

COMMUNITAS

LEZIONI PER IL DOPO

**Salute Comunità
Democrazia**

di Benedetto Saraceno

con un contributo di Angelo Righetti

introduzione di Aldo Bonomi

COMMUNITAS

è una rivista fondata da
Aldo Bonomi
con Riccardo Bonacina
e Giuseppe Frangi

Supplemento a Vita non profit
Direttore Stefano Arduini
Progetto grafico Matteo Riva
Tutti i diritti sono riservati
© Vita spa Maggio 2020

INDICE

Editoriale

di Aldo Bonomi

p. 4

LEZIONI PER IL DOPO: SALUTE COMUNITÀ DEMOCRAZIA

di Benedetto Saraceno

p. 10

IL WELFARE DA RICOSTRUIRE. UNA PROPOSTA.

Dai budget educativi ai budget di salute

di Angelo Righetti

p. 43

Editoriale

di Aldo Bonomi

*Una volta superata la drammatica emergenza di Covid-19 avremo più che mai bisogno di strumenti che aiutino a costruire la nuova “cassetta degli attrezzi” per chi opera nel sociale. In questa prospettiva abbiamo immaginato il presente Quaderno che apre una nuova stagione di *Communitas*, rivista pubblicata con Vita e che il sottoscritto ha avuto l'onore e il piacere di dirigere, che aveva accompagnato nella transizione dentro la stagione della grande globalizzazione. È un Quaderno che si avvale del contributo di Benedetto Saraceno su un tema cruciale che proprio il Coronavirus ha rimesso sul tavolo: il fallimento di una sanità concepita in modo rigidamente verticale e sconnessa dalle relazioni di comunità. In appendice al Quaderno pubblichiamo un intervento di Angelo Righetti, che presenta il percorso del Budget di Salute inaugurato in Regione Campania.*

Come ha scritto recentemente Marco Revelli, nulla sarà

più come prima, come ragionammo per quanto accadde alla fine del secolo scorso, quando nella lettura delle dinamiche sociali aveva smesso di funzionare la domanda “dimmi che lavoro fai e ti dirò chi sei”. In quel caso l’approccio economista aveva mostrato tutti i suoi limiti e per questo avevamo messo in campo una riflessione sulla categoria di comunità.

Oggi siamo di fronte ad un salto epocale, perché se la dimensione dei territori resta sempre quella da cui ripartire, ci troviamo davanti ad un effetto nuovo: allora i flussi della globalizzazione avevano cambiato la nostra antropologia, sia dal punto di vista dell’immaginario sia per le conseguenze del primato delle logiche finanziarie. Ora quei flussi hanno impattato nei luoghi portando un contagio che non a caso è stato definito con la categoria della pandemia. È un flusso, che come stiamo già vedendo, cambia la dimensione antropologica dei soggetti in modo così profondo da fare apparire quasi irridenti gli impatti dei flussi precedenti. Nella dialettica tra “nuda vita” e “vita nuda”, Covid -19 ha fatto riapparire in tutta la sua drammaticità proprio la condizione delle “vita nuda”, condizione che non riguarda più solo chi

era stato messo ai margini dalle accelerazioni della globalizzazione, ma riguarda tutti. Oggi abbiamo tutti un problema che riguarda i nostri corpi, per il rischio a cui sono esposti.

È una situazione che impone di tornare a ragionare sulla comunità. In particolare su quella che abbiamo sempre definito come “comunità di cura” e che abbiamo sempre detto non poteva essere letta, in senso buonista, come la comunità a cui era delegata la cura degli “ultimi”. La “comunità di cura” andava letta in una dimensione molto più allargata, come ha dimostrato il percorso fatto da Vita sui “distretti sociali evoluti”, una definizione non a caso mutuata dall’economia. Oggi abbiamo il riscontro di come la “comunità di cura” veda in prima linea tutto il personale sanitario, ma anche gli insegnanti capaci di reinventarsi facendo leva sulle nuove tecnologie e anche il sindacato e le forse sociali sono chiamati all’essenzialità della salute e del corpo e dei modelli di sviluppo delle imprese. Il flusso del Covid-19 genera una contraddizione estrema, perché comprime drasticamente i legami di socialità ma porta a riscoprire il valore del mettersi in comune. Ora la sfida è capire se sapremo supportare la “co-

munità di cura”, riscoperta nella sua strategicità, attraverso un patto collettivo.

Si tratta di immaginare un “non ancora”, ricordando che cambia anche quella categoria che Roberto Esposito ci ha insegnato a tenere presente in tutte le riflessioni sulla comunità: la categoria dell’“immunitas”. Eravamo abituati a riconoscerla nella paura nei confronti dei migranti come altro da sé, oppure ci occupavamo del virus che attaccava il nostro storytelling dimentichi del virus che attaccava il corpo. Da domani “immunitas” sarà però anche quel confine che porremo tra noi e gli altri, per istinto per necessità indotta dall’esperienza di Covid-19. Per questo il “non ancora” impone una riflessione proprio sul mettersi in mezzo tra “comunitas” e “immunitas”. virus genererà apertura o rinseramento, se produrrà solida.

Dobbiamo chiederci dunque nell’incertezza in cui siamo immersi, se il virus genererà apertura o rinserramento, se produrrà solidarietà o rabbia rancorosa, se produrrà comunità o solitudine, nuova energia o isolamento. Siamo in una forbice tra rancore che può farsi rabbia alla ricerca del capro

espiatorio in cima alla piramide o nella prossimità orizzontale delle differenze o come sostiene De Rita, contiamo ancora sull'antropologia adattiva della società italiana e ce la faremo.

Per questo oltre al vaccino occorre produrre anticorpi sociali che si mettono in mezzo producendo inclusione. Da qui il mio costante richiamo alle rappresentanze e il raccontare la microfisica dei saperi sociali necessari alla politica per accompagnare e fare società. Sono della generazione degli “angeli del ciclostile” della fantasia al potere che vede venire avanti angeli della cura negli ospedali, gli angeli del mangiare che rendono visibili gli invisibili e gli angeli del digitale delle parole che volano. In loro vedo tracce di speranza.

Per questo sarà quindi ancora più prezioso e attuale l'insegnamento di Eugenio Borgna, che invita a mettere al centro il tema della “comunità di destino”, che significa saper riconoscersi nello spaesamento e nella sofferenza dell'altro. Ora che i territori sono stati attraversati e ridisegnati dai flussi del male e ci troviamo davanti alla fine di un mondo, “l'altro” è ciascuno di noi e lo spaesamento è condizione che

non riguarda più alcuni, ma ci coinvolge tutti. Ripartire con un percorso come quello di “Communitas” sarebbe un grande aiuto a capire e ad affrontare il “non ancora”. Inoltrandosi nello spaesamento del non riconoscersi più in ciò che ci era abituale ricostruendo insieme le comunità che viene.

LEZIONI PER IL DOPO: SALUTE COMUNITÀ DEMOCRAZIA

di **Benedetto Saraceno**

Segretario Generale del Lisbon Institute of Global Mental Health, Lisbona,
ex direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Abuso di Sostanze della
Organizzazione Mondiale della Salute, Ginevra.

Povertà delle risposte della Salute Globale

Molto si è scritto, e di tutto e su tutto in questi tempi di coronavirus. Sarebbe importante fra tante riflessioni, previsioni (catastrofiche o palingenetiche) riflettere anche sul deficit di *empowerment* dei cittadini utenti del sistema sanitario e dunque riflettere sulla urgenza di una salute promossa e erogata nelle ma anche dalle comunità. Questa riflessione potrebbe aiutarci a capire meglio alcune delle grandi e gravi *defaillances* di alcuni sistemi sanitari quale, primo fra tutti quello della Lombardia.

La impreparazione e le tardive e frammentate risposte fornite in occasione della pandemia del coronavirus sono state e continuano ad essere evidenti in ogni paese del mondo, pur se con alcune differenze fra paese e paese e con la virtuosa eccezione della Corea del Sud. Inaspettatamente, il Nord del pianeta ha fornito una immagine di estrema debolezza proprio da parte di alcuni paesi che sono parte del club degli happy fews, il G8, come è il caso degli Stati Uniti, del Regno Unito e di alcune delle ricche regioni del nord Italia. Non c'è da sorprendersi.

Infatti, se cerchiamo la risposta alle pandemie fra le grandi priorità degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (Sustainable Development Goals) troviamo ben poco malgrado la centralità e la importanza globale del tema. Se analizziamo uno dei traguardi (*targets*) dell'obiettivo "Salute Benessere" esso recita: "Rafforzare la capacità di tutti i Paesi, soprattutto dei Paesi in via di sviluppo, di segnalare in anticipo, ridurre e gestire i rischi legati alla salute, sia a livello nazionale che globale" e per questo traguardo l'Indicatore scelto è quello di imple-

mentare i Regolamenti Sanitari Internazionali e la “*preparedness*”, ossia la capacità dei paesi di essere preparati alle emergenze. Dunque, non troviamo neppure la parola pandemia se non inclusa molto (troppo) implicitamente fra i “rischi...sia a livello nazionale che globale”.

E ancora, nell’obiettivo “Città e Comunità Sostenibili” troviamo un traguardo che recita: “Entro il 2020, aumentare considerevolmente il numero di città e insediamenti umani che adottano e attuano politiche integrate e piani tesi all’inclusione, all’efficienza delle risorse, alla mitigazione e all’adattamento ai cambiamenti climatici, alla resistenza ai disastri, e che promuovono e attuano una gestione olistica del rischio di disastri su tutti i livelli, in linea con il Quadro di Sendai per la Riduzione del Rischio di Disastri 2015-2030”. Anche in questo traguardo non appare la parola pandemia ma la dobbiamo considerare sussunta nel “Quadro di Sendai per la Riduzione del Rischio di Disastri”. Sembra dunque che il rischio di una pandemia dovuta a un virus (pur tuttavia molte volte evocata da virologi, epidemiologi ed esperti di sanità pubblica in oc-

casioni precedenti quali le epidemie di SARS, MERS o di Influenza Suina, non sia al centro delle preoccupazioni degli Obiettivi Sostenibili di Sviluppo.

Anche la risposta di organismi quali la Organizzazione Mondiale della Salute è parsa debole in quanto incapace di esercitare una sufficiente autorità tecnica e morale sui singoli stati che hanno proceduto in ordine sparso. Così come, infine, la tenuta politica della Unione Europea è stata decisamente insufficiente in quanto a capacità di leadership e coordinazione (con la motivazione vera ma tutto sommato molto burocratica secondo cui la UE non ha competenze sanitarie sugli stati membri).

Povertà della Salute Locale e egemonia dell'Ospedale

Ma queste legittime considerazioni sui limiti delle organizzazioni multilaterali globali e internazionali non spiegano tutto, ossia non spiegano certamente il disastro occorso nel nord Italia e soprattutto la *débacle* del suo sistema sanitario. Gli ospedali si sono rapidamente saturati

infatti non solo e non tanto per l'incremento massiccio di casi gravissimi bisognosi di presidi di rianimazione ma anche perché casi non gravi non si sono saputi gestire a casa o in strutture meno medicalizzate di un ospedale: non c'erano la cultura, le organizzazioni e le infrastrutture per operare anche al di fuori dall'ospedale. Molti casi sono stati lasciati ad aggravarsi a casa senza la capacità di offrire alcun intervento di mitigazione che impedisse l'aggravamento; infine, moltissimi anziani ospitati in residenze specializzate sono morti per l'incapacità di intervenire in strutture che non fossero "ospedali" ma che sono caratterizzate da una forte componente assistenziale sociale non medica.

Dunque l'Ospedale è stata la sola risposta accanto alla indispensabile adozione di misure di distanziamento sociale (misure peraltro tardive, frammentate, confuse e spesso decisamente sensibili alle pressioni delle organizzazioni del padronato industriale ostile alla chiusura e oggettivamente responsabile di molti contagi e decessi evitabili). Il prestigioso *New England Journal of Medicine* ha

pubblicato il 20 marzo un articolo dedicato alla situazione italiana: “*At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*”; il *British Medical Journal* ha pubblicato il 26 marzo una lettera del presidente degli ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri italiani che esplicita le carenze della risposta del sistema sanitario. A proposito di queste preoccupazioni espresse sulla stampa scientifica internazionale Luca Negrogno del Centro Minguzzi di Bologna scrive che esse: “...evidenziano la necessità che gli altri paesi imparino dai disagi italiani preparando fin da subito un livello territoriale di assistenza, favorendo la desaturazione dei presidi ospedalieri (che rischiano di divenire focolai e di venire intasati da richieste che sarebbe possibile trattare sul territorio) e garantendo forme adeguate di housing per lo svolgimento della quarantena. L'emergenza sembra far venire al pettine una criticità storica dei nostri sistemi di salute pubblica...” (L. Negrogno, C'è ancora spazio per la Global Mental Health ai tempi del Covid-19? BLOG Centro Minguzzi, Bologna 27

Marzo 2020). In sostanza, fra l'ospedalizzazione in urgenza e il senso civico individuale dei singoli che rispettano il confinamento non c'è nulla nel mezzo. Il sistema sanitario lombardo si è venuto costruendo negli anni in accordo con la visione dei politici che da anni lo amministrano (in primis, quel presidente della Regione Lombardia oggi condannato a vari anni di carcere per corruzione).

La strategia lombarda è stata chiara: disinvestire dalla medicina di comunità e dai territori, sviluppare solo il polo ospedale e favorirne la privatizzazione.

Il sottosegretario alla presidenza del Consiglio del precedente governo e dirigente della Lega Giorgetti, considerato il politico più vicino a Matteo Salvini, interveniva nel 2019 al “meeting” di Rimini di Comunione e Liberazione, e diceva, rivolgendosi al leader di Articolo Uno, Roberto Speranza: “Caro Speranza, è vero, mancheranno 45mila medici di base nei prossimi cinque anni. Ma chi va più dal medico di base? Senza offesa per i medici di base anche qui presenti in sala. Nel mio piccolo paese vanno ovviamente per fare le ricette mediche, ma quelli che han-

no meno di cinquant'anni vanno su internet, si fanno fare le autoprescrizioni su internet, cercano lo specialista. Tutto questo mondo qui, quello del medico di cui ci si fidava anche, è finita anche quella roba lì.”

“Quella roba lì” in realtà dovrebbe essere l'asse portante di un moderno sistema sanitario: la medicina di base e di territorio. E tale asse è stato smontato, irriso, definanziato.

È ben noto come l'incremento significativo delle malattie croniche non trasmissibili (ad esempio, obesità, diabete, tumori), delle malattie mentali e più in generale di tutte le malattie croniche (dunque anche quelle infettive come l'AIDS o la tubercolosi) sfidano il modello dominante di assistenza sanitaria e richiedono modelli altamente innovativi di assistenza territoriale capaci di coniugare interventi sanitari e interventi di sostegno psicosociale (World Health Organization, *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*, WHO, Geneva 2002).

Le malattie croniche hanno un andamento temporale protratto (talvolta di durata indefinita) e la loro persistenza richiede trattamenti medici e psicologici, interventi di

sostegno psico sociale e assistenza che si protraggono nel tempo con intensità variabile. La persistenza della malattia, della sofferenza e della disabilità infatti possono variare nel tempo di gravità e intensità richiedendo una grande flessibilità della offerta di interventi e di assistenza. Nel caso delle patologie croniche la tradizionale risposta rappresentata dall'intervento biomedico erogato in ambiente ospedaliero risulta ovviamente molto parziale se non addirittura inadeguata e talvolta addirittura controindicata. L'intervento biomedico e la struttura ospedaliera rappresentano i tradizionali capisaldi della risposta *in acuto* a patologie acute e il paradigma dell'intervento chirurgico o degli interventi di medicina intensiva e di rianimazione è quello che meglio rappresenta la funzione del modello biomedico ospedaliero.

Tuttavia sia la natura intrinseca e la storia naturale delle malattie croniche sia i progressi della medicina consentono il trattamento e l'assistenza alle malattie croniche al di fuori dell'ospedale. In altre parole, il modello biomedico e ospedalocentrico risulta sempre più inadeguato per

rispondere alla complessità dei bisogni medici e psicosociali delle persone che soffrono di una malattia cronica.

Ma, mi si obietterà, cosa c'entra tutto questo? Oggi abbiamo a che fare con una situazione acuta, con una malattia acuta che necessita di risposte acute.

È vero, ma è vero anche che il modello extraospedaliero per le malattie croniche è fondamentale per garantire una forte risposta non ospedaliera anche a una malattia acuta che necessita risposte acute: una risposta acuta non è automaticamente sinonimo di letto ospedaliero.

Lo sviluppo di un sistema di medicina territoriale e di una medicina di base “forte” avrebbero dovuto, e da ben prima della crisi pandemica del corona virus, costituire una scelta prioritaria degli enti deputati alla amministrazione della salute, ossia le Regioni. E non è stato così nella maggior parte delle regioni italiane e ciò che colpisce è la imperdonabile arroganza della ricca regione Lombardia che si presenta da anni come modello di eccellenza quando invece rappresenta uno degli esempi di cattiva sanità pubblica (si è confusa spesso la indubbia eccellenza clini-

co-chirurgica disponibile in alcuni ospedali lombardi con la eccellenza del sistema di sanità pubblica; la presenza della prima non garantisce la presenza della seconda).

C'è infine anche da domandarsi quale sarà il “dopo” dei servizi di salute mentale soprattutto in quelle regioni ove la scelta ospedaliera ha sempre predominato su quella territoriale (e ancora la pessima Lombardia fa da capofila insieme al Piemonte). Regioni dove si è scelto di avere molti letti psichiatrici sia in ospedale sia nelle troppe residenzialità che non fanno che riprodurre modelli vetero istituzionali, le loro miserie e la loro assenza di alternative per gli utenti. Scrive Roberto Mezzina, ex direttore del Centro Collaboratore della OMS di Trieste: “...la salute mentale, figlia di un dio minore, soffre in silenzio. L'impo-
verimento dei servizi, la loro riduzione e accorpamento, la carenza del personale, già denunciati da molti anni in qua, si sommano al fatto di essere messi oggi in coda alla lista delle priorità di salute” (R. Mezzina. Salute Mentale: servizi, individui e corpo sociale all'epoca del coronavirus. SouqOnLine, aprile 2020. <http://www.souqonline>.

it/home2_2.asp?idtesto=2617&level=1#).

Se, come giustamente osserva Mezzina, nel “dopo” “andranno potenziate le nuove forme di connessione sociale che si stanno sviluppando in questo sforzo collettivo di lungo resistenza” (Mezzina, op.cit.), come se la caveranno quelle organizzazioni sanitarie che hanno ignorato la comunità e i territori investendo soltanto nella tradizionale istituzione biomedica, ossia l’ospedale?

Democrazia e Salute Territoriale

Rafforzare la medicina di territorio e la medicina di base sarà uno dei grandi obiettivi del “dopo” pandemia (se mai ci sarà un dopo). E questo implicherà ripensare seriamente le strategie concrete che promuovano la democrazia nella salute e l’*empowerment* dei cittadini che richiedono salute ai sistemi sanitari pubblici.

Sarà molto utile rivisitare la nozione di “*deep democracy*” introdotta dall’antropologo indiano Arjun Appadurai: la *deep democracy* è la costruzione di processi democratici dal basso, è l’esperienza di costruzione di

cittadinanza degli esclusi e dei piú vulnerabili a partire dalle lotte quotidiane per transitare dal sopravvivere al vivere (A. Appadurai. (2002). *Deep Democracy: Urban Governmentality and the Horizon of Politics. Public Culture* 14 (1):21-47). Poco importa se questa “democrazia profonda” è stata pensata dall’antropologo indiano per analizzare i processi di costruzione delle competenze negoziali e dell’addestramento alle strategie della pazienza da parte dei gruppi organizzati degli abitanti degli *slums*. Per un momento vale la pena di dimenticare che Appadurai abbia in mente gli slums delle grandi metropoli indiane e invece cercare di trarre beneficio dalla sua lettura dei processi di democrazia dal basso.

La condizione dei quartieri cosiddetti *sensibles* delle metropoli francesi o inglesi riproducono in scala ridotta la situazione dei milioni di cittadini di Mumbai che sperimentano povertà, esclusione, violenza, malattie fisiche e mentali, riduzione dei diritti. Infatti, anche in tutte queste realtà, pur se con specificità proprie e differenze, le que-

stioni di fondo proposte dalla condizione di non-cittadinanza dei non- cittadini di Mumbai non mutano: le persone sono prive e sistematicamente deprivate di diritti, di risorse, di voce. Si instaurano dinamiche che si autoalimentano di demoralizzazione collettiva, di apatia, di dipendenza che possono essere contrastate soltanto da forme organizzate di abilitazione alla identificazione di obiettivi e al loro perseguimento.

Nascono così forme di democrazia sconosciute e ignorate dalle istituzioni pubbliche dominanti. Queste forme *diverse* di pratica della democrazia costituiscono la *deep democracy* di cui parla Appadurai. Questa *invenzione democratica* secondo la felice espressione di Lefort (Lefort C., *L'invention démocratique. Les limites de la domination totalitaire*, Fayard, Paris 1981) implica una pratica dinamica della democrazia che non è più e soltanto la pratica rituale del mito fondante della democrazia ma la sua declinazione attraverso pratiche che interrompono la continuità istituzionale, la sfidano, la forzano alla radicalità della innovazione. Certamente uno degli aspetti fonda-

mentali che fonda la “deep democracy” è costituito dai processi di *empowerment* degli utenti ossia dei cittadini di un territorio dato. Il termine *empowerment* è molto abusato e troppo spesso utilizzato con significati differenti.

“In francese il termine più diffuso utilizzato per tradurre *empowerment* è *responsabilisation* mentre in spagnolo è *apoderamiento*. Risulta evidente che il termine francese pone l'accento sulla assunzione della responsabilità ossia sull'aumento dei doveri del soggetto *empowered* mentre il termine spagnolo pone piuttosto l'accento sulla pura assunzione di potere. E in italiano? Le due traduzioni più diffuse sono: *conferimento di potere* e *attribuzione di responsabilità*. La prima (simile alla traduzione in spagnolo) pone in primo piano la attribuzione di potere mentre la seconda (più vicina alla traduzione in francese) sottolinea l'aumento di doveri connessi alla assunzione di responsabilità. Non è difficile capire come la scelta di uno o l'altro termine (potere oppure responsabilità) non sia scelta neutra e irrilevante” (Saraceno, *Discorso Globale Sofferenze Locali*, Il Saggiatore, Milano 2014).

Possiamo dire, parafrasando Amartya Sen (Sen A.K., La diseguaglianza, Il Mulino, Bologna 1994) che l'*empowerment* è un processo che conferisce maggiore: *capacity to aspire capacity to functioning*.

Dunque l'*empowerment* non è tanto un conferimento astratto e decontestualizzato di potere ma piuttosto la messa in opera di processi che promuovono diverse capacità contestualmente alla acquisizione di beni e risorse:

a) *capacità ad aspirare a...* (maggiore benessere, maggiore libertà e maggiore potere)

b) *capacità ad acquisire* strumenti per aumentare il benessere, libertà e potere

e, infine

c) *acquisizione* di beni e risorse che aumentano benessere e libertà.

Tale definizione più articolata di *empowerment*, se presa sul serio, ha conseguenze pratiche importanti. Infatti troppo spesso gli utenti dei servizi sanitari sono infantilizzati perché i servizi fanno parte di quel “processo di mutua immaturità che costituisce il grande godimento se-

greto del genere umano”, descritto genialmente nel 1937 in *Ferdydurke* da Witold Gombrowicz (Gombrowicz W., *Ferdydurke*, Feltrinelli, Milano 1991). Nel contesto invalidante e infantilizzante della istituzione i tentativi di produrre abilitazione ed *empowerment* non possono che essere votati allo scacco in quanto portano le stimate del intrinseco carattere invalidante delle istituzioni che si illudono di produrre *empowerment* e abilitazione.

Vasto programma, dunque, ci attende poiché non solo dovremo produrre più democrazia e più *empowerment* nei sistemi sanitari ma anche rivisitare le culture e le pratiche del volontariato, del privato sociale e del terzo settore esigendo anche da esse una revisione al rialzo dei loro processi di democratizzazione e *empowerment*. Troppo spesso la carità concede semplicemente i resti del banchetto e al tempo stesso chiede al povero di essere grato e responsabile. Ma questa carità autoritaria non è differente da qualunque processo di concessione invalidante: un processo di *empowerment* è autentico soltanto se da esso risulta una diminuzione significativa del differenziale di

potere fra chi il potere ce l'ha e chi non ce l'ha. Riflettere sull'*empowerment* significa anche ripensare in modo critico processi di liberazione promossi talvolta in forme inconsapevolmente coloniali o comunque autoritarie pur se nel quadro di iniziative innovatrici e progressiste. Troppo spesso l'*empowerment* si limita ad un processo di trasferimento di risorse o di diritti ma non promuove *capacity to aspire* e invece mantiene una forte asimmetria di saperi e poteri.

I legami fra *empowerment* e democrazia o meglio fra conferimento di potere e risorse e i complessi processi di acquisizione di potere e risorse sono stretti e hanno una influenza decisiva anche sulle storie naturali delle malattie e sull'incontro fra individui malati e istituzioni sanitarie. I vettori sono pertanto due: quello delle istituzioni che conferiscono potere e risorse a chi ne è privo e quello dei soggetti privi di potere e risorse che aspirano e apprendono ad acquisire potere e risorse. Questa duplice dinamica implica un lavoro di trasformazione permanente nelle e delle istituzioni e nei e dei cittadini.

Etienne Balibar parla di “Una democratizzazione della democrazia” che non significa solo “trasformazione delle istituzioni, delle strutture o dei rapporti di potere, ma anche un lavoro dei cittadini su stessi in una situazione storica data” (E. Balibar. *Cittadinanza*. Bollati Boringhieri, Torino 2012.p.167)

Parlare di *empowerment* dunque significa parlare di un duplice e permanente processo di liberazione dalla propria servitù da parte degli individui e dalla autoriproduzione dei riti inefficaci della democrazia da parte delle istituzioni. Si tratta di una democratizzazione delle risorse, dei saperi e delle opportunità che avviene attraverso processi di transazione morale e politica culturalmente e socialmente specifici.

Nuove forme di Salute Locale

1. In pratica ci aspettano due compiti fra loro interconnessi: Creare una forte Medicina di Base
2. Apprendere e progettare nuove forme di Salute locale dal basso (probabilmente a partire dalle esi-

stenti esperienze virtuose come, ad esempio le Microaree Triestine e le Case della Salute).

Creare una forte Medicina di Base significa semplicemente rendere reale lo spirito della conferenza di Alma Ata e costruire un sistema sanitario di primo livello capace di erogare interventi di promozione della salute, di prevenzione e di cura a cui la popolazione può accedere direttamente ossia erogare interventi che sono prossimi geograficamente e organizzativamente ai bisogni di salute di una comunità. E questo è molto di più di un ambulatorio di un medico di base che agisce solo e isolato.

Il concetto di *Primary Health Care (PHC)* si è consolidato e definito nella famosa conferenza della Oms ad Alma Ata nel 1978 e dovrebbe costituire uno degli assi concettuali e organizzativi di qualunque sistema sanitario equo, accessibile, efficiente e democratico. La PHC dunque non è il nome che si dà a un ambulatorio ma è, o dovrebbe essere, molto di più: si tratta una concezione complessiva e complessa del sistema sanitario che predispone un servi-

zio accessibile, vicino, disponibile, accogliente ove la domanda di salute della comunità incrocia una risposta solidale, competente, capace di riconoscere e trattare molteplici problemi di salute. Si tratta di un luogo che promuove salute e partecipazione, che educa e difende diritti, che cura e, se necessario, accompagna le persone attraverso livelli più complessi e specializzati del sistema sanitario fino all'ospedale qualora il ricorso ad esso sia indispensabile.

Tuttavia l'Italia non vanta certo un primato nello sviluppo di un sistema di Primary Health Care che sia davvero orientato a una concezione vasta della Salute che implichi anche interventi di Promozione e Prevenzione Primaria, che offra interventi integrati fra diverse competenze sanitarie e sociali, che sviluppi proattivamente l'*empowerment* dei suoi utenti.

Dunque un primo compito basilare per l'immediato futuro sarà quello di garantire almeno la buona qualità di un sistema di Medicina di Base così come inteso dalla Organizzazione Mondiale della Salute e dal dettato della

Conferenza di Alma Ata.

Ma questo non basta.

Il Manifesto “Salute bene comune - per una autentica Casa della Salute” è una iniziativa iniziata qualche anno fa a partire da alcune esperienze italiane e ispirato da due gruppi, la Fondazione “Casa della Carità” di Milano e la Fondazione “Santa Clelia Barbieri” di Porretta Terme (Bo).

L’idea si sostanzia nella realizzazione di una Casa della Salute non identificabile in una semplice Casa della Sanità (qui le differenze fra i termini Salute o Sanità sono cruciali), ma in una vera e propria luogo della e per la Comunità: luogo dell’accoglienza, luogo della partecipazione responsabile alla ricostruzione dei destini della comunità di appartenenza, luogo di superamento delle disuguaglianze. Insomma un luogo dove tutti gli attori della convivenza (dalla scuola al lavoro, dai servizi sanitari a quelli sociali, dalle Istituzioni al volontariato e infine a tutti i cittadini) si ritrovano a progettare e a gestire insieme il benessere presente e futuro della comunità stessa.

La Casa della Salute concepita dal “Manifesto” è di fatto radicata nella comunità e svolge molte delle funzioni che sono tradizionalmente attribuite alla *Primary Health Care*, pur nella sua accezione più alta e avanzata, ma se ne distingue per non essere soltanto orientata a interventi di “*Health*” ma anche a interventi che potremmo definire di “*Social Well Being*” ossia di Benessere Psico Sociale. La Casa della Salute rende disponibili interventi capaci di mitigare e contrastare gli effetti dei fattori di rischio non solo per la salute ma anche per quella più vasta dimensione che Arthur Kleinman chiama “*social suffering*” (Kleinman A, Das V, Lock M (Edts). *Social suffering*. University of California Press, 1997 & Oxford University Press, 1997).

Qui cominciamo a cogliere le differenze fra la Casa della Salute e le forme, anche le più innovative, di *Primary Health Care*: la dimensione sanitaria è prevalente ed esclusiva nelle esperienze di *Primary Health Care* mentre nella Casa della Salute essa è in equilibrio con “altre” dimensioni psicosociali

che hanno a che fare con la dimensione del “*care*” che è

più vasta di quella del “*treatment*” medico.

Tale multidimensionalità della risposta implica e richiede ovviamente un forte coinvolgimento degli utenti sempre più attivi come cittadini che partecipano e fruiscono di un servizio complesso e sempre meno come utilizzatori passivi di un semplice servizio sanitario.

Precedenti al modello Casa della Salute negli anni 2005-2008 si sono create a Trieste le esperienze delle Microaree.

Si tratta di esperienze originate come “naturale” sviluppo della decennale esperienza di chiusura dei manicomi e di costruzione di servizi e reti per la salute mentale radicate nel territorio triestino. L’obiettivo delle Microaree è quello di coniugare buone pratiche sociosanitarie con forme reali di democrazia partecipata: le persone non sono più soltanto pazienti, utenti di prestazioni sociosanitarie ma soggetti attivi nel proprio progetto di salute.

“In una società complessa non può esistere solidarietà vera senza il sostegno di servizi complessi e presenti e senza una dinamica di rapporto tra cittadino e servizi, tra cit-

tadini-donne e uomini-e istituzioni” (Progetto Microwin-Microaree. Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina, 2007).

Ciò significa che le forme di volontariato e solidarietà che operano in un vacuum ossia che non si pongono il problema del contesto istituzionale pubblico e delle necessarie sinergie sono destinate a restare testimonianze nobili e lodevoli ma non contribuiscono al cambiamento.

La Microarea offre interventi sanitari e sociali inter-settoriali in aree piuttosto piccole (1000-2500 abitanti) allo scopo di conoscere da vicino soggetti e bisogni e di ottenere risultati concreti e misurabili. Dunque nella Microarea agisce una “pluralità di soggetti, pubblici e del privato sociale, che, con la regia del pubblico, perseguono il bene della collettività e dunque esercitano complessivamente una funzione pubblica” (Progetto Microwin-Microaree. Azienda per i Servizi Sanitari 1 Triestina, 2007). Questa presa in carico “totale” rappresenta una potente alternativa alle modalità burocratiche e desogettivanti del sistema sanitario e soprattutto all’uso inappropriato e fre-

quente dei presidi ospedalieri che accentrano risorse ma spesso non dispensano salute.

Queste esperienze, pur nella loro sperimentaltà, pongono un problema che dovrà divenire centrale nel ripensare il sistema sanitario soprattutto nelle

proprie istanze extraospedaliere: la necessità di diminuire la distanza fra le “*missions*”, i “*goals*”, i principi rettori delle istituzioni della salute da un lato e la realtà dall’altro. Questo divario fra “discorso” e “impatto” (che constatiamo dal livello globale fino al livello locale) è ostacolo concreto ad ogni possibilità di capacitazione dei singoli, condizione determinante del *well-being*. *Bisogna qui intendersi sul concetto di “well-being” non riducibile a un generico stato di benessere ma a quella “condizione più estesa che include -ciò che l’individuo può fare o può essere- a partire dai mezzi e dalle risorse a disposizione, e in relazione alle capacità delle persone di trasformare questi mezzi in realizzazioni, traguardi e risultati che esse intendono conseguire” (L’approccio delle capability applicato alla disabilità: dalla teoria dello Sviluppo Umano alla pratica. Dossier*

UmanamENTE a cura di Mario Biggeri e Nicolò Bellanca, Università di Firenze, 2011, pp.15-17).

Per raggiungere questa realizzazione concreta e applicabile di welfare di comunità sarà necessario mettere finalmente i Determinanti Sociali al centro dell'intervento di salute e non lasciarli come uno sfondo che si limita a dichiarare la totale impotenza di qualunque intervento biopsicosociale.

“I determinanti sociali della salute sono tutte quelle condizioni in cui gli individui sono nati, cresciuti e vivono, lavorano ed invecchiano, compreso i sistemi sanitari, e che determinano il loro stato di salute. I determinanti sociali della salute sono condizioni di rischio sociale più che fattori di rischio individuali e aumentano o diminuiscono i rischi di una malattia” (*Commission on Social Determinants of Health*, 2008). La posizione degli individui nella gerarchia sociale influisce ovviamente sulle condizioni in cui gli individui sono nati, cresciuti e vivono, lavorano ed invecchiano e ammalano e sono curati: dunque sia la vulnerabilità alla malattia sia l'accesso ai servizi sani-

tari e il grado minore o maggiore della loro qualità sono parte del processo di determinazione sociale. Disuguaglianze sociali, povertà, disoccupazione, bassi livelli di scolarità, appartenenza a minoranze etniche sono tutti fattori di rischio che agiscono come importanti determinanti di malattia.

Le malattie sono significativamente influenzate dai questi determinanti sociali e le disuguaglianze di salute e di accesso alla cura dipendono sia dai determinanti sociali sia più in generale dal grado di *empowerment* degli individui: “La disuguaglianza di potere opera attraverso quattro diverse dimensioni: politica, economica, sociale e culturale, e queste dimensioni insieme costituiscono un continuo nel quale gruppi di individui sono in misura diversa esclusi o inclusi” (*Commission on Social Determinants of Health*, 2008). Ma nella realtà quando si affronta la questione dell’impatto dei determinanti sociali sulla salute è più comodo e più semplice dichiarare l’impotenza del sistema sanitario e punto a capo: l’intervento sanitario è così costretto a una linearità esclusivamente individuale

e fondamentalmente di natura esclusivamente biomedica. Sappiamo invece che esiste la possibilità di mitigare gli effetti sia di quei microdeterminanti sociali che contestualizzano la vita di ogni individuo sia di quei macrodeterminanti sociali che contestualizzano la vita di ogni comunità.

Oggi è urgente e necessario affrancare la questione della malattia da una esclusiva ed egemonica dimensione individuale e biomedica e, invece, mantenerla coesa con la questione più generale di una radicale democratizzazione dei sistemi sanitari.

Empowerment, *Capacity* sono concetti introdotti da Amartya Sen a sostegno della tesi secondo cui il benessere bio psico sociale è perseguibile a condizione che i singoli individui siano dotati di maggiore potere e capacità a perseguire scopi e obiettivi che non necessariamente abbiano una ricaduta diretta e immediata sul proprio tenore di vita o sul proprio benessere (questa capacità di agire viene da Sen denominata “*Agency*”).

Ecco dunque (così come nelle esperienze di “deep de-

mocracy” di Appadurai) i singoli capacitati e dotati di maggiore potere che possono creare sinergie di “agency” capaci di perseguire il bene collettivo.

La promozione della salute, la prevenzione delle malattie, gli interventi di cura e riabilitazione devono risultare dalla sinergia egualitaria di tre componenti: i soggetti/ popolazioni, i tecnici della salute e gli amministratori pubblici locali (in sostanza i sindaci).

Questo triangolo equilatero è il contenitore delle pratiche della salute di comunità e dentro questo triangolo si dovranno strutturare le nuove forme organizzative (siano esse Case della Salute, Microaree o quant’altro).

Superare la tirannia dell'emergenza e la potenza del “local”

Una cosa è certa e deve esserci chiara: il “dopo” della sanità non potrà mantenere la logica della emergenza. La “*tyranny of emergency*” che Appadurai contrappone alla “*politics of patience*” (Appadurai, op.cit.). Una emergenza è un evento totalmente inaspettato, relativamente raro, di

durata relativamente definita ma quando saremo entrati nel “dopo” dovremo assumere che la minaccia di questo o altri virus sarà inarrestabile e destinata a durare. Mantenere una logica e una cultura di emergenza esime i governi nazionali e locali dall’assumere la questione della o delle epidemie come “sistemica” e come tale da gestire come fenomeno “normale” che richiede politiche, interventi sistemici, di largo respiro, di durata indeterminata. La cultura di emergenza altera le priorità della informazione e occulta “altre” informazioni vere e scomode: la disoccupazione nazionale non è figlia dell’epidemia ma dal sistematico calo degli investimenti industriali nazionali, dalle delocalizzazioni industriali e dal restringimento del mercato del lavoro; la cultura di emergenza rischia di attenuare la già inefficace lotta alla evasione fiscale; infine, la cultura di emergenza oscura la priorità della lotta alla criminalità organizzata. Dunque, sarà necessario decostruire il paradigma della emergenza, smascherarne le ambiguità e reticenze. Diverrà urgente “dire la verità”.

Per quanto attiene al sistema sanitario dunque, la per-

manenza della cultura di emergenza darà l'illusione che sia sufficiente fare scorte per la prossima epidemia (letti, mascherine, respiratori, liquido idroalcolico): uscire dalla dimensione dell'emergenza vuol dire capire che il virus è un fenomeno sistemico e non eccezionale (come il fenomeno non emergenziale ma sistemico dei flussi di migranti). Ecco perché sarà il sistema sanitario a dover cambiare e non limitarsi a far scorte.

In conclusione, dovremo anche trovare un equilibrio fra letture globali e letture locali delle sfide poste al sistema sanitario.

La Pandemia è una emergenza globale che certamente richiede linee guide globali (quelle che dovrebbero essere prodotte dalla OMS e che molti paesi ignorano o sabotano come nel caso di Donald Trump).

La Pandemia richiede certamente strategie di mitigazione della crisi economica

messe in opera da organismi globali e internazionali (FMI, Banca Mondiale, Unione Europea).

Tutto ciò è vero ma dobbiamo fare attenzione a non en-

fatizzare troppo questa idea/speranza/illusione che la dimensione “*global*” sia onnipotente. È ingannevole ritenere che siano gli interventi globali quelli che avranno un impatto locale sulle singole comunità.

In parte tale impatto ci sarà, certamente.

Ma è il “*local*” che andrà ripensato, costruito, radicalmente innovato e potenziato perchè se è vero chese la dimensione globale è potente è anche vero che quella locale è reale.

IL WELFARE DA RICOSTRUIRE.

Una proposta dai Budget Educativi ai Budget di salute

di Angelo Righetti

Medico specializzato in psichiatria, neurologia, epidemiologia e farmacologia, già Direttore di vari Dipartimenti di Salute Mentale in tutta Italia, già esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'ONU, oggi è direttore scientifico del Progetto PFP, Progetti Formativi Personalizzati.

Una storia italiana: la riforma basagliana

Oggi si parla dei manicomi come di *un tempo che fu*. Ma i manicomi che noi viviamo tutti i giorni non sono *il tempo che fu*. Siamo abituati a pensare al passato come *impossibile presente*. Nessuno dei tantissimi anziani rimasti giovani e sognanti libertà, democrazia, giustizia sociale, diritti e fratellanza e che lottarono per la chiusura dei manicomi

ha mai immaginato che, una volta chiusi, sarebbe scomparsa la prassi e la cultura manicomiale. Fu solo un inizio, frutto di lotte e pratiche decennali, che posto in legge autorizzò la speranza. La prassi di rottura dei codici di lettura (*episteme*) della malattia mentale come irreversibile, incomprendibile e pericolosa, che il manicomio proponeva come muro di difesa della società, delle famiglie, dei territori e delle regole di convivenza controllate, aveva promosso un piccolo passo in avanti sui sistemi di cura delle persone con malattia mentale, mettendo al centro del nostro interesse la dignità, i diritti e la responsabilità della persona. Questa rottura della cultura riguardava anche l'ideologia psichiatrica, divenuta per accettazione delegata e conveniente, pericolosa, incomprendibile e stigmatizzante. La forza di promozione del pregiudizio psichiatrico era l'unica differenza tra i tecnici e gli internati. Sognavamo una scienza che rinuncia alla forza e al controllo sociale, che si avvicina alla persona, ascoltandone i bisogni, promuovendone dignità e diritti/responsabilità, come premessa a cure divenute efficaci, efficienti e uguali, per-

ché partecipate dall'individuo, dalla famiglia e dalla comunità. Sapevamo che la chiusura dei manicomi e la rottura epistemologica invocavano la giustizia sociale e la responsabilità di tutti. Gli ingiusti verso gli altri, soprattutto se più deboli, poveri e malati, dovevano per i laici essere contrastati e per i cattolici convertiti all'amore. Convenivamo che tutti avevano il diritto di essere responsabili degli altri. Questa responsabilità era concepita come lotta di classe contro il capitale, per i laici, e riscatto del divenire persona responsabile, per i cattolici. Il 1978 segnò un percorso di dialogo e alleanza tra laici e cattolici. Produsse le leggi di chiusura dei manicomi, degli istituti per minori, di abolizione delle classi speciali, di regolazione e protezione delle scelte dolorose di abortire. Fu resa operativa, dopo vent'anni di attesa, la legge di istituzione del servizio sanitario nazionale, incentrata sulla prevenzione delle malattie e sul contrasto agli impedimenti fisici, psichici e sociali che minaccino o compromettano il benessere, la salute e la partecipazione di ognuno alla vita politica della comunità. Essa bloccava e

riconvertiva tutte le condizioni di istituzionalizzazione delle persone con malattia cronica e disabilità sociale. Furono riconfermate le leggi sul paniere per i beni di prima necessità: l'equo canone, il presalario di merito per l'università, le pensioni anticipate per le donne con figli e per chi cambiava mestiere e avesse ventiquattro anni di lavoro, l'ordinamento sulla sicurezza del lavoro, le liste di collocamento obbligatorio, il lavoro usurante, il sostegno all'invalidità e l'integrazione sociale delle fasce deboli come sistema prevalente sulla sicurezza. Il 1978 fu l'anno dell'uccisione di Aldo Moro, che pagò con il sangue quell'alleanza. Morì allora anche la nostra giovinezza. Due anni dopo se ne andò Franco Basaglia, riconosciuto leader del vasto movimento di trasformazione scientifica, istituzionale, politico-culturale che ha attraversato e continua ad attraversare il mondo intero, interrogando l'uomo e il suo destino.

Basta guardare l'oggi per capire che la manicomialità è ancora presente e più chiusa e feroce di prima. I laici sono appagati dalla conquista dei diritti per sé e timidi sulle re-

sponsabilità di estenderli agli altri, trasformando così i diritti in forza privilegiata. I cattolici modificano i diritti in solidarietà, deresponsabilizzando le istituzioni pubbliche pervertite dal mercato prestativo neutrale. Il metronomo delle relazioni umane è divenuto il denaro (chi lo ha è, chi non lo ha *non è*), che ha sostituito il timore di Dio, la lotta di classe e bloccato i processi emancipativi, la storia e/o la redenzione delle persone.

Il Covid-19 e l'assistenza

Per capire quanto ancora ci occorra fare basta guardare all'oggi. I nostri nonni stanno morendo silenziosi e soli nelle strutture protette che raccolgono anziani con disabilità sociale, autosufficienti e non, soli o con famiglie, che non hanno reddito sufficiente per pagare una badante/una casa. Persone che sono di peso per l'efficiente funzionamento della famiglia o costrette da una scelta obbligata. Persone, inoltre, con disabilità fisica, psichica, sensoriale neuro e/o psichiatrica, divenute anziane nelle strutture protette per giovani con disabilità sociale.

La povertà economica delle famiglie e delle comunità produce povertà educativa, perdita di ruolo sociale, scarsa accessibilità alle cure preventive di primo secondo e terzo livello, dirottate dal sistema pubblico a quello privato a costi non sostenibili dalle povertà che in questo modo divengono “povertà trappola” da cui non esci. Abolita la preminenza del sistema pubblico nelle misure di protezione sociali e delle persone fragili, la povertà progressivamente si estende a quella culturale, formativa, informativa, di accesso alle cure, lavoro, casa, affettività, apprendimento, futuro. L’assistenza diviene così il sistema di controllo sociale afona delle indotte povertà e i diritti individuali depurati dalla responsabilità sociale divengono privilegi premiali dell’egoismo sociale.

La previdenza è divenuta un asset finanziario per la libera concorrenza tra gli imprenditori dell’assistenza: autorizzati dalle Regioni a costruire il mercato concorrente dell’offerta di strutture protette che pagheranno le famiglie, gli assistiti stessi sino a 4 quinti della pensione, le

Aziende Sanitarie per le quote spettanti e, se poveri, il civilmente obbligato (il Comune) che si può rivalere sui beni dell'assistito.

I nonni se ne vanno così dai loro quartieri, paesi, località, famiglie. Il covid19 ha evocato l'ecatombe crudele che sta avvenendo. È la morte del nostro modello assistenziale. I grandi investitori moltiplicano il fabbisogno di strutture protette. In particolare per anziani. Le Regioni sono impedita per non turbare la regola Europea della concorrenza, a programmare e scegliere il modello di assistenza che gli investitori considerano più profittevole/sostenibile: i costi di scala, la passivizzazione, le regole inespressive e non partecipate dagli internati, il minutaggio della assistenza che determina la retribuzione lavorativa e la rigida e algida gerarchia comunicativa che progressivamente rende disumana la presenza degli operatori.

Il marketing delle strutture protette è un sistema di finanziamento che si regge sul rapporto pubblico/privato: è infatti il sistema pubblico a finanziare i privati del libero mercato, quello del profitto e anche delle quotazioni in

borsa del business degli anziani. Un meccanismo pre-orientato dalla politica di governo regionale, dunque, che delega al privato il controllo sociale dei fragili e poveri e le responsabilità della compromissione dei sistemi di benessere familiari e comunitari. Sostituiti con i modelli istituzionali da comunicare come soluzioni positive, sicure e moderne. Questo dispiegamento di efficienza istituzionalizzante ha generato una grande disuguaglianza sul finanziamento pubblico tra le Regioni premiando le regioni del nord con maggiore intensità di internamento nelle strutture protette dei nonni e dei disabili sociali. Il differenziale tra nord e sud è di dieci a uno nell'investimento pubblico sui nonni e sui disabili sociali. Per ora al sud, a causa della scarsa organizzazione delle istituzioni, della maggiore povertà e della civile resistenza delle famiglie, i nonni e i disabili sociali sono rimasti a casa. Sfuggendo in parte al modello istituzionale di mercato dell'assistenza anche contrastando le deleghe al privato, spesso infiltrato dalle organizzazioni criminali, e sostenendo il sistema pubblico. Le istituzioni pubbliche hanno diretta-

mente o indirettamente sostenuto e indirizzato la libertà di mercato nell'assistenza. La Regione Lombardia nell'ultimo triennio ha ottenuto dallo Stato (L.N. 67/88 art.20) e investito 1 miliardo di euro per l'adeguamento degli ambulatori per la libera professione intramuraria negli ospedali pubblici e privati convenzionati. Altro che Medicina di comunità: case della salute, consultori famigliari centri di salute mentale, co-housing, riqualificazione dei borghi o dei quartieri. Altro che prevenzione, salute ambientale e produttiva, che pur avevano (833/78) una priorità normativa per i servizi di comunità. L'orizzonte obbligato sta divenendo la rete di assistenza reclusiva istituzionale di mercato dei nonni e dei disabili sociali o l'abbandono. La strada da percorrere è un'altra.

Agire per il capitale sociale

Produrre ricchezza e contestualmente redistribuirla è il processo di costruzione del capitale sociale. La redistribuzione della ricchezza cumulata e sottratta al lavoro per nutrire la rendita del privilegio è l'atto di origine e di accu-

mulo dello stesso, luogo e ragione della trasformazione necessaria all'esistenza del capitale sociale. Caio e Tiberio Gracco, tribuni della plebe nell'anno 133 a.C., lottando per la redistribuzione della terra ai legionari che tornavano dalle guerre, sceglievano di alimentare il capitale sociale dei territori dell'Impero romano, di ridare patria ai Lari, valore alle famiglie e potere economico ai poveri. Contrastavano l'inurbamento, favorendo l'antropizzazione dei latifondi e dei territori, lo sviluppo degli scambi, dei commerci e degli investimenti locali. Nella loro visione, l'Impero sarebbe divenuto più forte con una capacità di difesa diffusa. Nei centri aggregati dei territori restituiti, si sviluppava e si diffondeva la forma statuale con leggi, strade, acquedotti, fogne, tasse, produzione di beni e servizi, artigianato, agricoltura e uso del danaro con l'effigie dell'imperatore. Tutto comincia da un atto donativo o coercitivo di redistribuzione e investimento sulla povertà. I monaci benedettini nel 500 d.C., caduto l'Impero romano, ricostruirono l'Europa intera, rigovernando i territori abbandonati, insediando monasteri, bonificando, riorganizzan-

do le terre e ritrascrivendo pazientemente testi e culture abbandonate. *Ora et labora* era la loro regola a dimensione intercambiabile: anche il lavoro è preghiera e viceversa. Entrambe le dimensioni possono divenire rituali quindi professionali, scandite da orari e scambi collettivi predefiniti, con riferimento ai testi della verità rivelata, da interpretare e vivere in coesione di intenti. Anselmo da Cividale (750 d.C.), ultimo principe dei Longobardi, attraversò tutta l'Italia costruendo monasteri di governo del territorio, bonificando, rendendo produttive le terre abbandonate e organizzando la redistribuzione normata da un capitolo. Chiamato enfiteusi nella Pianura Padana, esso veniva consegnato all'assegnatario (25 ettari più una casa per venticinque anni) nella sala del capitolo dei monasteri, dove assunse nomi e dimensioni diverse a seconda di quali e quanti erano i beni comuni da riorganizzare: vicinie, comunanze, usi civici, beni demaniali, regole dell'arco alpino, enfiteusi nella Pianura Padana, gancie in Campania Felixe Lucania, partecipanze nella Piana di Augusta. Il corpo delle regole prevedeva l'obbligo per l'assegnata-

rio di accogliere, mantenere *et onorare* i propri anziani e quelli che la natura aveva reso disgraziati Obbligava a versare il 10% della produzione all'ammasso per le nuove seminagioni e allevamenti per la remunerazione delle comuni incombenze del monastero, che provvedeva alla scuola per i bambini, alle cure, ai mestieri, alle arti e alle infrastrutture. È la nascita del bene comune la radice della cooperazione redistributiva che intreccia welfare e produzione di ricchezza. Il capitale sociale generato e cumulado in Italia e poi diffuso in Europa e nel mondo è immenso e senza paragoni nella storia dell'umanità. Ha tre motori immateriali: *dono* (redistribuzione, restituzione, affettività, colpa ed equilibrio), tra brama di possesso e spirito vitale; *generatività* (comunità, desiderio, conoscenza, relazione, interdipendenza, riproduzione, capacità ed eternità); *relazione d'oggetto* (prassi, dimora, corpo, arte, ambiente, lavoro e opera). La relazione e la conoscenza sviluppano le capacità e la coesione sociale, premesse cogenti della produzione di ricchezza umana. La presenza di beni immateriali è condizione non prescindibile del-

la produzione di ricchezza e redistribuzione contestuale. Il capitale sociale non esiste e non si riproduce se non c'è presenza di forme di welfare evoluto ed evocativo/valorizzativo di tradizioni, arti, mestieri, ambiente e culture locali, relative a bisogni prioritari e specifici delle comunità. La trasmissione del sapere è un metodo imprescindibile per lo sviluppo del capitale sociale, che è riproducibile solo se si rispettano i propri Lari, le madri e i padri che ci hanno generato. Il timore di Dio, delle leggi imprescindibili e del comandamento di amore per gli altri aiuta a investire di più sull'intelligenza e l'umanità delle persone e di meno sui possessi privilegiati e sulla rendita. La cultura è la naturale dimensione dell'uomo, anche il lavoro è un atto d'amore per gli altri. Il sistema di welfare tutela, con risorse proporzionali per tutti, i beni comuni: educazione, salute, assistenza, previdenza. Esso rigenera continuamente il capitale sociale, oggi minacciato dalla pervasività del mercato, che trasforma il welfare in privilegio individuale e in costi prestativi di consumo da vendere o comperare. Il capitale sociale è minacciato, privato di poteri contestuali

e in balia di poteri che non hanno più territorio. La sua forza generativa di sviluppo umano ed economico propone innovazione, lavoro e uguaglianza indigeribili dal mercato e dal privilegio. Per questo i sistemi di welfare universalistici, la più grande ricchezza dell'Occidente, sono sotto attacco e impongono la schiavitù dei diritti acquistabili come privilegi, privati delle responsabilità collettive che li rendono uguali e fondamento del capitale sociale. Toccherà ripartire trasformando i costi delle povertà educative, di salute, di assistenza e previdenza in investimenti rigenerativi del welfare, capace di nuovo di generare sviluppo umano, innovativo ed economico, esteso a tutti.

I Budget Educativi Personalizzati sono una metodologia che parte da questo: ricostruire integralmente il sistema di welfare per incrementare, innovando e trasformando, il capitale sociale delle comunità locali attraverso progetti educativi personalizzati, dove ciascuno e tutti hanno il diritto di occuparsi degli altri, senza finalità di potere e di denaro. Il capitale sociale è negli oggetti e nell'habitat, che ci comunicano la bellezza e l'ingegno di

chi ha pensato a noi, per guadagnarsi il desiderio di eternità. Gli oggetti e l'habitat ci conoscono prima che noi conosciamo loro. Il capitale sociale è invero dagli oggetti del passato, che pro- muovono le nostre relazioni mostrando che il futuro è tutto ciò che includo nel presente. La cultura non è un rituale per iniziati ma la dimensione dell'umano.

Contrastare la povertà educativa avvalendosi della metodologia dei progetti personalizzati è una scommessa di incremento del capitale sociale della comunità e delle famiglie: *trasforma* le fragilità in risorse e culture per lo sviluppo umano ed economico locale; *aiuta* i ragazzi adolescenti, partendo dai più fragili, ad accedere alle nuove tecnologie informatiche 4.0, per riconoscere le qualità della propria e altrui storia, e a superare gli accessi selettivi ad attività preordinate esclusive; *comprende* che innovazione e lavoro sono categorie interdipendenti dell'inclusione; *stimola* le pubbliche istituzioni a produrre uguaglianza di opportunità e premialità del merito, trasformando i costi di mantenimento e costruzione dello

stigma in investimenti personalizzanti per la salute e lo sviluppo umano ed economico locale; *fornisce* occasioni di amare, conoscere e proteggere l'ambiente proprio e la sua storia; *trasforma* le iniziative in processi continuativi, convincendo e piegando le risorse ulteriormente evocabili a questi obbiettivi; *incentiva* la crescita aggregativa del terzo settore locale, inteso come infrastruttura sociale e motore di integrazione tra primo e secondo settore; *produce* qualità del lavoro dignitoso, mostrandolo come direttamente proporzionale alla capacità e alla forza inclusiva di una comunità. È anche questo un valore immateriale, senza il quale il capitale sociale diviene vuota declamazione.

Co-progettare

Il compito del prendersi cura per educare, curare, assistere, prevenire non può prescindere dall'intervenire sulla storia delle singole persone, attivando una consapevole condivisione e costruendo una dignitosa possibilità di esistenza. Superare gli ostacoli bio-psico-sociali-culturali-economici che rendono difficile la piena partecipa-

zione responsabile delle persone alla vita della propria famiglia/comunità è il compito che i tecnici della salute mentale, le famiglie e le comunità dovettero affrontare nel 1978 con la chiusura dei manicomi e il cambiamento dei luoghi. Impossibile era la guarigione ed efficace la cura nel restituire alle persone malate i diritti a una dignitosa qualità di vita: cambiando i contesti sociali, familiari, istituzionali e terapeutici. La cultura che contrasta con le evidenze scientifiche doveva essere modificata dalla prassi, capace di aprire varchi inclusivi delle diversità sofferenti. Fare questo comportava, per tecnici, famiglie e comunità, la necessità di assumere responsabilità importanti e sperimentare la possibilità di un progetto personalizzato che includesse variabili non attinte dai modelli clinici, modificando e rendendo comprensibile il linguaggio scientifico.

Il progetto personalizzato non era possibile dentro a istituzioni in cui si lavorava con una programmazione e pianificazione ripetitiva e inerziale. Il progetto di vita cessava, divorato dalla malattia, che poteva essere curata solo nell'isolamento pianificato dell'ospedale. Il modello di

cura delle malattie infettive era stato adottato anche per malattie e disturbi mentali e disabilità sociali. Un progetto che invece mette al centro la persona sofferente e i suoi bisogni, la sua storia soggettiva, e tra parentesi la malattia, porta al superamento continuo del pensiero e delle pratiche preformate. Il *progetto di vita* è il concetto che introducemmo, accettando l'incertezza, perché non sapevamo come e dove ci avrebbe condotto la relazione con la persona sofferente e il suo contesto. Sapevamo che, liberandola e liberando noi stessi dall'ideologia della malattia, potevamo iniziare una prassi di cambiamento: se venivano costruite alternative di vita e contesti possibili, si potevano attivare le risorse delle comunità ed eliminare il bisogno di istituzioni totali. Le istituzioni totali non curano e propagano una cultura distruttiva delle famiglie e delle comunità. Il progetto terapeutico riabilitativo personalizzante è rivolto invece alla persona con malattia, ma prende in carico anche la famiglia e la comunità. La persona sofferente e il suo contesto divengono risorse positive. Questa è la ragione per cui lo chiamammo *progetto*, per-

ché il progetto evoca valori, scelte, desideri, perché si progetta ciò che si desidera insieme. Il nostro compito era garantire una vita dignitosa. Dentro alla parola progetto c'è la libertà, la sostenibilità e la trasformazione. Un altro obiettivo è la scommessa che affronta il pessimismo prognostico come artefatto giustificativo delle istituzioni totali. Le profezie prognostiche sono vere non perché prevedono il futuro ma perché lo costruiscono. Integrare, includere le persone con prognosi negative nei contesti civili restituisce loro diritti e responsabilità che sono stati disconosciuti: al lavoro, alla casa, alla formazione e all'affettività. Volevamo e poggiavamo l'azione su un progetto che prevedeva il coinvolgimento, la partecipazione diretta, la scelta delle persone, anche se sprofondate nella disabilità e nelle distruzioni che avevano ricevuto dalle nostre benefiche istituzioni. Davamo concretamente e praticamente la possibilità che il processo di liberazione potesse avvenire. Per valutare le pratiche adottammo sistemi probabilistici a priori, che includono le variabili soggettive di scelta, esperienza, desideri, perché il pro-

getto è azione libera e responsabile, nasce dalla relazione umana; evoca e già è trasformazione. Se invece si accetta la realtà così com'è, non avviene la relazione trasformativa e progettuale; non si crea nulla se ci va bene il presente.

I valori opposti al progetto sono quelli che riguardano la pianificazione, che è un'attività di potere preordinato. Tipico sistema di gestione delle istituzioni totali (reclusive e separative ieri e divenute diffuse e monovaloriali attraverso la dittatura del denaro nella modernità), è oggi utilizzato in modo esteso, ad esempio, nella coazione assistenziale dei minori di famiglie povere, a bassa contrattualità sociale e giudicate prive di capacità genitoriale, i cui figli possono essere sequestrati, messi in produzione dentro le strutture protette a gestione privata/speculativa/sociale e le loro famiglie azzerate per indegnità manifesta. Altrettanto dicasi per le persone anziane, sole e povere e per i giovani con disabilità sociale. Questo esercito di scarti umani è già visibile nella scuola superiore, tra i ragazzi che abbandonano gli studi e il lavoro e alcuni che si chiudono e si isolano nel mondo virtuale. Il contrasto

alla povertà educativa reinclude questi ragazzi nei progetti collettivi. Ci si prende cura del destino degli anziani soli, dei ragazzi scomparsi e di quelli con disabilità sociale candidati alla carriera istituzionale. Si affrontano la violenza di genere, la dipendenza patologica e i temi ambientali con iniziative specifiche in tutte le classi coinvolgibili e sviluppando una rete di aiuto/intervento e *counseling* orientato per tutta la comunità locale. La cura, come l'educazione (dimensioni indistinguibili nella presa in carico educativa o/e sanitaria), non possono diventare un obbligo alla virtù. La virtù è una scelta, una fatica; la virtù è il coraggio e la forza di scegliersi.

Co-gestire

Questo progetto ha un'impostazione sperimentale, euristica, alla ricerca degli strumenti necessari per combattere la disuguaglianza attraverso azioni positive di comunità. Cerchiamo di restituire alle realtà locali il potere che hanno perduto e che non sono più in grado di esercitare. Oggi si evoca la disuguaglianza nell'itinerario edu-

cativo dei nostri ragazzi, alludendo al merito e all'eccellenza. Il censo è tornato ad essere il motore della riproduttività del privilegio, escludendo i poveri dai nuovi saperi, accessibili solo a pagamento. Potere è sapere. L'analfabetismo comunicativo di ritorno è dovuto alla sudditanza che i mezzi di comunicazione producono in chi non ha strumenti per conoscerli e dominarli. I nostri ragazzi devono accedere al 4.0 già nella scuola dell'obbligo, soprattutto se sono portatori di Disturbi Specifici dell'Apprendimento o Disturbi dello Spettro Autistico.

È dal contrasto competente e innovativo alla povertà educativa e alla disuguaglianza che dipende il nostro stesso futuro. La co-progettazione, co-gestione e co-produzione tra sistema pubblico di welfare, terzo settore e sistema privato competitivo del secondo settore è oggi l'occasione più grande per ricostruire l'infrastruttura sociale necessaria alla produzione di una ricchezza redistributiva, rispettosa dell'ambiente, del lavoro dignitoso e della competizione innovativa su un mercato ridivenuto strumento e non finalità unica. Le forme organizzate di

welfare familiare, comunitario e aziendale sono essenziali per la produzione di ricchezza redistributiva, in grado di contrastare la povertà educativa in modo strutturale, culturale e continuativo. Molto c'è da riorientare nel bagaglio educativo e negli altri settori del welfare.

L'invasività del mercato e la sua vocazione alla neutralità interessata tendono a modificare la relazione educativa in prestazioni prezzate, da vendere e comprare, in un'infinita offerta consumistica, che produce egoismo alienante e deresponsabilizzazione, ma anche conoscenza e connessioni estese che rimodellano la soggettività e il potere dei giovani. I ragazzi fragili sono catturati, soprattutto se poveri, dalle organizzazioni private convenzionate, immessi nei centri riabilitativi a ciclo diurno con prestazioni tariffate per l'intrattenimento e cronicizzati dalla ripetitività inerziale delle tecniche e dalla progressiva involuzione istituzionale delle organizzazioni che accompagna i giovani nelle strutture protette. I ragazzi fragili già a sei anni, se poveri e con disabilità pronunciata, iniziano la carriera di fattori produttivi per altri: nei cen-

tri riabilitativi, nelle strutture protette, negli istituti. La loro carriera scolastica si interrompe all'obbligo; poi sono immessi nelle istituzioni pubbliche/private; scompaiono nei centri riabilitativi convenzionati, che consumano l'80% delle risorse dedicate ai minori/giovani con disabilità e descolarizzati. La percentuale delle persone con disabilità sociale che accede alle scuole superiori è molto bassa, quasi nullo è l'accesso all'università o al lavoro. Tra Nord e Sud, le percentuali dei giovani con disabilità scolarizzati e/o avviati al lavoro sono molto diverse: basse al Sud, più alte al Nord e concentrate nelle città. Al contrario, il numero delle persone in strutture protette è basso al Sud e alto al Nord. Le organizzazioni del terzo settore presenti in tutta Italia e in tutti i comuni si avviano a divenire protagoniste del sistema di welfare inclusivo, ma devono superare gli ostacoli posti dalle potenti organizzazioni del mercato finanziario, che aggredisce il sistema di welfare stesso, utilizzando modelli istituzionali superati, concentrazionali ed espropriativi delle risorse umane ed economiche della comunità. Gli appalti e il si-

stema di accreditamento strutturale sono il metodo con cui i gruppi finanziari costringono il sistema pubblico a delegare il proprio compito al mercato. La co-progettazione, co-gestione, co-produzione pubblico-terzo settore è resa difficile dal mercato, che stabilisce prima il confine competitivo.

I tentativi reiterati di stabilire norme favorevoli all'inserimento lavorativo delle fasce deboli e allo sviluppo umano ed economico locale, producendo una ricchezza contestualmente redistribuita, co-gestendo insieme al terzo settore i percorsi personalizzanti, sono stati cassati (si pensi al congelamento, voluto dall'ex presidente dell'Autorità nazionale anticorruzione Raffaele Cantone, dell'art. 55 della legge 117/2017, che rendeva possibile la co-gestione, depennato per turbativa della concorrenza). Ciò significa che anche i disabili diventano oggetto del mercato, da vendere e comperare. Il sistema pubblico non può appaltare il proprio compito costitutivo al privato, ma deve utilizzare strumenti privatistici per una maggiore efficienza, efficacia, uguaglianza e per co-gestire con il pri-

vato, statutaria- mente orientato al bene comune (percorsi educativi personalizzanti, di cura e assistenza, previdenza e formazione-lavoro). I processi inclusivi, di contrasto alle disuguaglianze nell'educazione/formazione, tutela della salute/assistenza/previdenza/lavoro, sono costitutivi dei diritti e delle responsabilità individuali e collettive. Il terzo settore è nato per fornire strumenti innovativi, efficaci, efficienti e uguali ai sistemi pubblici e privati, finalizzati all'inclusione e all'impresa lavorativa.

Budget di salute

Urge, dopo l'emergenza pandemia, un grande progetto di restituzione della cittadinanza agli anziani, ai disabili sociali, ai poveri. I nonni non devono diventare un asset economico del mercato della morte, ma del welfare familiare e generativo di comunità nell'abitare, formarsi, lavorare vivere, riposare/insegnando/ testimoniando e sostenendo i giovani, la generatività e il diritto di tutti a sentirsi utile agli altri. Prevenire la necessità delle strutture protette e riconvertirne le risorse per fare crescere i si-

stemi di welfare comunitario generativo e familiare, i servizi di prossimità, il capitale sociale delle comunità. Ripristinare la catena di valore per lo sviluppo umano, economico e produttivo locale orientata ai bisogni delle comunità. La trasformazione dei costi sociosanitari esistenti in investimenti produttivi di salute fisica, psichica sociale, ambientale e lo sviluppo di territori accoglienti producono più ricchezza di economia solidale, reale e innovativa. Questa è osteggiata perché redistributiva ed inclusiva e non esclusiva ed escludente.

L'esperienza del fatto che non si può essere sani in un ecosistema malato costituisce un insegnamento dei ragazzi del Terzo Settore nella Terra dei Fuochi permettendo a tutti di scoprire che la terra dei fuochi è ovunque. Ora questa dopo questa pandemia, le risorse riparative che arrivano devono essere ridistribuite partendo da un progressivo cambiamento del modello assistenziale.

Riconvertire i costi delle rette individuali per strutture protette sia previste che in essere, in investimenti produt-

tivi di salute e sviluppo umano ed economico locale attraverso progetti terapeutico riabilitativi personalizzati con budget di salute, è la strada percorsa dal Primo e Terzo settore in molte regioni d'Italia. I buoni risultati raggiunti hanno permesso di rimettere in discussione la relazione tra Primo, Secondo e Terzo settore ed esprimere una legge Nazionale sui Budget di Salute che è in attesa di essere calendarizzata.

La messa in opera di un reddito Europeo di base a chi ha perso o mai avuto il lavoro, la casa, una famiglia e una comunità supportanti è una misura che dirà se l'Europa è comunità solidale degli umani o del solo mercato del denaro che nutre le disuguaglianze e l'illegalità distruggendo le democrazie. Dalla affermazione delle democrazie potrà rinascere l'economia civile produttiva di ricchezza redistributiva. Il Terzo Settore ha fornito in questi anni concreti esempi che questo è possibile e retributivo di responsabilità e sviluppo ecosistemico anche per il secondo e primo settore. Il diritto alla speranza di cambiamento è ora possibile. Le organizzazioni criminali hanno denaro,

controllo del territorio e colletti bianchi a sufficienza per arruolare i piccoli artigiani, commercianti, imprenditori, disoccupati, i poveri in crisi per assenza di speranze di una quotidianità possibile (privi di liquidità per i beni primari) e di un futuro (privi di investimenti per il lavoro). Il Terzo Settore e le Istituzioni pubbliche locali, avendone titolarità, devono farsi promotori di un grande accordo tra Primo, Secondo e Terzo settore per il rilancio dei sistemi di welfare comunitari e generativi come premessa allo sviluppo umano, ecosistemico ed economico locale. Il Terzo Settore è l'ultimo avamposto non ideologico della cultura e delle pratiche della prevenzione delle sofferenze e malattie dell'uomo e dell'ecosistema. Contrasta la povertà, la violenza, l'illegalità, lo sfruttamento, l'arricchimento indebito di chi si sottrae alla produzione redistributiva della ricchezza, dei diritti e delle responsabilità comunitarie.

Il Terzo settore chiede e propone di riprendere il cammino della legge 833/78 fondata sulla Prevenzione superando la legge 502/517 e rivisitando il titolo quinto della

Costituzione. Stabilire il procapite di finanziamento del SSN non separando le aziende ospedaliere da quelle territoriali. L'Ospedale e il Territorio devono essere integrati anche nella didattica e nella ricerca/innovazione. Il patrimonio restituito ai Comuni. I ministri e gli assessori alla Salute dei Comuni e delle Regioni dello Stato si occupano del sociosanitario. I DRG metodo di computazione dei costi prestativi devono essere sociosanitari includendo i costi sanitari e sociali delle cure efficaci e della salute. Lo Stato deve entrare nelle produzioni strategica sociosanitaria per la popolazione partecipando alla capitalizzazione delle imprese esistenti o da costituire e/o allargare per la produzione autonoma nazionale. La salute dell'ambiente, dell'agroalimentare e dell'allevamento è compito delle Aziende sanitarie e dei Comuni così come nel lavoro e nella scuola. L'accesso al 4.0 promosso nelle organizzazioni sanitarie e scolastiche con effetto immediato. La deburocratizzazione della sanità, della scuola, dei comuni, dello Stato e delle organizzazioni produttive sempre accedendo al 4.0 pare un compito non rinviabile.

