



1 marzo 2012

Sessione VII - Welfare d'iniziativa e di inclusione, per creare benessere

"Dal welfare al well being, passando per I soggetti" di Alessandro Montebugnoli

1. Vorrei iniziare citando un documento un po' datato, del quale, però, ognuno riconoscerà la pertinenza ai temi che trattiamo. Si tratta del primo *Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali*, quello uscito insieme alla 328 (periodo di riferimento 2001-2003). L'autrice – non svelo un mistero – è Nerina Dirindin, che è con noi anche in queste due giornate. Proprio in apertura, quando si enunciano i *motivi ispiratori* della riforma, i suoi *cardini*, leggiamo quanto segue: "il cittadino non è solo utente", "le famiglie non sono solo portatrici di bisogni", "il sapere non è solo professionale". Sicché, per converso, è necessario "promuovere la partecipazione attiva di tutte le persone", "valorizzare (tutte) le esperienze e le risorse esistenti", "valorizzare il sapere quotidiano", "promuovere la progettualità verso le famiglie".

Bene. A me sembra che queste affermazioni non siano state *prese sul serio* – che abbiano trovato scarso riscontro tanto nell'opinione media degli operatori (politici, istituzionali, sociali) quanto (per forza, di conseguenza) nella realtà dei fatti, se non in ambiti locali, o comunque circoscritti, certo importanti, anzi importantissimi, come testimonianze di 'fattibilità', ma non tali da determinare una vera e propria *linea di tendenza*, un *orientamento* delle politiche di welfare. Si potrebbe aggiungere, con schiettezza, che la stessa 328 e lo stesso *Piano* sono ben lungi restare fedeli, in modo coerente, *dispiegato*, nel vero senso della parola, alle 'intuizioni' che pure contenevano. Nondimeno, per parte mia, resto convinto che si tratti di idee giustissime; e sono anche convinto che il loro raggio d'azione vada molto al di là delle 'materie' inquadrare dalla 328. Pertanto, il compito che mi propongo consiste nel fornire argomenti affinché quello che fin qui non è successo – ripeto: *prendere sul serio* le affermazioni che ho citato – arrivi finalmente all'ordine del giorno, diventi un *punto chiave* delle strategie di welfare.

Lo farò su due piani. Da un lato proporrò un *frame* concettuale – un quadro di riferimento teorico – all'interno del quale conto di far emergere ragioni profonde, necessarie, dalle quali, in ogni caso, non si può prescindere. Dall'altro 'farò un esempio', in modo che il senso del discorso risulti più immediato e la produttività del *frame* riceva il conforto di qualche dato empirico (del resto in un caso importante, che in effetti è molto più di un 'esempio'). Mi sembrano necessarie tutte e due le cose: giustamente, per prendere sul serio qualcosa, vogliamo che sia efficace sul piano della *prassi*; e però, anche, che abbia dignità teorica (e magari un po' di rispettabilità accademica).

2. Il quadro di riferimento teorico è legato ai nomi di Sen e Martha Nussbaum. Curiosamente, sebbene il loro contributo sia universalmente noto come *capabilities approach*, il concetto più importante, che soprattutto lo caratterizza, non è quello di 'capacità', bensì quello di 'funzionamenti'. Questi, come pure è noto, sono modi dell'*essere* e del *fare*, dello 'stare' e dell'agire, ovvero *condizioni esistenziali*. Colte, però, in termini 'oggettivi'. Così, per un verso, i funzionamenti si distinguono dalle



'preferenze' degli individui (dai loro desideri, dalle loro scelte, ecc.); e per un altro costituiscono uno 'spazio' del discorso diverso da quello dei beni e dei servizi, compresi quelli pubblici. Lasciamo da parte la prima contrapposizione, che richiederebbe un discorso alquanto complicato, per concentrare l'attenzione sulla seconda, che invece, nel suo motivo fondamentale, è piuttosto semplice (e in questa sede ci interessa di più). Ragionevolmente, se un bene o un servizio è oggetto di un'attribuzione di valore, questo accade *in vista di qualcos'altro*: precisamente, delle *esperienze* che ci consente di vivere (o di evitare), sicché la distinzione incorpora una precisa differenza assiologica: soltanto alle nostre esperienze di vita (espressione equivalente a 'funzionamenti') possiamo attribuire un valore 'in sé', un valore 'intrinseco'; ai beni e ai servizi soltanto un valore strumentale, derivato, secondario. Il che, vale la pena di aggiungere, resta vero anche se il 'mondo delle cose' è interpretato in modo complesso, come un mondo di 'significati', secondo le indicazioni degli antropologi, in particolare di Mary Douglas.

Tutto questo, che magari sembrerà banale, in effetti ha implicazioni piuttosto impegnative – esistono anche 'banalità profonde'. Provo a fissarne tre, per punti.

La prima non è direttamente collegata al compito che mi sono assegnato. Tuttavia mi sembra è una buona 'introduzione'; e in più, onestamente, non voglio perdere l'occasione di segnalare. In breve, si tratta del fatto che gli obiettivi delle politiche di *welfare* devono cambiare registro: appunto, vanno definiti in termini di funzionamenti – devono parlare il 'linguaggio' dei funzionamenti – *prima* di essere definiti in termini di beni e di servizi. Questo non sembra tanto banale, se è vero che generalmente, invece, i problemi prendono forma proprio in termini di beni e di servizi – generalmente ce li rappresentiamo in termini di 'prestazioni' che occorre rendere accessibili. Sottolineo che tale è il modo nel quale ci *rappresentiamo* i problemi per dire che la fornitura di beni e di servizi, ovviamente, resta all'ordine del giorno, resta indispensabile, ma non dovrebbe essere l'orizzonte entro il quale il discorso inizia e si conclude, non dovrebbe essere un 'modo di ragionare', mentre così, salvo errore, tende a verificarsi. Semplicemente, i funzionamenti non sono *messi a tema*, ovvero lo sono troppo poco, con il risultato che il 'discorso' del *welfare*, di fatto, resta consegnato allo spazio delle 'cose'. Per esempio – anticipo qualcosa di quello che dirò più avanti – si consideri a quanto raramente i 'piani sanitari' definiscono i propri obiettivi in termini di 'stato di salute' delle popolazioni di riferimento, come sarebbe richiesto da un approccio 'orientato' ai funzionamenti: di norma, appunto, sono piani *dei servizi*, nei quali l'obiettivo finale, quello 'veramente importante', che può essere *soltanto* il miglioramento dello stato di salute di una popolazione, resta implicito, non acquista evidenza in forma propria, distinta, autonoma.

(Mettere a tema i funzionamenti significa innanzi tutto nominarli, 'parlarne'; subito dopo significa implementare il concetto in termini operazionali, compresa la ricerca di appropriate unità di misura; infine significa assumerli come 'variabili di controllo' nel disegno delle politiche, nella valutazione dei loro risultati, ecc. Inutile nascondersi che non si tratta di compiti facili: in alcuni casi le discipline



di riferimento sono più avanti¹, in altri meno. Tuttavia, quali che siano le difficoltà, la strada da percorrere mi sembra segnata con sufficiente chiarezza, e andrebbe percorsa con determinazione: anche per combattere quel 'male sottile' dei sistemi di *welfare* che si chiama 'autoreferenzialità' e per recuperare al loro sviluppo risorse di 'senso', delle quali, per tanti motivi, hanno un gran bisogno.)

La seconda implicazione, già più vicina al compito che mi sono assegnato, è presente a chiare lettere nell'opera di Sen: la *differenza* tra lo spazio dei beni e dei servizi e quello dei funzionamenti comporta che sia sempre all'ordine del giorno *un processo di trasformazione* (tecnicamente: una funzione di conversione) dei primi nei secondi. Questione delicata, perché non si tratta di un processo semplice, lineare, dagli esiti scontanti, talché la disponibilità dei primi (che è più facile da misurare) potrebbe essere presa come un'accettabile *proxy* del grado di conseguimento dei secondi. In realtà, eguali dotazioni di beni e di servizi primi, eguali quantità di *provision*, possono avere effetti diversissimi in termini di funzionamenti – a seconda delle caratteristiche *personali* di quelli che le ottengono. L'esempio del cibo, tipicamente utilizzato da Sen, è chiarissimo. Né ci lasceremo ingannare dalla sua semplicità, che lo rende tanto chiaro: questioni dello stesso genere, a diversi livelli di complessità, sorgono in tutte le situazioni che la pena di prendere in esame.

Il che ci introduce all'ultimo punto, che in questa sede, in un certo senso, è il più importante. Non è soltanto che i processi di trasformazione sono 'influenzati' dalle caratteristiche personali degli individui presso i quali si realizzano: più al fondo, il fatto è che gli individui presso i quali si realizzano ne sono necessariamente agenti, attori, 'causa efficiente' (e proprio per questo, si capisce, le loro caratteristiche personali influenzano gli esiti ai quali si perviene). Certo, occorre aggiungere subito che questo dato di 'partecipazione' si manifesta in forme e misure assai variabili. Tuttavia non può mancare: se pure vuole trarne qualche beneficio *in termini di funzionamenti*, un individuo deve *assimilare* i beni e i servizi di cui dispone alla propria realtà fisica e morale, deve appropriarsene in forma *pratica*, oltretutto 'giuridica'; e ben difficilmente si può immaginare che questo accada senza un qualche suo livello di *coinvolgimento*. Un punto, a ben vedere, che di nuovo comporta un mutamento di prospettiva piuttosto significativo. In genere, salvo errore, siamo abituati a pensare che il *welfare* sia essenzialmente una questione di *entitlements*: qui emerge che è (anche, ma centralmente) una questione di *mondi vitali*, che sono appunto i 'luoghi' nei quali gli *entitlements*, ovvero le *provisions* da questi rese accessibili, si trasformano in situazioni esistenziali sperimentate *e variamente agite* dai 'soggetti', in quanto portatori delle esigenze di funzionamento alle quali, in ultima istanza, si tratta di corrispondere.

L'argomento, del resto, si presta a una formulazione più generale. Nella misura in cui il 'discorso' del *welfare* sia svolto in termini di funzionamenti, si tratta sempre di *due* cose: certamente di beni e servizi resi (o non resi) disponibili dalle 'politiche', disegnate e implementate nel quadro della divisione

¹ Si pensi per esempio alla valutazione della (non) autosufficienza, che già dispone di strumenti molto evoluti, per altro utilizzati in misura e modi ancora insoddisfacenti.



professionale del lavoro, della quale il *welfare* è parte essenzialissima; e però (anche, ma centralmente) di 'competenze' appartenenti piuttosto ai destinatari delle strategie di offerta, come *loro proprie* disposizioni e facoltà di agire, senza le quali nessun funzionamento sarebbe mai possibile. Per usare categorie di Martha Nussbaum, i funzionamenti implicano sempre di due ordini di condizioni: 'capacità esterne', come in modo pregnante è ridefinito lo spazio dei beni e dei servizi; 'capacità interne', identificate in termini schiettamente soggettivi, come 'tratti' degli individui di cui si fa questione. Perciò, appunto, le affermazioni che ho citato all'inizio sono senz'altro giuste, e vanno prese sul serio. In effetti, corrispondono a una struttura fondamentale dei processi ordinati alla soddisfazione dei bisogni – ammesso che questi ultimi siano colti come bisogni di funzionamento piuttosto che di 'cose'.

3. Troppo astratto? Può darsi. Quindi veniamo all'esempio, al banco di prova del ragionamento. Tra i tanti possibili, ho scelto la salute – e non perderò tempo a dire le ragioni. Per quanto la riguarda, non è difficile rinvenire la duplicità fin qui affidata al gioco dei concetti. Da un lato, i sistemi di diagnosi e cura, fondati sul sapere dei medici (la divisione professionale del lavoro). Dall'altro, gli 'stili di vita' delle persone, i quali, si noti, vengono in discussione proprio in quanto si tratti della 'salute' (un funzionamento) piuttosto che della 'sanità' (un insieme organizzato di beni e di servizi). D'altra parte, gli stili di vita (che definiremo meglio, ma intanto è chiaro che sono una faccenda di 'mondi vitali') riproducono la stessa difficoltà che ho messo al centro di questo contributo. Se ne parla moltissimo, perfino troppo, ma più come fatti di 'costume' che come una variabile importante nel quadro delle strategie di *welfare*: di fatto, come mostrerò, queste sono lontanissime dal considerarli un argomento serio.

Invece lo sono, soprattutto se prendiamo in considerazione le caratteristiche della 'transizione sanitaria' che attualmente, in Occidente, ci troviamo a vivere. Affido questa affermazione a una citazione e a qualche evidenza empirica.

La citazione è un parere autorevole, destinato a fissare le idee. Meslé e Vallin, due dei massimi epidemiologi contemporanei, affermano che "la presa di coscienza circa l'importanza dei fattori comportamentali [un altro modo di dire 'stili di vita'] è l'elemento motore della seconda fase della transizione sanitaria [quella in corso, in gran parte legata alla 'rivoluzione cardiovascolare' e ai primi successi della lotta contro il cancro], allo stesso modo in cui le scoperte di Pasteur lo furono per la prima fase [quella legata alla lotta contro le malattie infettive]". Rileggiamo: 'l'elemento motore...', 'allo stesso modo...'. Davvero? Davvero, ai nostri giorni, il peso dei fattori comportamentali è paragonabile a quello dei grandi progressi della medicina di stampo otto-novecentesco, sui quali, per tanta parte, e per fortuna, abbiamo costruito il *welfare*². Risposta: a quanto pare, sì. Le cose, secondo la comunità scientifica, proprio stanno in questi termini.

² Gli stessi Meslé e Vallin, dopo le scoperte di Pasteur, citano l'introduzione dei sulfamidici e degli antibiotici



Come emerge da molte ricerche di taglio 'statistico'. Senza dubbio, per soddisfare il bisogno di salute non si può fare a meno di buoni servizi sanitari, possibilmente accessibili su basi universali. Ma il loro contributo va considerato con attenzione. Dalla letteratura internazionale ricaviamo l'informazione che la relazione tra la spesa sanitaria di un paese (privata e pubblica) e lo stato di salute della sua popolazione disegna una parabola che, oltre un certo punto, diventa quasi piatta: di fatto, nelle società avanzate, come la nostra, gli aumenti della prima contribuiscono al miglioramento del secondo in misura pressoché trascurabile. Il carattere sorprendente di questo dato si spiega con due circostanze. Un'ampia sopravvalutazione dell'efficacia delle procedure medico-sanitarie, dovuta a un singolare fenomeno di rimozione dell'incertezza che le circonda³: in realtà ne dipende soltanto l'11% dei guadagni di salute ancora conseguibili in termini di anni di vita esenti da malattie (si noti, una misura di funzionamento). Un'altrettanto ampia sottovalutazione dell'importanza dei fattori di protezione e promozione della salute che gli individui possono agire 'in proprio', nel quadro delle vite che conducono: quei medesimi guadagni ne dipendono per il 43%⁴.

Né si può dire che tutto ciò manchi di influenzare l'assetto del settore sanitario. In effetti, sopravvalutati come sono, i suddetti servizi di diagnosi e cura (contributo potenziale 11%) assorbono oltre il 90% della spesa (privata e pubblica), lasciando uno spazio meno che marginale alle attività orientate ai fattori comportamentali (contributo potenziale 43%): basti pensare allo stato di minorità finanziaria e 'accademica' in cui versano le attività di educazione sanitaria, che non assorbono più dell'1-1,5% della spesa. Con il risultato complessivo che si è visto.

4. Per concludere, qualche commento alle cose appena dette, anche per recuperare un paio di questioni di carattere generale, fin qui rimaste implicite.

Primo. A un certo punto, in quello che precede, ci siamo riferiti agli 'stili di vita' con la seguente perifrasi: 'fattori di protezione e promozione della salute che gli individui agiscono (o mancano di agire) nel quadro della vita che conducono'. Meglio, avremmo potuto parlare proprio di *capacità* (interne, naturalmente): nell'accezione che qui interessa (ne esistono altre), gli stili di vita possono ben essere interpretati come *livelli di competenza* – che ognuno può esercitare nei riguardi dei problemi legati alla sua salute. La ragione di questo sforzo 'espositivo' sta anche nella convinzione che le cose importanti non debbano essere consegnate a formule troppo contratte e un po' stereotipate – 'stili di vita' un po' lo è – perché altrimenti diventa più difficile farle oggetto di considerazioni davvero impegnative.

³ E' meno noto di quanto dovrebbe il fatto che "soltanto il 15% degli interventi medici sono sostenuti da solide prove scientifiche" (Smith R 1999).

⁴ Cfr. Domenighetti 1999.



Secondo. Abbiamo citato l'educazione sanitaria. Con essa, in realtà, viene in discussione un argomento che va molto al di là del nostro esempio. Se i funzionamenti dipendono (anche, ma centralmente) da capacità interne, da competenze di tipo 'soggettivo', che nessuna dotazione di beni e di servizi può rimuovere dal quadro interpretativo, è del tutto ragionevole proporsi il compito di valorizzarle – cioè di consentire ai loro possessori di *coltivarle* e, fattualmente, di *metterle in opera*. Questa, in particolare, è la ragione profonda del tema che va sotto il titolo di *empowerment*, certamente esposto a interpretazioni 'retoriche', ma in se stesse, 'preso sul serio', meritevole di essere considerato una frontiera avanzata delle strategie di *welfare*. Anche perché non si deve ragionare soltanto dell'*he-nance-ment* di competenze individuali esercitate *in forma* individuale (che pure sono importantissime), ma anche della possibilità che le competenze individuali diano vita a fatti *associativi*, nei quali, se mi faccio capire, sono portato a riconoscere il 'complemento a uno' di un assetto di *welfare* davvero orientato ai funzionamenti. L'educazione sanitaria, nel suo ambito, persegue appunto scopi di tal genere (compresa la 'variante' associativa); e non è affatto un caso che la nozione di *empowerment* vi abbia trovato uno svolgimento molto impegnativo, in contrapposizione all'interpretazione (prevalente) che verte piuttosto sulla nozione di *compliance*. Per chiarire questo punto sarebbe necessario un esame specifico, che non è il caso di intraprendere. Soltanto, voglio segnalare che il quadro concettuale delineato sulla scorta di Sen e di Nussbaum – per quanto astratto, anzi *proprio perché* astratto – si mostra poi abbastanza duttile da

Terzo. Un'ulteriore questione emerge con molta evidenza dal nostro esempio, e non di meno è generalizzabile. Intanto, è importante dire che le caratteristiche della fase di transizione sanitaria in corso da qualche decennio dipendono dai precedenti successi della medicina. Il caso delle patologie croniche è particolarmente significativo. La loro attuale prevalenza (60-70%) è certamente frutto della lotta vittoriosa contro le malattie infettive, dei progressi nel trattamento di quelle acute, ecc. Ma ciò non toglie che uno stato di salute che interferisce in modo duraturo con tutti gli aspetti della vita di una persona costringa la medicina a ripensare molte parti del proprio paradigma (il trattamento dei casi in ambienti controllati, la linearità delle relazioni di causa-effetto, la prevedibilità dei decorsi, gli esiti biologici come misura del successo, ecc.). E soprattutto a ripensarle 'facendo spazio' ai pazienti (e alle loro famiglie): cioè a riconoscere che essi possiedono buona parte delle conoscenze pertinenti all'obiettivo che si può raggiungere (la migliore qualità della vita compatibile con lo stato di salute) e che, da ogni punto di vista, è bene riconoscere e sostenere le loro capacità di gestire autonomamente i problemi che devono affrontare. Quello che emerge, allora, è un profilo di *complessità* (in senso tecnico) che ritengo possa essere rintracciato anche in molti altri campi di intervento, tanto che in esso, probabilmente, si deve riconoscere una 'cifra' dell'intera stagione del *welfare* che ci troviamo a vivere. Da questo punto di vista, si può sostenere che il *welfare* di domani, sempreché riusciamo a costruirlo, sarà più 'difficile' (ancora in senso tecnico) di quello di ieri – e però, anche, più aperto e più dinamico. In ogni caso, certamente dovrà essere un *welfare* 'dei soggetti'.