CARTOGRAFIE SOCIALI
Rivista di sociologia e scienze umane
Anno II, n. 3, maggio 2017

Direzione scientifica
Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

Direttore responsabile
Arturo Lando

Redazione
Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Marco De Biase, Giuseppina Della Sala, Eugenio Galioto, Emilio Gardini, Fabrizio Greco, Luca Manunza

Comitato di redazione
Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm), Tugba Basaran (Kent University), Nick Dines (Middlesex University of London), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Önder Özhan (Università di Ankara), Domenico Perrotta (Università di Bergamo), Federico Rahola (Università di Genova), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre), Ciro Tarantino (Università della Calabria)

Comitato scientifico
Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain -la-Neuve), Alessandro Dal Lago (Università di Genova), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Laurent Mucchielli (CNRS - Centre national de la recherche scientifique), Salvatore Palidda (Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS - Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles)

"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal

LE METAMORFOSI DEL "PAESAGGIO SOCIALE"

TRA TERRITORIALIZZAZIONE, PRESTAZIONI E PROSSIMITÀ

A cura di Stefania Ferraro e Emilio Gardini

MIMESIS

SUOR ORSOLA UNIVERSITY PRESS

Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:
ordini@mimesisedizioni.it
L'acquisto avviene per bonifico intestato a:
MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19
20099 - Sesto San Giovanni (MI)
Unicredit Banca - Milano
IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368
BIC/SWIFT: UNCRITM1234

Cartografie sociali è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa
Via Suor Orsola 10 - 80132 Napoli (Italy)
www.unisob.na.it
cartografiesociali@unisob.na.it
cartografiesociali.rivista@gmail.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
SUOR ORSOLA
BENINCASA
FACOLTÀ DI
SCIENZE
DELLA FORMAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)
www.mimesisedizioni.it
mimesis@mimesisedizioni.it

Isbn: 9788857542560
Issn: 2499-7641

© 2017 – MIM EDIZIONI SRL
Via Monfalcone, 17/19 – 20099
Sesto San Giovanni (MI)
Phone: +39 02 24861657 / 24416383
Fax: +39 02 89403935

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

INDICE

Editoriale: lo stato delle politiche sociali
Spazi, soggettività e criticità delle logiche di intervento
di Stefania Ferraro e Emilio Gardini 9

MAPPE

L'individu modulaire – I
De la socialité directe à la socialité institutionnelle
di Michalis Lianos 17

L'individu modulaire – II
Egocentrisme compétitif et déficit social
di Michalis Lianos 31

Quale sociale nelle politiche sociali?
di Lavinia Bifulco 53

L'innovazione sociale: an old neoliberist wine in new bottles?
di Giulio Moini 69

Istituzioni psichiatriche e riformismo
Sull'attualità della teoria di Robert Castel
di Daniele Pulino 93

ROTTE

L'iscrizione territoriale delle leggi
di Alain Supiot 113

Una "società armoniosa"?
Il posto del conflitto nelle pratiche e nel discorso sul Terzo Settore
di Sandro Busso e Enrico Gargiulo 137

Espressioni di ruolo
Analisi etnografiche sulle interazioni tra professionisti
in un centro di salute mentale
di Emilio Gardini 155

Le trasformazioni del welfare in Umbria attraverso l'esperienza dei promotori sociali: dalla promessa dell'assistenza integrata alla fatica della cura nei territori
di Massimiliano Minelli e Veronica Redini 171

In nome della dignità
La riorganizzazione dei servizi per le persone
senza dimora a Bologna
di Maurizio Bergamaschi 193

Da badanti a senza fissa dimora
Politiche di governo della povertà e distorsioni
del principio di cura
di Stefania Ferraro 213

Le politiche degli scudi umani: sulla risignificazione dello spazio e la costituzione dei civili come scudi nelle guerre liberali
di Neve Gordon e Nicola Perugini 235

RILIEVI

The new welfare in the domestic work sector:
who benefits from the voucher service system in Brussels?
di Beatriz Camargo 265

TSO: previsioni e prassi di un dispositivo psichiatrico
di Elena Cennini 279

Orizzonti spinati
I centri di detenzione per migranti
di Dario Stefano Dell'Aquila e Antonio Esposito 297

Il decentramento della strategia nazionale
d'inclusione dei rom: un cammino incerto
di Luciana De Pascale 325

Coesione sociale, togetherness, prossimità:
cosa si può imparare dal caso di Napoli
di Enrica Morlicchio 337

WUNDERKAMMER

Cartografia delle pratiche di mutuo soccorso
e autogoverno a Napoli
di Fabrizio Greco 353

L'esperimento del Rojava
Autorganizzazione e internazionalismo
di Filomena Romeo 377

TRAVELOGUES

New public managment e ambiente: quali gap?
di Giuseppina Della Sala 393

Etnografia politica per la sostenibilità dell'acqua
di Rinaldo Mattera 397

Massimiliano Minelli e Veronica Redini

LE TRASFORMAZIONI DEL WELFARE IN UMBRIA ATTRAVERSO L'ESPERIENZA DEI PROMOTORI SOCIALI: DALLA PROMESSA DELL'ASSISTENZA INTEGRATA ALLA FATICA DELLA CURA NEI TERRITORI

Abstract:

This article offers some reflections concerning an ethnographic research about the assistance of elders with disability in Umbria. Through the narratives of different social actors, especially those of "promotori sociali" [Social Promoters], the situation seems to be characterized by uncertainty regarding either recent changes in the organization of Public Health or the numerous cuts in health expenditure. Following the narratives of Social Promoters about promises of integrated healthcare, and the people dealing with caregiving activities in the "territory", is possible to outline the "mutation" of social policies in recent years. In this itinerary, particularly evident is the restriction of the area of intervention and mediation by the State, with deep consequences on the lack of recognition of the rights of the patients and the reconfiguration of the agency of different social actors.

Keywords:

Health Care Policies, Care Giving Networks, Italian Welfare State, Social Capital.

1. *Una ricerca sull'assistenza tutelare in Umbria*

In questo saggio proponiamo una riflessione su alcuni aspetti emersi da una ricerca sugli interventi di assistenza tutelare agli anziani non autosuffi-

cienti in Umbria[1]; una regione in cui, come in altre realtà del nostro Paese, l'aumento dei fenomeni di cronicità, delle patologie degenerative e dell'invecchiamento della popolazione (Golini, Rosina 2011) ha reso necessario un radicale ripensamento delle politiche di salute nei territori.

In Italia si registra un complesso intreccio di mutamenti di natura demografica e questioni riguardanti il mercato del lavoro (Pugliese 2011) che si riflette sulle caratteristiche dei servizi socio-sanitari e sulle richieste a questi rivolte dai cittadini. La rete dei servizi assistenziali è infatti chiamata a rispondere, in maniera più o meno esplicita, alla trasformazione della composizione dei nuclei familiari (prossimità di residenza dei parenti piuttosto che co-residenzialità, riduzione del numero dei componenti del nucleo familiare, famiglie mono-genitoriali) e all'inevitabile tensione che all'interno di essi è stata determinata da una grave crisi economica e occupazionale. Si tratta di un mutamento di scenario estremamente rilevante dal momento che è noto come all'intensa domanda di assistenza abbia dato risposta quasi esclusivamente, almeno finora, la mobilitazione della famiglia e l'attivazione di strategie di mercato (Naldini, Saraceno 2011). È dunque attraverso l'intreccio di fattori storici, sociali e politici – implicato nella combinazione di gesti di cura fra soggetti impegnati a potenziare la capacità di agire o a fronteggiare il venirne meno (Kleinman 2008; 2009) – che è possibile leggere il mutamento sociale ed economico, la ridefinizione degli assetti istituzionali e la produzione delle politiche di salute (Castel 2003). L'assistenza socio-sanitaria appare infatti distribuita tra le competenze del settore pubblico (Asl, Distretti sanitari, Uffici di cittadinanza), del Terzo Settore, del volontariato (laico e religioso), delle associazioni (generiche o legate a specifiche patologie) e ovviamente delle famiglie che vi fanno fronte, attraverso le risorse monetarie e non, di cui possono disporre. È su queste reti di soggetti, saperi e pratiche che, nel quadro della convenzione "Capitale sociale, salute e diritti in Umbria" tra l'Università degli Studi di Perugia e la Regione Umbria, dal settembre 2011 al luglio 2013 abbiamo realizzato un'indagine etnografica incrociando la metamorfosi del welfare con le configurazioni del lavoro do-

1 Il focus della ricerca era rappresentato da quella modalità di assistenza, detta appunto tutelare, che prevede un insieme coordinato di prestazioni sanitarie (mediche, infermieristiche e riabilitative) e socio-assistenziali (aiuto domestico, sociale, psico-sociale), di durata e intensità assistenziale variabili, per mantenere o potenziare l'autonomia della persona anziana non autosufficiente nella propria dimora (Regione Umbria 2010). Questo testo, che ne rappresenta un esito, è stato ideato insieme dai due Autori tuttavia, nello specifico, la stesura dei paragrafi 1, 2 e 3 è di Veronica Redini e quella dei paragrafi 4, 5 e 6 di Massimiliano Minelli.

mestico di cura[2] (Minelli, Redini 2012). Attraverso l'osservazione etnografica delle situazioni di intervento, abbiamo cercato di far emergere il ruolo determinante che in ogni singolo progetto assistenziale assume il rapporto tra le storie personali, le trasformazioni storico-sociali del territorio e le azioni che tendono a svilupparsi tra attività formali e informali, erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e progetti di intervento. Tramite alcuni studi di caso, inoltre, sono state esplorate le interazioni tra le famiglie che richiedono assistenza, il Distretto e i vari agenti del campo socio-sanitario, nelle quali l'attivazione di nuove risorse di comunità entra in rapporto anche conflittuale con nuovi processi di istituzionalizzazione, di controllo e di cessione della cura al privato. Si è cercato così di individuare i nodi delle reti e i soggetti delle relazioni, per poi provare a ricostruire casi complessi, al fine di cogliere la pluralità di elementi in gioco ben al di là dei soggetti individuali e collettivi ufficialmente riconosciuti nel campo socio-sanitario. Lo scopo, evidentemente, era di far emergere livelli della realtà studiata che sarebbero altrimenti rimasti invisibili e che sono invece fondamentali per disegnare gli scenari strategici della salute pubblica.

Questa ricerca ha alle spalle altre indagini che a metà degli anni Duemila ci hanno offerto uno spaccato longitudinale della questione sociale. Nel quadro delle attività di ricerca su "Salute, diseguaglianze e capitale sociale" nel periodo 2005-2007 e 2007-2009 la Direzione Sanità e Servizi sociali della Regione Umbria, ha infatti proposto al nostro gruppo di ricerca[3] di indagare il rapporto fra reti sociali, capitale sociale e salute nell'ambito dell'associazionismo a livello regionale. In una prima fase c'era stata quindi la richiesta di "valutare" la consistenza del capitale sociale a livello locale, sulla base di due tra gli indicatori più frequentemente usati nella let-

2 Nel periodo indicato, abbiamo svolto una ricerca etnografica intensiva, fatta di osservazione diretta, rapporti prolungati con diversi interlocutori e 50 interviste in profondità realizzate con medici e infermieri, assistenti sociali, operatori delle cooperative sociali, badanti, membri di associazioni di volontariato, pazienti e loro familiari, promotori sociali, soggetti attivi nelle Caritas locali, nelle parrocchie e nei sindacati. Tra queste interviste, le 9 realizzate con i promotori sociali, si sono focalizzate sulla loro carriera professionale, l'attuale attività lavorativa e il cambiamento delle politiche di welfare degli ultimi anni. La ricerca sul terreno e le interviste in profondità sono state affiancate dall'esame della letteratura pubblicata (libri, riviste, quotidiani), quella grigia (rapporti e periodici interni), oltre alle comunicazioni istituzionali diffuse sul web.

3 Nel corso degli anni diversi ricercatori si sono avvicendati nel percorso dell'indagine, in particolare Ester Gallo ed Elisa Ascione hanno condotto una parte della ricerca e Paolo Bartoli che è stato presente fin dall'inizio del progetto prima come coordinatore e poi come membro del gruppo di lavoro.

teratura internazionale: l'impegno civico e le reti sociali (Bartoli, Minelli 2009). La focalizzazione successiva, aveva riguardato invece lo sviluppo di forme associative legate, in modi diversi, alla presenza straniera nel capoluogo umbro, considerando la produzione, il mantenimento e l'uso delle reti sociali e dei rapporti di reciprocità nel contesto della migrazione (Bartoli *et al*. 2010). Fin dall'inizio di questi percorsi, i dodici promotori sociali della Regione Umbria[4], in quanto figure demandate alla programmazione sociale nei diversi distretti, sono stati interlocutori importanti.

L'intento di questo complessivo programma di ricerca era di sviluppare una prospettiva più articolata ed euristicamente efficace sul rapporto fra reti sociali – viste nei loro contenuti materiali e simbolici – e strategie di prevenzione e risposta in campo socio-sanitario. Nelle pagine che seguono, nello specifico, vorremmo richiamare le mutazioni della questione sociale (Castel 1995) nell'ambito del quadro normativo che definisce l'architettura "a rete" del nuovo *welfare mix*, riflettendo su alcune tra le dinamiche meno visibili e per certi versi più intime dei progetti assistenziali, fondati su una messa alla prova dello statuto morale dei destinatari di prestazioni (Fassin 2006; 2014). In questo tentativo, facciamo riferimento alle testimonianze dei promotori sociali, figure emblematiche a livello locale del più ampio sviluppo delle reti sociali auspicato dalla Legge 328 del 2000. Proprio perché investiti di un mandato di valorizzazione delle reti sociali, di connessione inter-istituzionale fra il livello tecnico e quello politico, nonché di promozione della progettualità nel territorio, essi possono restituire una visione dall'interno sugli attuali assetti del welfare e sui rapporti tra politica e territorio a vario livello implicati nell'assistenza.

2. *La programmazione regionale e la scommessa sull'integrazione socio-sanitaria*

Se letta alla luce delle testimonianze dei diversi interlocutori della ricerca, la situazione che qui tentiamo di restituire è connotata soprattutto dall'incertezza delle prospettive future in relazione sia ai cambiamenti negli assetti

4 Questo numero corrisponde a quello degli Ambiti territoriali, le aree di operatività del diversi Distretti sanitari che corrispondono a loro volta alle aree di intervento sociale dei comuni che, in rete, interagiscono all'interno di uno stesso Ambito. Questa articolazione dei Servizi socio-sanitari dei territori cerca di riconoscere e in qualche modo di dare risposta alle specificità culturali, demografiche e politico-amministrative all'interno della regione.

della Sanità umbra[5], sia ai ripetuti tagli alla spesa sanitaria da parte del governo centrale. Per alcuni di essi questi elementi sono stati lo spunto per ripercorrere la storia di decenni di salute collettiva e valutare lo stato del processo di integrazione tra sociale e sanitario. In particolare, gli assetti organizzativi emersi con l'applicazione della legge quadro di riforma degli interventi sociali (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali 328/2000*) costituiscono la cornice entro cui si sono costruiti gli itinerari e le tecniche di intervento degli operatori e dei soggetti istituzionali con cui abbiamo lavorato. Essi vi si muovono tuttavia in maniera ambivalente, percependone le direttive, ma vivendo le contraddizioni su cui ci soffermeremo, nel quadro del *Secondo piano sociale regionale 2010-2012* (Regione Umbria 2010) che definisce le politiche di sostegno per le persone non autosufficienti e le loro famiglie secondo il cosiddetto Prina (*Piano regionale per la non autosufficienza*). La strategia del Prina, i cui finanziamenti provengono dal Fondo regionale per la non autosufficienza, mira a un sistema integrato e flessibile di interventi domiciliari e di sostegno alla cura familiare. A tal fine, obiettivo primario del Piano è assicurare la continuità delle cure tra servizi ospedalieri e servizi territoriali la cui gestione integrata dipende da una organizzazione delle risorse e degli scambi fatta attraverso i Piani di zona e i Piani attuativi territoriali.

Per la realizzazione delle direttive della 328 il *Secondo piano sociale regionale* indicava un obiettivo strategico di lunga durata perché, nell'ambito del sistema dei servizi, cercava di qualificare e di regolare a livello pubblico il lavoro di cura attraverso l'intermediazione e l'accompagnamento nella scelta dell'assistenza familiare (Regione Umbria 2010). In questa cornice normativa, si è quindi disegnata un'estesa rete pubblica di presa in carico delle persone non autosufficienti in cui sono coinvolti i comuni (e i loro Uffici di piano), le aziende sanitarie locali che realizzano il controllo e la gestione diretta dei servizi, quelle pubbliche delegate a funzioni di gestione (come esito di un processo di aziendalizzazione ed esternalizzazione), quelle ospedaliere, le cooperative sociali e i soggetti del Terzo Settore. L'indispensabile attività di coordinamento fra così diverse e frammentate competenze in Umbria ha visto protagonisti non solo i vari distretti con i rispettivi direttori, ma anche figure *sui generis* come quelle dei cosiddetti promotori sociali[6]. Alcuni di essi nel restituire la propria esperienza

5 Nel periodo in cui si svolgeva la ricerca era in corso un processo di trasformazione della Sanità regionale, poi realizzatosi, con una riduzione da quattro a due Aziende sanitarie locali.

6 Introdotti in Umbria con il Piano sociale regionale 2000-2002 (Regione Umbria 2000) e poi meglio delineati con l'entrata in vigore della Legge 328, ai promotori

tracciano la parabola, piuttosto breve, del rinnovamento dei servizi e della programmazione a livello locale:

> Il piano sociale regionale è stato precursore del rinnovamento della legge Turco, la 328. La Regione Umbria l'ha anticipata perché tante cose che erano contenute nel nostro Piano sociale regionale poi le abbiamo trovate nella 328, un percorso interessantissimo che poi si è via via raffreddato. […] Il percorso era molto legato alla figura dell'allora assessore regionale, Marina Sereni, che aveva creduto molto in questo processo di rinnovamento, di cambiamento, allo svincolare il sociale dal sanitario, perché in effetti prima c'erano i due piani socio-sanitari, con tutti i pro e i contro. Il pro, lo dico da operatore sociale, era che nella sanità stavamo stretti perché il sociale era molto compresso dalle logiche sanitarie, dalle gerarchie, dal potere – passatemi il termine – dei medici, però il sociale era anche quello che sui territori teneva alta la qualità dei servizi. […] Il mio è un discorso di parte, è ovvio, ma è stata una bella stagione, di grosso entusiasmo, di voglia di progettazione: si son fatte scommesse importanti sui territori» (ex promotore sociale, Provincia di Perugia, ottobre 2012).

Come accenna questo interlocutore, richiamando l'entusiasmo iniziale di politiche centrate sulla promozione sociale, l'avvicendamento delle diverse amministrazioni regionali contribuisce a spiegare perché la progettualità di rete nei territori e dunque la valorizzazione del ruolo dei promotori si sia affievolita. L'importanza e soprattutto la portata di innovazione attribuita a queste figure si è infatti giocata nella partita tra gli assetti di potere, radicati in consuetudini locali e logiche di prossimità/contiguità negli Ambiti territoriali, e la marginalità attribuita loro dal ruolo di "consulenti" dall'Amministrazione regionale. I "modi di muoversi" nelle amministrazioni del territorio prevedono infatti la capacità di agire entro reti personali ed intime[7] e le retoriche del gioco politico promettono scelte di

---

sociali spettava la responsabilità delle proposte per la redazione del Piano dell'attività territoriale in merito all'integrazione socio-sanitaria nel quadro degli Ambiti territoriali integrati (ATI).

7 Questa strategia presenta le caratteristiche della *disemia* di cui parla Michael Herzfeld (2003) intesa come quell'insieme di pratiche e di valori che agiscono all'interno, come forme di costruzione dell'appartenenza sociale, proiettando verso l'esterno questi stessi tratti identitari in un gioco dissimulatorio. Nell'ambito delle politiche di welfare, il richiamo alle reti sociali sembra procedere in maniera del tutto analoga. Il concetto di rete infatti, estesosi dalle scienze fisiche e biologiche a quelle sociali, viene usato come dispositivo per rappresentare e quantificare l'azione sociale a diversi livelli, dalle *policies* locali alle pratiche amministrative fino agli ambiti più intimi dei rapporti interpersonali. Le reti «reali come la natura, raccontate come il discorso e collettive come la società» (Latour 1995, p. 18) permettono di mostrare all'esterno una dimensione di coesione e di uniformità pagata

programmazione senza poi prevedere strategie di allocazione delle risorse e concreti interventi sul sociale nella regione. In questo scarto, difficile da conciliare, tra azione territoriale e programmazione di sistema, si manifesta tutta la contraddizione del ruolo dei promotori sociali. Una ex promotrice proveniente dal mondo della ricerca, fa notare infatti come per attraversare indenni questi spazi così ambivalenti, i promotori sociali che hanno "funzionato" siano stati quelli capaci di mettere in atto una strategia d'azione sia in "basso", muovendosi con abilità nelle reti di prossimità politiche locali, sia in "alto" giocando il ruolo di consulenti esterni nell'ambito delle politiche regionali. Questo secondo livello però, piuttosto che una strategia di azione, appare come un'efficace copertura delle pratiche concrete del funzionamento della politica. Si è trattato cioè, in definitiva, di muoversi da attori interessati facendo finta di essere esperti non coinvolti.

> Qui anche nei piccolissimi comuni ci sono da un lato delle competenze, ma dall'altro anche una cornice e delle reti di comunicazione privilegiata e di potere che sono materia a sé con cui ti devi confrontare. Perché non puoi andare lì e dire: "Siccome io sono una ricercatrice…". Non funziona. […] Io pensavo che ci fosse questo slancio [sul ruolo del promotore sociale] anche in regione e invece poi ho capito cosa significava: che noi eravamo sulla carta molto speciali, ma operativamente venivamo trattati esattamente come nelle regioni in cui ci sono consulenti, gli dici: "Fai il rapporto su questo e quest'altro, poi me lo dai… ed è mio!" […] Quindi questa spinta per l'innovazione non se ne capiva… cioè l'innovazione è sempre un lavoro in salita perché nessuno vuole cambiare! Gli unici promotori che hanno trovato uno spazio sono quelli già inseriti nelle reti amministrative: con appoggi nei comuni e coperture in regione (ex promotrice sociale, Provincia di Terni, dicembre 2012).

In altri termini, in questa ambiguità a cavarsela è stato soprattutto chi è stato capace di agire come se fosse esterno pur continuando a garantirsi una sicurezza lavorativa attraverso le reti di intimità.

Riflettendo sulle difficoltà a muoversi all'interno dei livelli istituzionali, un altro promotore sociale si sofferma sui problemi derivati dal mancato raccordo tra le azioni comunitarie e gli indirizzi politici di sistema, uno dei motivi all'origine della distanza della regione dai territori:

> La prima ragione è perché la struttura burocratica della regione è pesante, scollegata e con poco entusiasmo, perché mentre quando io lavoro le persone le conosco e mi conoscono per nome e cognome, loro [i politici], no. La seconda

---

però al prezzo di occultare gli elementi eterogenei e le forme intime di scambio sociale che all'interno le fanno effettivamente funzionare.

> è perché la regìa politica è debole ed è stato sempre così. Perché questo è un settore complicato, io c(i) ho messo tre anni per capire le leggi, mentre abbiamo assessori che fanno un sacco di altre cose e quando sono arrivati un po' a capire le cose, li cacciano e si ricomincia da capo. Inoltre c'è poca comunicazione coi territori. Cioè la regione usa i territori per chiedere informazioni e rimanda quelle cose trasformate in obblighi. Guarda, coi promotori sociali, la regione ha dodici persone con competenze e conoscenze sulla loro zona, perché non le convoca? Una volta la settimana, una volta ogni dieci giorni, ci convochi e ci dica: "Ora mi dovete dire che cosa cazzo succede e che cosa dobbiamo fare!". Come esercizio questo, dato che ci pagano. È successo fino a cinque anni fa […], poi, dopo, non più. E allora a un certo punto succede a me e presumo anche agli altri, che ti stufi. Dopo che hai chiamato venti volte per sollecitare un incontro e non ti risponde nessuno, li mandi a cagare (promotore sociale, Provincia di Perugia, dicembre 2012).

La combinazione tra la continuità degli organigrammi e il mutare delle figure politiche ai vertici ha contribuito all'indebolimento di figure come il promotore sociale in parte logorate da contratti a tempo determinato rinnovati con crescenti difficoltà, in parte riassorbite negli assetti ufficiali come "tecnici". Si è passati in questo modo dal promotore sociale al responsabile sociale di zona, una figura con funzioni di rendicontazione, valutazione e *reporting* estranee alla partecipazione che non valorizzano quelle qualità personali e relazionali necessarie a costruire livelli integrati di intervento.

3. *Gli effetti della crisi e le politiche di salute nei territori*

L'incidenza della povertà e la crisi degli ultimi anni hanno messo ancora più in evidenza l'urgenza di una programmazione socio-sanitaria diffusa sul territorio a cui anche il promotore sociale è stato chiamato a contribuire. Da questo punto di vista, seguire da vicino le storie di famiglie di anziani soli, le coppie anziane e quelle in cui uno dei coniugi è un datore di cura permette di individuare le situazioni più complesse quelle cioè che mostrano l'arretramento e per certi versi la crisi dello stato sociale. Si tratta infatti di situazioni in cui i passaggi decisivi come, l'uscita dal mondo del lavoro e il pensionamento, tendono a coincidere con impegnativi compiti di assistenza per i quali le istituzioni e le famiglie sono costrette a interagire. È questo quadro che spiega perché la burocratizzazione, più volte evocata dai promotori intervistati, costituisca lo sfondo delle problematiche emergenti e dei tentativi di elaborare risposte efficaci da parte degli operatori sanitari, sociali e dei pazienti. È necessario tenere conto, per esempio, che per la complessa concertazione tra servizi sociali e sanitari nella definizione di un

progetto di assistenza la presa in carico a livello domiciliare si evolve – e spesso si risolve – attraverso specifiche strategie di personalizzazione del rapporto professionale (Minelli, Redini 2012):

> Io con tutte le società, cooperative, associazioni più o meno mi vedo in continuazione, questo non è un problema, però io non posso convocare per così dire gli stati generali del sociale se non so neanche se ci sarò, se ci saranno i soldi… Detto questo però noi abbiamo una capacità, come sociale, di convocare tutti gli operatori del settore e questo è molto grande se lo si sa usare, continua ad essere grande. Ora, può darsi che io sia molto ottimista, ma mi pare che con la crisi, almeno da queste parti, le reti sociali non si sono indebolite, ma anzi rinforzate. Ma il problema è che la capacità convocatoria la devi usare con responsabilità, cioè tu la puoi usare quando puoi fare qualche cosa. Allora questo è il problema: o dai un minimo di continuità oppure le cose muoiono, muoiono i gruppi e i servizi si riducono solo a ciò che esiste cercando peraltro di tagliare. Ora se vuoi tagliare non ti serve il promotore sociale, ma cosa vuoi programmare se io ho quattro soldi e ho dei servizi che mi costano di più? […] Però contemporaneamente, dato che il problema esiste, alle associazioni che si occupano di questo tema [assistenza] noi diamo la consulenza e in questo modo la programmazione, tra virgolette. Ma funziona per questo, perché io comune o io promotore sociale vado da loro, ne parliamo, vediamo se ci viene qualche idea, se conosco un po' di gente che gli può dare una mano ma poco più di così. […] Ma il fatto che io lo governi questo fenomeno non deriva dal fatto che io sia il [servizio] pubblico, deriva dal fatto che io ho buoni rapporti con le persone, tutto lì. Ma io insisto a dire che tutto questo è molto gratificante, ma porta alla morte del pubblico (promotore sociale, Provincia di Perugia, dicembre 2012).

Viene così descritta una manovra di supplenza e parziale restituzione, attraverso consulenze e politiche di coordinamento, di quanto gli operatori dei servizi socio-sanitari, così come i lavoratori delle cooperative o i membri delle associazioni, si vedono sfuggire a fronte della scarsità di mezzi economici a disposizione. Questi soggetti si trovano inoltre sempre più spesso a definire la propria azione, nell'ambito di una classificazione dei livelli di intervento in cui prevale una distinzione di competenze, a scapito di una visione complessiva dei contesti e delle risorse sistemiche da attivare. È rispetto a questo quadro, quindi, che il riferimento ricorrente al concetto di autonomia da restituire agli utenti deve essere letto, anche alla luce dei meccanismi che alimentano la dipendenza degli attori dall'odierno sistema di welfare. I riferimenti ai fattori strutturali e alle caratteristiche complessive del sistema sono quindi frequenti perché l'aggravamento della condizione di povertà di un'ampia porzione della popolazione ha investito anche gli anziani (Aur 2013). Tuttavia, da parte delle amministrazioni, la scarsità

di risorse economiche a disposizione è non di rado evocata per ribadire la necessità di autonomizzazione dei cittadini dai servizi e una progressiva responsabilizzazione al "fare da sé". Un'assistente sociale della Asl di Perugia sostiene a tale riguardo:

> Le cure domiciliari vanno a quelle persone che non solo hanno dei bisogni sanitari complessi, ma anche difficoltà economiche perché chi può attendere autonomamente alla propria assistenza è bene che di questi tempi lo faccia. Su [i minori] bisogna anche investire di più mi viene da dire, perché in fondo l'anziano delle garanzie ce l'ha avute, c(i) ha una pensione… è brutale eh! Brutale! Ma c'è arrivato. Il disabile minore magari invece ha un genitore in cassa integrazione o che s'è suicidato, altro problema sociale che sta arrivando per la crisi del lavoro. Forse dovremmo fare anche noi delle scelte interne (assistente sociale, Perugia, giugno 2012).

Nella situazione appena tratteggiata dall'operatrice, i meccanismi interni al sistema di esternalizzazione di alcune funzioni nel rapporto tra servizi sociali e cooperative, si propagano nelle relazioni quotidiane di cura fino ad arrivare a scaricarsi, in termini di costi, sui pazienti e le loro famiglie. Il confronto tra la condizione di un bambino che necessita di assistenza e quella di un anziano "che comunque ha la pensione" non solo tende a oscurare la natura di diritto dell'assistenza, ma getta le basi per una situazione di conflittualità sociale tra quanti avranno garantiti quei diritti e quanti invece ne saranno privati, perché:

> Quando le risorse continuano a diminuire si comincia a protestare […] e allora sulla disabilità si taglia un po' di meno. Però si taglia e il conflitto si sposta tra i bambini con disabilità e gli adulti con disabilità, tra le disabilità motorie e quelle cognitive… allora questo è il quadro che ci si presenta, del capitale sociale che si sta distruggendo. Si distrugge non solo un sistema di welfare che non andava distrutto ma andava riprogettato, ma si distrugge un capitale sociale che è un patrimonio costruito negli anni […]. Se non cambia il sistema e i fattori che producono il sistema, cambia solo il momento in cui avverrà la fine del welfare. Perché alla fine non sarà più sostenibile garantire ad alcuni e non ad altri. In questa situazione la politica è assente e i tecnici operano con quello che hanno (utente e volontario, Terni, giugno 2012).

È interessante notare una specie di rafforzamento reciproco fra la lettura riduttiva del bisogno e la risposta standardizzata, alla quale l'utente rimane inevitabilmente legato. Nelle azioni intraprese dai soggetti incontrati durante la ricerca – in quelle più visibili e organizzate così come in quelle più frammentate nelle piccole azioni quotidiane – è infatti presente una notevole consapevolezza di questi meccanismi:

> È vero che le persone non si sono tirate indietro dicendo che avevano bisogno di meno prestazioni, prestazioni che non servivano, ma è vero anche che erano le uniche cose che c'erano! "Va bene, io prendo meno prestazioni ma tu che mi proponi in alternativa? La presa in carico consapevole? No? E allora me le tengo le prestazioni!". In questo modo si è prodotta una spesa socio-sanitaria che non produceva salute e che ora le famiglie si sono trovate a spendere così tanto a fronte del fatto che vengono incolpate di consumare tante risorse. Ed ecco che allora si confonde il diritto col privilegio […]. Adesso la persona [assistita] viene vista come la persona che abusa del bene pubblico, viene criminalizzata perché tu stai sprecando risorse e allora l'attacco viene sferrato alle cooperative che abusano della loro funzione di elemento centrale tra la persona e i servizi. Il sistema pubblico si riprende in mano la valutazione, ma una valutazione che non è centrata sulla persona ma sulle risorse a disposizione (paziente e volontario, Terni, giugno 2012).

Emerge in questa testimonianza come attraverso la valutazione, la prossimità tra i soggetti nel momento dell'assistenza, possa dar vita a situazioni controverse. Mentre infatti si assiste a una diminuzione delle risorse pubbliche messe a disposizione, si delega al Terzo Settore l'impegno morale dell'assistenza e si esternalizza alle reti la parte più socio-relazionale della presa in carico medica. Nella realizzazione del progetto assistenziale infatti operatori e assistiti sono, per certi versi, chiamati a cooperare, per altri, protagonisti di negoziazioni e frizioni. Come si è visto, una parte importante della responsabilità dei costi è fatta ricadere sull'utente e legittimata da inviti all'auto-responsabilizzazione e richiami a un'astratta idea di autonomia. In questo modo, in un quadro di competenze frammentate, a venire limitata è la garanzia dei diritti in campo sociale mentre si allargano le zone caratterizzate da ampi «spazi di discrezionalità» (Barberis 2010, p. 85). Tutto ciò, come si è sottolineato, pone in risalto il «forte arretramento delle responsabilità collettive e la delega, da una parte alla famiglia […] e dall'altra alla comunità e al territorio [e] dove famiglia e comunità e territorio non arrivano c'è il mercato o ci sono le organizzazioni del Terzo Settore» (Ascoli 2010, 36). Alla fine la logica di mercato, puntando sul "calcolo" della prestazione in ore in un'ottica di "eleggibilità", da un lato scarica sulle famiglie l'onere della presa in carico – contribuendo a iper-familiarizzare un welfare già familista –; dall'altro, squalifica, oscurandola, la componente immateriale delle relazioni di assistenza, una caratteristica che ha invece particolare rilevanza nelle narrazioni di eventi e gesti di cura dentro lo spazio domestico.

4. *Processi di esternalizzazione dell'assistenza*

Riflettere sugli attuali lineamenti dell'assistenza socio-sanitaria in Umbria, dove le cooperative svolgono un ruolo di primo piano, permette di cogliere le profonde trasformazioni che stanno sconvolgendo il tradizionale modello regionale della cooperazione dei servizi socio-assistenziali. La cultura politica degli appalti progressivamente sostituita da quella di tipo tecnico-manageriale ha comportato infatti la necessità, soprattutto per le cooperative di piccole dimensioni, di riorganizzare i servizi, di realizzare fusioni fra le realtà singolarmente meno competitive[8], e in un certo senso di abbandonare una logica cooperativa a favore di una di tipo più marcatamente aziendale. È quanto sostiene l'operatore di una cooperativa:

> Il costo orario per l'appaltatore è alto perché io costo una cosa come 21 euro l'ora. Il fatto è che a me ne restano, lorde credo, 9, e nette 7 euro… meno di 8 euro l'ora. È molto poco. Le cooperative hanno avuto questa grande funzione di creare lavoro ma avevano soprattutto una funzione all'inizio storicamente che era quella di dire: 'Noi forniamo servizi e forniamo lavoro e gli utili li ridividiamo fra i soci'. Ora la divisione degli utili non esiste più, perché gli utili non ci sono, quindi… la mia cooperativa è l'unica che fino a due anni fa riusciva a stare in paro e forse guadagnava qualcosa, però l'assemblea ha scelto di reinvestire quel poco che si guadagnava per dare altri servizi. Quindi per esempio io avrei dovuto smettere di pagare la mia quota, però l'abbiamo prorogata, continuata a pagare per finanziare una cosa che poi è una struttura per anziani che verrà aperta non so bene quando, chiaramente, ma la struttura diventa proprio della cooperativa, è un investimento a tutto tondo, nel senso che costruiscono l'edificio e ci fanno il servizio. Quindi è la trasformazione delle cooperative… che adesso sono un po' aziende, rimane la legislazione delle cooperative, ma concretamente agiscono come aziende. Quello che rimane è la possibilità, essendo cooperative, di avere salari più bassi e la legislazione favorevole (operatore di una cooperativa, Perugia, novembre 2013).

Certamente questa condizione ha avuto un largo impatto sul riconoscimento professionale dei lavoratori delle cooperative. Nelle interviste ad alcuni di essi emerge come le cooperative sociali, seppur ritenute impor-

8 Questo fenomeno in Umbria si comincia a verificare dagli anni Duemila in poi, nell'ambito delle mutate relazioni con la pubblica amministrazione e al fine di ottimizzare le risorse economiche e sociali a disposizione delle singole cooperative (Bernardoni *et al*. 2011). In un certo senso, questa dinamica ha potuto far leva sulla tendenza delle cooperative umbre a costituire, con particolare evidenza in alcune aree, una sorta di "indotto sociale" sul territorio attivando collaborazioni e coinvolgendo anche l'associazionismo (Boggia *et al*. 2009).

tanti soggetti nel lavoro di cura, siano caratterizzate da "disfunzioni" che alimentano il malinteso rapporto tra servizi e assistenza. Più precisamente cioè, da un lato è loro riconosciuta la capacità, incarnata nell'azione degli operatori, di aver saputo restituire alla cura la complessità in termini relazionali e di dedizione che il servizio sanitario "non si può più permettere", dall'altro lato viene però criticato il "perverso" legame con la politica che ne ha fatto talvolta un bacino di voto per i partiti. Nell'area più industrializzata della regione, per esempio, sembra essersi delineato uno scenario in cui alla crisi produttiva del settore chimico e siderurgico, che ha determinato negli ultimi vent'anni la perdita di migliaia di posti di lavoro, si è tentato di rispondere proprio facendo ricorso alla cooperazione come a una sorta di ammortizzatore sociale.

> L'organizzazione interna stessa delle cooperative somiglia molto di più, rispetto a quello che avviene in altri territori, a quella ordinaria della pubblica amministrazione, a testimoniare che c'è una specie di pubblica amministrazione allargata che ha fatto da compensazione a questa roba. Intendo che, per esempio, l'organizzazione del lavoro della cooperativa è molto rigida… quindi per dire, se il Centro di salute fa la revisione del piano assistenziale di una persona perché magari sta meglio e gli riduce di 5 ore il piano d'assistenza: c'è una persona che lavora 5 ore di meno. Non c'è nessuna capacità di compensazione. […] Quindi questa cosa disturba il ragionamento alla radice perché quando parli di riorganizzazione delle reti immediatamente parli di occupazione. È così rigidamente connessa la cosa, senza nessuna flessibilità, che appena dici "andiamo a vedere" tocchi immediatamente questa cosa, tanto è vero che le cooperative stanno facendo cassa integrazione adesso (dirigente, Terni, giugno 2012).

Seguendo il filo di questa ricostruzione, fornita da un interlocutore "interno" al sistema delle politiche socio-sanitarie regionali, gli assetti burocratico-organizzativi delle amministrazioni locali e quelli delle cooperative sociali sono diventati via via sempre più "simili". Il rapporto molto stretto tra pubblica amministrazione e cooperative, nella crisi economica, ha perciò subìto una specie di cortocircuito. Racconta un'operatrice:

> A Terni ci sono 5 cooperative che stanno al collasso con gente che non prende lo stipendio da 8-9 mesi perché le amministrazioni pubbliche non pagano le fatture alle cooperative e le cooperative non hanno i soldi per pagare gli stipendi, però i presidenti stanno ancora tutti là, non si è dimesso nessuno. Funziona così, perché è come un gatto che si morde la coda: come faccio io a pagarti le fatture se mi fanno i tagli dal governo centrale? Come faccio io cooperativa a pagarti gli stipendi se l'Asl non mi paga le fatture? E di conseguenza tu vai a lavorare gratis (operatrice di una cooperativa, Provincia di Perugia, dicembre 2013).

A una situazione critica e complessa come quella appena descritta potrebbe far fronte una maggiore professionalizzazione delle cooperative, un sganciamento di queste ultime dalle tradizionali forme di cooptazione politica e, in generale, un potenziamento della dimensione relazionale dell'assistenza nel territorio. Ciò comporterebbe però per il sistema socio-sanitario, l'uscita dalla logica del costo-prestazione anche in termini di monte-ore. Un aspetto questo, che dovrebbe estendersi lungo tutto il processo dell'assistenza: dal rapporto operatore-paziente fino alle gare d'appalto. Il problema è infatti cercare di ridefinire i progetti complessivi su alta qualità e innovazione puntando su interventi di sistema di tipo comunitario e superando l'attuale criterio della tariffa oraria come elemento regolatore dell'intero sistema del welfare territoriale. D'altra parte è chiaro che questo tipo di scelta può avere effetti divergenti: da un lato determinare un concreto potenziamento di interventi comunitari avanzati (Folgheraiter 2006) oppure, dall'altro, diventare un alibi da parte del sistema pubblico per un arretramento dalla presa in carico.

Tenendo conto di questi diversi fattori e livelli di azione possono evidenziarsi i meccanismi che alimentano la dipendenza degli attori dall'attuale sistema di welfare, in cui devono faticosamente interagire gli operatori delle cooperative che hanno bisogno di un numero congruo di ore di assistenza domiciliare, gli assistenti sociali che hanno bisogno di parametri oggettivabili e ricorrono alla certificazione economica del reddito (Isee), gli utenti che richiedono più prestazioni quando vivono il disagio e non possono immaginare altre possibili risposte. Si tratta di reti particolarmente complesse nelle quali rimane impigliato chi prova a richiedere un'assistenza tutelare. Dal rischio di rimanere senza alcun supporto, proprio nei momenti più drammatici, nessuno sembra essere al sicuro. È quanto suggerisce un promotore sociale che ripercorre le vicissitudini della sua famiglia alle prese con la demenza senile del padre. In questo, come in molti altri casi, accade che il distretto si muova solo a fronte di situazioni particolarmente gravi che trascurano le variegate sfumature che caratterizzano le condizioni di maggiore vulnerabilità e le interazioni della cura.

> Ma se un anziano non ha proprio problemi gravi di auto-sufficienza ma comunque, non può stare da solo, rientra nella tutelare? Allora voi [ricercatori] volete proprio la complicazione. Io stesso sono figlio di un genitore non autosufficiente che adesso è morto e [mi sono detto] "Io voglio che per mio padre ci sia un intervento, pur stando a casa, da parte dei servizi sanitari". Vado al distretto all'ufficio della cittadinanza e chiedo di avere una serie di prestazioni. Allora lì mi dicono che prima devono fare una valutazione se questa persona è o no non autosufficiente e quindi se la mia domanda è propria o impropria, dopodiché la

> domanda viene inviata all'unità di valutazione […] che sulla base di una serie di strumenti consente ai vari professionisti – medico, infermiere, assistente sociale – di fare una valutazione della situazione fisica, psicologica e sociale della persona. Se la persona è non autosufficiente viene presa in carico e se è grave o gravissima – queste sono le indicazioni da parte della Regione – vengono erogate una serie di prestazioni. Però può essere anche che la persona – come lo è stato mio padre che per diversi anni ha avuto una demenza senile – nonostante riuscisse a lavarsi e anche se aveva la badante, non era così grave da giustificare un intervento a sostegno della cura della persona o un intervento di tipo più sanitario. Solo quando si è aggravata la situazione, il distretto ha provveduto a mandare un infermiere e c'era anche chi aiutava la badante nella cura della persona: chi aiutava a lavarlo eccetera (promotore sociale, Provincia di Perugia, ottobre 2012).

È in tale gioco complesso di arretramento del pubblico dalla gestione condivisa della disabilità che la precarietà contrattuale oggi abbattutasi, tra gli altri, anche su alcuni promotori sociali non solo avvalora la percezione di un "disinvestimento" politico nei confronti di queste figure, ma svela come a progettualità e programmazione si sostituiscano interventi in situazioni "d'emergenza". Questi, invece che ridurre le diseguaglianze sembrano piuttosto incentivare i singoli a mobilitare i propri capitali individuali facendo riferimento prevalentemente alle proprie risorse per sviluppare oculate "condotte di vita" attraverso l'auto-osservazione e l'auto-monitoraggio evitando l'esposizione ai rischi (Ehrenberg 2010; Rose 2007).

5. *La parabola del capitale sociale e il destino dei promotori*

Come si è detto, la cornice in cui si sviluppa questa nostra riflessione è costituita da una prolungata attività di ricerca sulle reti sociali e le trasformazioni dello stato sociale in Umbria. In questo percorso abbiamo visto cambiare non solo le politiche di sicurezza sociale e le biografie dei lavoratori del welfare, delle persone assistite e dei decisori, ma anche i modi in cui il "capitale sociale" è stato al centro di azioni e retoriche pubbliche. Com'è noto "capitale sociale" è una espressione oggi usata diffusamente soprattutto per indicare le risorse provenienti da partecipazione civica, relazioni di fiducia e norme di reciprocità, aspetti questi che caratterizzano le reti sociali e che potrebbero favorire l'accesso ai servizi socio-sanitari e migliorare i livelli di salute delle popolazioni. Per quel che riguarda l'ambito delle politiche di welfare, quello del capitale sociale è un campo di pratiche eterogenee sul quale diversi soggetti vantano priorità e legittimità di intervento per certi versi protette e difese da "intrusioni esterne". In altri

termini, molti dei soggetti istituzionali che lavorano sul capitale sociale, lo costruiscono, gli danno un nome, e in qualche modo lo custodiscono come un patrimonio da giocare attivamente nell'ambito del welfare e delle strategie di sviluppo locale. Nel confrontarci con questa ambivalenza di fondo, abbiamo cercato di rivolgere l'attenzione sui collettivi, in particolare nelle situazioni in cui l'isolamento e l'incomunicabilità sembrano prevalere cercando di riconoscere in tal modo, attraverso l'etnografia, le soggettività che si organizzano e proliferano nelle reti della cura intorno alle persone anziane disabili. Da questa prospettiva, la nozione di salute esce necessariamente riconfigurata in rapporto all'apertura delle esperienze di vita. Con le parole di Georges Canguilhem:

> La vita umana è un'esistenza, è un esserci per un divenire non prestabilito, abitato dalla propria fine. L'uomo è aperto, dunque, alla malattia non per una condanna o per un destino ma in virtù della propria presenza al mondo. In questa prospettiva, la salute non è affatto un'esigenza d'ordine economico da far valere nel quadro di una legislazione, ma è semmai l'unità spontanea delle condizioni di esercizio della vita. Quest'esercizio, su cui si fondano tutti gli altri, crea e racchiude sempre il rischio dell'insuccesso, un rischio da cui nessuno statuto di vita socialmente normalizzata può preservare l'individuo (Canguilhem 2007, pp. 46-47).

Riconoscere questo orizzonte definito da un divenire non prestabilito è particolarmente utile per leggere l'intreccio fra i tentativi di regolare amministrativamente gli interventi e il flusso della quotidiana amministrazione della cura. È quanto va sviluppandosi all'incrocio tra azione istituzionale e vita quotidiana in sofferenza che sollecita a interrogarsi sulla possibilità di riconoscere questo spazio come materia di diritto pubblico esigibile. È un tentativo che ci sembra importante perché forse mai come ora, in Italia, si avverte il bisogno di affrontare i problemi drammatici di larghe fasce di popolazione legati alle ineguaglianze sociali, alla povertà, al mancato accesso alle risorse necessarie per esercitare consapevolmente e attivamente diritti fondamentali. D'altra parte, mai come in questo momento, gli operatori impegnati nei diversi campi della tutela giuridica e sociale dei più vulnerabili, della salute di base, prevenzione e assistenza, sembrano avvertire una perdita di significato del proprio lavoro, a fronte di una drammatica riduzione delle risorse pubbliche investite e di una crescente burocratizzazione e spersonalizzazione delle relazioni con i pazienti. Va ricordato, a questo riguardo, che nei primi anni Duemila il confronto sul disagio sociale ha accompagnato frequenti richieste da parte dell'amministrazione regionale di costruire tavoli di concertazione e alleanze territoriali con il Terzo Settore e l'auto-mutuo

aiuto. La storia di questa fase politico-istituzionale corrisponde a un'enfasi specifica del welfare locale nell'epoca d'oro del "capitale sociale":

> È stato quello che io chiamo il periodo aureo dell'esperienza delle zone: dal 2003 al 2007, c'è stata l'esplosione, lo sviluppo dei servizi, gli uffici della cittadinanza hanno fatto tutta una serie di interventi facendo emergere tutta una serie di problemi che prima con la gestione delegata non emergevano. Ma questo non per una incapacità degli operatori della sanità, ma per l'impossibilità di… perché dedicavano al sociale una parte del tempo e perché poi anche a livello organizzativo noi abbiamo radicato il servizio, ma prima in alcuni comuni il servizio sanitario era presente solo qualche ora la settimana (promotore sociale, Provincia di Perugia, ottobre 2012).

La "promessa delle reti" a livello locale va contestualizzata storicamente in una più ampia trasformazione legislativa e riorganizzativa del welfare leggero, caratterizzato da una moralizzazione dello spazio pubblico con inviti costanti alla sviluppo di reti di solidarietà e di vicinato sul modello anglosassone della "terza via". Al sistema etico di obbligazioni reciproche largamente diffuso dalle tesi di Robert Putnam (2004) durante la presidenza Clinton ha fatto eco una riaffermazione del modello neoliberista delle politiche sociali largamente diffusosi anche nei Paesi del sud Europa. In questo modo il concetto di capitale sociale ha cominciato a "circolare" nel dibattito internazionale in particolari congiunture – nel passaggio dalla governance neoliberale dell'era Thatcher e Reagan a quella neo-laburista e democratica di Blair e Clinton – mostrando di "funzionare" in maniera eccellente in differenti stagioni politiche (Muntaner *et al*. 2000; 2001). Al prevalere di politiche di taglio dall'alto degli investimenti pubblici, di deregolamentazione e privatizzazione di beni e risorse collettive corrisponde una complementare strategia delle *policies* locali che richiama alla valorizzazione della solidarietà e della partecipazione civica. Per questo motivo è di cruciale importanza sviluppare un'antropologia politica del welfare con una forte attenzione per l'etnografia delle *policies* locali (Shore, Wright 1997). La natura sfuggente e bifronte del capitale sociale (Narotzky 2007) si spiega perché attraverso il suo uso, a vari livelli di *governance* dei sistemi socio-sanitari, si cerca di combinare gli elementi economici basati su modelli macro di circolazione delle risorse con l'irriducibile dimensione relazionale e contestuale delle reti sociali. Tuttavia il comunitarismo che sostiene l'idea di capitale sociale non è in grado di affrontare la complessità dei processi storici in cui si sviluppano i rapporti di potere fra specifici portatori di interesse, soprattutto perché separa nettamente Stato e società civile e viene prevalentemente ridotto in modalità burocratizzate di *go-*

vernance (Navarro 2002; Bibeau 2005). In questa logica, a essere sostanzialmente ignorati sono per esempio i modi con cui le famiglie cercano di mantenere e riprodurre i vantaggi derivanti dalla combinazione di diversi capitali nel far fronte al quotidiano (Minelli, Redini 2015). Per questo motivo il capitale sociale occupa un posto centrale nelle classificazioni amministrative, con un'operatività orientata a riconfigurare in termini economici quanto è eminentemente politico. Negli usi macro-economici che perdono di vista le dimensioni più dinamiche delle interazioni all'interno delle reti sociali, il capitale sociale condivide questo suo destino con altre nozioni, messe a punto per studiare l'economia informale – come la reciprocità e l'*embeddedness* – dotate di una peculiare ambivalenza. Il capitale sociale si colloca infatti all'incrocio fra azioni amministrative e pratiche comunitarie, mantenendo una duplicità che ha una sua peculiare efficacia. Dal versante amministrativo esso è caratterizzato da spinte alla quantificazione e al controllo dei rapporti tra centro e periferie che sembrano contraddire però, nella prassi, il linguaggio della solidarietà e della sussidiarietà continuamente utilizzato nel dibattito pubblico per parlare del capitale prodotto dalle reti sociali (Minelli 2012). A fronte dell'efficacia di questo dispositivo di scambio tra centro e periferie, la critica che Gilles Bibeau muoveva alle versioni ottimistiche di una politica basata sul capitale sociale nei primi anni Duemila oggi appare come minimo lungimirante:

> La teoria sociologica, il programma politico e le posizioni etiche si ispirano, fra i promotori della nozione di "capitale sociale", a una definizione liberale, comunitaria, moralizzatrice, utilitarista e profondamente ottimista della società americana, una società capace, secondo loro, di risolvere i suoi problemi a partire dalla proprie risorse di solidarietà, senza l'intervento dello Stato. Il loro ottimismo li ha resi ciechi di fronte al fatto che esistono, nella società, gruppi dominanti e dominati, conflitti di interessi, una distribuzione ineguale della ricchezza e fonti strutturali di ingiustizia, che solo lo Stato potrebbe, in alcuni casi, correggere (Bibeau 2005, p. 136).

Sono queste alcune delle premesse che hanno fatto da sfondo all'epoca d'oro del capitale sociale in cui i promotori hanno percepito che il proprio ruolo si andava profilando come uno snodo delle politiche locali. Nel rinnovato regime di scambi dei "capitali" hanno pensato di potere rappresentare effettivamente i soggetti capaci di proporre le istanze comunitarie alle politiche centrali. I promotori da un lato cioè sono stati visti come i predestinati a incarnare le istanze di partecipazione delle comunità e dall'altro sono divenuti i traduttori nel linguaggio della nuova *governance* delle esigenze di razionalizzazione e quantificazione economica del lavoro sociale. Rispetto a questo duplice mandato

essi forse, almeno all'inizio, non si sono accorti che l'attribuzione di valore alle reti invece di essere una nuova base per potenziare e sostenere il welfare comunitario andava nella direzione opposta del disinvestimento e dell'abbandono di pezzi di sociale. Ben presto però hanno dovuto riconoscere, a proprie spese, che le promesse di nuovi capitali mobilitabili attraverso le relazioni sociali avrebbero coinciso con una tecno-governamentalità esercitata solo su ambiti resi leggibili, dopo essere stati filtrati dalla terminologia drasticamente semplificata del *welfare mix*. In queste aree di intervento dei significati, delle emozioni e delle pratiche che attraversano ogni rete di rapporti sociali poco è rimasto nella concertazione dei tavoli di programmazione.

> Se dal primo gennaio [la regione] dice: "Basta coi promotori sociali perché non c'è più niente da promuovere" – e mi pare questa un po' l'aria – "vi dovete trasformare in qualcosa d'altro perché a noi ci serve qualcosa d'altro" allora la ricerca che volete fare non ha senso. Se invece impazziscono e dicono: "Il vecchio spirito del Piano [sociale] bisogna riprenderlo con di nuovo i promotori" allora…
>
> Sai perché a noi è venuta in mente questa cosa? Perché bisogna tener conto che la regione ci chiede di capire lo stato delle cose anche se, giustamente come dici tu, le politiche regionali stanno prendendo un'altra direzione.
>
> Sì, però dovete considerare che dalla premessa, dall'origine a cui voi siete agganciati, questa figura del promotore attualmente si è quasi trasformata in quella di un consulente che rischia di scomparire. Questo è il racconto che si può fare (ex promotore sociale, Provincia di Perugia, ottobre 2012).

6. *Conclusioni*

Riflettere sui destini individuali e sulle modalità collettive di prendersi cura della disabilità significa non solo riconoscere il rapporto tra i profondi mutamenti strutturali e l'organizzazione dell'assistenza nelle famiglie, ma anche riconsiderare ben oltre i confini istituzionali la concreta esperienza quotidiana delle persone. Un'esperienza fondata sulla relazione e con una peculiare valenza politica che ha bisogno di strumenti per essere articolata ed espressa. Rispetto a questo, da un lato, gli attori sociali sembrano oggi non disporre delle conoscenze indispensabili a "leggere" il concreto funzionamento delle istituzioni socio-sanitarie, dall'altro è come se a mancare fossero le parole necessarie per raccontare la vita degli utenti così come degli operatori. Su questa doppia mancanza – di analisi sistemica e di parole per raccontarsi – la ricerca sulla disabilità e la non autosufficienza nella popolazione anziana in Umbria mostra come la crisi abbia cambiato profondamente le forme molteplici e disperse della solidarietà sociale, riconfigurando i rapporti tra pubblico e privato, tra Stato e mercato, facendo emergere le zone d'ombra

delle *governance* locali. In questi terreni contraddittori, si sono dispiegate le biografie professionali dei promotori sociali, intrecciando le immagini del sé con le mutazioni degli scenari di quel che resta della scommessa sulle reti nella programmazione del welfare di inizio millennio. Seguire i loro racconti, nei quali le promesse dell'assistenza integrata sono state via via contraddette dalle fatiche e dall'isolamento della cura nei territori, permette perciò di attraversare le evoluzioni delle politiche degli anni recenti. Significativo è il modo in cui i promotori hanno più volte sottolineato la contraddizione tra l'ambizione che ha ispirato la nascita della loro figura, con l'esaltazione del capitale sociale di comunità, e il venir meno del pubblico, con la razionalizzazione della spesa e l'esternalizzazione dei servizi in un regime di quasi mercato (Folgheraiter 2006).

Per certi versi quindi le biografie dei promotori possono essere accostate alle vite difficili degli utenti, nella misura in cui restituiscono una riduzione dello spazio di intervento e mediazione da parte dello Stato, con una messa in discussione della legittimazione dei diritti (Fassin 2014) anche attraverso un regime moralizzato delle relazioni di vita e di cura (Muehelebach 2012). Guardare a queste trasformazioni significa lavorare sul rapporto tra gli eventi che punteggiano le biografie nel tempo scandito da processi di mutazione strutturale. In questo scenario i promotori sembrano interrogare la propria presenza nel campo politico-amministrativo restituendo un senso di insicurezza e la difficoltà a immaginare possibili linee di fuga. È però entrando nello spazio di gioco (Bourdieu 2003) in cui la questione sociale subisce le sue metamorfosi (Castel 1995) che si spiega anche l'apparente contraddizione di queste figure su cui tanto hanno fatto leva le più recenti politiche di riforma. In definitiva cioè, le testimonianze dei promotori sociali non sembrano restituire una storia incompiuta, né un insieme di passi programmati seguiti da esiti imprevisti, oppure strutture organizzative rimaste sfortunatamente sospese. Al contrario, esse ci mettono di fronte allo svelamento di un corpo-simulacro, apparentemente integro, ma che in molti hanno contribuito a svuotare consegnando alle generazioni future una serie di riforme in sottrazione del sociale.

Massimiliano Minelli
Università degli Studi di Perugia
(massimiliano.minelli@unipg.it)

Veronica Redini
Università degli Studi di Firenze
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
(veronica.redini@unifi.it)

Riferimenti bibliografici

Ascoli U., 2010, *Il welfare italiano secondo il Libro Bianco. Riduzione dello spazio pubblico, largo agli accordi categoriali e al privato*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 31-46.

Aur – Agenzia Umbria Ricerche, Osservatorio sulle povertà in Umbria (a cura di), 2013, *La Cooperazione Sociale in Umbria. Caratteri, tendenze, prospettive*, Perugia, Aur.

Barberis E., 2010, *Rapporti territoriali e coordinamento. Una contestualizzazione della governance sociale in Italia*, in «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 79-101.

Bartoli P., Minelli M., 2009, *Associazionismo e capitale sociale in Umbria*, Rapporto di ricerca, non pubblicato.

Bartoli P., Gallo E., Minelli M., 2010, *Reti migratorie e capitale sociale nel Comune di Perugia. Un'analisi etnografica delle associazioni degli stranieri e del loro rapporto con la società locale*, Rapporto di ricerca, non pubblicato.

Bernardoni A., Fazzi L., Picciotti A., 2011, *Welfare, innovazione e sviluppo locale. La cooperazione sociale in Umbria*, Bologna, il Mulino.

Bibeau G., 2005, *Le "capital social": vicissitudes d'un concept*, in «Ruptures. Revue transdisciplinaire en santé», n. 10 (2), pp. 134-168.

Boggia A., Cortina C., Donati Sarti M. C., Rivas R. A., Rocchi L., 2009, *I sistemi locali di welfare per lo sviluppo territoriale. La modellizzazione di un sistema di rete sociale*, Milano, Franco Angeli.

Bourdieu P., 2003, *Il senso pratico*, Roma, Armando Editore.

Canguilhem G., 2007, *Sulla medicina. Scritti 1955-1989*, Torino, Einaudi.

Castel R., 1995, *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*, Paris, Fayard.

Id., 2003, *L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protegé?*, Paris, Seuil/La République des Idées.

Chatterjee P., 2006, *Oltre la cittadinanza. La politica dei governati*, Roma, Meltemi.

Ehrenberg A., 2010, *La società del disagio. Il mentale e il sociale*, Torino, Einaudi.

Fassin D., 2006, *Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*, in «Annuario di Antropologia», n. 6, 8, pp. 93-111.

Id., 2014, *Ripoliticizzare il mondo. Studi antropologici sulla vita, il corpo e la morale*, Verona, ombre corte.

Folgheraiter F., 2006, *La cura delle reti. Nel welfare delle relazioni (oltre i Piani di zona)*, Trento, Erickson.

Golini A., Rosina A. (a cura di), 2011, *Il secolo degli anziani. Come cambierà l'Italia*, Bologna, il Mulino.

Herzfeld M., 2003, *Intimità culturale. Antropologia e nazionalismo*, Napoli, L'ancora del Mediterraneo.

Kleinman A., 2008, *Catastrophe and caregiving: the failure of medicine as an art*, in «The Lancet», n. 371 (9606), pp. 22-23.

Id., 2009, *Caregiving: The odyssey of becoming more human*, in «The Lancet», n. 373 (9660), pp. 292-293.

Latour B., 1995, *Non siamo mai stati moderni. Saggio di antropologia simmetrica*, Milano, Elèuthera.

Minelli M., 2012, *Capitale sociale e salute*, in D. Cozzi (a cura di), *Le parole della antropologia medica. Piccolo dizionario*, Perugia, Morlacchi Editore, pp. 11-50.

Minelli M., Redini V., 2012, *Vulnerabilità e agentività nella sfera più intima. Una ricerca su operatori socio-sanitari, familiari e badanti nell'assistenza domiciliare alla persona disabile anziana*, in «AM. Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica», n. 29-30, pp. 267-314.

Id., 2015, *Il "caso", la vita e le sue condizioni. Per un'antropologia politica del welfare state oggi in Italia*, in «ANUAC. Rivista dell'associazione nazionale universitaria antropologi culturali», n. 4, n. 1, pp. 145-169.

Muhelebach A., 2012, *The Moral Neoliberal. Welfare and Citizenship in Italy*, Chicago, The University of Chicago Press.

Muntaner C., Lynch J. W., Davey Smith G., 2000, *Social capital and the third way in public health*, in «Critical Public Health», n. 10 (2), pp. 107-124.

Id., 2001, *Social capital, disorganized communities, and the third way: understanding the retreat from structural inequalities in epidemiology and public health*, in «International Journal of Health Services», n. 31 (2), pp. 213-237.

Naldini M., Saraceno C., 2011, *Conciliare famiglia e lavoro*, Bologna, il Mulino.

Narotzky S., 2007, *The Project in the Model: Reciprocity, Social Capital and the Politics of Ethnographic Realism*, in «Current Anthropology», n. 44 (3), pp. 413-414.

Navarro V., 2002, *A critique of social capital*, in «International Journal of Health Services», n. 32 (3), pp. 423-432.

Pugliese E., 2011, *La terza età. Anziani e società in Italia*, Bologna, il Mulino.

Putnam R. D., 2004, *Capitale sociale e individualismo. Crisi e rinascita della cultura civica in America*, il Mulino, Bologna.

Regione Umbria – Assessorato alle Politiche sociali, (a cura di), 2000, *Piano sociale regionale 2000-2002*, Perugia, Regione Umbria.

Regione Umbria - Assessorato Welfare e Istruzione, (a cura di), 2010, *Secondo piano sociale regionale 2010-2012*, Perugia, Regione Umbria.

Rose N., 2007, *La politica della vita. Biomedicina, potere e soggettività nel XXI secolo*, Torino, Einaudi.

Shore C., Wright S. (eds.), 1997, *Anthropology of Policy. Perspectives on Governance and Power*, London, Routledge.

Finito di stampare
nel mese di maggio 2017
da Digital Team - Fano (PU)