

Valter Tarchini

La cura tra dimensioni di mondo vitale e dimensioni organizzate

26 gennaio 2011

Presentazione

Ognuno di noi ha delle cose interessanti da dire in base alla sua esperienza o al lavoro che fa, ai suoi interessi che lo portano ad essere sensibile a delle cose più che a delle altre e nessuno ha la visione totale di tutto. La mia esperienza nasce dall'impegno sociale e dalla esperienza professionale. Sono sociologo e da giovane mi sono interessato di problematiche sociali e per molti anni ho svolto attività di partecipazione sociale nel mondo del volontariato e delle ACLI. Mi interessavo di problematiche sociali e lavoravo con i cittadini del territorio, in particolare il mio impegno era nel settore della formazione. Pian piano questo impegno è diventato una professione. Inizialmente ho lavorato in campo industriale però i miei interessi erano di sul verso sociale. Dopo alcuni anni di lavoro nelle organizzazioni sono passato all'Enaip, ente di formazione delle ACLI, occupandomi di progetti di reinserimento socio-lavorativo, di formazione del personale e di sviluppo organizzativo. Da un po' di anni opero come consulente organizzativo, formazione. Consulenza organizzativa significa intervento su particolari problemi o di formazione del personale nei servizi sociali, cooperative, ospedali cioè organizzazioni che lavorano nel mondo del sociale o sanitario. In questa attività evidentemente impatto le tematiche che vogliamo affrontare questa sera. Per cui le cose che dirò nascono da questo tipo di esperienza.

La dimensione tecnica e la dimensione relazionale della cura

L'argomento di questa sera prova a collegare il tema della cura con il fatto che essa è sviluppata attraverso delle organizzazioni come sono i servizi socio-sanitari. Il tema della cura richiama l'occuparsi o interessarsi di qualcuno e quindi dietro c'è una relazione. Quello che qualifica la cura è la dimensione della relazione. Per cui possiamo sviluppare il concetto di qualità della relazione. Infatti la cura ha una dimensione tecnica ma anche relazionale. Spesso però tra queste due dimensioni c'è separazione, poca comunicazione. In particolare c'è poca attenzione a questo anche perché nel nostro contesto italiano oltre a problemi generali legati alla fatica del tenere insieme le due dimensioni, esistono problemi connessi alla organizzazione sociale e dei servizi che prendono una piega ideologica che rende difficile vedere veramente le cose come stanno. Come se la forma risolvesse la sostanza. Posizioni del tipo "è meglio il pubblico del privato" o viceversa. Come se l'etichetta giuridica risolvesse le cose. Ci occupiamo tanto della cura perché nella nostra società aumentano le esigenze di cura in quanto aumentano le fragilità. Interessante è il tema dei linguaggi, perché dietro i linguaggi c'è una dimensione tecnico-specialistica che a volta comporta difficoltà di reciproca comprensione. Però i linguaggi danno anche indicazioni su ciò che succede. Così ad esempio si parla tanto di aumento delle fragilità o di vulnerabilità, ma un po' meno di emarginazione, di marginalità.

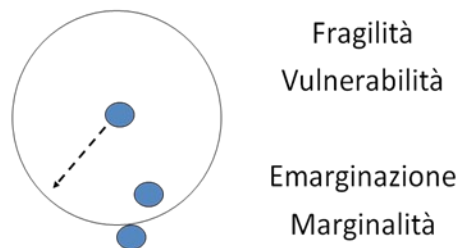
Emarginazione e fragilità

Qualche tempo fa nella nostra società ci si sentiva più protetti anche perché l'economia sembrava in sviluppo e il futuro, per quanto faticoso, non creava spavento. Si sentiva che c'erano risorse per andare avanti. Rispetto a chi non ce la faceva ragionavamo in termini di persone marginali, ai confini del funzionamento sociale oppure parlavamo proprio di emarginati, che stavano fuori. E le attenzioni erano nella direzione di spingere le persone ad essere un po' più sensibili del tipo

“facciamo posto a chi posto non ha” oppure “cerchiamo di tirare dentro chi sta fuori” così gli investimenti sulla integrazione sociale e lavorativa di persone con varie problematiche, in situazione di emarginazione. Oggi invece parliamo molto di più di fragilità e di vulnerabilità in quanto l'attenzione si è spostata su di noi, persone che sono dentro la società e che non sono più sicure di ciò che hanno, che le condizioni attuali consentano una condizione di vita equilibrata, una capacità di affrontare gli imprevisti, il fatto che ci sia qualcuno che si occupi di noi rispetto a delle problematiche che possono nascere. Fragilità vuole dire che ciascuno di noi percepisce che potrebbe cedere, che a fatica si riesce, per cui ci si percepisce instabili e non sicuri, forti. Vulnerabile è qualcuno che è sottoposto a qualcosa che non può controllare come contro un virus. La paura di uno sciopero del metro (motivo dell'assenza di diverse persone questa sera) ci fa capire che siamo vulnerabili nelle nostre esigenze di spostamento. Emarginazione e marginalità erano termini di “posizione”: c'è chi sta dentro e c'è chi sta fuori, mentre vulnerabilità e fragilità sono termini di “percezione”. Sono termini più emotivi che hanno a che fare con i sentimenti, le emozioni, le percezioni e non ci lasciano tranquilli.

Le parole che utilizziamo

quali problematiche richiamano?



Le posizioni di emarginazione si potevano leggere anche con dei parametri abbastanza oggettivi come ad esempio il reddito che dava una lettura della capacità di essere dentro o fuori delle dinamiche sociali. Nella fragilità questa oggettività non c'è. Coinvolge molto di più le persone perché anche al centro della società si percepisce così. Ed è anche più difficile da definire perché uno che, in base ai parametri di reddito sta bene, se gli succede qualcosa di grave passa a star male. In una famiglia con la separazione o il divorzio immediatamente si può passare ad una situazione di grave difficoltà economica. Oppure una situazione di malattia grave o invalidante.

Aumenta l'area dei problemi di non immediata definizione e codificazione

IERI	“normalità”		Zona “grigia”	Problemi di salute, disagi identificati e conclamati
	OGGI	“normalità”	Area dei problemi da decodificare, disagio invisibile zona “grigia”	
				Problemi di salute, disagi identificati e conclamati

Sono situazioni rispetto alle quali è difficile costruire un sistema di protezione rassicurante. Se prima il welfare era rassicurante ora emotivamente ci si sente meno assicurati, ci si sente molto più esposti. Verso i contributi, ma non so se avrò la pensione. Oggi hai un lavoro, domani non sai se lo avrai ancora. Oggi puoi affrontare certe cose, ma non sai se domani potrai fare lo stesso. Insicurezza

che porta ad usare parole che richiamano le emozioni e meno parole che richiamano i distacchi. Sono disagi che fanno anche più fatica ad essere visti o vicinanza di attenzione. In queste situazioni non è detto che le persone creino solidarietà tra di loro, anzi, si impone la logica che ciascuno pensa per sé. Questo perché una volta la solidarietà si sviluppava in quanto le persone sentivano che c'era qualcosa che le accomunava (lavoro, certe situazioni sociali) oggi è più difficile riconoscere che cosa ci accomuna e trovare insieme delle vie di uscita condivise con altri. Questo non aumenta, ma indebolisce le risorse. Il legame sociale è un valore, perché in una situazione che sta attorno a noi fa percepire l'indebolimento dello stesso legame. E' una spirale: mi percepisco come più fragile, più esposto però sento anche che, se mi accade qualcosa, non è detto che gli altri mi diano una mano. Non respiro la solidarietà. Sono situazioni in cui è importante più che mai un investimento culturale, sociale perché non è automatico che si generi comunità. Non è istintivo mettersi insieme ad altri. Questo è legato anche alla capacità di vedere culturalmente le cose, ma anche alla qualità nel fare le cose e se tendiamo a produrre relazioni o solitudini. E' importante vedere se le organizzazioni che si occupano di cura, di servizi tendono a produrre individualizzazione, ognuno per sé oppure a produrre legami.

Le risorse di cura

Ma abbiamo anche fragilità dovute al prolungamento medio dell'età. Oltre una certa soglia le persone stanno molto bene e si vive più a lungo. In Italia ci sono 180mila ultracentenari e 1 milione e 600mila oltre gli 85 anni. Si vive di più ma nascono anche più problemi di attenzione. Si vive di più anche in rapporto alle malattie. Si vive di più ma anche in situazioni di cronicità che richiedono maggiore attenzione. Solo che a volte abbiamo l'illusione di guardare l'aspetto mutualistico non tenendo conto che produciamo non solo risorse vitalistiche per la fascia di età media, ma anche esigenze di vita, di attenzione di tante persone anziane. E' una società che pone di più il problema della cura, della vicinanza anche a livello emotivo, percettivo. Le risorse su cui dobbiamo fare i conti non sono solo quelle tecniche e organizzative, ma anche quelle emotive e legate al sociale. Siamo in crisi sui bisogni di cura che possono toccare individualmente anche perché abbiamo meno risorse emotive, capacità emotiva per rapportarsi ad alcuni problemi. La morte e la sofferenza per esempio sono due situazioni con cui si fa fatica a riconoscersi. Il dolore, sono dimensioni che sembra non facciano più parte della vita. Situazioni che hanno bisogno di risorse emotive per potersi confrontare sul fatto che la vita è anche fatto da questo. E la capacità di affrontare queste situazioni è una risorsa molto importante per l'uomo. Abbiamo avuto l'illusione che il progresso eliminasse il dolore, la morte, la fatica, la malattia, invece no. Però se queste realtà prima facevano parte dell'orizzonte culturale delle persone che le sapevano anche affrontare e vivere, oggi le persone sono meno preparate a viverle diventando delle inquietudini. Basta vedere i termini che si usano quando si descrive la malattia di qualcuno che poi è devoluto verso la morte. Sono tutte tematiche indicibili. Per cui c'è anche tutta una tematica delle risorse a cui è importante prestare attenzione e far crescere. Non si tratta tanto o solo di risorse tecniche-organizzative, ma anche di risorse emotive per entrare in relazione con delle caratteristiche della vita che ci siamo illusi di eliminare. Caratteristiche che vengono anche più riconosciute e legittimate da chi è più coinvolto in situazioni di sofferenza sapendo di non poter parlare con gli altri di alcune cose.

Le organizzazioni per la cura

Il tema della cura e della vicinanza lo sviluppiamo all'interno dei nostri legami primari. Nella famiglia quando nasce un bambino, questo diventa un fattore di cura, così se qualche membro della famiglia si ammala o nel caso di persone anziane. Ma poiché la famiglia sia per ragioni di tempo, sia per ragioni tecniche non ha la possibilità di far fronte ad ogni esigenza per cui progressivamente nel tempo ci siamo preoccupati che della cura si occupassero anche delle organizzazioni, ospedali, case di riposo, ma anche organizzazioni addette ad altre fragilità come case per minori, comunità o servizi per i disabili. Sempre più nella nostra società ci affidiamo a delle organizzazioni per fare delle cose anche banalmente per divertirsi, per studiare, per viaggiare così anche per la cura. Il collegamento sul tema relazionale tra le organizzazioni che si occupavano della cura e modalità più familiari ha determinato negli anni '80 una crisi. Affidare la problematiche della cura alle organizzazioni se da una parte produce miglioramenti sotto l'aspetto degli interventi tecnici, dall'altra impoverisce le relazioni. Achille Ardigò negli anni '80 aveva posto il tema che pensare la cura basandosi solo sulle organizzazioni produceva "un rinsecchimento dei mondi vitali", cioè le

relazioni vitali, quelle primarie diventavano asfittiche perché non più curate. Nasceva un'apertura di riflessione su come tenere in relazione le esigenze di cura più legate alla quotidianità, alla vita familiare e le dimensioni tecniche in modo da avere meno divisione. Così nascevano idee come valorizzare di più la dinamica associativa o associazioni di terzo settore, organizzazioni in qualche modo incentrate su dimensioni di valore partecipativo, di attenzione alla solidarietà. Una attenzione quindi a quelle organizzazioni, a quei sistemi più attenti alle dimensioni di legame e solidarietà tra le persone e, nello stesso tempo attente alla qualità tecnica del loro intervento. Sono anche nate riflessioni sull'opportunità di pensare diversamente la possibilità di mettere in campo sistemi di cura che aiutassero a fare i conti con la società più complessa e nello stesso tempo attente alla dimensione dei legami sociali. Il rischio è che tutti questi discorsi tendono a diventare ideologia. Mentre fino agli anni '70, '80 la riflessione andava in questa direzione cioè non solo la sanità intesa come malattia ma la sanità dei rapporti, le relazioni sociali, le dipendenze. Organizzazioni che si occupassero non solo della salute fisica ma anche della salute sociale, delle capacità di relazione. Si sono anche costruiti dei servizi che prestassero attenzione a cose a cui diventavamo più sensibili socialmente, come alle tematiche dei disabili. Sensibili alle tematiche della psichiatria con la territorializzazione, le comunità. Sensibili alle età della vita con i servizi materno-infantili, i consultori, i nidi. Alcuni servizi legati alle patologie, altri a problematiche dei cicli della vita che diventavano sempre più oggetto di consapevolezza sociale, di attenzione. In definitiva servizi che avessero come missione la cura tecnica ma anche la possibilità di un rapporto sociale.

Il pubblico e il privato

Queste organizzazioni nel sociale hanno avuto la logica del servizio pubblico. “Pubblica” la percezione del bisogno, “pubblica” la sua gestione. Il “pubblico” garantiva che le cose non venivano fatte solo per convenienza, ma per una dimensione istituzionale, per la qualità della convivenza. Ma un po' per questioni economiche, un po' perché queste organizzazioni facevano fatica a curare il legame sociale per cui diventavano troppo tecniche, si è incominciato a pensare che per gestire questi legami sociali fosse necessario creare delle organizzazioni secondo altre logiche. Per cui si è aperta una discussione sul come affrontare la questione. Si è detto che la gestione pubblica produce burocratizzazione, costi elevati, parassitismo per cui occorre gestire la cura non solo con la logica pubblica ma aprire con dinamiche tipiche della logica del mercato aprendo a soggetti che si occupano dei problemi appunto con la logica del mercato e della competitività. Quindi questo vuol dire aprire al mondo del privato sociale, della cooperazione come pure soggetti del privato-privato. Quante volte sentiamo dire che “privato” è meglio. In Lombardia ormai la sanità è iper privatizzata. Mentre prima tutto veniva sviluppato con la logica pubblica ora è importante che venga sviluppato con la logica privata.

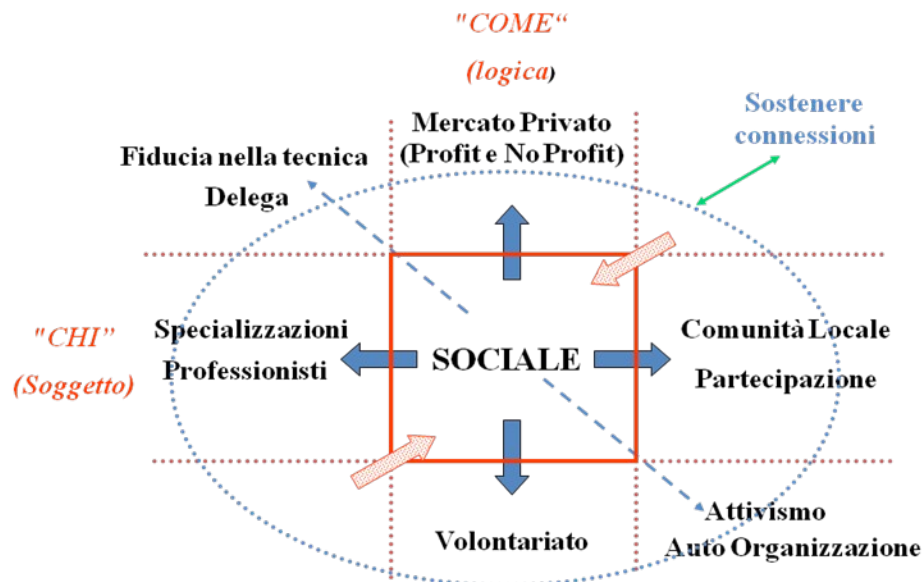
Il volontariato

Oltre ad aprire al mercato si è detto anche di avere la possibilità di lavorare su temi sociali in modo più netto che nel passato secondo la logica del volontariato. Anche prima c'era il volontariato ma faceva delle cose occupandosi delle nuove problematiche con l'obiettivo che poi venissero acquisite dall'ente pubblico. Quindi il volontariato come soggetto sperimentale di testimonianza che mette in evidenza le problematiche dimostrando che possono essere affrontate. Dagli anni '90 si è evidenziata sempre più una dimensione di volontariato un po' meno legata a quella logica, ma secondo la logica “faccio delle cose io perché le faccio bene”. Così è del '91 la legge sulla cooperazione sociale che definisce e regola i soggetti della logica cooperativa che si occupano di problematiche pubbliche con la logica del privato. Sempre del '91 è la legge sul volontariato che riconosce e sostiene soggetti privati nel pubblico. Nel contempo si sviluppavano riflessioni sulla comunità locale come soggetto auto-organizzato. Vengono emanate molte leggi che finanziano situazioni all'interno della comunità locale percorsi che provano a far partire alcuni servizi come sugli anziani, sull'infanzia. Non è la logica della cooperazione costituita da professionisti che prendono un appalto, lo gestiscono, ma associazioni, esperienze locali che all'interno della società civile si impegnavano in alcune attività. Una dimensione politico-sociale. D'altra parte in questi anni sono cresciuti anche molti servizi specializzati come sull'autismo, sulla psichiatria, su Alzheimer. I servizi precedenti cercavano di impegnarsi sul socio-sanitario, ora ci si orienta alla specializzazione marcata. Ne deriva una interessante articolazione che tuttavia è stata ideologizzata prendendo una piega prevalentemente incentrata sulla esternalizzazione. Per cui si è incominciato a

dar fuori i servizi in una forma molto ideologica spesso sottostimando la complessità della cura. Questa forte idealizzazione ha portato ad una minore attenzione alla qualità e maggiore attenzione a come distribuire le risorse. Il rischio è che queste organizzazioni tendono a funzionare con logiche poco attente alla relazione.

Conclusione

La criticità è legata al favorire connessioni, ad evitare frammentazioni legate agli approcci ideologici o tecnicisti. Lo schema che segue evidenzia questa dinamica



Il problema principale è riuscire a guardare sempre di più la qualità e non tanto le forme. Il rischio che si corre è di ideologizzare la forma. Così è vero che il volontariato "ci mette l'anima", ma anche le sue aspettative, le sue identità. Quando il volontariato si occupa della fragilità il rischio è di sovrapporsi ad essa. Il professionista dovrebbe avere più preparazione, ma a volte non riesce a fare il passo in più verso la relazione. Tutti hanno dei pro e dei contro. Dire che il problema è complesso significa che va oltre a ciò che può fare il tecnico e, nello stesso tempo, va oltre a ciò che può fare il volontario. Allora se siamo più attenti alla qualità ci astraiano dal "chi è meglio". Mentre nella cultura italiana è questo secondo aspetto che ha la prevalenza. Certamente non potremo ritornare ad uno Stato così rassicurante come c'era una volta, un po' per la questione delle risorse, ma anche perché oggi le persone hanno una maturità, una percezione della loro individualità che le porta a ritenere legittima la valorizzazione della sua capacità di scelta. Si tratta di costruire delle condizioni in cui muoversi socialmente. La domanda è: come? Ad esempio oggi esistono i voucher, buoni che permettono di accedere ai servizi sociali. Teoricamente esiste la possibilità di scelta da parte del cittadino che può appunto scegliere tra varie strutture accreditate. Se supponiamo che il servizio costi 100, prima era tutto spendibile nel "pubblico", ora diamo la possibilità di impiegarlo anche nel "privato". Un ragionamento logico ma che deve fare i conti che spesso le persone non sono in grado di scegliere e non sanno valutare la qualità del servizio. Se non si affronta ideologicamente la questione e valutiamo la situazione di oggi in cui è la persona interessata che sceglie il servizio, la domanda è: come faccio a sostenere la sua capacità di scelta? Sentendo le assistenti sociali quando si trovano di fronte ad una persona anziana cercano di indirizzare in base alle prestazioni desiderate. In definitiva non esiste un "meglio" in assoluto perché i problemi sono sempre più ampi delle risposte. Possiamo anche prendere le strade che sembrano migliori, ma sempre con la possibilità di miglioramento.

Alcuni riferimenti bibliografici

- Z. Bauman, *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna, 1999
- U. Beck *La società del rischio*, Carocci, Roma, 2000
- C. Donolo, *Riflessività nel dominio pubblico*, in *La Rivista delle Politiche Sociali*, Ediesse, Roma 2006
- B. Latour, *Disinventare la modernità*, Milano, Eleuthera, 2008
- I. Lizzola, V. Tarchini, *Persone e legami nella vulnerabilità*, Edizioni Unicopli, Milano, 2006
- G. Mazzoli, *Articolare la partecipazione in tempi di esodo dalla cittadinanza*, in *Rivista Animazione Sociale*, n. 245 Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2010
- F. Olivetti Manoukian, *Re-immaginare il lavoro sociale*, Collana I Geki, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2005
- F. Olivetti Manoukian, *Il ruolo del volontariato lombardo nella programmazione sociale di zona*, in *Il volontariato e il nuovo welfare*, a cura di A. Mosca, F. Angeli, Milano, 2008