

9.

Sostenere gli anziani e le loro famiglie è possibile: alcuni esempi emblematici

di Giovanna Rossi, Donatella Bramanti e Stefania Meda

Le migliorate condizioni di salute, i progressi della medicina, la vita media più elevata, i maggiori livelli di istruzione e di benessere diffuso hanno contribuito a rendere la condizione anziana (cioè avere più di 65 anni) una fase del ciclo di vita sempre più lunga e articolata.

Accanto a persone attive protagoniste delle loro famiglie e delle comunità di riferimento si registrano anziani non autosufficienti – o in condizione di fragilità variabile. All'aumento dell'aspettativa di vita infatti corrisponde anche un incremento delle situazioni caratterizzate da patologie complesse con disabilità conseguente, che si manifestano soprattutto nella fase terminale della vita (dopo gli 80 anni) tanto che il tasso di disabilità tra gli ultraottantenni arriva a raggiungere il 476,7 per mille [Istat 2002]. Quali sono le risposte elaborate dal *welfare* – in un'ottica di politiche familiari – di fronte all'incalzare di questi dati?

In questo contributo, frutto di un'attenta analisi teorica e metodologica e di un'accurata ricerca empirica condotta nel corso del 2005 e già pubblicata [Rossi e Bramanti 2006] presentiamo un approfondimento su tre progetti che rappresentano buone prassi *family friendly* a favore di quello specifico segmento della popolazione anziana costituito dai non autosufficienti. All'interno dell'ampia gamma di servizi che possono essere realizzati per sostenere l'anziano e la sua famiglia [Rossi 2005; Rossi e Bramanti 2006] abbiamo identificato tre differenti tipologie. Esse fanno riferimento a diversi ambiti di intervento e *focus* della cura [Scabini e Rossi 2006]: come si evidenzia nella tab. 11.1 è possibile distinguere tra i servizi che si focalizzano principalmente sull'anziano, quelli che lavorano sulle reti familiari e, infine, quelli che operano sulle reti allargate.

TAB 11.1. *Tipologie di servizi per gli anziani non autosufficienti e le loro famiglie in base all'ambito di intervento prevalente*

Focus sull'anziano e sulla casa (<i>domus orientec</i>)	Focus sul nucleo familiare (<i>family centred</i>)	Focus sulle reti allargate (<i>community orientec</i>)
Servizi di assistenza al domicilio Ospedale a domicilio Ospedale di comunità Affido residenziale dell'anziano Alloggi protetti (<i>Voucher</i>) Albo delle collaboratrici familiari	Gruppi di sostegno per familiari Servizi di ascolto e orientamento per familiari Carta dei Servizi Servizi di <i>advocacy</i> Sportelli telefonici e numeri verdi Servizi di <i>respite</i> /ricoveri di sollievo Corsi di formazione	Gruppi di volontariato di anziani per gli anziani Centri Diurni Integrati Case-famiglia residenziali Servizi di portierato sociale Progetti di affido non residenziale degli anziani a vicini di casa o volontari Progetti di solidarietà tra le generazioni

I progetti che analizziamo in questo contributo sono:

- il progetto *Care-giver* del Comune di Torino;
- i gruppi di auto-mutuo-aiuto per familiari di anziani affetti da Alzheimer della Asl 1 Provincia di Milano e dell'Associazione familiare Genitori della nostra Gente di Magenta (MI);
- il Centro Diurno Integrato di Via Maspero del Comune di Varese.

Sono esempi (tab. 11.2) significativi di servizi che possono essere collocati lungo un *gradiente* che misura, appunto, quanto sono *family friendly* secondo il grado di *familiarizzazione* (o *relazionalità familiare*) raggiunto.

TAB. 11.2. I servizi analizzati per tipologia di intervento

Focus sull'anziano e sulla casa (<i>domus oriented</i>)	Focus sul nucleo familiare (<i>family centred</i>)	Focus sulle reti allargate (<i>community oriented</i>)
Servizi di supporto al domicilio integrati da progetti di affido non residenziale degli anziani a vicini di casa o volontari del Comune di Torino	Gruppi di auto-mutuo-aiuto per familiari di anziani affetti da Alzheimer della Asl 1 Provincia di Milano e dell'Associazione familiare Genitori della nostra Gente di Magenta	Centro Diurno Integrato di Via Maspero del Comune di Varese aperto alla comunità locale grazie all'organizzazione di attività animative e socializzative

I tre servizi in esame sono stati analizzati secondo la metodologia tipica dello studio di caso, che ha comportato la raccolta e l'analisi di materiale documentativo prodotto e reso disponibile per la consultazione, la realizzazione di interviste semistrutturate individuali e collettive a testimoni privilegiati, vale a dire dirigenti, operatori, volontari ove presenti e utenti, vale a dire gli anziani e/o i loro familiari.

Abbiamo denominato *domus oriented* quei servizi che hanno come utente/consumatore l'anziano e che si focalizzano sulla casa o tendono a ricreare ambienti sostitutivi (fig. 11.1).

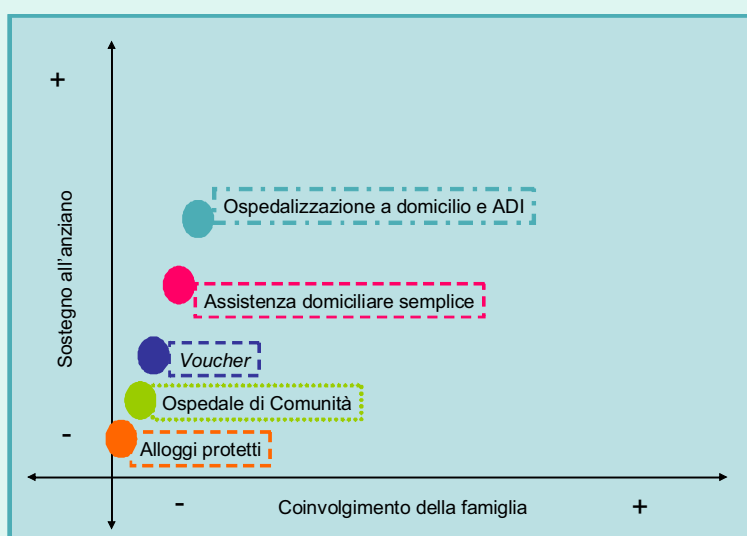


FIG. 11.1. Collocazione dei servizi domus oriented rispetto agli assi del sostegno all'anziano e del coinvolgimento della famiglia.

Sotto l'etichetta di servizi domiciliari troviamo tutte le tipologie dei servizi erogati direttamente a casa dell'utente, sia nella forma semplice, sia nella variante integrata. Le forme di *assistenza domiciliare* sono caratterizzate da vari gradi di complessità, articolazione e intensità in relazione alle specifiche necessità della persona che le richiede. Sinteticamente possiamo indicare tre livelli che ci consentono di delineare un crescendo di complessità: assistenza domiciliare a bassa intensità; assistenza domiciliare a media e alta intensità; assistenza domiciliare integrata.

• **Il progetto Care-giver del Comune di Torino: promuovere accessi relazionali ai servizi domiciliari**

Il progetto denominato *Care-giver* consiste in una forma di affido diurno degli anziani, compromessi e privi di un'adeguata rete familiare di sostegno, a volontari che gestiscano l'assegno di cura erogato dal Comune e il rapporto con la persona (badante) che svolge le funzioni di assistenza diretta al domicilio. Esso si inserisce nell'ambito di una rete più ampia di offerta del Comune che prende il nome di *Domiciliarità leggera* e rappresenta – a nostro parere – un esempio emblematico di buona pratica in quanto, dallo studio di caso condotto, è possibile vedere esplicitate in forma concreta alcune caratteristiche peculiari:

- A. è espressione di un lavoro di riflessione da parte dell'istituzione che mostra un notevole investimento progettuale per creare un prerequisito all'accesso ai servizi domiciliari, per gli anziani privi di una rete di supporto familiare, prerequisito che abbiamo denominato "accesso relazionale";
- B. è un servizio innovativo per quanto riguarda la capacità di leggere una dimensione specifica del bisogno dell'anziano e di rispondervi in maniera semplice e inedita;
- C. contribuisce al rafforzamento delle solidarietà di base consentendo la valorizzazione di risorse spontanee presenti in città (i *care-givers* volontari) e la promozione di una rete di protezione locale;
- D. svolge una funzione preventiva rispetto al ricorso all'istituzionalizzazione dei soggetti anziani privi di un'adeguata rete familiare.

Abbiamo denominato *family centred* gli interventi che si centrano sul nucleo familiare, o comunque sui *carers informali*, che fanno cioè perno sulle capacità, sulle competenze e sulle responsabilità di cura delle famiglie (fig. 11.2).

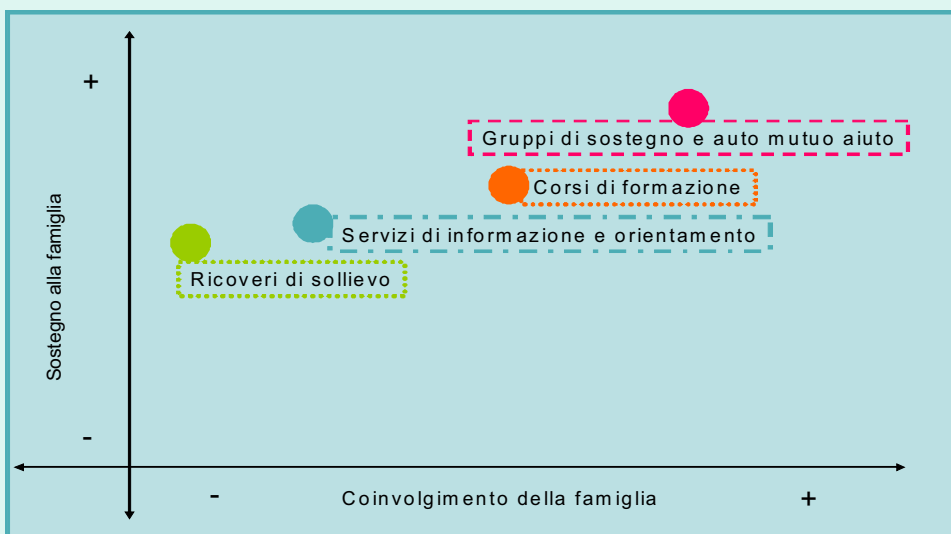


FIG. 11.2. Collocazione dei servizi *family centred* rispetto agli assi del sostegno alla famiglia e del coinvolgimento della famiglia.

Le cure cosiddette informali hanno sempre rappresentato nel nostro paese una risorsa fondamentale, ma oggi il numero di anziani bisognosi e la compromissione delle loro condizioni sono diventate molto significative. Qui prendiamo in esame servizi e interventi che si rivolgono alla famiglia come *caregiver* dell'anziano e che fanno di essa il perno centrale dell'accudimento, il "centro" attorno a cui è organizzata tutta la rete dei sostegni [Bramanti 2004]. In questa macro-categoria, che abbiamo appunto definito *family centred*, abbiamo ritenuto opportuno includere gli interventi di supporto, valorizzazione e promozione delle famiglie come *caregiver*, cioè *gruppi di auto mutuo aiuto per familiari* che si trovano ad affrontare simili condizioni di cura di anziani gravemente compromessi.

• **I gruppi di auto mutuo aiuto per familiari di anziani**

I gruppi di auto mutuo aiuto, promossi dal Distretto 6 Asl 1 (Provincia di Milano), nel 1999, per familiari di persone anziane del territorio di Magenta hanno, nel corso del tempo, dato vita a un'associazione familiare, che attualmente gestisce altri gruppi di sostegno e – in collaborazione con la Asl - uno sportello telefonico di ascolto e orientamento.

Lo studio di caso, condotto sul progetto realizzato in modo sinergico dalla Asl e dall'associazione familiare, ci ha consentito di metterne in luce alcune caratteristiche peculiari che ne fanno un esempio significativo di buona pratica [Di Nicola 2005]:

- è in grado di intercettare un bisogno familiare (relativo ai *caregivers* naturali) e di rispondervi in maniera squisitamente relazionale;
- riesce a raggiungere l'anziano fortemente compromesso, operando sulla sua rete familiare nel senso della promozione del benessere delle relazioni intra-familiari e inter-familiari;
- si avvale di modalità di intervento precipuamente relazionali e promuove processi di relazionamento;
- realizza una sinergia tra il soggetto istituzionale e l'associazione familiare *Genitori della nostra gente* e promuove la collaborazione con enti organizzati di terzo settore (la medesima associazione e altre presenti sul territorio);
- amplia l'offerta dei servizi per la non autosufficienza (progettazione e implementazione di uno sportello telefonico di ascolto e orientamento gestito da personale Asl e familiari volontari);
- promuove e sostiene la solidarietà familiare.

La terza tipologia che abbiamo individuato accorpa quegli interventi che promuovono legami significativi anche tra persone non prossime e che, collocandosi in un'ottica di comunità, abbiamo definito *community oriented* (fig. 11.3).

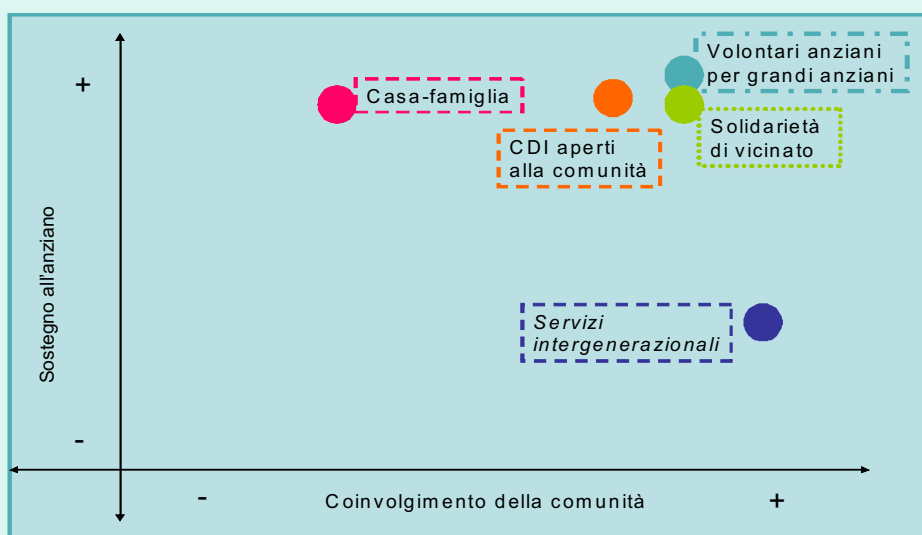


FIG. 11.3. Collocazione dei servizi *community oriented* rispetto agli assi del sostegno all'anziano e del coinvolgimento della comunità.

Nella tipologia *community oriented* rientrano progetti particolarmente innovativi come il *portiere sociale* e il *custode socio-sanitario*. Entrambi questi interventi costituiscono una risposta alla necessità di scongiurare i rischi di solitudine ed emarginazione a cui è esposto chi presenta una parziale non autosufficienza, specialmente nei grandi agglomerati urbani in cui la privatizzazione e la parcellizzazione degli spazi di vita allenta i legami di vicinato.

• **Il Centro diurno integrato di Via Maspero di Varese**

Il Centro diurno integrato (Cdi) di Via Maspero, gestito dal Comune di Varese, attivo dal 2000, costituisce un servizio semiresidenziale che accoglie nelle ore diurne anziani in condizione di ridotta autosufficienza, ai quali offre attività riabilitative e ricreative, ma anche e soprattutto numerose occasioni di socializzazione. Dallo studio di caso condotto sono emerse alcune peculiarità che ci consentono di definirlo un esempio di buona pratica *family friendly*:

- A. dimostra uno sforzo concettuale di progettazione e di ricerca di metodologie riabilitative e socializzative innovative per l'*empowerment* personale dell'anziano e comunitario;
- B. coinvolge nel processo di presa in carico le famiglie e la comunità, secondo modalità innovative ed espressive che valorizzano l'aspetto ludico e animativo, in un'ottica di solidarietà, sussidiarietà e scambietà reciproca;
- C. intercetta le risorse (formali e informali) disponibili sul territorio e coinvolge tutti gli attori sociali comunitari;
- D. è un luogo di incontro per la vita di relazione, aperto anche ai familiari degli anziani e alle persone della comunità che intendono partecipare alle attività proposte;
- E. lavora con creatività e flessibilità all'interno di una matrice istituzionale.

Ciò che accomuna le tipologie di esperienze individuate (*domus oriented, family centred, community oriented*) è un elemento che in un certo senso potremmo definire "profetico" della strada che dovranno intraprendere i servizi alla famiglia nelle diverse fasi del ciclo di vita, e cioè la prospettiva intergenerazionale [Scabini e Cigoli 2000; Donati 2003; Boccacin 2005; Commissione Comunità Europee 2005]. Infatti se si considera un soggetto anziano nella condizione di bisogno, non si può non fare riferimento immediatamente alle generazioni più giovani, che di fatto hanno il compito e la possibilità di farsene carico. Inoltre, ragionare in termini di benessere di comunità, significa immaginare che le generazioni si incontrino anche oltre i ristretti legami di sangue che definiscono i confini delle singole famiglie. Che un'intera generazione possa essere sostenuta da altre generazioni diversamente collocate nella scala generazionale, è un pagina che, nella storia del *welfare* italiano, è ancora da scrivere...

10.

La qualità sociale del welfare familiare: le buone pratiche nei servizi alle famiglie

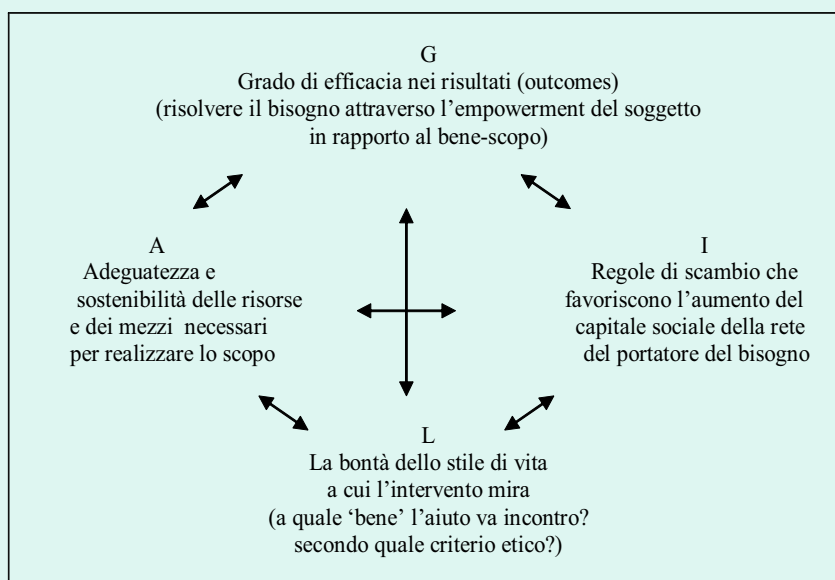
di Pierpaolo Donati

Siamo alla ricerca di una nuova “qualità del welfare”. Per welfare intenderò qui *gli interventi* di politica sociale e *i servizi* rivolti a migliorare il benessere delle persone, delle famiglie, dei gruppi sociali. La tesi di fondo che intendo sostenere dice che la qualità del welfare *welfare sta nelle relazioni interumane che esso implica e realizza*. Consiste nell’operare sulle relazioni, con le relazioni e attraverso le relazioni sociali in cui il portatore del bisogno è inserito. Basicamente, dunque, la qualità del welfare dipende dalla “*etica dell’aiuto*” che ispira l’intervento di welfare.

Il problema odierno della qualità del welfare nasce nel fatto che viene meno l’ordine relazionale basato sulla tradizionale divisione fra pubblico e privato che ha retto il welfare moderno. Ciò comporta una crisi dei sistemi postbellici (assistenziali e neo-corporativi) di welfare e la necessità di una profonda ridefinizione dell’ordine relazionale da cui dipendono le scelte e le azioni per il benessere. *La nuova qualità del welfare dipende dal modello relazionale che viene adottato per aiutare chi è portatore di un bisogno qualificato la cui soddisfazione è a carico della collettività*, ossia spetta alla comunità intorno, la quale può affrontarlo e gestirlo in modi diversi.

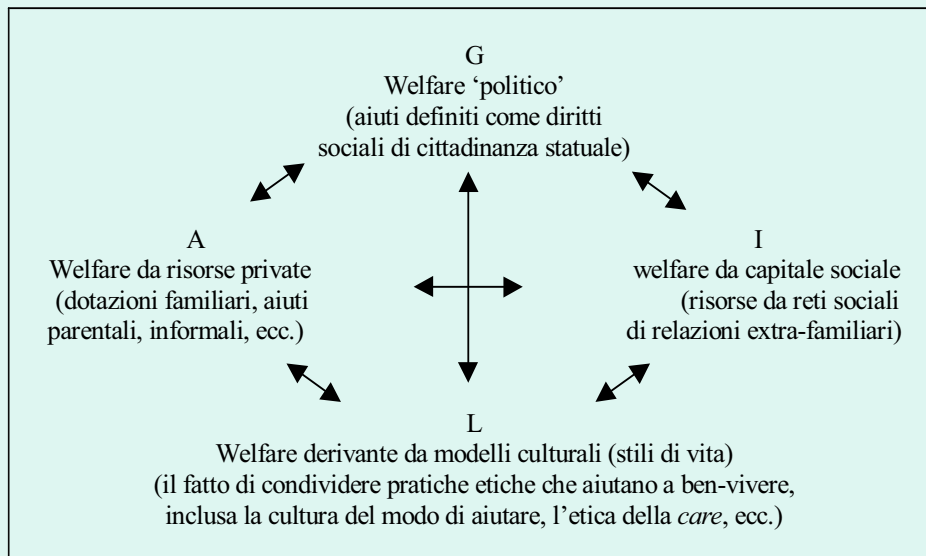
La “bontà” di un intervento di welfare non sta solo nella sua capacità performativa (efficacia, efficienza), ma anche, e prima di tutto, nel carattere valoriale e normativo del suo scopo (in cui risiede il senso del benessere ricercato).

Una pratica è dunque “buona” sotto diversi punti di vista, che sono i criteri di valutazione delle dimensioni della qualità (fig. 14.1). Tali criteri sono: l’adeguatezza e sostenibilità dei mezzi; il grado di efficacia nei risultati; le regole di scambio che possono favorire (o meno) l’aumento del capitale sociale della rete che sta intorno al portatore del bisogno; la bontà valoriale dello stile di vita a cui l’intervento mira.



I criteri di valutazione delle dimensioni che definiscono la qualità del welfare.

Se si concepisce il welfare come aiuto per il benessere, le sue risorse sono di quattro tipi: quelle politiche, quelle private (familiari), quelle da capitale sociale e quelle che derivano dall’aver un modello culturale di vita buona (fig. 14.2).



Le risorse del welfare, inteso come aiuto per il benessere.

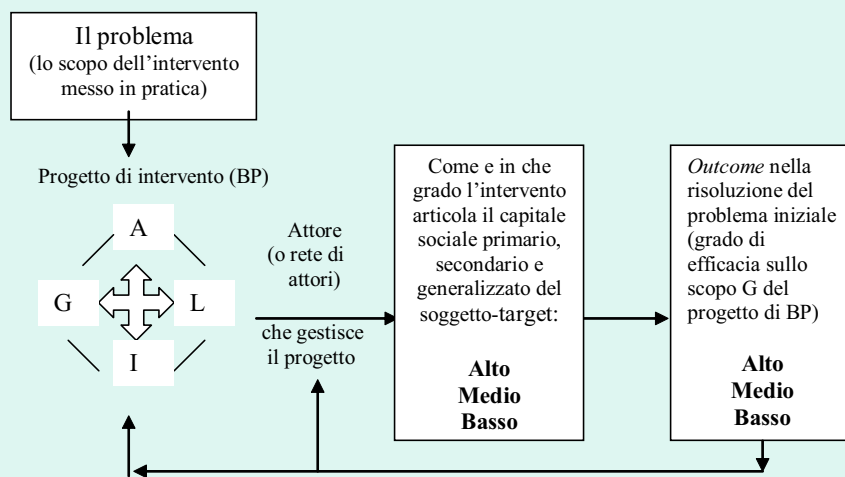
Generalizzando, possiamo dire che le attuali definizioni di BP vanno da un livello minimo ad un livello max nei termini di soddisfacimento di alcuni requisiti o criteri di valutazione. Tali criteri sono centrati soprattutto sul binomio efficacia-efficienza. Il livello minimo è quello che definisce una pratica come “buona” perché è capace di realizzare un certo ammontare dell’obiettivo prefissato (per es. aumentare la partecipazione femminile al mercato del lavoro o diminuire i tassi di abbandono scolastico). Manca tuttavia una definizione più complessa della qualità del welfare (che aggiunga ai parametri di efficacia ed efficienza anche quelli relativi agli aspetti relazionali – il capitale sociale – e agli aspetti etici di *care*) e manca una comparazione fra pratiche alternative.

Quando è presente una definizione più complessa della qualità del welfare e quando viene svolta una comparazione fra diverse pratiche, allora possiamo parlare di livelli intermedi nelle BP. A questo stadio, la BP è uno strumento (misura, intervento) che risolve un problema meglio di un altro da un certo punto di vista (il fine che lo rende “buono”). Se la comparazione è fatta con tutti gli altri modelli più significativi e rilevanti, e si mostra che la pratica in questione è migliore, allora si attinge il livello massimo (ideale) di BP (fig. 14.3).

Criteri min	Criteri intermedi	Criteri max
Entro un'area-tipo di interventi o servizi, dato un fine/obiettivo <i>a priori</i> ritenuto positivo, si tratta di verificare che la pratica in questione è “buona” perché promuove quell’obiettivo in una certa misura (maggiore di zero), senza comparazione con altre pratiche	<p>Qui comincia la comparazione con altre pratiche di intervento sul medesimo problema</p> <p style="text-align: center;">←————→</p> <p>(esempi possono essere: nel caso delle tossicodipendenze, comparare la BP di un Sert con quella di una comunità terapeutica o di un gruppo di auto-mutuo aiuto; nel caso dell'affido, comparare affidi gestiti da associazioni familiari oppure da servizi comunali o provinciali) (serve uno schema comparativo, ad es. AGIL)</p>	Il caso “ideale” di BP si ha quando l’intervento in questione dimostra di essere migliore delle altre BP che sono conosciute come significative e rilevanti sul problema, dal punto di vista del fine/scopo che rende “buona” la pratica, <i>coeteris paribus</i> (serve uno schema comparativo, ad es. AGIL)

Definizioni di BP secondo criteri di min-max.

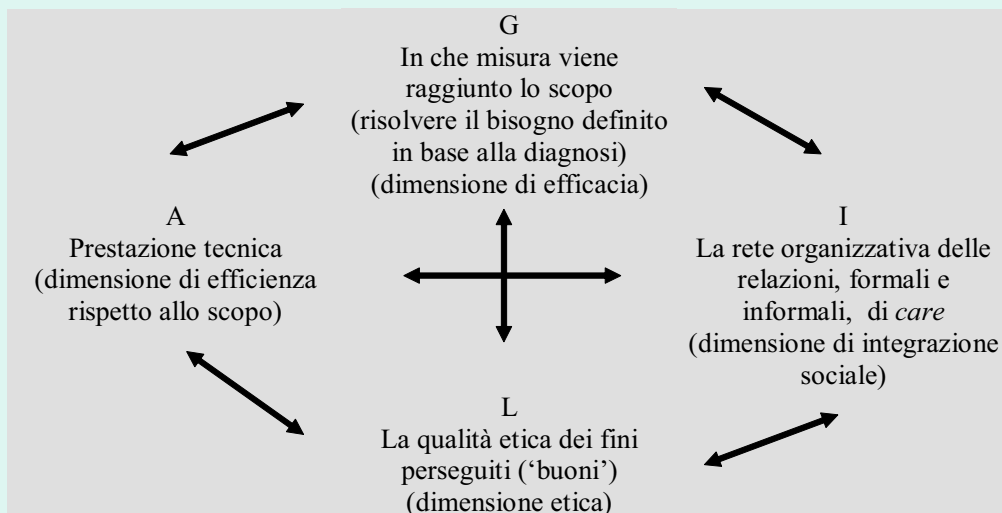
Le BP oggi più diffuse non vanno molto al di là del livello minimo (che usa criteri minimi come nella fig. 14.3). Perseguire il benessere della popolazione con BP di qualità richiede qualcosa di più di un approccio marcatamente strumentale e di integrazione sistemica. Per elevare la qualità delle BP si richiede una nuova “cultura del progetto” [Boltanski 2005], che io interpreto come integrazione fra i mondi vitali delle persone e le istituzioni sociali. In questa sede, propongo un nuovo modello di analisi delle BP che contiene una teoria espressiva della qualità del benessere sociale e si avvale di una metodica che chiama in causa l’integrazione sociale (di mondo vitale). Il modello prospetta una nuova strategia di analisi finalizzata all’intervento. La strategia è quella di osservare le BP a partire da una precisa distinzione-guida: *la pratica è tanto migliore quanto più crea o rigenera il capitale sociale dei soggetti-target* (individuali o collettivi). Da questo criterio vengono derivati gli schemi e le tecniche di analisi, in particolare le indicazioni su quali informazioni raccogliere, come elaborarle e come interpretare i risultati. Ancor oggi, infatti, è raro che si possa pervenire a conclusioni soddisfacenti, perché i ricercatori si trovano di fronte alla mancanza delle informazioni necessarie, dovuta appunto al fatto che sinora le BP sono state pensate senza un modello sufficientemente riflessivo, e quindi senza che le informazioni siano state prodotte, raccolte e organizzate dagli stessi attori nell’ottica di realizzare una certa qualità del welfare (non più assistenzialistico, ma di *empowerment*). Il disegno si articola nei seguenti passaggi: 1) si parte da un problema che corrisponde allo scopo della pratica da analizzare e ci si chiede come è articolato il progetto secondo il modello relazionale scopo-mezzi-norme-valori (AGIL); 2) si suppone che il progetto sia affidato ad un attore o una rete di attori che gestisce la buona pratica e si va a vedere come il progetto viene gestito in termini di risultati di flusso (*outcome*) nella risoluzione del problema iniziale; 3) cruciale è la intermediazione di quella “scatola nera” che è il capitale sociale: ci interessa capire come la pratica incide sulla articolazione del capitale sociale – distinto in primario (familiare), secondario (associativo, comunitario) e generalizzato (cultura civica) – quale variabile interveniente che spiega l’efficacia della BP nel sostenere validamente la persona nel suo contesto di vita.



Il modello relazionale di analisi e implementazione delle BP orientato alla qualità del welfare.

Legenda di AGIL: L corrisponde al modello culturale di valore esplicito o latente nel progetto di BP; G ai suoi obiettivi; A alle sue risorse e mezzi strumentali; I alle regole che governano l'intervento

Il modello relazionale presuppone uno specifico framework. È espressione di un osservatore imparziale che sa relazionarsi agli operatori e ai fruitori dei servizi, tenendo conto della loro definizione di qualità del welfare e cercando di evitare punti di vista settoriali, *biased*, parziali. Il modo in cui definisce la *qualità* dei servizi di welfare riflette il punto di vista di un *intero*, cioè la produzione di un benessere complessivo del soggetto nel suo contesto di vita, quindi nella rete sociale in cui l'intervento deve inserirsi (fig. 14.6): la qualità etica dei fini perseguiti, la rete organizzativa delle relazioni di *care*, la prestazione tecnica, il grado di risoluzione del problema-bisogno. La qualità del servizio è definita come quella caratteristica che lo contraddistingue da un altro servizio analogo, apparentemente uguale, ma che è meno valido sotto uno o più delle esigenze (funzioni) cui deve rispondere (A-G-I-L). La qualità è l'effetto emergente di una combinazione relazionale specifica fra le componenti del sistema di azione per il welfare (fig. 14.6).



La qualità del servizio di welfare come effetto emergente della combinazione relazionale di quattro dimensioni e relative funzioni.

Il modello può essere applicato a tutti i tipi di interventi sociali, inclusi quelli monetari. A titolo di esempio: sostegni ai genitori con figli piccoli (es. integrazioni di reddito per chi prende congedi parentali non retribuiti – programmi del tipo “un anno in famiglia” o “in famiglia a tempo pieno o a tempo parziale” – oppure servizi di nido); sostegni a chi prende il part-time per ragioni familiari; sostegni a chi ha contratti di lavoro atipici per creare condizioni di maggiore sicurezza sociale; voucher di assistenza domiciliare ad anziani; servizi di affido e adozione; auto e mutuo aiuto nelle dipendenze; comunità terapeutiche; programmi di lotta alla povertà, ecc. Gli studi di caso sulle BP mostrano che i modi di analizzare le BP non sono neutrali rispetto ai valori. Lo schema AGIL rende conto del perché ciò accada e non possa non accadere [Donati 1991, cap. 4]: infatti, ogni progetto è una relazione ad un obiettivo (G) che implica un modello di valore (L), rispetto al quale entrano in gioco i fattori adattativi (A=mezzi tecnici, I=norme che regolano le reti relazionali). Il modello relazionale di analisi delle BP si rifà all'approccio relazionale in sociologia. Esso riflette quel modo di leggere gli interventi di politica sociale che ho chiamato “sistema di Osservazione-Diagnosi-Guida relazionale” [sistema ODG: cfr. Donati 1991, cap. 5]. In questo modello, l'analisi è una forma di osservazione, laddove l'osservazione è sempre problematica, per una serie di motivi che non posso qui ripetere. La valutazione (*assessment*) è una forma di diagnosi. L'implementazione è una forma di guida relazionale. Vediamo questi passaggi in maggior dettaglio.

Se si segue questa pista, che è quella della costruzione di un modello di BP secondo distinzioni direttrici che mirano non solo al sostegno degli individui come tali, ma soprattutto al sostegno della rete primaria dell'individuo in termini di aumento del capitale sociale sia dell'individuo sia della rete), allora si è di necessità ricondotti all'esigenza di collocare questo modello (relazionale) di BP all'interno delle grandi configurazioni del welfare.

Qui propongo una tipologia di quattro configurazioni cui corrispondono diversi tipi di BP (fig. 14.7):

I) il modello normativo tradizionale prevede una BP intesa come implementazione di normative condizionali di tipo assistenziale (assegni, buoni, agevolazioni fiscali e normative, ecc.);

II) il modello sistemico costruttivista propende per una BP intesa come esperimento pragmatico orientato ad aiutare gli individui per alleggerire il peso delle loro relazioni familiari, standardizzare le pratiche di sostegno, rendere le istituzioni e le imprese rendicontabili sul piano sociale (bilancio sociale, responsabilità sociale di impresa) nei confronti delle famiglie;

III) il modello liberista propugna BP intese come forme di 'liberalizzazione', *de-regulation*, ovvero programmazione basata su un "interazionismo locale", secondo meccanismi a-temporali, che fanno riferimento ad una qualche idea di 'mano invisibile' della società;

IV) il modello relazionale intende le BP come modelli riflessivi di intervento sussidiario verso la persona, la famiglia, le formazioni primarie e secondarie, nel pluralismo sociale. Il quadro delle politiche sociali è quello del welfare societario plurale, il quale apre un nuovo discorso sulla qualità del welfare [per i modelli: cfr. Donati 1998].

Le grandi configurazioni di welfare	Modelli di BP
I) Modello normativo tradizionale Programmi condizionali del tipo "se...allora..."	BP come implementazione di normative condizionali di tipo assistenziale (assegni, buoni, agevolazioni fiscali e normative, ecc.)
II) Modello costruttivista sistemico Programmi di intervento sociale caratterizzati da: 1. evolucionismo incrementale 2. certificazione, accreditamento 3. utilità sociale	BP come esperimento pragmatico orientato a: 1. aiutare gli individui per alleggerire il peso delle loro relazioni familiari 2. standardizzare le pratiche di sostegno 3. rendere le istituzioni e le imprese rendicontabili sul piano sociale (bilancio sociale, responsabilità sociale di impresa) nei confronti delle famiglie
III) Modello Liberista convenzionalista (il welfare è una convenzione privata) Programmi pragmatici basati sull'individualismo metodologico	BP intese come forme di 'liberalizzazione', <i>de-regulation</i> , ovvero programmazione basata su un "interazionismo locale", secondo meccanismi a-temporali, che fanno riferimento ad una qualche idea di 'mano invisibile' della società
IV) Modello relazionale Programmi societari	BP come modello riflessivo di intervento sussidiario verso la persona, la famiglia, le formazioni primarie e secondarie, nel pluralismo sociale

Le BP nelle diverse configurazioni di welfare.

Una BP può stare in uno qualunque di queste configurazioni, ma, a seconda del *frame* a cui corrisponde, sarà completamente diversa. La tesi che sostengo è che il quarto approccio, quello relazionale, è il più adatto e innovativo rispetto alle esigenze della società globalizzata che si profila all'orizzonte, per una serie di motivi. La forza del modello relazionale sta nel fatto che anticipa la formazione di una nuova sfera pubblica nella quale la qualità del welfare è perseguita con BP che sono caratterizzate dal tipo di beni sociali che producono. Il modello relazionale introduce una novità di rilievo.

Esso sostiene che le politiche sociali sono articolate su una pluralità di attori (stato, mercato, privato sociale e terzo settore, famiglie e reti informali) e che esse producono una pluralità di beni socialmente rilevanti che possono essere distinti in (fig. 14.8): beni pubblici statuali (nel senso di beni politico-collettivi), beni relazionali associativi (o secondari), beni relazionali primari (reti di relazioni primarie) e beni privati.

	Consumo non competitivo	Consumo competitivo
<i>Consumatore non sovrano</i>	BENI PUBBLICI STATUALI (Stato)	BENI RELAZIONALI COLLETTIVI (ASSOCIAZIONALI) (Privato sociale)
<i>Consumatore sovrano</i>	BENI RELAZIONALI PRIMARI (Famiglie)	BENI PRIVATI (Mercato)

Tipi di beni sociali.

Questa teoria trova fondamento in una visione antropologica del benessere, secondo la quale la qualità del benessere delle persone o di un raggruppamento sociale è definita da quattro dimensioni fra loro co-ordinate:

- la dimensione economica (A)
- la dimensione psicologica (G)
- la dimensione normativa relazionale (I)
- la dimensione valoriale o di stile di vita (L)

In breve: la qualità dei servizi per il benessere non sta nella loro natura “amministrativa”, ma sta nell’effetto emergente della combinazione di elementi materiali e non materiali (i cd. *intangibles*), laddove questi ultimi (detti relazionali) sono i più caratterizzanti della qualità umana [Donati 1999; Diwan 2000].

Le *nuove* politiche pubbliche sono quelle che:

- ridefiniscono il benessere in termini relazionali;
- distinguono fra i beni da produrre nella sfera di socialità pubblica rispettivamente come beni politico-collettivi, associativi-relazionali (societari), relazionali primari e beni privati;
- assumono che i beni politico-collettivi e i beni privati dipendano, anche per le loro mutue relazioni, da quei beni relazionali primari e associativi (o secondari) che li intermediano;
- si orientano a produrre servizi relazionali e a realizzarli tramite contratti relazionali.

Per comprendere le esigenze di una nuova qualità dei servizi di welfare nello scenario che emerge nelle società avanzate, è necessario disporre di uno schema di analisi-valutazione-implementazione delle BP che ne metta in luce le caratteristiche relazionali, basicamente riflessive, dove riflessività significa *capacità di tenere conto dei propri esiti in funzione di distinzioni-guida di tipo relazionale*. Il modello relazionale di BP possiede grandi potenzialità perché coglie l’emergenza di un nuovo modo di fare politiche sociali: la via societaria. La BP di welfare in senso relazionale è, dunque, definita in termini di produzione (creazione e/o valorizzazione) del capitale sociale, inteso come relazioni di fiducia, cooperazione e reciprocità fra gli attori in gioco.