda il *Piano di Lotta alla Droga* promosso dall'Ambito di Zona della Città di Matera in partnership istituzionale con la Azienda Sanitaria Locale e la Provincia. La partecipazione delle associazioni di volontariato della città coinvolge principalmente i giovani, attraverso azioni condivise e processi di valutazione partecipata, che ha reso la governance in grado di gestire al meglio la complessità del progetto. Una valutazione che ha utilizzato metodologie quali-quantitative, tali da rilevare bisogni e stili di vita.

Ciò che caratterizza il progetto è l'idea di sviluppare strategie di lotta alla droga, creando tra i giovani una corretta informazione, di divulgare la cultura dell'interazione e della condivisione di esperienze, dove il divertimento non è inteso come devianza, ma come consapevolezza che la partecipazione è propulsore delle relazioni sociali e strategia per arginare ogni forma di emarginazione ed esclusione sociale.

Infatti, la cultura della prevenzione tra i preadolescenti e gli adolescenti caratterizza il lavoro mostrato da Tiziana Mangarella e svolto dal Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari. Un lavoro in cui sono stati sviluppati degli indicatori, fondati su basi teoriche consistenti, al fine di valutare proprio la percezione tra i giovani in merito a: salute e benessere; salute sessuale e assunzioni di comportamenti a rischio; identità di genere e corporeità.

Ciò che si evince è una società basata fortemente su stereotipi e pregiudizi che giustificano stili di vita devianti e, per questo, a rischio. Un contributo importante a tale situazione è dettato da messaggi educativi spesso contraddittori tanto da creare un sistema informativo 'schizofrenico', ove le ragazze appaiono maggiormente vulnerabili. Promuovere la salute e soprattutto educare all'aggregazione appare una strategia necessaria per arginare forme di devianza e rischi per la salute individuale e collettiva. Dunque, appare indispensabile l'ascolto dei giovani come prerogativa per pianificare azioni e sviluppare processi condivisi su un qualunque territorio.

Il contributo discusso dal Claudio Poggi riguarda, allo stesso modo, la devianza e stili di vita, nonostante diverso sia il target di riferimento: in questo caso si tratta di anziani. La ricerca-azione condotta dal Dipartimento di Dipendenze Patologiche dell'ASL di Bari ha visto il coinvolgimento di oltre duemila soggetti, afferenti alle associazioni di volontariato dei cinque distretti dell'ASL barese, e ha avuto come obiettivo generale di reperire e sistematizzare informazioni corrette sull'utilizzo di bevande alcoliche in relazione a condizioni di salute aggravate dall'uso di alcol.

La ricerca ha infatti mostrato che le abitudini degli intervistati è frutto di una percezione errata dello stato di salute individuale e soprattutto dell'esistenza di preconcetti sull'uso di sostanze alcoliche.

Dunque, l'ascolto di storie di vita e le interviste diffuse consente di monitorare le idee comuni sull'uso dell'alcol, soprattutto in una popolazione con un'alta incidenza di malattie correlate.

Il cittadino, attraverso la partecipazione nei processi decisionali, operativi e valutativi, è indispensabile anche in quella che Pasquale Marino definisce la *farmacia sociale*, ovvero un nuovo modello di farmacia attenta ai bisogni reali del cittadino. In questa visione, il cittadino, infatti, si sveste dei panni di solo 'paziente' (richiedente bisogni di cura), di utente (richiedente servizi) o di mero consumatore (richiedente prodotti per la propria salute) per divenire 'consum-attore': da un lato, è l'attore principale dei processi di cura, assistenza e benessere collettivo, dall'altro lato, è un consumatore di prodotti e, per tale ragione, determina la fortuna dell'esercizio commerciale. In tale ruolo, il cittadino è un soggetto attivo poiché non solo richiede diritti, ma rappresenta anche la domanda di beni e di servizi che la farmacia deve essere in grado di reperire come bisogni e trasformare in erogazione di prodotti commerciali e di prestazioni. La rilevazione del bisogno rappresenta, dunque, l'occasione di condivisione di esperienze individuali e collettive e uno strumento per il miglioramento della qualità erogata e percepita.

Anche l'esperienza della cooperativa OSA (Operatori Sanitari Associati) di Roma ritiene l'ascolto del cittadino un elemento di partecipazione e di condivisione per migliorare le prestazioni volte alla cura e all'assistenza di soggetti spesso non autosufficienti. L'elaborato esposto da Maria Chiara

Galizi evidenzia l'importanza dell'utilizzo di metodologie qualitative, come la narrazione di storie di vita, al fine di individuare i bisogni dell'assistito e ricercare strumenti e strategie per il miglioramento del personale stato di salute. Strategie che non escludono l'utilizzo della tecnologia, considerando questa una risorsa indispensabile nelle pratiche di cura e assistenza. Anche in questo caso il cittadino è partecipe dei processi volti al miglioramento della propria condizione di salute. Il racconto diventa così il punto di incontro tra bisogno e soddisfazione dello stesso.

Per Simone Cerrina Feroni, l'idea di benessere non deve necessariamente valicare i confini naturali, altrimenti la salute diventa una dominanza della dimensione economica e politica, in cui il benessere viene rilegato al marketing, al merchandising e al controllo sociale.

Bibliografia

- Acocella, G. (2011). «Questioni etiche del Terzo settore». In: Silvano, G. (cura di), *Società e Terzo settore: La via italiana*. Bologna: il Mulino.
- Bertin, G.; Cipolla, C. (2013). «La centralità del territorio: I nodi del cambiamento» [online]. In: Bertin, G.; Cipolla, C. (a cura di), *Verso differenti sistemi sanitari regionali*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicafoscari.unive.it/col/exp/28/145/PoliticheSociali/2> (2015-04-10).
- Coleman, J. (1988). «Social Capital in the Creation of Human Capital». *American Journal of Sociology*, 94, Supplement, pp. 95-120.
- Di Santo, R. (2013). *Sociologia della disabilità: Teorie, modelli, attori e istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Franzoni, F.; Anconelli, M. (2014). *La rete dei servizi alla persona: Dalla normative all'organizzazione*. Roma: Carocci Faber.
- Habermas, J. (1989). *The Structural Transformation of the Public Sphere*. Cambridge: Polity Press.
- Himmelfarb, G. (1995). «The De-Moralisation of Society». In: *Victorian Time to Modern Values*. London: Institute of Economics Affairs.
- Orsi, W. (2006). «La risorsa anziani: Qualità della vita e innovazione sociale». In: Ingresso, M. (a cura di), *La promozione del benessere sociale: Progetti e politiche nelle comunità locali*. Milano: FrancoAngeli.
- Phillips, M. (1999). «Lilley is Half Right and Tories are all Wrong». *Sunday Time*, 2 May.
- Robertson, W. (1976). *Welfare State and Welfare Society*. London: Allen & Unwin.
- Rodger, J.J. (2004). *Il nuovo welfare societario*. Trento: Erickson.