

**WELFARE 'SOCIALE',
OVVERO SU UN WELFARE RELAZIONALE
PER NUOVE COMUNITÀ LOCALI E NUOVI BENI E BENESSERE
COMUNI**

Analisi della situazione

Gran parte della popolazione è cresciuta in compagnia non delle ASL e del *Welfare* bensì della Mutua e della Previdenza Sociale.

Il 'benessere', esatta traduzione della parola inglese *welfare*, è stata ed è (oggi sicuramente anche per ben diversi motivi) una delle principali, se non la principale, preoccupazione degli Stati europei dopo i due conflitti mondiali del Secolo scorso. I cui Governi, appunto, si ripromettevano di intervenire in nome del principio di uguaglianza di tutti i cittadini a ridurre le sperequazioni sociali derivanti dal mercato e dall'economia. Quest'opera fece sì che la parola *welfare*, anche quando usata da sola, sottintendesse un'espressione più ampia, inclusiva del soggetto pubblico responsabile della redistribuzione del benessere e delle sue garanzie (da cui 'assistenza sociale' e, poi, 'sicurezza sociale'), ovvero il '*Welfare State*', il cosiddetto 'Stato sociale' o 'Stato provvidente'. Le Costituzioni del Secondo Dopoguerra risentono del bisogno di sancire l'uguaglianza: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione" (Art. 3, Cost. It.).

Per quest'opera gli Stati si preoccuparono anche di 'costituire' la loro 'società civile', dando ad essa un assetto istituzionale preordinato.

Come si sa, la fine degli Stati-Nazione e soprattutto la diffusione e lo sviluppo delle libertà individuali hanno portato ciascuno, già dai passati Anni '60, a rivendicare anziché la rassomiglianza, la propria assoluta, insindacabile ed autoreferenziale *dissomiglianza* rispetto a chiunque ed al mondo.

Nel Luglio del 2010 a Liverpool l'allora Primo Ministro inglese David Cameron illustrò la sua idea di 'Big Society', un tentativo di promuovere una riorganizzazione dal basso della coesione sociale. Si parlava di investire direttamente sul soggetto *disperso* dopo l'epica degli Stati Nazione e la sbornia per le soluzioni mercatiste, ovvero la cosiddetta '*società civile*': la volontà nasce dal basso. Sette anni lo stesso Cameron si è arreso a ben altro (Brexit).

Il tema del *Welfare* è comunque rimasto ed è riconosciuto come il tema identitario delle Società occidentali, comunque governate. Ma l'altro soggetto del binomio, lo Stato Nazione come da sempre tradizionalmente inteso, non c'è più, né c'è più l'ordine sociale da esso costituito e garantito. È dunque diventato persino sin troppo facile ricomprendere in una terminologia standardizzata tutto quell'universo di sicurezze, garanzie, appartenenze, diritti e servizi e quant'altro intendiamo quando parliamo di 'sociale' e 'sicurezza sociale', ma è diventato estremamente difficile avere certezze circa chi ed in che modo in tale 'universo' debba provvedere. È facile condividere il valore del *Welfare* nell'accezione indifferenziata di 'benessere', difficile e anzi impossibile pensare ad un concetto individualizzato di benessere – com'è vero che oggi ognuno lo intende e lo pretende – garantito da qualcuno in nome del solo diritto di cittadinanza.

Se dunque una concezione assolutistica della libertà individuale e del rivendicazionismo continuo di diritti in corrispondenza di qualsivoglia bisogno personale ha portato alla dissoluzione di alcuni vincoli sociali fondamentali un tempo costitutivi delle comunità locali, occorrerà porsi delle domande su questo *excursus* storico-culturale e ripartire dalle materie prime con cui anche oggi si può rigenerare e distribuire benessere e sicurezza sociale, ovvero libertà e legami sociali da una parte, e persone e comunità dall'altra.

Ora, se c'è qualcosa che ha subito ed è tutt'ora in uno stato metamorfico sono proprio i concetti di libertà e legami sociali e quelli di persone e comunità. Il *Welfare* di un tempo, o comunque l'idea che ancor oggi si ha delle prestazioni assistenziali, sanitarie e non, rispondeva – almeno fino a tutti i turbolenti Anni '70, decennio di svolte per le Società occidentali – a logiche d'azione di natura riparativa, di cui si faceva carico lo Stato. Si trattava e per certi aspetti si tratta ancora di un sistema di sicurezza sociale articolato in 'previdenza', 'sanità', 'assistenza sociale' e 'politiche del lavoro' (l'istruzione, come sottolinea Ferrera [2002], alcune volte risulta compresa nella protezione sociale, altre volte no).

Questa suddivisione del sistema di protezione/sicurezza sociale in settori, in funzione da più di un secolo, rifletteva, anche se sempre meno, le situazioni esistenti fino a poco oltre un trentennio fa, dove anziani non autosufficienti, disabilità e disagio sociale vario, famiglie con figli, etc. venivano presi in carico dal *welfare* pubblico solo se 'malati', ovvero in grado di esibire lo stato di difficoltà di cui erano portatori. Nel qual caso i servizi sanitari andavano largamente a coincidere con l'universo ospedaliero e quelli per le povertà e disoccupazioni venivano impacchettati tutti nell'assistenza sociale. A partire dagli Anni '80¹, e soprattutto nell'ultimo quindicennio, lo sforzo è stato invece quello di mettere in condizioni queste categorie di soggetti di sperimentare il più possibile un'esistenza autonoma, dove ciascuno è portatore di proprie esigenze ed aspirazioni. E quindi meritevole di risposte in quanto tale. In sostanza si è passati dal valore dell'universalismo

¹ Il penultimo decennio del XX Secolo può considerarsi inaugurato dalla celebre frase pronunciata dal Presidente degli Stati Uniti Ronald Wilson Reagan il giorno del suo insediamento alla Casa Bianca, il 20 Gennaio 1981: "Lo Stato non è la soluzione dei problemi, lo Stato è il problema" (letteralmente "*In this present crisis, government is not the solution to our problem; government is the problem.*").

dell'assistenza, indistinta per qualunque destinatario (in base al sacrosanto dettato dell'Art. 3 della Costituzione Italiana: "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali."), al valore dell'universo costituito da ciascun singolo individuo² (per cui il canone imperante è innanzitutto quello della differenza: tutti sono diversi e devono essere diversi; da cui: 'nessuno è come me' e 'io non mi riconosco in nessun altro'; se non si assume in partenza questo costume sociale è impossibile rilanciare la sfida del *Welfare* come ambito del benessere della persona-*in relazione*-ad un contesto; infatti, come osservava Paolo Prodi, perché vivere più a lungo se la vita non ha senso? Vale qui il discorso di Pierpaolo Donati sulla cittadinanza di domani, che o sarà una '*cittadinanza relazionale*' o non sarà).

Si è quindi passati da un concetto generale (e per il quale funzionava il criterio universalistico quanto impersonale del SSN, ovvero proprio degli 'Stati-Nazione') di '*paziente*' ad un concetto di '*esigente*', nel senso – quest'ultimo – sia di rispondenza alle diverse esigenze (e non alle prescrizioni) di ciascuno, sia di 'pretesa' dell'individuo di avere/esigere un diritto in corrispondenza di un (qualsiasi) bisogno. In ogni caso oggi si è di fronte ad un destinatario dei servizi sociali 'complesso' e marcatamente individualizzato, negante ogni vincolo/appartenenza, sia allo '*State*' di quello che era il *Welfare State*, sia ad una qualsiasi 'società' civile (o associativa, partitica, etc.) per quello che di 'sociale' da tale rapporto defluiva. Un rapporto '*Ego-Alter*', una RELAZIONE quindi, solo all'interno del quale si trova una ragione morale che giustifica e spiega *la radice sociale* dei diritti individuali. È qui, ed è in questo senso, che il *Welfare* di domani ha bisogno di VALORE SOCIALE e non soltanto di rispondenza di un servizio. Anche per questo oggi (e non da ora) tutta la terminologia '*welfariana*' comincia a dimostrare ampi segni di insufficienza. Soprattutto per irriproducibilità nell'ambito di società scollegate e a coesione sociale al lumicino. Come osserva Cavicchi, " '*Realtà-complex*' in medicina e in sanità, implica una *rimodulazione* qualunque essa sia, nella quale si restituisce importanza e dignità a ciò che è locale, a ciò che va interpretato per forza di cose *ad hoc*. ... Nella logica della '*realtà-complex*' le verità sulla salute oltre a essere biochimiche, cliniche, diagnostiche, genetiche, preventive, epidemiologiche, ecc., sono anche atti linguistici, informazioni, cioè *atti culturali ed etici*."³.

² Vedi la Rivista trimestrale "Pluriverso", diretta da Mauro Ceruti, che insieme al Prof. Gianluca Bocchi ha costituito il "CE.R.CO." - Centro di Ricerca sulla Complessità, con il sostegno del MIUR e dell'Università di Bergamo ('*pluri-verso*' vs '*uni-verso*').

³ IVAN CAVICCHI, *Comunità per vivere meglio*, in "Keiron", Complessità, n. 7, Giugno 2001.

Elementi progettuali per superare la situazione attuale

Possibili elementi progettuali per superare l'attuale situazione dipendono prima di tutto da quella che Cristiano Gori chiama un'«idea di welfare” alla base di ogni decisione»⁴. Né lo Status quo (= non agire sulle politiche pubbliche), né l'Opzione privatistica (= cambiare puntando alle sole assicurazioni private), né la scelta 'Più spesa senza riforme' (= agire per confermare o rafforzare le politiche esistenti), né il Riformismo parziale (= cambiare puntando solo sui servizi, pur nuovi che siano), possono aiutarci.

Che cosa allora bisognerebbe fare? Bisognerebbe puntare ad una scelta – cosa quindi che implica una sostanziale e marcata responsabilità politica – che potremmo definire del 'Riformismo compiuto'. L'unica scelta, insomma, che preveda un Processo Riformistico nazionale che definisca un pacchetto di regole valide nelle diverse scansioni territoriali del Paese e riguardanti i servizi sociali, quelli socio-sanitari ed i sostegni economici, ovvero tutte le diverse componenti dell'assistenza continuativa. Insomma, una infrastruttura nazionale per gli *welfares* locali. E soprattutto: per PROGETTARE UNA RI-FONDAZIONE DELLE COMUNITÀ LOCALI QUALI SOCIETÀ Ad ADEGUATA COESIONE SOCIALE PER RI-GENERARE BENI COMUNI E BENESSERE PERSONALE E COLLETTIVO. Perché le diverse tipologie di *welfare* locale che possono insistere in un determinato territorio, sono garantite eque – per citare Andrea Simoncini dell'Università di Firenze – dal ruolo ancora presente (in questo senso) dello Stato (ma non più come fonte prima di erogazione di servizi pubblici universali: questo ruolo è storicamente finito –istituzionalmente e culturalmente – da un pezzo, insieme alle 'società nazionali' da esso ordinate) ma sono generate e poi alimentate dalla 'quantità di Sociale' presente in quelle comunità locali. Bisogna quindi affermare che solo società locali a forte presenza di relazioni di cittadinanza realmente mutualistiche, sussidiarie e poliarchiche, ovvero comunità locali con vincoli sociali condivisi e alimentati a partire dalle RESPONSABILITÀ INDIVIDUALI INDECLINABILI DI CIASCUNO RISPETTO AD 'ALTRI-DA-SÉ' (= doveri; da cui scelte individuali consapevoli) possono riprogettare e poi rigenerare sicurezza sociale e benessere personale. Fuori da questo campo di impegno, insieme individuale e insieme collettivo, non ci sarà futuro per il *welfare* nelle Società occidentali.

La vera alternativa dunque non è tra tutte le altre ipotesi sopra citate e la scelta, invece, del cosiddetto 'Riformismo Compiuto', ma tra questo e la tentazione di un continuo incessante e balzellante 'Riformismo Parziale'⁵, dove le presunte qualità (che non ha affatto) di 'pratico' e 'flessibile' rapidissimamente mutano in 'mera contingenza/opportunismo' e 'neo-individualismo'. Esattamente due fra le più consistenti difettosità che hanno sbaragliato il baldanzoso *welfare* pubblico individualizzato – ed 'individualizzante' – dei decenni 1990-2010. Inondare di servizi a richiesta individui slegati, compresi i membri delle famiglie, considerandoli ciascuno come 'soggetto-a-sé-stante' e 'privatizzando' l'assistenza a ciascuno di essi come un fatto 'distinto' dall'appartenenza o meno ad una qualsivoglia forma di nucleo familiare (dove vige in ogni caso una reciproca 'presa-in-carico' mutualistica) ha disincentivato gli investimenti in *capitale sociale* delle relazioni familiari e 'scaricato' la *responsabilità personale* indeclinabile di ciascuno rispetto agli altri membri della comunità familiare (gli anziani hanno la 'badante' in quanto la persona

⁴ CRISTIANO GORI, VALENTINA GHETTI, GISELDA RUSMINI, ROSEMARIE TIDOLI, *Il welfare sociale in Italia - Realtà e prospettive*, Roma, Carocci, 2014, pag. 246.

⁵ CRISTIANO GORI, VALENTINA GHETTI, GISELDA RUSMINI, ROSEMARIE TIDOLI, *op. cit.*, pag. 246 e ss.

viene trasferita 'in carico' a qualcuno che la *badi* – come si bada un parcheggio od una borsa sulla spiaggia – perché precedentemente 's-caricata dalle relazioni parentali). Quindi, in sostanza: prima 'società' poi 'servizi'; prima 'sociale', poi 'assistenza sociale'. E soprattutto: prima 'società civile', poi welfare.

Capisaldi del 'RI-SOCIALIZZARE' il *welfare* di domani sono:

- spostarlo dalla deriva emergenziale, per cui l'intervento pubblico arriva ormai solo in situazioni di comprovate urgenza e gravità (salvo poi attendere sette/otto mesi per un intervento di un curabilissimo carcinoma mammario quando, dopo tale tempo, le speranze di guarigione sono molto più che dimezzate; è questo che ormai deve essere lasciato, com'è nell'immaginario collettivo, in mano al pubblico? Tempi lunghi/impossibili, incertezza sulla qualità, imprevisti ed ostacoli adempimentali ad ogni piè sospinto, tempo libero personale da dedicare ad uffici, sportelli e pratiche...), ad un'azione preventiva sistemica;
- riequilibrare il binomio 'protezione-promozione'; si tratta qui di intendersi sulla famosa concezione della 'prevenzione' oggetto di tanta attenzione mediatica. Molto spesso, attenzione agli indicatori della propria salute o del tenersi in forma, possibilità di *check up*, analisi, consulti, etc., risultano iperbole per fasce sempre più vaste di popolazione dove problemi di sussistenza economica quotidiana la fanno da padrone. La questione è quindi quella di come assumere il CONTESTO DI VITA E DI RELAZIONI DI UNA PERSONA E DI UNA FAMIGLIA ED INTERVENIRE 'PREVENTIVAMENTE' SU ESSO, PER RIORDINARNE PRIORITÀ E SCALE VALORIALI; solo in questa *diversità complessiva di approccio alle generazioni* che coabitano in un nucleo familiare può anche trovare un suo posto l'oggi imperante accezione salutista, da *fitness*, con cui si declina la prevenzione (esaltandone innanzitutto la sua valenza estetica individuale: meno grasso per andare in spiaggia e non per avere più salute per accudire l'ancor giovane prole);
- ripensare e riorganizzare il punto di 'presa in carico' del 'contesto di vita' di una persona, oggi schiacciato sull'esistente ('ti prendo in carico quando le condizioni me lo consentono, il resto non lo decido io'...) o sull' 'estremo' ('ti prendo in carico davanti ad una urgenza conclamata'...);
- sgravare famiglie e persone dalla solitudine della 'regia' delle soluzioni *welfare* per le proprie fattispecie di problemi. Questo è un altro punto, decisivo, su cui il legislatore dovrebbe intervenire: ovvero nel Sociale e quindi negli *welfares* di domani andrebbero considerate PORTANTI le Politiche per le Famiglie e la Natalità (se non si vuole ancora lasciare il *welfare* ad una questione di soli diritti individuali). Questo comporterebbe un rilancio di progettualità condivise fra gli attori di un territorio con la partecipazione attiva delle famiglie rispetto alle problematiche di quest'ultime. Non si responsabilizza una famiglia, oggi, lasciandola nella solitudine del carico della 'regia' dei propri problemi.

Proposte...

Su ogni argomento, dal lavoro di approfondimento, emergeranno delle proposte di intervento, anche legislative, che presenteremo a Roma durante l'incontro nazionale.

