



A.D. MDLXII

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI
DIPARTIMENTO DI ECONOMIA, ISTITUZIONI E SOCIETÀ

*DOTTORATO DI RICERCA IN FONDAMENTI E METODI
DELLE SCIENZE SOCIALI E DEL SERVIZIO SOCIALE*

XX ciclo

**MUTAMENTI DI PARADIGMI NELLE POLITICHE SOCIALI
NUOVE ATTUAZIONI TERRITORIALI IN EUROPA**

Tesi di Dottorato di Giampiero Branca

Sassari, 2008

Tutor:
Prof. Antonio Fadda

Coordinatore del Dottorato:
Prof. Alberto Merler

Indice

Introduzione	p. 5
1. La Gran Bretagna: la culla del “moderno” <i>Welfare State</i>	p. 9
1.1 <i>La Fabian Society</i> e il “ <i>Beveridge Report</i> ”	p. 9
1.2 Il contesto teorico internazionale	p. 19
1.2.1 Alcuni paradigmi interpretativi dei <i>welfare State</i>	p. 19
1.2.2 Il concetto di cittadinanza in Marshall e le teorie del conflitto sociale tra Dahrendorf e Simmel	p. 20
1.2.3 I regimi del <i>welfare State</i> moderno: la sistematizzazione di Richard Titmuss	p. 32
1.2.4 La proposta di analisi di Gøsta Esping-Andersen	p. 34
1.2.5 I modelli dell’Europa sociale	p. 41
2. Nascita e definizione del <i>welfare State</i> in Italia	p. 51
2.1 Il percorso storico di definizione del <i>welfare State</i> : dalle Opere Pie all’avvento del fascismo	p. 51
2.2 Dopo il ventennio fascista: dal <i>Piano d’Aragona</i> al Sistema Sanitario Nazionale	p. 58
2.3 Il percorso di territorializzazione del <i>welfare State</i> italiano nello scenario contemporaneo	p. 68
2.3.1 I principi di decentralizzazione nella programmazione dei servizi alla persona	p. 68

2.3.2 L'inizio del percorso di decentralizzazione delle politiche sociali	p. 84
2.3.3 Per una reale integrazione territoriale dei servizi alla persona: la Legge Quadro n. 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione	p. 92
3. Verso nuovi modelli di <i>welfare</i>	p. 109
3.1 La morfogenesi delle politiche sociali	p. 109
3.2 Il <i>welfare mix</i> tra privato sociale e principi di sussidiarietà	p. 121
3.3 La cittadinanza societaria e il <i>welfare</i> relazionale	p. 131
3.3.1 Dalla crisi di governabilità alla partecipazione sociale	p. 131
3.3.2 Il <i>welfare</i> relazionale: la teorizzazione di Pierpaolo Donati	p. 135
4. La Regione Sardegna e l'implementazione territoriale dei servizi socio-sanitari	p. 148
4.1 La definizione del sistema integrato dei servizi alla persona (l.r. 23/2005)	p. 148
4.2 Il Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (<i>Plus</i>)	p. 165
4.3 Stato dell'opera dei <i>Plus</i>	p. 180
4.3.1 Percorsi attuativi dei Piani Locali Unitari dei Servizi alla Persona	p. 180
4.3.2 Costituzione, funzione ed organizzazione degli Uffici di Piano per la gestione associata dei servizi alla persona	p. 189
5. Le politiche sociali nei percorsi di decentralizzazione in Europa	p. 194
5.1 La Scozia e l'esperienza storica di <i>devolution</i>	p. 194
5.2 L'organizzazione del <i>National Health Services of Scotland</i>	p. 208
5.2.1 L'organizzazione del <i>National Health Services of Scotland</i> e i suoi principi operativi a partire da <i>The Kerr Report</i>	p. 212

5.2.2 Dopo <i>The Kerr Report</i> : il documento <i>Delivering for Health</i> e i principi di integrazione e collaborazione nel <i>National Health Services of Scotland</i>	p. 224
5.2.3 Verso la definizione del sistema dei servizi socio-sanitari integrati in Scozia	p. 231
5.3 Un esempio parallelo: il caso dei servizi di <i>intermediate care</i> in Inghilterra	p. 237
Per concludere: prospettive comparative per l'integrazione del <i>welfare territoriale</i>	p. 241
Bibliografia delle opere citate e consultate	p. 253

Introduzione

I mutamenti che hanno coinvolto le politiche sociali negli ultimi decenni della storia contemporanea sembrerebbero aver portato l'attenzione degli studiosi del settore sui limiti interpretativi legati all'utilizzo dei tradizionali paradigmi concettuali del *welfare State*, ipotizzando altre forme di *welfare*. L'economia e la politica, sia nella dimensione nazionale sia in quella internazionale, avrebbero influenzato in modo determinante le modalità di riadattamento delle politiche sociali ai nuovi scenari venutisi a presentare.

La crisi manifestata dallo Stato di benessere alla fine del secolo scorso ha necessitato un intervento sia di rielaborazione concettuale sia di ristrutturazione pratica e politica dell'apparato economico, del sistema dei servizi e della burocrazia attraverso cui il *welfare State* viene a definirsi ed attraverso cui esso opera.

Il presente lavoro di ricerca vuole affrontare un percorso di riflessione attraverso il quale delineare le modalità attraverso cui il *welfare State* si è presentato ed affermato nello scenario mondiale, e i principali aspetti del suo mutamento, sia da un punto di vista concettuale, attraverso cioè alcuni paradigmi interpretativi, sia da un punto di vista pratico, attraverso la presentazione degli esempi di nuove forme di *welfare* in due realtà europee.

Seguendo questo percorso Il primo capitolo della tesi di ricerca si sofferma sulle origini e sui precedenti storici del *welfare State* moderno, attraverso la presentazione dell'opera della *Fabian Society*, la società di intellettuali e politici londinesi che pose le basi ideologiche necessarie per la realizzazione del famoso e fondamentale "Rapporto Beveridge", la cui pubblicazione viene comunemente riconosciuta come il momento di nascita dello Stato di benessere, sia negli ideali

sia negli interventi. In seguito vengono affrontati criticamente alcuni dei più famosi paradigmi interpretativi relativi al contesto teorico internazionale, dal concetto di cittadinanza di Marshall alle declinazioni secondo i regimi di *welfare State* elaborate da Titmuss ed Esping-Andersen.

Nel secondo capitolo viene analizzato il percorso storico italiano verso la costruzione del proprio e particolare modello di *welfare State*. Dal panorama offerto emerge chiaramente come il riconoscimento allo Stato di un ruolo non più solo politico-amministrativo ma anche quale garante di una perequazione del benessere tra i membri della propria cittadinanza fosse un sentimento comunemente diffuso in diversi Stati europei e non solo in Gran Bretagna. Difatti, l'osservazione dell'esperienza storica italiana consente di apprezzare l'originalità sia di alcune teorizzazioni politiche sia di alcuni provvedimenti assistenziali, precursori in ambito internazionale. Il mutamento delle politiche sociali in Italia ha teso alla realizzazione di un decentramento amministrativo e gestionale del sistema dei servizi alla persona attraverso il conferimento di sempre maggiori responsabilità e compiti alle singole Regioni. Ciò ha determinato il definirsi di uno scenario in cui si viene a realizzare un sistema integrato dei servizi alla persona di tipo territoriale, non solo regionale ma anche provinciale e comunale, ed inoltre convergente verso un modello ideale nazionale fondato su alcuni principi di diffusione equa del benessere, principi garantiti anche in questo caso dallo Stato, attraverso l'esercizio della propria funzione regolatrice centrale.

Nel capitolo successivo vengono affrontati alcuni approcci teorici elaborati nel contesto italiano, a partire dall'approccio morfogenetico elaborato dalla studiosa britannica Margaret Archer, a fronte del mutare delle forme e al venir meno della connotazione statale del *welfare*. La definizione dei principi del *welfare mix* e le elaborazioni di Achille Ardigò, Ugo Ascoli, Pierpaolo Donati e altri, offrono alcuni paradigmi interpretativi che consentono di riflettere sul percorso di definizione del *welfare State* italiano e sull'importanza che in esso hanno progressivamente assunto, in alcune circostanze e secondo determinate modalità, sia gli attori della sfera del mercato, sia gli attori appartenenti al privato sociale.

In seguito l'attenzione viene portata su due esperienze empiriche divenute oggetto di particolare interesse per l'elaborazione delle riflessioni che hanno accompagnato il presente lavoro di ricerca: l'implementazione territoriale dei servizi integrati alla persona in Sardegna e l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale scozzese in seguito alla *devolution* del 1999.

La Sardegna si propone con notevole ritardo nel panorama nazionale dei provvedimenti normativi regionali in recepimento ai principi contenuti nella legge quadro 328/2000. Tuttavia, la legge regionale 23/2005 propone un progetto estremamente interessante ed innovativo per la costituzione di un sistema integrato dei servizi alla persona in cui, attraverso un percorso di territorializzazione dei servizi e delle responsabilità ad essi collegate, le comunità locali e gli attori della società civile assumono un ruolo partecipativo per la definizione degli interventi e delle prestazioni realmente necessari. Vengono quindi esposti i principi ed i provvedimenti principali contenuti in essa e viene presentata una breve riflessione sullo stato dell'opera del cosiddetto Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (*Plus*).

Infine, viene presentata l'esperienza scozzese di *devolution* in ambito sanitario. Attraverso un breve *excursus* storico che ha portato all'istituzione del Parlamento di Scozia nel 1999 viene introdotto il discorso riguardante la devoluzione di alcune competenze in campo sanitario. La novità del ruolo centrale rivestito del Parlamento scozzese nell'ambito della regolamentazione, della gestione, del finanziamento ed dell'amministrazione del sistema sanitario nazionale ha determinato il manifestarsi di una particolare forza innovatrice. La spinta al rinnovamento ha condotto verso l'implementazione di un servizio sanitario nazionale integrato in cui vengono tenute in grande considerazione le caratteristiche peculiari della realtà sociale, economica e demografica in cui vengono offerte le prestazioni.

Certamente l'esperienza scozzese viene ad esprimersi in un contesto di devoluzione di poteri amministrativi mentre quella sarda no. Perciò abbiamo voluto definire il modello italiano come *welfare State territoriale integrato*, perché la territorializzazione attuata è effetto e conseguenza di un percorso di decentramento in cui lo Stato mantiene comunque il proprio ruolo centrale. La

Scozia, invece, sta effettuando la propria riforma dei servizi all'interno di un contesto in cui vengono attuati quei principi di *devolution* che tendono a spogliare l'amministrazione centrale di parte della propria centralità.

Le due realtà oggetto di osservazione si presentano perciò come estremamente differenti tra loro ma, se non la comparazione, l'accostamento, il confronto e lo scambio delle rispettive esperienze nell'ambito della ridefinizione dei sistemi di servizi alla persona potrebbero portare a nuove declinazioni dei principi già affermati, oppure a nuove intuizioni grazie alle quali percorrere nuove strade di integrazione territoriale dei servizi alla persona.

1 La Gran Bretagna: la culla del “moderno” *welfare State*

1.1 La Fabian Society e il “Beveridge Report”

La nascita di una forma embrionale dei principi teorici che definirono in seguito il moderno *welfare State* viene fatta risalire alla fine del XIX secolo quando in Gran Bretagna, considerata comunemente la culla delle politiche sociali contemporanee¹, nacque la *Fabian Society*².

La *Fabian Society* venne fondata nel 1884 da un gruppo di studiosi e aristocratici del tempo, tra le cui fila era presente anche George Bernard Shaw. Le sue prime attività furono fortemente influenzate dall’opera e dal pensiero (socialista) di Sidney Webb, un funzionario pubblico che in seguito divenne deputato alla camera dei comuni nelle fila dei laburisti. Grazie alla sua instancabile opera di sensibilizzazione e di osservazione della realtà sociale vennero sviluppate dalla *Fabian Society* importanti analisi critiche riguardanti i problemi di natura economica e sociale causati dal capitalismo in Gran Bretagna

¹ Per la storia delle politiche sociali in Gran Bretagna si vedano, tra i tanti: D. Fraser, *The Evolution of the British Welfare*, MacMillan, London, 2002; P. Alcock, A. Erskine, M. May (eds.), *The Student’s Companion to Social Policy*, Blackwell, Oxford, 2003; J. Baldock, N. Manning, S. Vickerstaff (eds.), *Social Policy*, Oxford University Press, Oxford, 2003; N. Eleison, C. Pearson, *Development in British Social Policy*, MacMillan Press, Basingstoke, 1998; R. Lowe, *The Welfare State in Britain since 1945*, Macmillan, Basingstoke, 1999; K. Johnes, *The Making of Social Policy in Britain: From the Poor Law to the New Labour*, Athlon Press, London, 2000.

² Per un approfondimento sulla storia della *Fabian Society* si vedano, tra i tanti, i seguenti testi che, seppur risalenti all’inizio del XX secolo, contribuiscono a delineare in modo esauriente l’importanza di questa nella creazione delle pre-condizioni socioculturali e politiche necessarie per la diffusione di quelle sensibilità solidali fondamentali per la definizione delle prime forme di politiche sociali: G.B. Shaw, *The Fabian Society*, Fabian Society, London, 1892; E.R. Pease, *The History of the Fabian Society*, Allen & Unwin, London, 1925; R.D. Howland, *Fabian Thought and Social Change, 1884 to 1914*, M.A. thesis, London School of Economics, 1942; E.J. Hobsbawm, *Fabianism and the Fabians, 1884-1914*, Ph.D. thesis, Cambridge University, 1950; M. Cole, *The Story of Fabian Socialism*, Heinemann, London, 1963; N. MacKenzie, J. MacKenzie, *The First Fabians*, Weidenfeld, London, 1977.

alla fine del 1800 le quali orientarono l'attività e il pensiero della *Fabian Society* verso un ideale di radicate influenze socialiste, come emerge dal passaggio seguente:

*“the reorganization of civilization by the emancipation of land and industrial capital from individual ownership, and the vesting of these factors in the community for general benefit. In this manner only, Fabians contend, can the natural and acquired advantages of the nation be equitably shared by all the people.”*³

Fin dal 1887 i membri della società decisero di rivolgersi agli apparati decisionali delle istituzioni politiche già esistenti per la realizzazione di alcune riforme a carattere sociale ispirate ai principi di uguaglianza e di tutela delle classi più deboli. La forte connotazione ideologica di stampo socialista contribuì ad accrescere il numero dei soci della *Fabian Society* fino a coinvolgere anche grandi pensatori e importanti uomini politici del tempo.

L'influenza del pensiero della *Fabian Society* condusse a una forte mobilitazione sociale e politica per l'introduzione di un sistema di protezione sociale che facesse fronte alle problematiche sociali causate dalla disuguaglianza di possibilità offerta alla popolazione britannica e, in particolar modo, alle classi operaie.

Tuttavia bisognò attendere alcuni decenni per avere il primo reale cambiamento nelle politiche sociali, cambiamento che determinò la nascita ufficiale del *welfare State* moderno.

La maggior parte degli studiosi indicano l'inizio del moderno *welfare State* nel provvedimento attuato dal governo autoritario di Bismarck che istituì un sistema previdenziale pensionistico pubblico rivolto ai lavoratori. A nostro avviso questo singolo, seppur importante, intervento non dovrebbe essere ritenuto *in toto* l'atto fondativo del *welfare State* perchè esso fu orientato alla tutela di una sola

³ “La riorganizzazione dei modelli di civiltà attraverso l'emancipazione della terra e del capitale industriale dalla proprietà privata, e la loro attribuzione alla comunità per un benessere diffuso. Solo in questo modo, sostengono i *Fabiani*, il benessere naturale ed acquisito dalla nazione può essere equamente condiviso da tutta la popolazione” (nostra traduzione). M.E. Murphy, *The Role of the Fabian Society in British Affairs*, in “Southern Economic Journal”, 1, 1947, p. 15.

categoria di lavoratori, quelli del settore industriale, escludendo dai benefici gli altri gruppi sociali, col fine ultimo di contenere la mobilitazione politico-sociale della classe operaia che metteva in serio pericolo lo *status quo* monarchico-conservatore. Inoltre, la politica bismarckiana, intervenne unicamente su alcune categorie di bisogni attraverso l'attuazione di interventi riguardanti l'invalidità e la vecchiaia (1889), le malattie (1893), gli infortuni (1895). Queste riforme sembrerebbero quindi definirsi come strumenti di contrattazione e di regolazione sociale tra il popolo e la classe dirigente, esempio ben lungi dall'ideale di assunzione di responsabilità collettiva e di condivisione dei rischi che il *welfare State* fece proprio già con la *Fabian Society* e il Rapporto Beveridge.

Alla luce di una tale definizione, il primato storico dell'intervento di Bismarck (in termini di creazione di *welfare State*) verrebbe soppiantato dall'esempio della civiltà Inca che, già nel Sudamerica del XV secolo, creò una forma di *welfare State* molto più simile alla concezione moderna dello Stato di benessere di quanto non lo sia, in realtà, il modello bismarckiano. La popolazione Inca istituì un fondo comunitario di beni e ricchezze che veniva utilizzato per garantire la sussistenza e la protezione dall'indigenza a poveri, vecchi, malati ed orfani. Questo fondo veniva periodicamente sovvenzionato da tutta la popolazione con quote contributive proporzionali alle ricchezze accumulate nel tempo. Se a ciò si aggiunge l'esistenza di un qualcosa di simile a un moderno sistema scolastico a carattere gratuito e diffuso in modo capillare a livello territoriale, finalizzato all'insegnamento delle arti e dei mestieri, la società Inca appare fondata su un raffinato modello di *welfare State* che non trova alcun tipo di riscontro nella società europea del tempo per organizzazione, comprensione dei bisogni della popolazione e per la sua capacità di diffondere azioni di protezione su tutto il territorio e secondo un principio universalistico⁴.

In Europa fu elaborata la prima concreta forma di *welfare State* solo nel 1942, quando il Partito Laburista inserì all'interno del proprio programma

⁴ Per un approfondimento riguardante alcuni aspetti della cultura e della civiltà Inca e degli altri popoli dell'America Latina si rimanda, tra i tanti, alla lettura di: D. Ribeiro, *Le Americhe e la civiltà. Formazione e sviluppo ineguale dei popoli americani*, Einaudi, Torino, 1975 (ed. or. *As americas e a civilização*, Editora Civilização Brasileira S.A., Rio de Janeiro, 1970); T. Todorov, *La conquista dell'America. Il problema dell'“altro”*, Einaudi Editore, Torino, 1984 (ed. or. *La conquête de l'Amérique. La question de l'autre*, Éditions du Seuil, 1982).

elettorale un rapporto sulla situazione dei sistemi di protezione sociale commissionato l'anno precedente da Ministro del Lavoro Arthur Greenwood all'allora Rettore dell'University College of Oxford Sir William Henry Beveridge. Questo rapporto, intitolato *Social Insurance and Allied Services: Memoranda from Organizations. Report by Sir William Beveridge*⁵, fu conosciuto comunemente come “Piano Beveridge” (*Beveridge Report*) dal nome del responsabile della ricerca.

Alla luce delle informazioni emerse nel rapporto, Sir William Beveridge elaborò una completa riforma del sistema di sicurezza sociale allora in vigore e, attraverso l'analisi dei risultati della ricerca, individuò cinque ambiti critici della società britannica, quelli che lui definì i *Cinque Grandi Mali Sociali* (*the Five Giant Social Evils*) responsabili di aver minato le basi della società britannica prima della Seconda Guerra Mondiale: analfabetismo, malattia, disoccupazione, squallore abitativo, indigenza:

*“The Plan for Social Security is put forward as part of a general programme of social policy. It is one part only of an attack upon five giant evils: upon the physical Want with which it is directly concerned, upon Disease which often causes that Want and brings many other troubles in its train, upon Ignorance which no democracy can afford among its citizens, upon the Squalor which arise mainly through haphazard distribution of industry and population, and upon the Idleness which destroys wealth and corrupts men [...] when they are idle.”*⁶

Beveridge sosteneva quindi che fosse necessario, nell'interesse della stessa società, attuare un intervento volto a rimuovere questi mali e che fosse inoltre

⁵ W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services: Memoranda from Organizations. Report by Sir William Beveridge*, His Majesty's Stationery Office, London, 1942.

⁶ “Il Piano per la Sicurezza Sociale viene proposto come parte di un programma più vasto di politica sociale. È solo una delle azioni che mirano ad attaccare i cinque grandi mali: l'*Indigenza fisica* in cui è direttamente coinvolto, la *Malattia* che spesso causa il precedente e con sé reca molti altri problemi, l'*Ignoranza* di cui nessuna democrazia può tollerare la diffusione tra i suoi cittadini, lo *Squallore* che emerge prevalentemente attraverso una distribuzione casuale dell'industria e della popolazione sul territorio, e l'*Inattività* che compromette la salute e corrompe gli uomini [...] quando sono inoperosi” (nostra la traduzione e nostri i corsivi). *Ivi*, p. 170.

compito dello Stato assicurarsi che ciò avvenisse nel minor tempo possibile e con la maggior diffusione possibile di tale intervento tra la popolazione. Egli creò così i presupposti teorici e le pre-condizioni pratiche per la costruzione del primo sistema di protezione sociale lungo tutto l'arco della vita dei cittadini, definito appunto “dalla culla alla tomba”:

“Beveridge stressed that state intervention was essential to maintain full employment, provide family allowances and build a comprehensive health service. On the basis of a single weekly insurance contribution, Beveridge planned to provide a ‘cradle to grave’ welfare system comprising a range of benefits for sickness, medicine, maternity, unemployment, old age, industrial injury, even funeral benefits.”⁷

L'innovazione ideologica proposta nel Rapporto Beveridge risiede in una concezione di tipo universalistico della partecipazione dei cittadini al rafforzamento e rinnovamento del sistema assicurativo nazionale attraverso la contribuzione fiscale collettiva in proporzioni adeguate al proprio reddito. L'applicazione del principio redistributivo delle risorse della comunità, secondo i caratteri del *welfare State* beveridgiano, denoterebbe una forte componente idealistica legata ad un principio di sicurezza sociale (*social security*) definito da Ferrera come:

“un nuovo sistema di protezione esteso a tutta la popolazione attiva per quanto riguarda la garanzia del reddito e a tutti i cittadini per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, e volto a fornire prestazioni uniformi, corrispondenti ad un «minimo nazionale» ritenuto

⁷ “Beveridge enfatizzò il ruolo essenziale dell'intervento dello Stato per sostenere la piena occupazione della popolazione, per provvedere agli assegni familiari e per costruire un sistema sanitario globale. Sulla base di un sistema di contribuzione assicurativa personale a cadenza settimanale, Beveridge pianificò l'offerta di un sistema di *welfare* ‘dalla culla alla tomba’ includendo una serie di benefici per malattia, medicinali, maternità, disoccupazione, anzianità, infortuni sul lavoro e fino a sovvenzioni per le esequie funebri” (nostra traduzione). A. Law, *Evolution of the Welfare State in Scotland*, in G. Mooney, T. Sweeney, A. Law (eds.), *Social Care, Health and Welfare in Contemporary Scotland*, Kynoch & Blaney, Glasgow, 2006, p. 56.

indispensabile per condurre una vita dignitosa e perciò largamente scollegate dai contributi eventualmente versati.”⁸

Inoltre, Beveridge sostenne fortemente l’idea secondo cui il sistema previdenziale statale, una volta creato e definito secondo principi e schemi generali di implementazione, non potesse avere natura statica ma piuttosto mutevole in termini adattivi, capace, cioè, di tutelare i cittadini da una varietà sempre crescente di rischi, anche questi mutevoli come le condizioni storiche, sociali, politiche ed ambientali che li determinano. Questa nuova prospettiva ha conferito al *welfare State* il carattere di modernità che noi gli attribuiamo perché ha distaccato il momento dell’elaborazione degli interventi di tutela sociale dal singolo momento storico in cui essi sarebbero stati successivamente attuati, affermando così l’idea di un *welfare State* costituito da principi generali a carattere universale e riassumibili, come sostenuto da Burns, in:

*“the concept of a single, all-embracing scheme, insuring the entire population against the major economic risks of life, providing uniform benefits adequate to live upon and financed by uniform contributions.”*⁹

Alla luce delle riflessioni riportate sopra, il *Beveridge Report* creerebbe le condizioni necessarie per la progressiva affermazione di una innovativa visione universalistica delle politiche sociali, alla quale si affianca, per la prima volta, anche una concezione universalistica dei rischi. Il Rapporto presupporrebbe che gli attori dello scenario ideativo delle politiche sociali non solo agissero nell’ottica di un coinvolgimento totale della cittadinanza, ma altresì rivolgersero costantemente la propria attenzione verso i nuovi bisogni emergenti.

⁸ M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, il Mulino, Bologna, 1993, p. 58 (virgolette del testo originale).

⁹ “L’idea di uno schema unico e onnicomprensivo, che tuteli l’intera popolazione dai principali rischi economici che la vita riserva, offrendo risorse sufficienti per vivere e finanziato da un sistema contributivo uniforme” (nostra traduzione). E.M. Burns, *The Beveridge Report*, in “The American Economic Review”, 3, 1943, p. 512.

L'idea secondo cui il *welfare State* debba avere vive capacità di adattività dinamica in riferimento al proprio contesto sociale è stata approfondita dallo studioso Leo Wolman che, commentando a breve distanza dalla pubblicazione il *Beveridge Report*, indicò e approfondì alcuni degli obiettivi generali suggeriti nello stesso Rapporto e ritenuti essenziali per una sua efficiente implementazione:

*“the social insurance system [...] should cover the whole population. All risks should be insured. Scales of benefits should be increased and benefits should be paid as long as needed. A system of children's allowances should be established. Provision should be made for health and rehabilitation services. The state should assume responsibility for preventing mass unemployment. Most of the old and new insurance services should be administered by a Ministry of Social Security.”*¹⁰

Wolman ci offre così una esauriente sintesi dei principali caratteri innovativi del *welfare State* pensato da Beveridge, sotto forma di proposte per le azioni future del governo britannico. L'aspetto che appare come più innovativo risiede nell'indicazione di un unico organismo istituzionale atto alla gestione delle politiche sociali e chiamato dall'autore *Ministry of Social Security* (Ministero della Sicurezza Sociale).

A nostro avviso, questa prima modalità di *esternalizzazioni* dei suddetti compiti di protezione sociale dai classici ambiti politici di riferimento ha conferito nuova dignità e riconoscimento al campo d'intervento delle politiche di protezione sociale. Fintanto che, per esempio, le politiche sanitarie e quelle del lavoro vennero tenute separate, e furono private così del loro naturale carattere sociale, le politiche di protezione sociale non poterono trovare la loro dimensione generatrice

¹⁰ “Il sistema assicurativo sociale [...] dovrebbe abbracciare l'intera popolazione. Tutti i rischi dovrebbero essere coperti. La gamma dei benefici dovrebbe essere aumentata e le indennità dovrebbero essere elargite finché ce n'è bisogno. Dovrebbe essere creato un sistema di servizi per i bambini. Dovrebbero essere istituite delle misure per i servizi sanitari e riabilitativi. Lo Stato dovrà assumersi il compito di prevenire la disoccupazione di massa. La maggior parte dei vecchi e dei nuovi servizi dovrebbero essere gestiti da un Ministero della Sicurezza Sociale” (nostra traduzione). L. Wolman, *The Beveridge Report*, in “Political Science Quarterly”, 1, 1943, p. 5.

e gli infortuni sul lavoro vennero concepiti come un accidente del destino, a cui ognuno avrebbe dovuto provvedere con le proprie risorse.

Il *welfare State* nato dai risultati e dalle riflessioni collettive scaturite dal Rapporto Beveridge potrebbe perciò essere definito come la prima forma storica di politica sociale istituzionale a carattere democratico e universalistico. In questo contesto, lo Stato riconosce ufficialmente al cittadino la propria interezza in termini di ‘persona’¹¹, che perciò è, o può essere, anche e contemporaneamente, bambino, lavoratore, padre (o madre) di famiglia, malato, anziano, ecc. Un riconoscimento volto alla permanenza dell’interezza che salvaguarda dalla progressiva disintegrazione dell’*io composito*¹² e che favorisce, creando i presupposti di accettazione e cura dell’altro, il concretizzarsi dei processi generativi di politiche sociali.

L’esperienza britannica può essere definita quindi a tutti gli effetti come il primo caso della storia moderna in cui lo Stato afferma esplicitamente e concretamente il proprio ruolo di *tutore sociale istituzionale* che si fa carico delle problematiche sociali attraverso l’elaborazione e l’attuazione di sistemi previdenziali e di servizi, intrecciando una azione politico-ideologica con un’altra più pratica e a carattere programmatico sul piano economico-finanziario.

Tra il 1945 e il 1948 la Gran Bretagna ha edificato un sistema pubblico di protezione estremamente integrato sul piano organizzativo e largamente inclusivo, che ha trovato i suoi pilastri portanti nei seguenti schemi:

- *Family Allowances* (1945) o assegni familiari: esteso a tutta la cittadinanza;
- *National Health Service* (1946): assistenza sanitaria estesa a tutta la cittadinanza;

¹¹ Per un approfondimento sulle riflessioni teoriche riguardanti il concetto di ‘persona’ e le differenze che lo contraddistinguono da quello di ‘individuo’ si veda, tra i tanti: Gruppo SPE (a cura di), *Verso una sociologia per la persona*, Franco Angeli, Milano, 2004.

¹² Secondo Alberto Merler l’*io composito* consiste in una identità “in grado di ospitare più contributi, più visioni capaci di convivere (magari in modi anche conflittuali), in base ad una mediazione che talora può presentarsi più come il frutto di un equilibrio personale; talaltra più come il risultato di una elaborazione di gruppo o di comunità”. A. Merler, *Le isole nei percorsi di autonomia e di autogoverno*, in A. Merler, M.L. Piga, *Regolazione sociale, insularità, percorsi di sviluppo*, Editrice Democratica Sarda, Sassari, 1996, p. 25.

- *National Insurance* (1946) per l'erogazione di prestazioni pensionistiche e delle indennità economiche per malattia e disoccupazione, esteso a tutta la popolazione attiva (e non a tutta la cittadinanza)¹³;
- *National Assistance* (1948) per il sostegno economico dei cittadini bisognosi, erogato successivamente a una valutazione tramite l'uso di *means-test* (prova dei mezzi).

Secondo lo storico John Saville ciò è stato possibile perché la Gran Bretagna fu palcoscenico, nella prima metà del secolo scorso, della convergenza di quelli che l'autore ha definito “i tre principali fattori di genesi del *welfare State*” e che sono stati individuati in:

- le lotte dei movimenti della classe operaia* che esigevano maggiori tutele in campo retributivo in termini di assistenza socio-sanitaria;
- la necessità, da parte dell'economia capitalista, che il welfare State garantisce una forza lavoro preparata, sana e, perciò, sempre produttiva nel tempo;*
- la possibilità da parte delle élite del potere di poter fare affidamento su una duratura stabilità politica* attraverso la concessione di alcune moderate riforme¹⁴.

La presenza contemporanea delle suddette spinte sociali, economiche e politiche nella società britannica contribuì fortemente alla determinazione delle richieste di interventi normativi per tutela della popolazione e, quindi, per la costituzione di quello che oggi è definito *welfare State* o *Stato del benessere*.

A partire dal “Rapporto Beveridge” vennero introdotte progressivamente alcune riforme estremamente innovative, riforme divenute successivamente esempio per gli Stati democratici che hanno intrapreso la strada per la creazione del moderno *welfare State*:

- istruzione scolastica gratuita fino ai 15 anni, successivamente estesa fino ai 16;
- servizio sanitario nazionale gratuito;

¹³ Da notare come il sistema pensionistico dell'intervento riformista beveridgiano sia l'unico tra gli schemi presentati a carattere occupazionale e non universalistico sulla base della cittadinanza. Questo divenne quasi a tutti gli effetti universalistico quando, nel 1970, venne esteso a tutti i cittadini con età superiore agli 80 anni. Cfr. M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, op. cit.

¹⁴ Cfr. J. Saville, *The Welfare State: An Historical Approach*, in M. Fitzgerald, P. Halmos, J. Muncie, D. Zeldin (eds.), *Welfare in Action*, Routledge and Kegan/The Open University Press, London, 1977.

- impegno dello Stato a garantire la piena occupazione dei cittadini;
- case popolari in affitto per tutti; assicurazione nazionale per chi viveva in indigenza;
- istituzione di un Ministero apposito per la gestione delle problematiche riguardanti la sicurezza sociale.

Quelli appena elencati sono da ritenersi i primi veri interventi di politica sociale della storia contemporanea, poiché ci indicano le azioni concrete messe in atto dal governo di uno Stato a tutela della totalità della popolazione da un ampio ventaglio di rischi, secondo una definizione che indica:

*“all the social actions taken by policy-makers in the real world. So social policy refers to the activity of policy making to promote well-being.”*¹⁵

La politica sociale non è costituita unicamente da principi generali democratici di uguaglianza e condivisione delle ricchezze, ma si riferisce alla concreta e pratica azione politica volta a promuovere il benessere dei cittadini attraverso l’emanazione di norme, la definizione di interventi e la predisposizione di strutture organizzative e gestionali dei servizi su tutto il territorio nazionale e per tutta la popolazione, indistintamente.

¹⁵ “Tutte le azioni sociali messe in atto dai politici nel mondo reale. Così la politica sociale diviene l’attività di fare politica per promuovere la diffusione del benessere” (nostra traduzione). P. Alcock, *The subject of social policy*, in P. Alcock, A. Erskine, M. May (eds.), op. cit., p. 3.

1.2 Il contesto teorico internazionale

1.2.1 Alcuni paradigmi interpretativi dei welfare State

La breve descrizione sulle origini del *welfare State* appena esposta ci pare essere indispensabile per introdurre l'esposizione di alcuni approcci teorico interpretativi emersi in Europa nel corso della più recente storia del *welfare State*. La pionieristica esperienza britannica ha concretamente fornito alla società contemporanea un esempio, un modello per l'attuazione delle politiche di *welfare* che, una volta contestualizzato in realtà differenti, ha prodotto inevitabilmente diverse modalità di intendere il *welfare State* e le politiche sociali.

Le spinte che definiscono i caratteri specifici delle problematiche e dei bisogni su cui verteranno le azioni dello *Stato di benessere* sono frutto della particolare convergenza di fattori umani e istituzionali unici, che portano in sé i risultati progressivi di una costante contrattazione praticata attraverso i tortuosi percorsi della regolazione sociale.

Sembrirebbe evidente la fondante determinatezza del contesto politico, storico, sociale e culturale nel quale gli attori pubblici e privati agiscono ed interagiscono con le istituzioni, singolarmente o collettivamente. Inoltre, la sempre crescente complessità che tali rapporti stanno acquistando, in un contesto internazionale a carattere sempre più integrato e interrelato, manifesta la costante necessità di approcci comparativi che consentano di elaborare chiavi interpretative sempre più adeguate ad affrontare l'analisi dei percorsi delle nuove sfide del *welfare State*.

Il panorama che si è venuto a creare in Europa appare ora estremamente variegato, caleidoscopico, con numerosi esempi di *welfare State* differenti, alcuni ancora legati all'idea beveridgiana di "responsabilità statale" dell'attuazione dei principi di redistribuzione del benessere, altri invece orientati verso una partecipazione sempre maggiore degli attori del mercato nell'offerta di servizi alla persona. L'interpretazione dei caratteri di compositezza appena esposti richiede una costante attenzione ai percorsi di mutamento, di esplicazione e di reificazione

del *welfare State*, al fine di elaborare nuove chiavi di lettura per comprendere le differenti cause delle origini dello Stato di benessere, di modo che sia possibile disegnare possibili scenari evolutivi.

1.2.2 Il concetto di cittadinanza in Marshall e le teorie del conflitto sociale tra Dahrendorf e Simmel

Tra i tanti studiosi delle forme del *welfare State*, T.H. Marshall è stato il primo a individuare nel principio di ‘cittadinanza’, in particolare nella sua personale riformulazione, una innovativa e determinante chiave di lettura per l’interpretazione degli scenari evolutivi del *welfare State*¹⁶.

Nell’elaborazione del suo pensiero, Marshall va oltre il semplice significato giurisprudenziale del termine, che indica il rapporto che lega la persona cittadino alle istituzioni che rappresentano lo Stato in un vincolo di diritti e doveri. Egli affronta il suo oggetto di studio rielaborando e approfondendo il campo semantico e concettuale legato all’idea tradizionale di ‘cittadinanza’. Ciò gli ha consentito di creare un grimaldello teorico col quale svelare l’indefinitezza semantica che accompagna l’uso di questa parola e di questa idea:

“Citizenship is a status bestowed upon those who are full members of a community. Who those who possess the status are equal with respect to the rights and duties with which the status is endowed. There is no universal principle that determines what those rights and duties shall be, but societies in which citizenship is a developing institution and create an image of an ideal citizenship against which achievement can

¹⁶ A testimonianza dell’importante contributo che il pensiero di T. H. Marshall ha fornito alla crescita delle scienze sociali citiamo il seguente passo: *“Novel, important and true ideas are rare. Such ideas which are then developed into a coherent theory are even scarcer. T. H. Marshall is one of the very few to have had at least one such idea, and to develop it. That is why it is important to understand and to improve upon his theory of citizenship”*. “Le vere idee, innovative e importanti sono rare. Tali idee, se sviluppate all’interno di un quadro teorico di riferimento sono addirittura scarse. T. H. Marshall è uno dei pochi ad aver avuto un’idea del genere e ad averla sviluppata. Ecco perchè è importante capire e approfondire la sua teoria della cittadinanza” (nostra traduzione). M. Mann, *Ruling-class strategies and citizenship*, in “Sociology”, 21, 1987, p. 339.

be measured and towards which aspiration can be directed. The urge forward along the path thus plotted in an urge towards a fuller measure of equality, an enrichment of the stuff of which the status is made and an increase in the number of those on whom the status is bestowed.”¹⁷

Marshall sostiene nella sua analisi che il riconoscimento dei diritti di cittadinanza non sia da interpretare come il risultato automatico al quale si perviene attraverso la semplice appartenenza a uno Stato nazione in qualità di cittadino. Il concetto di ‘cittadinanza’ reca in sé la storia del percorso di riconoscimento dei diritti civili e politici, che ha visto nello Stato, nei cittadini, e nel rapporto di diritti/doveri tra loro instauratosi, l’affermazione dei diritti sociali e, con essi, la costituzione dei presupposti ideologici e pratici per la nascita del *welfare State*.

Il modello di cittadinanza elaborato da Marshall si fonda quindi su tre momenti storici ben definiti: il riconoscimento dei diritti civili nel XVIII secolo; il riconoscimento dei diritti politici nel XIX secolo; infine il riconoscimento dei diritti sociali nel XX secolo. Egli sostiene la propria teoria soffermandosi sugli aspetti concettuali dei diritti da lui individuati e definendone il significato in modo inequivocabile:

“the civil element is composed of the rights necessary for the individual freedom – liberty of the person, freedom of speech, thought and faith, the right to own property and to conclude valid contracts, and the right to justice. [...] By the political element I mean the right to participate in the exercise of political power, as a member of a body invested with political authority or as an elector of the members

¹⁷ “La cittadinanza è uno status concesso a coloro che sono membri effettivi di una comunità. Coloro che possiedono tale status sono uguali nel rispetto dei diritti e dei doveri inerenti il nostro status. Non c’è un diritto universale che determina tali diritti e doveri, ma esistono società in cui la cittadinanza è una istituzione che si sviluppa e crea l’immagine di un’ideale cittadinanza con cui misurare i risultati raggiunti e verso cui indirizzare le proprie aspirazioni. L’impulso a seguire il percorso indicato è così pianificato al fine di creare piena equità, di arricchire l’essenza fondamentale che costituisce lo status, e di aumentare il numero delle persone a cui lo status è concesso” (nostra traduzione). T.H. Marshall, *Class, Citizenship and Social Development*, Doubleday, New York, 1964, p. 18.

of such body. [...] By the social element I mean the whole range from the right to a modicum of economic welfare and security, to the right to share to the full in the social heritage and to live the civilised life according to the standards prevailing in society.”¹⁸

Il riconoscimento del principio universalistico di soddisfacimento dei diritti fondamentali è stato di fatto esteso a tutti i cittadini attraverso la cancellazione delle differenze giuridiche prima e di quelle politiche in seconda battuta. I diritti sociali si manifestano quindi come ultimo momento nell’elaborazione di quel percorso concettuale grazie al quale a ogni cittadino è stato altresì riconosciuto lo *status* di persona avente diritto, dinanzi allo Stato e la società, di poter soddisfare i propri bisogni per poter vivere dignitosamente.

L’approccio interpretativo fondato sul concetto di cittadinanza elaborato da Marshall si è rivelato essere un utile strumento analitico per gli studiosi che hanno cercato di elaborare alcuni approcci teorici per la definizione delle cause sociali, politiche ed economiche della nascita del *welfare State*.

Tra i tanti, citiamo il britannico Manning che basa i propri approcci teorici di studio dello Stato sociale proprio sull’elaborazione del principio di cittadinanza di Marshall.

Nel primo approccio l’autore presenta la formazione del *welfare State* come “la risposta razionale all’insicurezza economica creata dall’industrializzazione”¹⁹. L’*élite* tecnocratica detentrici del potere quindi non riterrebbe nel proprio interesse, né tantomeno nell’interesse delle classi sociali soggette a uno stato di indigenza, lasciare che l’insicurezza economica si diffondesse in modo sempre più incontrollato e incontrollabile tra le maglie del tessuto sociale. L’intervento regolatore e assistenziale dello Stato si è reso indispensabile affinché fosse resa

¹⁸ “L’elemento civile è composto dai diritti necessari per la libertà individuale – libertà della persona, libertà di parola, pensiero e di religione, il diritto alla proprietà privata e di concludere contratti, e il diritto alla giustizia. [...] L’elemento politico è riferito al diritto a partecipare all’esercizio del potere politico, come membro di un organismo investito di potere politico oppure come elettore dei membri di quell’organismo. [...] L’elemento sociale è riferito a tutte le sfere, dal diritto a un minimo *welfare* economico e a una minima sicurezza, al diritto di fruire a pieno titolo delle ricchezze sociali e di vivere una vita civile, secondo gli standard di benessere della società” (nostra traduzione). *Ivi*, p. 8.

¹⁹ “*The national response to economic insecurity created by industrialization*” (nostra traduzione). N. Manning, *Welfare, Ideology and Social Theory*, in J. Baldock, N. Manning, S. Vickerstaff (eds.), *Social Policy*, op. cit., p. 62.

possibile l'ideazione di una modalità di interventi volti alla diffusione di un sentimento di responsabilità sociale, con conseguente condivisione morale collettiva dei fenomeni di insicurezza sociale. Il soddisfacimento nei cittadini dei bisogni fondamentali acquista così un valore etico e solidale, ma altresì un valore che potremmo definire economico giacché è presupposto indispensabile per la riproduzione della forza lavoro.

Il secondo approccio interpretativo delle diverse origini del *welfare State* “risiede nel considerare il loro sviluppo come un evidente processo politico di risoluzione dei conflitti sociali”²⁰. In questo passaggio Manning fa esplicito riferimento alla teoria di T.H. Marshall, precedentemente citata, secondo cui il *welfare state* è parte di una più vasta lotta politica per il riconoscimento dei diritti di cittadinanza²¹. Come sostenuto anche da Peter Flora:

*“[The welfare state] was born as an answer to the problems created by capitalist industrialization; it was driven by the democratic class struggle; and it followed in the footsteps of the nation state.”*²²

Quindi il conflitto sociale diviene il presupposto teorico per la realizzazione del *welfare State*. Lo studioso del conflitto Ralph Dahrendorf concentra il proprio sforzo interpretativo proprio sulle forme che le dinamiche di mutamento sociale

²⁰ “*Is to regard their development as a highly political process of social conflict*” (nostra traduzione). N. Manning, *Welfare, Ideology, and Social Theory*, in J. Baldock, N. Manning, S. Vickerstaff (eds.), *Social Policy*, op. cit., p. 62.

²¹ Cfr. T.H. Marshall, *Sociology at the Crossroads*, Heinemann, London, 1963; Id., *Citizenship and Social Class*, Cambridge University Press, Cambridge, 1950 (ed. it. *Cittadinanza e classe sociale*, Laterza, Roma-Bari, 2002). L'importanza dell'influenza delle forze politiche nello sviluppo del *welfare State* è stata sostenuta anche dai risultati di una ricerca condotta da Castle e McKinlay secondo cui le variabili di tipo politico, cioè legate ai partiti politici e ai movimenti dei lavoratori, ricoprirebbero effettivamente una grande importanza nella definizione della natura dello Stato di benessere. Per esempio, l'attivismo dei partiti di sinistra in una nazione in cui non è presente una forte opposizione politica avrebbe un collegamento molto stretto con la nascita e un conseguente rapido sviluppo del *welfare State*, mentre ciò non ha riscontrato la medesima rapidità nelle società in cui le ideologie politiche (di partito) erano numerose e necessitavano perciò di una affermazione sociale più complicata e lenta, a ragione dei principi democratici di concorrenza e tutela della libertà di opinione e di opposizione politica. Cfr. F.G. Castle, R. McKinlay, *Public Welfare Provision, Scandinavia and the Sheer Futility of the Sociological Approach to Politics*, in “*British Journal of Political Science*”, 9, 1979, pp. 157-171.

²² “[*Il welfare State*] è nato come risposta ai problemi creati dall'industrializzazione capitalistica; è stato guidato dalle lotte di classe democratiche; ed ha seguito il percorso dello Stato nazione” (nostra traduzione). P. Flora, *Growth to Limits: The Western European Welfare State Since World War II*, de Gruyter, Berlin, 1986, p. XII.

assumono in relazione alle modalità attraverso cui le società elaborano i propri conflitti sociali²³. Egli pone al centro del suo lavoro intellettuale l'analisi di quel processo di istituzionalizzazione che avrebbe caratterizzato alcune forme del conflitto sociale nell'epoca moderna²⁴.

L'autore sostiene che nella società contemporanea il principio di *disuguaglianza sociale* tra classi sia un principio ormai comunemente e implicitamente accettato come uno *status quo* dal quale la vita sociale non può prescindere ma in virtù del quale essa prende forma. L'affermazione dei principi di cittadinanza e di tutela sociale, reificatesi nelle diverse forme assunte dal *welfare State*, sarebbero interpretabili come tentativi messi in atto dalla società per cercare di arginare gli effetti di una disuguaglianza ormai accettata e che potremmo perciò definire con l'espressione di *disuguaglianza integrata*, poiché parte costitutiva ed integrante della società e dei rapporti tra i gruppi che la costituiscono.

I risultati a cui si è giunti sono il frutto del processo di mutamento caratterizzato dall'*istituzionalizzazione dei conflitti sociali*. Con ciò si intende fare riferimento a quella modalità di gestire i conflitti sociali tipica della società a noi contemporanea. Dahrendorf la descrive come una tensione legittima tra due fronti sociali, da lui definiti come *gruppi di interesse legittimi*²⁵ che si esplica attraverso

²³ Con l'espressione "conflitto sociale" facciamo riferimento alla definizione che ha elaborato Tilly e che afferma che "vi è conflitto sociale quando una persona o un gruppo avanza pretese di segno negativo nei confronti di altre persone o gruppi, pretese che, qualora venissero soddisfatte, danneggerebbero l'interesse altrui, cioè l'altrui probabilità di raggiungere una situazione desiderabile". C. Tilly, voce "*Conflitto sociale*", in "Enciclopedia delle Scienze Sociali", Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1996, vol. II, p. 259.

²⁴ Tra i tanti testi pubblicati da questo autore indichiamo alcuni tra quelli ritenuti più significativi per comprendere il suo approccio alla teoria del conflitto sociale: R. Dahrendorf, *Uscire dall'utopia*, il Mulino, Bologna, 1971 (ed. or. *Pfade aus Utopia: Arbeiten zur Theorie und Methode der Soziologie*, Piper, Munchen, 1956); Id., *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, Laterza, Roma-Bari, 1971 (ed. or. *Class and Class Conflict in Industrial Society*, Routledge & Keagan, London, 1959); Id., *La libertà che cambia*, Laterza, Roma-Bari, 1981 (ed. or. *Lebenschancen: Anläufe zur sozialen und politischen Theorie*, Suhrkamp, Frankfurt, 1979); Id., *Per un nuovo liberalismo*, Laterza, Roma-Bari, 1993 (ed. or. *Die neue Freiheit: Überleben und Gerechtigkeit in einer veränderten Welt*, Suhrkamp, Frankfurt, 1980); Id., *Il conflitto sociale nella modernità. Saggio sulla politica della libertà*, Laterza, Roma-Bari, 1992, (ed. or., *The Modern Social Conflict. An Essay on the Politics of Liberty*, Weidenfeld & Nicolson, New York, 1988); Id., *The Changing Quality of Citizenship*, in B. van Steenberger (ed.), *The Condition of Citizenship*, Sage, London, 1994.

²⁵ Dahrendorf definisce gli attori dei conflitti istituzionalizzati riformulando concettualmente l'espressione coniata da Karl Marx di "classe per sé". Con tale espressione egli indica un gruppo conflittuale con interessi manifesti e che, in virtù del carattere esplicito del proprio interesse, si organizzano e rivendicano nuovi diritti. Con l'espressione "classe in sé" Dahrendorf descrive un

il rispetto di determinate regole, comunemente accettate e perciò rispettate, e che presenta momenti di lotta, di elaborazione di negoziati e soluzioni, di ricerca di compromessi.

I conflitti sociali appena descritti perdono i caratteri più duri e violenti tipici della loro interpretazione marxiana²⁶. Tuttavia essi non sono meno efficaci nel raggiungere il proprio obiettivo che è sito nel mutamento dell'ordine esistente. Il *welfare State* nascerebbe quindi come risultato di un preciso *conflitto istituzionalizzato*, cioè come soluzione e compromesso tra chi aveva e chi invece aveva bisogno:

*“The modern social conflict is about attacking inequalities that restrict full civic participation by social, economic and political means, and establishing the entitlements that make up a rich and full status of citizenship.”*²⁷

Le conseguenze del processo di mutamento non sono meno radicali e decisive di quelle generate da un evento rivoluzionario. La rivoluzione ha un carattere esplosivo improvviso che porta inevitabilmente e in un breve lasso di tempo a un cambiamento nei rapporti di potere e nell'organizzazione strutturale della società in cui si manifesta. Il mutamento, sia esso determinato da un conflitto sociale o da un altro fattore esogeno alla società di riferimento, ha invece un carattere molto più lento nella sua fase di completa manifestazione. Tuttavia il risultato a cui perviene può essere ritenuto altrettanto profondo e radicale negli

quasi gruppo con interessi latenti e incapace di organizzarsi, o privo della volontà di organizzarsi. Per un approfondimento si rimanda a: R. Dahrendorf, *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, cit., in particolare pp. 111-115.

²⁶ Per Marx il conflitto è l'essenza stessa del cambiamento, del mutamento sociale, inteso però come rivoluzione, come atto violento che sconvolge l'ordine sociale fino ad allora accettato e che ridistribuisce i privilegi, sottraendoli alla classe sconfitta per assegnarli alla classe vincitrice del conflitto stesso. Cfr. K. Marx, *Le lotte di classe in Francia dal 1848 al 1850*, Editori Riuniti, Roma, 1970 (ed. or. *Neue Rheinische Zeitung*, Dietz, Hamburg, 1850).

²⁷ “Il conflitto sociale moderno si rivolge verso le disuguaglianze che limitano la partecipazione civile attraverso l'uso di mezzi sociali, economici e politici, e stabilendo i diritti che contribuiscono a determinare l'acquisizione effettiva dello status di cittadinanza” (nostra traduzione). R. Dahrendorf, *Citizenship and Social Class*, in M. Blumer, A.M. Rees (eds.), *Citizenship Today. The Contemporary Relevance of T.H. Marshall*, UCL Press, London, 1996, p. 37.

effetti e nelle conseguenze in termini di capacità di determinare un cambiamento nella struttura sociale e di potere di riferimento:

“Come fattori nel processo onnipresente del mutamento sociale, i conflitti sono profondamente necessari. Là dove essi mancano, e anche dove vengono soffocati ed apparentemente risolti, il mutamento viene rallentato e arrestato. Là dove i conflitti sono riconosciuti e regolati, il processo del mutamento viene conservato come sviluppo graduale. Ma nei conflitti sociali risiede sempre una notevole forza creatrice di società. Proprio perché vanno al di là delle condizioni ogni volta esistenti, i conflitti sono un elemento vitale della società, come del resto il conflitto in generale è un elemento della vita intera.”²⁸

Il conflitto diviene parte integrante e indispensabile delle società vive, dinamiche e aperte, in cui più gruppi sociali possono sviluppare nuove forme di cittadinanza, di regolazione sociale e di convivenza attraverso canali istituzionalizzati quali, per esempio, le politiche sociali.

“la cittadinanza definisce in forma pratica ciò che tutti gli uomini hanno in comune, così che siano liberi di svilupparsi in tutta la loro diversità”²⁹

In questo caso, il conflitto all’origine dell’elaborazione dei diritti e dei principi di cittadinanza assume *in toto* quel carattere di *funzione positiva* descritta da Coser. Secondo questo studioso i conflitti sociali avrebbero una funzione positiva quando “hanno l’effetto di ‘cucire insieme il sistema sociale’ [...] e servono a prevenire la disgregazione”³⁰, ovvero sia nei casi in cui essi riescano a pervenire a risultati che tendono a eliminare concretamente gli elementi

²⁸ R. Dahrendorf, *Uscire dall’utopia*, cit., p. 233.

²⁹ R. Dahrendorf, *La società riaperta: dal crollo del muro alla guerra in Iraq*, Laterza, Roma-Bari, 2005, p. 65 (ed. or. *Der Wiederbeginn der Geschichte. Vom Fall der Mauer zum Krieg im Irak*, Reden und Aufsätze, München, 2004).

³⁰ L.A. Coser, *Le funzioni del conflitto sociale*, Feltrinelli, Milano, 1967, p. 80 (ed. or. *Continuities in Studies of Social Conflict*, Free Press, New York, 1967).

dissociativi di una società e che, conseguentemente, rafforzano e diffondono gli elementi di coesione sociale.

Le riflessioni di Dahrendorf, e quelle degli altri autori appena citati, trovano origine e ispirazione nella teorizzazione che Georg Simmel elabora sul concetto di contrasto inteso come lotta, conflitto, e più in generale come ambizione di un gruppo sociale di raggiungere un determinato obiettivo a scapito di un altro gruppo concorrente e antagonista. Egli tra i primi pose in evidenza l'aspetto più positivo e costruttivo del processo sociale di elaborazione del conflitto che si manifesta nella inevitabile tendenza delle parti in causa a costruire relazioni sociali frutto di azioni sociali reciproche. Le cause scatenanti di un qualsiasi conflitto sono effettivamente da ricercare, sempre secondo Simmel, nei sentimenti e nelle ambizioni primarie, l'avidità, la gelosia, l'invidia, mentre le azioni concrete che caratterizzano lo scontro e l'opposizione sono le *azioni riparatrici* che seguono il dualismo in sé³¹.

Le società tenderebbero perciò a cercare un equilibrio e una riparazione ai momenti di squilibrio, momenti frequenti nella storia giacché le società tutte non sono fenomeni statici ma in continuo divenire attraverso la ricerca di nuovi scopi comuni da raggiungere e nuove forme di socialità da ideare e negoziare nell'attuazione quotidiana del vivere collettivo. Un individuo non è mai isolato e nel suo relazionarsi con gli altri membri del gruppo a cui appartiene egli costruisce relazioni e rinsalda questo legame attraverso la *reciprocità*, chiave interpretativa che Simmel utilizza per la definizione della società e dei fenomeni sociali che in essa si manifestano.

Secondo l'autore le società sarebbero composte da elementi diseguali, generalmente ricondotti sotto termini e macro-categorie generalizzanti, che creano relazioni reciproche e definiscono, attraverso l'interazione, gli scopi e gli obiettivi comuni da perseguire insieme. In questo preciso istante nasce la società:

“La società sorge soltanto quando siffatte relazioni reciproche, suscitate da certi motivi e interessi, diventano operanti”³².

³¹ Cfr. G. Simmel, *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1998 (ed. or. *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Bunker & Humbolt, Berlin, 1983).

³² Ivi, p. 13.

La consapevolezza comune di dirigere le azioni individuali e collettive in base a una funzione, a un obiettivo, socialmente condiviso contribuisce a generare la coesione sociale necessaria per iniziare il percorso di generazione di un gruppo sociale. Questo si completa con la realizzazione di un'idea di *unità sociale* che per Simmel nasce e si realizza nella sua completa manifestazione solo e unicamente per mano degli elementi sociali, anche in questo caso intesi come elementi individuali oppure collettivi, che agiscono coscientemente e sinteticamente per raggiungere obiettivi socialmente condivisi.

Il sentimento di unità e i legami sociali reciproci così definiti consentono di approfondire ulteriormente le riflessioni riguardanti la definizione dei criteri di inclusione ed esclusione, dei momenti di antagonismo e in quelli di collaborazione, dei differenti elementi o gruppi sociali in funzione dell'elaborazione e destinazione delle politiche sociali. Secondo l'idea di Simmel per cui:

“Noi designiamo come unità la concordanza e il legame di elementi sociali, in antitesi alle loro divergenze, separazioni, disarmonie; ma un'unità è per noi anche la sintesi complessiva delle persone delle energie e delle forme in un gruppo, la loro totalità finale, nella quale sono incluse sia quelle relazioni unitarie in senso più stretto sia quelle dualistiche”³³.

Qualsiasi forma di convivenza sociale presuppone la coabitazione di elementi divergenti all'interno della stessa sfera di reciprocità. La riconducibilità dei singoli elementi a un criterio classificatorio o categoriale a carattere generale non potrebbe mai presupporre o sostenere la totale omogeneità dei singoli elementi che compongono la sua unità. La presenza di differenti attori, portatori di interessi particolari che in taluni casi potrebbero collidere con gli orientamenti della società tutta, genera dei momenti di contrattazione sociale in cui gli stessi attori creano nuove modalità relazionali per ritrovare l'equilibrio interno.

³³ Ivi, p. 215.

Simmel ci fa notare che la molteplicità di elementi sociali genera dei raggruppamenti, frutto di coalizioni e avversioni reciproche, caratterizzati da una geografia variabile di soggetti, determinata a sua volta dagli interessi specifici messi in atto in ogni precisa situazione di tensione. Per esempio, in una società in cui vi è una forte differenza di benessere tra due gruppi costituiti da diversi elementi sociali si giungerà molto più rapidamente a forme di conflitto sociale piuttosto che nei casi in cui fra questi due principali gruppi sia presente un gruppo intermedio capace di mediare e di rendere i confini sociali tra i due precedenti meno marcati e più indefiniti. Ciò contribuisce a generare una maggiore indefinitezza delle divisioni interne alla società, cosicché il superamento delle stesse sia più facile perché il rapporto diadico viene interrotto dalla partecipazione di un terzo soggetto che rende necessario il ricorso a strumenti di mediazione.

Inoltre, la presenza di un soggetto esterno al macro-gruppo sociale in questione che tenti in qualche modo di minacciare la stabilità o la stessa sopravvivenza della società, forse approfittando delle divisioni interne ad essa, riscuoterà invece il risultato opposto di abbattere le divisioni interne, o per meglio dire di renderle temporaneamente meno rilevanti rispetto al pericolo esterno, e di aumentare sostanzialmente la coesione sociale. È questa una delle strategie più frequentemente messe in atto dalle società per auto-conservarsi contro una minaccia esterna attraverso la concentrazione delle forze, delle ricchezze, delle strategie sociali verso un'unica e condivisa finalità.

Questa prospettiva appare determinante nell'elaborazione dei principi di cittadinanza affrontata da Marshall, giacché chiarisce ulteriormente la complessità della composizione sociale, caratterizzata dalla compresenza di differenti portatori di interessi individuali, racchiusi all'interno di una categoria estremamente generale come quella del cittadino. All'interno della categoria 'cittadini' di uno Stato-nazione sono palesemente presenti un numero indefinito di gruppi in opposizione ad altri che generano conflitto con l'intento di modificare, generalmente a proprio vantaggio e contemporaneamente a discapito dell'avversario, l'ordine fino ad allora rispettato.

Nasceranno nuovi territori di conflitti all'interno dei quali verranno ridiscussi i criteri di distribuzione del benessere. Nuovi soggetti portatori di

recriminazioni, assoggettati a ingiustizie per mano dei gruppi detentori del potere, avanzeranno delle richieste che, se ignorate, degenereranno inevitabilmente in scontri che produrranno nuove reciprocità, nuove modalità di condivisione del benessere.

Così il pensiero di Simmel si incontra e fortifica le teorizzazioni di Dahrendorf nell'intento comune di descrivere alcuni dei caratteri essenziali del dinamismo del vivere sociale. La competizione, la concorrenza, lo scontro, assumono qui connotati positivi. Divengono utili strumenti interpretativi per la lettura dei percorsi di ideazione e realizzazione del *welfare State* e delle politiche sociali. Questi porrebbero come loro obiettivo primario la realizzazione dei principi di uguaglianza sociale attraverso la distribuzione equa di opportunità di vita che consentano la più piena realizzazione di ogni essere umano.

Tuttavia, anche se la realizzazione di questo obiettivo porterebbe vantaggi alla società in generale, questo non viene riconosciuto come tale da tutti i membri della stessa società. Difatti, il semplice atto di riconoscimento dell'esistenza di differenze sociali, l'azione che ne segue in termini di rivendicazione di diritti non riconosciuti e l'opposizione da parte dei soggetti più agiati a condividere il proprio benessere o a perderne una parte a vantaggio di persone appartenenti a un altro gruppo, ci ricorda quanto difficoltoso sia il mantenimento dell'equilibrio sociale.

Nel passo che segue Émile Durkheim spiega chiaramente e brevemente la natura della frequente divergenza tra l'interesse collettivo e quello di una parte di esso, fenomeno che spinge le forze sociali a sviluppare costantemente una tensione verso il cambiamento, verso la ridefinizione dei confini interni della sua geografia umana:

“Gli interessi del tutto non sono necessariamente gli interessi della parte: per questo la società non può formarsi né mantenersi senza richiederci continui sacrifici che ci pesano. Per il solo fatto di superarci, essa ci obbliga a superare noi stessi, e superare sé stesso

vuol dire [...] uscire in qualche modo dalla propria natura: cosa che non avviene senza una tensione più o meno penosa”³⁴

Il *welfare State* potrebbe quindi essere interpretato come un chiaro esempio del risultato di un *conflitto con funzione positiva* poiché nella pratica del proprio intervento regolatore manifesterebbe costantemente l’ambizione di eliminare dalla vita sociale i principali elementi di disuguaglianza che ostacolano una diffusa integrazione sociale.

Attraverso la mediazione tra gli interessi di una parte e quelli della società, lo Stato sociale contribuisce a valorizzare l’aspetto relazionale e associativo del conflitto stesso che crea inevitabilmente nuove modalità relazionali tra le persone coinvolte.

Il conflitto, oppure la competizione, sono considerate azioni sociali per eccellenza per via del loro aspetto riparatore e rigenerante. Ciò che realmente è dissociante è la causa del conflitto, il motivo per il quale una sovra-unità sociale non si sente più coesa ma scissa in due o più gruppi minori che ambiscono a raggiungere un risultato uguale o differente, ma pur sempre a discapito dell’altra parte. Ogni modalità assunta nel vivere comune dall’umanità non è costituita da una solida ed omogenea unità ma la sua natura è composta dalla *mescolanza di correnti convergenti e correnti divergenti*, come asserisce Simmel³⁵. La sintesi tra opposte o parallele energie sociali che ne deriva costituisce il ganglio principale attraverso cui verrebbero condizionate le forme assunte dai percorsi sociativi, le forme della sopravvivenza e della continuità sociale, il modi di sostenere e promuovere la coesione sociale.

Il *welfare State*, con le proprie differenti espressioni operative dei suoi principi basilari, nascerebbe perciò come uno strumento per il mantenimento dell’equilibrio e dell’equità dei rapporti complessivi di una società nella quale si intrecciano costantemente in modo più o meno palese conflitti oppure

³⁴ É. Durkheim, *Il dualismo della natura umana e le sue condizioni sociali*, in Id., *La scienza sociale e l’azione*, il Saggiatore, Milano, 1996, p. 358, (ed. or. *Le dualisme de la nature humaine et ses conditions sociales*, in Id., *La science sociale et l’action*, Presses Universitaires de France, Paris, 1970).

³⁵ Cfr. G. Simmel, *Sociologia*, op. cit., in particolare il capitolo quarto sull’argomento *Il Contrasto*, pp. 213-289.

competizioni di natura differente. Tali forze e tensioni sociali contribuiscono radicalmente alla definizione dei caratteri e delle forme delle politiche sociali, in virtù delle competenze e delle modalità risolutive poste in atto per superarli, generando così un articolato panorama composto da differenti tipi particolari di *welfare State*.

1.2.3 I regimi del *welfare State* moderno: la sistematizzazione di Richard Titmuss

Tra i numerosi autori che hanno studiato le differenti modalità di reificazione dei principi del *welfare State*, Richard Titmuss è stato tra i primi a elaborare tre modelli interpretativi riscontrabili nelle diverse esperienze internazionali³⁶. L'approccio di Titmuss si basa essenzialmente sull'analisi delle modalità attraverso cui lo Stato interviene per il sostegno dei cittadini:

1) *IL MODELLO RESIDUALE (residual welfare model o public assistance model)*: le politiche sociali intervengono solo quando i canali naturali e tradizionali di soddisfacimento dei bisogni (famiglia, reti informali e, a volte, il mercato) non siano stati in grado di far fronte alle esigenze del singolo o di un gruppo di persone. Secondo questo modello, l'intervento, il servizio o la prestazione cessa al venir meno dell'emergenza sociale, nel momento in cui, teoricamente, il bisogno è stato soddisfatto;

2) *IL MODELLO REMUNERATIVO (reward model o industrial achievement model)*: si basa sul principio secondo cui ciascuno possa essere messo nelle migliori condizioni per soddisfare i propri bisogni in base al merito, alla *performance* lavorativa e alla propria produttività. In questo caso la politica sociale può intervenire come parziale correttivo dell'azione del Mercato che fornisce i mezzi,

³⁶ Cfr. R. Titmuss, *Essays on the Welfare State*, Allen & Unwin, London, 1963; Id., *The Welfare Complex in a Changing Society*, in "The Milbank Memorial Fund Quarterly", 1, 1967; Id., *Commitment to Welfare*, Allen & Unwin, London, 1968; Id., *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, Allen & Unwin, London, 1970; Id., *Social Policy: an Introduction*, Allen & Unwin, London, 1974.

attraverso il lavoro salariato, ed eroga i servizi attraverso i canali privati. Il *welfare State* ha un carattere aggiuntivo rispetto alle istituzioni economiche dominanti e il ricorso alle politiche sociali statali rischia di creare fenomeni di stigmatizzazione;

3) *IL MODELLO ISTITUZIONALE-REDISTRIBUTIVO (institutional redistributive model)*: in questo caso il *welfare State* è un elemento assai importante della società perchè prevede l'erogazione di servizi pubblici di tipo universalistico, al di fuori dei meccanismi tipici del mercato, sulla base dell'emergere di un bisogno, e senza che sia necessario attendere il manifestarsi del fallimento degli attori del *welfare* informale e tradizionale.

Questi tre modelli non sono di fatto riscontrabili *in toto* nella vita quotidiana. Essi sono solamente dei modelli che tendono a una approssimazione alla realtà, creando un *ideal-tipo*³⁷, secondo la definizione di Max Weber. La realtà dei fatti è ben più complessa di una semplice astrazione teorica e

³⁷ Il concetto di *ideal-tipo* è uno dei cardini del pensiero weberiano, nonché una importante ed utile chiave di lettura dei fenomeni sociali. Esso è una costruzione logico-immaginaria creata mediante l'accentuazione concettuale di determinati elementi della realtà, scelti in virtù degli interessi personali dell'osservatore e legati a valori appartenenti alla cultura nella quale il ricercatore è venuto a formarsi. L'*ideal-tipo* non si incontra allo stato puro ed isolato da altri fattori. Secondo Weber, la realtà sociale è caotica per sua natura e, per poterla osservare e studiare, è necessario tenere presente che esistono numerosi punti di vista differenti riguardo l'interpretazione della stessa realtà. Pertanto, partendo dal presupposto secondo cui sarebbe tendenzialmente impossibile pervenire alla conoscenza della totalità della realtà, proprio perché infinita, si rende necessaria la scelta di una porzione specifica di essa, scelta che avviene in base a processi selettivi fondati a loro volta su valori determinati culturalmente, e determinanti specifici approcci ed interpretazioni sui fatti e sull'agire. Il tipo ideale verrebbe perciò a definirsi come l'estrapolazione dalla realtà storico-sociale di un suo tratto che concretamente si trova inserito in tale realtà: esso viene a definirsi come l'accumulazione dei momenti essenziali di tale tratto, dei momenti senza cui esso non sarebbe più riscontrabile per quello che è. L'*ideal-tipo* è uno strumento euristico per l'interpretazione della realtà che, una volta determinato ed accettato, conduce necessariamente a determinate conclusioni, garantendo l'oggettività della ricerca scientifica. Per riportare la definizione che Weber ci ha lasciato nei suoi scritti, l'*ideal-tipo* è una costruzione logica che "possiede il carattere di un'utopia, conseguita mediante l'accentuazione concettuale di determinati elementi della realtà. Il suo rapporto con i fatti empiricamente dati della vita consiste solo in questo, che laddove vengano constatati o supposti operanti in qualsiasi grado nella realtà connessioni del tipo astrattamente rappresentato in quella costruzione, [...] noi possiamo illustrare e rendere intelligibile programmaticamente il carattere specifico di questa connessione in un tipo ideale. Tale possibilità può essere indispensabile sia a scopo euristico sia a scopo espositivo". M. Weber, *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, Torino, 1958, pp. 107-108 (ed. or., *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Mohr, Tübingen, 1922). Inoltre, tra i tanti autori che hanno affrontato l'analisi del pensiero di Max Weber si consiglia la lettura di: M.A. Toscano, *Evoluzione e crisi del mondo normativo. Durkheim e Weber*, Laterza, Roma-Bari, 1975; N.M. De Feo, *Introduzione a Weber*, Laterza, Roma-Bari, 2004.

l'applicazione pratica di uno di questi modelli, in tutti i propri aspetti e caratteri peculiari, si scontrerebbe con la presenza di variabili contestuali non previste appunto sul piano teorico. Inoltre, il testo di Richard Titmuss, anche se tuttora estremamente valido nel suo impianto teorico e utile nell'approccio allo studio del *welfare State*, è stato pubblicato nel 1968 ed è perciò frutto di un contesto storico, sociale ed economico che non è più riscontrabile nella realtà contemporanea.

Negli ultimi due decenni, la società contemporanea è stata spettatrice di alcuni cambiamenti che hanno rivoluzionato diverse sfere della vita quotidiana. La caduta del muro di Berlino, che nel 1989 ha sancito la fine della guerra fredda, e l'attacco alle torri gemelle del 2001, entrambi hanno determinato la fine degli equilibri mondiali che si erano venuti a creare, con una conseguente redistribuzione e ricollocazione degli attori lungo nuovi assi del potere politico internazionale. Anche l'economia mondiale ha subito radicali trasformazioni in virtù della cosiddetta globalizzazione, con ricadute dalle conseguenze evidenti sulle economie locali.

1.2.4 La proposta di analisi di Gøsta Esping-Andersen

Alla luce dei profondi mutamenti appena esposti, la sociologia contemporanea ha manifestato la necessità di ridefinire i propri modelli interpretativi del *welfare State* che abbiano l'ambizione di divenire più adeguati nell'interpretare la realtà di quanto non lo siano oggi quelli elaborati da Titmuss.

Tra i tanti studiosi contemporanei che si sono occupati di affrontare questo tema, si è posta alla ribalta internazionale l'analisi di Gøsta Esping-Andersen. Egli, nel suo libro intitolato *The Three Worlds of Welfare Capitalism*³⁸, presenta i due approcci che, secondo la sua prospettiva, potrebbero essere utili a interpretare le cause e i fattori di mutamento nelle nuove forme del *welfare State*:

³⁸ Cfr. G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990.

- *L'APPROCCIO SISTEMICO/STRUTTURALISTA*: conosciuto anche come *approccio contestualista*, secondo questa prospettiva il 'sistema' stabilirebbe tutto e perciò tutto ciò che accade nella società accadrebbe col fine di agevolare o tutelare la riproduzione della stessa società e del suo sistema economico. Esping-Andersen sostiene che "l'industrializzazione rende la politica sociale sia necessaria sia possibile"³⁹, giacché essa ha minato gravemente il ruolo e la funzione pratica delle prime forme di riproduzione sociale (la famiglia e la Chiesa)⁴⁰. In questo contesto il mercato si rivela attore inadeguato alla gestione delle politiche sociali e al mantenimento della struttura sociale, giacché solo chi è in grado di sostenere i costi dei servizi offerti dallo stesso mercato può fruirne. Il *welfare State* si afferma progressivamente come valido ed efficace erogatore di servizi e beni anche grazie alla crescita dell'apparato burocratico inteso come forma razionale, universalistica ed efficiente di organizzazione delle funzioni dello Stato e delle politiche sociali ad esso connesse.

- *L'APPROCCIO ISTITUZIONALISTA*⁴¹: l'impianto e i contenuti dei programmi del *welfare State* dei vari paesi sarebbe condizionato sostanzialmente dalle idee e dalle decisioni dei "decisori politici", cosicché il contesto diventi un fattore marginale e distante dai reali luoghi decisionali. Le istituzioni sarebbero in questo caso investite del compito di supervisionare l'operato dell'economia la cui azione, se abbandonata ai cosiddetti principi di mercificazione e di autoregolamentazione del mercato neo-liberista sostanzialmente avulsi dal contesto sociale, porterebbero a risultati nefasti e a conseguenze dannose in termini di mantenimento

³⁹ "Industrialization makes social policy both necessary and possible", (nostra traduzione). *Ivi*, p. 13.

⁴⁰ Cfr. P. Flora, J. Alber, *Modernization, Democratization and the Development of Welfare State in Western Europe*, in P. Flora, A.J. Heidenheimer (eds.), *The Development of Welfare State in Europe and America*, Transaction Books, London, 1981 (ed. it., *Lo sviluppo del welfare State in Europa e in America*, il Mulino, Bologna, 1983). Inoltre, in merito al rapporto tra Chiesa Cattolica e il *welfare State* si rimanda a: K. Van Kesbergen, *Social Capitalism. A Study of Christian Democracy and the Welfare State*, Routledge, London-New York, 1995.

⁴¹ Nella definizione dei caratteri essenziali dell'*approccio istituzionalista* Esping-Andersen si basa su una prima interpretazione dell'influenza delle istituzioni e dei suoi attori nell'evoluzione del *welfare State* elaborata precedentemente da Hecló. Nei suoi studi sui processi decisionali che diedero origine ai sistemi assicurativi universalistici egli mise in evidenza il ruolo determinante operato dagli orientamenti politici ed ideologici del personale burocratico che rispondevano alle influenze di un determinato contesto culturale, politico, sociale e istituzionale. Cfr. H. Hecló, *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, Yale University Press, New Haven, 1974.

dell'integrità sociale, in virtù del principio secondo cui “ogni sforzo volto a separare l'economia dalle istituzioni sociali e politiche distruggerà la società umana. L'economia deve essere parte integrante delle comunità sociali al fine di garantire la propria stessa sopravvivenza”⁴².

Secondo le prospettive appena esposte la politica sociale verrebbe perciò vista come un prerequisito fondamentale per la rinascita dell'economia sociale nei termini proposti, tra i tanti, da Karl Polanyi. Egli sostiene, difatti, che l'economia non dovrebbe essere considerata come un sistema alienato dalla vita sociale quotidiana. Difatti, i sostenitori delle dottrine neoliberiste del “mercato autoregolantesi” affermano con vigore che l'economia globale possa svilupparsi senza elaborare alcun legame con gli ambiti sociale e territoriali. Polanyi, invece, è convinto assertore dell'aspetto sociale insito nell'economia stessa e del possibile ritorno a una economia *embedded*, contestualizzata e, soprattutto, solidale. Secondo questo approccio, le persone non agirebbero per natura con l'intento individuale di accumulare beni e ricchezze. Il possesso di beni materiali sarebbe tendenzialmente dettato, invece, dalla volontà di salvaguardare la propria posizione sociale, i propri vantaggi sociali, ciò secondo una prospettiva di integrazione relazionale e sociale⁴³. Secondo questo approccio, a sostanziale carattere comunitario, l'economia sociale verrebbe guidata dall'interesse della collettività e controllata attraverso lo strumento politico, cosicché l'interesse individuale avrebbe la propria ragione di esistere solo nella misura in cui questo non creasse delle sperequazioni nella redistribuzione del benessere.

Il legame tra economia e società viene altresì evidenziato da Katzenstein⁴⁴ e da Cameron⁴⁵. Le ricerche di questi studiosi, incentrate fondamentalmente sull'analisi del rapporto esistente tra la tipologia di alcuni mercati nazionali e la maggiore o minore rapidità, o necessità, di questi a costituire un sistema di

⁴² “Any effort to isolate economy from social and political institutions will destroy human society. The economy must be embedded in social communities in order for it to survive” (nostra traduzione). G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, cit., pp. 14-15.

⁴³ Cfr. K. Polanyi, *La grande trasformazione*, Einaudi, Torino, 1974 (ed. or. *The Great Transformation*, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1944).

⁴⁴ Cfr. P.J. Katzenstein, *Small States in World Markets*, Cornell University Press, Ithaca, 1985.

⁴⁵ Cfr. D. Cameron, *The Expansion of the Public Economy: a Comparative Analysis*, *American Political Science Review*, 72, 1978.

welfare, conducono a ritenere che il *welfare State* nasca, e si definisca come tale, molto più prontamente nelle piccole economie a carattere aperto. Ciò sembrerebbe essere dovuto al loro carattere di particolare vulnerabilità che si riflette anche sulle società ad esse legate, di fronte al potere e all'influenza del mercato internazionale.

Gli approfondimenti teorici di Esping-Andersen hanno portato a evidenziare quelli che lui stesso ha definito “i tre pilastri del *welfare*” (*The three welfare pillars*)⁴⁶: il mercato, la famiglia e il governo. Il primo è uno dei pilastri dell'intera vita sociale giacché gli introiti economici derivano da forme di lavoro retribuito e nello stesso mercato acquistiamo la maggior parte dei servizi di cui abbiamo necessità. La famiglia continua a essere, anche ai giorni nostri, una importante fonte primaria di sicurezza e di sostegno, soprattutto alla luce delle sempre più numerose forme di precarietà sociale diffuse. Il ruolo del governo è invece fondato su un patto sociale redistributivo (*redistributive social contract*) che è frutto del principio di solidarietà sociale che lo eleva al ruolo di garante della equa re-distribuzione del benessere. Esping-Andersen sostiene altresì che il terzo settore si inserisce all'interno di questo schema concettuale come un “quarto pilastro”, anche se corre sempre il rischio di cedere alle tentazioni del mercato oppure di cadere nella rete della dipendenza dai finanziamenti dello Stato.

Tralasciando il ruolo rivestito dagli organismi di terzo settore, appare evidente la forte reciprocità che lega i tre pilastri sociali di produzione di *welfare*. Il contesto storico e socio-culturale nel quale essi interagiscono, la loro capacità di far fronte all'adempimento dei compiti e ruoli che gli vengono riconosciuti in termini di produzione di politiche di integrazione e sostegno, e le stesse modalità di interazione, sovrapposizione e scambio che essi attuano, determinano e caratterizzano la nascita di ogni peculiare forma di *welfare State* esistente:

⁴⁶ Cfr. G. Esping-Andersen, *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, 2002.

“The real world of welfare is the product of how the three welfare pillars interact. If one pillar ‘fails’, there is either the possibility that the responsibility is absorbed in the two remaining pillars.”⁴⁷

I “tre pilastri del *welfare*” vengono assunti da Esping-Andersen come strumenti di interpretazione della realtà. Essi vengono affiancati da altri elementi che riversano una grande influenza nelle dinamiche di definizione dei confini esterni ed interni dello stesso *welfare State* e che sono stati individuati dall’autore nella specifica tipologia di mobilità di classe (particolare riferimento alla classe operaia) presente nella società; nelle relazioni che intercorrono tra la dimensione politica e le classi sociali; nella tradizione storica delle istituzioni di governo.

All’origine dell’approccio analitico delle risultanze emergenti dalle confluente e dagli intrecci di questi fattori, egli pone due concetti fondamentali precedentemente citati: la dimensione di demercificazione (*decommodification*) e quella di destratificazione (*destratification*). Con il termine ‘demercificazione’ Esping-Andersen fa riferimento alla capacità di un dato sistema di *welfare* di garantire ai cittadini la possibilità di astenersi dal lavoro senza subire la perdita di questo o di altre garanzie di benessere, sottraendo perciò alcuni momenti o bisogni della vita delle persone al controllo e alle regole del mercato, in questo caso specifico del mercato del lavoro⁴⁸. Con il termine ‘destratificazione’ l’autore indica invece il livello secondo cui la conformazione interna del *welfare State* consentirebbe di limitare o cancellare le differenze sociali legate allo *status* (differenziali di *status*) occupazionale o di classe sociale⁴⁹.

⁴⁷ “Il *welfare* reale è il risultato del modo in cui i tre pilastri interagiscono reciprocamente. Se l’azione di uno dei pilastri viene meno, c’è sempre la possibilità che i rimanenti pilastri si assumano la responsabilità di sopperire a tale fallimento” (nostra traduzione). G. Esping-Andersen, *Towards the Good Society Once Again?*, in *ivi*, p.13.

⁴⁸ Il concetto ‘demercificazione’ viene utilizzato precedentemente da Kopitoff il quale lo collegava agli oggetti inanimati sostenendo che, nel momento in cui un qualsiasi bene materiale viene ricondotto in un determinato contesto ideale, esso perde il valore di “merce” per acquisirne uno in certi termini maggiore perché legato alla sfera emotiva, sentimentale, ecc. Se questo discorso vale per gli oggetti, ancora di più esso vale per le persone, che al contempo sono anche lavoratori (valore mercificato della persona). Cfr. I. Kopitoff, *The Cultural Biography of Things: Commoditization as Process*, in A. Appadurai (ed.), *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986.

⁴⁹ Cfr. G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, cit.

Seguendo questi presupposti teorici, Esping-Andersen individua tre tipologie di regimi di *welfare State*:

- *IL WELFARE STATE NEO-LIBERALE*

Nato sotto la pesante influenza della borghesia e dei valori liberali, il *welfare State neo-liberale* è caratterizzato da una forte spinta verso i servizi offerti dal mercato attraverso l'elaborazione di piani socio-assistenziali pubblici di scarsa portata. All'interno di questo scenario, lo Stato diviene sostenitore degli interessi del mercato sia direttamente, attraverso il finanziamento di sistemi di previdenza privati, sia indirettamente, offrendo cioè servizi minimi⁵⁰ con un conseguente ed inevitabile altissimo grado di mercificazione dei servizi. I benefici di queste politiche di *welfare State* raggiungerebbero prevalentemente le classi a basso reddito (soprattutto classe operaia e dipendenti statali) con conseguenti fenomeni di stigmatizzazione. Alcuni esempi emblematici di Stati che hanno attuato politiche di *welfare State* a carattere neo-liberale sono gli Stati Uniti, il Canada, l'Australia, il Regno Unito.

- *IL WELFARE STATE CORPORATIVISTA*

È caratterizzato dalla forte eredità storica statalista-corporativista in cui l'idea che il mercato possa garantire maggiore efficienza nell'erogazione di servizi non trova realizzazione né sostegno e lo Stato è l'unico garante dell'erogazione dei servizi per tutti e il mercato ha perciò svolto sempre un ruolo estremamente residuale. Questa prospettiva presta grande attenzione al garantire la tutela dei diritti sociali anche se è palesemente un sistema che mantiene inalterate le differenze di classe. Nelle politiche sociali emerge il carattere residuale degli interventi, difatti "la cura quotidiana, e così altri servizi per la famiglia, sono chiaramente poco sviluppati: il principio di 'sussidiarietà' serve ad enfatizzare il fatto che lo Stato interverrà

⁵⁰ "[The liberal welfare model] seeks actively to sponsor market solutions. It pursues this via the double strategy of encouraging private welfare provisions as the norm, and by limiting public responsibilities to acute market failures". "[Il modello liberale del *welfare*] cerca costantemente di promuovere le soluzioni offerte dal mercato. In questo modo persegue il duplice obiettivo di incoraggiare, secondo norma, l'offerta privata di *welfare* e di limitare la responsabilità pubblica nei confronti degli evidenti fallimenti del mercato" (nostra traduzione). G. Esping-Andersen, *Towards the Good Society Once Again?*, in G. Esping-Andersen, *Why We Need a New Welfare State*, cit., p.15.

solamente quando la famiglia avrà esaurito le proprie capacità di aiutare i propri membri”⁵¹. Alcuni esempi emblematici sono la Germania, l’Austria, la Francia, l’Olanda.

- *IL WELFARE STATE SOCIALDEMOCRATICO*

Lo Stato si fa garante unico nel fornire servizi gratuiti per tutti i cittadini e nella promozione dei principi di uguaglianza sociale in termini di standard più elevati nei servizi garantiti a tutta la popolazione. L’altissimo grado di de-mercificazione dei servizi e i principi universalisti che connotano questo modello creano un contesto in cui diviene possibile realizzare uno Stato sociale che accoglie attese e necessità differenti e in cui il mercato non può trovare un proprio spazio giacché tutti beneficiano, tutti dipendono, tutti si sentono in dovere di contribuire alla promozione e al sostegno delle politiche sociali di questa natura. Per la realizzazione di questi principi si rende necessario garantire la piena occupazione dei cittadini poiché il diritto al lavoro viene considerato in quest’ottica un bisogno fondamentale⁵² che deve essere soddisfatto per favorire i processi di integrazione sociale. Il *welfare State socialdemocratico* ha come obiettivo quello di prevenire l’insorgere dei bisogni promuovendo l’indipendenza delle persone e non la loro dipendenza dai servizi. Esso è realizzabile unicamente in quegli Stati in cui la social-democrazia è la forza propulsiva delle innovazioni sociali. Alcuni esempi emblematici in questi termini sono la Svezia, la Danimarca, la Norvegia, Cuba.

Nella tabella che segue abbiamo cercato di sintetizzare i caratteri dei regimi di *welfare* appena enunciati:

⁵¹ “Day care, and similar family services, are conspicuously underdeveloped; the principle of ‘subsidiarity’ serves to emphasize that the state will only interfere when the family’s capacity to service its members is exhausted” (nostra traduzione). G. Esping-Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, cit., p. 27.

⁵² Un bisogno può essere definito *fondamentale* se, qualora non fosse soddisfatto, ostacolasse il completo sviluppo di un essere umano. Alcune classi di bisogni, come il bisogno di protezione, il bisogno di benessere, il bisogno di libertà e il bisogno di identità, rappresentano un *piccolo denominatore comune delle aspirazioni degli uomini* che rende quei bisogni definibili come *universal*. Cfr. J. Galtung, *I bisogni fondamentali*, in A. Tarozzi (a cura di), *Visioni di uno sviluppo diverso*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1990, in particolare pp. 63 e sgg.

Tabella 1: I regimi di *welfare* in Esping-Andersen

	Modello neo-liberale	Modello corporativista	Modello socialdemocratico
Mercificazione dei servizi	ALTA	BASSA	QUASI ASSENTE
Uguaglianza sociale	BASSA	BASSA	ALTA
Intervento dello Stato	MINIMO	ALTO	TOTALE

Dalla tabella riassuntiva si può chiaramente evincere il carattere puramente indicativo e generalizzante dei regimi di *welfare* elaborati dall'autore. Il modello *neo-liberale* e quello *corporativista* si pongono come esempi estremi di un ambito di riferimento conservatore in cui il grado di destratificazione appare sempre molto basso, pur con declinazioni totalmente contrastanti per ciò che riguarda il livello di demercificazione dei servizi e la presenza dello Stato quale garante dei diritti dei cittadini.

Particolare appare l'esempio del modello *socialdemocratico*. In questo caso il ruolo totalitario ricoperto dallo Stato nel percorso di ideazione, di controllo, di erogazione e di gestione delle politiche sociali condiziona in modo estremo i gradi di presenza degli altri due aspetti determinanti i regimi di *welfare*. Difatti, in questo caso il grado di destratificazione è molto alto, con una conseguente tendenza del *welfare State* a garantire concretamente l'uguaglianza dei cittadini, e così accade anche per il grado di demercificazione del *welfare State*, il che garantirebbe pari opportunità di indipendenza dall'influenza del mercato su alcuni ambiti della vita personale.

1.2.5 I modelli dell'Europa sociale

I tre regimi descritti da Esping-Andersen contengono ovviamente alcuni limiti nell'interpretazione della complessa e variegata realtà dei numerosi *welfare State* esistenti. Tuttavia hanno il pregio di aver portato a una nuova elaborazione

delle tipologie dello Stato sociale attraverso la considerazione di aspetti teorici innovativi oppure attraverso nuove prospettive comparative⁵³.

Questa nuova interpretazione della realtà osservata è divenuta un punto di partenza originale per altri studiosi che hanno così avuto l'opportunità di tracciare nuovi sentieri di riflessione riguardanti il contesto di definizione delle modalità secondo cui le società declinano i principi generali del *welfare State*.

Maurizio Ferrera sviluppa la propria analisi comparativa sui *welfare* europei proprio a partire dai regimi definiti da Esping-Andersen. In particolare, egli si sofferma sulla definizione del principio di demercificazione (*decommodification*) che indica, come già affermato precedentemente, l'orientamento delle istituzioni preposte alla costituzione delle azioni di *welfare* a sottrarre i cittadini alla dipendenza dalle logiche di sostentamento legate al mercato. Secondo Ferrera, la presenza di un alto grado di demercificazione di un regime di *welfare* porrebbe in risalto un atteggiamento molto attento alla tutela del cittadino e alla sua realizzazione come persona da parte dello Stato. Al contrario, uno Stato che caratterizzasse il proprio regime di *welfare* con un alto grado di permeabilità al mercato esporrebbe i cittadini a vivere secondo le regole della produzione industriale o capitalista, dividendo la società tra chi può garantirsi da sé i servizi di cui ha bisogno e chi invece si deve rivolgere ai servizi pubblici, generalmente definibili come scarsi e inefficienti.

Tale declinazione del principio di demercificazione del *welfare State* nasconderebbe in sé un forte carico valoriale che creerebbe una fuorviante graduatoria tra Stati definiti "buoni" o "cattivi" in virtù del tipo di azione di tutela dei cittadini che essi pongono in essere:

“La demercificazione si presenta come un concetto assai «carico di valore», costitutivamente imperniato su di un giudizio sfavorevole nei confronti del mercato come meccanismo di regolazione sociale. Questa intrinseca predisposizione valutativa disturba la funzione

⁵³ In merito alle teorie interpretative e comparative riguardanti le politiche sociali si rimanda a: M. Hill, *Le politiche sociali. Un'analisi comparata*, il Mulino-Prentice Hall International, Bologna, 1999 (ed. or. *Social Policy: A Comparative Analysis*, Prentice Hall, London, 1996).

eminentemente descrittiva alla quale il concetto dovrebbe servire come criterio di discriminazione empirica.”⁵⁴

Ferrera pone quindi al centro della sua analisi il principio weberiano della avalutatività (*die Wertfreiheit*) il quale sarebbe l’approccio metodologico necessario a far sì che la descrizione analitica della realtà sia resa scevra da qualsiasi elemento valoriale. L’assenza dei giudizi di valore è carattere indispensabile per lo studio dei fatti sociali intesi come prodotti di un determinato contesto storico-sociale-culturale⁵⁵.

Tuttavia, Ferrera non rigetta la classificazione di Esping-Andersen. Egli ne apprezza l’originalità che ha portato l’autore a superare le modalità classificatorie che precedentemente utilizzavano i principi di cittadinanza definiti secondo l’interpretazione di Marshall. Inoltre, Ferrera apprezza più volte nei suoi testi lo sforzo comparativo messo in gioco da Esping-Andersen attraverso l’utilizzo di un vasto campione di paesi dell’area OCSE, inclusi gli Stati Uniti (esempio emblematico del *regime liberale*) e il Giappone (esempio emblematico del *regime conservatore-corporativo*), e l’uso del termine ‘regime’ anziché ‘modelli’ per la definizione delle tipologie. Questa scelta dipenderebbe sostanzialmente dalla prospettiva interpretativa derivante dall’economia politica internazionale (*international political economy*) secondo cui il concetto di ‘regime’ indica generali forme di cooperazione tra Stati fondate su norme e valori condivisi e senza alcuna sanzione coercitiva. Quindi, mentre il termine ‘modello’ indicherebbe un tipo di organizzazione da imitare, ripetere, o verso cui tendere, il

⁵⁴ M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, op. cit., pp. 71-72.

⁵⁵ Weber, in riferimento al *principio di avalutatività* delle scienze sociali, parla di *politeismo dei valori* riferendosi a quel principio secondo cui la scienza può intervenire per rendere più chiari i fini impliciti dell’agire razionale, ma non li può assolutamente mettere in discussione perché essi devono pur sempre essere considerati dallo studioso come “una questione di fede”. Alla luce di ciò la vita verrebbe concepita come una continua lotta tra una pluralità di valori irriducibili l’un l’altro sui quali le scienze sociali non possono emettere alcun giudizio di valore. Il principio di avalutatività si presenterebbe perciò come la capacità, di carattere logico, di distinguere *ciò che è da ciò che dovrebbe essere*, il conoscere dal valutare, i giudizi di fatto dai giudizi di valore, “cioè tra il compimento del dovere scientifico di vedere la verità dei fatti ed il compimento del dovere pratico di difendere i propri ideali”, secondo un principio *etico-pedagogico* che impone la strenua difesa della libertà, valore intrinseco delle scienze e delle professioni intellettuali, da tutte quelle deformazioni demagogiche che subordinerebbero l’onestà intellettuale ai fini propagandistici di ideali politici, religiosi, ecc. M. Weber, cit., p. 65.

termine 'regime' consente di porre in evidenza la natura comparativa del modello, che in esso viene descritto anche come frutto di un confronto, di una diffusione imitativa e correttiva delle buone prassi⁵⁶ di *welfare State* in un contesto internazionale dai confini permeabili.

Ma come ogni classificazione, anche questa di Esping-Andersen è il risultato di un percorso di successive scelte metodologiche che lo scienziato ha dovuto compiere per semplificare la multidimensionali realtà a cui si rivolge e a cui fa riferimento. Le scelte metodologiche portano ad abbandonare qualche carattere, qualche aspetto della realtà che non è necessariamente superfluo o insignificante, ma che semplicemente non può essere considerato in quella determinata circostanza scientifica.

Ferrera cerca perciò di colmare una lacuna presente nella classificazione di Esping-Andersen e che riguarda l'assenza di Stati dell'Europa meridionale. Egli definisce appunto questo gruppo con l'espressione *La quarta «Europa Sociale»*⁵⁷ e vi include Spagna, Grecia, Portogallo e Italia. Quest'ultima è l'unica nazione dell'Europa meridionale inclusa nella precedente categorizzazione e precisamente fra i regimi conservatori-corporativi. Questi Stati, benché nella fase evolutiva del *welfare State* facessero riferimento al classico modello bismarckiano, durante la fase dell'espansione dello *Stato di benessere* hanno sviluppato dei modelli peculiari ed originali di protezione sociale⁵⁸.

Una delle caratteristiche sostanziali è da ricercare in un sistema di protezione dualistico e polarizzato, con alta protezione per alcune categorie sociali (soprattutto per le categorie cosiddette 'centrali' del mercato del lavoro quali sono i dipendenti pubblici e i dipendenti delle grandi imprese che possono inoltre confidare su una certa stabilità occupazionale) e modeste, quando non lacunose, forme di protezione per le categorie 'periferiche' (lavoratori precari, stagionali, autonomi, dipendenti di piccole imprese, ecc.).

⁵⁶ Con l'espressione "buone prassi" facciamo in questa occasione esplicito riferimento all'espressione "lavori esemplari" utilizzata da Ferrera per indicare "lavori che influenzano la pratica della ricerca scientifica in un dato settore stimolando processi di emulazione metodologica e che finiscono così per diventare più importanti dei manuali di metodologia". M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, op. cit., p. 22.

⁵⁷ Cfr. M. Ferrera, *Il modello Sud-europeo del welfare state*, in "Rivista Italiana di Scienza Politica", 1, 1996; Id., *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna, 2006.

⁵⁸ Cfr. S. Kuhnle (ed.), *Survival of the European Welfare State*, Routledge, London, 2000.

I differenti livelli di protezione sociale garantiti dagli Stati alle differenti categorie di beneficiari hanno determinato la creazione di una forma di solidarietà sociale fondata su un concetto di famiglia intesa come ammortizzatore di rischi e bisogni. Naldini ha definito questo modello, tipico dei paesi dell'Europa meridionale, *Modello delle solidarietà familiari e parentali*⁵⁹ che funzionerebbe unicamente in presenza di forti vincoli familiari o parentali a carattere intergenerazionale e lungo tutto l'arco della vita.

Tra i numerosi caratteri che distinguono le esperienze di *welfare* dei paesi sud-europei, faremo ora riferimento a due aspetti specifici. Il primo riguarda un aspetto rivoluzionario del percorso di creazione del *welfare State*, riconducibile al periodo in cui, tra gli anni Settanta e Ottanta, Spagna, Portogallo, Grecia ed Italia per primi istituirono un *servizio sanitario nazionale a vocazione universale*, cioè garantito in virtù dei soli diritti di cittadinanza. Ferrera critica apertamente Esping-Andersen per non aver preso in considerazione, nella definizione dei tre regimi di *welfare*, un provvedimento così innovativo in termini di equa redistribuzione di *chance* di vita. Per Ferrera, invece, l'attuazione di questi

⁵⁹ Manuela Naldini ha approfondito l'analisi dei rapporti tra *welfare State* e famiglia nel contesto mediterraneo attraverso la comparazione delle politiche sociali ad essa rivolte in Italia, Grecia, Spagna e Portogallo. Ne è emersa la ridotta valenza degli interventi di protezione e di cura nei confronti delle famiglie, situazione che ha determinato un incremento dell'importanza dei legami familiari intergenerazionali che avrebbero contestualmente posto in discussione la tradizionale elaborazione delle politiche sociali. Queste, di fatto, verrebbero condizionate ed influenzate da un contesto familiare, ma anche sociale, caratterizzato dalla compresenza della figura del maschio che riveste il ruolo di procacciatore di risorse (*male breadwinner*) e della donna col suo lavoro di cura non retribuito (*female homemaking*). Naldini sottolinea il cambiamento della strutturazione familiare dovuto a un'economia che ha determinato l'emergere di modelli familiari di tipo *dual earner* o *dual breadwinner* in cui le distinzioni di genere verrebbero annullate da un mercato del lavoro che incoraggia a farvi parte sia gli uomini sia le donne. All'interno di questo scenario, i rapporti interni ai nuclei familiari vengono ridiscussi e ridisegnati, allargando nella pratica quotidiana il principio di solidarietà familiare anche in termini temporali, estendendola cioè anche a rapporti intergenerazionali per far fronte alla sempre più frequente assenza della tradizionale figura di *female homemaking*. Questa estensione, sia pratica sia concettuale, consentirebbe di introdurre nuovi elementi per l'interpretazione delle dinamiche sociali che, in alcuni casi silenziosamente, intervengono nel colmare le lacune di cura lasciate, o create, da politiche sociali inadeguate. In merito al concetto di modello delle solidarietà familiari e parentali elaborato da Naldini si rimanda a: M. Naldini, *Le politiche sociali e la famiglia nei paesi mediterranei. Quale prospettiva per un'analisi comparata?*, in "Stato e Mercato", 1, 2002, pp. 73-99. Inoltre, della stessa autrice e sullo stesso argomento si vedano: Id., *The Family in the Mediterranean Welfare State*, Frank Cass, London-Portland, 2003; Id., *Le politiche a sostegno delle responsabilità familiari nei casi storici italiano e spagnolo. Un concetto esteso di dipendenze familiari*, in "Inchiesta", numero monografico su, *Genere e povertà*, a cura di Bimbi F., Ruspini E., 30, 2000; Id., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazione di bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma, 2006.

interventi è un fattore rilevante di comunanza tra i paesi dell'Europa mediterranea per giungere alla denominazione di un comune modello di *welfare*.

Il secondo aspetto peculiare della *quarta Europa sociale* è la forte presenza di una tradizione a carattere *particolaristico* nella gestione del *welfare*, sia da un punto di vista relativo alle prestazioni, con frodi o clientelismi⁶⁰, sia da un punto di vista contributivo, con le evasioni fiscali. Il panorama che si definisce appare condizionato in maniera considerevole da una organizzazione delle istituzioni facilmente manipolabile dagli interessi organizzati (partiti politici o lobbies). Inoltre, i lunghi periodi di dittatura che hanno caratterizzato la recente storia di questi paesi ha determinato la presenza e la persistenza di questo fenomeno che Ferrera definisce di basso grado di 'statualità' (*stateness*)⁶¹.

Quindi, per completare il quadro riguardante i regimi internazionali di welfare composto, secondo Esping-Andersen, da *regime liberale*, *regime conservatore-corporativo* e *regime socialdemocratico*, Ferrera propone il *regime sud-europeo* appena esposto, con la sua connotazione di tipo geografico e non

⁶⁰ Col termine 'clientelismo' intendiamo "il sistema di rapporti tra persone, basato sul favoritismo e sul soddisfacimento di interessi particolari, a scapito di superiori esigenze pubbliche o collettive". Voce "*Clientelismo*", in "Grande Enciclopedia de Agostini", Istituto Geografico de Agostini, Novara, 1992, vol. VI, p. 500. Alberto Merler affronta una riflessione sulle problematiche e sugli effetti perversi delle pratiche clientelari nell'ambito della pratica e dell'accesso ai servizi alla persona. Egli si sofferma, in particolare, sul paradosso evidente che si manifesta ogniqualvolta una persona che necessita di un servizio pubblico per soddisfare un proprio bisogno incontra una situazione di *empasse* per cui "la soluzione all'eccessiva rigidità formale non viene trovata nell'elasticità delle situazioni e nella flessibilità doverosa delle risposte ma, pur rimanendo formalmente intatta, la si sposta di terreno: questo meccanismo permette di conservare inalterate le prerogative della funzione pubblica e del prestigio di *carica* di chi la ricopre, [...], nei confronti del proprio gruppo di riferimento personale. In tal modo, obiettivamente, l'accesso al servizio, per chi ne è *ammesso*, risulta possibile e addirittura facilitato, liberato dalle ottemperanze più scomode". A. Merler, *Il quotidiano dipendente*, Edizioni Iniziative Culturali, Sassari, 1984, p. 43. A queste condizioni però, l'utilizzo di un determinato servizio preposto al soddisfacimento dei bisogni comunitari, non potrà essere utilizzato da tutti attraverso gli stessi canali. Ogni utente-cittadino, per pervenire al medesimo risultato, dovrà, o potrà, seguire modalità e tempi di intervento che risulteranno essere sicuramente differenti. Questo fenomeno risulta essere un aspetto particolarmente deviante delle politiche sociali perché condiziona la loro fruizione alla capacità di utilizzare determinati tipi di canali privilegiati, piuttosto che a un effettivo bisogno. In generale, per un approfondimento riguardante la presenza e le modalità assunte dai fenomeni di clientelismo nelle relazioni politiche e sociali in Italia si veda, tra i numerosi contributi: L. Graziano, *Clientelismo e sistema politico. Il caso dell'Italia*, Franco Angeli, Milano, 1984.

⁶¹ "Con il termine di 'statualità' si fa riferimento a due caratteristiche di un assetto statale: *a*) il grado di penetrazione pubblica (ossia, l'assunzione di responsabilità diretta da parte delle istituzioni statali) dei principali ambiti funzionali, come appunto la protezione sociale; *b*) il grado in cui le istituzioni statali restano autonome e indipendenti rispetto alle altre istituzioni politiche o sociali (ad esempio partiti o gruppi di interesse) nello svolgimento delle loro funzioni". M. Ferrera, *Le politiche sociali*, op. cit., p. 44.

politica come per gli altri. A questi quattro l'autore affianca anche un modello riferito alla *quinta «Europa sociale»*, composta da tutti i paesi dell'ex blocco comunista che sono entrati a far parte dell'Unione Europea nel 2004. I nuovi membri si trovano ad affrontare ora una duplice sfida che riguarda la costruzione o il consolidamento di una stabile economia di mercato e, al contempo, di un maturo sistema democratico, declinato anche in termini di uno stabile sistema di *welfare*.

I cinque modelli appena citati non sono una interpretazione definitiva della realtà ma si presentano come la momentanea descrizione di una realtà *in fieri*, che richiede la presa in considerazione di ampi margini di discussione, rivisitazione e, come afferma Ferrera, di 'ricalibrazione'. Il tempo, gli avvenimenti sociali e quelli economici, gli attori sociali e istituzionali che localmente o globalmente influenzano il grado e le modalità di condivisione dei rischi, contribuiscono a definire le geometrie variabili di questo ambito di ricerca.

Le molteplici dimensioni del mondo della vita consentono allo studioso di assumere prospettive differenti in funzione del proprio interesse conoscitivo, e tutte contribuiscono a perseguire l'obiettivo scientifico che ambisce a definire in modo sempre più completo e approfondito la realtà, coinvolgendo nelle proprie riflessioni e analisi nuovi strumenti e nuovi orientamenti interpretativi.

Da ciò Ferrera muove ulteriormente le sue riflessioni verso la definizione di una nuova tipologia di classificazione dei modi di fare *welfare* fondata sull'analisi dei fattori occupazionali e della loro influenza sul sistema decisionale e definitorio delle politiche di protezione sociale. Questa prospettiva avrebbe l'obiettivo di comprendere in quale misura il *welfare State* avrebbe riprodotto al proprio interno le differenze socio-economiche esistenti.

A partire dall'analisi del modello di copertura delle realtà statuali oggetto di studio, Ferrera individua due fondamentali varianti: il *modello occupazionale* e il *modello universalistico*, declinati a loro volta in *puri* e *misti*. I quattro modelli indicativi che ne derivano contribuiscono ulteriormente alla definizione delle modalità secondo cui verrebbero percepiti ed implementati i principi di solidarietà nell'ottica di una organizzazione istituzionalizzata e strutturata di questa, in alcuni

casi secondo categorie occupazionali e in altri invece secondo il principio universalistico di cittadinanza.

- I WELFARE STATE OCCUPAZIONALI PURI

Rappresentano la declinazione moderna delle politiche bismarckiane della fine del XIX secolo. Difatti, come descrive Ferrera, gli Stati che attuano questo modello “hanno esordito con schemi riservati solo ad alcune categorie di lavoratori dipendenti e hanno poi continuato a seguire la strada delle piccole inclusioni occupazionali”⁶². I nuovi settori occupazionali che progressivamente venivano inclusi nelle politiche previdenziali venivano trattati con modalità uniche ed indipendenti dalle precedenti. Di questo passo è stata abbracciata la quasi totalità della popolazione, anche se la solidarietà sociale non è omogenea ma è venuta a frammentarsi secondo demarcazioni occupazionali, originando così una moltitudine di comunità a rischio. Esempi emblematici sono: Francia, Belgio, Germania e Austria.

- I WELFARE STATE OCCUPAZIONALI MISTI

Le esperienze di riferimento in questo ambito sono quelle di Italia, Svizzera, Olanda e Irlanda. In questi casi il modello occupazionale resta dominante benché i 4 paesi testimonino esperienze eterogenee. Per esempio, in questi casi è sempre presente uno schema a copertura nazionale, fondato non sul principio della partecipazione lavorativa ma su quello della cittadinanza (in Italia, l'assicurazione sanitaria, intesa come prestazioni in natura e servizi, è garantita a tutta la popolazione dal 1978).

- I WELFARE STATE UNIVERSALISTICI MISTI

Le esperienze di riferimento sono quelle di Gran Bretagna, Canada e Nuova Zelanda. Questo paesi inizialmente attuarono schemi assicurativi nazionali *means-tested* (con verifica dei mezzi per il rilascio della prestazione), trasformati nel secondo dopoguerra in schemi di sicurezza sociale ad ampia copertura.

⁶² M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, op. cit., p. 87.

- *I WELFARE STATE UNIVERSALISTICI PURI*

Coprono tutta la popolazione residente secondo l'applicazione più pura del principio universalistico, senza distinzioni né sul piano occupazionale né su quello dei diritti di cittadinanza. Gli esempi emblematici sono quelli dei paesi della penisola scandinava in cui, per esempio, la Svezia attua i principi legati a un'idea di *welfare State universalistico puro* fin dal 1913.

I modelli elaborati da Ferrera vengono a definirsi in base alle “selettività” messe in atto dagli stessi *welfare* descritti nell'opera di diffusione dei vantaggi e dei servizi a determinate categorie di persone prima di altre. Difatti, mentre i regimi definiti da Esping-Andersen, ai quali si aggiungono le due “*Europe sociali*” descritte da Ferrera, fanno riferimento ai concetti di destratificazione e demercificazione, e nello specifico ai loro gradi di presenza nei sistemi di *welfare* nazionali, le categorizzazioni dello studioso italiano tendono a porre il nucleo della questione interpretativa in concomitanza con le modalità attuate dalle istituzioni nel limitare l'accesso alle prestazioni a determinati gruppi sociali, in questo caso organizzati in base all'occupazione.

Secondo Ferrera, la rivalutazione del cosiddetto *principio di selettività (targeting)*, anche in contesti di *welfare* universalistico, è frutto dell'emergere in modo palese della crisi del sistema di finanziamento del *welfare State* che ha portato, conseguentemente, alla necessità di evitare la dispersione di risorse e di contenere le spese, così da poter garantire il sostegno necessario a chi non è autosufficiente o a chi si trova in un momentaneo stato di indigenza⁶³.

Il cosiddetto *targeting* è divenuto, nell'ultimo decennio, un elemento chiave nell'elaborazione delle politiche sociali ed ha attraversato trasversalmente, con differente intensità, tutti i modelli precedentemente esposti. Fanno eccezione i *welfare* scandinavi che, in virtù di una robusta impalcatura di tipo *universalistico* storicamente consolidata, riescono a esserne quasi completamente immuni. Essi di fatto limitano la presenza di fenomeni di selettività solo in termini di declinazioni comunitarie, tendenti a consolidare il benessere dell'intera popolazione secondo la

⁶³ Cfr. M. Ferrera, *Le trappole del welfare*, il Mulino, Bologna, 1998.

radicata cultura della *folkhemmet* che interpreta lo Stato sociale come “casa di tutti” e non solo dei bisognosi.

In Gran Bretagna, invece, l'applicazione dei *means-test* nella selezione dei fruitori dei servizi ha portato al manifestarsi di alcuni effetti collaterali. Per esempio, un test di selezione incentrato sull'individuazione di indizi di povertà effettiva verrà automaticamente interpretato come qualcosa di stigmatizzante, rendendo così più difficoltoso un eventuale percorso di inserimento sociale. Inoltre, lo stigma derivante dall'utilizzo dei servizi o dei benefici porterebbe conseguentemente la popolazione a non richiedere tali modelli di assistenza, generando quel fenomeno che è stato definito di *take-up* (non utilizzo) delle risorse.

Le distorsioni nell'attuazione di efficienti politiche sociali nei paesi mediterranei che compongono la *quarta Europa sociale* sono legate, anche in questo caso, alla natura poco weberiana dello Stato, ovverosia scarsamente riconducibile a quei principi di efficienza, razionalità ed efficacia che, secondo Weber, dovrebbero caratterizzare incondizionatamente l'azione di governo⁶⁴. In questi casi, la particolare gestione degli strumenti istituzionali di amministrazione dei beni collettivi, a volte clientelare e personalistica, creerebbe l'ambiente adatto ad azioni fraudolente nella destinazione delle risorse comuni, mentre il principio di selettività delle politiche sociali necessita di un contesto in cui sia possibile applicare metodi standard e replicabili per la valutazione dei mezzi individuali.

⁶⁴ Più volte nelle sue riflessioni Weber sostiene che la ‘razionalità’ non può indicare i fini ultimi verso cui gli uomini dovrebbero tendere, perché questi sono stabiliti e determinati in base a principi legati alla morale, all'etica, al credo religioso. La ragione può, piuttosto, fornire gli strumenti più adeguati per raggiungere tali obiettivi. Inoltre, secondo l'autore esisterebbe un sentimento di adeguatezza dei mezzi utilizzati dall'attore che conferirebbe a questi ‘razionalità’, che perciò non dipenderebbe più dalla loro effettiva adeguatezza rispetto al raggiungimento degli obiettivi. Per un approfondimento sull'argomento si rimanda a: Weber M., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, op. cit.

2. Nascita e definizione del *welfare State* in Italia

2.1 *I percorsi di definizione del welfare State e delle politiche sociali in Italia*

Nel capitolo precedente abbiamo affermato e sostenuto la tesi secondo cui il *welfare State* ha definito i propri principi e fondamenti teorici nella Gran Bretagna del secondo dopoguerra e non nel sistema assicurativo occupazionale-categoriale a carattere coercitivo ideato da Bismarck alla fine del XIX secolo⁶⁵. Il vero aspetto innovativo dell'esempio britannico risiede in quel principio di cittadinanza che fonda la diffusione dei benefici e dell'assistenza del *welfare State*, così come è definito nel *Beveridge Report*, su un'idea universalistica alla partecipazione del benessere collettivo e alla condivisione delle responsabilità e dei rischi sociali ed economici scaturiti da una rapida quanto incontrollata produzione industriale.

Nel caso dell'Italia, il panorama relativo alle politiche sociali nei decenni a cavallo del 1900 era caratterizzato da due differenti realtà che convivevano fianco a fianco: il Mezzogiorno retto da un'economia quasi unicamente fondata sulla produzione agricola, e il nord Italia in cui si palesavano i primi esempi di una produzione industriale che comunque stentava a decollare. Questa sensibile differenza tra le due "macro regioni" italiane fu un ostacolo all'elaborazione di teorie e pratiche previdenziali e assistenziali nazionalistiche e portò alla conseguente prevalenza di istituzioni private assistenziali cattoliche, denominate *Opere Pie*, a discapito della creazione di un sostrato di pensiero comune e diffuso

⁶⁵ Cfr. *supra*, cap. 1.

sulla necessità di istituire una struttura previdenziale più omogenea a livello nazionale.

Con la cosiddetta Legge Crispi del 1890⁶⁶ l'allora nascente governo italiano si proponeva di intervenire e riordinare il complesso sistema di *Opere Pie*, attribuendo loro personalità giuridica pubblica e denominandole *Istituti Pubblici di Beneficenza*, in seguito IPAB (1923). L'intervento normativo aveva il fine specifico di regolare la costituzione, il funzionamento e l'estinzione delle istituzioni cattoliche di assistenza, inoltre laicizzò parzialmente le IPAB introducendo la nomina pubblica nei consigli di amministrazione, il controllo dei bilanci da parte dello Stato e l'obbligo di investire i patrimoni in titoli di Stato o immobili. Questa situazione si mantenne fino al 1988 quando una sentenza della Corte Costituzionale dichiarò anticostituzionale l'art. 1 della Legge Crispi⁶⁷ perché non prevedeva la possibilità che le IPAB assumessero la personalità giuridica di ente privato⁶⁸.

Nel 1896, in Italia viene avviato un percorso di realizzazione del sistema assicurativo nazionale destinato esclusivamente ad alcune categorie di lavoratori (evidente il riferimento all'esperienza bismarckiana), che prevedeva l'assistenza per gli infortuni e per le malattie⁶⁹. Nell'arco dei successivi vent'anni il governo

⁶⁶ Legge 6972/1890, *Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza*.

⁶⁷ Sentenza n. 396 della Corte Costituzionale, 7 aprile 1988.

⁶⁸ Successivamente, il D.P.C.M. 16 febbraio 1990 ha indicato i criteri per la conversione delle IPAB in enti privati attraverso la partecipazione significativa, e non più maggioritaria, dei soci nel consiglio di amministrazione, contemplando una presenza puramente integrativa e non più prevalente delle prestazioni volontarie e, infine, determinando la sostanziale modifica del patrimonio, costituito ora in prevalenza, e non più in forma esclusiva, dalle donazioni e dai contributi dei soci.

⁶⁹ Sono molto pochi i testi riguardanti le ricerche storiche sulla nascita delle prime forme assistenziali pubbliche o private in Italia. Per l'elaborazione di questo capitolo abbiamo fatto riferimento, principalmente ai seguenti testi: S. Hernandez, *Profili storici*, in Comitato Studio per la Sicurezza Sociale, *Per un sistema di sicurezza sociale in Italia*, il Mulino, Bologna, 1965; Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale, *Settant'anni di previdenza sociale*, Roma, 1970; A. Cherubini, *Storia della previdenza sociale*, Editori Riuniti, Roma, 1977; F. Mazzini, *Il sistema previdenziale in Italia fra riforma e conservazione*, in A. Orsi Battaglini (a cura di), *Amministrazione pubblica e istituzioni finanziarie*, il Mulino, Bologna, 1980; A. Castaldi, *Dall'assistenza ai servizi sociali*, Edizioni delle autonomie, 1982; S. Sepe, *Amministrazione e mediazione degli interessi: il controllo sugli istituti di pubblica assistenza e beneficenza*, in AA. VV., *L'amministrazione nella storia moderna*, Giuffrè, Milano, 1985; M. Dal Pra Ponticelli, *I modelli teorici del servizio sociale*, Astrolabio, Roma, 1985; A. Monticane (a cura di), *La storia dei poveri. Pauperismo ed assistenza nell'età moderna*, Edizioni Studium, Roma, 1985; A. Belloni Sonzogni, *Per una storia della previdenza sociale in Italia*, in "Sanità, Scienza e Storia", 1, 1987; E. Gustapane, *Le origini del sistema previdenziale: la Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e per la vecchiaia degli operai*, in "Previdenza Sociale", 1, 1989; A. Cherubini e F.

italiano si impegnò ad estendere l'assicurazione obbligatoria a un numero sempre maggiore di categorie di lavoratori, estendendone i benefici anche alla maternità di tutte le categorie di operaie. Tuttavia non si giunse mai a un sistema di copertura nazionale universalistico in ambito occupazionale. Il motivo deve essere ricercato nell'aperta ostilità dei grandi proprietari terrieri del Mezzogiorno che collegavano la propria contrarietà all'istituzione stessa del sistema assicurativo nazionale che riduceva i loro guadagni perché totalmente a carico del datore di lavoro. I braccianti, dal canto loro, non erano interessati alle assicurazioni pubbliche perché riponevano una scarsa fiducia nell'istituzione pubblica in quanto tale. I proprietari delle fabbriche del nord Italia si trovarono a dover far fronte a tutti gli oneri economici imposti dal sistema assicurativo, così come nel caso precedente, vedendo così svanire uno dei pochi vantaggi offerti dall'economia capitalistica italiana: la manodopera a basso costo. Inoltre, gli operai manifestarono un chiaro disinteresse nei riguardi di questa nuova forma di protezione sociale perché forti di un solido sistema di mutuo-auto aiuto radicato nelle comunità di appartenenza e nella famiglia, e altresì sostenuto dal sistema di strutture caritatevoli organizzate e gestite a livello nazionale dal Vaticano.

La presenza capillare di queste organizzazioni ecclesiastiche rallentò notevolmente la diffusione tra i lavoratori dell'idea stessa di intendere il sistema assicurativo nazionale come un'opportunità per emanciparsi dal potere che proprietari industriali e i proprietari terrieri avevano sulle loro vite. Difatti, la Chiesa si oppose a tale progetto per non perdere il proprio primato di aiuto e cura alle persone attraverso la pratica della carità cristiana, una pratica che sostiene e aiuta le persone a superare i momenti difficili che seguono il concretizzarsi di un rischio e che difficilmente lo prevenivano, una pratica questa che non promuove l'emancipazione e non rende autonomi ma fornisce solo sostentamento momentaneo e crea vincoli di dipendenza e nuovi terreni di incertezza:

Vanozzi, *Rassegna sugli studi storici intorno alla previdenza (dal 1945 a oggi)*, in "Sanità, Scienza e Storia", 1, 1989; A. Campanini, *Servizio sociale e Sociologia: storia di un dialogo*, Lint, Trento, 1999.

“la previdenza doveva restare frutto di sforzi individuali ispirati ai principi della solidarietà e della responsabilità sociale, della beneficenza e del soccorso ai più deboli”⁷⁰.

Alla luce di ciò, appare evidente che i primi tentativi istituzionali di creare un sistema assicurativo nazionale vennero contrastati da tre linee di forza differenti, dalle azioni politiche e sociali di tre soggetti portatori di interessi ideologici o politici che contribuirono, forse in taluni casi inconsapevolmente, a determinare il forte ritardo nei processi di inclusione delle categorie lavoratrici: i capitalisti e i latifondisti, gli operai e i braccianti, il Vaticano.

L’influenza esercitata da questi gruppi di potere determinò il fallimento del tentativo italiano di definire le prime modalità operative per l’esercizio di una politica assicurativa che comprendesse nel proprio intervento tutti i braccianti agricoli. Difatti non ci fu mai una reale partecipazione o una concreta manifestazione di interesse da parte dei destinatari di questi interventi. Il sistema assistenziale informale, la lontananza percepita con le istituzioni pubbliche e l’ormai diffuso principio di sussidiarietà dell’intervento d’aiuto sostenuto e promosso dagli organismi caritatevoli della Chiesa cattolica, complici anche gli interessi dei gruppi di potere che agivano direttamente sulle scelte delle classi operaie, generarono un panorama in cui si rese impossibile la creazione di un sistema assicurativo maggiormente diffuso, ma soprattutto accettato ed apprezzato per l’innovativo contenuto ideologico insito.

A cavallo del primo dopoguerra, mentre cioè nel Regno Unito la *Fabian Society* diffondeva i propri ideali socialisti, rivolti prettamente alla creazione di un sistema di tutela nazionale per tutti i cittadini, l’Italia veniva attraversata da una crisi politico-istituzionale assai grave, frutto del disastroso esito della Prima Guerra Mondiale. Il bagaglio di numerose vittime, la distruzione delle infrastrutture e delle città, l’aumento vertiginoso dell’inflazione e della disoccupazione contribuirono alla determinazione del contesto più adeguato per intraprendere una riflessione collettiva sulla possibilità e sulla necessità di costruire un nuovo sistema di protezione sociale.

⁷⁰ M. Ferrera, *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, op. cit., p. 211.

Nel 1917 il governo italiano istituì una speciale *Commissione di studio per l'assicurazione di malattia* che ebbe il compito di stilare un progetto per l'istituzione di un sistema sanitario pubblico che avesse anche la gestione e l'amministrazione diretta delle strutture ospedaliere ove erogare le prestazioni richieste. Questo sistema sanitario nazionale *ante litteram* sarebbe stato esteso a tutti i lavoratori, anche indipendenti, con reddito inferiore a una determinata soglia, ai disoccupati e a tutti i cittadini bisognosi di tutela⁷¹.

Successivamente, nel 1919, venne istituita la Commissione Rava che ebbe il compito di progettare un sistema globale di assicurazione obbligatoria per i rischi derivanti dalle attività lavorative. Il progetto proponeva i seguenti punti:

- assicurazione obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti e *indipendenti* il cui reddito non superasse un determinato limite, e per tutti coloro che erano inseriti nell'assicurazione per gli infortuni sul lavoro e la maternità;
- copertura assicurativa relativa a inabilità temporanea, invalidità e morte per cause di lavoro, disoccupazione involontaria;
- prestazioni obbligatorie che comprendevano: gli *interventi minimi per il risarcimento del danno alla famiglia*, cioè: *assistenza medica a tutta la famiglia*; speciale assistenza durante maternità, puerperio ed allattamento; un risarcimento per inabilità temporanea e per disoccupazione involontaria *pari alla metà del salario*, decrescente nel tempo fino al minimo dell'indennità per invalidità ma pur sempre *in relazione all'onere della famiglia*; in caso di morte garantire un sussidio funerario, una *rendita temporanea per i figli* fino all'età lavorativa e un *sussidio alla vedova* se priva di altri mezzi;
- favorire l'assicurazione facoltativa anche per persone non obbligate all'assicurazione (ciò attraverso l'erogazione di sussidi economici)⁷².

Le raccomandazioni da noi evidenziate in corsivo nella precedente esposizione appaiono fin dal principio assolutamente innovative nel contenuto,

⁷¹ La creazione di strutture ospedaliere gestite direttamente dallo Stato, finalità per la quale era prevista anche la requisizione degli istituti privati, è un aspetto assolutamente innovativo in ambito di *welfare State*, giacché mai prima di questo momento in nessuna nazione europea si aveva avuto l'ambizione di realizzare un simile progetto su scala nazionale. In merito si rimanda in particolare a: A. Cherubini, op. cit.

⁷² Cfr. Commissione Reale per il Dopoguerra, *Studi e proposte della prima sottocommissione*, Tipografia Artigianelli, Roma, 1920.

soprattutto se rapportate con le esperienze e le idee relative al *welfare State* in auge in quegli anni nel panorama internazionale, anche se nella loro forma giuridica di linee guida progettuali esse sono prive di alcun valore normativo. L'idea di promuovere e favorire l'adozione di una assicurazione, attraverso l'erogazione di sussidi, anche tra chi non è obbligato per via della particolare mansione svolta, manifesta un chiaro orientamento verso ideali universalistici che vorrebbe superare, andare oltre lo schema categoriale dell'inclusione totale di un solo gruppo identificabile di persone (gli occupati, i bisognosi, i poveri, i vecchi).

La strada che si iniziava a definire sembrava portare verso forme di *welfare State* senza paragoni in termini di copertura della popolazione e di organizzazione delle infrastrutture tecniche ed amministrative.

La venuta del regime fascista pose però grandi ostacoli alla realizzazione di tali principi. Esso impose drastiche modificazioni alla struttura assicurativa ed assistenziale esistente fino ad allora creata in Italia ed impedì l'implementazione dei principi universalistici e delle linee operative dei programmi elaborati dai governi negli anni precedenti.

Il fascismo incrementò la frammentazione dei modelli assistenziali categoriali, attuando provvedimenti selettivi legati a singole e circoscritte categorie lavorative. Alcune di queste vennero duramente penalizzate, per esempio le categorie dei lavoratori agricoli, al fine di rafforzare il potere economico dei grandi proprietari terrieri e di consolidare pertanto lo *status quo*, le differenze di classe⁷³. Nella pratica, il risarcimento del debito contratto con i latifondisti, che appoggiarono e sostennero l'ascesa del regime, si tradusse nell'esclusione dell'intero settore agricolo dai piani previdenziali contro la disoccupazione e nell'abolizione della copertura pensionistica per mezzadri e coloni.

⁷³ Sostanzialmente sembrerebbe che la tipologia di *welfare State* definita da Esping-Andersen 'regime corporativista' riscopra la propria derivazione in un contesto simile a quello appena descritto. Secondo l'autore, le conseguenze storiche generate dal peculiare approccio all'amministrazione dell'assistenza pubblica durante il ventennio fascista sono riscontrabili, per alcuni versi, nella più o meno recente strutturazione del *welfare State* in Italia, con il conseguente inserimento di questa tra gli esempi di questa tipologia di regime. Cfr. *supra*, cap. 1.2. In merito alle riforme del sistema assicurativo nazionale attuate dal regime fascista si rimanda a: M. Salvati, *Il regime e gli impiegati. Nazionalizzazione piccolo-borghese negli anni del fascismo*, Laterza, Roma-Bari, 1992.

Inoltre, anche gli interventi e i provvedimenti assistenziali introdotti dal governo vennero gestiti e strumentalizzati direttamente dal regime che li utilizzò a proprio vantaggio per aumentare il controllo coercitivo sulla popolazione. Basti pensare, per esempio, all'istituzione nel 1925 dell'*Opera Nazionale per la Maternità e l'Infanzia* (ONMI), ideata e voluta per migliorare l'assistenza in questo specifico ambito sociale e coordinare a livello nazionale gli interventi dedicati, ma strumentalizzata dal regime per fini demografici e di politiche razziali. Un altro esempio, emblematico per l'argomento da noi affrontato, è quello della *Prima Scuola per Assistenti Sociali*, fondata a Roma nel 1928 presso la *Scuola Femminile Fascista di Economia Domestica*. I programmi didattici avrebbero orientato le studentesse allo studio e alla cura della persona umana, ma il regime fascista voleva utilizzare la scuola stessa, attraverso l'indottrinamento delle future assistenti sociali, come strumento di propaganda e di penetrazione politica⁷⁴.

Pertanto, al di là dei principi idealistici che avrebbero sospinto le possibili riforme verso orizzonti assolutamente originali per l'epoca, l'avvento del regime dittatoriale frenò e ostacolò i progetti del governo nell'ambito della costruzione delle prime forme di politica sociale. Il fascismo in Italia cancellò i progetti riformisti fino ad allora creati, generando una irreversibile frammentazione categoriale in ambito previdenziale e una degenerazione degli interventi implementati verso derive di assistenzialismo particolaristico, a discapito dei principi e dei propositi di copertura universalistica dell'assistenza pubblica.

⁷⁴ Cfr. F. Di Flumeri, *Principi e fondamenti del servizio sociale*, Books & News, Foggia, 1992.

2.2 Dopo il ventennio fascista: dal Piano D’Aragona al Sistema Sanitario Nazionale

Il *welfare State* viene dunque a delinearci nel panorama italiano fra tendenze di frantumazione occupazionale nel settore pensionistico e tentativi di creare un sistema di assistenza sanitaria il più universalistico possibile.

Nei circa trent’anni che separarono la nascita della Repubblica Italiana dalla creazione del Sistema Sanitario Nazionale, il dibattito politico sui temi inerenti il sistema previdenziale si incentrò sostanzialmente su diatribe a carattere ideologico fra gli opposti schieramenti, secondo traiettorie argomentative tendenzialmente astratte e sostanzialmente prive di una reale proiezione nella realtà dei fatti.

Nel secondo dopoguerra, l’Italia si trovava a dover fronteggiare una grave crisi economica dalle evidenti ripercussioni e conseguenze in ambito sociale. La disoccupazione era causata soprattutto dalle precarie condizioni dell’economia nazionale post-bellica. I progetti del Governo, in termini di finanziamento e di investimento di risorse nella creazione di un nuovo *welfare State* sotto la spinta della riforma appena introdotta in Gran Bretagna dal *Piano Beveridge*, dovettero fare necessariamente i conti con le ristrette finanze pubbliche.

Il disastroso risultato ottenuto dall’azione bellica italiana nella Seconda Guerra Mondiale determinò conseguenze drammatiche dal punto di vista economico. Il processo di frammentazione sociale, in termini occupazionali, fece emergere i propri effetti negativi pochi decenni dopo l’avvio voluto dalla linea politica nazionale di Mussolini. Le categorie sociali più tutelate sia dal punto di vista previdenziale, sia per ciò che concerne i propri interessi particolaristici, sospettarono, di buon grado, che le inevitabili riforme in ambito assistenziale-previdenziale potessero ledere i propri privilegi al fine di favorire una più giusta perequazione della ricchezza collettiva.

Lo scenario si presentava molto complesso, con numerosi ambiti di conflitto e terreni di recriminazioni reciproche invece che di contrattazione e di condivisione di intenti. Questo quadro sociale, economico e politico si è rivelato essere estremamente fertile per la nascita di idee innovative ed innovatrici, capaci di far fruttare la drammaticità delle conseguenze sociali della guerra al fine di

ideare nuovi percorsi di diffusione del benessere, e da cui si sarebbero in seguito delineate le direttrici ideologico-politiche che avrebbero condizionato in maniera determinante i principi costitutivi del *welfare State* contemporaneo italiano:

“La guerra con le sue distruzioni, con l’occupazione del territorio nazionale e soprattutto con l’inflazione determinò gravi danni alla struttura della previdenza sociale. Per effetto dell’inflazione furono pressoché annientate le riserve mobiliari, aumentarono i costi delle prestazioni in natura ed i costi di amministrazione degli Enti, mentre non aumentarono nel contempo, per varie ragioni tecniche ed amministrative, i gettiti contributivi”.⁷⁵

Come vedremo in seguito, furono numerose le commissioni di indagine, incaricate dai vari governi in carica di delineare i caratteri della società italiana al fine di definire le linee progettuali delle politiche sociali. Dal loro lavoro scaturirono molte interessanti idee o proposte e numerosi furono i provvedimenti d’emergenza rivolti a singole categorie in difficoltà. Tuttavia nessun provvedimento normativo venne attuato concretamente in campo previdenziale per strutturare un intervento maggiormente completo a favore della creazione di un nuovo sistema previdenziale nazionale.

Con la stesura della Carta Costituzionale italiana, l’assistenza previdenziale pose definitivamente e ufficialmente al centro delle proprie azioni normative la persona, declinata secondo il concetto di cittadinanza. L’articolo 3 e l’articolo 38 affermano di fatto la responsabilità diretta della Repubblica Italiana nel garantire una adeguata tutela a tutta la popolazione e, in particolare, ai cittadini disabili oppure privi di mezzi di sostentamento:

“È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e

⁷⁵ Consiglio Nazionale dell’Economia e del Lavoro (CNEL), *Relazione preliminare sulla riforma della previdenza sociale*, Roma, 1963a, p. 315.

l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.”⁷⁶

E ancora:

“Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.”⁷⁷

Alla luce di ciò, lo Stato italiano assunse una posizione di responsabilità nei confronti della concreta realizzazione di tale principio. Nel 1945, l'allora Ministero della Costituente, presieduto da Nenni, istituì la *Prima Commissione per lo studio del problema del lavoro*, sotto la guida di Pesenti. I lavori di questa commissione aprirono la strada, nel 1947, alla *Seconda Commissione per lo studio del problema del lavoro*, presieduta dal socialista Ludovico D'Aragona e questa volta all'interno del Ministero del Lavoro. La *Seconda Commissione* aveva il compito di effettuare:

“un esame della forma di previdenza, assistenza ed assicurazioni sociali ai fini di una riforma della legislazione vigente, ispirata alle esigenze di un ordinamento più semplice ed uniforme che estenda i limiti dell'assistenza in favore delle classi lavoratrici.”⁷⁸

La cosiddetta *Commissione D'Aragona* iniziò i propri lavori partendo da un presupposto ideologico innovativo per il panorama italiano del secondo dopoguerra. Essa pose quale fondamento concettuale quella che potrebbe essere considerata come la domanda principale del percorso di definizione delle politiche sociali, ovvero: chi dovrebbe effettivamente beneficiare della previdenza sociale? Fino ad allora le politiche sociali avevano sofferto di una forte idiosincrasia

⁷⁶ Art. 3, Costituzione Italiana.

⁷⁷ Art. 38, Costituzione Italiana. Nel parlare di *mantenimento* ed *assistenza sociale* la Carta Costituzionale fa chiaro riferimento all'insieme degli strumenti istituzionali e ai servizi predisposti dallo Stato per la tutela dei cittadini inabili al lavoro oppure indigenti.

⁷⁸ Commissione per la Riforma della Previdenza Sociale (CRPS), *Rapporto sui lavori della Commissione*, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Roma, 1948, all. 1.

manifestata, come già detto precedentemente, da una parte in una sensibile frammentazione a carattere occupazionale delle politiche previdenziali, con una conseguente esclusione di alcune categorie sociali, e dall'altra nella diffusione di principi universalistici in ambito sanitario.

L'idea di fondo del *Piano D'Aragona* permane quella di estendere i diritti previdenziali a tutti i cittadini, definendo le differenze di trattamento esistenti tra le differenti classi lavoratrici come un qualcosa di oramai inaccettabile. Le perplessità rispetto a una effettiva realizzazione di tali principi furono numerose, sia da una prospettiva politica che da una meramente economica. Di fatto anche la più tenace volontà riformatrice dovette scontrarsi con una realtà ancora ben lungi dall'accogliere senza remore una transizione verso modelli universalistici⁷⁹.

Il lavoro della Commissione contiene alcune proposte estremamente innovative, espressione di principi pienamente universalistici che superavano, in termini di copertura sociale, le elaborazioni proposte dal *Rapporto Beveridge*.

I punti salienti del *Piano D'Aragona* riguardavano l'estensione della copertura a tutti i lavoratori e i familiari, senza limiti di reddito; l'istituzione di un unico ente previdenziale per tutti i lavoratori (previdenza sociale fondata sulla solidarietà generale di tutti i lavoratori); l'istituzione di una assicurazione contro un numero sempre maggiore di rischi (maternità, inabilità temporanea e permanente, disoccupazione, malattia, vecchiaia e morte del capofamiglia) con erogazione di prestazioni economiche e di servizi; infine, un sistema di calcolo delle prestazioni economiche erogabili legato alle retribuzioni o ai redditi, attraverso l'applicazione di aliquote decrescenti e senza massimali.

Ma come successe già in altre circostanze simili, all'atto ideativo-progettuale non seguirono azioni normative ed implementative a carattere istituzionale. La criticità del contesto sociale italiano si rivelò fonte di ispirazione per i soggetti istituzionali e per le forze politiche coinvolte nell'ideazione di nuove politiche sociali, ma al contempo ostacolò il cambiamento per via degli elevati costi e dei considerevoli investimenti che lo Stato avrebbe dovuto mettere a

⁷⁹ I dubbi e le perplessità, ma anche le forti idealità e le strenue volontà, orientate al promuovere e realizzare una via italiana all'universalismo previdenziale, sono gli stati d'animo e le intenzioni che trapelano dalle stesse pagine del *Rapporto d'Aragona*: "Alla nostra competenza, al nostro senno, spetta stabilire se i tempi sono maturi per una simile radicale soluzione". *Ivi*, p. 127.

disposizione dei relativi Ministeri ma che ancora era incapace di sostenere. Inoltre, la frammentazione sociale, oltre che occupazionale, promossa e realizzata dal fascismo divise idealmente la popolazione tra coloro che si consideravano unicamente *contribuenti* e coloro che venivano percepiti, da sé stessi e dagli altri, come fruitori e *riceventi*. Ciò determinò posizioni di chiusura, quando non di aperto contrasto, nei confronti di un sistema così protettivo verso chi non lavora, compromettendo l'affermazione ed il radicamento di tutti i provvedimenti a carattere riformatore che avessero l'esplicita intenzione di attuare modifiche al tradizionale sistema mutualistico-lavorativo della previdenza sociale.

Pertanto, seppur sostenuto dal governo e dalla maggioranza dell'opinione pubblica, fatta eccezione per alcuni gruppi di potere, il *Piano D'Aragona* aveva in sé alcune importanti lacune e contraddizioni che non contribuirono sicuramente a sciogliere le generali riserve verso la sua realizzazione. Del resto, la *Seconda Commissione per lo studio del problema del lavoro* non ebbe a sua disposizione molto tempo per affrontare i nodi principali dei malesseri che affliggevano l'Italia. Il Piano D'Aragona fruì inizialmente di soli quattro mesi di tempo, estesi poi a sei, per completare il proprio lavoro. Un periodo di tempo oggettivamente e palesemente insufficiente che forse è indizio di uno scarso interesse riposto nei confronti del tema affrontato. La fretta che ha condizionato la stesura del *Rapporto* ha portato all'ideazione di interventi concettualmente innovativi ma praticamente incompleti se non addirittura contraddittori nella forma e nell'elaborazione.

Nel frattempo, il servizio sociale italiano, uno dei settori operativi che compongono il multiforme scenario delle politiche sociali, muoveva i primi passi verso un riconoscimento scientifico e anche politico del proprio lavoro di cura alla persona. Nel 1946 l'Opera Nazionale Assistenza Religiosa e Morale agli Operai (ONARMO) istituì la *Scuola Superiore di Assistenza Sociale* per sole donne e a orientamento cattolico. Il titolo di scuola superiore venne conferito in virtù dell'applicazione di metodologie scientifiche per lo studio della condizione umana e per l'elaborazione degli interventi assistenziali ritenuti più adatti al singolo caso. Contemporaneamente venivano aperte a Roma la *Scuola Italiana di Servizio Sociale*, e a Milano la *Scuola Pratica di Assistente Sociale*, scuole queste

maggiormente orientate ad approcci metodologici laici e al confronto con le esperienze nate nei contesti anglosassoni.

In questo periodo storico le scuole di servizio sociale che venivano attivate numerose in diverse sedi contribuivano a dipingere un panorama ideologico e politico estremamente variegato. In questo specifico settore, l'Italia si presentava come terreno di competizione tra tre differenti ideologie, celate dietro altrettanti organi fondatori e finanziatori. Abbiamo già citato le scuole cattoliche fondate dall'ONARMO, ma erano presenti anche scuole laiche ad ispirazione cattolica, amministrare dall'ENSISS, Ente Nazionale Scuole Italiane di Servizio Sociale. Infine le scuole laiche coordinate dal CEPAS (Centro di Educazione Professionale per Assistenti Sociali), oppure dall'UNSA (Unione Nazionale per le Scuole di Assistenti Sociali)⁸⁰.

Il servizio sociale italiano rivelò quindi un grande fermento per ciò che riguarda la ri-definizione di alcuni principi etico-metodologici riferiti alla pratica professionale dell'assistenza. A seguito dei lavori del convegno internazionale sul servizio sociale, tenutosi a Tremezzo nel 1946, vennero indicati i nuovi orientamenti della professione, ora più attenti a costruire degli interventi di cura finalizzati alla promozione della persona umana⁸¹. Fino ad allora vigeva un approccio ai percorsi di cura che prevedeva una assistenza di tipo caritatevole, eredità degli enti di assistenza e cura gestiti dalla Chiesa, oppure caratterizzata da forme rigide di intervento fondate sull'applicazione della normativa vigente. Il frutto dei lavori del convegno di Tremezzo evidenziarono l'insufficienza di questi

⁸⁰ Per un approfondimento sulla storia del servizio sociale si rimanda a: F. Di Flumeri, op. cit.; R. Bernocchi, *Le scuole di servizio sociale in Italia. Aspetti e momenti della loro storia*, Fondazione Zancan, Padova, 1984; B. Bortoli, *Teoria e storia del servizio sociale*, Carocci, Roma, 1997; F. Martinelli, *Gli assistenti sociali nella società italiana*, Istiss, Roma, 1965; A. Florea, *L'assistente sociale: analisi di una professione*, Istiss, Roma, 1966; F. Ferrarotti, *Servizio sociale ed enti pubblici nella società italiana in trasformazione*, Armando Armando, Roma, 1965; P. Grigoletti Butturini, *Quadro istituzionale e lavoro degli operatori sociali: evoluzione storica ed interrelazioni*, in Bernardi L., *Composizione e organizzazione del lavoro sociale*, Scuole di Servizio Sociale di Venezia e Verona, Montorio (Vr), 1980; M. Dellavalle, A. Tassinari, *Scuole di servizio sociale e servizi: una collaborazione feconda*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 4, 1999; G. Gariazzo, *L'esordio del servizio sociale in Italia tra sollecitazioni americane ed esigenze nazionali*, in "La Rivista del Servizio Sociale", 4, 1999; P. Ferrario, *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Carocci, Roma, 2001; E. Neve, *Il servizio sociale. Fondamenti e cultura di una professione*, Carocci, Roma, 2003; M. Diomede Canevini, voce "Storia del servizio sociale", in M. Dal Pra Ponticelli (a cura di), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005.

⁸¹ Cfr. O. Vallin (a cura di), *Atti del convegno di studi per l'assistenza sociale. Tremezzo settembre-ottobre 1946*, Marzorati, Milano, 1947.

due approcci, orientando le riflessioni sulla necessità di contribuire alla costruzione della piena integrità umana di ogni singola persona. Il percorso di cura indicato prendeva in considerazione nuove necessità interpretative dei reali bisogni personali e collettivi, oltrepassando il limite oggettivo degli interventi particolaristici per abbracciare nuove modalità di collaborazione alla costruzione di personalità realmente sottratte alle proprie situazioni di bisogno. La persona in situazione di deprivazione veniva così percepita nella completezza della propria umanità e aiutata nella creazione dei presupposti ideali per una propria ricostruzione all'interno della propria stessa comunità sociale, come uomo e cittadino impegnato nella realizzazione di sé stesso e delle *cose comuni*.

Negli anni Sessanta riemerse l'interesse politico verso i temi riguardanti lo studio e le riforme del sistema previdenziale. Venne istituito all'interno del *Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL)* la *Commissione Lavoro, Previdenza Sociale e Cooperazione*. Questa commissione pubblicò nel 1963 due differenti rapporti dal titolo *Relazione preliminare sulla riforma della previdenza sociale* e *Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*⁸². In questi testi la suddetta *Commissione* espose le condizioni in cui il sistema previdenziale italiano si trovava subito dopo la fine del secondo conflitto mondiale e propose alcune riflessioni a carattere generale sui possibili ambiti di intervento in materia previdenziale.

Tra le tante idee e progettualità proposte nel secondo rapporto, alcune tra le più interessanti e ritenute altresì le più innovative riguardavano l'istituzione di un sistema pensionistico universalistico, affiancato da pensioni integrative per i lavoratori autonomi, del tutto indipendente da criteri di copertura fondati su occupazione e reddito, e l'estensione della tutela sanitaria a tutti i cittadini, secondo i principi più puri delle politiche sociali universalistiche, tramite un sistema ospedaliero amministrato e finanziato dallo Stato.

Si evince chiaramente dai punti precedentemente illustrati che gli anni Sessanta pongono le pre-condizioni concettuali indispensabili per la costituzione pratica di un sistema universalistico di stampo scandinavo, da cui trapelano frequenti echi dell'innovativa proposta di riforma del sistema previdenziale

⁸² Cfr. Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), *Relazione preliminare sulla riforma*, cit.; Id., *Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*, Roma, 1963b.

contenute nel già citato *Piano D’Aragona*. Il palcoscenico politico dedicò progressivamente sempre più spazio a dibattiti e proposte riguardanti la realizzazione di un sistema nazionale di protezione sociale, fino a giungere all’elaborazione di proposte politiche sempre più concrete attraverso il *Rapporto Saraceno* e il *Progetto di Piano Giolitti*, che generarono anche interventi normativi di fondamentale importanza per la successiva evoluzione del sistema sanitario italiano. Così l’avvio della riforma del sistema sanitario venne ufficialmente inserita nei piani del governo e divenne un obiettivo fondamentale del *Programma di sviluppo economico per il quinquennio 1965-1969*⁸³.

Il concreto impulso istituzionale all’implementazione di modificazioni riguardanti l’assetto nazionale del sistema dei servizi sanitari venne a caratterizzarsi fin da subito secondo le linee di tendenza volte esplicitamente a rispondere all’esigenza politica e sociale di istituire un servizio sanitario nazionale gratuito per tutti i cittadini. Vengono così ad affermarsi esplicitamente in ambito normativo alcuni principi fondamentali di uguaglianza.

La riforma ospedaliera del 1968, la cosiddetta *Legge Mariotti* (legge 132/1968), sancì l’istituzione degli enti ospedalieri e introdusse ufficialmente il diritto di tutti i cittadini italiani a un livello base di assistenza sanitaria. Nella riforma è evidente un approccio riconducibile all’idea di “sicurezza sociale” che estendeva la fruizione dei servizi sanitari a tutti i cittadini, al di là di una condizione di povertà oggettiva, garantendo al contempo uno standard minimo di prestazioni nei servizi pubblici. Inoltre, questa legge sancì la separazione delle attività a carattere sanitario da quelle operativamente assistenziali, legate di fatto ai principi dell’assistenza sociale, che assunsero altresì un forte impulso orientato alla prevenzione, nell’esplicitazione del proprio intervento.

Nei dieci anni successivi il lavoro politico in ambito sanitario divenne frenetico. La legge 382 del 1973 conferì al governo il potere di delega alle Regioni per ciò che concerneva le materie e le competenze sanitarie, provvedimento normativo già contemplato dalla Legge 132/1968 ma mai attuato per via dell’assenza di strutture regionali di gestione.

⁸³ Cfr. Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, *La programmazione economica in Italia*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1967.

In seguito, la legge 833/1978 sancì la creazione del sistema di Servizi Sanitari Nazionale, con la conseguente estensione a tutti i residenti del diritto all'assistenza farmaceutica, medico generica e specialistica, cosicché la copertura sanitaria universalistica divenne concretamente realtà per tutta la popolazione italiana.

Tuttavia la legge 833/1978 non chiarisce gli aspetti della lacuna normativa riguardante le differenti competenze e le responsabilità di Stato e Regioni nella definizione delle linee di intervento. Questa indeterminatezza di ruoli e compiti portò a frequenti dispute tra i tre differenti livelli di governo, dispute che rimasero irrisolte e che contribuirono a determinare alcune incongruenze amministrative ed organizzative della sanità in Italia.

I tre livelli attori nella determinazione e nella creazione delle politiche sanitarie a partire dal 1978 sono:

- *il livello centrale* che è costituito dal Ministero della Salute e che, avvalendosi della collaborazione e del supporto di diversi organismi aventi funzioni tecniche o di consulenza, ha il compito principale di definire le linee operative del Piano Sanitario Nazionale e di sottoporre le leggi elaborate e ritenute indispensabili all'approvazione del Parlamento;
- *il livello regionale* è composto dai rappresentanti istituzionali delle Regioni che, nella *Conferenza Stato-Regioni* hanno la possibilità di rapportarsi direttamente con alcuni organi ministeriali per contrattare l'ammontare dei finanziamenti regionali. A questo livello vengono inoltre programmati i Piani Sanitari Regionali di durata triennale e vengono nominati i direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali (ASL);
- *il livello locale*, infine, ha il compito, attraverso le ASL, di gestire i rapporti con le aziende ospedaliere locali, con i medici di base e con le strutture private dalle quali vengono acquistate alcune tipologie di prestazioni. All'interno di questo livello i cittadini rivestono il duplice ruolo di fruitori dei servizi offerti e di finanziatori attraverso il pagamento del cosiddetto *ticket*, tassa a carattere prestazionale, che va ad aggiungersi ai finanziamenti regionali destinati all'amministrazione della sanità pubblica.

Dalla breve descrizione dei livelli attraverso cui si articola il Sistema Sanitario Nazionale, emerge la presenza di alcuni ambiti trasversali ad essi e che contribuiscono a definire gli ambiti di intervento e le modalità per realizzare i servizi. Ferrera definisce questi ambiti col termine ‘sottosistemi’ e ne individua sostanzialmente tre: il *sottosistema della domanda*, composto dalla popolazione che esprime un bisogno di salute; il *sottosistema della produzione* che produce e distribuisce le prestazioni sanitarie necessarie per rispondere alla domanda della popolazione; il *sottosistema del finanziamento* che raccoglie e distribuisce agli enti territoriali preposti le risorse economiche necessarie per il funzionamento del Sistema Sanitario Nazionale⁸⁴.

Negli anni Settanta, in contemporanea cioè con i momenti di fondazione del Sistema Sanitario Nazionale, la professione di assistenza e cura venne coinvolta nei percorsi di definizione e organizzazione del proprio ruolo all’interno delle sfere di competenza dei nuovi sistemi di previdenza sociale. La figura dell’assistente sociale venne inserita all’interno degli organi territoriali per agevolare la ricomposizione dell’ormai logoro e frammentato rapporto fra il cittadino e le istituzioni. In questo nuovo ruolo cambiarono le competenze e l’assistente sociale divenne una figura fondamentale nei luoghi e nei momenti istituzionali di progettazione e programmazione degli interventi in chiave preventiva, con particolare cura alla ristrutturazione del rapporto persona-comunità-istituzioni⁸⁵.

Il compito che veniva a definirsi attraverso un finale coinvolgimento professionale dell’assistente sociale era ormai lontano dal ruolo di “segretario sociale” che caratterizzò l’inizio del percorso di riconoscimento professionale. Il doppio legame *bisogni dei cittadini-Istituzioni* comportò una riflessione approfondita per sciogliere il nodo tra il mandato sociale e il mandato istituzionale, per consentire all’assistente sociale di intervenire nella comprensione delle problematiche umane secondo un approccio equilibrato, che tenesse cioè conto *in primis* dell’aspetto umano della relazione fondata sul

⁸⁴ Cfr. M. Ferrera, *Le politiche sociali*, op. cit., in particolare il capitolo 4 sulle politiche sanitarie.

⁸⁵ Per un approfondimento riguardo questo problematico aspetto della quotidiana pratica professionale dell’assistenza sociale si rimanda a: L. Gui, *Il servizio sociale trifocale*, Franco Angeli, Milano, 2008.

bisogno, ma altresì che svolgesse efficientemente ed efficacemente il proprio compito istituzionale secondo le direttive morali ed etiche che fondano la normativa nazionale.

2.3 Il percorso di territorializzazione del Welfare State italiano nello scenario contemporaneo

2.3.1 I principi di decentralizzazione nella programmazione dei servizi alla persona

L'esperienza italiana è stata caratterizzata da una forte tendenza alla centralizzazione amministrativa degli interventi assistenziali e previdenziali. La presenza di uno Stato dal forte ruolo amministrativo e decisionale nacque dalle drammatiche esperienze delle due Guerre Mondiali e, conseguentemente dalla sostanziale volontà del Parlamento italiano di assumersi in carico le azioni di cura e protezione nei confronti di tutta la popolazione. Il panorama sociale e politico dell'Italia nel secondo dopoguerra determinò i caratteri principali del percorso di genesi di uno Stato di benessere che in Europa si distinse particolarmente per solidità e per ampiezza di copertura della popolazione secondo i principi universalistici già presentati precedentemente.

Il *welfare State* così definito raggiunse il proprio apice durante gli anni Ottanta, con il contemporaneo manifestarsi dei primi limiti attuativi e gestionali nella programmazione e nella sostenibilità a lungo termine, per favorire invece interventi dai caratteri temporanei e finalizzati al soddisfacimento momentaneo di istanze particolaristiche.

La crisi dello Stato di benessere italiano emerse palesemente verso la metà degli anni Ottanta col manifestarsi dell'incrinazione del sistema di sostentamento economico del *welfare State* della crescente pressione del mercato ai confini perimetrali degli ambiti gestionali delle politiche sociali italiane:

“*il welfare è diventato vittima del suo stesso successo poiché c’è stata un’esplosione della domanda sociale e lo Stato, da solo, non è stato più in grado di essere l’unico garante del soddisfacimento dei bisogni sociali.*”⁸⁶

Il *welfare State* è stato “vittima del suo stesso successo” anche a causa dell’ipertrofia dei servizi che ha caratterizzato la propria espansione, portando conseguentemente alla copertura di tutti i bisogni istituzionalmente riconoscibili. Una tale invasione nella protezione di ambiti della vita sociale, che fino ad allora erano sostanzialmente riconducibili all’azione di cura e di sostegno delle comunità stesse, avrebbe causato, secondo alcuni studiosi, una progressiva regressione nella società della consapevolezza comunitaria nella capacità di auto-tutela, di auto-cura:

“lo stato sociale si è assunto il compito di assistere il cittadino dalla culla alla bara, rendendo la sua vita sicura e traboccante di felicità. Questo però è possibile solo attraverso una sistematica educazione dei cittadini all’inefficienza, con la conseguenza che nel mondo occidentale crescono a dismisura le spese pubbliche per i servizi sociali e l’assistenza sanitaria.”⁸⁷

Mentre le istanze di tutela aumentavano sia in termini quantitativi sia in termini di differenziazione delle richieste a seguito del mutare dei bisogni sociali e dei fenomeni di malessere sociale e il mercato rendeva progressivamente sempre più solida la propria posizione nel campo dell’erogazione privata dei servizi, il settore pubblico manifestava sempre più chiaramente la propria inefficienza ed inefficacia nella gestione degli interventi⁸⁸.

⁸⁶ M. Sibilla, *Le politiche sociali nel dibattito teorico contemporaneo*, in “Politiche Sociali e Servizi”, 2, 2006, p. 241 (corsivo dell’originale).

⁸⁷ P. Watzlawick, *Istruzioni per rendersi infelici*, Feltrinelli, Milano, 1994, p. 51 (ed. or. *Anleitung zum Unglücklichsein*, Piper, Auflage, 1988).

⁸⁸ In merito si rimanda, tra i tanti a: A. Ardirgò, *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Cappelli, Bologna, 1980; U. Ascoli (a cura di), *Welfare State all’italiana*, Laterza, Roma-Bari, 1984; P.

Per esempio, nel momento stesso della creazione del Sistema Sanitario Nazionale venne stabilito un calendario a cadenza triennale per la programmazione del Piano Sanitario Nazionale, previa approvazione del Parlamento. Queste scadenze non vennero però mai di fatto rispettate e anche quando ciò avvenne, solamente nel 1985 nell'ambito della programmazione del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1986-1989, questo provvedimento non divenne mai norma attuativa. Il problema venne superato con la legge di riforma sanitaria del 1992⁸⁹ con cui si stabilì il passaggio di competenze dal Parlamento al Governo, quest'ultimo con il compito di varare il Piano Sanitario Nazionale su proposta diretta del Ministro della Sanità.

Il clima di grande incertezza e la difficoltà sia politica sia amministrativa di gestire con strumenti legislativi lacunosi un sistema di servizi, complesso nella sua stessa natura, oltre che nella sua organizzazione pratica, portò al sorgere di numerosi problemi in termini di allocazione di risorse. Si diffuse cioè la consapevolezza che il sistema dei servizi socio-sanitari nazionale non potesse più poggiare su un'organizzazione gestionale centralizzata come quella prevista dai criteri di programmazione contenuti nel Piano Sanitario Nazionale.

Se da una parte, quindi, la nascita del Sistema Sanitario Nazionale italiano è da considerarsi come un esempio positivo in Europa di come il *welfare State* moderno può sostanzialmente esplicitare i principi universalistici tanto ricercati a livello teorico, al contempo la centralizzazione dei servizi socio-sanitari ha palesato nel tempo una scarsa funzionalità in termini di efficienza, di efficacia e di equità, per via dell'inevitabile processo di cristallizzazione dell'idea di bisogno e delle pratiche di azione a cui sono soggetti gli ambiti di intervento istituzionale.

Consapevoli della necessità di una cristallizzazione degli approcci e degli interventi in alcuni contesti della vita pubblica al fine di avere delle politiche

Donati, *Volontariato e nuove risposte alla crisi del Welfare State: per una soluzione statutaria*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 2, 1983; Id., *Risposte alla crisi dello Stato sociale. Le nuove politiche sociali in prospettiva sociologica*, Franco Angeli, Milano, 1984; Id. (a cura di), *Le frontiere della politica sociale*, Franco Angeli, Milano, 1985; P. Donati, R. De Vita, G.B. Sgritta (a cura di), *La politica sociale oltre la crisi del welfare State*, Franco Angeli, Milano, 1994; M. Ferrera (a cura di), *Lo stato del benessere, una crisi senza uscita?*, Le Monnier, Firenze, 1981; J. Logue, *Lo Stato del benessere: vittima del suo successo*, in "Rivista Bimestrale di Cultura e Politica", 4, 1980; G. Rossi, P. Donati (a cura di), *Welfare State, problemi e alternative*, Franco Angeli, Milano, 1982.

⁸⁹ Si fa qui riferimento al decreto legislativo n. 502/1992.

efficienti in termini di mera gestione delle pratiche di politica sociale, tuttavia ci preme sottolineare il carattere peculiare della sfera dei bisogni cui il sistema dei servizi socio-sanitari deve fornire risposta. Questo si presenta come un ambito della vita quotidiana le cui coordinate sociali sono costantemente ridiscusse e modificate da un universo di variabili dalle molteplici origini, a carattere economico, sociale, culturale, religioso, politico, psicologico, e così via fino a coprire tutti gli aspetti personali ed interpersonali della vita umana. Le concause che contribuiscono a rendere questo territorio di complessa interpretazione creano un sistema in continuo divenire relazionalmente al contesto ambientale e temporale che lo determina. Una visione statica, fotografica, cristallizzata appunto, dei bisogni socio-sanitari di un ideal-tipo di fruitore dei servizi piuttosto che di una intera e multiforme popolazione produrrebbe inevitabilmente il disegno di un sistema di servizi facilmente gestibile nella forma per l'ente nazionale centrale, ma di scarsa efficacia ed efficienza nella pratica diuturna per via delle numerose lacune che vengono a crearsi in conseguenza allo scorrere del tempo e al contestuale mutare della natura sociale.

La gestione burocratizzata delle politiche sociali, che progressivamente *spersonalizza* i servizi riducendoli a semplici strumenti meccanici di gestione dei bisogni sociali codificati, ha determinato un duplice risultato in seno alla società civile. Se da un lato ha portato alla cronicizzazione dell'indifferenza del cittadino nei confronti delle politiche riguardanti il benessere collettivo, dall'altro ha contribuito a far emergere e a rendere palese un rinnovato sentimento di partecipazione civile alle dinamiche della propria comunità di appartenenza.

Le sempre nuove e mutevoli problematiche e tendenze sociali, che sistematicamente e periodicamente emergono sia in ambito locale che nazionale, hanno reso necessaria l'ideazione di un percorso di programmazione che sviluppi caratteristiche dinamiche ed elastiche, che rendano cioè capaci il sistema di produzione e di erogazione dei servizi di adattarsi, di adeguarsi, alle esigenze e alle richieste dello specifico momento storico di cui esse sono concretamente parte, al fine di riconoscerle tempestivamente e di interpretarle correttamente.

Le istituzioni pubbliche hanno affrontato la sfida presentata dalla crisi di governabilità⁹⁰ che ha condizionato l'agire delle politiche sociali durante gli scorsi decenni attraverso i percorsi di decentralizzazione e territorializzazione amministrativa che hanno caratterizzato ultimamente l'azione governativa. Tale crisi di governabilità si è venuta a definire nell'interstizio creatosi dal progressivo allontanamento tra il cosiddetto *mondo della vita quotidiana* (*tagliche Lebenswelt*) e le istituzioni stesse. Alfred Schütz indicava con l'espressione "mondo della vita quotidiana" (*tagliche Lebenswelt*) il contesto ambientale, sociale e simbolico a noi pre-esistente e in cui noi stessi agiamo e interagiamo:

"il mondo della vita quotidiana dovrà indicare il mondo intersoggettivo che esisteva molto prima della nostra nascita, percepito ed interpretato dagli Altri, i nostri predecessori, come mondo organizzato."⁹¹

La concettualizzazione di Schütz si ispira chiaramente al concetto fenomenologico di "mondo della vita" (*Lebenswelt*) elaborato precedentemente da Husserl⁹². Sostanzialmente, mentre Husserl si sofferma sulla concettualizzazione del "mondo della vita" come il mondo delle evidenze originarie, la teorizzazione schütziana viene a comprendere la realtà *tout court* nella sua definizione di "mondo della vita quotidiana" perchè:

"vi partecipiamo sempre, anche durante i nostri sogni, attraverso i nostri corpi, che sono essi stessi cose del mondo esterno; [...] perché è

⁹⁰ Questa espressione è stata coniata da Achille Ardigò. Per un approfondimento riguardante l'approccio teorico di questo autore si rimanda a: *infra*, cap. 3.3.1.

⁹¹ A. Schütz, *Saggi sociologici*, UTET, Torino, 1979, p. 182. Dello stesso autore e sullo stesso argomento: *La fenomenologia del mondo sociale*, il Mulino, Bologna, 1974 (ed. or. *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*, Springer, Wien, 1960).

⁹² Cfr. E. Husserl, *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologia*, Mondadori, Milano, 2008 (ed. or. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und Phänomenologischen Philosophie*, Kluwer Academic Publishers, 1950); Id., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, il Saggiatore, Milano, 1961 (ed. or. *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie: eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie*, Kluwer Academic Publishers, 1954).

questo il regno in cui possiamo inserirci con le nostre attività corporee, quindi, che possiamo mutare e trasformare.”⁹³

Questa prospettiva risiederebbe alla base dell’interpretazione teorica operata da Jürgen Habermas nell’identificazione dicotomica di due distinte sfere della società definite dall’autore: “società come sistema” e “società come mondo della vita” (*System/Lebenswelt*)⁹⁴. Nel primo ambito opererebbero principalmente strategie di razionalizzazione orientate unicamente all’ottimizzazione della funzionalità del sistema sociale. Il secondo ambito, invece, comprende tutte le situazioni di vita e di interrelazione esistenti tra gli attori sociali.

Secondo l’approccio dell’autore, questi due livelli progrediscono insieme, contemporaneamente e influenzandosi vicendevolmente. *System* e *Lebenswelt* divengono quindi due utili strumenti per indagare il sistema sociale attraverso prospettive originali. Le cosiddette patologie sociali vengono ricondotte da Habermas al manifestarsi di fenomeni di compresenza non armonica di questi differenti ambiti.

Difatti, per fare un esempio concreto, se l’azione del *System* degenerasse verso derive di efficientismo e burocratizzazione che tenderebbero a condurre alla considerazione dei soggetti sociali, delle persone, in termini funzionali al proprio scopo riproduttivo, ovvero sia come strumenti, come clienti, esso perderebbe il proprio legame con il livello del *Lebenswelt*. In tale situazione, denaro, diritto e potere invaderebbero con la loro logica razionale-strumentale i mondi della vita.

Ciò pregiudicherebbe inevitabilmente la stessa sussistenza e funzionalità del *System* giacché solo nella sfera del *Lebenswelt* sono presenti i valori, le *riserve di senso* di cui parla l’autore. Per una armoniosa sopravvivenza della società è necessaria la ricerca di un costante equilibrio tra *System* e *Lebenswelt*, cosicché anche gli altri sottosistemi (economico, politico e culturale) possano sussistere⁹⁵.

Nel caso specifico delle politiche sociali, lo Stato e l’apparato istituzionale ad esso collegato rappresentano il *System*. Questo, dopo essersi allontanato dai

⁹³ A. Schütz, *Saggi sociologici*, op. cit., pp. 313-314.

⁹⁴ Cfr. J. Habermas, *Teoria dell’agire comunicativo*, il Mulino, Bologna, 1986 (ed. or. *Teorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt, 1988).

⁹⁵ Cfr. Id., *La crisi di razionalità nel capitalismo maturo*, Laterza, Roma-Bari, 1979 (ed. or. *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*, Suhrkamp, Frankfurt, 1973).

mondi della vita, dalle comunità, dalle persone e dai propri bisogni, si è riavvicinato ad essi per invaderli attraverso quelle che Habermas ha definito come “processo di mediatizzazione” oppure “colonizzazione” (*Kolonialisierung*) della società. Nello specifico del nostro tema di ricerca ci riferiamo agli interventi sanitari, sociali e socio-sanitari, ovvero alle politiche sociali generalmente imposte dall’alto⁹⁶, colonizzate:

“penetrando i media di controllo, denaro e potere, [attraverso] una ridefinizione consumistica dei rapporti, di una burocratizzazione delle condizioni di vita.”⁹⁷

Uno degli esempi di questo fenomeno viene riconosciuto da Pierpaolo Donati nella sfera sociale delle dinamiche relazionali familiari. Lo studioso individua gli effetti negativi del “processo di mediatizzazione” della vita quotidiana all’interno dei processi di cambiamento delle forme di cura intergenerazionali della famiglia. Se una volta i genitori si *pre-occupavano* dei figli durante il periodo della loro crescita e successivamente questi aiutavano i genitori ormai anziani durante l’anzianità, ora non è più così:

“il *welfare state* è intervenuto su queste regole. Ha sostenuto i figli per rendere uguali le loro opportunità di vita quando i genitori non c’erano o erano inadeguati. Ha sostenuto gli anziani per renderli indipendenti dai figli.

L’intervento dall’esterno si è fatto via via più rilevante, al punto che, nei *welfare regimes* più avanzati, le aspettative dei bambini e degli anziani per il loro benessere dipendono ora più dai benefici dello Stato [...] che dalle altre generazioni.”⁹⁸

⁹⁶ Cfr. P. Gemignani, *Mutamento di paradigma nel servizio sociale*, Pacini-Fazzi, Lucca, 1990.

⁹⁷ J. Habermas, *Dialettica della razionalizzazione*, Unicopli, Milano, 1994, p. 248.

⁹⁸ P. Donati, *Politiche sociali e solidarietà fra le generazioni: il contributo della sociologia relazionale*, in A. Fadda, A. Merler (a cura di), *Politiche sociali e cultura dei servizi*, Franco Angeli, Milano, 2006, p. 28. Sull’argomento si rimanda inoltre ai numerosi contributi dell’autore: Id., *Sociologia delle politiche familiari*, Carocci, Roma, 2003; Id. (a cura di), *Secondo rapporto sulla famiglia in Italia*, Edizioni Paoline, Milano, 1991; Id., *Le generazioni in un’ottica relazionale*, in G. Lazzaroni, A. Cugno (a cura di), *Risorse e generazioni*, Franco Angeli, Milano,

Interventi di questo tipo, se non interpretati esclusivamente secondo una prospettiva di cura, di diffusione del benessere e delle pari opportunità tra tutti i cittadini, sono indizi del “processo di colonizzazione” di Habermas e delle effettive distorsioni delle azioni di *welfare* emerse attraverso le riproduzioni sociali delle dinamiche della propria crisi strutturale. In questo contesto, la distorsione più rilevante provocata dal *welfare State* riguarda l’attuale schiacciamento (*squeeze*) delle generazioni di mezzo.

Questo è un processo che Robert Castel ha definito di *progressiva erosione delle posizioni intermedie*. Gli indicatori della presenza di tale fenomeno sono da individuare fondamentalmente nella *precarizzazione del lavoro* che ha ridimensionato la capacità dell’attività lavorativa salariata di fungere da strumento di integrazione sociale. Un altro elemento di forte criticità legato alla perdita *graduale di densità delle reti familiari* che consisterebbe fondamentalmente in un progressivo indebolimento della capacità delle famiglie di tutelare i propri membri più deboli attraverso l’attivazione di o la redistribuzione di risorse adeguate⁹⁹.

A ciò bisogna aggiungere il carattere di *forte rigidità* che da sempre ha caratterizzato i pur differenti sistemi di *welfare*. Questi modelli, cristallizzati nel tempo, hanno dimostrato ora la propria distonia con i nuovi rischi sociali, con i nuovi bisogni sociali. I modelli di *welfare State* più tradizionali, e quindi i più rigidi, sono ora in grado di offrire una adeguata protezione sociale solo a coloro che possono ancora fruire dei proventi di un lavoro salariato non precarizzato¹⁰⁰.

Difatti, la crisi fiscale del *welfare State* non ha più consentito di garantire a tutte le generazioni gli stessi diritti al benessere. Le generazioni “di mezzo” si trovano a dover prendersi cura dei propri figli, dei propri genitori anziani e, in taluni casi, anche dei nonni. Lo schiacciamento avviene quindi perché le “generazioni di mezzo” sono le uniche ancora produttive da un punto di vista lavorativo, economico e, soprattutto, relazionale, sobbarcandosi le responsabilità familiari quotidiane e quelle lavorative al contempo, senza aiuti rilevanti e sostanziali da parte del *welfare State*.

1997; P. Donati, F. Piancastelli, *L’equità fra le generazioni: un dibattito internazionale*, “Sociologia e Politiche Sociali”, 1, 2003.

⁹⁹ Cfr. R. Castel, *Disuguaglianza e vulnerabilità sociale*, in “Rassegna Italiana di Sociologia”, 1, 1997.

¹⁰⁰ Cfr. P. Taylor-Gooby (ed.), *New Risks, New Welfare*, Oxford University Press, Oxford, 2004.

Alla luce delle conseguenze negative, si è cercato negli ultimi anni di elaborare nuove soluzioni attraverso la sperimentazione di innovative e sperimentali modalità di coinvolgimento e collaborazione dei soggetti pubblici e privati nelle dinamiche di ideazione e di gestione dei servizi alla persona per una progressiva ri-contestualizzazione delle politiche sociali nei propri luoghi di genesi e di implementazione.

Il fenomeno di estrapolazione delle politiche sociali dal proprio luogo naturale cioè il mondo della vita, in cui primariamente i risultati e i fallimenti degli interventi si manifestano, conduce la nostra riflessione verso l'introduzione della teoria del *processo di disaggregazione (disembedding process)* elaborata da Anthony Giddens, secondo cui la società contemporanea è caratterizzata ed ha manifestato in diversi contesti una incalzante frammentazione culturale che riguarda numerose e differenti esperienze del vivere quotidiano. Nella società contemporanea, secondo questa interpretazione, lo spazio e il tempo agiscono secondo modalità storicamente nuove in cui i rapporti sociali, politici ed economici verrebbero “tirati fuori dai contesti locali di interazione e ristrutturati su archi di spazio-tempo indefiniti”¹⁰¹.

Nell'ambito specifico della creazione e gestione istituzionale delle politiche sociali, il fenomeno teorizzato da Giddens si è manifestato attraverso quello che potremmo definire come un *percorso di sradicamento* delle modalità di intervento e cura delle problematiche e dei bisogni sociali dai contesti locali, territoriali, comunitari. Le politiche sociali, strumenti delle istituzioni nazionali, elaborerebbero perciò modalità implementative condizionate da parametri non più stabiliti contestualmente alle problematiche stesse e alle necessità di un luogo o di un momento storico-sociale specifico. Le logiche di attuazione si definirebbero invece in virtù di decisioni prese in ambiti sovra-dimensionali, avulsi cioè dai contesti relazionali in cui i bisogni prendono forma e si manifestano. La condizione primaria dell'elaborazione delle politiche sociali in tale contesto sembrerebbe essere quella di individuare un tipo ideale di bisogno da soddisfare, di malessere sociale o personale da superare, che sia esso stesso *summa* di tutti i bisogni e di tutti i malesseri, cosicché l'apparato burocratico sia in grado di

¹⁰¹ A. Giddens, *Le conseguenze della modernità*, il Mulino, Bologna, 1994, p. 11 (ed. or. *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Cambridge, 1990).

intervenire secondo criteri di efficienza, ignorando l'efficacia, e perseguendo l'obiettivo della resa economica, con una conseguente omogeneizzazione e riduzione dell'universo sociale e una inevitabile perdita della percezione delle differenze che lo compongono e lo caratterizzano.

Il percorso attuale che le istituzioni hanno intrapreso già da diversi anni segue il principio di ri-aggregazione (*re-embedding*), anch'esso riconducibile alla teorizzazione di Giddens. Secondo l'approccio dello studioso britannico, per far fronte agli effetti perversi o alienanti del processo di *disembedding* è necessario riappropriarsi di determinate istanze da parte dei soggetti sociali a cui tali istanze fanno riferimento, cosicché esse possano di nuovo assumere le dimensioni e le caratteristiche naturali.

Declinando questa teoria secondo una prospettiva rivolta all'interpretazione dei fenomeni che coinvolgono le politiche sociali contemporanee, possiamo chiaramente notare come ci sia stato un incontro tra le richieste di riappropriazione di esse per opera delle istituzioni territoriali e delle comunità locali e la palese necessità delle istituzioni centrali di delegare queste aree attraverso il riconoscimento di nuove autonomie locali. Quest'ultima parrebbe essere una soluzione ricercata dalle stesse istituzioni al fine di sottrarre i campi della progettazione socio-sanitaria alla iniqua ed inefficace gestione dello Stato.

Le politiche sociali sarebbero state pertanto "tirate fuori" dai loro contesti locali originali per essere trasferite e ridisegnate su archi spaziali (per esempio su scala nazionale con una conseguente perdita di efficacia) e su archi temporali (per esempio dei tempi di elaborazione degli interventi eccessivamente dilatati con una conseguente perdita di puntualità nella implementazione degli stessi) estranei alla loro stessa natura. Gli interventi operativi del *welfare State* dovrebbero difatti essere innanzitutto contestualizzati, per raggiungere risultati efficaci, e tempestivi affinché non venga meno anche l'aspetto dell'efficienza, ovvero del rapporto costi-benefici. Tempo e spazio sono due variabili che condizionano in modo sensibile i percorsi ideativi e quelli implementativi delle azioni istituzionali, oltre che determinarne in modo inequivocabile i risultati.

L'efficacia di una politica si realizza nel momento in cui viene raggiunto l'obiettivo che inizialmente era stato stabilito, ovvero quando si riesce a portare

un miglioramento oggettivo nella vita delle persone che si trovano in una situazione di malessere o disagio. Il concetto di efficienza va a ricoprire la sfera più tecnica dell'operatività del *welfare State*. Difatti l'efficienza riguarda strettamente il momento di valutazione in cui vengono posti in raffronto gli obiettivi raggiunti con le forze messe in campo e l'effettivo dispendio di energie che l'utilizzo di queste forze ha comportato. Se effettivamente i risultati raggiunti possono essere considerati adeguati alle risorse messe a disposizione, allora si potrà parlare di effettiva efficienza delle politiche sociali¹⁰². L'economista Propper afferma riguardo il concetto di efficienza:

*“when deciding how much of a good or service should be produced we need to take into account that having the good or service gives rise to both benefits and costs, and how the benefits and the costs vary with the amount that is produced. In general benefits are desirable and costs are to be avoided. Given this, it would be sensible to choose that amount of the good at which the gap between benefits and costs is largest.”*¹⁰³

A partire da queste considerazioni emerge un altro elemento fondamentale della crisi che ha caratterizzato il *welfare State* italiano, ovvero l'apparente mancanza di valutazione a lungo termine del rapporto costi-benefici. La nascita di un Sistema Sanitario Nazionale in cui erano presenti rilevanti iniquità nell'offerta delle prestazioni socio-assistenziali ha causato una frattura tra il sistema stesso e la popolazione civile. La percezione che le politiche socio-sanitarie diventassero col tempo sempre più inefficienti¹⁰⁴, percezione confermata e rinforzata dai

¹⁰² Nello specifico ambito dei servizi socio-sanitari i livelli di efficienza ed efficacia possono essere individuati attraverso percorsi e tecniche atte a valutare, per esempio, la soddisfazione degli utenti che si sono rivolti a uno singolo servizio.

¹⁰³ “Nel momento in cui si decide qual è la quantità di un bene o di un servizio che dovrebbe essere prodotto, dobbiamo tener presente che producendo il bene o il servizio aumentano sia i benefici che i costi, e che i benefici e i costi variano in base alla quantità che se ne produce. Generalmente i benefici sono ben accetti mentre si cerca di evitare le spese. A questo punto, sarebbe ragionevole stabilire la quantità del bene in base allo scarto maggiore tra i benefici e i costi (nostra traduzione). C. Propper, *Efficiency, Equity and Choice*, in P. Alcock, A. Erskine, M. May, op. cit., p. 44.

¹⁰⁴ Alberto Merler sottolinea che, nel campo delle politiche sociali, “l'inefficienza sembra assumere un valore costitutivo [...], ottenendo però in tal modo una (pur variabile) *efficacia* sul fronte del consolidamento del modello della dipendenza. [...] Si potrebbe addirittura ipotizzare la

frequenti casi di malasania che si presentano agli occhi dell'opinione pubblica¹⁰⁵, ha portato a un sensibile allontanamento tra i soggetti pubblici e privati, con un inevitabile rifiuto del contribuente a sovvenzionare attraverso il gettito fiscale un insieme di servizi inefficienti e distanti dalle reali necessità quotidiane.

Il fenomeno di cristallizzazione del *welfare State* è una delle conseguenze inevitabili della istituzionalizzazione e burocratizzazione dei principi di previdenza ed assistenza sociale. L'amministrazione statale centralizzata delle politiche di intervento sociale inevitabilmente si allontana dai contesti in cui esso intende portare benefici e il distacco genera distorsione nella percezione delle specifiche realtà. Chiaramente, un organo nazionale di gestione delle politiche sociali può operare esclusivamente attraverso modalità le più generali possibili, poiché le declinazioni particolaristiche non potrebbero mai trovare spazio in una programmazione a livello nazionale. Pertanto vengono a sparire quasi completamente gli interventi *dedicati, ad hoc*, mentre si afferma inevitabilmente un progressivo livellamento delle possibilità di accesso ai servizi con l'obiettivo di diffondere un livello minimo personale di benessere¹⁰⁶.

La macro-struttura amministrativa del *welfare State* italiano vanta la partecipazione di alcuni Ministeri e consta di un impianto di uffici e funzionari dalla complessa e variegata strutturazione, organizzata su differenti livelli di responsabilità e di competenze. La funzione latente del *welfare State* è il mantenimento dell'integrità strutturale e funzionale della società umana di riferimento attraverso il coinvolgimento della stessa e, nello specifico, di alcuni elementi di essa. Quest'ultimo aspetto contribuisce a definire inequivocabilmente questa funzione come una *funzione di autoconservazione* del gruppo sociale.

possibilità di misurare il grado di dipendenza di una data realtà, valutando il tasso di inefficienza in essa riscontrabile. La pratica di inefficienza quotidiana, diurna, pratica, e dell'inefficacia degli interventi, con il costante non raggiungimento degli obiettivi dichiarati, diventa [...] pure abituale ed accettato elemento valorizzativo, normativo e comportamentale di *quotidianità dell'esistenza dei viventi nella realtà dipendente*. [...] Inefficienza ed inefficacia vengono accettate, giustificate, attese". A. Merler, *Il quotidiano dipendente*, cit., pp. 37-38.

¹⁰⁵ Si veda tra i tanti: G. Berlinguer, *La milza di Davide. Viaggio nella malasania tra ieri e domani*, Ediesse, Roma, 1994.

¹⁰⁶ Non sempre però ciò si rivela concretamente possibile perché il semplice offrire la possibilità di fruire di un servizio non comporta la sua effettiva fruizione da parte degli utenti per differenti motivi: mancanza di informazioni su offerta e procedure di accesso, impossibilità di raggiungere il servizio, ecc.

Per seguire il pensiero di Georg Simmel, tutte le società dell'uomo comportano la creazione di formazioni collettive che riversano i loro caratteri, le loro idealità, i loro principi, le loro finalità e i loro scopi, sulle persone, non unicamente come realtà storiche particolari ma soprattutto come *entità atemporali*. Esse si riflettono nella reificazione storica momentanea, ma non necessariamente in essa si riconoscono pienamente, e nella momentaneità storica trovano le energie e le strategie sociali che condurranno sul sentiero del mutamento per il mantenimento, o il ritrovamento, dell'equilibrio perduto:

“l'autoconservazione [...] non è una rigida mancanza di problemi e un'immobilità interna, bensì una somma di processi immanenti, la difesa di un equilibrio continuamente minacciato, la riconquista di un equilibrio spesso perduto, la consapevole e inconsapevole preparazione dei mezzi per lo scopo, mai realizzato di per sé, di riuscire a vivere l'attimo successivo.”¹⁰⁷

Pertanto, il termine stesso 'autoconservazione' riconduce a un concetto fuorviante di immobilità e chiusura che non rispecchia la reale natura dinamica di un qualsiasi organismo sociale che necessita, al contrario, di sviluppare ed appropriarsi di strumenti e tecniche adeguate a garantire la propria sopravvivenza attraverso il mutare del tempo e delle condizioni storico-sociali.

Il *welfare State* viene a definirsi quindi come uno strumento creato dalla società per la propria autoconservazione e la cui funzione viene formalizzata nell'azione stessa dell'organo amministrativo. La propria crisi si è manifestata anche attraverso ciò che potremmo definire come una patologica autoreferenzialità della prassi amministrativa ed operativa, palesante il progressivo e sempre più ampio margine di distacco che caratterizzava il rapporto tra l'istituzione in sé e la società che l'aveva generata.

Questo fenomeno di eccessiva autonomia dello “strumento politiche sociali” dal soggetto sociale che l'ha creato ha generato una drammatica fissione in cui le idealità e i valori che hanno mosso inizialmente l'azione di assistenza e sostegno,

¹⁰⁷ G. Simmel, *Sociologia*, op. cit., p. 428.

non vertono più sulla prestazione per diffondere il benessere nel gruppo sociale destinatario, ma solo sulla riproduzione della forma in sé. La società ha generato il sistema di politiche sociali e gli ha conferito una sostanziale autonomia, in virtù delle norme e dei principi etici che lo regolano. Tuttavia, una eccessiva autonomia, unita alle forme di cristallizzazione burocratica, genera degli effetti imprevisi e lesivi per gli interessi e la sopravvivenza della stessa società:

“qui compare un fenomeno peculiare della vita civile: istituzioni e relazioni sociali significative e profondamente rilevanti sono rimpiazzate da altre che appaiono in sé e per sé del tutto meccaniche, esteriori, prive di spiritualità, solo lo scopo superiore, che si colloca oltre il livello anteriore, fornisce alla loro azione comune o al loro risultato successivo un significato spirituale del quale ogni singolo elemento deve fare a meno. [...] Ora da un lato l’ingranaggio è troppo grande e troppo complesso per potere esprimere, per così dire un intero pensiero in ogni suo elemento: ciascun elemento può avere invece solo un carattere meccanico e in sé privo di significato, e può contribuire alla realizzazione di un pensiero solo come componente di un tutto. [...] Così le istituzioni, le suddivisioni, le connessioni della società possono diventare più meccaniche ed esteriori e pure essere al servizio del progresso civile, quando compare uno scopo sociale superiore al quale esse debbano semplicemente subordinarsi e che non consenta più di conservare lo spirito e il senso con cui, in una condizione anteriore, si conduceva la serie teologica.”¹⁰⁸

Lo Stato sociale ha perso nella esplicitazione formale del suo ruolo e della sua funzione quella spiritualità di cui parla Simmel. L’apparato organizzativo ed amministrativo ha sviluppato inevitabilmente una complessità strutturale che si è tradotta nella perdita, da parte delle singole forme subordinate, dell’esplicazione del fine etico originale e intrinseco a ogni atto stesso. La finalità primaria,

¹⁰⁸ G. Simmel, *La differenziazione sociale*, Laterza, Roma-Bari, 1995 (ed. or., *Über soziale Differenzierung. Soziologische und psychologische Untersuchungen*, Bunker & Humbolt, Leipzig, 1890), p. 136.

l'obiettivo principale dal quale la stessa idea fondante del *welfare State* traeva forza e vigore ideologico è venuta così a perdere definitezza tra le molteplici forme che, nella prassi quotidiana, lo stesso *welfare State* assume.

Le istituzioni che, collettivamente, compongono il *corpus* dello Stato di benessere hanno, nel tempo, ridotto la rappresentazione delle loro azioni sociali a modalità che “appaiono in sé e per sé del tutto meccaniche, esteriori, prive di spiritualità”, lontane dalla umana necessità di ricondurre qualsiasi forma dell'agire sociale a comuni significati e ideali condivisi.

Si è venuta pertanto a diffondere la percezione di un agire meccanico delle istituzioni, agire che si potrebbe semplicemente ricondurre a quelle modalità autoreferenziali e burocratiche che le amministrazioni generalmente assumono nella riproduzione formale delle prassi dell'agire socialmente utile. Ciò è causa di allontanamento della pratica sociale dello Stato dai riferimenti morali e pratici dei suoi stessi cittadini.

In queste circostanze si manifesta la crisi tra istituzioni e società: le prime, nella cristallizzazione della propria funzione, scordano oppure tralasciano nella forma, i principi che hanno determinato la necessità di una loro stessa creazione, generando un agire meccanico che si allontana progressivamente dai principi di efficienza e di efficacia; i secondi, quasi subordinati alle stesse istituzioni, hanno difficoltà ad interpretare la funzione latente e i principi etici insiti in esse, generando una reazione di allontanamento, di sfiducia e di avversione verso il sistema burocratizzato delle politiche sociali. Ciò comporta, di conseguenza, la diffusione dell'individualismo egoistico ma anche di movimenti di promozione dell'autonomia locale, di *empowerment* e di *governance*, principi questi raccolti ed esplicitati dal legislatore nella recente normativa nazionale sulla creazione del sistema di servizi socio-sanitari integrati.

Pertanto, i mutamenti recenti nel campo delle politiche sociali e il percorso di decentramento amministrativo di queste si presentano come un necessario ritorno delle istituzioni, intese come organi superiore del corpo sociale, al mondo della vita quotidiana, come una soluzione ideata all'interno dei laboratori sociali di strategie di autoconservazione al fine di:

“limitare l’autonomia dell’organo superiore affinché, in caso di bisogno, la funzione differenziata possa tornare nuovamente al tutto”¹⁰⁹.

Il ritorno al ‘tutto’ deve essere inteso come un ritorno alla società, un raccostamento ad essa da parte delle istituzioni affinché venga in esse ingenerato uno stimolo alla riflessione sul ruolo da esse assunto nei confronti del contesto sociale che le ha generate. E qui risiede un altro dei nodi fondamentali dell’analisi di Simmel sulle conseguenze degenerative dei meccanismi di decontestualizzazione e di autoreferenzialità in cui sembrerebbero rifugiarsi gli apparati istituzionali. Nel culto della forma meccanica dell’agire burocratico verrebbe cioè a perdersi il legame inscindibile di dipendenza delle istituzioni dalla società che le ha create e che ne consente la riproduzione nel tempo. Perciò esse vengono definite dall’autore come esempio di un organo sociale che, nella pratica e nel tempo, si considera un elemento esterno alla società stessa, superiore ad essa, che ha scordato che “la sua indipendenza deve servire solo alla sua dipendenza”¹¹⁰.

La separazione con conseguente allontanamento della sfera istituzionale da quella sociale ha creato “il caso di bisogno” di cui parla Simmel, ingenerando il processo di *re-embedding*, di ricontestualizzazione delle politiche sociali attraverso i percorsi normativi riferiti ai principi di decentramento e di sussidiarietà attuati negli ultimi anni dal Governo Italiano.

Questa appare essere una soluzione innovativa per un contesto come quello italiano in cui lo Stato centrale ha sempre messo in atto politiche di controllo e gestione assolutamente centralistiche, anche se di fatto lo Stato non riduce il proprio ruolo di garante dell’attuazione dei principi del *welfare State* tradizionale di fronte alla programmazione ed implementazione regionale di queste. Inoltre, la scelta di percorrere la strada del decentramento delle politiche sociali risponde chiaramente a una esigenza sociale di ri-contestualizzazione, di ri-appropriazione, di ri-assunzione di responsabilità diretta negli interventi di cura alle persone.

¹⁰⁹ G. Simmel, *Sociologia*, op. cit., p. 490.

¹¹⁰ Ivi, p.485.

Il *welfare State* appare quindi a tutti gli effetti uno strumento di autoconservazione che sta dimostrando, in questo periodo storico, le proprie caratteristiche di dinamismo ed elasticità nella rimodulazione dei propri interventi attraverso l'attuazione dei principi di decentralizzazione amministrativa contenuti nella legge 328/2000 e nella successiva modifica apportata al Titolo V della Costituzione.

Il mutamento politico e istituzionale è iniziato con il progressivo definirsi di una nuova ambizione che realizzi un principio di efficienza che, nella pratica quotidiana delle politiche sociali, diventi un elemento di promozione della condivisione delle responsabilità sociali. I soggetti politici locali, investiti di nuove responsabilità e nuove potenzialità, e le comunità stesse potrebbero così essere causa diretta di qualcosa, potrebbero attivarsi per divenire idonei a produrre gli effetti previsti o voluti senza un inutile dispendio di energie e di risorse, perché soggetti praticamente calati nel tempo e nello spazio del mondo della vita quotidiana.

Questo approccio ha indirizzato la politica italiana verso nuovi percorsi intellettuali le dissertazioni su possibili soluzioni alla crisi del *welfare State*, non più basate solo su una rapida e temporanea soddisfazione dei bisogni, ma anche sull'idea di produrre benessere contestualmente alle reali necessità delle comunità e con una prospettiva a lungo termine e con la consapevolezza della necessità di contenere i costi dei servizi per evitare il collasso del sistema sociale.

2.3.2 L'inizio del percorso di decentralizzazione nelle politiche sociali

In tal senso, il Parlamento italiano indicò chiaramente i propri orientamenti riformisti in termini di decentralizzazione dei soggetti gestionali delle politiche sociali attraverso l'emanazione della Legge n. 59/1997, la cosiddetta "Legge

Bassanini”¹¹¹ che trovò la propria attuazione con la successiva approvazione del Decreto Legislativo n. 112/1998 sul “Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59”.

L’idea basilare di questo decreto legislativo risiede nei principi di decentramento delle competenze amministrative di alcuni settori della vita pubblica del Paese indicati dal legislatore nel seguente ordine: lo sviluppo economico e le attività produttive; il settore del territorio, dell’ambiente e delle infrastrutture; i servizi alla persona e alla comunità; la polizia amministrativa regionale e locale.

Il passaggio dei suddetti compiti amministrativi alle istituzioni territoriali è un fenomeno che si manifestato in numerosi contesti internazionali secondo differenti modalità. Ciò sembrerebbe esser il frutto al contempo di spinte autonomiste e di tendenze a cedere, ma non a delegare, determinati ambiti amministrativi, nell’incapacità dello Stato centrale di sostenere la loro gestione dinanzi alla generale tendenza a perseguire risultati inefficienti ed inefficaci.

Il Decreto Legislativo n. 112/1998 pone così i presupposti per l’inizio del percorso di creazione di una esperienza italiana di *devolution*, percorso in cui le responsabilità così condivise ambirebbero a ridefinire e rigenerare, nel caso specifico del nostro interesse conoscitivo, la sfera delle politiche sociali. Il termine ‘*devolution*’ fa riferimento a una chiara rinuncia ad intervenire in maniera direttiva, a favore di uno slittamento delle responsabilità e competenze dal governo centrale al governo delle Regioni, da questi ai governi locali fino alle *comunità*, alla cosiddetta *società civile*. Ciò non può significare che lo Stato abdica alla sua funzione di assunzione di responsabilità: i percorsi di autonomia vanno infatti supportati dal ruolo che lo Stato può giocare anche in termini di tutela.

Il conferimento alle Regioni di tutte le funzioni e i compiti amministrativi riconducibili all’ambito dei servizi socio-sanitari, fatta eccezione per quelli

¹¹¹ Legge n. 59 del 15 marzo 1997, *Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa*.

espressamente mantenuti allo Stato¹¹², non è da intendersi come un atto di delega da parte del governo che difatti detiene alcune delle competenze fondamentali per la tutela e la salvaguardia del benessere pubblico e nazionale.

Il decreto segue un criterio espositivo che predilige l'indicazione delle competenze statali, escludendo così di fatto una chiara ed inequivocabile indicazione degli ambiti passati nei poteri dell'amministrazione regionale. Questo parrebbe essere un aspetto non trascurabile, non tanto nella applicazione generale delle singole norme ma nella quotidiana pratica operativa, poiché relega alcune sfere di pertinenza nell'indefinibile limbo in cui esse potrebbero, in virtù di una interpretazione funzionale a interessi particolaristici momentanei, ricadere nella categoria delle competenze dello Stato piuttosto che di quelle regionali.

I settori disciplinati che saranno oggetto della nostra riflessione saranno quello concernente i servizi sanitari e quello dei servizi sociali che nel decreto legislativo in oggetto vengono interpretati come due ambiti distinti delle politiche sociali e perciò affrontati in due differenti Capi del Titolo IV.

Per ciò che riguarda l'ambito sanitario, lo Stato mantiene le seguenti competenze: sulle sostanze stupefacenti e psicotrope e la tossicodipendenza; la procreazione umana naturale ed assistita; sui rifiuti speciali derivanti da attività sanitarie; la tutela sanitaria rispetto alle radiazioni ionizzanti; sulla dismissione dell'amianto; sul sangue umano e i suoi componenti, la produzione di plasmaderivati ed i trapianti; sulla sorveglianza ed il controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali o internazionali; sulla farmacovigilanza e farmacoepidemiologia nonché la rapida allerta sui prodotti irregolari; sull'impiego e l'emissione deliberata nell'ambiente di microrganismi geneticamente modificati¹¹³.

Si evince chiaramente che gli ambiti tuttora ritenuti legalmente di competenza dello Stato Italiano sono quelli che effettivamente riguardano le problematiche più controverse dei dibattiti nazionali ed internazionali della

¹¹² “Sono conferiti alle regioni, secondo le modalità e le regole fissate dagli articoli del presente capo, tutte le funzioni e i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato”. Decreto legislativo n. 112/1998, art. 114, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.*

¹¹³ Decreto legislativo n. 112/1998, art. 112.

medicina moderna (la procreazione naturale ed assistita, l'uso di sostanze psicotrope, la farmacovigilanza, le epidemie e gli effetti ambientali dei microrganismi geneticamente modificati).

Da un punto di vista riguardante le funzioni e i compiti amministrativi legati alla sanità pubblica¹¹⁴, lo Stato si riserva il diritto e dovere di supervisionare e provvedere all'adozione del Piano Sanitario Nazionale, l'adozione dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionali, nonché la destinazione delle relative risorse alle regioni, previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Viene così ribadito, sostenuto ed affermato il mantenimento del ruolo centrale dello Stato nel processo di promulgazione ed attuazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi *tout court* che riguardano gli ambiti sovraregionali, senza però tralasciare l'esplicita manifestazione di volontà a voler sostenere il dialogo con le Regioni attraverso l'apposita Conferenza.

Inoltre, resteranno di competenza dello Stato i seguenti compiti: l'adozione di norme, linee-guida e prescrizioni tecniche di natura igienico-sanitaria; la formazione e le modifiche delle tabelle e degli elenchi relativi a sostanze o prodotti sottoposti a una qualsivoglia autorizzazione, obblighi di notificazione, restrizioni o divieti da parte del Ministero della Sanità; l'approvazione di manuali e istruzioni tecniche su tematiche sanitarie di interesse nazionale; lo svolgimento di ispezioni, anche mediante l'accesso agli uffici e alla documentazione, nei confronti degli organismi che esercitano le funzioni e i compiti amministrativi conferiti; la definizione di un modello di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Oltre ad affermare la necessità e la volontà di detenere gli strumenti e il diritto di supervisionare e controllare gli attori pubblici e privati coinvolti in qualche modo, a livello nazionale, nei meccanismi e nei ruoli offerti dal Servizio Sanitario Nazionale, lo Stato si pone altresì come garante del buon operato delle amministrazioni regionali attraverso l'adempimento delle seguenti mansioni: l'approvazione dei piani e dei programmi di settore non aventi rilievo e applicazione nazionale; l'adozione dei provvedimenti puntuali e l'erogazione delle prestazioni; la verifica della conformità rispetto alla normativa nazionale e

¹¹⁴ Decreto legislativo n. 112/1998, art. 115.

comunitaria di tutte le strutture, le attività e le tecniche d'intervento riguardanti l'ambito sanitario.

Nel titolo IV del decreto vengono quindi affrontati e normati i temi riguardanti i servizi alla persona e alla comunità, suddividendo questi tra i temi inerenti la tutela della salute, al Capo I, e i servizi sociali, al Capo II. Tale netta separazione, seppur in contrasto con la normativa vigente che affronta questi ambiti secondo una prospettiva di integrazione dei servizi, ci pare comunque di notevole utilità perché ci offre l'opportunità di affrontare, approfondire, presentare e delineare concettualmente in maniera distinta le caratteristiche peculiari e gli ambiti di intervento dei servizi sociali e dei servizi sanitari. Di fatto il presente decreto legislativo ha consolidato le basi concettuali, peraltro già presenti nella legge n. 59 del 1997 che lo precede, che hanno contribuito a definire profondamente le modalità di implementazione ed organizzazione dei servizi sociali e sanitari nei provvedimenti normativi successivi.

Nella normativa in oggetto vengono fin da subito definiti gli ambiti di intervento ritenuti di competenza dei servizi sociali attraverso la seguente definizione:

“ai sensi del presente decreto legislativo, per “servizi sociali” si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.”¹¹⁵

In effetti, la precedente definizione è puramente tecnica, normativa, necessaria e funzionale alla delimitazione di un preciso ambito concettuale in riferimento all'oggetto trattato¹¹⁶. Tuttavia, secondo la prospettiva interpretativa

¹¹⁵ Art. 128, d.lgs. 112/1998.

¹¹⁶ I servizi sociali possono sicuramente essere ricondotti a uno dei numerosi sottosistemi delle politiche sociali. Tuttavia, il compito di trovare una definizione univoca non è semplice per via sia

del ruolo e delle funzioni dei servizi sociali del decreto legislativo 112/1998, il legislatore stabilisce le seguenti competenze che di fatto permangono sotto il diretto controllo dello Stato: la determinazione dei criteri generali per la programmazione della rete degli interventi di integrazione sociale da attuare a livello locale; la determinazione degli standard dei servizi sociali da ritenersi essenziali in funzione di adeguati livelli delle condizioni di vita; i compiti di assistenza tecnica, su richiesta dagli enti locali e territoriali, nonché compiti di raccordo in materia di informazione e circolazione dei dati concernenti le politiche sociali, ai fini della valutazione e monitoraggio dell'efficacia della spesa per le politiche sociali; i rapporti con gli organismi internazionali e il coordinamento dei rapporti con gli organismi dell'Unione europea operanti nei settori delle politiche sociali; la fissazione dei requisiti per la determinazione dei profili professionali degli operatori sociali; tutti i provvedimenti in materia di immigrazione¹¹⁷.

Nel caso specifico delle materie concernenti i servizi sociali, la normativa presenta e indica quali funzioni verrebbero a essere quindi trasferite dalle Regioni ai Comuni, secondo una prima forma embrionale di decentramento amministrativo. I servizi a cui si fa riferimento sono quelli riguardanti i minori, inclusi i minori a rischio di attività criminose; i giovani; gli anziani; la famiglia¹¹⁸; i portatori di handicap, i non vedenti e gli audiolesi; i tossicodipendenti e

dell'oggetto di riferimento sia del contesto operativo dei servizi sociali: l'ambiente socio-culturale e le sue costanti trasformazioni, nonché le organizzazioni, siano esse statali, private o sociali, che in esso agiscono. All'interno della vasta bibliografia che affronta il tema dei servizi sociali, citeremo la definizione che di questi viene elaborata da Paolo Ferrario nel Dizionario del Servizio Sociale e che intreccia i tre approcci precedentemente indicati (politiche sociali, trasformazioni socio-culturali, organizzazioni): i servizi sociali sono "organizzazioni e attività che hanno la funzione di rispondere ai bisogni individuali che non possono, a breve o a lungo termine, essere affrontati mediante le proprie risorse personali e relazionali e che richiedono la mobilitazione di azioni sostenute dal sistema pubblico, l'attivazione di competenze professionali specifiche, la partecipazione attiva delle persone alla costruzione del loro benessere". P. Ferrario, voce "Servizi sociali", in M. Dal Pra Ponticelli (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale*, cit., p. 578.

¹¹⁷ Decreto legislativo n. 112/1998, art. 129.

¹¹⁸ Nell'abito delle politiche sociali la famiglia è sempre e costantemente considerata un'istituzione sociale di fondamentale importanza per la società, per i propri membri, ma soprattutto per la vita stessa del sistema di *welfare* giacché al suo interno vivono modalità relazionali capaci di diffondere benessere e di sopperire alle manchevolezze delle stesse politiche sociali, quando non ai problemi che esse stesse più o meno inavvertitamente causano. Difatti "la famiglia costituisce l'istituzione collettiva minima che, nella pluralità delle sue forme, svolge attività a favore dei propri componenti. All'interno della famiglia si verificano infatti importanti trasferimenti, finalizzati ad assicurare ad ogni componente un certo benessere, sia nella vita di ogni giorno che nell'intero ciclo di vita". C. Borzaga, L. Fazzi, *Manuale di politica sociale*, Franco Angeli, Milano, 2005, p. 23.

alcooldipendenti; gli invalidi civili. Inoltre le Regioni assumono anche il compito di promuovere e coordinare operativamente tutti i soggetti che operano nell'ambito dei servizi alla persona, soggetti pubblici, privati o del privato sociale, con particolare riguardo agli attori della cooperazione sociale e del volontariato¹¹⁹.

La definizione di *servizi sociali* che viene data nel presente decreto legislativo è una definizione che appare subito come incompleta e meramente funzionale all'obiettivo regolatore del legislatore, ancora legato a una concezione di politiche sociali di tipo settoriale³. Per esempio, a differenza dell'attuale normativa europea, la definizione utilizzata nel decreto legislativo esclude di fatto in modo esplicito il settore sanitario dalle proprie competenze e tralascia di indicare come ambito di intervento le politiche abitative¹²⁰.

La palese e netta distinzione che viene fatta tra i servizi sanitari e i servizi sociali nell'ambito delle politiche sociali a nostro avviso si presenta come il punto critico di questo decreto legislativo poiché riduce concettualmente il numero di servizi e di prestazioni effettivamente riconducibili ad esso. L'espressione *politica sociale* compare difatti unicamente in riferimento ai servizi sociali e all'edilizia residenziale pubblica¹²¹, come queste fossero un criterio in più, ma non indispensabile, per la pianificazione di interventi e l'allocazione di risorse, come se la persona, destinatario e fruitore degli interventi, non avesse un bagaglio di bisogni complessi che riguardano numerose e differenti sfere della vita, in taluni casi anche nello stesso momento.

La gestione separata e raramente sincronizzata dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari ha creato numerose disfunzionalità e incentivato indirettamente una

¹¹⁹ Decreto legislativo n. 112/1998, art. 132.

¹²⁰ La Comunità Europea, nelle direttive di attuazione del *Programma di Lisbona*, definisce come *servizi sociali* “i servizi che svolgono un ruolo preventivo e di coesione sociale, forniscono un aiuto personalizzato per facilitare l'inclusione nella società e garantire il godimento dei diritti fondamentali. Essi comprendono, in primo luogo, l'assistenza ai cittadini confrontati a difficoltà personali o a momenti di crisi [...]. In secondo luogo, comprendono attività miranti a garantire che gli interessati possano essere completamente reinseriti nella società [...] e in particolare nel mercato del lavoro. [...] In terzo luogo, rientrano nell'ambito di questi servizi le attività che favoriscono l'integrazione delle persone con esigenze a lungo termine a motivo di una disabilità o di un problema sanitario. Infine, in quarto luogo, sono compresi anche gli alloggi popolari, che permettono alle persone socialmente svantaggiate o meno avvantaggiate di ottenere un alloggio. Alcuni servizi possono ovviamente comprendere tutte e quattro le dimensioni”. Commissione delle Comunità Europee, *Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea*, Comunicazione della Commissione, Bruxelles, 177, 2006, p. 4.

¹²¹ Decreto legislativo n. 112/1998, art. 59.

inefficienza legata indissolubilmente a fenomeni di spreco economico o di mancato corretto utilizzo di risorse, strumenti e strutture.

Si è cercato di superare questa concezione monodimensionale delle politiche sociali, espressione che nell'uso del plurale contiene chiaramente la molteplicità di soggetti e interventi in essa compresi e sottintesi, attraverso la Legge Quadro 328 del 2000 e le modifiche apportate successivamente al Titolo V della Costituzione. A seguito di questi provvedimenti normativi sono state progressivamente ridefinite le competenze in merito agli ambiti di intervento delle politiche sociali al fine di promuovere l'attuazione dell'organizzazione territoriale dei servizi sociali, sanitari e socio-sanitari in un'ottica di integrazione degli stessi servizi.

Una maggiore autonomia operativa in ambito locale ambisce a stimolare la nascita di nuove politiche sociali rigenerate e generative di nuove modalità di pratiche d'aiuto istituzionalizzate o a carattere privato, o del privato sociale, che verrebbero rielaborate in un'ottica di contestualizzazione degli interventi secondo cui i cittadini, e le stesse istituzioni periferiche, possono divenire attori protagonisti e non più solo soggetti intermediari dei percorsi di erogazione degli interventi di cura. Ciò comporterebbe un conseguente possibile miglioramento degli esiti implementativi in termini di equità di diffusione e fruizione dei servizi, di efficacia nel superamento del sentimento di bisogno e di efficienza grazie alla oggettiva prossimità tra gli attori istituzionali, ideatori ed attuatori, e quelli sociali destinatari, ma in alcuni casi essi stessi attuatori di politiche sociali informali di grande impatto in termini di efficienza, efficacia e immediatezza.

In virtù di tale prospettiva, i cittadini non vengono più visti come passivi destinatari delle politiche assistenziali, incapaci di offrire alcun tipo di contributo attivo all'ideazione oppure alla gestione del proprio benessere. Donati definisce questo quadro come il presupposto concettuale per la definizione in termini operativi del modello più classico dello Stato assistenziale in cui i cittadini vengono presi in cura e, passivamente, si lasciano assistere dalle istituzioni¹²².

L'autonomia nella gestione di alcuni ambiti della vita quotidiana è certo uno stimolo che promuove le capacità di autonomia e di indipendenza dallo Stato

¹²² Cfr. P. Donati, *La cittadinanza societaria*, Laterza, Roma-Bari, 2000.

assistenzialista che in Italia ha creato, gestito e condannato alla crisi il *welfare State*. Il trasferimento di competenze ai soggetti pubblici locali e l'investimento di nuove responsabilità delle comunità locali è certamente una risposta alle tendenze ideologiche della società contemporanea e al contempo tende a modificare le gerarchie e le dinamiche relazionali con le istituzioni, creando nuove capillarità degli interventi e nella redistribuzione di beni e risorse.

Questo è il percorso sul quale il governo si è mosso per la successiva definizione dei criteri di decentramento delle pratiche di gestione dei servizi alla persona attraverso la legislazione riguardante il nuovo sistema integrato di interventi e servizi sociali.

2.3.3 Verso una reale integrazione territoriale dei servizi alla persona: la Legge Quadro n. 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione

A fronte della ormai palese incapacità dello Stato nel sostenere e garantire un impianto di politiche sociali a livello nazionale che fosse sia efficiente sia efficace, è emersa la tendenza normativa a portare progressivamente gli interventi di riorganizzazione del *welfare State* su un piano progettuale locale.

Le dinamiche implementative del *welfare State* italiano contemporaneo si sono spostate dall'ambito nazionale verso le sub-dimensioni amministrative (Regioni, Province, Comuni, comunità montane, distretti sanitari), ovvero verso quelli che sono sostanzialmente ritenuti essere gli ambiti istituzionali più prossimi alle comunità di riferimento.

La promozione della riscoperta e della valorizzazione dei contesti territoriali ambisce a ricucire lo strappo creatosi nel tessuto sociale che, invece, dovrebbe unire uniformemente la sfera istituzionale a quella comunitaria. Inoltre, il reinserimento dei percorsi generativi delle politiche sociali nei propri contesti operativi consentirebbe di acquisire nuova originalità e di rigenerare i principi etici di cura alla persona e al contesto relazionale in cui essa cresce e in cui essa sviluppa la sua autonomia:

“l’integrazione dei servizi socio-sanitari prima ancora di essere una soluzione tecnica che favorisce rapidità d’intervento ed economie gestionali, è un’esigenza che deriva da una precisa concezione della persona.”¹²³

La scelta del termine ‘persona’ piuttosto che ‘individuo’ ha una estrema importanza perché connota in modo inequivocabile lo sguardo utilizzato dal legislatore per l’interpretazione della realtà che egli ha successivamente regolamentato. Il termine ‘individuo’ fa riferimento a un’idea di “non divisibilità”, “non separabilità” dell’essere umano, definito così nella sua completezza, nella sua interezza di emozioni, conoscenze ed esperienze, privando la definizione concettuale di importanti riferimenti legati all’ambito sociale nel quale l’individuo vive e in cui egli si relaziona con gli altri. Questo è un ambiente sociale relazionale che rende vitale il suo bagaglio di esperienze individuali, in un percorso di continua condivisione e mediazione reciproca.

Il termine ‘persona’, invece, trova la sua chiara radice etimologica nel termine latino *persona* che significa maschera teatrale, ma anche ruolo, entrambi significati che rimandano all’idea di interazione con altre persone, ovvero gli altri personaggi del palcoscenico della vita quotidiana. Il concetto di ‘persona’ rimanda all’idea di un essere umano che per trovare la propria completezza instaura rapporti con altre persone, interagendo con esse in un percorso di mutuo riconoscimento degli altri e di sé stesso come parte integrante del proprio mondo vitale¹²⁴.

L’affermarsi di una prospettiva tecnico-operativa che tenesse in considerazione l’aspetto di complessità e completezza del concetto di ‘persona’ in seno alle politiche sociali ha condotto il percorso di ridefinizione dell’assetto organizzativo e gestionale dello Stato sociale attraverso l’emanazione prima del

¹²³ P.L. Guiducci, *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*, Franco Angeli, Milano, 1998, p. 36.

¹²⁴ Per un approfondimento sulle riflessioni riguardanti il concetto di ‘persona’ e le differenze che lo contraddistinguono da quello di ‘individuo’ si consigliano, tra i tanti, i seguenti testi: Gruppo SPE (a cura di), op. cit.; N. Bobbio, *La persona nella sociologia contemporanea*, Baravalle e Falconieri, Torino, 1938; Id., *La filosofia del decadentismo*, Chiantore, Torino, 1944; V. Melchiorre (a cura di), *L’idea di persona*, Vita e Pensiero, Milano, 1996.

Decreto Legislativo n. 112/1998 e successivamente della Legge Quadro 328/2000, “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. Quest’ultima legge riveste un’importanza fondamentale nella storia delle politiche sociali in Italia poiché in essa possiamo trovare la prima e unica riforma legislativa alla legge Crispi del 1890 che da sola regolamentava il settore assistenziale italiano. In virtù proprio della sua natura riformatrice la legge 328/2000 ebbe un *iter* travagliato che venne a completarsi quasi allo scadere della legislatura per via dei numerosi scontri parlamentari che ne caratterizzarono la promulgazione¹²⁵. Di fatto la legge quadro ha disciplinato per la prima volta a livello nazionale le politiche socio-assistenziali, la cui organizzazione ed amministrazione era in precedenza caratterizzata da una lunga serie di interventi categoriali e di settore scarsamente coordinati tra loro.

L’obiettivo fondante è quello di disciplinare la realizzazione di un sistema universalistico e integrato di interventi e servizi sociali, sanitari e socio-sanitari, alle persone e alle famiglie per garantire la qualità della vita, assicurare le pari opportunità, rimuovere le discriminazioni, prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di bisogno e di disagio.

I destinatari degli interventi vengono individuati in tutti i cittadini italiani e quelli degli Stati membri dell’Unione Europea, in virtù e secondo gli accordi internazionali, nonché le persone extracomunitarie o apolidi che hanno diritto alle misure di prima assistenza¹²⁶. Nella pratica, i servizi di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria sono garantiti a tutte le persone che vivono in condizioni di povertà o di limitato reddito, oppure con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze a causa di inabilità di ordine fisico e psichico. Inoltre vengono tutelati tutti coloro i quali manifestino difficoltà di inserimento

¹²⁵ In pratica, la legge quadro 328/2000 venne approvata in via definitiva l’8 novembre del 2000 con il voto favorevole dell’allora maggioranza del centro-sinistra, il voto contrario di Lega Nord e di Rifondazione Comunista e l’astensione di Forza Italia e di Alleanza Nazionale. Soprattutto nel voto contrario di due partiti così distanti ideologicamente come Lega Nord e Rifondazione Comunista è possibile scorgere l’importanza del peso politico, sociale ed economico rivestita da questa riforma.

¹²⁶ In materia di fruizione dei servizi socio-sanitari da parte di immigrati extracomunitari oppure da parte di apolidi la l. 328/2000 rimanda all’art. 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 286/1998, citato anche nell’art. 4 della legge regionale 23/2005 della Regione Sardegna.

nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria¹²⁷.

Nella sua sostanza, la legge quadro 328/2000 individua e definisce la validità di alcuni principi generali, di alcune priorità, che regolerebbero l'attuazione di un programma generale relativo all'area dei servizi socio-sanitari in ambito nazionale. La realizzazione delle azioni concrete di implementazione dei servizi viene demandata ad altri momenti specifici, definiti provvedimenti *attuativi*. All'interno della legge quadro si trovano, pertanto, le disposizioni generali attraverso cui lo Stato divulga i contenuti fondamentali delle proprie intenzioni, le linee guida appunto, che indirizzino i casi specifici di attuazione della riforma dei servizi socio-sanitari in ambito nazionale.

Sostanzialmente, nel testo di legge vengono indicati i principi generali e viene posta enfasi sugli strumenti di programmazione integrata tra i differenti livelli di governo: il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali, a programmazione triennale, i Piani Regionali e i cosiddetti Piani di Zona che riguardano strettamente l'ambito territoriale locale.

Ogni sub-ambito nazionale di governo e di amministrazione dei servizi alla persona sarà pertanto obbligato a seguire le indicazioni contenute in tale legge nell'implementazione territoriale dei servizi stessi e a tener conto delle competenze proprie e di quelle riservate agli organismi superiori.

Nelle proprie linee guida il Piano Nazionale indica le caratteristiche ed i requisiti delle prestazioni sociali comprese nei livelli essenziali, il rispetto delle quali rientra nel campo dei compiti di supervisione e di tutela cui fa capo lo Stato. Difatti, il Piano Nazionale stabilisce anche la tipologia degli indicatori e dei parametri necessari per la verifica dei livelli di integrazione sociale realmente garantiti nel territorio in rapporto a quelli previsti, nonché gli indicatori per la verifica del rapporto costi-benefici degli interventi e dei servizi sociali¹²⁸. Dunque, lo Stato è chiamato a stabilire quali siano i livelli essenziali delle prestazioni

¹²⁷ Legge 328/2000, art. 2, comma 3.

¹²⁸ Con l'espressione "livelli essenziali di assistenza" intendiamo "un insieme di erogazioni di beni e/o servizi – sanitari, sociali, sociosanitari – appropriati ed esigibili, dimensionati per rispondere a bisogni predefiniti come indifferibili, offerti al cittadino in forma essenziale, non minima, e ai quali il sistema sociosanitario fa fronte in maniera uniforme a livello nazionale e regionale". A. Lippi, voce "*Livelli essenziali di assistenza*", in M. Dal Pra Ponticelli (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale*, cit., p. 316.

assistenziali, secondo le norme esposte alla lettera m) dell'art. 117 della Costituzione italiana e sulla scorta di quanto già stabilito dalla legge 328/2000.

Inoltre, questa norma prevede le definizioni dei livelli essenziali delle prestazioni da parte dello Stato e non più solo una programmazione degli stessi. L'obiettivo è infatti quello di garantire un nucleo duro di prestazioni che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale contro il rischio di una frammentazione della stessa nelle diverse parti del territorio nazionale.

Oltre a ciò, il Piano Nazionale indica quelle che sono ritenute essere le priorità di intervento attraverso l'individuazione di azioni programmate finalizzate all'attuazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Nell'ambito dell'integrazione dei servizi è necessario evidenziare come la legge preveda concretamente il recepimento all'interno del Piano Nazionale di alcuni principi fondamentali attraverso gli indirizzi fondamentali che orientano le azioni da integrare e coordinare con le politiche sanitarie, dell'istruzione, della formazione e del lavoro.

Una delle novità della legge quadro risiede, a nostro avviso, nell'attenzione particolare che viene rivolta verso le nuove prassi dell'agire sociale, verso cioè i momenti e i luoghi in cui vengono esperite modalità innovative di promozione della concertazione delle risorse umane, economiche, finanziarie, pubbliche e private, per la costruzione di reti integrate di interventi e servizi sociali. Parrebbe che, alla luce dei fallimenti riportati dalle prassi consuetudinarie di fronte ai problemi e ai bisogni cangianti e multidimensionali della società, grande fiducia venga ora invece riposta dalle istituzioni nelle azioni e negli interventi originali posti in atto dai soggetti sociali e dalle comunità coinvolti dallo Stato nel percorso di programmazione, organizzazione e gestione, secondo le rispettive competenze, del sistema integrato dei servizi¹²⁹. La comunità e le istituzioni di prossimità creano e sviluppano nuove sinergie e nuove partecipazioni che si rivelano essere:

¹²⁹ “Gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle rispettive competenze, riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi della cooperazione, delle associazioni e degli enti di promozione sociale, delle fondazioni e degli enti di patronato, delle organizzazioni di volontariato, degli enti riconosciuti delle confessioni religiose con le quali lo Stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nel settore nella programmazione, nella organizzazione e nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”. Legge 328/2000, art. 1, comma 4.

“una opportunità per assumere una nuova e diversa impostazione delle attività, più visibile e riconoscibile, più consistente e congruente con attese che non riescono a essere intercettate da altri.”¹³⁰

Nel Piano Nazionale vengono presentati alcuni indirizzi fondamentali per la predisposizione di interventi destinati ad alcune categorie di persone considerate, fin dall’origine della definizione degli interventi, bisognose di attenzioni, cure e servizi particolari. Nella legge 328/2000 si fa specifico riferimento alle persone anziane non autosufficienti e ai soggetti disabili, con particolare attenzione alla predisposizione di programmi integrati per garantire una adeguata qualità della vita ai minori e ai giovani. Inoltre viene esplicitamente indicato il campo di intervento e programmazione che garantisca il sostegno alle responsabilità familiari, anche in riferimento all’obbligo scolastico secondo i principi dell’integrazione dei servizi. In esso sono presenti le indicazioni normative relative alla formazione di base e all’aggiornamento del personale, a seguito della determinazione dei requisiti e dei profili professionali relativi alle professioni sociali, all’inserimento sociale delle persone con disabilità e limitazione dell’autonomia fisica e psichica, alle politiche e alle prassi di integrazione degli immigrati, nonché alla prevenzione, il recupero e il reinserimento sociale e lavorativo dei tossicodipendenti e degli alcooldipendenti.

Il Piano Nazionale stabilisce inoltre i criteri per la creazione e la diffusione dei servizi di informazione al cittadino e alle famiglie relativi ai servizi integrati a loro disposizione nel territorio di residenza, i criteri della loro contribuzione al costo dei servizi offerti e presenti, e i finanziamenti del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, coerentemente con i livelli essenziali delle prestazioni stabiliti dallo Stato, in proporzione con la struttura demografica, i livelli di reddito e le condizioni occupazionali della popolazione.

¹³⁰ F. Olivetti Manoukian, *La domanda di sicurezza può non investire i servizi? Tracce per una discussione pubblica*, in “Animazione Sociale”, 5, 2008, p. 6 (corsivo del testo originale). Si rimanda, inoltre, al seguente testo della stessa autrice: Id., *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, il Mulino, Bologna, 1998.

Questi ultimi aspetti contribuiscono a consolidare l'impressione che la volontà del legislatore sia orientata a definire un sistema dei servizi sociali e sanitari che sia concretamente capace di coprire la molteplicità di aspetti che compongono la sfera del vivere quotidiano di ogni persona. L'attenzione normativa viene effettivamente rivolta a considerare le politiche sociali, di cui i servizi sociali e sanitari oggetto della legge sono solo una parte, come un campo composito dell'azione politica, caratterizzato dalla molteplice convivenza di ambiti di intervento e di modalità di agire, che a volte possono essere confusi, dimenticati oppure volutamente ignorati.

Il sistema integrato dei servizi alla persona descritto nella legge 328/2000 tende a orientare i principi stessi della programmazione secondo un approccio aperto alla comprensione di numerosi e differenti aspetti quali l'istruzione, la formazione professionale, le politiche del lavoro, quelle abitative, l'immigrazione, ecc., per la realizzazione di un sistema dei servizi che sia realmente integrato.

Una volta definite le competenze dello Stato subentrano quelle in capo alle Regioni¹³¹ e ai propri organi amministrativi. Questi esercitano le funzioni di programmazione, coordinamento e indirizzo degli interventi sociali nonché di verifica della rispettiva attuazione a livello territoriale in base alle direttive contenute nel testo del Piano Nazionale. Le Regioni hanno perciò la responsabilità di legiferare in merito al proprio Piano Sanitario Regionale attraverso forme di intesa con le Province e i Comuni interessati, provvedendo in particolare alla promozione delle forme di integrazione socio-sanitaria e adottando strumenti e procedure di concertazione delle azioni, anche permanenti, per dare luogo a forme innovative ed originali di cooperazione socio-sanitaria ed inter-istituzionale secondo il principio della sussidiarietà più volte ricordato dalla legge quadro e inserito ufficialmente nella Costituzione a seguito della riforma del Titolo V.

Il ruolo tuttora attribuito alle Province all'interno del piano integrato dei servizi appare molto marginale¹³². Esso viene limitato all'adempimento di compiti di mera programmazione, in concorrenza con le altre istituzioni territoriali, privando le Province dei poteri legislativi oramai attribuiti *in toto* ai Comuni. In sostanza le province dovrebbero provvedere all'organizzazione ed alla

¹³¹ Legge 328/2000, art. 8.

¹³² Legge 328/2000, art. 7.

strutturazione di un sistema informativo dei servizi alla persona presenti sul territorio, sui bisogni e sulle risorse, in collaborazione con altri enti pubblici o privati. Tali informazioni dovrebbero essere utilizzate dalle stesse amministrazioni provinciali per analizzare il territorio e l'offerta assistenziale presente in esso, così da promuovere approfondimenti ed interventi specifici a fenomeni particolari di malessere o disagio sociale.

Le Province, ridotte quasi a semplici "enti di servizi", si trovano così a ricoprire un ruolo puramente di coordinamento all'esercizio delle funzioni degli altri enti locali territoriali, spogliate cioè della mansione istituzionale mirante alla valorizzazione della propria comunità di cui è carattere esponenziale.

Si giunge quindi allo strumento operativo del percorso normativo di programmazione e di realizzazione del sistema integrato di servizi: il Piano di Zona¹³³. Questo strumento viene redatto dai Comuni in forma associata in collaborazione con le Aziende Sanitarie Locali (ASL), secondo le disposizioni organizzative ed associative peculiari ad ogni singolo Piano Regionale e con una implementazione territoriale individuabile nei distretti sanitari:

“il Piano di Zona rappresenta una grande opportunità per realizzare l'integrazione fra servizi sociali e servizi sanitari in una logica di concertazione fra soggetti autonomi, di pari dignità.”¹³⁴

I Comuni, in qualità di organi istituzionali più prossimi alla cittadinanza, sono titolari dell'amministrazione degli interventi sociali svolti a livello territoriale. Essi adempiono all'esercizio delle loro funzioni attraverso la programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi integrati, promuovendo l'innovazione attraverso la concertazione delle risorse umane e finanziarie locali, con il coinvolgimento dei soggetti sociali indicati dal Piano Nazionale e già citati precedentemente. I Piani di Zona rivestono quindi un

¹³³ Legge 328/2000, art. 19.

¹³⁴ E. Ranci Ortigosa, *Valore e significato dei Piani di Zona*, in A. Battistella, U. De Ambrogio, E. Ranci Ortigosa (a cura di), *Il Piano di Zona. Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci, Milano, 2004, p. 20.

ruolo di fondamentale importanza per l'implementazione dei principi organizzativi di integrazione socio-sanitaria.

Tali funzioni vengono esercitate adottando gli assetti più funzionali, in termini sia di efficacia sia di efficienza, alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini e perciò partecipano direttamente al procedimento per l'individuazione degli ambiti territoriali in cui verranno implementati i Piani di Zona. Questi ultimi vengono definiti da ogni singola regione ma generalmente vengono a coincidere con i distretti sanitari, perfettamente sovrapponibili, da un punto di vista territoriale, alle Province.

Inoltre i Comuni provvedono a promuovere, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali integrati, lo sviluppo di interventi di auto-aiuto per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria. La legge 328/2000 introduce di fatto una maggiore attenzione nei confronti dei percorsi di autonomia comunitari e promuove i cosiddetti percorsi di *empowerment* attraverso il supporto e il sostentamento delle pratiche di auto e mutuo-aiuto messe in atto dalle comunità e garantendo ai cittadini i diritti di partecipazione al controllo di qualità dei servizi, secondo le modalità previste dagli statuti comunali. Attraverso questa norma, il legislatore ha elaborato gli strumenti amministrativi e gli approcci interpretativi necessari ed adeguati per attuare un progetto di rinnovamento nella natura stessa dei rapporti tra istituzioni centrali, istituzioni locali e cittadinanza attiva¹³⁵.

Mentre procediamo nell'approfondimento e nell'esposizione degli aspetti più interessanti della legge, vengono progressivamente a definirsi i quadri concettuali che hanno orientato l'azione riformatrice. Si presenta quindi la tendenza da parte dello Stato a rinunciare progressivamente alla pretesa di controllo su tutte le sfere amministrative. Una rinuncia che però non deve essere confusa con un progressivo aumentare del deficit di assistenza pubblica. Il governo cede ambiti di pertinenza nel settore dei servizi alla persona perché può fare affidamento su evidenti esempi di buone prassi create dalle comunità locali e

¹³⁵ Nella definizione di Moro, con l'espressione "cittadinanza attiva" si indica "la capacità dei cittadini di organizzarsi in modo multiforme, di mobilitare risorse umane, tecniche e finanziarie, e di agire con modalità e strategie differenziate per tutelare diritti esercitando poteri e responsabilità volti alla cura e allo sviluppo del bene comune". G. Moro, *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci, Roma-Bari, 1998, p. 48.

dagli organismi del privato sociale, prassi definite buone in termini di efficacia e di efficienza, prassi definite buone anche in virtù di un termine di paragone, quello istituzionale e standardizzato nella normativa nazionale, che non sempre ha offerto prestazioni adeguatamente puntuali, efficienti ed efficaci¹³⁶.

La legge quadro nasce quindi dall'esigenza di riunire all'interno di un medesimo ambito ideale le numerose normative regionali sui servizi socio-sanitari che si erano progressivamente venute a definire a seguito del decreto legislativo 112/1998. In essa vengono altresì inequivocabilmente indicati i presupposti operativi che avrebbero orientato l'azione giurisprudenziale delle Regioni che non disponevano ancora di un Piano Regionale dei servizi.

Successivamente all'entrata in vigore della legge quadro, e seguendo le tendenze precedentemente indicate dalla normativa, sono state apportate importanti modifiche ad alcuni articoli del Titolo V della Costituzione italiana. Pertanto, in virtù di tale riforma sottoposta a *referendum* confermativo il 7 ottobre 2001, la nostra carta costituzionale ha ufficialmente accolto in sé alcuni principi legati all'idea di decentramento delle competenze secondo il principio di sussidiarietà, proposto esplicitamente per la prima volta all'interno della legge quadro 328/2000¹³⁷ e poi negli articoli modificati del Titolo V della Costituzione come elemento fondamentale per una proficua attuazione della riforma stessa.

L'idea di una possibile pratica sussidiaria nell'amministrazione dello Stato a volte genera malintesi e fraintendimenti che conducono a due distinte posizioni ideologiche: il regionalismo e il federalismo. La prima posizione consta in un processo che mira ad attuare un progressivo trasferimento di poteri amministrativi

¹³⁶ In questo caso le buone prassi sono espressione delle sperimentazioni locali che producono pratiche *eccellenti*, uniche nel loro genere. Alla fase sperimentale seguirà quella mirante alla realizzazione di una diffusione organica delle buone prassi, trasformate in questa circostanza in prassi "buone da essere diffuse" in modo capillare sul territorio, finanziabili, inoltre, attraverso fondi strutturali che diano garanzie di continuità nel tempo. Cfr. E. Carrà, «Buone pratiche» e «capitale sociale», in "Politiche Sociali e Servizi", 2, 2007.

¹³⁷ Art. 1, comma 3: "La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli enti locali, alle regioni ed allo Stato ai sensi del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e della presente legge, secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli enti locali". Art. 5, comma 1: "Per favorire l'attuazione del principio di sussidiarietà, gli enti locali, le regioni e lo Stato, nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, promuovono azioni per il sostegno e la qualificazione dei soggetti operanti nel terzo settore anche attraverso politiche formative ed interventi per l'accesso agevolato al credito ed ai fondi dell'Unione europea".

dal centro alla periferia. Nella pratica della decentralizzazione viene a definirsi una pluralità di soggetti istituzionali che, in assoluta indipendenza, mirano al perseguimento di obiettivi e finalità condivisi sotto la supervisione, il coordinamento e la garanzia dello Stato centrale che non perde il proprio ruolo di garante della pratica democratica in tutto il territorio nazionale.

Il concetto di federalismo rimanda ai processi di trasformazione del *foedus* medievale, secondo i principi del diritto internazionale, che lega originariamente alcuni Stati in un soggetto nuovo. Sostanzialmente, il federalismo potrebbe essere definito come il processo opposto al regionalismo giacché esso determina, attraverso l'unione di differenti Stati, la nascita di un nuovo soggetto istituzionale collettivo, secondo un accentramento di determinati poteri in capo a un unico soggetto istituzionale¹³⁸.

Invece, il principio di sussidiarietà inserito nella Costituzione fa riferimento a una istituzione gerarchicamente superiore non dovrebbe mai intervenire negli ambiti di competenza dell'istituzione gerarchicamente sottoposta se questa è in grado di far fronte autonomamente al perseguimento delle finalità prefissate¹³⁹. Il concetto può essere declinato in *sussidiarietà verticale*, definita anche istituzionale e riferita ai rapporti intercorrenti tra soggetti istituzionali posti su un

¹³⁸ Nella declinazione pratica possono emergere però due differenti interpretazioni del modello federalista: il federalismo duale, che tiene nettamente distinte le sfere di competenza dei diversi soggetti centrali e periferici, e il federalismo cooperativo, che prevede frequenti momenti di collaborazione e concertazione tra centro e periferia nella pratica amministrativa. Sul tema del regionalismo italiano rimandiamo, tra i tanti, a un interessante studio politologico condotto negli anni Ottanta e pubblicato nel volume: R. Putnam, R. Leonardi, R.Y. Nanetti, *La pianta e le radici*, il Mulino, Bologna, 1985. Sul tema del federalismo si è fatto riferimento a: M. Albertini, *Il federalismo*, il Mulino, Bologna, 1993; E. Paolini (a cura di), *Storia del federalismo europeo*, Editori Riuniti, Torino, 1973; D.J. Elazar, *Federal Systems of the World: a Handbook of Federal, Confederal and Autonomy Arrangements*, Longman, Harlow, 1991; C.J. Friedrich, *Trends of Federalism in Theory and Practice*, Pall Mall Press, London, 1968; G. Montani, *Il federalismo, l'Europa e il mondo*, Lacaíta, Mandria, 1999; W. Safran, R. Maiz (eds.), *Identity and Territorial Autonomy in Plural Societies*, Frank Cass, New York, 2000. Infine, si rimanda al saggio in cui Giovanni Lobrano affronta il tema del federalismo in Italia, e nello specifico in Sardegna, secondo un approccio costituzionalista che tiene conto anche delle condizioni peculiari poste in essere dallo Statuto Sardo. Lobrano descrive il modello federalista italiano guidato dal motto *divide et impera* secondo cui il principio di separazione contenuto nel federalismo sarebbe, in realtà, una manifestazione e una forma di *razionalizzazione* del centralismo. Cfr. G. Lobrano, *Costituzione italiana e statuto sardo tra federalismo falso e federalismo vero*, in "Quaderni Bolotanesi", 31, 2005.

¹³⁹ Per un maggior approfondimento del principio di sussidiarietà rimandiamo al capitolo successivo in cui tale concetto verrà declinato in termini operativi all'interno dell'attuazione dei *Piani di zona* esplicitamente previsti dalla legge quadro 328/2000.

asse gerarchico, e in *sussidiarietà orizzontale*, che indica la modalità di coordinamento delle formazioni sociali con le istituzioni.

Nel principio di sussidiarietà non viene assolutamente posto in discussione il primato istituzionale dello Stato e degli enti pubblici che lo rappresentano. Esso prevede unicamente che venga riconosciuta la competenza e la capacità delle organizzazioni sociali a far fronte alle problematiche della vita secondo modalità e strategie pertinenti al contesto ed alla cultura che essi rappresentano, senza alcuna ingerenza da parte dello Stato ma con il sostegno e la supervisione discreta, non diretta né tantomeno direttiva, delle istituzioni in cui la comunità stessa si riconosce.

Le forze politiche sono intervenute in questi termini nel modificare alcuni articoli della Carta Costituzionale. Difatti, il primo degli articoli modificati rimarca l'importanza del principio di sussidiarietà proponendo sintatticamente una nuova percezione della costituzione dello Stato italiano:

“la Repubblica è costituita dai Comuni, dalle Province, dalle Città metropolitane, dalle Regioni e dallo Stato. I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni sono enti autonomi con propri statuti, poteri e funzioni secondo i principi fissati dalla Costituzione.”¹⁴⁰

La presentazione degli enti costitutivi dello Stato sembrerebbe seguire un percorso “dal micro al macro”, percorso definito da alcuni *a piramide rovesciata*, in cui l'istituzione pubblica di prossimità per eccellenza, il Comune, espressione esponenziale dell'ambito socio-culturale cui presta il proprio servizio amministrativo, assume un ruolo partecipativo e attivo nella vita politica del Paese e non più unicamente subordinato di fronte alle competenze delle altre istituzioni ad esso sovrastanti:

“le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città

¹⁴⁰ Costituzione della Repubblica italiana Parte II, Titolo V, art. 114.

metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza.”¹⁴¹

L'autonomia di ognuno degli enti territoriali presentati nell'articolo della Costituzione viene affermato invertendo il criterio di riparto delle competenze e facendo sì, per esempio, che le Regioni siano ora competenti in termini legislativi su tutte le materie che non sono espressamente riservate allo Stato, indicate nell'articolo 117, e sempre all'interno dei principi e delle finalità proprie della Costituzione stessa¹⁴².

Viene inoltre riservata ulteriore e particolare attenzione alle peculiarità regionali che presenta l'Italia con l'attuazione dei principi del regionalismo differenziato secondo il quale verrebbero così di fatto ulteriormente riconosciute le competenze amministrative dei Consigli Regionali. Questi divengono attori del territorio di riferimento, insieme agli altri enti istituzionali territoriali, e viene al contempo riconosciuta una approfondita conoscenza del territorio e delle problematiche ad esso riferibili attraverso il conferimento di forme di autonomia speciale in ambito amministrativo ad alcune Regioni¹⁴³.

Inoltre, a tutte le Regioni italiane viene riconosciuto il principio di autonomia finanziaria, ripreso dalla tradizione federalista dei *Länder* tedeschi, secondo cui ogni Regione si deve sostenere con le risorse economiche a propria disposizione¹⁴⁴. In merito a quest'ultimo aspetto, l'articolo della Costituzione appena citato introduce ovviamente l'argomento del federalismo fiscale, cavallo di battaglia della Lega Nord durante le elezioni del 2007 ed attualmente al varo

¹⁴¹ Costituzione della Repubblica italiana Parte II, Titolo V, art. 118.

¹⁴² “Il Governo, quando ritenga che una legge regionale ecceda la competenza della Regione, può promuovere la questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Corte costituzionale entro sessanta giorni dalla sua pubblicazione. La Regione, quando ritenga che una legge o un atto avente valore di legge dello Stato o di un'altra Regione leda la sua sfera di competenza, può promuovere la questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Corte costituzionale entro sessanta giorni dalla pubblicazione della legge o dell'atto avente valore di legge”. Costituzione della Repubblica italiana Parte II, Titolo V, art. 127.

¹⁴³ “Il Friuli Venezia Giulia, la Sardegna, la Sicilia, il Trentino-Alto Adige/Südtirol e la Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste dispongono di forme e condizioni particolari di autonomia, secondo i rispettivi statuti speciali adottati con legge costituzionale. La Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol è costituita dalle Province autonome di Trento e di Bolzano”. Costituzione della Repubblica italiana Parte II, Titolo V, art. 116.

¹⁴⁴ “I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa”. Costituzione della Repubblica italiana Parte II, Titolo V, art. 119.

del Parlamento dopo la presentazione dei partiti politici di maggioranza di un disegno di legge in merito. La spinta verso l'autosostentamento delle Regioni non deve intendersi come l'attuazione di un processo di deresponsabilizzazione dello Stato.

L'Italia offre un panorama sociale ed economico estremamente complesso e composito. In un contesto simile, un processo di devoluzione dei poteri fiscali e finanziari privo di un controllo dello Stato, anche in questo caso garante di una giusta distribuzione di mezzi e risorse oltre che di benessere, avrebbe effetti deleteri. Difatti le Regioni economicamente ed industrialmente più ricche, vedi per esempio il Piemonte, il Veneto e la Lombardia, potrebbero implementare una crescita esponenziale delle risorse, a differenza delle Regioni del Mezzogiorno più deboli economicamente. In conclusione, senza la garanzia di una effettiva perequazione delle risorse economiche, o almeno di una parte di esse, non si potrebbe più garantire un livello minimo di benessere comune a tutta la popolazione sull'intero territorio nazionale.

Alla luce di questa possibile prospettiva, nell'articolo 119 è stato previsto che gli enti locali partecipino con parte del proprio gettito erariale alla costituzione e al sostentamento di un fondo perequativo, privo di vincoli di destinazione esplicitati, per le Regioni e i territori nazionali con maggiori difficoltà economiche. Sostanzialmente, lo Stato mantiene e ribadisce il proprio ruolo e compito, in questo caso specifico costituzionalmente riconosciuto ed affermato, di rimuovere gli squilibri sociali ed economici, destinando risorse aggiuntive ove necessario.

Per riassumere, i punti cruciali da noi individuati nella riforma del Titolo V della Costituzione, che sopprime cinque articoli e ne riforma dodici, sarebbero sostanzialmente i seguenti:

- abolizione della supremazia dello Stato e nuovo rapporto paritario tra istituzioni (Comuni, Province, Regioni, Città Metropolitane e Stato);
- affermazione della pari dignità di Stato e Regioni in materia legislativa, con ambiti di competenza esclusivi, altri concorrenti e altri ancora in cui lo Stato indica una legislazione di principio;

- potere delle Regioni di concludere autonomamente intese con altre Regioni italiane o con altri Stati;
- diritto e dovere delle Regioni di attuare autonomamente le direttive europee riguardanti le materie di loro esclusiva competenza;
- l'affermazione del principio di parziale autonomia amministrativa nell'ambito economico delle Regioni e dei Comuni;
- ruolo centrale dello Stato nel garantire ed assicurare valori unitari e benessere comune a tutta la popolazione su tutto il territorio nazionale.

L'intreccio normativo venutosi a creare nel tempo tra il decreto legislativo 112/1998, la legge quadro 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione ha determinato il nascere e il divenire di un panorama in cui si affermano i principi costituzionali di un sistema dei servizi alla persona fondato su ideali universalistici e solidaristici. Tuttavia, numerosi studiosi hanno criticato le modalità attraverso le quali le riforme si sono susseguite nel tempo. Esplicitamente viene più volte fatto riferimento al *paradosso riformatore* che ha determinato il definirsi di uno scenario normativo in cui le modifiche attuate hanno annullato, nella sostanza ma mai nella forma, i provvedimenti innovatori precedenti.

In sostanza, alla tanto proclamata integrazione dei servizi e tra le istituzioni a cui si fa riferimento nella legge 328/2000 e nella riforma del Titolo V non è corrisposta una conseguente integrazione tra legislatori. Così, mentre da un lato con la legge quadro 328/2000 il legislatore aveva manifestato l'intenzione di perseguire il tentativo di unificazione sotto un unico *ideal-tipo* le differenti e numerose esperienze regionali italiane in materia di amministrazione dei servizi alla persona, dall'altro la modifica costituzionale ha di fatto aumentato il potere legislativo in capo ai Consigli Regionali nella medesima materia. Ciò ha compromesso il percorso verso l'uniformità, orientando la realtà nazionale verso un panorama sempre più frammentato¹⁴⁵.

¹⁴⁵ Cfr. L. Pesenti, *Nuovi modelli di regolazione regionale nei servizi socio-assistenziali*, in "Politiche Sociali e Servizi", 1, 2004; F. Introini, C. Pasqualini, *Dopo la 328: piani socio-sanitari a confronto*, in "Politiche Sociali e Servizi", 2, 2005; E. Ranci Ortigosa, U. De Ambrogio, *L'attuazione della legge 328/2000 nelle Regioni*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 6, 2003; C. Gori (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della 328 e le sfide future*,

Inoltre, una delle novità più rilevanti apportate nel sistema dei servizi alla persona, contenuta in una delle modifiche costituzionali, riguarda il coinvolgimento costituzionalmente sancito, delle cosiddette formazioni sociali in ordine alla programmazione e alla gestione dei servizi. Come già visto precedentemente, i Comuni verranno affiancati dai soggetti del privato sociale nel proprio compito di amministrazione e gestione dei servizi per effetto della costituzionalizzazione del principio di sussidiarietà.

Tale prospettiva re-interpreta il ruolo e la funzione di queste organizzazioni sociali all'interno del panorama dei servizi alla persona. Difatti, prima della legge 328/2000 e delle modifiche apportate al testo costituzionale, esse venivano coinvolte unicamente con funzione, per così dire, residuale, ovvero per colmare con la loro azione le lacune presenti nel sistema nazionale dei servizi sociali e sanitari, ovvero intervenendo nelle aree insufficienti a garantire un'ottimale distribuzione dei presidi erogatori secondo una funzione di *razionalizzazione integratrice* dei servizi.

“Stato, Regioni, Città Metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà.”¹⁴⁶

Gli attori sociali e le organizzazioni del privato sociale divengono quindi una *presenza necessitata* nell'ambito dell'erogazione dei servizi alla persona e della pratica democratica. In virtù del principio di sussidiarietà sancito dalla Costituzione, il loro coinvolgimento viene promosso affinché contribuisca alla creazione di un panorama caratterizzato da un pluralismo etico-culturale in termini di ideazione, programmazione implementazione e gestione dei servizi.

Le istituzioni quindi riconoscono i vantaggi derivanti dal coinvolgimento delle comunità stesse in azioni di cura e di assistenza e, in virtù di questo esplicito riconoscimento di merito, offrono le garanzie necessarie ed indispensabili affinché

Carocci, Roma, 2004; T. Vecchiato (a cura di), *Sistemi regionali di welfare: profili e analisi comparata*, Edizioni Fondazione Zancan, Padova, 2005.

¹⁴⁶ Costituzione della Repubblica italiana Parte II, Titolo V, art. 118.

tutte le comunità siano poste nelle (medesime) condizioni ideali per creare nuovi servizi di mutuo e auto-aiuto e per promuovere al loro interno, con le loro stesse energie, forze e strategie, innovativi percorsi di autonomia e di emancipazione.

La riscoperta delle proprie potenzialità risiede alle origini del concetto di *empowerment*, già utilizzato precedentemente, che fa riferimento al momento in cui si scoprono facoltà possedute ma spesso sottovalutate e a volte dimenticate oppure sminuite dinanzi allo Stato che tutto gestisce attraverso la sua imponente struttura burocratico-amministrativa. Tale concetto rimanda a un'idea di potenziamento e di attivazione di potenzialità possedute *in nuce* ma non sempre espresse, attivazione che avviene mediante un'azione promozionale proveniente dalle risorse interne della comunità, dei gruppi che la compongono o dei suoi singoli membri, e tendente a riconoscere e a rafforzare percorsi e manifestazioni di conoscenza propositiva, di partecipazione, di moltiplicazione delle opportunità.

La diffusione e il sostegno delle pratiche di *empowerment* da parte dello Stato è una strategia utile a dilatare e garantire uno spazio attivo di promozione alla partecipazione di gruppi sempre più ampi della cittadinanza. Il coinvolgimento all'ideazione e all'attuazione delle pratiche di cura delle comunità, quando non il semplice riconoscimento normativo attraverso provvedimenti di sostegno e tutela delle prassi più o meno informali già in atto nelle comunità, genera un terreno fertile per la definizione e la scoperta di nuove e innovative azioni integrate tra cittadini e le istituzioni di prossimità.

3 Verso nuovi modelli di *welfare*

3.1 La morfogenesi del *welfare State*

L'*excursus* storico sulla genesi del *welfare State* in Gran Bretagna, modello ispiratore degli altri modelli in Europa e nel mondo, e quello relativo all'esperienza italiana, presentati nei capitoli precedenti, sono utili punti di riferimento per una interpretazione del percorso di nascita, trasformazione, definizione e crisi delle politiche sociali in relazione al contesto istituzionale e sociale di riferimento.

All'interno del quadro generale di riferimento possiamo individuare delle similarità palesi nei percorsi generali riconducibili a precisi e differenti momenti storici di elaborazione delle peculiarità culturali e, per così dire, attitudinali dello Stato di benessere.

Alcuni autori e studiosi italiani hanno elaborato uno schema cronologico in cui sarebbero indicate le diverse fasi di sviluppo delle politiche sociali. Tra i tanti citeremo la cronologia elaborata da Borzaga e Fazzi, e quella di Ferrera:

Tabella 2: Schema cronologico del *welfare State*

BORZAGA E FAZZI:	FERRERA:
1. Sperimentazione (1870-1920)	1. Instaurazione (XIX secolo)
2. Consolidamento (1930-1940)	2. Consolidamento (sino al 1915)
3. Espansione (1950-1960)	3. Espansione (da 1945 a anni Settanta)
4. Istituzionalizzazione (1970-1980)	4. Crisi (tra anni Settanta e Novanta)
5. Rallentamento	5. Riforma (tra XX e XXI secolo)

Fonti: C. Borzaga, L. Fazzi, *Manuale di politica sociale*, Franco Angeli, Milano, 2005;
M. Ferrera, *Le politiche sociali*, op. cit.

Benché tendenzialmente simili nell'individuare concettualmente i momenti centrali del percorso di genesi e definizione del *welfare State*, i due schemi si differenziano sostanzialmente nell'indicare i due estremi temporali, evidenziando quale sia la difficoltà interpretativa.

A nostro avviso parrebbe lecito ricondurre la nascita delle prime forme di attenzione alla tutela del benessere delle persone al momento in cui sono sorte le prime città e i primi comuni. In questo nuovo contesto si sarebbero manifestate, per la prima volta, le forme di povertà radicale e di emarginazione e disgregazione sociale che hanno determinato il sorgere di forme organizzate di aiuto alla persona direttamente controllate dagli organi amministrativi. Al contempo, questo era il periodo dell'assistenza declinata in termini di "provvidenza divina" e messa in atto da due istituzioni sociali in particolare: la famiglia e la Chiesa. Queste, in alcuni casi insieme ai Comuni, aiutavano direttamente i consociati in virtù del mero principio di appartenenza alla comunità, relazione fondata sulla complessa sintesi di diritti e doveri di aiuto.

A partire da ciò, ci pare inadeguato il termine 'sperimentazione' utilizzato da Borzaga e Fazzi per indicare un momento, invece, di 'instaurazione' delle prime e rudimentali forme di *welfare State*. Di fatto la sperimentazione è avvenuta nel caso da noi precedentemente presentato, quando cioè si manifestarono in diversi luoghi le prime formazioni sociali informali di cura alla persona. Nel XIX secolo, con la rivoluzione ideologica e politica attuata da Bismarck, assistiamo a un vero e proprio fenomeno di 'instaurazione' dell'idea che possa esistere uno Stato del benessere istituzionalmente sostenuto.

Al di là delle differenze temporali, frutto delle interpretazioni storiche personali degli autori, c'è un sostanziale accordo nell'indicare i momenti centrali denominati di 'consolidamento' e di 'espansione'. Tuttavia Borzaga e Fazzi sembrerebbero forzare eccessivamente i meccanismi interpretativi separando il momento che loro definiscono di 'istituzionalizzazione' del *welfare State* dal momento di 'espansione' dello stesso.

L'origine del percorso di espansione viene ricondotta in entrambi gli schemi agli anni a cavallo o successivi alla pubblicazione in Gran Bretagna del cosiddetto *Rapporto Beveridge*. Di fatto, il momento di espansione del *welfare State*, inteso secondo i canoni interpretativi contenuti nella definizione beveridgiana, si presenta come un momento fortemente pervaso di connotati istituzionali ed istituzionalizzanti nell'ideologia e nella prassi dell'aiuto alla persona. Non dimentichiamo infatti che per la prima volta, dopo la pubblicazione e diffusione del *Rapporto Beveridge*, lo Stato si è posto come garante del benessere dei cittadini e si è altresì assunto l'onere di predisporre, gestire ed amministrare un sistema nazionale di erogazione delle prestazioni e dei servizi necessari per perseguire questo obiettivo.

Ci pare difficile quindi dividere nettamente, e soprattutto con univoca chiarezza, il progetto di espansione dello Stato sociale dalla stessa azione dell'istituzione che, in virtù della propria natura, lo istituzionalizza nello stesso momento in cui lo pone in essere. In merito a ciò, anche Donati afferma che nel momento di espansione storica del *welfare State*:

“le pretese del pubblico dei cittadini aumentano, spingendo lo Stato ad intervenire in tutta la vita amministrativa, economica e sociale. [...] Le prestazioni di *welfare*, come debbono essere materializzate, debbono essere anche progressivamente politicizzate.”¹⁴⁷

Nel riconoscimento ufficiale dello Stato è insita sia una finalità attuativa sia un obiettivo puramente espansionistico dei principi e della stessa struttura implementativa delle azioni di protezione sociale. La prima, la fase di espansione,

¹⁴⁷ P. Donati, *Risposte alla crisi dello Stato sociale*, cit., p. 242.

non può sussistere scissa dalla seconda, la fase di istituzionalizzazione che si esplica di fatto attraverso strumenti normativi e organizzativi.

L'approccio interpretativo di Ferrera ci presenta invece una cronologia in cui l'espansione del *welfare State* comprende la stessa istituzionalizzazione delle pratiche del *welfare*, escludendo separazioni e promuovendo un'idea uniforme dell'azione del governo. Il medesimo approccio interpretativo può essere riscontrato nelle parole di Girotti quando afferma che:

“al termine di un lungo percorso storico, che ha visto la costruzione del welfare intrecciarsi con le lotte per il potere – diventando di volta in volta la posta in gioco di strategie d'ordine, di consenso e di controllo del ciclo economico – la politica sociale ha finito fondamentalmente per identificarsi con le politiche pubbliche che la sostanziano nell'azione di governo.”¹⁴⁸

Il *welfare*, nelle sue pratiche e nelle sue declinazioni ideologiche, è intrecciato in modo complesso nell'azione amministrativa dello Stato dal quale, ed attraverso il quale, esso trae riconoscimento e ragione d'essere. Inoltre, l'autore pone come nodo storico fondamentale il momento di crisi dello Stato di benessere. Il tentativo interpretativo delle cause sostanziali della diffusa crisi dei sistemi di *welfare State* ha portato all'elaborazione di nuovi approcci sui fenomeni circostanti il cambiamento strutturale che ha caratterizzato il panorama internazionale delle pratiche del *welfare State*.

In breve, lo Stato di benessere che noi stiamo conoscendo in questi ultimi anni è il frutto di una riformulazione che si è resa necessaria alla luce dei fenomeni di crisi emersi durante gli anni Ottanta. Nasce cioè da un rinnovamento che si è reso indispensabile per la stessa sopravvivenza del *welfare State* sia in chiave ideologica, sia in ambito normativo, sia in termini di pratica comunitaria quotidiana. Questo aspetto viene totalmente ignorato da Borzaga e Fazzi che si limitano invece a indicare un generico momento di 'rallentamento' nel processo di crescita del *welfare State*.

¹⁴⁸ M. Girotti, *Welfare state: storia, modelli e critica*, Carocci, Roma, 1998, p. 29.

La crisi di cui parliamo non dovrebbe essere ricondotta né tantomeno descritta come un semplice momento di ‘rallentamento’ perché questo termine non è adatto a descrivere la complessità del fenomeno che ha portato anche a una sostanziale trasformazione dei paradigmi interpretativi del *welfare State* e dei propri modelli attuativi.

Se le politiche sociali dello Stato di benessere tradizionale fossero state condizionate da un semplice rallentamento e non da una vera e propria crisi strutturale, non avremmo allora assistito alla nascita di nuovi e differenti modelli di *welfare State*. I cosiddetti *welfare mix*, *welfare societario* e *welfare relazionale* sono alcuni dei modelli interpretativi elaborati per comprendere i fenomeni di mutamento che hanno caratterizzato la reazione del *welfare State* di fronte alla propria crisi.

A nostro avviso parrebbe quindi più corretta l’interpretazione secondo cui a un momento di crisi segue necessariamente un momento di riforma, di rielaborazione delle problematiche intervenienti che hanno strutturalmente compromesso il modello classico di *welfare State*.

Su questo piano si pone la riflessione di Anton Hemerijck secondo il quale nell’ultimo decennio abbiamo assistito a un fenomeno che lui definisce di *ricalibratura (recalibration) del welfare*¹⁴⁹. Questo fenomeno avrebbe prodotto un modello di *welfare State* differente dal modello tradizionale nelle sue quattro dimensioni fondamentali: funzionale, distributiva, normativa e istituzionale.

La *ricalibratura funzionale* riguarda specificamente i problemi, i rischi dai quali il *welfare State* dovrebbe proteggere i cittadini e i bisogni da soddisfare. Possiamo riconoscere nel tempo un periodico e continuo passaggio da “vecchi” a “nuovi” rischi e bisogni sociali. Questa è una delle costanti sfide di fronte alla quale lo Stato di benessere ha dimostrato la propria debolezza, questa insita all’interno della propria incapacità a reagire tempestivamente alle nuove situazioni

¹⁴⁹ Cfr. M. Ferrera, A. Hemerijck, M. Rhodes, *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Celta Editoria, Oeiras, 2000; M. Ferrera, A. Hemerijck, *Recalibrating Europe’s Welfare Regimes*, in J. Zeitlin, D.M. Trubek (eds.), *Governing Work and Welfare in the New Economy. European and American Experiment*, Oxford University Press, Oxford, 2003; A. Hemerijck, *L’imperativo del developmental welfare in Europa*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, 1, 2008.

sociali emergenti. Attraverso la *ricalibratura funzionale* lo Stato mette in atto un'azione di risposta alle nuove richieste di protezione sociale.

A seguito di ciò si rende necessaria una *ricalibratura distributiva* che sia efficace nel ri-equilibrare l'offerta di protezione sociale con particolare attenzione alle nuove categorie sociali schiacciate dalle responsabilità di aiuto in un sistema di *welfare* che non è in grado di creare un sistema di reale tutela e copertura dai rischi¹⁵⁰.

La necessità di trovare nuove proposte politiche, che siano concretamente efficaci da un punto di vista funzionale ed eque da un punto di vista distributivo, ha generato un processo di *ricalibratura normativa* del *welfare State*. In esso vi si scorge un'opera di rielaborazione della normativa inerente l'organizzazione dei servizi alla persona che trae ispirazione nei principi morali che da sempre sottostanno all'ideazione e alla realizzazione delle politiche di protezione sociale legate all'idea classica dell'istituzione *welfare State*.

L'ultimo aspetto dell'approccio teorico di Hemerijck riguarda la altrettanto necessaria *ricalibratura istituzionale* che coinvolge nel discorso tutti i soggetti dell'architettura istituzionale su tutti i livelli, tanto nella sfera informale quanto in quella formale. Essa trae le proprie origini dalla crisi che ha colpito l'apparato Stato-centrico del *welfare* secondo cui il solo soggetto istituzionale avrebbe potuto offrire e gestire i servizi su tutto il territorio nazionale e per tutta la popolazione.

Questi ultimi due punti (la *ricalibratura normativa* e la *ricalibratura istituzionale*) esplicitano l'ottica secondo la quale si è mosso il legislatore nel caso della elaborazione della riforma italiana dei servizi alla persona legata all'attuazione della legge quadro 328/2000.

L'insuccesso al quale è pervenuto lo Stato nella gestione centralizzata dei servizi alla persona ha sortito l'effetto di aumentare la responsabilità del mercato, delle famiglie e del privato sociale, con un conseguente incremento delle richieste di partecipazione alla progettazione sociale e di coinvolgimento nelle attività di

¹⁵⁰ In merito a tali problematiche di accumulo di responsabilità di protezione sociale da parte delle "generazioni di mezzo" sulle "vecchie" e "nuove" generazioni si rimanda, tra i tanti, agli studi e alle riflessioni che Pierpaolo Donati ha contestualizzato all'interno della realtà sociale italiana: P. Donati (a cura di), *Famiglia e capitale sociale nella società italiana*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 2003; Id., *Politica sociale e solidarietà fra le generazioni: il contributo della sociologia relazionale*, in A. Fadda, A. Merler (a cura di), op. cit.

erogazione dei servizi e delle prestazioni di aiuto. Ciò ha evidentemente condotto alla nascita di nuovi servizi per nuovi bisogni, attraverso la territorializzazione di questi in forma integrata nel territorio di riferimento, in risposta a servizi preesistenti ritenuti inefficienti oppure inefficaci a causa del loro carattere sostanzialmente decontestualizzato e, per così dire, “calato dall’alto”.

Pertanto, la costituzione dello Stato di benessere si è venuta a definire sempre più come il frutto di un contesto storico-sociale ben determinato, in cui l’azione di numerosi e differenti attori ed istituzioni ha contribuito a generare il proprio assetto strutturale.

Con il trascorrere del tempo, le generazioni che si sono succedute hanno fruito di queste strutture a loro pre-esistenti e hanno contribuito, tramite la loro azione conflittuale oppure collaborativa, a determinare un radicale cambiamento del *welfare State* oppure un suo sostanziale mantenimento in forme organizzative, ideologiche oppure normative molto distanti dal modello tradizionale di stampo *beveridgiano*.

Dall’osservazione della parabola storica delle trasformazioni avvenute all’interno del *welfare State* emerge quindi che la sua struttura e i suoi principi non vengono stravolti radicalmente a seguito della loro cancellazione. Essi non vengono cioè ri-creati dal nulla ogni qual volta si renda necessaria una rielaborazione per superare le crisi cui lo Stato di benessere deve progressivamente far fronte.

Ogni forma di organizzazione o di manifestazione sociale, istituzionale ed economica porta con sé nel tempo una eredità strutturale costituita da un insieme di proprietà sistemiche definite da Margaret Archer “conseguenze aggregate o emergenti di azioni passate”¹⁵¹, con i cui condizionamenti gli attori si devono necessariamente confrontare nel quotidiano agire e nei momenti in cui si rende inevitabile l’attuazione di un cambiamento nella stessa struttura.

¹⁵¹ “Le proprietà sistemiche vengono considerate come *le conseguenze aggregate o emergenti di azioni passate*; una volta elaborate nel tempo si ritiene che esse esercitino delle influenze causali sull’interazione seguente. Fondamentalmente lo fanno dando forma alle situazioni in cui si troveranno *generazioni* successive di attori e dotando i vari agenti di interessi acquisiti differenti, a seconda delle posizioni che essi occupano nella struttura che *ereditano*. M.S. Archer, *La morfogenesi della società. Una teoria sociale realista*, Franco Angeli, Milano, 1997, pp. 108-109 (ed. or. *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*, Cambridge, New York, 1995).

Quindi, le azioni di mutamento poste in atto negli ultimi anni in seno all'organizzazione del *welfare State* non sono state radicalmente rivoluzionarie ma generalmente hanno assecondato una tendenza già presente nella natura stessa della struttura. Non esistono reali e nette separazioni temporali tra le differenti generazioni che operano e agiscono all'interno delle strutture sociali, nel nostro caso il *welfare State*, giacché esse si sovrappongono costantemente in momenti di cooptazione e di aggregazione che rendono omogeneamente ininterrotto il fluire della società attraverso il fluire del tempo, a dispetto della morte dei singoli membri¹⁵².

Il pensiero della Archer si snoda attraverso la teorizzazione da lei definita della *morfogenesi sociale*¹⁵³. In essa la studiosa britannica presenta la sua idea di morfogenesi¹⁵⁴ della società attraverso cui esercitare la possibilità di cogliere l'imprevedibilità dei cambiamenti radicali della forma e l'interazione tra struttura ed agire che sta alla base dei cambiamenti in atto e riscontrabili nella realtà sociale osservata.

Sostanzialmente, la realtà sociale viene così presentata ponendo in evidenza la propria natura stratificata, in cui i differenti strati che la compongono posseggono le cosiddette *proprietà emergenti*, peculiari ad ognuno di essi. Queste proprietà operano all'interno della società attraverso le pratiche dell'interazione sociale, definendo così i luoghi e le modalità che caratterizzeranno le successive fasi di trasformazione che coinvolgeranno le strutture sociali.

¹⁵² Simmel definisce questo fenomeno sociale "connessione procreativa" delle generazioni che si succedono. Con ciò egli sostiene che il ricambio, la progressiva sostituzione dei membri di una comunità, di un qualsiasi gruppo, è graduale e riguarda contemporaneamente solo un numero ristretto di questi. I membri uscenti vanno via dopo un lungo periodo di tempo durante il quale formano i nuovi membri e li preparano al loro inserimento nel gruppo. È un percorso lento durante il quale i nuovi membri vengono "educati" ed inseriti gradualmente cosicché il cambiamento delle singole persone non determini uno stravolgimento della struttura del gruppo: "l'immortalità del gruppo dipende dalla circostanza che questo mutamento è abbastanza lento e graduale". G. Simmel, *Sociologia*, op. cit., p. 437.

¹⁵³ Cfr. M.S. Archer, *La morfogenesi della società*, cit.; Id., *La conversazione interiore. Come nasce l'agire sociale*, Erickson, Trento, 2006 (ed. or. *Structure, Agency and The Internal Conversation*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000); Id., *Essere Umani. Il problema dell'agire*, Marietti, Genova-Milano, 2007 (ed. or. *Being Human. The Problem of Agency*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000).

¹⁵⁴ Con il termine 'morfogenesi' vengono indicati sostanzialmente "quei processi che tendono a elaborare oppure a mutare la forma, la struttura o lo stato dato dal sistema". W. Buckley, *Sociologia e teoria dei sistemi*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1976, p. 73 (ed. or. *Sociology and Modern Systems Theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1967).

Per esempio, le trasformazioni attuate a seguito dei momenti di crisi che hanno caratterizzato la recente storia del *welfare State* sono state attuate ad un livello sistemico, definito anche “macro”, che rappresenta sempre il contesto delle interazioni sociali, il contesto “micro”. Tuttavia, queste non sono nate e non sono state determinate da variabili intervenienti unicamente all’interno del contesto sistemico. L’ambito “macro” viene definito quindi da Margaret Archer come il contesto in cui le interazioni sociali si esplicano, ovverosia come l’ambiente naturale in cui le persone vivono le proprie relazioni sociali (l’ambito “micro”), il proprio mondo della vita quotidiana. All’interno di quest’ultimo si verificano i fenomeni di riproduzione e di trasformazione che caratterizzano il livello sistemico (il livello “macro” che in questo caso è identificabile con il *welfare State*).

Sostanzialmente la Archer supera la dicotomia “micro” e “macro” secondo cui il primo elemento è riferibile agli aspetti più autenticamente individuali e immediati dell’interazione sociale della vita quotidiana mentre il secondo si dedica alle caratteristiche più generali, di più vasta scala, della società, come le organizzazioni le istituzioni e la cultura¹⁵⁵. La studiosa afferma infatti che questa distinzione concettuale dovrebbe necessariamente essere superata per rivolgere l’attenzione e gli sforzi interpretativi verso:

“la sottolineatura della rilevanza delle proprietà emergenti che distinguono i diversi strati. [...] Anche se nessuno può negare l’esistenza empirica di unità sociali grandi e piccole, ciò non comporta necessariamente che la connessione tra le loro proprietà costituisca un problema particolare. In realtà gli “aspetti” e le “caratteristiche” della realtà sociale non sono legati per definizione alla *dimensione* degli elementi che interagiscono.”¹⁵⁶

Gli strati emergenti che compongono la complessa natura della società vengono quindi considerate le entità fondamentali che devono essere messe in relazione per spiegare come nascono e operano i loro poteri causali e tali strati *non*

¹⁵⁵ Cfr. D. Layder, *Understanding Social Theory*, Sage, London, 1994.

¹⁵⁶ M.S. Archer, *La morfogenesi della società*, cit., p. 19.

corrispondono direttamente a unità empiriche di una qualsiasi grandezza. In pratica, il fatto che essi corrispondano empiricamente a “grande” o “piccolo” è contingente e pertanto non potrà sussistere un problema semplicemente di dimensioni:

“le strutture (come proprietà emergenti) non solo non sono riducibili alle persone, ma esistono prima di loro; le persone non sono marionette delle strutture, giacché posseggono delle proprietà emergenti peculiari: esse infatti possono riprodurre o trasformare la struttura sociale, non crearla.”¹⁵⁷

Il punto cruciale dell’analisi di Margaret Archer risiede nell’idea che tra i livelli emergenti vi sia una relazione egualitaria nell’aspetto del condizionamento, relazione questa che si fonda sostanzialmente sulle interazioni sociali messe in atto al proprio interno dalle persone.

Tra il livello “sistema” e quello “società” si inserisce quindi un altro elemento indispensabile per chiarire quali siano in definitiva i rapporti nelle dinamiche di mutamento: il tempo.

Il fatto che si asserisca che il gruppo sociale persiste nel tempo grazie al costante sostituirsi al suo interno dei membri che lo compongono non equivale a sostenere che il gruppo sia sempre lo stesso e che quindi esso possa “sopravvivere” alle strutture stesse. Ciò è un elemento comune a tutti i contesti sociali e a tutte le proprietà emergenti relative ai livelli del sistema e della società. Difatti, la società all’interno della quale il *welfare State* ideato da Sir William Beveridge è intervenuto non può essere identificata come l’attuale società. Tantomeno il modello di *welfare State* che attualmente viene implementato in Inghilterra è lo stesso ideato da Beveridge.

Difatti, nel trascorrere del tempo sia le strutture sia la società sono soggette a mutamenti diacronici. Le strutture potranno avere sempre lo stesso nome ma non essere la stessa cosa. Così i gruppi sociali legati a una determinata struttura saranno identificabili nel tempo con il medesimo nome ma la loro morfologia sarà

¹⁵⁷ *Ivi*, p. 88.

inevitabilmente mutata. Per esempio, il “gruppo” degli insegnanti del XIX secolo non ha le stesse caratteristiche identitarie ed organizzative del “gruppo” degli insegnanti a noi contemporaneo. Indicare un gruppo come un’entità continua nel tempo solo perché porta lo stesso nome, a prescindere dall’osservazione di ciò che lo presuppone come “lo stesso” è un abbaglio perché:

“mentre rimodella la struttura, l’agire trasforma inevitabilmente anche sé stesso in relazione con gli altri agenti, nei termini della propria organizzazione, combinazione, articolazione e capacità.”¹⁵⁸

L’approccio morfogenetico attribuisce quindi pieno significato alla scala temporale attraverso cui l’agire e la struttura emergono, si intrecciano e si ridefiniscono l’un l’altra.

L’esperienza storica del *welfare State* si inserisce idealmente all’interno della sequenza elaborata da Margaret Archer per la descrizione della sua teorizzazione: a una fase di *condizionamento strutturale* segue la fase di *interazione sociale* che determina il momento di *elaborazione strutturale*.

Nello specifico, nella fase di *condizionamento strutturale* le proprietà del sistema vengono considerate come *le conseguenze aggregate o emergenti di azioni passate*. Esse sono state determinate da azioni passate che esercitano la loro influenza sul presente e sulle generazioni successive alla loro determinazione. Gli attori sociali sono perciò *influenzati* nelle scelte dei propri interessi dalla loro posizione nella società:

“accettiamo dunque che i risultati delle azioni passate esercitino i propri effetti in un momento successivo sotto forma di influenze non attribuibili o riducibili alle pratiche di altri agenti, le quali facilitano o limitano gli attori.”¹⁵⁹

Successivamente a questa assistiamo al momento dell’*interazione sociale*, considerata dall’autrice come *strutturalmente condizionata* ma mai come

¹⁵⁸ *Ivi*, p. 91.

¹⁵⁹ *Ivi*, p. 109.

strutturalmente determinata. Questa specificazione è di notevole importanza perché pone in risalto le potenzialità emergenti irriducibili di ogni persona nell'atto stesso dell'interazione sociale. Esiste una struttura nella quale le interazioni stesse vengono costrette e possono divenire frustranti oppure gratificanti a seconda della posizione di ogni singola persona e dei vantaggi o svantaggi che da questa ne conseguono. Le frustrazioni e le gratificazioni condizionano le forme dell'agire sociale degli attori e la loro interpretazione dei contesti e delle situazioni sociali:

“i gruppi che esperiscono delle costrizioni cercano di eliminarle (perseguendo così il mutamento strutturale) e coloro che esperiscono delle gratificazioni cercano di mantenerle (difendendo così la stabilità strutturale).”¹⁶⁰

Infine, assistiamo al momento in cui avviene l'elaborazione strutturale. Questa è in gran parte inattesa perché è il prodotto composito dei diversi risultati raggiunti contemporaneamente dai differenti gruppi sociali. La struttura che viene a determinarsi condiziona l'inizio di un nuovo ciclo di morfogenesi in cui essa stessa eserciterà una influenza determinante sull'interazione sociale che in essa avrà luogo. Al contempo, venendo a modificarsi gli elementi riconducibili alle proprietà sistemiche e sociali, si renderà necessario dotarsi di nuovi strumenti interpretativi perché:

“i concetti e le teorie che utilizzeremo per affrontare questo nuovo ciclo potranno senza dubbio cambiare per spiegare la trasformazione che ha interessato il nostro oggetto di studio.”¹⁶¹

Sostanzialmente, come afferma Bhaskar, le strutture sociali sono in pratica normalmente sfasate rispetto allo schema degli eventi che accadono in realtà¹⁶². Ovverosia, le strutture e le persone non sono covarianti nel tempo. Alla luce di

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ *Ivi*, p. 110.

¹⁶² Cfr. R. Bhaskar, *Reclaiming Reality*, Verso, London, 1989.

ciò, la Archer evidenzia l'importanza del rapporto tra le strutture e il tempo, intendendo i primi come il frutto dell'azione di una determinata coorte di attori in un preciso momento storico, come conseguenza, inattesa ma emergente, di una specifica attività, mentre il secondo viene considerato come una serie di tratti e fasi sequenziali e non invece come un semplice medium nel quale accadono gli avvenimenti. Il posizionamento storico della nascita di una struttura la rende, quindi, necessariamente ed inequivocabilmente antecedente alle generazioni successive che in essa svolgeranno la loro azione sociale.

Il *welfare State* si inserisce completamente all'interno dello schema interpretativo morfogenetico per definire il proprio percorso evolutivo. Nell'arco dei decenni in cui esso è nato, si è affermato ed ha affrontato i propri momenti critici elaborando nuove forme e nuove modalità per svolgere la propria funzione, lo Stato di Benessere ha declinato la propria azione all'interno della sequenza morfogenetica e in relazione con gli ambienti sociali e sistemi che lo circondano.

Successivamente abbiamo assistito all'emergere di nuove modalità interpretative, nuove declinazioni del concetto di *welfare State*, frutto di una declinazione strutturale che trova il proprio luogo di elaborazione nello stesso mondo della vita quotidiana, ambiente naturale delle forme di interazione sociale, in cui gli interventi stessi del *welfare State* operano e si concretano.

3.2 Il welfare mix tra privato sociale e principi di sussidiarietà

La parabola temporale della storia del *welfare State* ci ha mostrato il susseguirsi di differenti modelli dello Stato di benessere, le cui caratteristiche rispondevano alle peculiari esigenze emergenti nella società in un determinato momento della propria esistenza.

Alla luce dei contrasti teorici emersi tra i principi fondanti dell'azione delle politiche sociali e la diffusione estremamente rapida del processo di

mercificazione dei servizi alla persona, la società contemporanea si è trovata di continuo a dover mediare una scelta tra la ricchezza privata e la povertà pubblica, tra la sopravvivenza di uno Stato sociale, sempre meno capace di trovare le risorse economiche adeguate per rendere operativi i propri obiettivi, e un sistema in cui le prestazioni offerte si definiscono sempre più come *merce acquistabile*, prevalentemente a disposizione di coloro che possiedono ricchezza oppure un lavoro sufficientemente retribuito.

A seguito del progressivo indebolimento del sistema di protezione sociale affermatosi in Europa dal secondo dopoguerra in poi, si è assistito all'emergere di nuove articolazioni del *welfare State*, con l'intento, da parte dei governi, di salvaguardare il mantenimento dei minimi servizi legati al diritto all'assistenza da parte di tutti i cittadini:

“il periodo d'oro del *welfare* è oramai definitivamente passato. Quella straordinaria invenzione europea che ha consentito per circa mezzo secolo di coniugare crescita economica con redistribuzione delle risorse e riduzione dell'emarginazione, espansione della produzione di merci con l'allargamento dei diritti sociali, incremento dei consumatori con aumento dei “cittadini”, sembrerebbe sempre meno utile per rispondere ai cambiamenti strutturali, sociali e culturali in atto nelle società post-industriali.”¹⁶³

Dalla ridefinizione delle politiche sociali attraverso la partecipazione dei soggetti del privato sociale e di quelli del mercato alla gestione delle risorse della comunità nasce il *welfare mix*, ovvero una ulteriore modalità di intendere il settore della cultura dei servizi. Questi vedrebbero gli elementi caratterizzanti il *welfare State*, l'allocazione delle responsabilità e delle competenze e gli strumenti di regolazione della domanda e dell'offerta, non più unicamente nelle mani del soggetto pubblico, ma condivisi all'interno di un sistema di attori dalle differenti caratteristiche, il *welfare mix*¹⁶⁴.

¹⁶³ U. Ascoli, *Il welfare futuro*, Carocci, Roma, 1999, p. 13.

¹⁶⁴ Tra i numerosi testi che trattano l'argomento, rimandiamo a: L. Fazzi, E. Messori, (a cura di), *Modelli di welfare mix*, Franco Angeli, Milano, 1999; C. Ranci, *Oltre il welfare State*, il Mulino,

Il nuovo modello di *welfare* non puramente statale affronta il compito dell'elaborazione dei bisogni delle persone e delle comunità attraverso politiche di coinvolgimento di tutti gli attori (istituzionali, del mercato, del privato sociale e delle reti informali) necessari per la buona riuscita di questo compito. Nella costante ricerca di una via più democratica per il vivere sociale, l'attivazione e il coinvolgimento del tessuto comunitario e delle potenzialità, a volte inespresse, in esso contenute, sembrerebbe allora garantire una redistribuzione del benessere più equa rispetto alle politiche di derivazione statale.

La comunità riacquista forza e vitalità, si fa carico di promuovere i principi della responsabilità attiva e della cultura della partecipazione al fine di creare un ambito dell'azione sociale collettiva in cui gli sforzi collettivi siano orientati alla realizzazione dei principi della giustizia redistributiva.

Riscoprendosi quindi una valida alternativa alle carenze dello Stato e del mercato, il *privato sociale* può orientare le proprie energie operative verso l'offerta di risorse per rispondere ai bisogni:

“attraverso un'elaborazione che porta al reperimento di soluzioni laddove l'impostazione verticale delle politiche sociali lasciava intravedere solo il problema, la richiesta, la necessità, la carenza di risorse.”¹⁶⁵

Allo scopo di rendere più razionale l'azione del *welfare State*, la legge quadro 328/2000 consente, ed auspica al contempo, di seguire la strada di delegare alcuni interventi al settore privato o del *non profit*¹⁶⁶. E' indispensabile però che lo Stato si riservi una funzione di orientamento e di controllo¹⁶⁷, per

Bologna, 1999; E. Borgonovi, *Che cos'è il welfare mix?*, in G. Vittadini (a cura di), *Liberi di scegliere*, Etas, Milano, 2002; U. Ascoli, C. Ranci (a cura di), *Il welfare mix in Europa*, Carocci, Roma, 2003; E. Pavolini, *Le nuove politiche sociali. I sistemi di welfare tra istituzioni e società civile*, il Mulino, Bologna, 2003.

¹⁶⁵ M.L. Piga, *Le risorse del terzo settore per l'imprenditorialità solidale*, in A. Merler (a cura di), *Dentro il terzo settore. Alcuni perché dell'impresa sociale*, Franco Angeli, Milano, 2000.

¹⁶⁶ Legge 328/2000, art. 1, comma 5, e art. 5. Sostanzialmente, la legge 328/2000, introducendo il sistema integrato dei servizi alla persona, è l'espressione più avanzata di *welfare mix* “concepito come compromesso tra Stato e mercato, con il privato sociale in posizione di interazione suppletiva, e talora residuale, del welfare istituzionale”. P. Donati, *Dove va il welfare locale. Tra riformismo e morfogenesi relazionale*, in “Lavoro Sociale”, 1, 2005, p. 11.

¹⁶⁷ Cfr. O. de Leonardis, *In un diverso welfare*, Feltrinelli, Milano, 1998.

evitare che la logica del profitto spinga gli imprenditori privati a fornire servizi insufficienti oppure inefficaci¹⁶⁸.

Difatti, all'interno del sistema del *welfare mix* vengono coinvolte tutte le tipologie di soggetti pubblici e privati, siano questi *profit* o *nonprofit*, in grado di fornire i servizi richiesti secondo canoni di competenza, efficienza ed efficacia. La capacità di questi nel fornire ai cittadini risposte coerenti rispetto ai bisogni emergenti verrebbe così ad essere garantita, almeno in linea di principio, dalla concorrenza tra gli attori e dalla diretta partecipazione al sistema di definizione dei servizi da parte degli stessi portatori del bisogno¹⁶⁹.

Secondo il modello tradizionale, tuttora prevalente, di concettualizzare l'attività economica, ovverosia le funzioni che un sistema economico - quale che esso sia - è tenuto a svolgere (allocazione delle risorse produttive tra i vari impieghi possibili; produzione di beni e servizi; distribuzione degli stessi tra i soggetti), queste vengono realizzate all'interno dei due settori dello Stato e del mercato. La teoria economica determina, sulla base del criterio di efficienza, gli ambiti di rilevanza dei due settori, attribuendo alla sfera del mercato (primo settore) la produzione e distribuzione dei beni privati e alla sfera dello Stato (secondo settore) la distribuzione e produzione dei beni pubblici.

È questo, in estrema sintesi, il nucleo centrale del paradigma dicotomico tuttora dominante nel discorso economico. Nella realtà dei fatti, i soggetti e le organizzazioni del privato sociale hanno una logica di funzionamento che è qualitativamente diversa da quella riconducibile sia alla logica dello Stato sia a quella del mercato. Se identifichiamo lo Stato con l'insieme delle attività organizzate e legittimate da poteri coercitivi istituzionalizzati e il mercato con l'insieme delle attività riguardanti lo scambio dei beni e servizi finalizzato al profitto, il privato sociale può essere identificato con quelle attività in cui né la

¹⁶⁸ Difatti, l'aspettativa che i servizi offerti dalle politiche sociali abbiano sempre i loro caratteri di imparzialità, di equità e di attenzione per gli utenti, viene a volte disillusa nel percorso di esternalizzazione dei servizi stessi, passati ora a una "gestione mista" che vede operare sullo stesso campo dell'erogazione di servizi sia istituzioni pubbliche sia soggetti privati. In seguito a ciò, "l'erogazione delle prestazioni o la loro sospensione, viene a dipendere soltanto da meccanismi contrattuali, senza alcuna considerazione per il principio della responsabilità sociale" con una conseguente e grave perdita di fiducia nelle azioni istituzionali di protezione sociale. J. Baldock, *Consumatori di welfare*, in "Lavoro Sociale", 2, 2005, pp. 156-157 (ed. or. *On Being a Welfare Consumer in a Consumer Society*, in "Social Policy and Society", 1, 2003).

¹⁶⁹ Cfr. I. Colozzi, A. Bassi (a cura di), *Da Terzo Settore a Imprese Sociali*, Carocci, Roma, 2003; A. Montebugnoli (a cura di), *Questioni di welfare*, Franco Angeli, Milano, 2002.

coercizione formale né lo scambio orientato al profitto è il principio informatore delle attività medesime.

In altri termini, mentre nei settori dello Stato e del mercato il principio di legittimazione delle decisioni economiche è costituito in un caso dal diritto di cittadinanza e nell'altro caso dal potere d'acquisto, nel privato sociale esso è piuttosto rappresentato dai principi regolativi di quella che possiamo chiamare *economia sociale*. L'accrescimento delle ricchezze individuali, purché avvenga in un contesto di economia sociale, può essere considerato un contributo essenziale per un'equa distribuzione del benessere tra i membri dell'intera comunità.

All'interno dei meccanismi concettuali del *welfare mix* diviene quindi necessario ripensare, in modo originale, le relazioni tra mercato, Stato e le differenti espressioni della società civile. Questi determinano con la loro azione la costituzione di vasti sistemi di distribuzione di diverse categorie di beni: *beni privati* (tipicamente i beni mercantili che transitano per il mercato); *beni pubblici e beni meritori* (istruzione, salute, sicurezza); *beni relazionali* (reti di fiducia, servizi alla persona, capitale sociale).

La necessità più impellente sarà, allora, quella di sapere quali tra questi beni possono essere prodotti e distribuiti secondo le regole del mercato (vale a dire le regole della società commerciale) e quali esigano invece un altro modello di produzione e di distribuzione riconducibile alle logiche istituzionali oppure alle dinamiche del privato sociale.

La sfida della società contemporanea è quella di tracciare i nuovi confini della sfera mercantile e non già quella di modificare l'intera logica di funzionamento dell'istituzione mercato. Occorrerebbe, pertanto, comprendere che il punto di riferimento per interpretare il percorso morfogenetico del *welfare State* dovrebbe essere la pluralità delle categorie di beni che oggi costituiscono la domanda dei cittadini e i diversi percorsi di produzione e di distribuzione attraverso cui questi vengono prodotti. La realizzazione di beni relazionali, di servizi sociali, sanitari e sociosanitari rende necessaria la compresenza e la collaborazione tra differenti attori all'interno della medesima istituzione di *welfare*, cosicché sia possibile realizzare il modello di *welfare mix*.

A partire dalla crisi del modello tradizionale del *welfare State*, sono emerse nuove modalità di fare politica sociale, alcune delle quali sono state riunite nel testo della legge quadro 328/2000. I contenuti della legge che possono sicuramente essere ricondotti alle tendenze pratiche dei momenti di mutamento delle politiche sociali che ne hanno preceduto l'emanazione sono sostanzialmente quelli che prevedono:

“la compartecipazione dei privati alla gestione delle risorse collettive, attraverso una nuova definizione della cultura dei servizi: ciò significa che l'oggetto degli interventi non è più solo oggetto, ma diventa soggetto delle politiche sociali nel momento in cui esprime consapevolezza non solo dei propri problemi, ma anche delle risorse per potervi fare fronte.”¹⁷⁰

Attraverso questa modalità di intervento si è resa possibile la compartecipazione di differenti soggetti, sia del privato sociale sia delle istituzioni, alla creazione di una infrastruttura di servizi universalistici che permetta di riconoscere le persone che realmente necessitano di un determinato servizio.

Si è pensato alla possibilità di superare la contrapposizione tra il modello *residuale*, caratterizzato principalmente da politiche selettive, e il modello *istituzionale*, caratterizzato invece da politiche universalistiche-egualitarie, proprio attraverso l'attivazione di dinamiche e politiche di partecipazione sociale e politica ai percorsi di definizione degli specifici servizi alla persona, come esplicitamente affermato nella legge quadro 328/2000. Ciò permetterebbe di ridefinire un nuovo scenario composito all'interno del quale i confini dell'azione del mercato e quelli dello Stato siano ben definiti e distinti, pur fondendosi in un'unica azione sociale.

I percorsi di integrazione territoriale hanno sentito la necessità di elaborare nuove prospettive di coordinamento, di governabilità politica e amministrativa tra

¹⁷⁰ P. Donati, F. Folgheraiter, *Gli operatori sociali nel welfare mix. Privatizzazione dei soggetti erogatori, managerialismo: il futuro del servizio sociale?*, Centro Studi Erickson, Trento, 1999, p. 56.

le istituzioni territoriali, e tra queste e i soggetti del privato sociale. Questa esigenza ha trovato un sostegno e una risposta nella recente normativa sia europea sia nazionale (in particolare con la legge 328/2000) incentrate fundamentalmente sull'attuazione del principio di sussidiarietà inteso soprattutto come un percorso orientato a generare un nuovo carattere statale del *welfare* che sia fondato sul decentramento, sul pluralismo delle istituzioni e sulla valorizzazione dei corpi intermedi¹⁷¹.

Il principio di sussidiarietà si radica in una filosofia dell'azione in cui ogni persona è considerata responsabile del proprio destino e capace di farsene carico. L'azione personale assicura il perseguimento dell'interesse generale inteso come principio peculiare della società moderna secondo cui non è un compito possibile, né tantomeno realistico, individuare il cosiddetto “bene comune”, un “bene oggettivo”, ma si possono riconoscere una pluralità di interessi diversificati, personali, che prescindono dal contesto generale in cui gli stessi portatori vivono

La concezione di “bene comune” veniva utilizzata in passato, fino al medioevo, per indicare un “bene”, una funzione o una finalità dell'azione comune, giudicato oggettivo da una società organica, concepita come una comunità.

Émile Durkheim ha riconosciuto questa particolare articolazione del pensiero comunitario nella propria elaborazione teorica riguardante la divisione del lavoro sociale e, quindi, i principi di solidarietà meccanica ed organica. Secondo questa prospettiva, il cosiddetto “bene oggettivamente comune” sarebbe peculiare espressione della solidarietà di tipo meccanico, osservata dall'autore all'interno delle società organizzate in modo meno complesso, caratterizzate cioè da una minima divisione del lavoro. La solidarietà meccanica è fundamentalmente basata sull'idea secondo cui la coscienza collettiva prevale sulla coscienza individuale. Ciò rende effettivamente possibile riconoscere uniformemente nella comunità un unico “bene comune”.

Difatti, se una “cosa” è presente in tutte le coscienze, è cioè oggetto di una qualsiasi forma di sentimento comune, essa potrà avere la medesima interpretazione da parte di tutti i membri della comunità.

¹⁷¹ Cfr. D. Velo, R. Pezzetti, *Fondazioni e sussidiarietà: l'esperienza europea*, in “Nonprofit”, 2, 2001.

La complessità e la pluralità dei “beni sociali” si presentano nel momento in cui aumenta la specializzazione delle funzioni sociali:

“quanto più esse si specializzano, tanto più si circoscrive il numero di coloro che hanno coscienza di ciascuna di esse – e tanto più tali funzioni vanno al di là della coscienza comune.”¹⁷²

Perciò, nelle società più complesse in cui aumenta sensibilmente il numero dei propri membri, ed aumenta al contempo la quantità di possibili interazioni, viene a crearsi conseguentemente una sempre maggiore specializzazione delle funzioni sociali. Essa determina il superamento della forma comunitaria del vivere sociale, fondata sulla somiglianza delle funzioni, verso una in cui è possibile per ogni membro sviluppare in modo relativamente autonomo la propria personalità differenziandosi dal resto della società, pur contribuendo efficacemente all’unità e all’integrità dell’insieme sociale (solidarietà organica)¹⁷³.

La legge quadro 328/2000 e, successivamente, la modifica al Titolo V della Costituzione¹⁷⁴ possono essere indicati come il primo tentativo di riformare il sistema dei servizi alla persona secondo un modello di *welfare mix* e secondo l’attuazione del principio di sussidiarietà¹⁷⁵.

Entrambi i provvedimenti normativi prevedono un atteggiamento da parte delle istituzioni che sia orientato a realizzare la sussidiarietà di tipo *verticale*. Questa accezione si riferisce sostanzialmente alla relazione fra un attore che una posizione gerarchicamente superiore agli attori che cadono sotto la sfera della sua autorità, potere e competenza di azione:

¹⁷² É. Durkheim, *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999, p. 142 (ed. or. *De la division du travail social*, Alcan, Paris, 1893).

¹⁷³ Cfr. *ibidem*.

¹⁷⁴ “Con la riforma del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale 3/2001), il principio di sussidiarietà ha assunto dignità costituzionale dopo essere sancito come uno dei principi regolatori per la programmazione e la realizzazione del sistema integrato di interventi e di servizi sociali della legge quadro 328/2000 e dal relativo piano nazionale per il triennio 2001-2003”. F. Villa, *Sussidiarietà e politiche sociali*, in “Politiche sociali e servizi”, 1, 2005, p. 27.

¹⁷⁵ Gli articoli della legge 328/2000 in cui viene esplicitata l’assunzione del principio di sussidiarietà sono i seguenti: artt. 5, 16, 19, 1, commi 3-6 (sussidiarietà *orizzontale*); artt. 6, 7, 8, 9, 18, 19 (sussidiarietà *verticale*). Gli articoli del Titolo V della Costituzione in cui viene esplicitata l’assunzione del principio di sussidiarietà sono: artt. 2, 3, 5, 118, comma 1-4.

All'interno di questa relazione vige il principio secondo il quale l'attore che ha un ruolo gerarchicamente superiore non interverrà negli ambiti di competenza degli attori gerarchicamente inferiori finché questi saranno autosufficienti nell'adempiere alle proprie funzioni. In sostanza, lo Stato esplicita il suo ruolo di governo e, in alcuni casi specifici, di protezione quando supplisce alle mancanze ed alle incapacità dei gruppi sociali più prossimi al contesto in cui il problema è emerso.

“poiché l'azione libera contribuisce alla dignità esistenziale, e poiché l'azione di prossimità è giudicata più efficace, si devolgerà in primo luogo la competenza all'individuo o al gruppo più vicino, per arrivare per gradi a quello più lontano, *in caso di insufficienza*.”¹⁷⁶

Le stesse normative prevedono altresì l'attuazione della sussidiarietà *orizzontale*, elemento portante del *welfare mix*. Questa si riferisce di fatto ad attori che non hanno relazioni gerarchiche fra loro e che cercano forme di coordinamento sociale, di collaborazione, di integrazione reciproca delle azioni comunitarie, ciascuno con la propria originalità e le proprie peculiarità.

In seno alle politiche sociali, la sussidiarietà orizzontale caratterizza di fatto l'azione e la strutturazione degli interventi così come vengono elaborati nell'ottica del *welfare mix*, ovvero prevedendo, promuovendo ed incentivando l'integrazione dell'azione di più e differenti attori di diversa estrazione: del privato sociale, della sfera istituzionale, delle reti informali e del mercato.

Attraverso l'attuazione dei principi di sussidiarietà viene riconosciuta la capacità di autonomia e di tensione verso l'autonomia delle comunità che perseguono questo obiettivo al fine di realizzare il soddisfacimento dei bisogni primariamente insoluti:

¹⁷⁶ C. Millon-Delsol, *Il principio di sussidiarietà*, Giuffrè, Milano, 2003, p. 56 (ed. or. *Le principe de subsidiarité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1993).

“l’importanza della delega alle istituzioni prossime al cittadino perché ciò consente una migliore conoscenza dei fenomeni di povertà e un più efficiente ed efficace intervento.”¹⁷⁷

Questi bisogni emergenti sono relativi, ovverosia essi sono mutevoli in base al contesto e al periodo storico e pertanto si rende necessario fuggire dalle concezioni definitive di bisogni che genererebbero dipendenza da un centro che determina e sancisce in via definitiva il riconoscimento di bisogni e diritti. Il *welfare mix*, così realizzato attraverso la legge 328/2000, coinvolge più attori alla definizione ed erogazione dei servizi e rende perciò maggiormente flessibile e adattabile lo strumento istituzionale per la creazione delle politiche sociali¹⁷⁸.

Il coinvolgimento coordinato di attori istituzionali posti su differenti livelli amministrativi (Comuni, Province, Regioni, Stato e, se necessario, l’Unione Europea) e di questi con gli attori del privato sociale e della sfera del mercato economico, definiscono i caratteri sostanziali di quella declinazione particolare del concetto di governance che ricade sotto l’espressione *multi-level governance* (*governance* multi-livello)¹⁷⁹.

Questo concetto è stato elaborato in concomitanza con l’affermazione nel panorama teorico dei principi tipici della sussidiarietà verticale. Attraverso un approccio fondato sulla *multi-level governance* viene osservato scientificamente il percorso di attivazione delle dinamiche e delle politiche di coordinamento e coinvolgimento di differenti attori riconducibili alle differenti sfere coinvolte anche all’interno del *welfare mix*.

La *governance* multilivello rappresenta quindi una delle nuove declinazioni e nuove modalità interpretative del modello emergente di *governance* all’interno del *welfare mix* sorto dalla dissoluzione del paradigma tradizionale incentrato sul ruolo determinante dello Stato nazione. La *multi-level governance* contiene un

¹⁷⁷ G. Simmel, *Sociologia*, op. cit., p. 408.

¹⁷⁸ I. Colozzi, *Riflessioni sulla 328: l’applicazione del principio di sussidiarietà*, in “Impresa Sociale”, 56, 2001.

¹⁷⁹ “Il termine *multi-level governance* venne inizialmente utilizzato per descrivere i sistemi in cui si svolgevano continue negoziazioni tra autorità di governo collocate su diversi livelli, e in particolare come paradigma interpretativo del mutamento dei rapporti fra i vari livelli di autorità all’interno dell’Unione Europea”. L. Pesenti, *Federalismo e sussidiarietà: un nesso necessario?*, in P. Donati, I. Colozzi, *La sussidiarietà. Che cos’è e come funziona*, Carocci, Roma, 2005, p. 49.

approccio Stato-centrico in cui vengono poste in risalto le relazioni esistenti tra lo Stato e altri attori non istituzionali, ma anche una modalità più collaborativa orientata al coordinamento delle interazioni esistenti tra attori pubblici e privati¹⁸⁰.

Il modello di *welfare mix* trova la sua ragione d'essere nella definizione del panorama politico circostante in cui il decentramento dei ruoli e dei poteri decisionali, contemporaneamente all'affermazione legale dei principi di sussidiarietà¹⁸¹, ha determinato la partecipazione di nuovi attori nei luoghi di costruzione territoriale delle politiche sociali attraverso dinamiche ed interrelazione definite come tipiche della *multi-level governance*.

3.3 La cittadinanza societaria e il welfare relazionale

3.3.1 Dalla crisi di governabilità alla partecipazione sociale

A partire dagli anni Ottanta si è venuto a diffondere in Italia un approccio interpretativo delle dinamiche di definizione e costituzione dello Stato di benessere fondato sulla promozione dei valori della partecipazione e su una maggiore attenzione alle peculiarità socio-culturali comunitarie per una nuova modalità di intendere le politiche sociali.

Questo filone teorico trova nel pensiero di Achille Ardigò¹⁸² i propri principi fondanti. L'autore rivolge la propria attenzione all'improvviso emergere

¹⁸⁰ Cfr. J. Pierre, *Debating Governance, Authority, Steering and Democracy*, Oxford University Press, Oxford, 2000.

¹⁸¹ Sussidiarietà e decentralizzazione non sono la stessa cosa: la sussidiarietà è un principio di allocazione del poter in sfere amministrative superiori o inferiori, anche se tendenzialmente si preferiscono quelle inferiori ed implementa le politiche che vengono stabilite da un potere centrale che ne definisce i caratteri peculiari; la decentralizzazione invece prevede che i soggetti investiti di questo potere siano i diretti responsabili della definizione delle caratteristiche e degli aspetti attuativi e di principio delle politiche.

¹⁸² Tra le numerose pubblicazioni dell'autore citiamo alcuni dei testi che affrontano l'argomento: A. Ardigò, *Crisi economica e welfare state: tre interpretazioni e una speranza*, in "La Ricerca Sociale", 15, 1976; Id., *Crisi di governabilità e mondi vitali*, cit.; Id., *Dallo stato assistenziale al*

nel panorama italiano di associazioni di volontariato operanti proprio in quei settori in cui venivano meno gli interventi previsti in ambito di programmazione sociale e in un periodo storico immediatamente successivo al momento culminante di espansione del *welfare State*.

Ardigò interpreta la nuova e consistente presenza in ambito sociale dell'azione delle associazioni di volontariato come la prima risposta offerta dalla società civile alla crisi dello Stato di benessere. Questa si manifestava in modo sempre più evidente nell'incapacità da parte dello Stato di realizzare concretamente ed efficacemente le riforme da poco varate in ambito sociale e sanitario (per esempio la costituzione del Sistema Sanitario Nazionale che risale al 1978).

In uno dei suoi testi più importanti, *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Achille Ardigò riprende il concetto husserliano di “mondi della vita” (*Lebenswelt*) intesi come luoghi di creazione e di definizione del senso e del consenso sociale. Egli contrappone i “mondi vitali” al sistema sociale, in una dicotomizzazione che trova la propria origine concettuale nel pensiero di Jürgen Habermas, temi questi da noi già affrontati ed esposti precedentemente¹⁸³. Nel momento in cui il *System* invade con la propria logica strumentale-razionale i luoghi della vita quotidiana viene a realizzarsi un “processo di mediatizzazione”, ovvero la colonizzazione del mondo sociale per mezzo degli strumenti mediatici del sistema sociale.

Achille Ardigò fa quindi riferimento alla dicotomia habermasiana *System/Lebenswelt*, ed alle interrelazioni reciproche instauratesi tra questi, al fine di porre in evidenza le criticità caratterizzanti la parabola storica del *welfare State*. Sostanzialmente, lo Stato di benessere è venuto ad affermarsi e a diffondersi nella società in virtù di un consenso, di un appoggio incondizionato, da parte delle classi meno abbienti, le classi cioè ritenute più vulnerabili rispetto alla diffusione dei nuovi rischi sociali ed economici.

Al contempo, il consolidamento di un modello di protezione sociale statalista, quindi facente parte del *System* ed agente per mezzo di una logica strumentale-razionale, avrebbe generato delle conseguenze inaspettate nel mondo

welfare state, in G. Rossi, P. Donati (a cura di), *Welfare state. Problemi e alternative*, Franco Angeli, Milano, 1985; Id., *Pluralismo e servizi sociali*, Fondazione Zancan, Padova, 1997.

¹⁸³ Cfr. *supra*, cap. 2.3.1.

della vita. Questa forma di colonizzazione avrebbe cioè promosso, inconsapevolmente, la diffusione di un sentimento di dipendenza e di forme di assistenzialismo strumentale, atteggiamenti questi che avrebbero così determinato la perdita di quel senso di responsabilità e dell'*ethos* di cura e di partecipazione civile prima comunemente diffusi nelle comunità.

I “mondi vitali” sarebbero stati quindi spogliati del proprio primato nella regolazione e nella determinazione delle forme di cura alla persona che, precedentemente alla colonizzazione istituzionale, erano compiti esclusivi del tessuto relazionale e sociale di comunità. La statalizzazione degli interventi di cura e di assistenza li estrapola dal loro contesto naturale, il contesto comunitario, generando così quella che Ardigò definisce “crisi di governabilità” o crisi di transizione, di incompatibilità, tra *System* e *Lebenswelt*. Questa crisi è stata sostanzialmente determinata dall’allontanamento delle sfere istituzionali di gestione e programmazione del *welfare* dagli ambiti sociali a cui è seguita una simultanea riduzione del ruolo della società civile e del proprio spazio pubblico intermedio:

“quello spazio pubblico con funzioni politiche ma di società civile, uno spazio di scambi simbolici allargati, ma aperto all’influenza dei mondi vitali, esterni ai centri di controllo del sistema, e non irrilevante quanto ad influenze su di esso.”¹⁸⁴

Lo spazio intermedio venutosi a creare a seguito del progressivo allontanamento dei soggetti istituzionali da quelli della società civile può essere colmato, secondo l’autore, dalle differenti forme assunte dal volontariato sociale nell’ambito dei servizi alla persona. Il volontariato potrebbe difatti porsi come attore intermedio e mediatore tra gli elementi dicotomici della crisi del *welfare State*, in virtù delle caratteristiche peculiari della propria natura sociale in grado di generare nuove e dinamiche modalità interrelazionali e di promuovere la partecipazione di differenti attori sociali¹⁸⁵.

¹⁸⁴ A. Ardigò, *Crisi di governabilità e mondi vitali*, cit., pp. 73-74.

¹⁸⁵ Cfr. A. Ardigò, *Democrazia e partecipazione*, in C. Cipolla, *La partecipazione politica*, Città Nuova Editrice, Roma, 1978.

Lo Stato non verrebbe così a essere delegittimato dall'azione dei soggetti del volontariato e del privato sociale, definito da Ardigò "terza dimensione"¹⁸⁶, ma verrebbe invece affiancato da questi nella sua opera di diffusione delle azioni di protezione ed di integrazione sociale attraverso l'affermazione del principio di partecipazione.

L'azione partecipativa proposta e sostenuta dagli attori della società civile ha l'obiettivo di estendere quella modalità di attivazione sociale, di presa in carico delle proprie responsabilità, al fine di estendere il coinvolgimento del maggior numero di persone nell'azione stessa:

*"the heterogeneous and rich world of the associations and the service sector are entrusted with the strategic role of acting as 'social connectors': from the direct involvement of the citizens to the anticipation of the emerging problems, from the testing of innovative ways to respond to the social needs, to the monitoring to the public sector."*¹⁸⁷

La società civile secondo tutte le proprie declinazioni, privato sociale, terzo settore, reti informali, ecc., diviene strumento di costruzione del *tessuto connettivo* di cui parla Ugo Ascoli, tessuto indispensabile per superare la crisi di incompatibilità tra sistema e società emersa dall'analisi di Achille Ardigò.

Difatti, la crisi di governabilità alla quale abbiamo assistito comprende anche la crisi della partecipazione sociale dovuta a due fattori fondamentali: la *tecnocrazia-burocratizzazione* e la *dilatazione del sistema politico*¹⁸⁸. Il primo fattore riguarda la distanza che a volte viene posta in essere tra il cittadino e le istituzioni e che può creare apatia o modalità di assistenzialismo passivo e deresponsabilizzato nel cittadino. Il secondo fattore riguarda invece l'invasione,

¹⁸⁶ Cfr. A Ardigò, *Volontariato, welfare state e terza dimensione*, in "La Ricerca Sociale", 25, 1981.

¹⁸⁷ "Il ricco ed eterogeneo mondo della associazioni e del settore dei servizi prende sicurezza nel loro ruolo di *connettori sociali*: dal diretto coinvolgimento dei cittadini alla previsione dei problemi emergenti, dai tentativi di percorrere strade innovative per soddisfare i bisogni sociali, al monitoraggio del settore pubblico" (nostra traduzione). U. Ascoli, *Modern welfare State*, relazione presentata al Convegno Internazionale "Social Change and Social Professions. Social Work 2007", Parma, 15-17 marzo 2007.

¹⁸⁸ Cfr. P. Ceri, voce "*Partecipazione sociale*", in "Enciclopedia delle Scienze Sociali", op. cit.

da parte delle istituzioni, di sfere, attività e organizzazioni appartenenti alla società civile che limitano l'autonomia di quest'ultima (il processo di colonizzazione di Habermas).

La partecipazione come azione sociale di cambiamento si caratterizza pertanto come una modalità di azione che esprime la volontà dei cittadini in forma organizzata ad intervenire nella sfera pubblica per la realizzazione di un obiettivo socialmente condiviso in virtù della quale le persone acquistano una maggiore titolarità di accesso a una o più arene decisionali.

I mondi della vita dovrebbero realizzare dunque , oppure impegnarsi a promuovere, forme adeguate di partecipazione sociale e politica adeguate al tempo ed al contesto socio-economico in cui si esprimono, così da poter essere realmente espressione di quel dinamismo che li rende, di fatto, *mondi vitali*.

3.3.2 Il welfare relazionale: la teorizzazione di Pierpaolo Donati

Il pensiero di Achille Ardigò è stato successivamente ripreso da Pierpaolo Donati nel proprio sforzo interpretativo volto allo studio delle relazioni, più che delle contrapposizioni, esistenti ed osservabili tra il sistema istituzionale dei servizi alla persona ed i mondi vitali.

Donati orienta in modo sostanziale il proprio lavoro di ricerca verso l'ambito delle relazioni informali che si esplicano nella società contemporanea e che, secondo sentieri di elaborazione avulsi dal contesto, dalle dinamiche e dalle logiche istituzionali, si rivelano capaci di produrre servizi ed assistenza in forma sufficientemente efficace e, contestualmente, efficiente. L'autore definisce il modello di *welfare* derivante da questo approccio teorico con l'espressione *welfare relazionale*.

La trasformazione dei modelli di *welfare* tradizionali a modelli "societari" o "relazionali", nella teoria elaborata da Pierpaolo Donati si fonda su una nuova

concezione della cittadinanza intesa come “cittadinanza societaria”¹⁸⁹, espressione già utilizzata da Achille Ardigò ed approfondita in seguito da Donati. Tale approccio concentra il proprio intento interpretativo sul sistema di relazioni tra gli attori di *welfare* attraverso una prospettiva che trova le sue origini nel paradigma morfogenetico di Margaret Archer¹⁹⁰ e si struttura come una teoria della società dopo-moderna.

Sostanzialmente, il *welfare relazionale* teorizzato da Donati nasce dalla declinazione del paradigma della “sociologia relazionale” elaborato dallo stesso autore. In breve, la sociologia relazionale individua nelle relazioni sociali, e nella loro costante tendenza a strutturarsi secondo forme tipizzate, il fattore determinante l’esistenza e l’essenza stessa della società¹⁹¹.

Secondo questa prospettiva, la crisi di governabilità messa in luce da Ardigò si rivelerebbe come un indizio del necessario mutamento dell’apparato del *welfare State* alla luce dei cambiamenti storici, economici e sociali, e non unicamente come un elemento che destabilizza l’equilibrio dello Stato di benessere. La crisi diviene quindi un punto teorico ed empirico dal quale partire alla ricerca di nuovi elementi e strumenti interpretativi per le interrelazioni tra società e sistema burocratico-istituzionale attraverso il confronto tra il tradizionale modello di *welfare State* ed i percorsi di produzione sociale dei servizi.

Gli attori della società civile che si attivano per la realizzazione di risposte immediate ai bisogni comunitari ignorati dalle istituzioni possono avere carattere informale oppure possono perseguire una forma di riconoscimento formale, ponendosi all’interno dello spazio sociale esistente tra il *welfare State* e la società civile. In questo ambito verrebbe a definirsi nei propri caratteri peculiari un nuovo

¹⁸⁹ Cfr. P. Donati, *Le frontiere della politica sociale*, cit.; Id., *La cittadinanza societaria*, cit.; P. Donati, G.B. Sgritta (a cura di), *Cittadinanza e nuove politiche sociali*, Franco Angeli, Milano, 1992.

¹⁹⁰ In realtà il percorso di teorizzazione elaborato da Pierpaolo Donati in merito alla definizione dei caratteri sostanziali riconducibili a una visione relazionale della società (attraverso una sociologia relazionale) è antecedente all’elaborazione del concetto di *morfogenesi* di Margaret Archer (1995). Tuttavia, Donati trova un fondamentale punto di riferimento nell’approccio della Archer per le successive elaborazioni ed i successivi approfondimenti che riguarderanno le differenti declinazioni dell’approccio relazionale allo studio dei fenomeni sociali.

¹⁹¹ Cfr. P. Donati, *Introduzione alla sociologia relazionale*, Franco Angeli, Milano, 1983; Id., *La famiglia nella società relazionale. Nuove reti e nuove regole*, Franco Angeli, Milano, 1986; Id., *Teoria relazionale della società*, Franco Angeli, Milano, 1991; P. Donati, P. Terenzi (a cura di), *Invito alla sociologia relazionale. Teoria e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, 2005.

attore sociale definito da Pierpaolo Donati “privato sociale”¹⁹², espressione questa che è stata successivamente adottata diffusamente nell’ambito dello studio delle dinamiche del *welfare State*.

Questo attore si identifica con una sfera sociale intermedia, posta cioè tra l’apparato istituzionale, il mercato e la società civile, che rappresenta essa stessa una sintesi, una compenetrazione, tra queste sfere.

Il privato sociale viene a definirsi nell’analisi di Donati come uno strumento di produzione di modalità specifiche ed innovative di regolazione sociale, attraverso cui viene riconosciuto il primato regolativo ed etico delle sfere informali nella produzione societaria dei servizi alla persona. L’*ethos* del privato sociale propone la centralità del “bene comune” come finalità dell’azione comunitaria attraverso l’implementazione e la sperimentazione di prassi ed interventi alternativi a quelli proposti e consolidati nelle pratiche diffuse dalle strutture istituzionali oppure dagli attori del mercato.

La natura regolatrice dell’azione informale dei soggetti riferibili, secondo la prospettiva di Donati, al mondo del “privato sociale” viene espressa attraverso un solido nucleo di valori di riferimento che determinano sia le modalità etiche sia le prassi attuative dell’attivazione a carattere solidaristico delle persone.

Costanzo Ranci ha chiaramente posto in evidenza quella che lui definisce “la normatività alternativa del privato sociale” quale nucleo fondamentale della riflessione di Donati. Ranci afferma che questa modalità regolatrice alternativa sia alle logiche dello Stato sia a quelle del mercato:

“contiene l’idea che anche esperienze sociali specifiche contengano elementi regolativi che possono assumere rilevanza pubblica se adeguatamente riconosciuti ed ascritti in un orientamento verso il bene

¹⁹² Cfr. P. Donati, *Pubblico e privato: fine di un’alternativa?*, Cappelli, Bologna, 1978. Il concetto di “privato sociale” è stato oggetto di successive elaborazioni da parte di Pierpaolo Donati in: Id. (a cura di), *Sociologia del terzo settore*, Carocci, Roma, 1996; Id., *Il privato sociale e le nuove sfide della cittadinanza*, in A. Fadda (a cura di), *Interrelazione volontaria e solidarietà nella società complessa*, Franco Angeli, Milano, 1996.

pubblico che non riduca quest'ultimo alla produzione direttamente
statuale.”¹⁹³

Il riconoscimento di una sempre maggiore autonomia delle sfere private, a fronte dell'affermazione radicale dei principi individualistici nella società dopomoderna, necessita una differente cura dei percorsi di riconoscimento delle pratiche solidaristiche organizzate. L'azione posta in essere dal privato sociale determina una sostanziale influenza sulle modalità espressive ed attuative dello Stato e del mercato, secondo quella logica di interrelazione strutturale, esistente tra ambiti *macro* e ambiti *micro*, presente nell'approccio morfogenetico di Margaret Archer¹⁹⁴.

Sostanzialmente, secondo l'approccio relazionale allo studio delle nuove forme di *welfare*, le organizzazioni della società civile, attraverso il riconoscimento formale della loro azione di protezione sociale, verrebbero così riconosciuti come nuovi attori nelle dinamiche tradizionali del *welfare State*. La presenza di un numero crescente di soggetti sociali portatori di culture, identità, bisogni ed esperienze solidaristiche peculiari non verrebbe interpretata come indizio di una crescente frammentazione sociale che porrebbe in crisi l'autorità statale, ma bensì come l'inizio di una nuova esperienza di *welfare* definita come “modello societario di *welfare* plurale”¹⁹⁵. Secondo Donati, questo modello esprime le proprie peculiarità e differenze rispetto agli altri che l'hanno preceduto:

“proprio perché concepisce il benessere come relazione sociale e opera con/su/attraverso le relazioni sociali (in particolare quelle familiari) e quindi è orientato a connettere integrazione sociale e integrazione sistemica attraverso una più ricca società civile.”¹⁹⁶

¹⁹³ C. Ranci, *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, il Mulino, Bologna, 2004, p. 49.

¹⁹⁴ Cfr. *supra*, cap. 3.1.

¹⁹⁵ Cfr. G. Rossi, P. Donati (a cura di), *Welfare State, problemi e alternative*, Franco Angeli, Milano, 1982; P. Donati, *La cittadinanza societaria*, cit.

¹⁹⁶ P. Donati, *La qualità sociale del welfare: un nuovo modo di osservare, valutare e realizzare le buone prassi*, in “Lavoro Sociale”, 3, 2006, p. 330.

Il modello relazionale del welfare societario plurale apre scenari inediti poiché in esso tutti i soggetti del privato sociale collaborano e coordinano i propri sforzi per la costruzioni di nuove legature, di nuove trame tra gli attori coinvolti. Il frutto di questa operatività solidale è la costruzione di una nuova articolazione sociale, di un nuovo tessuto sociale¹⁹⁷ connettivo in cui lo Stato non impone la propria azione coercitiva, ed i propri strumenti di controllo e regolazione sociale, attraverso il monopolio della gestione del *welfare* e dei servizi da esso forniti, ma in cui tutti i soggetti sociali sono coinvolti in un percorso di riappropriazione della responsabilità di scelta e di azione per la salvaguardia del proprio benessere relazionale, spirituale e fisico.

Sostanzialmente, il *welfare* societario plurale, per la propria e più completa realizzazione, necessita di una reale integrazione con l'apparato istituzionale che regola la realizzazione dei servizi alla persona. Solo attraverso una fattiva relazione tra le due sfere del vivere sociale sarà possibile che gli amministratori pubblici comprendano che:

“sempre meno le politiche sociali possono essere decise dal sistema politico amministrativo come centro decisionale autonomo. Quando lo sono, sempre meno le decisioni possono essere messe in atto, e, là dove si cerca di procedere implementando programmi pre-definiti, emergono crescenti effetti inattesi e perversi.”¹⁹⁸

La *governance* nella dimensione relazionale, creata e definita all'interno dell'approccio interpretativo di Pierpaolo Donati, si presenta come una modalità di reificazione dei principi e dei metodi di governo dell'azione di cura che abbandonano la classica visione istituzionale centralistica per realizzare un progetto di “governabilità relazionale”. La nuova *governance* si concretizzerebbe

¹⁹⁷ Il concetto di tessuto sociale fa riferimento a un nuovo ideale di relazione sociale costituito da trame profonde capaci di comprendere e valorizzare tutti quegli aspetti della complessità sociale utili a valicare i confini interpretativi legati a una visione atomistica della società individualistica dopo-moderna, in cui il risultato dell'“azione relazionata” dei singoli attori del privato sociale sia “co-azione di più personalità, non di particolarismi o individualismi ma di azioni collettive, non di estraneità ma di comunità”. A. Merler, *Le declinazioni del pensare e del fare solidale nei territori della Sardegna*, in M. Cocco, A. Merler, M.L. Piga, *Il fare delle imprese solidali*, Franco Angeli, Milano, 2002, p. 18.

¹⁹⁸ P. Donati, *Teoria relazionale della società*, cit., p. 309.

così in quelle modalità di decentramento e di coordinamento dinamico delle istanze, delle competenze e delle azioni dei numerosi e differenti attori coinvolti, modalità che creerebbero il contesto socio-istituzionale adeguato alla realizzazione ed alla promozione di politiche sociali anch'esse relazionali. Ciò avverrebbe in un quadro strutturale scarsamente centralizzato e fortemente localizzato, in cui ogni persona avrebbe la piena libertà di mettere in atto scelte autonome in ordine alla fruizione di servizi offerti da diversi attori appartenenti a differenti sfere, mercato, Stato e privato sociale.

In breve, verrebbe a delinearsi un panorama composito di forma di *welfare* similmente coinvolgenti gli attori del privato sociale: il *welfare mix*, descritto attraverso l'analisi di Ugo Ascoli, e il *welfare relazionale* di Pierpaolo Donati. La differenza sostanziale tra i due modelli risiede nel fatto che, nel primo, la partecipazione di soggetti privati (mercato) e i conseguenti rapporti tra questi, le istituzioni, il privato sociale e la società vengono previsti in un progetto istituzionale di riforma della Stato sociale¹⁹⁹. Invece, nel *welfare relazionale* assumono una centralità fondante e determinante le relazioni tra le sfere sociali intermedie e il loro ruolo giocato all'interno di un quadro relazionale in cui la centralità dello Stato viene a essere sostanzialmente ridimensionata sotto forma di "ordinatore generale di un sistema che viene il più possibile auto-regolato"²⁰⁰.

In questo caso, il privato sociale realizza le ambizioni teoriche di Donati perché in esso viene riconosciuta la risposta alla necessità di superare la concezione di "mondi vitali" come unico luogo deputato alla costruzione di nuove forme di regolazione sociale del *welfare* istituzionale. Secondo l'autore le crisi del *welfare State* possono essere superate attraverso una:

"riattivazione della comunicazione progettuale fra gli attori in gioco
[compito che] deve essere svolto dalle istituzioni pubbliche e da quei

¹⁹⁹ Cfr. U. Ascoli (a cura di), *Welfare state all'italiana*, cit.; Id. (a cura di), *Azione volontaria e welfare state*, il Mulino, Bologna, 1987; Id., *Soggetti pubblici e organizzazioni di "terzo settore": appunti sul welfare-mix in Italia*, in A. Fadda (a cura di), *Interrelazione volontaria e solidarietà nella società complessa*, cit.; U. Ascoli, S. Pasquinelli (a cura di), *Il welfare mix. Stato sociale e terzo settore*, Franco Angeli, Milano, 1993; U. Ascoli, C. Ranci (a cura di), *Il welfare mix in Europa*, cit.

²⁰⁰ P. Donati, *Teoria relazionale della società*, cit., p. 91.

gruppi sociali che sono capaci di esprimere un nuovo progetto pubblico, politico, di mondo comune.”²⁰¹

Il *welfare relazionale*, facendo ricorso alle risorse del tessuto sociale espresse attraverso le forme organizzate del privato sociale, produce e promuove la diffusione comunitaria di una nuova modalità di intendere i servizi alla persona come “servizi relazionali”:

“un servizio relazionale è una attività di supporto, di valorizzazione, di indirizzo di relazioni di cura, cioè di azioni terapeutiche assistenziali espresse da persone o entità (famiglie ad esempio) differenti dagli operatori che fanno parte dell’organizzazione che offre tale servizio. In altre parole: un servizio relazionale è la disponibilità (da parte di un certo operatore o di una certa organizzazione) a lavorare affinché gli altri lavorino congiuntamente, mettendo in atto le loro capacità quali che siano, non importa se non sono perfette secondo i canoni classici del professionalismo.”²⁰²

Sostanzialmente, chi lavora per la reificazione e la promozione dei servizi sociali relazionali cerca di creare le condizioni affinché i propri interlocutori possano raggiungere l’obiettivo prefissato secondo le proprie modalità e i propri tempi. Le stesse istituzioni statali *in primis*, nel contesto teorico di implementazione del *welfare relazionale*, dovrebbero agevolare e sostenere i processi di auto-organizzazione delle comunità, processi che in conclusione si esplicitano attraverso la costituzione di soggetti attivi del privato sociale, offrendo strumenti, risorse ed occasioni declinati secondo le necessità emergenti²⁰³.

Alcuni dei più importanti elementi o fattori di mutamento emersi durante la parabola morfogenetica del *welfare* sono riconducibili, innanzitutto, ai mutamenti nelle regole di *governance*, dal *government* centro-periferia alla *multi-level*

²⁰¹ P. Donati, *Risposte alla crisi dello stato sociale*, cit., p. 65.

²⁰² F. Folgheraiter, *I servizi sociali relazionali*, in P. Donati, P. Terenzi (a cura di), cit., p. 174. Inoltre: Id., *La logica sociale dell’aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Erickson, Trento, 2007.

²⁰³ Cfr. P. Toniolo Piva, *Buone pratiche per la qualità sociale*, Ediesse Studio, Como, 2002.

governance territoriale che ha visto l'affermarsi del privato sociale come nuovo attore dell'arena contrattuale. In secondo luogo abbiamo assistito all'emergere di una diversa cultura del *welfare*, da assistenza elargita unicamente ed esclusivamente ai poveri ad investimento degli utenti/fruitori. Questi ultimi diventerebbero quindi “*prosumers*” (*producers/consumers*), ovverosia produttori e consumatori contemporaneamente, cittadini attivi nel quadro di un nuovo complesso di diritti di cittadinanza societaria²⁰⁴. In questo panorama emergono quelle che Wilding ha definito “isole di collettivismo”²⁰⁵ verso cui lo Stato si rivolgerebbe per promuovere l'azione societaria di cura, delegando una serie di interventi al privato sociale, alla comunità, così da limitare sempre di più il proprio intervento anche grazie all'importante partecipazione degli attori della sfera del mercato.

Garantire gli standard adeguati di protezione sociale quindi non è più compito del solo *welfare State* ma viene condiviso con gli stessi portatori di interessi attraverso forme di *welfare* societario²⁰⁶. Gli attori così coinvolti si trovano nella condizione di poter elaborare loro stessi nuovi meccanismi di intervento, nuove buone prassi sociali (per esempio: nidi domiciliari ed aziendali, fondi pensionistici alternativi, *community care*, ecc.) per il superamento dei bisogni emergenti e più impellenti. Questa tipologia di *welfare* sarebbe orientata a determinare l'orientamento dell'azione sociale organizzata verso la creazione di un sistema relazionale e plurale di iniziative di emancipazione.

Paul Leonard ha descritto il *welfare societario* come il traguardo necessario del percorso di morfogenesi del *welfare State* nell'età post-moderna. La crisi e, in taluni casi, il fallimento delle politiche di protezione dello Stato di benessere avrebbero condotto i sentieri interpretativi contemporanei verso il riconoscimento, tipico dell'approccio postmoderno, delle pluralità sociali e perciò dei diversi modi di rispondere ai bisogni sociali. L'autore propone quindi un allontanamento dalle logiche programmatiche a vasto raggio al fine di concentrare l'impegno

²⁰⁴ Cfr. P. Donati, *Dove va il welfare locale. Tra riformismo e morfogenesi relazionale*, cit.

²⁰⁵ Cfr. P. Wilding, *Professional Power and Social Welfare*, Routledge, London, 1982.

²⁰⁶ Con l'espressione “*welfare societario*” facciamo riferimento a “un sistema sociale in cui l'impegno per il benessere sociale, in qualche modo, è parte integrante della vita di ogni giorno”. J.J. Rodger, *Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell'età postmoderna*, Erickson, Trento, 2004, p. 14 (ed. or. *From a Welfare State to a Welfare Society*, MacMillan, London, 2000).

interpretativo ed attuativo sugli ambiti sociali comunitari per favorire e promuovere la partecipazione sociale e politica ai momenti di dialogo pubblico sulle finalità del *welfare* e sulla definizione dei bisogni e delle priorità di intervento²⁰⁷, in linea con quanto sostenuto da Donati:

“nel modello societario [...] i soggetti della cittadinanza diventano le persone in quanto appartenenti a soggetti sociali, cioè con attenzione alle appartenenze socio-culturali viste non come caratteristiche particolaristiche negative, ma come elementi da valorizzare in quanto fattori di reperimento e mobilitazione di risorse, e come sfere di coesione sociale capaci di produrre beni relazionali (intesi come beni che consistono nelle relazioni che gli attori hanno fra loro, beni che possono essere prodotti e fruiti soltanto assieme da coloro che vi sono interessati).”²⁰⁸

I beni relazionali sono il frutto dei meccanismi di attivazione sociale posti in essere all'interno degli approcci riferibili al *welfare* relazionale e societario. I membri della comunità che si sono attivati per la produzione dei beni relazionali hanno in comune un forte legame fiduciario, un senso del dovere e di responsabilità reciproca che è sostanzialmente derivante dal *capitale sociale*, intangibile collante societario costruito, determinato e caratterizzato dalla e nella comunità, in virtù delle proprie peculiarità sociali, storiche, culturali, economiche e relazionali.

Il capitale sociale è, in sostanza, l'insieme delle condizioni sociali e relazionali che consentono, facilitano, promuovono e favoriscono la realizzazione degli obiettivi di politica sociale, soprattutto in chiave relazionale o in un contesto di *welfare mix*²⁰⁹.

²⁰⁷ Cfr. P. Leonard, *Postmodern Welfare: Reconstructing an Emancipatory Project*, Sage, London, 1997.

²⁰⁸ P. Donati, *L'evolversi della politica sociale dalla prima industrializzazione alle società complesse: concezioni e modelli*, in Id. (a cura di), *Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993, pp. 46-47.

²⁰⁹ Cfr. P. Donati, *Famiglia e capitale sociale nella società italiana*, cit.

Il concetto di capitale sociale è stato oggetto di numerosi studi e ricerche nelle scienze sociali moderne. Questi, secondo Nan Lin, hanno portato alla definizione di numerosi modi di intendere il capitale sociale a causa di una scarsa attenzione alle pratiche di rigore concettuale e metodologico nello studio di questo argomento²¹⁰.

Tra gli studiosi più autorevoli che hanno dedicato una parte consistente del proprio lavoro all'analisi degli aspetti più caratterizzanti del capitale sociale riconosciamo l'importanza fondamentale delle opere di Pierre Bourdieu, James Coleman e Robert Putnam²¹¹.

Pierre Bourdieu, durante lo studio sui processi riproduttivi delle classi sociali condotto negli anni Ottanta, utilizzò l'espressione *capital social* per definire, insieme al capitale economico e a quello culturale, quello che lui definì il "campo sociale", la società. I tratti salienti dell'interpretazione di Bourdieu definiscono il capitale sociale come una proprietà che viene determinata, in termini sia quantitativi sia qualitativi, dalla dimensione della rete di legami che ogni singola persona riesce a coinvolgere a proprio vantaggio per il raggiungimento dello scopo prefissato. Secondo l'autore, il capitale sociale diviene una risorsa estremamente proficua per i gruppi sociali più abbienti, in termini di mantenimento dello *status quo*, in termini di riproduzione di classe.

Il capitale sociale, inteso quindi nella propria accezione individualistica, è una proprietà sociale che necessita di scambi relazionali e attenzioni in termini di cura affinché sia costantemente "rigenerato" e non perda perciò né intensità né valore. Esso viene di fatto costruito e determinato attraverso strategie di

²¹⁰ Cfr. N. Lin, *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge University Press, Cambridge, 2001.

²¹¹ Tra i numerosi autori che hanno affrontato lo studio del capitale sociale indichiamo: F. Fukujama, *Fiducia*, Milano, Rizzoli, 2006 (ed. or. *Trust: the Social Virtues and the Creation of Prosperità*, Hamish Hamilton, London, 1995); Id., *Social Capital, Civil Society and Development*, in "Third World Quarterly", 1, 2001; A. Mutti, *Capitale sociale e sviluppo*, il Mulino, Bologna, 1998; N. Lin, *Inequality in Social Capital*, in "Contemporary Sociology", 6, 2000; N. Lin, K.S. Cook, R.S. Burt (eds.), *Social Capital: Theory and Research*, Aldine de Gruyter, New York, 2001; A. Bagnasco, *Il capitale sociale nel capitalismo che cambia*, in "Stato e Mercato", 65, 2002; J. Field, *Il capitale sociale: un'introduzione*, Erickson, Trento, 2004 (ed. or. *Social Capital*, Routledge, London, 2003).

investimento orientate all'istituzionalizzazione di relazioni utilizzabili come risorsa a cui attingere per avere benefici aggiuntivi individuali²¹².

James Coleman interpreta invece il concetto di capitale sociale come una funzione della struttura sociale. Sostanzialmente, l'autore ha dimostrato, nelle sue teorizzazioni in merito, come il capitale sociale non si riveli essere una risorsa solamente per i membri delle classi sociali più agiate ma anche per i gruppi e le persone meno ricche e potenti. Esso difatti trasmetterebbe tra le persone un'aspettativa di reciprocità che creerebbe legami relazionali fondati sulla fiducia e su un insieme condiviso di valori. Per Coleman, quindi, il capitale sociale abbraccia sia la dimensione individuale, un capitale fisso dei singoli individui, sia la dimensione collettiva, una sommatoria di risorse sociali strutturali, al fine di produrre strumenti di vario genere, relazionali, sociali, culturali oppure economici, al fine di perseguire un risultato in modo più semplice, più agevole, con minor dispendio di energie, lavorando in gruppo piuttosto che adoperandosi singolarmente²¹³.

Infine, Robert Putnam interpreta il capitale sociale come una risorsa collettiva che è emersa in modo sempre più preponderante dal momento in cui si è palesemente mostrato il progressivo allontanamento dello Stato dagli ambiti della società civile ed è aumentata la capacità di autogoverno delle comunità locali. Sostanzialmente il capitale sociale rappresenterebbe la sintesi concettuale dei principi di partecipazione, impegno civico e reciprocità solidale, ovverosia quelle caratteristiche dell'organizzazione sociale che, quando presenti ed attivate correttamente, dovrebbero rendere la società "più efficiente", promuovendo e facilitando le relazioni tra i propri membri.

Questa prospettiva si avvicina molto alla teorizzazione espressa da Coleman, dalla quale però si distingue per la particolare attenzione che Putnam

²¹² Cfr. P. Bourdieu, *Le capital social: notes provisoires*, in "Actes de la Recherche en Sciences Sociales", 31, 1980; Id., *La distinzione: critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna, 1983 (ed. or. *La distinction: critique sociale du jugement*, Editions de minuit, Paris, 1979); Id., *The Forms of Capital*, in J.G. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood Press, New York, 1986.

²¹³ Cfr. J. Coleman, *Social Capital in the Creation of Human Capital*, in "American Journal of Sociology", 94, 1988; Id., *Fondamenti di teoria sociale*, il Mulino, Bologna, 2005 (ed. or. *Foundation of Social Theory*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 1990).

rivolge alle risorse che derivano da rapporti deboli, da capitali sociali deboli, e che vengono valorizzate attraverso modalità originali ed innovative²¹⁴.

Quindi, secondo l'interpretazione di Putnam il capitale sociale sarebbe lo strumento (*input oriented*) utilizzato da determinati gruppi sociali per orientare la propria azione verso la realizzazione di obiettivi comuni(*outcomes*), nello specifico caso della nostra riflessione verso il perseguimento di obiettivi di politica sociale.

I servizi alla persona generati all'interno delle nuove politiche sociali territoriali sono di fatto i risultati (*outcomes*) dell'attivazione relazionale di determinati ambiti e risorse del capitale sociale, inteso quale proprietà strutturale dello stesso territorio, da cui scaturiscono strategie di cura ed attori, per esempio il privato sociale:

“per capitale sociale intendiamo la fiducia, le norme che regolano la convivenza, le reti di associazionismo civico, elementi che migliorano l'efficienza dell'organizzazione sociale promuovendo iniziative prese di comune accordo.”²¹⁵

Il capitale sociale viene così progressivamente a definirsi come una risorsa potenziale per lo sviluppo comunitario e per la determinazione delle caratteristiche dei processi di morfogenesi sociale. Esso è contenuto nel tessuto sociale ed è esso stesso a condizionarne, ad influenzarne gli aspetti peculiari che esso assume: sono le persone e le loro relazioni sociali a creare il nucleo del capitale sociale²¹⁶, il quale viene reso accessibile, e quindi fruibile, unicamente attraverso relazioni di tipo sociale:

²¹⁴ Cfr. R. Putnam, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano, 1993 (ed. or. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton, 1993); Id., *Capitale sociale e individualismo: crisi e rinascita della cultura civica in America*, il Mulino, Bologna, 2004 (ed. or. *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York, 2000).

²¹⁵ R. Putnam, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, cit., p. 196.

²¹⁶ In merito Bianco ha osservato che le reti relazionali sono caratterizzate da due tipi di interazioni sociali: la prima definita *interazione spot*, in cui i due attori che interagiscono non si incontreranno mai più in futuro e perciò questa tipologia interrelazionale non produce alcuna risorsa incrementale rispetto al capitale sociale di entrambi gli attori; la seconda definita *interazione stabile* è tipicamente riscontrabile tra coloro che permangono all'interno delle reti relazionali, porta ad un adeguamento selettivo dei valori localmente vitali, che a volte non sono ritenuti altrettanto vitali

“[il capitale sociale relazionale è] una *forma di relazione che opera la valorizzazione di beni o servizi attraverso scambi che non sono né monetari, né politici, né clientelari né di ‘puro’ dono, ma scambi sociali di reciprocità.*”²¹⁷

Questa interpretazione di capitale sociale diviene ancora più attuale, ancora più tangibile, proprio alla luce della recente normativa riguardante la decentralizzazione dei servizi alla persona. In tale contesto, difatti, le comunità, i territori, le istituzioni di prossimità e il privato sociale attivano le proprie risorse, anche in termini di capitale sociale, per la realizzazione di prassi comunitarie che siano efficienti, oltre che efficaci a superare situazioni oppure singoli e specifici fenomeni di criticità.

La promozione degli strumenti derivanti dal capitale sociale e dalle relazioni sociali in essere nel territorio determinerà, di conseguenza, la realizzazione di pratiche comunitarie più equilibrate rispetto a strumenti a disposizione, alle modalità implementative conosciute e alle emergenze su cui intervenire.

In conclusione, il breve percorso teorico affrontato in questa sede pone in evidenza la tendenza del legislatore a decentralizzare la gestione dei servizi alla persona verso la progressiva costituzione di un *welfare territoriale*. Al contempo le elaborazioni concettuali sul percorso di morfogenesi dello Stato di benessere hanno fatto emergere le tendenze alla destrutturazione del tradizionale *welfare State* verso la costituzione di nuovi modelli in cui vengono coinvolti nuovi attori e in cui vengono altresì previsti degli spazi comunitari di convergenza tra i diversi attori per la contrattazione, l’elaborazione e la definizione di prassi innovative e peculiari, con l’auspicio che la sperimentazione ne riveli anche un aspetto di eccellenza.

per la società, e produce un sostanziale incremento e rigenerazione del capitale sociale. M.L. Bianco, *Il capitale sociale nella teoria e nella ricerca empirica*, relazione presentata alla “V Scuola Estiva di Metodologia della Ricerca Sociale”, Viterbo, 8-13 settembre 2003.

²¹⁷ P. Donati, *L’approccio relazionale al capitale sociale*, in “Sociologia e Politiche Sociali”, numero monografico su *Il capitale sociale. L’approccio relazionale*, a cura di P. Donati, 1, 2007, p. 18 (corsivo del testo originale).

4. La Regione Sardegna e l'implementazione territoriale dei servizi socio-sanitari

4.1 La definizione del sistema integrato dei servizi alla persona (l.r. 23/2005)

La legge quadro 328/2000 riassume in sé l'esplicitazione di alcuni principi, alcune propensioni e alcune tendenze che hanno orientato ed influenzato i percorsi di ridefinizione del *welfare State*. La spinta legislativa alla promozione di innovativi e sperimentali modelli di partecipazione sociale per la produzione di servizi alla persona riflette altresì una necessità percepita durante la fase iniziale dell'analisi della crisi dello Stato sociale e riconducibile alla necessità istituzionalmente riconosciuta di ricollocare concettualmente l'interpretazione comune dell'idea di *benessere*.

All'interno delle relazioni tra cittadino e Stato, il benessere veniva inteso solo ed esclusivamente in termini di garanzia di un pacchetto standard di servizi all'interno di un rapporto caratterizzato da una condizione di mera passività dell'assistito/utente di fronte a uno Stato programmatore ed erogatore delle prestazioni.

Lo scenario contemporaneo vede invece l'affermazione ed il riconoscimento istituzionale del ruolo di attiva responsabilizzazione rivestito dai cittadini tutti, in forma singola oppure associata, per la creazione e la determinazione di un panorama di servizi che sia realmente promotore di azioni che favoriscono la piena realizzazione delle persone e che sia orientato anche alla diffusione di un

benessere legato anche alle pratiche comunitarie di coinvolgimento e tutela di tutti i componenti. Le possibili strategie ora individuabili evocano concetti, idee e pratiche dell'agire sociale riconducibili ai principi di sussidiarietà, *empowerment* e *governance*.

Attraverso questo ideale orientamento si rende più esperibile la partecipazione a un nuovo percorso istituzionale di modellamento delle politiche sociali attraverso un più completo ed equilibrato coinvolgimento degli attori sociali, pubblici e privati, nelle dinamiche di produzione del benessere collettivo:

“la qualità della vita è un compito che né il solo Stato né la sola società civile possono realizzare. È un compito comune nella distinzione dei rispettivi interventi, secondo specificità di compiti e di relazioni di input/output che non possono essere ricondotti all'egemonia dell'uno o dell'altro polo.”²¹⁸

Il paradigma secondo il quale il benessere della popolazione debba essere necessariamente il fine ultimo dell'azione di protezione, prevenzione ed assistenza degli organi centrali del governo delle politiche sociali è stato messo in discussione, come abbiamo già avuto modo di vedere, ancor prima dell'emanazione della legge 328/2000. L'incapacità dello Stato nel gestire il sistema dei servizi alla persona ha generato lentamente la diffusione della consapevolezza che la società civile, nelle sue forme organizzate, siano esse formali oppure informali, possa realmente divenire attore riconosciuto nelle pratiche di cura.

La legge quadro ha difatti cercato di portare sotto una comune definizione di regole il numero consistente di esperienze regionali di amministrazione dei servizi alla persona che progressivamente emergevano in Italia. Essa fotografa una situazione già esistente, venutasi a definire a partire dai presupposti normativi dettati dal decreto legislativo 112/1998, al fine di raccogliere sotto un'unica forma normativa tutte le legislazioni regionali che già esistevano:

²¹⁸ P. Donati, *Risposte alla crisi dello Stato sociale*, cit., p. 263 (corsivo del testo originale).

“il quadro di diritto regionale vigente al momento dell’entrata in vigore della 328/2000 era già piuttosto all’avanguardia, posto che varie Regioni avevano provveduto anche prima del d.lgs. 112/1998 a dotarsi di discipline in materia socio-assistenziale ispirate a quei principi che hanno poi contraddistinto la riforma amministrativa alla fine degli anni Novanta.”²¹⁹

La pratica istituzionale del governo amministrativo centrale è stata quindi progressivamente affiancata, in termini collaborativi, dalle azioni e dai provvedimenti normativi territoriali e comunitari ancor prima che la legge quadro facesse la propria comparsa, come se questa fosse la manifestazione di una volontà locale finalizzata ad attivare percorsi territoriali per rendere più efficienti ed efficaci i servizi di cura alla persona.

All’interno di questo panorama si pongono numerosi attori riconosciuti ed indicati nella legge 328/2000, attori appartenenti alle diverse forme aggregative del privato sociale. In esso, il perseguimento della diffusione e della garanzia delle forme del benessere per il territorio viene a porsi, come afferma Donati, come “*un compito comune nella distinzione dei rispettivi interventi*”²²⁰. Questa affermazione racchiude in sé il principio fondante di qualsiasi azione di integrazione socio-sanitaria intesa nella legge quadro.

Il riferimento costante al concetto stesso di ‘*integrazione*’ tra servizi sociali, servizi sociosanitari e servizi sanitari è la chiave interpretativa dell’azione riformatrice degli stessi servizi. La promozione e la tutela della salute dipendono da una vasta serie di iniziative e di interventi che non sono di esclusiva competenza medica e sanitaria, ma che richiedono la presenza di altri servizi e professionalità (scuola, assistenza, abitazione, lavoro, ecc.) globalmente rivolti

²¹⁹ C. Bozzacchi, *Commento all’art. 8, l. 328/2000*, in E. Balboni, B. Baroni, A. Mattioni, G. Pastori (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè Editore, Milano, 2007, p. 246. Alcuni esempi che hanno anticipato la normativa nazionale in seno alla riorganizzazione regionale dei servizi sociali, sanitari e sociosanitari riguardano le esperienze della Regione Toscana (legge regionale n. 72/1997), della Regione Umbria (legge regionale n. 3/1997), della Regione Abruzzo (legge regionale n. 22/1998), della Regione Basilicata (legge regionale n. 25/1997), della Regione Lazio (legge regionale n. 38/1996), della Regione Liguria (legge regionale n. 30/1998) e della Regione Molise (legge regionale n. 1/2000).

²²⁰ P. Donati, *Risposte alla crisi dello Stato sociale*, cit., p. 263.

alla persona considerata nella sua unità spirituale, morale, psicologica oltre che fisica. La promozione di una visione diversa del cittadino, una visione che lo presenti cioè come ‘persona’, nella sua complessità e nella sua completezza, richiede necessariamente un forte e costante impegno intellettuale al fine di scardinare i modelli interpretativi della cura alla persona fondati invece sul primato della medicina, piuttosto che sulla ricerca di un equilibrio di questi con gli interventi sociali, che hanno di fatto caratterizzato la quasi totalità delle azioni di politica sociale degli ultimi anni

La realizzazione di una concreta integrazione tra i servizi sociali, socio-sanitari e sanitari, e di questi con le pratiche sociali comunitarie, per la promozione del benessere è l’obiettivo che si pone la Regione Sardegna, nella declinazione regionale della legge quadro 328/2000, attraverso la legge regionale 23/2005 “*Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1998 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)*”.

Sostanzialmente, la legge regionale 23/2005 non si discosta dai criteri normativi indicati dalla legge quadro nazionale, e ancor prima dal decreto legislativo 112/1998, ed adempie pienamente, seppur in ritardo, ai compiti di regolamentazione regionale dei ruoli e delle funzioni delle istituzioni e dei soggetti del privato sociale coinvolti nell’azione di erogazione dei servizi di cura. Il “sistema integrato dei servizi alla persona” che la legge disciplina si riferisce a:

“l’insieme delle attività di programmazione, realizzazione e valutazione dei servizi e delle prestazioni volte a favorire il benessere delle persone e delle famiglie che si trovino in situazioni di bisogno sociale, esclusi gli interventi predisposti dal sistema sanitario, previdenziale e di amministrazione della giustizia.”²²¹

L’esclusione dalla progettazione degli interventi del settore sanitario, previdenziale e di quello relativo alla giustizia è un chiaro ed esplicito riferimento alla definizione che il decreto legislativo 112/1998 fornisce sui “servizi

²²¹ Legge regionale 23/2005, art. 1, comma 2, “*Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1998 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)*”.

sociali”²²². Effettivamente, secondo l’opinione di alcuni giuristi la legge regionale 23/2005 farebbe frequentemente riferimento al suddetto decreto legislativo in merito a precisi ambiti normativi piuttosto che riferirsi in modo esclusivo ai principi dettati dalla legge 328/2000:

“[tra tutte] ancora più innovativa e significativa si presenta la normativa della Regione Sardegna la quale, peraltro, non si richiama espressamente alla legge quadro del 2000, benché l’impianto generale della disciplina dimostri il suo riferimento alla normativa nazionale: è invece esplicito il rinvio al d.lgs. 112/1998, in virtù del quale la Regione dichiara le proprie funzioni di programmazione, promozione, organizzazione e finanziamento del sistema integrato a cui concorrono anche i Comuni e le Province.”²²³

Bozzacchi fa qui riferimento agli articoli 6, 7 e 8 della legge regionale 23/2005 in cui vengono appunto indicate le rispettive competenze degli attori istituzionali coinvolti nell’attuazione del sistema integrato dei servizi alla persona. In questi articoli viene sostanzialmente indicato l’ambito di esercizio degli incarichi in capo alle differenti istituzioni. Attraverso la lunga e radicata azione di integrazione tra le istituzioni, Comuni, Province e Regioni concorrono nella programmazione, promozione, organizzazione e finanziamento dei servizi e dei livelli essenziali di assistenza.

Quindi, oltre all’integrazione dei differenti servizi alla persona, nella legge regionale 23/2005 viene posta una rilevante attenzione sulle forme di integrazione istituzionale. Quest’ultima si basa sostanzialmente sulla necessità di promuovere collaborazioni fra istituzioni diverse, sia per funzione sia per livello, le quali organizzano, sincronizzano e coordinano i propri interventi e le proprie specificità operative, amministrative oppure gestionali per conseguire comuni obiettivi.

²²² “Ai sensi del presente decreto legislativo, per “servizi sociali” si intendono tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia.”. Art. 128, d.lgs. 112/1998.

²²³ C. Bozzacchi, *Commento all’art. 8, l. 328/2000*, op. cit., p. 249.

Uno degli aspetti innovativi contenuti nella legge regionale 23/2005 riguarda appunto la definizione della nozione di livello essenziale definito in tre articoli²²⁴. In essi vengono indicati dettagliatamente i criteri per la definizione dei livelli essenziali di assistenza. Nello specifico, all'articolo 28 si rimanda esplicitamente ai criteri declinati all'interno del testo costituzionale²²⁵ e all'articolo 29 della medesima legge regionale nel quale si definiscono gli elementi indispensabili per la loro determinazione:

“la definizione dei livelli essenziali di assistenza avviene attraverso la indicazione dei seguenti elementi: a) la misura di finanziamento, su base pro-capite ponderata, da garantire in tutto il territorio regionale; b) gli standard di erogazione dei servizi sociali e sociosanitari con riferimento alla popolazione assistita ed ai suoi bisogni, assicurando che in ogni ambito territoriale siano comunque garantite funzioni di accesso universalistico e di valutazione professionale del bisogno, funzioni di promozione e prevenzione, funzioni di pronto intervento sociale, funzioni di intervento domiciliare, diurno e residenziale.”²²⁶

La Regione Sardegna ha previsto normativamente la possibilità che gli enti locali in generale definiscano ed attuino livelli essenziali di assistenza ulteriori o differenti rispetto a quelli previsti dalla legge stessa, pursempre garantendo il soddisfacimento dei requisiti prestazionali garantiti dalla Costituzione e dalla legge quadro nazionale. In riferimento ai criteri generali di attuazione e di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni, la legge 23/2005 indica chiaramente le principali modalità di realizzazione di questi, che possono essere esplicitate attraverso: misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito; servizi di accompagnamento per l'inclusione sociale; interventi di tutela dei minori in situazioni di disagio e di nuclei familiari in difficoltà; misure

²²⁴ Legge regionale 23/2005, artt. 28, 29, 30.

²²⁵ “La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: [...] m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Costituzione della Repubblica italiana Parte II, Titolo V, art. 117, comma 2, lettera m.

²²⁶ Legge regionale 23/2005, art. 29.

economiche e servizi per favorire la vita autonoma e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; pronto intervento sociale per fronteggiare emergenze personali e familiari; interventi di accoglienza presso famiglie, persone e servizi semiresidenziali e residenziali; interventi per affrontare condizioni di dipendenza da sostanze e da altra causa; prestazioni per l'inserimento e l'integrazione sociale di persone con disabilità fisica e psichica; interventi in favore dei soggetti sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria e a misure alternative alla detenzione, in stato di bisogno e privi di risorse per il loro reinserimento e integrazione sociale²²⁷.

Benché queste indicazioni rispecchino pienamente quelle definite nella legge quadro 328/2000²²⁸, il legislatore regionale ha pensato bene di fornire agli enti territoriali ulteriori e concrete opportunità legali per una piena declinazione ed implementazione comunitaria dei principi normativi nazionali.

Secondo questa prospettiva, la compositezza del territorio nazionale, e dei propri ambiti regionali, richiede l'apprendimento da parte delle istituzioni di una celere capacità di adattamento alle peculiarità territoriali che non possono essere né riconosciute né comprese all'interno di una prospettiva regolatrice nazionale.

L'opportunità di definire ulteriori modalità di interpretazione degli essenziali interventi di cura, secondo le propensioni e le problematiche della vita quotidiana di ogni singola comunità presente nel territorio isolano e previa indicazione delle modalità di finanziamento degli interventi proposti²²⁹, denota una particolare attenzione e sensibilità alle dinamiche di partecipazione e di *governance*.

In tale prospettiva risiede un ulteriore aspetto di innovazione e di originalità nella pratica di organizzazione e regolamentazione dei servizi integrati della Sardegna. La legge regionale 23/2005 individua negli *attori sociali* (persone, famiglie, soggetti sociali solidali, organizzazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale²³⁰) e negli *attori professionali* (le imprese sociali definite

²²⁷ Legge regionale 23/2005, art. 30.

²²⁸ Legge 328/2000, art. 2.

²²⁹ Legge regionale 23/2005, art. 28, comma 2.

²³⁰ Legge regionale 23/2005, artt. 9, 10, 11, 12.

secondo la legge 118/2005²³¹ e le cooperative sociali secondo la legge regionale 16/1997²³²) i soggetti che a pieno titolo hanno il diritto di rivestire un ruolo determinante in seno ai momenti di definizione, di organizzazione, di gestione, di implementazione e di valutazione delle nuove azioni del sistema integrato dei servizi alla persona.

Tuttavia, diversi studiosi sostengono che le linee guida per la realizzazione del sistema integrato dei servizi indicate nella legge 328/2000 non consentano di creare una reale partecipazione politica dei cosiddetti *attori professionali* al *policy making* e alla progettazione degli interventi. Viene sostenuto che ad essi venga solo consentito di affiancarsi ai soggetti pubblici rivestendo un ruolo che, nello specifico, non avrebbe così il riconoscimento di “pari dignità”. Secondo questa posizione, tutti i soggetti del privato sociale che comparteciperebbero alla realizzazione del sistema dei servizi alla persona non sarebbero effettivamente parte integrante dei momenti di decisione politica del processo di pianificazione dei servizi, ma verrebbero di fatto relegati al ruolo di attori appaltatori, gestori ed erogatori di un determinato campo dei servizi alla persona, secondo una logica di *outsourcing* che rappresenta una modalità parziale e riduttiva di intendere ed applicare il principio di sussidiarietà e di integrazione²³³.

In questo panorama verrebbe a manifestarsi quel fenomeno che Ivo Colozzi definisce *modello duale dei servizi socio-sanitari*. L'autore delinea un panorama in cui i soggetti pubblici ed istituzionali resterebbero al centro degli interventi legislativi mentre l'universo degli *attori sociali e professionali*, secondo la definizione della legge regionale 23/2005, e la molteplicità delle azioni da loro messe in atto in termini assistenza, verrebbero semplicemente valorizzati ma sempre ed unicamente come attori comprimari²³⁴.

Sostanzialmente, l'idea sembrerebbe essere quella di intendere i provvedimenti normativi contenuti nella legge quadro come orientati ad

²³¹ Legge n. 118 del 13 giugno 2005, *Delega al Governo concernente la disciplina dell'impresa sociale*.

²³² Legge Regionale n. 16 del 22 aprile 1997, *Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale*.

²³³ Cfr. L. Pesenti, *Nuovi modelli di regolazione regionale nei servizi socio-assistenziali*, cit.; S. Dugone, *Solidarietà e sussidiarietà nel sistema dei servizi*, in “Studi Zancan”, 2, 2001; L. Violini (a cura di), *Verifiche settoriali sulle condizioni di esercizio della sussidiarietà orizzontale in Lombardia*, CRISP-IRER, Milano, 2002.

²³⁴ Cfr. I. Colozzi, *Le nuove politiche sociali*, op.cit.

interpretare il ruolo del privato sociale come soggetto complementare ai soggetti istituzionali, nell'ottica di integrazione residuale nel sistema dei servizi socio-sanitari. La legge 328/2000 è, come appena ricordato, una legge quadro ed offre pertanto unicamente delle linee guida per l'orientamento della normativa regionale che ai suoi principi si deve ispirare nella propria declinazione territoriale. In questi termini risulta essere determinante il ruolo giocato dagli amministratori regionali, in particolare dalla loro sensibilità nell'interpretazione della legge 328/2000 e nella lettura del territorio, e dalla cittadinanza attiva, ovvero dal ruolo partecipativo che ad essa viene riconosciuto dalle stesse istituzioni, e che essa stessa adopera.

L'esperienza della Regione Sardegna e l'impegno legislativo dell'amministrazione regionale sconfessano le interpretazioni teoriche appena presentate e mostrano un ulteriore possibile scenario in cui, a una strenua volontà dell'istituzione regionale di creare partecipazione politica e sociale alla definizione dei criteri fondanti il nuovo sistema di servizi territoriali, segue la realizzazione di un impianto normativo che pone solidi presupposti per una effettiva realizzazione di questo obiettivo che già ora manifesta i primi risultati.

In seno al processo di promozione dell'integrazione, il gruppo degli *attori sociali* ricopre un ruolo fondamentale nei percorsi di attuazione della normativa in esame, poiché soggetti attivi nelle fasi di creazione dei servizi integrati territoriali. All'interno dello specifico modello di *governance* promossa da questo approccio risiede anche una finalità differente, quella legata ad azioni di promozione dell'idea e delle pratiche della responsabilità, secondo le quali verrebbero stimulate sia le dinamiche di partecipazione ai momenti di concertazione politica, sia le pratiche di prevenzione delle forme di malessere sociale attraverso l'emergere e il consolidarsi delle azioni di auto e mutuo aiuto per il rinnovamento e l'arricchimento del capitale sociale comunitario.

Gli *attori professionali* intervengono nel processo di integrazione dei servizi alla persona anche attraverso la costruzione di reti civiche e di interventi volti alla ricerca e alla diffusione del benessere della comunità, secondo le modalità previste dalla legge che riconosce loro un ruolo cardine nei processi di *governance comunitaria* volto a:

“svolgere una funzione pubblica, come forma di partecipazione diretta dei cittadini ai processi di sviluppo economico e di crescita del capitale sociale delle comunità locali e regionale, di esercizio dei diritti delle fasce deboli della popolazione, di costruzione di reti civiche e di interventi volti alla ricerca e alla diffusione del benessere della comunità regionale.”²³⁵

Le imprese sociali rappresenterebbero perciò le istanze della comunità di cui sono espressione, attraverso l’esercizio delle proprie competenze negli ambiti istituzionali della pratica politica per la creazione di politiche sociali territoriali. In esse risiede la forza promozionale, la capacità interpretativa dei bisogni e delle problematiche del territorio e quelle abilità comunicative ed innovative tipiche delle singole realtà identitarie territoriali che le istituzioni, attraverso l’emanazione della legge 23/2005, mirano a coinvolgere direttamente per incentivare le esperienze di *governance* e, al contempo, il grado di integrazione comunitaria delle politiche sociali.

Gli attori professionali sarebbero in grado altresì di generare nuove esperienze di imprenditoria solidale capaci di incrementare le risorse delle comunità e del proprio capitale sociale, valorizzando le potenzialità inesprese delle risorse locali.

Alcuni degli effetti cui ha dato luogo la parabola di implementazione della nuova concezione dei servizi socio-sanitari, a seguito della legge quadro 328/2000 e, soprattutto, nella sua declinazione regionale specifica che trova riferimento in Sardegna nella legge regionale 23/2005, sono riconducibili all’idea di un necessario coinvolgimento e collaborazione della società civile nei processi di *governance* e di integrazione dei servizi alla persona.

L’esperienza italiana ha portato all’emersione di tendenze differenti nella diffusione e nell’attuazione dei principi di integrazione dei servizi alla persona, in virtù di una prospettiva nazionale oppure di una prospettiva locale nell’interpretazione di questi. In ambito nazionale abbiamo di fatto assistito al

²³⁵ Legge regionale 23/2005, art. 13, comma 2.

manifestarsi di una *tendenza centripeta* che ha operato, attraverso la legge 328/2000, per far convergere verso un unico modello unitario di servizi alla persona, legalmente riconosciuto le numerose esperienze normative regionali già operanti.

Per contro, una volta indicate le linee guida fondamentali per la creazione di un nuovo sistema integrato di servizi alla persona su scala nazionale, abbiamo assistito al proliferare delle esperienze regionali secondo una *tendenza centrifuga* che ha determinato altresì l'emergere di numerose esperienze differenti per modalità organizzative, tempistica e per risultati ottenuti.

Molti autori hanno cercato una chiave interpretativa adeguata a descrivere e chiarire il fenomeno di trasformazione del *welfare State* italiano. Tra i tanti, Marcello Fedele parla di particolari “*processi di fusione e di fissione*”²³⁶ all'interno del percorso di morfogenesi del *welfare State*. Esporremo brevemente la sua teorizzazione perché utile, in parte, per far emergere l'aspetto di *compartecipazione* alla definizione dei servizi integrati che coinvolge tutti gli attori di *governance* indicati nella legge regionale 23/2005 e di cui abbiamo parlato precedentemente.

Il cosiddetto *processo di fusione* sarebbe già iniziato con la legge 328/2000 e la riforma del Titolo V della Costituzione che avrebbero cancellato, grossomodo, le differenze territoriali attraverso l'affermazione del principio di sussidiarietà che ha permesso il venire a costituirsi di uno spazio omogeneo al cui interno può ora acquistare un esplicito riconoscimento lo sforzo collettivo e comunitario per la costituzione di un nuovo sistema di servizi alla persona. Il *processo di fissione*, o di *divisione*, indicherebbe, invece, un percorso attraverso il quale verrebbero costruiti nuovi livelli di autorità, ovverosia nuovi soggetti istituzionali che assicurerebbero attraverso lo svolgersi delle loro funzioni amministrative, una effettiva realizzazione del sistema integrato dei servizi.

L'analisi di Marcello Fedele ci pare condivisibile quando riconosce l'esistenza del cosiddetto *processo di fusione*, che noi specificamente intendiamo interpretare come un momento di creazione di un terreno democratico di

²³⁶ Cfr. M. Fedele, *Le basi istituzionali del welfare locali. Processi di fissione e fusione prima e dopo la 328*, in “La Rivista delle Politiche Sociali”, 2, 2005; Id., *Il management delle politiche pubbliche*, Laterza, Bari-Roma, 2002.

concertazione pubblica in cui i differenti soggetti sociali, coinvolti dalla legge, coordinano le proprie energie, le proprie competenze e le proprie tendenze e specializzazioni operative verso il fine comune normativamente prefissato, attraverso percorsi e modalità peculiari proprie. Sostanzialmente, questo processo viene indicato frequentemente all'interno di diversi articoli della legge quadro e in quelli riformati della Carta Costituzionale con continui riferimenti alla sussidiarietà orizzontale e verticale, alla necessità di una maggiore partecipazione nei processi di governo della cittadinanza, dei rappresentanti del terzo settore e dell'imprenditorialità solidale più in generale²³⁷.

Tuttavia, dissentiamo leggermente dalla seconda definizione cui fa riferimento l'autore con l'espressione *processo di divisione*. Difatti, si riferisce chiaramente alla creazione di nuovi livelli di autorità, di nuove istituzioni che collaborino tra loro nella definizione del nuovo *welfare* attraverso i sentieri della sussidiarietà. In un periodo storico in cui la tendenza generale sembrerebbe essere quella che conduce a una riduzione di complessità dell'apparato burocratico, apparato che in diverse circostanze ha già ampiamente dimostrato la propria inefficienza e la propria inefficacia, l'idea di costituire nuove istituzioni, che renderebbero ancora più complicata l'istituzione e il buon funzionamento della cosiddetta "rete dei servizi", ci pare alquanto anacronistica. Inoltre, in questa analisi manca totalmente alcun riferimento alla partecipazione politica dei rappresentanti della cittadinanza o del privato sociale. Sembrerebbe pertanto che il concetto di sussidiarietà cui si riferisce Marcello Fedele riguardi solo una declinazione verticale, con probabili derive residuali in merito all'implementazione delle modalità sussidiarie orizzontali.

A nostro avviso, l'idea di un *processo di divisione* potrebbe sussistere unicamente secondo una prospettiva che tendesse a riconoscere alle istituzioni territoriali già esistenti quel grado di competenza e di autorità già riconosciuti dalla normativa di riferimento. Secondo questa interpretazione non si avrebbe una ulteriore frammentazione dei ruoli e delle funzioni con un conseguente accrescimento del numero dei soggetti pubblici. L'incremento delle istituzioni

²³⁷ Per un approfondimento in merito al ruolo ed alla funzione del Terzo Settore in Italia si rimanda, tra i tanti, a: R. Cartocci, F. Manconi (a cura di), *Libro bianco sul Terzo settore*, il Mulino, Bologna, 2006.

preposte alla progettazione o gestione di servizi tenderebbe infatti a rendere ancora più complesso e labirintico il panorama agli occhi della cittadinanza. Invece, se fossero rafforzati i ruoli istituzionali già esistenti e le funzioni ad essi collegate, e se conseguentemente venissero identificate la specialità e le specificità degli enti territoriali comunitari già esistenti, si potrebbero costituire nuove dinamiche di integrazione che porterebbero alla costituzione di circoli virtuosi tra istituzioni territoriali, privato sociale e territorio.

Il cosiddetto *processo di fissione/divisione* potrebbe invece essere inteso come un *processo di con-divisione* dell'autorità, delle funzioni e delle responsabilità nelle pratiche di cura e nel partecipare alla creazione stessa delle dinamiche di tali pratiche solidaristiche.

In questo panorama le principali istituzioni pubbliche territoriali, i 377 Comuni, le 8 Province e la Regione Sardegna, verrebbero a ricoprire un ruolo ben definito nell'ambito dei percorsi di costruzione delle politiche sociali territoriali secondo la legge regionale 23/2005.

La Regione Sardegna, innanzitutto, ha il compito di gestire i momenti di programmazione, indirizzo, verifica e valutazione del sistema integrato dei servizi, garantendo l'attuazione su tutto il territorio regionale dei livelli essenziali di assistenza²³⁸. Inoltre esercita le funzioni di quantificazione e distribuzione del fondo regionale per il sistema integrato, di determinazione degli indirizzi e dei criteri per la concessione delle autorizzazioni e per l'accreditamento, di determinazione dei criteri generali per la valutazione professionale del bisogno e delle modalità di accesso ai servizi, di valutazione dell'efficacia della programmazione, di promozione di iniziative di formazione e aggiornamento per professionisti ed operatori sociali, e di promozione di iniziative di formazione, orientamento e inserimento lavorativo a favore di soggetti in condizioni di disagio sociale.

Al fine di perseguire tali obiettivi, la Regione garantisce l'integrazione e il coordinamento con la programmazione sanitaria, le politiche educative, le politiche formative, le politiche del lavoro, le politiche della casa, le politiche dell'ambiente e le politiche dello sviluppo socio-economico.

²³⁸ Legge regionale 23/2005, art. 8.

Le Province concorrono attivamente alla programmazione locale e regionale del sistema integrato dei servizi alla persona²³⁹ contribuendo alla realizzazione del sistema informativo dei servizi sociali attraverso la raccolta dei dati sui bisogni e le risorse, l'analisi dell'offerta dei servizi, delle strutture e dei soggetti accreditati disponibili sul proprio territorio.

Inoltre, ogni Provincia ha il compito di garantire il supporto tecnico e formativo agli operatori e attori del sistema dei servizi e di esercitare funzioni di: organizzazione di osservatori provinciali sulla rete integrata di servizi e interventi sociali; tenuta dei registri provinciali dei soggetti privati che partecipano alla realizzazione del sistema integrato; promozione di attività relative al coordinamento operativo dei soggetti privati; elaborazione di progetti su problemi sociali; coordinamento tra politiche sociali, dell'istruzione, della formazione e del lavoro; creazione di interventi per l'inserimento lavorativo di soggetti deboli; sostegno e assistenza tecnica agli enti locali; analisi su fenomeni sociali rilevanti.

I Comuni sono i primi titolari delle funzioni amministrative di programmazione, realizzazione e valutazione del sistema integrato dei servizi²⁴⁰ ed esercitano le proprie funzioni in forma associata nelle forme più funzionali alla gestione per una razionale allocazione della spesa attraverso la semplificazione dell'accesso ai servizi ed un'efficace erogazione delle risposte, partecipando altresì alla programmazione regionale.

Le competenze dei Comuni associati riguardano: la definizione di priorità, aree di intervento, risorse economiche e professionali attraverso l'elaborazione e l'approvazione del *PLUS (Piano Locale Unitario dei Servizi alla Persona)*²⁴¹, di cui valutano i servizi e gli interventi previsti; l'organizzazione del sistema integrato dei servizi e degli interventi in coordinamento con le politiche urbanistiche e abitative; l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza. Inoltre essi determinano la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti dei servizi, sulla base dei parametri individuati dalla Regione, promuovono la partecipazione degli attori sociali e delle comunità locali alla realizzazione e valutazione del sistema integrato ed hanno compiti di vigilanza sui servizi residenziali e semiresidenziali

²³⁹ Legge regionale 23/2005, art. 7.

²⁴⁰ Legge regionale 23/2005, art. 6.

²⁴¹ Legge regionale 23/2005, art. 20.

siti nel territorio cui rilasciano le autorizzazioni sulla base dei criteri determinati dalla Regione.

Come si può notare, la legge regionale 23/2005 conferisce alle istituzioni pubbliche coinvolte nel percorso di ridefinizione dei servizi alla persona una serie di competenze, di compiti, di funzioni che tendono frequentemente a operare sullo stesso campo integrandosi vicendevolmente, creando un sistema di interventi condivisi, secondo le disposizioni di legge precedenti (d.lgs. 112/1998 e l. 328/2000) che già tendevano a realizzare un sempre maggiore coinvolgimento dei soggetti pubblici più prossimi ai cittadini.

L'idea di *welfare condiviso territorialmente*, ovverosia integrato nel proprio contesto attuativo, parrebbe essere ora la modalità possibile per intendere i cambiamenti e le ricalibratura a cui il *welfare* tradizionale è stato sottoposto negli ultimi anni. La compositezza, la multidimensionalità, la poliedricità degli ambiti della vita quotidiana necessitano di un sistema di servizi alla persona che comprenda in sé un concetto di benessere declinato secondo questi criteri multidimensionali.

Un'azione di cura proficuamente integrata si orienta alla realizzazione di un benessere completo, di un benessere che è frutto, ma al contempo genera, differenti dimensioni legate alla molteplice personalità della natura umana. Una visione limitatamente economica del concetto di benessere sarebbe incompleta, non avrebbe cioè in sé l'attenzione necessaria verso tutti gli altri aspetti che compongono la complessità della vita quotidiana, tutti i molteplici tasselli che compongono il mosaico del vivere sociale. Ogni persona, ogni comunità, compone diversamente questo mosaico in virtù di specificità uniche, secondo declinazioni della vita quotidiana e delle necessità, degli interessi e delle inclinazioni derivanti da intrecci specifici creati ed intessuti singolarmente di caso in caso, di contesto in contesto, di persona in persona.

L'interpretazione più generale del concetto di benessere, l'assioma ad esso collegato, può essere comunemente riconosciuto in una definizione univoca che ponga in risalto uno stato di soddisfacimento dei bisogni basilari di ogni essere umano al fine di garantire il pieno sviluppo della persona in seno al proprio

gruppo sociale, nel rispetto della propria interezza e delle prerogative sociali, culturali storiche ed ambientali del contesto in cui ciò avviene.

Ma quali attori potrebbero garantire che ogni sforzo politico e sociale sia orientato al perseguimento di tale ambizioso fine? Il definitivo riconoscimento del fallimento dello Stato sociale e della gestione centralizzata delle politiche sociali che tale orientamento prevedeva, gestione che, allontanandosi dalle comunità, dai territori di implementazione delle azioni, trovava nella sua stessa natura il maggiore e più impervio ostacolo a una più completa interpretazione del composito concetto di benessere e delle azioni necessarie per il suo perseguimento, ha conseguentemente condotto i luoghi di genesi delle politiche sociali su territori istituzionali decentrati rispetto a un centro amministrativo statale ma certamente più centrali e prossimi rispetto ai luoghi di realizzazione, rispetto alle persone e ai loro mondi vitali.

Lo spostamento degli ambiti politici e decisionali non comporta una ridefinizione, una contrattazione di nuove funzioni, nuove competenze e nuovi poteri fra attori emergenti e appena coinvolti in questo processo di realizzazione del sistema integrato dei servizi. Per rispondere alla domanda precedentemente posta, solo le istituzioni territoriali e le comunità tutte, attraverso i singoli cittadini oppure per mezzo delle organizzazioni del privato sociale che in esse operano, saranno in grado di assumersi in termini di reale efficienza ed efficacia un ruolo cardine nella realizzazione del benessere sociale e degli strumenti e strategie necessarie per la sua diffusione secondo le specifiche declinazioni territoriali.

Coloro che sono chiamati a rappresentare questi soggetti pubblici e privati nei luoghi richiesti dalle dinamiche di programmazione politica sono altresì deputati a rivestire il ruolo di testimoni delle reali istanze del territorio per la produzione di servizi e per realizzare una proficua *con-divisione* di responsabilità, competenze, strumenti e *policies*.

Difatti, la legge regionale insiste costantemente sul concetto di *sistema integrato* per indicare la volontà di rendere i servizi più efficienti evitando la sovrapposizione di competenze e la settorializzazione delle risposte, ma consentendo al contempo di ottimizzare le risposte integrando prestazioni di tipo economico con i servizi alla persona e alla comunità.

Il riferimento al concetto di ‘persona’, che viene sempre proposto nell’indicare la tipologia di servizi che dovrebbero essere concretamente integrati attraverso l’azione legislativa, riporta a un approccio interpretativo dell’azione di implementazione delle politiche sociali territoriali che ha il proprio fine ultimo nella personalizzazione delle prestazioni. Con ciò si vuole intendere la viva necessità di orientare le misure di diffusione del benessere alla concreta esperienza di vita delle persone, prestando cura ed attenzione alle esigenze di ogni singola persona, considerata in tutto e per tutto come essere unico ed irripetibile e come soggetto attivo dell’intervento.

Quindi, l’obiettivo primario dell’integrazione dei servizi alla persona viene a definirsi progressivamente come un compito finalizzato a:

“sviluppare un *lavoro su due fronti*. Da un lato individuare in tempi brevissimi le coordinate essenziali che caratterizzano la situazione, identificare i problemi prioritari e la loro gravità sotto diversi punti di vista, dall’altro predisporre collaborazioni e appoggi di altri servizi pubblici e privati, di famiglie, di volontari (la famosa rete!) che possano essere attivati rapidamente per ricostruire un minimo di tessuto relazionale a fronte delle lacerazioni e dei traumi che si sono verificati. Ambedue sono attività non nuove per i servizi che andrebbero potenziate e perfezionate, anche con investimenti formativi ed organizzativi specifici.”²⁴²

I soggetti pubblici e privati operano in tal senso attraverso lo strumento fondamentale previsto per l’integrazione di interventi e servizi alla persona all’interno della legge quadro, i Piani di Zona, declinati in ambito regionale in Sardegna con la definizione di *PLUS*, Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona.

²⁴² F. Olivetti Manoukian, *La domanda di sicurezza può non investire i servizi*, cit., p. 8 (corsivo del testo originale).

4.2 Il Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona (Plus)

La diffusione delle prime forme di *welfare State* ha allontanato la comunità dal proprio primato nella cura alla persona, ai cittadini. Prima di allora il problema della povertà e dell'assistenza rientrava inizialmente tra le dirette competenze dei Comuni, spettatori diretti dei fenomeni di marginalità e promotori, nonché attuatori, degli interventi. Dal momento in cui sono state realizzate in Italia le prime forme di *welfare State* in ambito nazionale, il Comune, in quanto istituzione di prossimità, non è stato più considerato come il punto di partenza dell'assistenza ma solo come uno dei punti di passaggio nel processo di erogazione delle politiche sociali.

L'innovazione apportata dalla legge quadro 328/2000 riguarda in maniera sostanziale il cambiamento del rapporto tra Stato e Comuni. I Comuni, all'interno delle normative regionali e perciò secondo modalità contestualmente differenti, vedono riconsegnate a sé le competenze di cura relative al ruolo di sintesi espressiva della comunità di riferimento, secondo l'attuazione del principio di sussidiarietà.

La Sardegna, attraverso l'attuazione dei principi contenuti nella legge regionale 23/2005, ha attivato percorsi di coinvolgimento di tutte le istituzioni territoriali, con l'ambizione di definire, progressivamente, uno scenario in cui i Comuni potrebbero acquisire nuova centralità.

Come già affermato precedentemente, l'azione principale per la realizzazione di questo obiettivo è stata individuata dalla legge quadro nazionale nell'attivazione dei cosiddetti Piani di Zona²⁴³. Questi divengono quindi strumenti strategici di governo su scala territoriale per attivare nuovi percorsi di cura alla persona non più fondati sul principio di fruizione passiva dell'assistenza pubblica ma attraverso la promozione e il sostegno di percorsi di coinvolgimento comunitario integrati nelle pratiche di *governance* territoriale:

²⁴³ Art. 19, l. 328/2000.

“parlare di piani di zona ci consente di parlare di comuni e di comuni associati, cioè del primo livello di erogazione degli interventi e dei servizi sociali dove cioè si manifestano concretamente i bisogni e dove si danno effettivamente le risposte. Un livello dove la teoria è costretta a confrontarsi costantemente con la pratica, in quanto i principi e le regole diventano azioni vere e proprie e comportamenti organizzativi. Un livello quindi dove si può parlare soltanto di modelli organizzativi, ma anche di abilità e capacità professionali, sia per gli aspetti manageriali e gestionali, che per quelli tecnici e di contenuto professionale. [...] Parlare di piani di zona significa affrontare il tema dell’integrazione non in senso astratto, ma dentro l’organizzazione dei servizi.”²⁴⁴

L’integrazione tra differenti livelli istituzionali e tra questi e la cittadinanza comunitaria ha creato un nuovo terreno di contrattazione della partecipazione sociale e, in taluni casi, politica. La legge regionale 23/2005 ha esplicitamente indicato negli *attori sociali* e negli *attori professionali* i nuovi soggetti che sono chiamati a partecipare ai momenti di definizione e di implementazione delle politiche sociali territoriali. L’incremento del numero dei soggetti coinvolti nelle fasi di progettazione avrebbe conseguentemente determinato lo scostamento da parte delle istituzioni da una logica di *government* verso l’appropriazione di un’idea di *governance* intesa come una attività di governo svolta attraverso la mobilitazione e il coinvolgimento di soggetti pubblici, di soggetti del privato sociale, della società civile.

Gli studiosi anglosassoni hanno approfondito la distinzione concettuale esistente tra i termini *government* e *governance*²⁴⁵. Il termine ‘*government*’ viene

²⁴⁴ A. Florea, R. Scortegnaga, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, in “La Rivista di Servizio Sociale”, 1, 2002, p. 11.

²⁴⁵ Cfr. M. Geddes, J. Benington (eds.), *Local Partnership and Social Exclusion in the European Union: New Form of Local Social Governance?*, Routledge, London, 2001; J. Newman, *Modernising Governance: New Labour, Policy and Society*, Sage, London, 2001; C. Glendinning, M. Powell, K. Rummery, *Partnerships, New Labour and the Governance of Welfare*, Policy Press, Bristol, 2002; D. Leat, K. Seltzer e G. Stoker, *Toward Holistic Governance: the New Reform Agenda*, Palgrave MacMillan, Basingstoke, 2002; K. Rummery, *La partnership tra i servizi: e poi?*, in “La Rivista del Lavoro Sociale”, 2, 2006 (ed. or. *Partnership and Collaborative Governance in Welfare: the Citizenship Challenge*, in “Social Policy and Society”, 2, 2006).

utilizzato per designare i livelli di governo gerarchicamente ordinati e che muovono da un principio di autorità per la definizione delle decisioni. A questa forma di esercizio del potere viene contrapposto il concetto di *governance* che indica un sistema di esercizio di governo in cui le decisioni sono frutto dello sforzo condiviso dei processi di consultazione e di condivisione diversamente organizzati. La realizzazione di politiche di *governance* attua dinamiche di regolazione sociale in cui vengono promossi il coordinamento e il coinvolgimento di vari enti e soggetti per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, evitando così l'esercizio di forme di coercizione autoritaria e l'applicazione di sanzioni per chi non rispetta compiti o regole:

“per appropriarsi di una logica di concertazione tra pari, che faccia della collaborazione e del confronto la base e la costante di ogni intervento e di ogni fase dello stesso che vede coinvolta la comunità locale.”²⁴⁶

L'attuazione dei principi di *governance* consente la valorizzazione delle peculiarità, delle potenzialità e delle abilità di ogni attore coinvolto. È un concreto impegno a creare i presupposti pratici, le condizioni ambientali, istituzionali, politiche e legislative per la diffusione di esperienze legate all'idea di vincere la “scommessa della fatica feconda di forme di progettazione dialogica, permanente, dal basso”²⁴⁷.

La Regione Sardegna ha voluto indicare i propri Piani di Zona con l'acronimo *Plus* (Piano Locale Unitario dei Servizi alla persona). Questa scelta è legata alla volontà di attuare le indicazioni contenute nel *Piano Sociale Nazionale 2001-2003* che individua nel *Programma delle attività territoriali*²⁴⁸ e nel Piano di Zona le due strategie concorrenti più adeguate a creare il sistema integrato dei servizi territoriali. Il *Programma delle attività territoriali* viene definito in ambito distrettuale e al suo interno sono contenute le indicazioni sui bisogni emergenti

²⁴⁶ G. De Robertis, *La partnership possibile*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, 4, 2002, p. 66.

²⁴⁷ G. Magistrali, *Questione di welfare. i presupposti culturali e politici della riforma dei servizi sociali*, in Id. (a cura di), *Il futuro delle politiche sociali in Italia. Prospettive e nodi critici della legge 328/2000*, Franco Angeli, Milano, 2003, p. 38.

²⁴⁸ D.lgs. 229/1999, art.3 quater.

nel territorio e sugli interventi di natura sanitaria e sociosanitaria necessari per affrontarli. I Piani di Zona sono invece indirizzati alla definizione delle strategie programmatiche in risposta ai bisogni di natura sociale e sociosanitaria. Appare quindi evidente la complementarità degli orientamenti appena esposti.

I *Plus*, così come sono stati pensati dalla Regione Sardegna, mirano a gestire all'interno di un'unica dimensione strategica la programmazione degli interventi in ambito sanitario, sociosanitario e sociale, promuovendo e regolamentando l'integrazione *istituzionale*, *gestionale*, *professionale* e *comunitaria*, tra Azienda Sanitaria Locale e i soggetti pubblici e privati presenti ed operanti nel territorio²⁴⁹.

Il perseguimento di livelli adeguati di integrazione negli ambiti appena enunciati sembrerebbe essere il punto cardine della visione di servizi comunitari integrati che caratterizza i *Plus*. Nel caso dell'*integrazione istituzionale* i soggetti che condividono responsabilità e risorse sono gli stessi enti pubblici coinvolti nell'azione di presa in carico dei bisogni della popolazione, con particolare riferimento agli enti locali. L'*integrazione gestionale* coinvolge tutti i centri di erogazione dei servizi, siano essi pubblici oppure privati. Per *integrazione professionale* si intende invece quel percorso che mira a coordinare tutte le professioni operanti quotidianamente nel sistema sanitario, sociale, educativo per offrire risposte alle persone e alle famiglie. Infine, con l'espressione *integrazione comunitaria* si fa riferimento alle forme di collaborazione, coinvolgimento e responsabilizzazione ai percorsi di cura che prevedono l'attività congiunta di professionisti, volontari e familiari delle persone che necessitano di uno specifico intervento di assistenza.

Il completo raggiungimento di questi quattro differenti ma complementari livelli di integrazione agevola la definizione di uno scenario operativo in cui sia possibile il riconoscimento della complessità dimensionale di ogni singolo bisogno e, al contempo, l'attivazione di percorsi di cura che non solo siano

²⁴⁹ In questo caso il territorio viene inteso come “un ambito, contesto ecologico sistemico, dove le persone vivono e si incontrano, dove si possono trovare le risorse ma anche dove nascono i problemi, ed è sul rapporto tra questo contesto e gli individui/famiglia che l'assistente sociale del comune, quindi del territorio, deve operare sia in senso preventivo che promozionale”. L. Gui, *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Carocci, Roma, 2004, p. 115.

multiprofessionali ma che comprendano anche il coinvolgimento, la responsabilizzazione, l'*empowerment* dei soggetti sociali coinvolti per via di prossimità relazionale o per via di condizioni di disagio, di difficoltà, simili o uguali.

Questo approccio contestualizza le forme e le modalità di creazione delle politiche sociali comunitarie, favorendo il percorso di territorializzazione dei servizi alla persona. Le azioni poste in essere attraverso i *Plus* avrebbero così un reale carattere locale che consentirebbero di raggiungere gli obiettivi della programmazione e dell'attuazione dell'intervento in modo efficace ed efficiente, coinvolgendo al contempo la comunità di attori (siano essi fruitori o promotori-gestori dei servizi) e il territorio in tutte le sue manifestazioni composite²⁵⁰.

La conoscenza dei bisogni e delle problematiche locali è una conoscenza *in fieri*, in divenire, una conoscenza che non può e non deve mai ritenersi completa per via della natura mutevole del mondo della vita quotidiana e dei bisogni delle persone.

La quotidianità dovrebbe perciò essere il campo di progettazione e di definizione degli interventi, il contesto adeguato per calibrare e verificare l'efficacia degli strumenti operativi nell'interpretazione della realtà e nei necessari interventi. Ciò renderebbe più agevole l'utilizzo di una prospettiva di *problem making* secondo la quale la conoscenza del problema in quanto tale dovrebbe essere preceduta dalla conoscenza del contesto socio-culturale, delle cause plurime del disagio che hanno portato alla manifestazione del disagio.

Inoltre la progettazione deve essere *trasferibile* ma non *clonabile*. Con ciò si intende che ogni tipologia di sperimentazione eseguita all'interno dei percorsi di integrazione dei servizi alla persona dovrebbe poter essere considerata dagli attori di altre comunità, a volte limitrofe a volte distanti nello spazio, come un esempio a cui *ispirarsi* per l'attivazione di percorsi simili ma non come modello da ripetere pedissequamente. Le differenze contestuali all'ambiente sociale, culturale, economico e storico non consentono la riproduzione pedissequa, la ripetizione delle pratiche già sperimentate. L'idea di una esperienza trasferibile da un contesto ad un altro dovrebbe sempre presupporre un momento di adattamento, di

²⁵⁰ Cfr. V. Castelli, *La progettazione sociale*, in G. Magistrali (a cura di), *Il futuro delle politiche sociali in Italia*, cit.

rimodulazione dei caratteri implementativi ed attuativi alla luce dei risultati riscontrati *in itinere*, per evitare standardizzazioni, burocratizzazioni oppure attuazioni decontestualizzate e perciò prive di reale ragion d'essere:

“in questo continuo avvicinarsi [...] di obiettivi, [i *Plus*] assumono necessariamente un carattere sperimentale, evitando di divenire un documento statico e subito vecchio, per assumere il ruolo di un indirizzo delle politiche continuamente ridefinito sulla scorta dell'analisi del percorso fatto.”²⁵¹

L'orientamento dei *Plus* tende perciò a realizzare una modalità attuativa tipica di quel modello di programmazione operativa definito da alcuni a *logica incrementale*²⁵². Il fulcro concettuale di questo modello risiede nell'idea sostanziale che la realtà si crei per piccoli passi, secondo una costante successione di brevi momenti durante i quali essa viene sempre ridefinita istantaneamente per l'influenza esercitata da tutti gli attori in essa coinvolti²⁵³. In questa prospettiva si esplicitano nuove forme di regolazione sociale che contribuiscono alla definizione e al rinnovamento del sistema dei servizi alla persona attraverso pratiche sociali di confronto, di conflitto, di consenso e di mediazione. Come sostiene anche Dal Lago:

²⁵¹ A. Battistella, *Costruire e ricostruire i Piani di Zona*, op. cit., p. 54.

²⁵² Remo Siza indica questo modello con l'espressione “pianificazione strategica”, la quale “definisce più puntualmente gli obiettivi e le direzioni di sviluppo e su queste basi definisce il progetto di trasformazione, crea alleanze, promuove azioni di coordinamento, individua mezzi con flessibilità e con attenzione costante agli effetti che produce ogni azione attivata. [...] La pianificazione strategica privilegia la dimensione interattiva della decisione in quanto le decisioni della pianificazione coinvolgono molti attori. L'implementazione non costituisce il momento successivo alla predisposizione del progetto ma è parte integrante di esso”. R. Siza, *Progettare nel sociale. Regole, metodi e strumenti per una progettazione sostenibile*, Franco Angeli, Milano, 2002, p. 58. Inoltre, in merito all'approfondimento delle riflessioni sulle differenti modalità di progettazione sociale si rimanda, tra i tanti, ai saggi di: M. Mondino, F. Motta, *Progettare l'assistenza*, NIS, Roma, 1994; L. Fazzi, *Il metodo nella costruzione dei Piani di Zona*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, 5, 2002; R. Siza, *Una progettazione sostenibile*, in “Animazione Sociale”, 12, 2002; M.C. Setti Bassanini, *La logica incrementale*, in “Prospettive Sociali e Sanitarie”, 8, 2003; A. Zenarolla, *Costruire qualità sociale. Indicazioni teoriche e operative per lo sviluppo della qualità nei servizi*, Franco Angeli, Milano, 2007.

²⁵³ Leach e Steward definiscono questa modalità progettuale nel contesto della realizzazione di politiche sociali, caratterizzata sostanzialmente da spostamenti *incrementali* rispetto alle posizioni acquisite, con l'espressione “ingegneria sociale a pezzi”. Cfr. S. Leach, J. Steward (eds.), *Approaches in Public Policies*, Allen & Unwin, London, 1982.

“conoscere significa in definitiva gettare reti di uniformità e regolarità nel mare dei mondi fenomenici – ma sempre con la consapevolezza che tale attività è interminabile, e soprattutto esposta alla possibilità di cambiamenti incontrollabili di prospettiva, di mutamenti di rotta che possono alterare gli stessi oggetti della ricerca.”²⁵⁴

In un simile contesto non può trovare luogo un approccio di tipo razional-sinottico che genera programmazioni autoreferenti che presuppongono una profonda e una sicura conoscenza di tutti gli aspetti della realtà in cui si andrà ad agire. Questo consiste in una razionalità sostanzialmente strumentale che esplica la propria azione secondo i rigidi schemi di un procedimento scientifico matematico finalizzato al raggiungimento di un preciso risultato. Questo è un modello in cui si prevede di fissare obiettivi precisi in funzione di una precedente identificazione puntuale e dettagliata dei bisogni e delle domande cosicché sia reso possibile il loro perseguimento e il loro soddisfacimento secondo strategie *razionali*, cioè con l'utilizzo di strumenti adeguati e sufficienti.

Il modello razionale di tipo sinottico presuppone una profonda conoscenza dell'ambiente in cui si interviene, conoscenza che può sussistere e produrre efficaci interventi solo in funzione di una rappresentazione fotografica, e perciò statica, della realtà. Sostanzialmente, questo è l'approccio da sempre utilizzato dalle istituzioni centrali (*razionalità burocratica*) nel creare i disegni e le strategie di *welfare State* in ambito nazionale. Ciò che questo approccio garantisce non è l'efficacia degli interventi ma piuttosto la certezza della prevedibilità degli effetti della propria azione, ovverosia la tipologia degli interventi che saranno posti in essere, a prescindere da qualsiasi riferimento contestuale²⁵⁵.

²⁵⁴ A. Dal Lago, *L'ordine infranto. Max Weber e i limiti del razionalismo*, Edizioni Unicopli, Milano, 1983, pp. 37-38.

²⁵⁵ Secondo la declinazione del concetto di *razionalità sinottica*, la sicurezza delle aspettative diviene l'elemento fondamentale dell'ordine razionale delle cose. Viene così a definirsi la distinzione tra il *mondo razionale*, ordinato, calcolabile, classificabile e prevedibile, e il *mondo non razionale*, in cui vige il disordine, il caos, la confusione e tutto ciò che è incontrollabile. Émile Durkheim aveva definito gli elementi della realtà riferibili al mondo *non razionale* come elementi *patologici*, ovvero non universalmente diffusi e pertanto disfunzionali alla sopravvivenza dell'organismo sociale. Cfr. É. Durkheim, *Le regole del metodo sociologico*, Edizioni di Comunità, Milano, 1979 (ed. or. *Les règles de la méthode sociologique*, Alcan, Paris, 1908). Per un approfondimento sulle tematiche e le teorizzazioni riguardanti le pratiche della razionalità si rimanda inoltre, fra i tanti, a: A. Fadda, *Dinamiche della razionalità*, Carocci, Roma, 2002.

La progettazione a logica incrementale consente quindi di rendere efficienti, efficaci ed immediati gli interventi ideati per una realtà specifica che esprime un bisogno particolare attraverso un gruppo ristretto di attori in un determinato momento storico. Anche questa potrebbe essere definita come una progettazione su una fotografia della società. Ciò che distingue questo caso dall'esempio precedente è che, nel momento stesso in cui i soggetti preposti alla valutazione degli interventi messi in atto riscontrassero un effettivo cambiamento in uno dei fattori, in una delle informazioni, in una delle risposte della comunità, in una delle variabili sociali su cui l'intervento stesso era stato modellato, allora essi potrebbero intervenire immediatamente per fornire risposte più adeguate oppure per ridiscutere le stesse modalità di intervento con tutti gli attori territoriali coinvolti.

L'attuazione di questa strategia richiede molta dedizione e molta attenzione nel riconoscimento e nella lettura dei fenomeni sociali, economici, culturali e storici di ogni comunità coinvolta. Questa pratica all'attenzione, all'ascolto, alla cura dei particolari e delle persone sviluppa la capacità di studiare, comprendere ed interpretare sempre più correttamente gli indizi di mutamento forniti dalla realtà sociale osservata, una qualità estremamente importante per gli attori coinvolti nelle fasi di creazione e di implementazione delle politiche sociali territoriali:

“i progetti devono essere valutati non per le trasformazioni dell'ambiente che producono, ma per il modo in cui ci aiutano a migliorare la nostra comprensione dei problemi presenti e futuri.”²⁵⁶

L'obiettivo che si prefiggono i *Plus* parrebbe corrispondere principalmente alla parte finale di quest'ultima citazione. Gli attori che partecipano all'implementazione dei progetti inseriti nei *Plus* vengono difatti a definirsi come esperti e profondi conoscitori della realtà in cui i servizi verranno resi disponibili, di un contesto in cui il carattere monodirezionale delle relazioni tra le istituzioni e

²⁵⁶ R. Siza, *Progettare nel sociale*, op. cit., p. 59.

la società civile viene modificato in un'ottica di realizzazione di una sempre maggiore partecipazione delle comunità ai momenti di *policy making*.

Lo stesso *Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari*²⁵⁷, che precede di pochi mesi la legge regionale 23/2005, indica chiaramente gli orientamenti futuri per il perseguimento degli obiettivi di riqualificazione del sistema di offerta dei servizi secondo criteri maggiormente relazionali nelle interazioni tra istituzioni e società civile. Le priorità emerse in seno a questo argomento riguardano la necessità, percepita innanzitutto dalle istituzioni, di promuovere la realizzazione di una programmazione locale unitaria per l'integrazione di innovativi percorsi decisionali in modo partecipato nel territorio.

Come già detto precedentemente, il principio di *integrazione* è il *leit motiv* della parabola attuativa del nuovo disegno dei servizi alla persona e caratterizza differenti momenti del percorso di definizione di questi. La realizzazione di tale obiettivo necessita della costituzione di alcune condizioni ambientali e politiche specifiche che contribuiscano a determinare il buon esito delle azioni politiche.

In sostanza si rende necessario mettere realmente in pratica un modello di creazione dei servizi che segua realmente le logiche della *razionalità limitata*, provvisoria ed incrementale. Questo modello di razionalità fonda la propria azione sul presupposto secondo cui non è possibile essere a conoscenza di tutti gli aspetti, di tutte le variabili intervenienti caratterizzanti la realtà verso cui le finalità dell'agire razionale sono orientate²⁵⁸. Ciò consente di non cadere nella trappola della standardizzazione e della burocratizzazione degli interventi ma di andare oltre la lettura *routinaria* ed istituzionale dei bisogni.

Ritornando al discorso precedente, prima di affrontare la soluzione del problema è ancora più indispensabile riconoscerne profondamente la natura complessa, le cause e i contesti in cui si manifesta per poter delimitare il proprio

²⁵⁷ *Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari*, deliberazione della Giunta Regionale 4/21 del 10 febbraio 2005.

²⁵⁸ Tra i tanti si rimanda a: H.A. Simon, *Il comportamento amministrativo*, il Mulino, Bologna, 1967 (ed. or. *Administrative Behaviour: a Study of Decision-making Processes in Administrative Organization*, MacMillan, New York, 1961); Id., *Causalità, razionalità e organizzazione*, il Mulino, Bologna, 1985; J.G. March, H.A. Simon, *Teoria dell'organizzazione*, Edizioni di Comunità, Torino, 1979 (ed. or. *Organizations*, Chapman & Hall, London, 1958); R. Brubaker, *I limiti della razionalità*, Editore Armando, Roma, 1989 (ed. or. *The Limits of Rationality: An Essay on the Social and Moral Thought of Max Weber*, Allen & Unwin, London, 1984); A. Fadda, *Dinamiche della razionalità*, cit.

ambito di intervento e così rendere più efficace ed efficiente la propria *azione limitata*.

È perciò necessario affidarsi a pratiche concertate di *problem making* attraverso cui costituire un sistema informativo territoriale integrato, previsto nei *Plus* all'interno dell'ambito provinciale, e attraverso il quale promuovere la partecipazione diretta della cittadinanza nel definire con accuratezza le peculiarità ambientali e le specificità dei servizi indispensabili, cosicché il *Plus* possa divenire uno strumento collettivo e collaborativo per diversi attori.

Ma cosa sono concretamente i *Plus* e in cosa consiste il loro orientamento operativo?

I *Plus* intervengono e svolgono la propria azione organizzatrice nello spazio sociale comunitario in cui vengono elaborate le nuove pratiche della partecipazione civile, ovverosia i *distretti sanitari*. Nella propria azione risiede il compito sostanziale di individuazione degli obiettivi strategici e delle priorità di intervento, nonché degli strumenti e dei mezzi, economici oppure tecnici, per la realizzazione del sistema integrato dei servizi e per la promozione della partecipazione sociale.

All'interno dei *Plus* il privato sociale è creatore di *policies*, è soggetto sociale che vive attivamente la propria partecipazione politica e, attraverso la progettazione partecipata e la condivisione delle responsabilità, valorizza le risorse di solidarietà e di auto-aiuto individuando le risorse e le potenzialità di sviluppo della comunità, verso la ricerca attiva e condivisa di propri percorsi di azione.

I soggetti ufficialmente indicati nella legge regionale 23/2005 come attori istituzionali responsabili dell'elaborazione e della stesura dei *Plus* sono i Comuni, la ASL e le Province. Nello specifico, il processo di elaborazione del *Plus* si articola su tre livelli di responsabilità: il *livello politico*, il *livello tecnico-operativo* e il *livello comunitario*.

Nel primo livello, definito *livello politico*, avviene la *concertazione* degli indirizzi e delle strategie, e si esplicita il momento della pianificazione

dell'integrazione istituzionale²⁵⁹. In questa fase sono direttamente coinvolti i Comuni, la Provincia, l'Azienda Sanitaria Locale e la *conferenza di programmazione*²⁶⁰. In essa viene garantita, promossa ed attuata la partecipazione delle comunità locali. I membri costituenti la *conferenza di programmazione* sono incaricati altresì di elaborare il cosiddetto *bilancio sociale*²⁶¹. Questo costituisce l'atto preliminare per la programmazione locale e viene successivamente inviato all'Assessorato Regionale dell'Igiene, Sanità e Assistenza Sociale per la valutazione, la verifica e il controllo²⁶².

Successivamente è stato individuato un *livello tecnico-operativo*. Qui avviene la vera e propria definizione tecnica delle scelte, delle condizioni di realizzabilità, delle condizioni organizzative necessarie e delle modalità di valutazione dell'efficacia degli interventi previsti. A questo momento prendono parte i rappresentanti degli uffici dei servizi sociali dei Comuni, quelli degli uffici competenti della ASL e della provincia, e i membri del *Gruppo Tecnico di Plus*. Questo svolge la propria funzione in seno al *livello tecnico-operativo* elaborando ogni elemento utile alla definizione del quadro in cui i progetti di *Plus* andranno ad essere implementati attraverso l'analisi di dati demografici, epidemiologici, sociali e ambientali, e una ricognizione dei servizi effettivamente fruibili sul territorio. Inoltre, il gruppo tecnico svolge il compito di ideazione e di promozione di nuove strategie di coinvolgimento dei soggetti della comunità allo scopo di condividere le scelte di politica sociale, sociosanitaria e sanitaria, stimando al contempo le risorse necessarie alla realizzazione delle azioni proposte.

Il *Gruppo Tecnico di Plus* è lo strumento di supporto e di assistenza tecnica degli organi competenti per l'avvio e per la predisposizione dei *Plus*. Esso è

²⁵⁹ Il termine 'concertazione' significa difatti "amalgamare più soggetti decisori attorno a una decisione comune, amalgamare risorse umane e finanziarie di soggetti diversi". R. Maggiani, *Il sistema integrato dell'assistenza. Guida alla legge 328/2000*, Carocci, Roma, 2001, p. 203.

²⁶⁰ La *conferenza di programmazione* viene indetta dal presidente della Provincia ed è prevista la partecipazione delle organizzazioni sindacali di volontariato e di promozione sociale, delle istituzioni scolastiche e di formazione, delle amministrazioni giudiziarie, della cooperazione sociale e di tutte le organizzazioni *non profit* presenti sul territorio. Legge regionale 23/2005, art. 21, comma 2.

²⁶¹ Con l'espressione "bilancio sociale" indichiamo quel tipo di strumento o di processo attraverso cui un soggetto pubblico oppure privato che opera in un determinato territorio attraverso azioni che hanno dirette ricadute sulla comunità (per esempio i servizi alla persona o le politiche del lavoro) valuta e comunica i risultati e le conseguenze delle proprie scelte e del proprio agire. Solitamente il *bilancio sociale* si riferisce a questioni di tipo sociale, ambientale ed economiche.

²⁶² Legge regionale 23/2005, art. 37.

composto da un massimo di sette operatori, individuati in maniera prioritaria fra il personale delle amministrazioni coinvolte. Generalmente la composizione è questa: quattro operatori vengono indicati dai Comuni; due dalla ASL; uno dalla Provincia. Questi potranno inoltre essere affiancati da esperti dotati di specifiche competenze, in particolare in occasione di *tavoli tematici* che richiedono competenze professionali settoriali e specialistiche. Difatti, come è stato messo in evidenza in un recente articolo di D'Ambrogio e Lazzarotto, l'assenza di una definizione chiara del ruolo dei partecipanti ai tavoli tematici (in senso decisionale o meramente consultivo) può essere fonte di tensioni e generare conflittualità. Inoltre questa mancanza di chiarezza attorno alle attribuzioni di responsabilità può generare nei soggetti del privato sociale delle aspettative destinate a non trovare, in seguito, una realizzazione concreta²⁶³.

Nello specifico, a un *tavolo tematico* partecipano i rappresentanti delle istituzioni, quelli del privato sociale e le singole persone portatrici di interesse. Questi attori vengono coinvolti a partecipare alla definizione dei caratteri sostanziali di un problema specifico presente nell'ambito di riferimento. Attraverso questa strategia di coinvolgimento, di condivisione e di partecipazione vengono definiti, innanzitutto, gli aspetti conoscitivi della particolare problematica sociale oggetto di analisi e le possibili soluzioni attuabili e conseguentemente inseribili all'interno del proprio *Plus*. Il *tavolo tematico* è il luogo istituzionale più prossimo alla cittadinanza in cui può essere esercitato pienamente il diritto alla partecipazione di ogni singolo cittadino che sia coinvolto personalmente in una situazione di disagio sociale, oppure che sia solamente interessato a portare il proprio contributo al percorso di elaborazione del sistema integrato locale dei servizi alla persona.

Infine, il *livello comunitario* mira alla promozione della conoscenza, valorizzazione e condivisione dei diversi apporti presenti nella comunità locale.

Il lavoro svolto dai differenti attori coinvolti in modo differente sui tre diversi livelli di responsabilità costituisce l'esempio di integrazione del sistema fondato sui principi di collaborazione e partecipazione. Questo impegno sinergico

²⁶³ Cfr. U. De Ambrogio, L. Lazzarotto, *I tavoli tematici dei Pd: risorsa od ostacolo?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 5, 2007.

produce, all'interno della *conferenza di programmazione*, il documento di *Plus* nel quale vengono individuati:

- il profilo di salute del territorio;
- gli obiettivi strategici e le priorità di intervento;
- le modalità organizzative e operative dei servizi, le risorse finanziarie, strutturali e professionali;
- la ricognizione delle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali esistenti o in via di realizzazione;
- la ripartizione della spesa a carico dei Comuni, dell'Azienda Sanitaria Locale, della Provincia e degli altri soggetti firmatari dell'*accordo di programma*²⁶⁴;
- le modalità di integrazione gestionale, organizzativa e professionale necessarie per l'erogazione dei servizi;
- le forme di coordinamento con gli organi periferici dello Stato;
- le modalità di collaborazione tra servizi territoriali e i soggetti operanti nell'ambito della solidarietà sociale;
- la valorizzazione dell'apporto della solidarietà organizzata a fini di promozione sociale;
- i luoghi e le modalità di partecipazione;
- le iniziative di formazione e di aggiornamento professionale;
- i criteri di monitoraggio e valutazione degli interventi, e gli indicatori di qualità.

Come si può chiaramente evincere, il documento di *Plus* contiene le indicazioni e le informazioni indispensabili per l'identificazione dei criteri e delle strategie attuativi per la promozione della salute, per una ottimale integrazione delle responsabilità, per un'efficiente gestione delle risorse e per la

²⁶⁴ L'*accordo di programma* consiste nel consenso unanime dei Comuni, delle Province e dei soggetti pubblici, viene approvato formalmente dal sindaco del Comune capofila. In questo documento vengono indicate: le modalità attraverso le quali viene coordinata l'azione integrata delle amministrazioni interessate alla realizzazione di opere, interventi o programmi di intervento sul territorio di riferimento, comprendente le condizioni di operatività del Plus; i criteri di monitoraggio della sua attuazione; gli strumenti per la soluzione di eventuali difficoltà che insorgessero nel corso della sua implementazione; le forme di esercizio sostitutivo di responsabilità, nel caso di gravi inadempienze da parte di soggetti firmatari; le condizioni per garantire continuità di risposta ai cittadini da parte della rete dei servizi. All'interno del testo dell'*accordo di programma* vengono inoltre determinati ed indicati i tempi, le modalità, le fonti di finanziamento ed ogni altro adempimento necessario per la realizzazione degli obiettivi previsti.

predisposizione degli strumenti adeguati ad realizzare i principi della valutazione partecipata.

Le istituzioni pubbliche sono deputate a mettere in pratica le azioni ritenute più adeguate alla promozione e alla realizzazione dell'esercizio collaborativo, associato, solidale e unitario delle proprie responsabilità e anche delle responsabilità presenti nel territorio.

Abbiamo già potuto osservare precedentemente quali siano i ruoli e i compiti dei Comuni (programmazione, realizzazione e valutazione dei *Plus*) e delle Province (programmazione locale, coordinamento delle politiche di propria competenza con le politiche sociali, costruzione di una banca dati comune e omogenea fra i vari distretti). L'obiettivo finale dell'azione amministrativa integrata delle due istituzioni territoriali è la realizzazione della gestione unitaria dei servizi a livello provinciale, scelta questa che consente di garantire in modo ottimale l'integrazione sociosanitaria poiché l'ambito provinciale è perfettamente sovrapponibile al territorio di competenza delle aziende sanitarie in esso site, i *distretti sanitari*.

Tutti questi aspetti contribuiscono a definire con maggiore chiarezza quelle che possono essere definite le implementazioni pratiche dell'istituzionalizzazione del principio di sussidiarietà²⁶⁵. La promozione dei meccanismi di *governance*, che la pratica istituzionale della sussidiarietà nell'ambito dei servizi alla persona rende possibili e necessari, contribuiscono a caratterizzare in termini di "maggiore apertura" il sistema di protezione sociale, rinunciando perciò a ogni rigida tipizzazione sia dei destinatari sia delle prestazioni offerte. I servizi alla persona,

²⁶⁵ In merito alle declinazioni interpretative peculiari assunte dal principio di sussidiarietà nell'orizzonte dei Piani di Zona, rileviamo dalle osservazioni di Mazzonica che "il profilo della *sussidiarietà istituzionale* (o verticale), così come si evince dall'art. 118, comma 1 (ma altresì dall'art. 5 e dall'art. 114 Cost.) è certamente plurale: deve essere *passiva* (non faccia l'ente sovradeterminato ciò che compete all'ente sottodeterminato), nel senso della scelta della migliore appropriatezza nella risposta ai bisogni dell'ente territoriale o funzionale; ma soprattutto deve essere *attiva* (l'ente sovradeterminato deve creare le condizioni di autentica autonomia per l'ente sottodeterminato). Infatti il referente della sussidiarietà non è tanto il Comune (ente territoriale più vicino al cittadino), quanto la migliore risposta attesa per il cittadino, che è il soggetto esclusivo dell'azione della sussidiarietà. Il profilo della *sussidiarietà sociale* (od orizzontale o circolare) non può essere solo di natura *gestionale* (quasi alternativa all'ente pubblico, che si ritira dai propri compiti); essa attinge in modo precipuo alla dimensione *espressiva* e *partecipativa* (cfr. legge 328/2000, art. 1, commi 4 e 5)". C.M. Mozzonica, *Nuovi scenari della sussidiarietà. Oltre la legge 328/2000: una prospettiva per i "Piani di Zona"*, in "Politiche Sociali e Servizi", 1, 2005, pp. 63-64.

dislocati in modo capillare sul territorio opererebbero così in un'azione sinergica che creerebbe una rete, un tessuto relazionale tra le istituzioni coinvolte, le formazioni sociali e le comunità di riferimento.

Alcuni studiosi avrebbero avanzato seri dubbi sulla reale capacità dei Piani di Zona, e nel nostro specifico caso nei *Plus*, di generare e stimolare nuove modalità di attivazione sociale. Difatti, secondo Luca Fazzi, le modalità secondo le quali è stato istituzionalizzato il principio di sussidiarietà verticale all'interno della normativa nazionale avanzerebbero il dubbio che il ruolo e la funzione dei Piani di Zona venga limitato a un intervento di integrazione e di razionalizzazione delle dei servizi già esistenti e presenti sul territorio²⁶⁶. Ciò potrebbe essere sintetizzato nel rischio secondo il quale nell'atto di rispettare ed implementare il principio di sussidiarietà verticale così come è stato normato si possa assistere all'integrazione di politiche (non sempre sociali) e non all'integrazione di servizi alla persona.

Alla luce delle recenti e numerose esperienze testimoniate su tutto il territorio nazionale da pratiche di territorializzazione delle politiche di integrazione dei servizi socio-sanitari, altri autori hanno posto in evidenza come le caratteristiche di dinamismo e di coinvolgimento di più e differenti attori, caratteristiche insite in particolar modo nell'azione e nei principi dei *Plus*, contribuirebbero a definire un contesto territoriale in cui il gran numero di soggetti coinvolti saranno ancora più abili a cogliere le emergenze sociali e le fragilità umane cui si rende più impellente una risposta attenta e soprattutto integrata²⁶⁷.

²⁶⁶ Cfr. L. Fazzi, *L'incerto destino del settore non profit in Italia*, in "Politiche Sociali e Servizi", 1, 2002.

²⁶⁷ Cfr. F. Pizzolato, *La sussidiarietà nei servizi alla persona: il punto di vista costituzionale*, in "Politiche Sociali e Servizi", 2, 2005.

4.3 Lo stato dell'opera dei Plus

4.3.1 Percorsi attuativi dei Piani Locali Unitari dei Servizi alla Persona*

Gli ambiti territoriali individuati in occasione dell'avvio dei Piani Locali coincidono quasi del tutto con i 23 distretti sanitari delle Aziende Sanitarie Locali della Regione, con due sole eccezioni.

La città di Cagliari (appartenente al distretto sanitario *Cagliari-Ovest* della ASL n. 8) costituisce un ambito a sé stante e ha presentato, quindi, un proprio PLUS senza associarsi ad altri Comuni del distretto sanitario. In secondo luogo, l'ambito del *Nord-Est Sardegna* ha compreso i due distretti sanitari di *Olbia* e *Tempio*.

La composizione territoriale appena descritta è stata parzialmente modificata nell'anno 2008, in occasione dell'aggiornamento annuale dei PLUS. In questo periodo si sono formalizzate, infatti, le separazioni avvenute all'interno di due ambiti. La prima di queste ha riguardato l'ambito del *Nord Est Sardegna* in cui, dopo una prima esperienza unitaria, si è avuta una scissione nei due distretti sanitari sopraccitati (*Olbia* e *Tempio*). L'ambito di Sassari (corrispondente invece ad un unico distretto sanitario) si è a sua volta diviso, dando luogo ad un primo territorio comprendente la città capoluogo e altri tre centri urbani del suo *hinterland* e ad un secondo ambito contenente tutti gli altri comuni del distretto, con Comune di Osilo come capofila. Riassumendo, allo stato attuale, l'intero territorio sardo si articola definitivamente in 25 ambiti.

Gli elementi di maggiore novità introdotti dai *Plus* in seno alla programmazione degli interventi sociosanitari sono rappresentati dall'alto livello di integrazione istituzionale tra Comuni, Province e Aziende Sanitarie, e dall'adozione di un approccio di tipo partecipativo orientato al coinvolgimento di

* Per la redazione di questo capitolo si è fatto costante riferimento ai documenti di Plus. Fonte: *Piani Locali Unitari dei Servizi alla Persona 2007-2009*.

diverse categorie di portatori di interesse e dei rappresentanti del privato sociale di ciascun territorio.

A tal fine hanno rivestito un ruolo di fondamentale importanza i *tavoli tematici* che hanno rappresentato le sedi di approfondimento e di discussione privilegiate per le diverse aree di intervento individuate all'interno dei *Plus*. Quasi tutti gli ambiti hanno optato per un modello organizzativo che non prevedesse un'unica sede o un solo Comune per la conduzione degli incontri. La scelta è ricaduta, infatti, su un'organizzazione *itinerante*, per cui i tavoli si sono svolti di volta in volta presso un comune differente. Questa decisione testimonia il tentativo e la volontà di coinvolgere a pieno tutte le realtà locali e di portare la programmazione sociale nel territorio coinvolgendolo *dal basso*.

I lavori dei tavoli tematici hanno interessato, seppure in modo non sempre omogeneo, una molteplicità di soggetti ed istituzioni. Nella maggior parte dei casi, ai diversi incontri pubblici hanno preso parte associazioni di volontariato, cooperative sociali, istituzioni scolastiche e giudiziarie, associazioni culturali, ma anche singoli cittadini. I tavoli hanno offerto l'opportunità ai partecipanti di discutere assieme ai rappresentanti delle istituzioni sui vari temi di confronto e di avanzare propri suggerimenti e proposte operative.

Solo i tavoli tematici in cui si è manifestato un impegno costante ed omogeneo da parte delle istituzioni e dei soggetti coinvolti hanno generato reale partecipazione sociale, valorizzando quindi la propria funzione di strumento di *governance locale*²⁶⁸. Il risultato si può chiaramente riscontrare nella manifesta volontà di dar vita in forma permanente ad alcuni tavoli tematici legati a specifiche problematiche ritenute cruciali dalla stessa comunità.

L'accuratezza nel redigere il profilo d'ambito, documento indispensabile per la costituzione del *Plus*, ha consentito la chiara definizione delle peculiarità dei contesti territoriali di riferimento e la restituzione di un'immagine aggiornata dei servizi sociali e sanitari operanti nel territorio, fornendo una ricognizione complessiva che, in molti casi, non era mai stata compiuta prima dell'esperienza dei Piani Locali Unitari.

²⁶⁸ Cfr. P. Messina, *Dal governo alla governance? Notazioni a margine dei nuovi Piani di Zona*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 2, 2002.

A seguito di ciò, è stato possibile rilevare una sostanziale coerenza tra i bisogni rilevati nel profilo di comunità e le priorità d'intervento individuate da ciascun distretto. Infatti, nella maggior parte dei casi i PLUS sono stati redatti operando una distinzione tra due categorie di obiettivi: quelli di sistema (spesso definiti come *trasversali* o *multiutenza*) e quelli relativi a specifici settori d'intervento e tipologie di utenti. Ovviamente preme noi a sottolineare che non c'è stata un'individuazione univoca delle varie aree tematiche. Difatti il loro numero è risultato variabile per la tendenza ad aggregare (o viceversa a separare) differenti ambiti d'intervento. Ad esempio, non tutti i *Plus* distinguono l'area *minori e famiglia* in quelle dei *giovani* e della *prima infanzia*; o ancora, a seconda dei casi, l'area della *disabilità* può risultare aggregata (o meno) a quella *delle sofferenze mentali*, ecc. Quest'ultimo aspetto ovviamente ha rappresentato un ostacolo per la lettura comparata dei *Plus*.

Nell'individuazione degli obiettivi specifici delle singole aree, pur con le ovvie differenze emerse da distretto a distretto, è stato comunque possibile rilevare alcuni elementi comuni. Sostanzialmente sono emerse 7 aree tematiche generalmente presenti in ogni *Plus*:

- famiglia, infanzia e giovani;
- anziani e non autosufficienza;
- disabilità fisica e mentale;
- dipendenze;
- povertà, disagio adulto e marginalità sociale;
- immigrati e nomadi;
- azioni di sistema e multiutenza.

Nel complesso, gli obiettivi emersi per l'area *famiglia e minori* riflettono il tentativo di operare un'integrazione tra le politiche sociali, quelle assistenziali e quelle educative, con le istituzioni scolastiche che rappresentano in questo settore uno dei soggetti maggiormente presenti nella coprogettazione degli interventi.

Nell'area *anziani e non autosufficienza* una delle priorità individuate dai *Plus* è costituita dalla necessità di garantire servizi di assistenza domiciliare alle persone in condizione di non autosufficienza. Allo stesso tempo la maggior parte

dei *Plus* indica tra i propri obiettivi quello di fornire un adeguato sostegno ai familiari che si occupano direttamente dei compiti di cura verso gli anziani. Inoltre, emerge una particolare attenzione alla regolarizzazione delle figure professionali delle assistenti familiari attraverso l'istituzione di registri territoriali e di numerose attività di formazione e aggiornamento. Quest'ultimo esempio dimostra come sia possibile integrare le politiche di assistenza in senso stretto con quelle della formazione professionale e del lavoro. Un altro fondamentale ambito di integrazione, coerentemente con le peculiarità di quest'area tematica, è ovviamente quello sociosanitario che si realizza in particolare all'interno della rete dei servizi di tipo domiciliare (Assistenza Domiciliare Integrata, Servizio Domiciliare Sociale, Assistenza Domiciliare Infermieristica).

Nell'area dedicata al tema *disabilità fisica e mentale* emergono numerose dimensioni che compongono la complessità di questo vasto argomento. In esso vengono compresi il campo scolastico e formativo, la sfera lavorativa, la dimensione culturale e dell'aggregazione sociale, e il tema della mobilità. Gli strumenti specifici d'integrazione individuati sono l'inserimento lavorativo, i centri d'ascolto, le attività di tipo ricreativo, i centri diurni e i programmi di integrazione educativa e scolastica. L'eterogeneità nella tipologia degli interventi proposti testimonia la complessità dell'area in questione all'interno della quale si è reso necessario prevedere l'erogazione di servizi differenziati in base alle molteplici forme (più o meno gravi, più o meno invalidanti) con cui la disabilità può manifestarsi. A tale proposito, per esempio, alcuni progetti di inserimento lavorativo hanno previsto al proprio interno l'istituzione di *équipe* interdisciplinari che si occuperanno della valutazione dei casi e della presa in carico degli individui e che opereranno in una fase precedente all'inserimento vero e proprio al fine di creare le migliori condizioni possibili per la buona riuscita dell'intervento.

Quasi tutti i distretti hanno dedicato all'argomento *dipendenze* almeno un tavolo tematico all'interno del quale sono intervenuti operatori sociali e sanitari, cooperative, associazioni e rappresentanti delle istituzioni scolastiche. Si tratta di un'area di intervento rispetto alla quale, nei profili d'ambito, sono emerse numerose problematiche le principali delle quali appaiono legate alla carenza (registrata in diversi distretti) di servizi sanitari dedicati in modo specifico alla

prevenzione, alla diagnosi e alla cura delle diverse forme di dipendenza. Nonostante il tema delle dipendenze patologiche abbia avuto ampio spazio in sede di discussione dei diversi *Plus*, sono state destinate poche risorse in proporzione agli altri settori. Allo stesso tempo, il numero di azioni è risultato relativamente basso, con appena 10 distretti su 23 che hanno previsto interventi destinati in modo esclusivo alle dipendenze.

Una lettura complessiva dei progetti destinati al contrasto delle dipendenze permette di individuare almeno *tre linee di azione prioritarie*. La prima di queste riguarda la *prevenzione* e vede come contesto di intervento privilegiato quello scolastico. I *Plus* che individuano tra i propri obiettivi la necessità di rispondere ai bisogni legati alla prevenzione-sensibilizzazione hanno sviluppato piani di azione in collaborazione con scuole medie e superiori che prevedono, in alcuni casi, il coinvolgimento diretto delle famiglie oltre che degli studenti. La seconda linea di intervento individuata per far fronte alle problematiche dell'area dipendenze è costituita dalle azioni di *counseling* e di accoglienza che mirano ad implementare le forme di prevenzione secondaria legate in modo particolare alla dipendenza da stupefacenti. La terza linea d'azione riguarda *l'educativa di strada* e si rivolge non solo al contrasto delle dipendenze, ma cerca di far fronte alle aree di bisogno legate alle diverse forme di disagio sociale tra i giovani (comportamenti a rischio e devianti). Risultano invece decisamente meno frequenti, rispetto agli esempi appena citati, gli interventi mirati a garantire la partecipazione sociale degli individui con problemi di dipendenze attraverso percorsi di inserimenti lavorativi e le borse lavoro. Ancora una volta lo stigma non viene superato.

Quello della *povertà* e dell'*esclusione sociale* costituisce uno dei temi più delicati e allo stesso tempo complessi. La complessità deriva principalmente da due ordini di fattori. Il primo è costituito dall'evoluzione del fenomeno che tende a presentarsi in forme nuove rispetto al passato e a coinvolgere fasce di popolazione più ampie ed eterogenee. Il secondo problema, che rappresenta da sempre una delle questioni metodologiche irrisolte, è rappresentato dalla grande difficoltà a disporre di dati certi e di stime attendibili per la quantificazione del fenomeno.

Entrambi i problemi riguarderebbero sostanzialmente quel fenomeno che riguarda la diffusione della *povertà integrata*. Con questa espressione Paugam indica quel gruppo sempre più consistente di persone che sperimenta temporaneamente, e in taluni casi frequentemente, una situazione di *povertà relativa*, espressione con cui si vuole indicare un'insieme di esperienze di fragilità, di bisogno e di rischio derivati principalmente dalla precarizzazione del lavoro e dall'instabilità dei redditi²⁶⁹.

Ne consegue che la programmazione delle politiche locali e territoriali per il contrasto alla povertà e all'esclusione sociale è inevitabilmente condizionata dalle difficoltà che si riscontrano nell'ottenere una base solida di informazioni e di dati conoscitivi sul fenomeno.

Nonostante ciò, gli interventi previsti dai Plus nel 2008 hanno inserito al proprio interno il programma regionale "*Né di freddo né di fame*". Si tratta di un programma rivolto in modo particolare al contrasto delle povertà estreme, a favore di persone, gruppi di persone e famiglie che soffrono la mancanza di beni primari e che vivono in condizioni di preoccupante isolamento relazionale²⁷⁰.

Le aree tematiche dell'*immigrazione*, del *nomadismo* e della *multi-etnicità*, sono risultate essere, in assoluto, le meno rilevanti all'interno dei Plus. Quello dell'immigrazione è, infatti, il settore verso cui è destinato l'ammontare minore di risorse finanziarie e, allo stesso tempo, rappresenta anche l'ambito tematico meno approfondito nella definizione degli obiettivi da perseguire. Nella fase che ha preceduto la stesura dei Plus, ad esempio, appena quattro ambiti hanno dedicato a quest'argomento un tavolo tematico specifico. In tutti gli altri casi il tema dell'immigrazione non è stato preso in considerazione o è stato inserito

²⁶⁹ Cfr. S. Paugam, *Poverty and Social Disqualification: a Comparative Analysis of Cumulative Social Disadvantage in Europe*, in "Journal of European Social Policy", 4, 1996. Layte e Fouarge definiscono il fenomeno della "povertà integrata" con l'espressione "*transient poverty*" o "*recurrent poverty*". Cfr. R. Layte, D. Fouarge, *The Dynamics of Income Poverty*, in R. Berthoud, M. Iacovou (eds.), *Social Europe. Living Standards and Welfare State*, Edward Elgar, London, 2004.

²⁷⁰ Il programma "*Né di freddo, né di fame*" è parte di una serie di interventi che rientrano all'interno di un piano complessivo di lotta alla povertà portato avanti dalla Regione Sardegna a partire dal 2007. Nel 2008 (con la deliberazione 38/9 del 2008) è stata stanziata una cifra di poco inferiore a 23 milioni di euro. Le linee di intervento previste nella deliberazione sono tre. Oltre al già citato programma di contrasto alle povertà estreme, sono previsti interventi in aiuto al pagamento di alcuni servizi essenziali (locazione, energia elettrica, gas, acqua, rifiuti solidi urbani) e iniziative a favore di famiglie numerose con livelli di reddito insufficienti a coprire le esigenze essenziali.

trasversalmente all'interno di tavoli dedicati a tematiche più generali (come ad esempio quelle della famiglia e dell'esclusione sociale). L'incidenza del fenomeno migratorio all'interno della realtà sarda non appare tuttavia tale da giustificare l'inconsistenza, se non in molti casi la totale assenza, di azioni rivolte a questa problematica²⁷¹.

Focalizzando l'attenzione sui quattro Piani Locali che definiscono precise priorità d'azione per la tematica dell'immigrazione²⁷², si può osservare come l'attenzione sia rivolta principalmente alla necessità di garantire l'inserimento degli immigrati, in particolare di quelli extra-comunitari, all'interno dei diversi contesti territoriali. Il tema dell'integrazione riguarda l'aspetto culturale, quello linguistico, quello scolastico e la dimensione lavorativa. Le linee d'intervento individuate riguardano in particolare le azioni di mediazione culturale, i programmi rivolti a favorire l'integrazione scolastica dei bambini e dei giovani e i progetti di tipo informativo e di sensibilizzazione.

All'interno dei *Plus* trova spazio anche la definizione delle azioni cosiddette *di sistema* o *multiutenza*. Si tratta d'interventi non riconducibili ad un ambito o ad un'utenza specifica, ma la cui realizzazione è finalizzata a sostenere il sistema dei servizi sociali, permettendone l'operatività e garantendone l'efficacia. Tra le azioni di sistema indicate emerge la costante presenza del Gruppo Tecnico di *Plus*. Difatti il suo ruolo non si è esaurito con la stesura e l'approvazione dei Piani Locali, ma risulta essere fondamentale nella gestione del sistema integrato dei servizi associati, soprattutto nel delicato momento di avvio di quest'ultimo.

È utile osservare che in diversi *Plus* non si parla di funzionamento del Gruppo Tecnico ma, anticipando quelle che saranno le decisioni della Regione²⁷³, si indica già come azione di sistema la costituzione degli *Uffici di Piano*. Un'altra priorità di sistema che è stata indicata in diversi Piani Locali riguarda la necessità

²⁷¹ Nello specifico, la popolazione degli stranieri extracomunitari regolarmente presenti in Sardegna si suddivide nei territori provinciali come segue: Prov. Cagliari 7.323 unità; Prov. Carbonia-Iglesias 775 unità; Prov. Medio Campidano 472 unità; Prov. Ogliastra 491 unità; Prov. Olbia Tempio 4.254 unità; Prov. Oristano 1.270 unità; Prov. Nuoro 1.397 unità; Prov. Sassari 3.463 unità. Totale stranieri presenti in Sardegna: 19.445 unità. I dati citati sono aggiornati al mese di dicembre 2007. Fonte: <http://www.cislsardegna.it/PDF2008>, 23 settembre 2008.

²⁷² Se si escludono i *Plus* dei distretti di Cagliari-città, dell'area Ovest, di Siniscola, e di Sassari, nessun altro ambito ha programmato azioni su questo tema.

²⁷³ Deliberazione della G.R. n. 27/44 del 17/07/2007, *Linee di indirizzo per la costituzione e il finanziamento degli Uffici per la programmazione e la gestione associata dei servizi alla persona*.

di rendere omogenei i criteri d'accesso ai servizi sociali e socio-sanitari all'interno di uno stesso ambito territoriale. La possibilità di disporre di normative e regolamenti uniformi è stata indicata spesso come una pre-condizione fondamentale per fare in modo che il passaggio alla gestione associata e unitaria dei servizi si potesse realizzare in modo efficace, garantendo la qualità delle prestazioni e l'uguaglianza di trattamento di tutti i cittadini dei diversi comuni dell'ambito.

A tal fine, ovverosia per promuovere l'integrazione tra servizi sociali e sanitari, un'attenzione particolare è rivolta all'istituzione e al potenziamento dei *Punti Unici di Accesso*²⁷⁴ e dell'*Unità di Valutazione Territoriale*. Gli aspetti organizzativi e gestionali di questi servizi fanno capo alle Aziende Sanitarie, ma è previsto che i Comuni del distretto mettano a disposizione i propri operatori sociali (secondo le modalità previste da appositi protocolli d'intesa), nei casi in cui sia necessario operare una valutazione multidimensionale dei pazienti e dare risposta ad un bisogno complesso (tramite l'attivazione dell'*Unità di Valutazione Territoriale*). I *Punti Unici di Accesso*, inoltre, collaborano con i servizi sociali dei Comuni dei propri ambiti territoriali anche per la gestione integrata di altre problematiche di carattere socio-sanitario relative all'area della non autosufficienza (anziani, disabili, persone in condizione di fragilità) e hanno competenza nel disciplinare l'accesso al servizio di assistenza domiciliare integrata.

Quella appena esposta rappresenta una sintesi parziale delle priorità individuate dai diversi distretti per le singole aree tematiche e per le principali azioni di sistema. La definizione di queste priorità è risultata essere tendenzialmente coerente con le indicazioni emerse nei tavoli tematici, ma va tuttavia sottolineato che in molti *Plus* l'individuazione delle aree tematiche avviene spesso aggregando settori che sarebbe stato più funzionale mantenere separati. Sostanzialmente manca una comune definizione delle singole aree tematiche così da poter avere una descrizione omogenea su tutto il territorio regionale. Accade di frequente che alcune problematiche sociali e sanitarie vengano trattate all'interno di un'area tematica residuale, nella quale sono presi in esame in modo congiunto bisogni e priorità di settori molto diversi tra loro e

²⁷⁴ Attualmente, presso i distretti sanitari risultano attivati 8 Punti Unici d'Accesso.

disomogenei. Per esempio, in alcuni documenti vengono aggregati in un'unica area tematica “disagio adulto, dipendenze e immigrazione” o “ disoccupazione, nuove povertà, immigrati ed ex carcerati” o, ancora, “famiglia, infanzia, adolescenza, giovani, immigrazione e nuove povertà”.

Una volta definite le aree di intervento e presentati i progetti attuativi, il percorso dei *Plus* si è imbattuto in una serie di problematiche e di criticità sicuramente inevitabili all'interno di un contesto talmente innovativo. Il problema che è emerso con maggiore vigore è quello che, in alcuni casi, ha visto coinvolti il Comune capofila e gli altri Comuni del territorio. L'indefinitezza dei ruoli e delle responsabilità amministrative nella gestione associata dei servizi ha contribuito a rallentare la partenza dei progetti contenuti nei *Plus* e il ritardo che nel frattempo si è venuto a creare ha determinato un periodo di transizione in cui è mancata la necessaria chiarezza sulle funzioni e sull'attribuzione dei ruoli dei vari soggetti istituzionali.

Infine, è emerso anche un problema di tipo finanziario. Il trasferimento dei fondi previsti per la gestione associata dei servizi è avvenuto con un ritardo di un anno. Questa potrebbe essere una ulteriore spiegazione del perché, durante il primo anno di progettazione ed attuazione dei *Plus*, siano stati pochi i progetti e gli interventi avviati. Occorre tuttavia considerare che, di per sé, un tempestivo trasferimento delle risorse non sarebbe stato sufficiente a garantire un avvio più rapido del sistema se accompagnato dall'assenza di strumenti e organismi, come gli *Uffici di Piano Uffici per la programmazione e la gestione associata dei servizi alla persona*, preposti alla gestione e all'assistenza dei servizi associati.

Proprio gli *Uffici di Piano* possono essere descritti come l'ultimo atto dell'implementazione dei *Plus* poiché la loro costituzione risale al mese di maggio del 2008 e, pertanto, la loro realizzazione è il compito principale cui le Province dovrebbero ora farsi carico.

4.3.2 Costituzione, funzione ed organizzazione degli Uffici di Piano per la gestione associata dei servizi alla persona

L'ultima azione finora attuata all'interno del percorso di implementazione dei *Plus* riguarda la costituzione dei cosiddetti *Uffici di Piano per la gestione associata dei servizi alla persona*²⁷⁵. Il compito e la funzione primari dell'Ufficio di Piano riguardano il supporto all'organo politico nei momenti decisionali ed attuativi degli interventi di politica sociale previsti nei *Plus*.

Difatti, l'attuazione dei principi e delle funzioni sociali, sociosanitarie e sanitarie in forma associata rende indispensabile una maggiore stabilità delle forme organizzative degli ambiti territoriali sia per gli aspetti programmatici sia per quelli gestionali per promuovere una maggiore integrazione tra le istituzioni, e tra queste e i soggetti sociali del territorio, così da superare efficacemente le problematiche e le criticità finora riscontrate.

I processi di integrazione territoriale rendono necessario un costante impegno verso i particolari organizzativi, funzioni queste che vengono prese in carico concretamente dagli Uffici di Piano i quali garantirebbero, attraverso le professionalità in esso strutturate, adeguate competenze in differenti settori di programmazione e gestione amministrativa dei servizi. Le aree supervisionate oppure gestite dagli Uffici di Piano sarebbero principalmente due.

La prima area riguarda i compiti di programmazione sociale e sociosanitaria, la promozione e lo sviluppo di comunità, gli interventi di monitoraggio e di valutazione. Questi interventi sono orientati fondamentalmente alla predisposizione del *Plus* e di altri documenti di programmazione sociale, sociosanitaria e sanitaria integrata dell'ambito distrettuale; all'integrazione delle azioni contenute nel *Plus* con le attività dei singoli Comuni, della Provincia e dell'ASL; alla definizione di modelli operativi e protocolli comuni condivisi da tutte le istituzioni e tutti i soggetti del privato sociale coinvolti; alla gestione della segreteria della Conferenza di servizi; alla predisposizione e alla realizzazione di progetti interni ai *Plus* e volti al conseguimento di specifici obiettivi; alla

²⁷⁵ Le linee guida che disciplinano la costituzione e il finanziamento degli Uffici di Piano sono contenute nella deliberazione della Giunta Regionale n. 27/44 del 17 luglio 2007, *Linee di indirizzo per la costituzione e il finanziamento degli Uffici per la programmazione e la gestione associata dei servizi alla persona*.

promozione dei processi di *governance* territoriale; alla raccolta, elaborazione, trasmissione e diffusione dei dati inerenti al sistema informativo sociale; al raccordo con gli *Osservatori provinciali delle politiche sociali*. In merito a tali competenze, l'Ufficio opera in stretto contatto con i Comuni dell'ambito, le Provincia e l'Azienda Sanitaria Locale.

Sono riconducibili all'altro ambito degli Uffici di Piano tutte le funzioni amministrative, economico finanziarie, riferibili alla gestione amministrativa delle attività e dei servizi programmati nel *Plus* e di altri servizi ed interventi affidati alla programmazione e alla gestione associata; alla gestione degli appalti e delle procedura ad evidenza pubblica; alla gestione economico finanziaria delle risorse utilizzate in forma associata; alla promozione di livelli uniformi delle prestazioni. In riferimento a queste competenze, l'Ufficio di Piano lega la propria operatività all'ente gestore dei servizi associati che, nella quasi totalità dei casi, corrisponde ad uno dei Comuni dell'ambito.

Sostanzialmente, il compito degli Uffici di Piano riguarda la realizzazione dei principi operativi dei processi dell'*integrazione gestionale*. Questa è di fondamentale importanza per il perseguimento e la completa realizzazione di un sistema integrato dei servizi alla persona. L'*integrazione gestionale* si colloca a livello di struttura operativa in modo unitario nel distretto e in modo specifico nei diversi servizi che lo compongono. La sua implementazione in ambito territoriale, attraverso le attività di sostegno, organizzazione e amministrazione degli Uffici di Piano, accompagna immancabilmente l'azione dei progetti di *Plus*, individuando configurazioni organizzative e meccanismi di coordinamento atti a garantire l'efficace svolgimento delle attività, dei processi e delle prestazioni.

A tal fine, l'*Ufficio per la programmazione e la gestione associata* è istituito in ogni ambito territoriale, può essere unico per l'intero distretto oppure può comprendere più distretti, e costituisce un organismo che opera *a supporto* della Conferenza dei servizi, operando in stretto raccordo con i soggetti politici (Comuni, Province, ASL) e ponendosi come supporto per l'assunzione delle decisioni strategiche e per la definizione degli indirizzi.

La composizione delle professionalità operanti nell'Ufficio di Piano è stata stabilita nelle linee guida che ne indicano la composizione e l'organizzazione

interna. Il numero dei componenti deve essere compreso tra un minimo di tre e un massimo di sette operatori con comprovate competenze specifiche, individuati congiuntamente dai Comuni, dalla ASL e dalla Provincia all'interno della Conferenza dei servizi *prioritariamente* tra i propri dipendenti e con particolare riguardo ad eventuali ruoli rivestiti dagli operatori all'interno dei Gruppi Tecnici. Come si può facilmente notare, la composizione dei ruoli dell'Ufficio di Piano richiama *in toto* quella che caratterizzava i Gruppi Tecnici di Piano. Difatti, gli Uffici di Piano sono la pratica evoluzione dei Gruppi Tecnici di Piano in un organismo dotato di maggiore stabilità.

Per quanto riguarda, infine, la figura del *Coordinatore* dell'Ufficio di Piano, è previsto che questa venga individuata dalla Conferenza dei servizi tra gli stessi componenti dell'Ufficio. Il Coordinatore rappresenta l'Ufficio nei suoi rapporti con gli altri enti e orienta il lavoro di redazione del *Plus*. Inoltre, egli si raccorda in stretto rapporto con l'ente gestore per l'amministrazione dei progetti in forma associata e coordina il processo di monitoraggio e valutazione dei Piani Locali.

Nell'ambito territoriale regionale si è assistito a differenti modalità implementative degli Uffici di Piano in termini di organizzazione interna, cosicché il panorama venutosi a delineare sia caratterizzato da una grande eterogeneità. Nello specifico, alcuni Uffici risultano essere composti esclusivamente da personale proveniente dai Comuni, dalle Aziende Sanitarie Locali e dalla Provincia, altri comprendono solamente personale esterno (con l'eccezione della figura del coordinatore), altri ancora presentano una struttura mista che include sia membri interni alle amministrazioni coinvolte, sia personale selezionato esternamente.

Il ritardo con cui sono stati attivati i percorsi e gli strumenti (legali, economici ed amministrativi) per l'istituzione degli Uffici di Piano ha inevitabilmente condizionato l'attivazione di questi. Tuttavia, riguardo ciò possiamo citare alcune esperienze significative che riguardano alcuni distretti sanitari della Sardegna che hanno attivato concretamente gli Uffici di Piano ancor prima che venissero emanate le linee guida regionali per la loro predisposizione.

I distretti di Quartu S. Elena, Settimo S. Pietro (PLUS 21), Sanluri e Siniscola hanno trasformato i propri Gruppi Tecnici di Plus in Uffici di Piano

nella prima metà del 2007, mentre le linee guida risalgono al luglio dello stesso anno, cosicché fu possibile costituire i servizi previsti nelle azioni di *Plus* nei tempi stabiliti dalla normativa regionale 23/2005.

Questo appena presentato è un chiaro esempio di come una effettiva ed efficace integrazione tra istituzioni all'interno del *Plus* possa portare alla realizzazione degli obiettivi prefissati, al di là degli impedimenti od ostacoli burocratici ed amministrativi che si possono incontrare lungo il proprio cammino realizzativo.

In questo senso è quindi possibile affermare che i Piani Locali Unitari dei Servizi alla Persona sono essi stessi strumenti flessibili e dinamici per una programmazione integrata e che creano a loro volta strumenti e modalità elastiche, malleabili ed integrate per la realizzazione di interventi in ambito sociale, sanitario e sociosanitario, con il coinvolgimento e l'attivazione dei soggetti sociali ed istituzionali, e delle differenti formazioni del privato sociale.

5. Le politiche sociali nei percorsi di decentralizzazione in Europa.

5.1 La Scozia e l'esperienza storica di devolution

Il progressivo riconoscimento istituzionale da parte del governo britannico della realtà nazionale scozzese ha portato, nel 1999, alla re-istituzione del Parlamento Scozzese, con sede ufficiale a Holyrood, Edimburgo.

Storicamente la Scozia è stata un Regno indipendente fino al 1603 quando, con l'atto denominato "*Union of the Crown*", la Scozia venne unita all'Inghilterra sotto la corona di Giacomo VI, anche se di fatto queste continuarono a essere due Stati separati. Nel 1707, con "*The Union Act*", venne sancita l'unificazione ufficiale dei parlamenti scozzese e inglese, con conseguente istituzione del Parlamento della Gran Bretagna.

Con questo atto di unione vennero altresì riconosciute alcune peculiarità dell'organizzazione sociale scozzese e venne riconosciuta ufficialmente una particolare tutela nei confronti della Chiesa Scozzese (Presbiteriana), dei borghi facenti capo direttamente alla famiglia reale scozzese e in materia di diritto privato.

Particolarmente interessante è notare come l'allora nascente governo britannico avesse fin da subito posto l'accento su una chiara e indiscutibile supremazia di Westminster sulle leggi locali in Scozia:

*“that the laws that concern public right, policy and civil government may be made the same throughout the whole United Kingdom, but that no alteration be made in laws that concern private right, except for evident utility of the subjects within Scotland.”*²⁷⁶

A dispetto della evidente compositezza nazionale che caratterizza la Gran Bretagna, il governo di Westminster non ha mai tutelato in modo adeguato l'identità nazionale delle regioni che la compongono, come è invece avvenuto per esempio in Germania con l'istituzione dei *Länder*, in Italia con le Regioni a Statuto Speciale e in Spagna con una relativa autonomia istituzionale conferita ad alcune regioni come, per esempio, la *Catalunya*. Qualsiasi intervento politico è sempre stato caratterizzato difatti da una forte propensione all'omologazione e alla standardizzazione a livello nazionale, anche se poi l'intenzione dell'amministrazione centrale dovette più volte cedere il passo a una più realistica ed efficace autonomia di alcuni specifici settori, come ad esempio quello dell'educazione.

Il percorso che ha portato alla nascita del Parlamento scozzese ha inizio ufficialmente nel 1979 quando un ormai morente *Labour Party*, diviso al proprio interno e in procinto di affrontare le elezioni amministrative, decise di proporre un referendum per l'istituzione di un Parlamento Scozzese (*Scottish Parliament*) e di un Consiglio Nazionale in Galles (*The National Assembly for Wales*). I gallesi e gli scozzesi furono perciò invitati ad esprimere la propria opinione in un momento politico estremamente critico per la sinistra britannica al governo, giacché l'opinione pubblica si dichiarava estremamente delusa dalla sua azione politica amministrativa. Questo malcontento si manifestò palesemente nel fallimento dello stesso referendum. In Scozia non venne raggiunto il quorum, mentre in Galles la maggioranza si espresse contro la devolution²⁷⁷.

²⁷⁶ “Che le leggi concernenti il diritto pubblico, la politica e il governo della società siano le medesime in tutto il Regno Unito, ma che non siano apportate modifiche alle leggi riguardanti il diritto privato, fatta eccezione per le materie di evidente utilità in Scozia” (nostra traduzione). *Article 18 of the Treaty of Union*. Fonte: <http://www.scottish.parliament.uk/corporate/history/SPTtradition/treaty.htm>, 30 settembre 2007.

²⁷⁷ Cfr. M. Gallager, P.V. Uleri, *The Referendum Experience in Europe*, MacMillan, London, 1996.

L'anno seguente il *Labour Party* perse le elezioni e la Gran Bretagna venne governata per diciotto anni dal *Conservative Party*. Durante questo periodo di tempo la devolution non fu più ritenuto un argomento politico di rilievo, giacché la linea di governo dei Primi Ministri conservatori, con Margareth Thatcher prima e John Major poi, tese ad accentrare i poteri amministrativi e a ridurre le differenze nazionali interne alla Gran Bretagna. La Scozia si affacciò di nuovo sul palcoscenico del dibattito politico britannico quando, nel 1989 fu fatta oggetto di un esperimento fiscale ad opera dell'allora governo Thatcher che impose la *Poll Tax* solo sul territorio scozzese, un anno prima che questo provvedimento fiscale fosse esteso a tutto il territorio britannico.

Nel 1996 il *New Labour Party*, allora all'opposizione parlamentare, fece di nuovo approvare la proposta di istituire un Parlamento Scozzese e una Assemblea Nazionale per il Galles, attraverso un referendum popolare. La differenza tra le due proposte nasce dal fatto che la Scozia aveva già un proprio codice normativo, cioè un insieme di leggi nazionali sulle quali un sistema giurisprudenziale devoluto avrebbe operato con maggiore fluidità e perchè il sentimento nazionale scozzese è più radicato anche per via dell'esistenza di una Chiesa di Scozia. Il Galles é sempre stato storicamente più permeabile alle influenze inglesi di quanto non lo sia stata la Scozia, che godeva inoltre di una discreta libertà nell'amministrazione della Pubblica Istruzione attraverso l'organo esecutivo regionale chiamato *The Scottish Office*.

Queste sarebbero alcune delle motivazioni che maggiormente potrebbero aver contribuito a definire i due diversi modelli amministrativi.

Alla guida del *New Labour Party* c'era allora un giovane Tony Blair che attirò su di sé le attenzioni e le speranze di quella parte della popolazione britannica delusa e dal lungo governo conservatore. La campagna di sensibilizzazione alla partecipazione al referendum fu condotta dallo stesso Blair che si presentò in Scozia per spiegare le domande del referendum.

I cittadini scozzesi sarebbero stati chiamati a rispondere a un quesito riguardante l'istituzione, o no, del Parlamento Scozzese, e a uno sulla possibilità di conferire a tale Parlamento i poteri fiscali di applicare una variazione del 3% sul tasso di imposte fiscali nazionali. Inoltre, in caso di vittoria dei 'sì', si

impegnò affinché un eventuale Parlamento Scozzese potesse essere destituito solo in seguito a un formale referendum del tutto simile a quello che eventualmente l'avrebbe istituito²⁷⁸.

Gli scozzesi riuscirono, per primi in Gran Bretagna, a ottenere un impegno formale da parte del governo centrale affinché un ulteriore referendum tutelasse le istanze poi ottenute con la consultazione popolare del 1997. Quest'ultimo punto è di estrema importanza giacché in Gran Bretagna non esiste una normativa chiara e ben definita in materia di referendum. Difatti, il referendum è stato utilizzato solo una volta coinvolgendo tutto l'elettorato britannico e ciò avvenne nel 1975 per decidere l'ingresso della Gran Bretagna nell'allora Comunità Economica Europea (*Common Market*)²⁷⁹. Inoltre non sono chiari i casi in cui si può ricorrere al referendum, ma non sono neanche stabilite le norme che lo dovrebbero regolare nell'atto pratico del suo svolgimento²⁸⁰. Di conseguenza il sistema britannico non prevede delle norme definite che regolano e stabiliscono chiaramente in quali circostanze i *referenda* possano essere utilizzati e quali criteri li rendano legalmente validi. Per esempio, la soglia del 40% stabilita per il quorum in riferimento alla prima consultazione sulla *devolution* nel 1979 non aveva alcuna validità nelle altre circostanze. Tendenzialmente sembrerebbe che le "regole del gioco" vengano stabilite di volta in volta, a seconda delle circostanze specifiche e in funzione del perseguimento del risultato più vantaggioso per la parte politica proponente²⁸¹.

Difatti, il referendum del 1997, con le sue peculiari regole, dimostrò che il 74,5% dei votanti era a favore dell'istituzione del Parlamento Scozzese e che il 63,5% era favorevole anche al conferimento del potere di variare l'ammontare delle imposte fiscali fino a un massimo del 3% in eccesso o difetto. Tuttavia il governo scozzese non ha mai utilizzato finora questo potere.

²⁷⁸ Cfr. A. Brown, D. McCrone, L. Paterson, P. Surrudge (eds.), *The Scottish Electorate*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1999.

²⁷⁹ In merito si rimanda al seguente saggio: D. Balcom, *The United Kingdom: Constitutional Pragmatism and the Adoption of the Referendum*, in M. Gallagher, P.V. Uleri, cit.

²⁸⁰ Tra i tanti e approfonditi studi sul referendum per l'istituzione del Parlamento in Scozia si rimanda a: B. Taylor, K. Thomson (eds.), *Scotland and Wales: Nations Again?*, University of Wales Press, Cardiff, 1999.

²⁸¹ Cfr. D. Balsom, *The United Kingdom: Constitutional Pragmatism and the Adoption of the Referendum*, in M. Gallagher, P.V. Uleri, cit.

Il Parlamento scozzese è monocamerale ed è composto da 129 membri, 73 dei quali rappresentano singoli collegi e sono eletti con un sistema maggioritario a turno unico. Gli altri 56 sono eletti con il sistema proporzionale (AMD, *Additional Member System*). Quindi la Regina, su indicazione del Parlamento, nomina uno dei parlamentari *First Minister*. Gli altri ministri, nominati con lo stesso procedimento, formano assieme al *First Minister* il governo scozzese²⁸².

L'organo istituzionale investito concretamente del potere esecutivo del Parlamento viene comunemente chiamato *The Scottish Executive*. Questo è composto dal Primo Ministro e da dieci o undici Ministri²⁸³.

Tuttavia, il Parlamento scozzese non può essere di fatto considerato un *parlamento sovrano* giacché agisce sempre sotto il controllo di Westminster. Difatti, il Parlamento britannico ha il potere di abrogare eventuali leggi scozzesi che dovessero essere in contrasto con la normativa nazionale²⁸⁴ e detiene sempre il potere decisionale in ambito fiscale, di politica estera, per ciò che riguarda le comunicazioni e la difesa dello Stato²⁸⁵ secondo gli accordi istituzionali presenti nella cosiddetta *Sewel Convention*. In merito a ciò, in una nota del *Parliament and Constitution Centre of the House of Commons* viene spiegato che :

“the Sewel Convention is a commitment made by the Government during the passage of the Scotland Bill that the UK Parliament would

²⁸² Fonte: <http://www.scotland.gov.uk/Home>, 30 settembre 2007.

²⁸³ Attualmente i Ministri sono dieci: *Minister for Europe, External Affairs & Culture; Minister for Parliamentary Business; Minister for Enterprise, Energy & Tourism; Minister for Transport, Infrastructure & Climate Change; Minister for Children & Early Years; Minister for Schools and Skills; Minister for Public Health; Minister for Communities & Sport; Minister for Community Safety; Minister for Environment*. Fonte: <http://www.scotland.gov.uk/About/14944/Scottish-Cabinet>.

²⁸⁴ In merito a ciò, i rapporti tra il Parlamento di Holyrood e quello di Westminster, per ciò che concerne l'ambito legislativo, sono regolati dalla cosiddetta Convenzione Sewell, dal nome del parlamentare che l'ha redatta. In una nota del *Parliament and Constitution Centre of the House of Commons* viene spiegato che : *“The Sewel Convention is a commitment made by the Government during the passage of the Scotland Bill that the UK Parliament would not normally legislate with regard to devolved matters except with the agreement of the devolved legislature”*. “La Convenzione Sewell è un accordo stipulato dal Governo all'interno della *Proposta di Legge Scozzese* secondo cui, in linea di massima, il Parlamento Britannico non legifererà riguardo ambiti amministrativi devoluti, a meno che non vi sia un accordo con l'istituzione legislativa devoluta” (nostra traduzione). P. Bowers, *The Sewel Convention*, House of Commons Library, London, 2005, p. 5.

²⁸⁵ Cfr., Scotland Act 1998, fonte: <http://www.opsi.gov.uk/acts/acts1998/19980046.htm>, 30 settembre 2007.

*not normally legislate with regard to devolved matters except with the agreement of the devolved legislature.*²⁸⁶

Inoltre, la separazione tra gli ambiti devoluti e quelli ancora sotto il controllo di Londra non è così ben definita. In alcuni casi si può assistere a una distorsione del concetto di devolution giacché Westminster tuttora mantiene il controllo dell'erogazione dei fondi e dei finanziamenti statali in materie di competenza di Holyrood, come accade per esempio per i servizi sociali e per le politiche per la casa. Oppure, alcune delle materie devolute non sono effettivamente sotto il controllo del Parlamento Britannico ma ricadono tuttavia sotto l'ombrello giurisdizionale della Comunità Europea, per esempio agricoltura, pesca ambiente e industria, i cui criteri regolativi possono essere nella pratica ben più rigidi e avulsi dal contesto implementativo di quanto non possa sembrare a livello teorico.

Nella tabella che segue vengono indicati sia gli ambiti devoluti all'amministrazione del Parlamento di Holyrood, sia quelli ancora sotto il controllo di Westminster:

²⁸⁶ “La Convenzione Sewell è un accordo stipulato dal Governo all'interno della *Proposta di Legge Scozzese* secondo cui, in linea di massima, il Parlamento Britannico non legifererà riguardo ambiti amministrativi devoluti, a meno che non vi sia un accordo con l'istituzione legislativa devoluta” (nostra traduzione). P. Bowers, *The Sewel Convention*, op. cit., p. 5. Da sottolineare la frase del testo originale “*UK Parliament would not normally legislate*” che come la separazione tra gli ambiti di competenza inglesi e scozzesi non è così netta. Alcune volte il Parlamento Scozzese chiede addirittura a Westminster di legiferare anche su ambiti oramai devoluti perché economicamente e politicamente è più strategico e reca maggiori vantaggi alla Scozia.

Tabella 3:

Competenze devolute	Competenze riservate
<ul style="list-style-type: none"> • Salute • Educazione e formazione • Amministrazione locale • Assistenza sociale • Edilizia pubblica residenziale • Pianificazione • Turismo, economia, sviluppo ed assistenza economica alle industrie • Sistema viario, trasporti pubblici, porti • Alcuni ambiti legali penali e civili e del sistema giudiziario • Polizia e vigili del fuoco • Salvaguardia ambientale • Patrimonio • Agricoltura e pesca • Sport e arti • Censimento e gestione dei registri pubblici 	<ul style="list-style-type: none"> • Materie costituzionali • Politica estera • Difesa e sicurezza nazionale • Fisco, economia e sistema monetario • Immigrazione • Energia elettrica, combustibili fossili, gas ed energia nucleare • Mercato comune • Commercio e industria, inclusi competizione e tutela dei consumatori • Alcuni ambiti riguardanti il trasporto, (sistema ferroviario, sicurezza e normativa in merito) • Leggi sul lavoro • Sicurezza sociale • Scommesse e Lotteria Nazionale • Riservatezza dati • Aborto, embriologia, genetica, trapianto di organi

Fonti: <http://www.scotland.gov.uk/About/18060/11552/Q/editmode/on/forceupdate/on>, 2 ottobre 2007.

Devolution, così come viene intesa e come è stata finora realizzata in Gran Bretagna, nasce in un contesto che Michael Keating definisce come il più adatto alla sua realizzazione perchè:

*“devolution in United Kingdom [...] builds on an existing and well established system of administrative devolution in which each of the component territories had a distinct way of making or adapting policy and delivering services.”*²⁸⁷

Nel caso britannico la devolution viene perciò a definirsi per alcuni caratteri fondamentali che possono essere chiaramente ricondotti a quei principi di

²⁸⁷ “Devolution nel Regno Unito [...] si forma su un esistente e consolidato sistema di devoluzione amministrativa nel quale ogni regione aveva un personale modo di fare o di adeguare la politica, e di fornire servizi” (la traduzione é dello scrivente). M. Keating, *Devolution and Public Policy in the United Kingdom: Divergence or Convergence?*, in Adams J., Robinson P. (eds.), *Devolution in Practice. Public Policy Differences within the UK*, The Institute for Public Policy Research (IPPR), London, 2002, p. 3.

governance legati alla cosiddetta *Third Way*, e definiti da Anthony Giddens²⁸⁸ alla fine degli anni novanta. Senza entrare nel merito delle critiche che sono state rivolte al pensiero dell'autore²⁸⁹, ci sono alcuni passaggi che sono divenuti col tempo molto importanti nel percorso di definizione e di attuazione dell'idea di devolution. Questo approccio interpretativo pone l'accento sulla necessità di creare un maggiore e più concreto coinvolgimento della società civile e delle sue reti informali nei percorsi di elaborazione e di attuazione delle politiche sociali, così da sollevare da questo incarico i due principali attori erogatori di servizi: lo Stato e il mercato.

Alla luce di ciò la devolution viene a delinarsi secondo i seguenti aspetti: il potere e l'autorità vengono trasferiti alle amministrazioni regionali senza che però venga messa in discussione la sovranità del Parlamento centrale; le competenze amministrative si possono distinguere tra: quelle dello Stato centrale, quelle che ricadono sulle amministrazioni locali e quelle in comune ai due livelli. La devolution costituisce quindi nella pratica una decentralizzazione amministrativa, ma persistono le tracce del vecchio stato delle cose all'interno delle nuove e locali amministrazioni, della pratica politica e della mentalità burocratica.

Difatti, proprio in riferimento a quest'ultimo aspetto, Keating sottolinea come una delle maggiori preoccupazioni inerenti i primi momenti dell'attuazione dei principi di devolution sia riferibile al rischio che:

*“if devolution simply reproduced the old Westminster system at a more intimate level it would do little to assuage these democratic discontents.”*²⁹⁰

²⁸⁸ Cfr. A. Giddens, *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, Polity Press, Cambridge, 1999.

²⁸⁹ In merito a tali critiche si rimanda a: A. Giddens, *The Third Way and Its Critics*, Polity Press, Cambridge, 2000. In questo testo l'autore pubblica alcune delle più rilevanti critiche mosse contro la sua definizione di *Third Way* elaborata nel libro precedentemente pubblicato e, proprio alla luce di queste, cerca di definire in modo più preciso il proprio pensiero.

²⁹⁰ “Se la *devolution* si limita a riprodurre il vecchio sistema di Westminster a un livello più basso, farà ben poco per ridurre il malcontento democratico” (nostra traduzione). M. Keating, *The Government of Scotland. Public Policy Making after Devolution*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 2005, p. 13.

Partendo da queste premesse concettuali, alcuni autori sostengono che la concessione di maggiori poteri alle istituzioni rappresentative locali nasconda in realtà la creazione di una linea di confine, una netta divisione e distinzione, tra una *alta politica* e una *bassa politica*. Di queste, la prima resterebbe in mano allo Stato centrale che così, attraverso essa, continuerebbe ad amministrare gli ambiti politici ritenuti più delicati e importanti (per esempio: politica estera, giustizia, economia e difesa militare), mentre le incombenze burocratiche legate all'amministrazione della *vita quotidiana locale* verrebbero così a essere delegate, più che devolute, agli enti locali²⁹¹.

A questi due livelli bisogna necessariamente aggiungerne un terzo legato ai rapporti con l'Unione Europea giacché, come già accennato precedentemente, le politiche comunitarie intervengono e influenzano alcuni ambiti amministrativi devolute al Parlamento Scozzese (agricoltura, pesca, ambiente e industria).

Se anche così fosse, ciò non parrebbe comportare alcun problema di tipo pratico inerente la mera amministrazione della *cosa pubblica*. In questo caso specifico, lo Stato britannico non viene di fatto a mancare totalmente. Delega certamente la gestione di alcuni ambiti politici al Parlamento Scozzese, ma questi sono ambiti che, se gestiti localmente, possono contribuire a determinare in modo significativo la crescita del benessere della popolazione. Inoltre, come già detto precedentemente, in alcuni ambiti Westminster è comunque presente concretamente perchè eroga direttamente i finanziamenti.

Il conferimento al Parlamento Scozzese di poteri amministrativi riguardanti le aree devolute, già precedentemente elencate, nasce anche dal riconoscimento da parte delle istituzioni dell'esistenza di differenti sfere e livelli di amministrazione delle politiche sociali che coinvolgono, in alcuni casi necessariamente, attori che non fanno parte di alcun organo burocratico-amministrativo. Questi attori costituiscono la società civile. Essi sono i destinatari degli interventi di politica sociale e attraverso la *devolution* possono di nuovo prendere parte attiva e

²⁹¹ In merito a questo argomento si rimanda al testo di J. Bulpitt, *Territory and Power in the United Kingdom: An Interpretation*, Manchester University Press, Manchester, 1983.

raggiungere quel livello di *responsabilità sociale* tanto ricercata nei principi della cosiddetta *Third Way*²⁹².

La società civile non rappresenta unicamente quel luogo sociale in cui i bisogni vengono definiti e in cui vengono anche individuati quelli ai quali le istituzioni non hanno ancora fornito risposte adeguate. La società civile rappresenta anche la memoria storica del proprio contesto sociale che essa stessa contribuisce costantemente a ridefinire. Un suo coinvolgimento diviene allora auspicabile se il risultato a cui si ambisce è la creazione di nuovi percorsi per le politiche sociali, percorsi più contestualizzati, così da divenire sempre più efficienti, più efficaci e più puntuali nel rispondere alle richieste delle comunità.

La *devolution* potrà essere definita realmente un nuovo modello di *governance comunitaria* quando verrà riconosciuta dalle istituzioni come uno strumento utile a creare nuove opportunità e nuovi contesti di partecipazione sociale alla vita governativa di una regione.

In altri termini, il confronto con la società civile porterà l'attenzione non più solo sulla produzione di nuovi e contestualizzati interventi di politica sociale, ma anche su una nuova sensibilità a riconoscere i problemi della società, o delle comunità, attraverso differenti percorsi:

*“devolution was intended not only to transfer powers downwards territorially but to foster a new type of politics, with more participation on the part of backbenchers and civil society generally.”*²⁹³

²⁹² In merito a ciò, Anthony Giddens sostiene che “[the Third Way] proposes to construct a new contract based on the theorem ‘no rights without responsibilities’. Those who profit from social goods should both use them responsibly, and give something back to the wider social community in return. Seen as a feature of citizenship, ‘no rights without responsibilities’ has to apply to politicians as well as citizens, to the rich as well as the poor, to business corporations as much as the private individual. Left-of-centre governments should be prepared to act upon it in all these areas”, “[la Terza Via] propone di costituire un nuovo contratto sociale, basato sul principio “nessun diritto senza responsabilità”. Chi ricava dei vantaggi dai beni sociali dovrebbe sia usarli con responsabilità sia condividere qualcosa con la comunità. Intesa come una forma di cittadinanza, “nessun diritto senza responsabilità” dovrà essere applicata sia ai politici sia ai cittadini, sia ai ricchi sia ai poveri, alle società economiche tanto quanto ai privati cittadini. I governi di centro sinistra dovrebbero essere pronti ad intervenire su tutte queste aree” (nostra traduzione). A. Giddens, *The Third Way and Its Critics*, cit., p. 52.

²⁹³ “La *devolution* è stata pensata non solo per trasferire dei poteri a livello territoriale ma per promuovere un nuovo tipo di politiche, caratterizzate da una maggiore partecipazione nel ruolo di

In questa prospettiva parrebbe che l'attenzione venga progressivamente spostata dal concetto di *potere politico*, considerato indispensabile per l'attuazione di interventi o programmi politici, a un livello in cui sembrerebbe più opportuno parlare di *politica attuabile*, cioè di una politica capace di interpretare i rapporti di potere interni ed esterni al proprio sistema governativo, secondo un orientamento che trae ispirazione dalle necessità della vita quotidiana.

Alla luce di ciò, non avrà più potere politico quel governo che avrà la mera maggioranza in Parlamento, ma quello che invece dimostrerà di avere la maggiore *capacità di governare* concretamente sulle "cose". Ciò riconoscendo quelle che possono essere le cause dei problemi sociali ed economici, per esempio, e fornendo risposte adeguate.

Il Parlamento Scozzese ha manifestato una grande sensibilità riguardo il coinvolgimento della società civile e in merito al pericolo che al proprio interno possano riprodursi i rapporti di potere tipici del sistema politico di Westminster. In risposta a ciò, il Nuovo Partito Laburista Scozzese (*New Labour Party*) ha definito una nuova linea di condotta politica che tende a rompere con il passato, cercando di creare un comune terreno politico che consenta l'incontro e il confronto tra gli amministratori e la società civile.

Keating ne evidenzia i tratti salienti:

*"first politics should be non-partisan, with cooperation accross party lines. Second, politics should consensual in substance, guided for a search of agreement rather than highlighting differences; and should be non-confrontational in style. Third, politics should be more partecipative, open to the rappresentatives of Scottish civil society and not just to the political class. Fourth, politics should be more inclusive, bringing in preaviously unheard voices."*²⁹⁴

parlamentari senza incarico e di società civile in modo più generale" (nostra traduzione). M. Keating, *Devolution and Public Policy in the United Kingdom: Divergence or Convergence?*, cit., p. 6.

²⁹⁴ "Primo, la politica dovrebbe essere apartitica, con collaborazioni che vercano i confini dei partiti. Secondo, la politica dovrebbe essere sostanzialmente fondata sul principio del consenso, guidata dall'obiettivo di cercare un accordo, piuttosto che da quello di evidenziare le differenze; e

Questi principi si possono ritrovare sostanzialmente anche in uno degli interventi del Primo Ministro Scozzese della passata legislatura, Jack McConnell:

*“devolution is not just about transferring power from Westminster to Holyrood, but about changing the essential nature of the process of government. So the success of devolution must be assessed not just in terms of output of policy, legislation and services, but in how far and how effectively people are engaged with government.”*²⁹⁵

Tuttavia il tempo parrebbe avere già risposto in parte ai timori espressi nella citazione precedente. Difatti, come nota Jeffery, l’attuazione della devolution in Gran Bretagna ha generato differenti forme nella stessa *devolution*, una per ogni contesto di riferimento. Ciò ha portato alla definizione di una riforma dalla natura asimmetrica e dai risultati disomogenei.

Con ciò si intende volgere l’attenzione al fatto che Westminster, successivamente al già citato referendum, ha pienamente sostenuto i percorsi devolutivi, anche a discapito dei propri interessi. La situazione che si è venuta a stabilire, definita dallo studioso inglese con l’espressione *disuguaglianza nella rappresentazione (inequity in representation)*, parrebbe porre la popolazione scozzese in una situazione vantaggiosa rispetto a quella degli inglesi giacché, per esempio, i deputati scozzesi nel Parlamento di Westminster possono esprimere il proprio voto su “questioni inglesi”, ma le “questioni scozzesi” risultano essere di sola pertinenza del Parlamento di Edimburgo²⁹⁶.

lo stile dovrebbe escludere il litigio. Terzo, la politica dovrebbe essere più partecipativa, aperta ai rappresentanti della società civile scozzese e non solo alla classe politica. Quarto, la politica dovrebbe essere più inclusiva, accogliendo quelle voci precedentemente non ascoltate” (nostra traduzione). M. Keating, *The Government of Scotland. Public Policy Making after Devolution*, cit., p. 16.

²⁹⁵ “Devolution non significa solo trasferire i poteri da Westminster a Holyrood, ma anche cambiare la natura profonda del processo di governo. Quindi, il successo della *devolution* deve essere valutato non solo in termini di risultati politici, legislativi e dei servizi, ma in base a quanto a lungo e quanto effettivamente le persone sono coinvolte nel processo di amministrazione” (nostra traduzione). People and Parliament Trust, *Room for More Views? Sharing Power, Shaping Progress*, Scottish Human Service Trust, Edinburgh, 2004, p. 26, citato in G. Mooney, G. Scott (eds.), *Exploring Social Policy in the New Scotland*, Policy Press, Cambridge, 2005, p. 268.

²⁹⁶ Cfr. C. Jeffery, *Identity and Governance in England: Setting the Agenda*, relazione presentata all’interno del ciclo di lezioni seminariali dal titolo *Governance in England*, organizzate dal

Potremmo perciò affermare che la *devolution* ha risolto buona parte dei problemi di legittimazione delle istituzioni scozzesi ma al contempo ha sollevato nuove problematiche per l’Inghilterra, dove si continua a dibattere sulla eventualità di istituire un Parlamento inglese con poteri simili a quello scozzese.

L’ormai acquisita legittimazione istituzionale ha permesso al governo di Holyrood di progettare e di attuare delle politiche estremamente vantaggiose per la popolazione scozzese. Per esempio, il Parlamento scozzese ha programmato di cancellare le tasse universitarie a partire dal 2009. Questo intervento potrà essere di fatto attuato solo perché Westminster assicurerà al sistema di istruzione scozzese dei finanziamenti adeguati a coprire il vuoto causato dal conseguente mancato introito. Secondo Jeffery ciò potrebbe influire sulla quantità di fondi erogati all’Inghilterra. A nostro avviso questo provvedimento potrebbe generare un consistente flusso migratorio di studenti da tutta la Gran Bretagna verso le università scozzesi.

Da quanto citato emerge come nella pratica quotidiana della *governance*, la *devolution* non possa essere intesa come un punto di arrivo, come una conquista di diritti che non necessita più di negoziazioni. La *devolution* può portare in sé nuove problematiche e nuove ineguaglianze sociali e istituzionali. Essa nasce da una diffusa e riconosciuta necessità di ridefinire rapporti, gerarchie e ambiti di intervento, e pertanto crea anche nuovi squilibri da risolvere.

La *devolution* può portare in sé nuove problematiche e nuove disuguaglianze sociali e istituzionali. Essa nasce da una diffusa e riconosciuta necessità di ridefinire rapporti, gerarchie e ambiti di intervento, e pertanto crea anche nuovi squilibri da risolvere. Una delle problematiche precedentemente esposte riguarda appunto la disuguaglianza rappresentativa che la *devolution* potrebbe produrre. Questa, secondo l’opinione di Charles Jeffery, potrebbe essere risolta non attraverso l’opposizione politica tra i due soggetti istituzionali attori della *devolution* ma attraverso la creazione di un coordinamento intergovernamentale che possa portare a tracciare un percorso comune orientato

Institute of Governance, The School of Social and Political Studies (University of Edinburgh), Edimburgo, 11 ottobre 2007.

da un agire comune attraverso il confronto delle pratiche politiche e la negoziazione dell'equilibrio rappresentativo²⁹⁷.

Questo tipo di approccio all'agire nella pratica devolutiva parrebbe divenire una strategia politica indispensabile a ottimizzare gli sforzi attuativi per via delle caratteristiche del contesto britannico, una realtà composta da peculiarità storiche, politiche e sociali che hanno contribuito a creare un contesto che si è rivelato essere particolarmente idoneo all'attuazione della *devolution*. Difatti, come afferma Michael Keating:

*“devolution in the United Kingdom [...] builds on an existing and well established system of administrative devolution in which each of the component territories had distinct way of making or adapting policy and delivering services.”*²⁹⁸

Questo sistema amministrativo si è quindi rivelato essere un terreno estremamente fertile per la definizione di una buona pratica politica legata all'attuazione della *devolution* che ha ormai assunto alcuni caratteri che la rendono distintiva rispetto al proprio percorso attuativo.

Ai fini del nostro obiettivo di ricerca ci è parso opportuno soffermarci ed approfondire l'esperienza del governo scozzese nell'ambito della riforma del sistema nazionale dei servizi sanitari, una riforma che parrebbe mettere in risalto alcune interessanti peculiarità in termini di gestione e riorganizzazione dei servizi a livello territoriale.

²⁹⁷ Cfr. C. Jeffery, *Identity and Governance in England: Setting the Agenda*, relazione presentata all'interno del ciclo di lezioni seminariali dal titolo *Governance in England*, organizzate dal Institute of Governance, University of Edinburgh, Edimburgo, 11 ottobre 2007.

²⁹⁸ “La *devolution* nel Regno Unito si fonda su un pre-esistente e ben radicato sistema di devoluzione amministrativa nel quale ognuna delle componenti territoriali ha un modo distinto di fare politica e di fornire servizi” (nostra traduzione). M. Keating, *Devolution and Public Policy in the United Kingdom: Divergence or Convergence?*, cit., p. 3.

5.2 L'organizzazione del National Health Service of Scotland

L'ambito di intervento istituzionale in cui, a nostro avviso, i principi di *devolution* si sono manifestati con maggiore evidenza è la riforma che ha coinvolto in questi recenti anni il Servizio Sanitario Nazionale Scozzese (d'ora in avanti NHSScotland).

Il NHSScotland è stato istituito dal governo britannico nel 1948. Anche se negli anni a seguire, e soprattutto dopo l'avvento al governo del *Conservative Party* col Primo Ministro Margareth Thatcher, la Gran Bretagna puntò molto sulla crescita e affermazione di un sistema assicurativo e sanitario privato, la Scozia cercò sempre di promuovere lo sviluppo e il miglioramento dell'efficienza del proprio Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 1999 il nascente Parlamento scozzese assunse la diretta gestione della politica sanitaria regionale secondo i termini del *The Scotland Act 1998*, documento in cui vengono altresì indicati alcuni ambiti della politica sanitaria nazionale che sarebbero rimasti, e sono tuttora, sotto il diretto controllo di Westminster. Queste sono: aborto, xenotrapianto, embriologia, genetica, licenze mediche, rifornimenti medici e veleni, regolazione delle professioni mediche²⁹⁹, salute e sicurezza.

La riorganizzazione dei servizi sanitari scozzesi, dal 1999 in poi, si fonda sull'idea che essi debbano essere gratuiti e fruibili dalla popolazione in base al solo bisogno, secondo un principio di responsabilità collettiva. Questi principi sono stati indicati formalmente nel Libro Bianco dello Scottish Office dal titolo "*Towards a Healthier Scotland. A White Paper on Health*"³⁰⁰ in cui vengono altresì indicati gli ambiti verso cui verrà orientata con maggiore intensità l'azione di riforma del governo: le cosiddette *circostanze di vita* (per esempio occupazione, abitazioni ed educazione); *stili di vita* (per esempio il fumo,

²⁹⁹ Il controllo dell'organizzazione delle professioni mediche è certo di competenza amministrativa e legislativa di Westminster, ma gli oneri riguardanti le retribuzioni economiche sono stati devoluti e sono oramai di competenza di Holyrood.

³⁰⁰ Cfr. Secretary of State for Scotland, *Towards a Healthier Scotland. A White Paper on Health*, The Stationery Office, Edinburgh, 1999.

abitudini alimentari e attività fisica); e infine il tema della salute (per esempio salute mentale, tumori e patologie cardiovascolari).

Questo documento contiene delle utili indicazioni su come il governo avrebbe poi interpretato il proprio intervento di riforma del NHSScotland in rapporto con la popolazione e il territorio. Viene di fatto posto l'accento sul contesto in cui si andrà a operare e su cui poi ricadranno gli interventi e gli effetti delle decisioni prese in fase legislativa. Trapela da esso una costante volontà di contestualizzare la progettazione dei servizi non solo a livello economico e formalmente strutturale, ma anche da un punto di vista umano.

Holyrood ha più volte manifestato l'ambizione di disegnare un NHSScotland 'personalizzato', cioè orientato alla persona non intesa solo come *stakeholder*, destinataria di un intervento, ma come punto di riferimento per una elaborazione efficace ed efficiente dei servizi. Il cittadino diviene così parte integrante delle modalità con cui si interverrà. Le sue problematiche sono certamente ritenute importanti, ma al contempo sono importanti le cause delle problematiche stesse, ricercate nelle abitudini alimentari, nel suo rapporto con il proprio corpo e con la cura di esso, nella propria educazione e nel proprio contesto di vita quotidiana.

Il sistema di servizi di cura, quello che in Scozia viene chiamato Health Care System, ha perciò come obiettivo principale quello di migliorare la qualità della vita e di ridurre le disuguaglianze del benessere, della salute. L'intenzione del NHSScotland, come abbiamo avuto già modo di constatare precedentemente, è quello di perseguire questi obiettivi attraverso la creazione di un sistema di servizi integrati a livello nazionale che coinvolga a pieno titolo non solo i servizi pubblici, intesi come servizi sanitari e servizi sociali, ma anche il volontariato, il terzo settore e tutti gli attori sociali impegnati in questo ambito di intervento. I punti chiave che abbiamo individuato sono i seguenti:

- assistere molte più persone nella propria abitazione, come una alternativa alla cura e residenzialità ospedaliera, attraverso l'organizzazione e lo sviluppo di servizi sanitari locali e attraverso l'incremento dei servizi sanitari domiciliari;
- aiutare le persone a condurre una vita più indipendente limitando le inutili degenze ospedaliere e il ricorso alle strutture ospedaliere in generale, attraverso la

creazione di strutture alternative e più prossime alla quotidianità delle persone, quali centri di riabilitazione, ambulatori e quei servizi capaci di offrire servizi con una maggiore celerità;

- assicurare alle persone una cura migliore con un rapido accesso ai servizi e una qualità migliore di questi;
- creare un maggiore coinvolgimento e sostegno delle persone attraverso la promozione di reti e partnership che possano garantire una maggiore trasparenza e comunicazione tra chi ha bisogno dei servizi e chi li eroga.

La prevenzione degli stati di indigenza e delle patologie, siano esse lievi o gravi, è il risultato al quale ambisce tutto il NHS britannico. Già nel 1988, un dossier presentato dal *Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function and Community Medicine*³⁰¹ affermava la fondamentale importanza di elaborare le nuove strategie di intervento nella sanità pubblica secondo una logica orientata alla prevenzione. Estremamente chiara risulta essere la stessa definizione di *sanità pubblica* che, in questo rapporto, viene a essere intesa come:

*“the science or art of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organised efforts of society.”*³⁰²

Questa definizione ci spiega in modo estremamente chiaro non solo come viene concepita la *sanità pubblica* a livello concettuale, ma anche come sia interpretato il compito nella sua realizzazione.

La sanità pubblica viene considerata sia un'arte sia una scienza. Il rigore di un approccio metodologico di tipo scientifico viene perciò affiancato concettualmente all'estro artistico. La sensibilità interpretativa di un artista viene ritenuta uno strumento importante per intervenire concretamente nella società

³⁰¹ Cfr. Committee of the Inquiry into the Future Development of the Public Health Function and Community Medicine, *Public Health in England: the Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*, Her Majesty's Stationery Office (HMSO), London, 1988.

³⁰² “La scienza o l'arte di prevenire le malattie, di prolungare la vita e di promuovere la salute attraverso gli sforzi organizzati della società” (nostra traduzione). *Ivi*, p. 1.

considerata quasi come una materia prima dalla natura mutevole e non uniformemente plasmabile, che necessita perciò di numerosi e differenti strumenti.

I percorsi di trasformazione della società necessitano di un osservatore che sia costantemente attento a ciò che accade, a ciò che le persone da sole, oppure i gruppi di queste, comunicano alle istituzioni. Questa attenzione viene idealmente affiancata a una sensibilità capace di interpretare in modo corretto i bisogni via via emergenti, al fine di creare politiche sociali efficienti, efficaci e puntuali.

Perciò si parla di prevenzione delle malattie e di promozione del benessere, perchè ciò significa razionalizzazione degli interventi, capacità di lettura e corretta interpretazione dei contesti sociali e delle problematiche che essi portano in sé, giacché la società stessa è parte attiva, coinvolta direttamente in questo percorso.

Orientare l'azione delle politiche sociali verso questi obiettivi promuoverebbe la cultura dell'efficacia degli interventi oltre che dell'efficienza nell'uso delle risorse. Conoscere le problematiche e le loro cause promuoverebbe una politica contestualizzata, immersa nel proprio ambito sociale di riferimento.

Con l'attuazione del percorso di *devolution* la politica ha espresso concretamente una chiara intenzione di contestualizzare la propria azione amministrativa. È una inversione di rotta rispetto a quel processo sociale definito da Giddens col termine *disembedding*, che aveva coinvolto anche le politiche sociali. In questo ambito, il *disembedding* si è manifestato quindi come una tendenza alla centralizzazione decisionale e alla decontestualizzazione degli interventi. Difatti questi venivano *tirati fuori* dai loro contesti locali originali per essere trasferiti e ridisegnati su archi spaziali (per esempio su scala nazionale e non locale, con una conseguente perdita di efficacia) e su archi temporali estranei alla stessa natura delle politiche sociali (per esempio i tempi burocratici di elaborazione e di attuazione degli interventi eccessivamente dilatati, con una conseguente perdita di puntualità nella implementazione degli stessi)³⁰³.

³⁰³ “By *disembedding* I mean the ‘lifting out’ of social relations from local context of interactions and their restructuring across indefinite spans of time-space”. “Col termine ‘*disembedding*’ indico l’extrapolazione delle relazioni sociali dal loro contesto locale di interazione e la loro ridefinizione su archi spazio-temporali indefiniti” (nostra traduzione). A. Giddens, *The Consequences of Modernity*, cit., p. 21.

Quindi, in questo caso la *sanità pubblica*, ma generalmente qualsiasi ambito o strumento istituzionale che abbia fissato le proprie finalità nel sociale e che crei politiche sociali, dovrebbe riavvicinarsi ai contesti di riferimento per promuovere la partecipazione politica alla vita sociale, in questa circostanza promossa attraverso politiche di *devolution*.

Il Parlamento scozzese è impegnato notevolmente nel cercare di percorrere nuove strade per il rinnovo delle politiche sanitarie, esprimendo così l'idea che quello dei servizi sanitari viene considerato l'ambito più importante per raggiungere il successo nella *devolution*³⁰⁴.

5.2.1 L'organizzazione del NHSScotland e i suoi principi operativi a partire da The Kerr Report

Grazie alla *devolution* in atto, il Parlamento scozzese, ha avuto la possibilità di riorganizzare i propri strumenti amministrativi in ambito sanitario così da poter coordinare le politiche sanitarie per unire gli sforzi della società nella promozione di salute e benessere.

I principi fondamentali che hanno ispirato in modo determinante la riforma del NHSScotland possono essere ritrovati nel rapporto di ricerca intitolato "*Building a Health Service Fit for the Future*"³⁰⁵, ma meglio conosciuto come "*The Kerr Report*", dal nome del professor David Kerr, dell'Università di Oxford, che tra il 2004 e il 2005 si occupò di condurre una ricerca per capire come il NHS si sarebbe potuto sviluppare in un'ottica a lungo termine.

I risultati di questa ricerca furono considerati talmente importanti che, inaspettatamente per gli stessi ricercatori, "*The Kerr Report*" divenne il punto di partenza per la ridefinizione del sistema sanitario nei principi fondanti e nella forma.

³⁰⁴ In merito a ciò Steward afferma che "*the success in health policy is crucial to the success of devolution itself*", "il successo nelle politiche sanitarie è di fondamentale importanza per il successo della stessa *devolution*" (nostra traduzione). J. Steward, *Taking Stock. Scottish Social Welfare after Devolution*, Policy Press, Bristol, 2004, p. 138.

³⁰⁵ Cfr. Scottish Parliament Health Committee, *Kerr Group Report: Building a Health Service Fit for the Future*, The Stationery Office, Edinburgh, 2005.

Per riuscire in seguito ad approfondire le nostre riflessioni sul sistema sanitario scozzese, ci pare interessante soffermarci su questo rapporto ed esporre brevemente i risultati e le conclusioni a cui è giunto.

Già precedentemente abbiamo accennato al fatto che questo rapporto mirava a individuare i possibili sviluppi del NHSScotland in un lungo periodo di tempo perché, come affermato esplicitamente:

*“the NHS in Scotland needs to change. Not because it is in crisis as some would have us believe – it is not; but because Scotland’s health care needs are changing rapidly and we need to act now to ensure we are ready to meet the future challenges. There could not be a more appropriate time to undertake a review of Scotland’s NHS, and plan its future.”*³⁰⁶

Il momento migliore a cui si fa riferimento riguarda l’occasione fornita da questa ricerca e dall’esplicita volontà da parte del governo scozzese di intervenire concretamente secondo i principi di efficienza, di efficacia e di contestualizzazione dell’implementazione dei nuovi servizi di cui si è già parlato precedentemente.

Il sentimento che sia giunta l’ora di attuare un cambiamento nella struttura dei servizi sanitari sembrerebbe derivare dal riconoscimento che il contesto sociale non sia *cosa immobile* ma che invece percorra una strada di costante mutamento, di frequenti ricontrattazioni e rimodulazioni di bisogni insoddisfatti a causa di servizi non più adeguati.

Il *Rapporto Kerr* indica tre fattori principali che determineranno la struttura e l’organizzazione dei servizi sanitari negli anni futuri:

- **cambiamento della popolazione e malattie a lunga degenza:** il progressivo invecchiamento della popolazione e l’aumento delle malattie ad esso connesse

³⁰⁶ “Il NHS della Scozia necessita di un cambiamento. Non perché sia in crisi come qualcuno avrebbe voluto farci credere – così non è; ma perché i servizi sanitari scozzesi hanno bisogno di cambiare rapidamente e dobbiamo agire ora per essere pronti per le sfide del futuro. Non potrebbe essere un momento migliore per dare il via a una revisione del NHS scozzese e per pianificare il suo futuro” (nostra traduzione). Ivi, p. 1.

hanno conseguentemente messo in crisi il modello tradizionale di intervento sanitario;

- **problemi legati all'occupazione:** la flessibilità del lavoro ha creato nuove problematiche sociali e sanitarie;
- **informazione e comunicazione tecnologica:** i sistemi comunicativi informatizzati saranno di fondamentale importanza per la costituzione di banche dati comuni, utili a produrre una gestione più efficiente delle informazioni dei pazienti.

Dal Rapporto emergono quelli che sono i soggetti istituzionali coinvolti nell'amministrazione dei servizi sanitari e nella supervisione sui percorsi di implementazione degli interventi:

- ***The Scottish Executive Department of Health and Wellbeing:*** questo dipartimento, che dipende direttamente dal Parlamento scozzese, si occupa della politica sanitaria e dell'amministrazione pratica del NHSScotland, ed ha inoltre alcune responsabilità in merito ad alcuni ambiti specifici dei Servizi Sociali.
- ***Regional Planning Groups (Gruppi di Pianificazione Regionale):*** hanno il compito e la responsabilità di provvedere all'organizzazione e all'integrazione di tutti quei servizi sanitari richiesti dalla regione di riferimento, che comprende differenti *NHS Boards*. Inoltre si occupano, tra le tante competenze, dell'implementazione delle direttive sanitarie del NHSScotland, di prevedere la sostenibilità dei servizi stessi, di sviluppare il percorso migliore per garantire un accesso adeguato a tutti i pazienti del proprio territorio, di coordinare delle campagne di sensibilizzazione per promuovere un miglioramento degli stili di vita.
- ***NHS Boards:*** potrebbero essere considerati l'equivalente dei nostri Assessorati Regionali per la Sanità Pubblica. Hanno il compito di tenere sotto controllo la presenza o la diffusione di bisogni a carattere sanitario, e di elaborare gli interventi ritenuti opportuni attraverso le seguenti funzioni: sviluppo del proprio piano locale sanitario; allocazione delle risorse in conformità con gli obiettivi strategici presenti nel piano locale sanitario; attuazione del piano locale sanitario; controllo della qualità dei servizi sanitari erogati. L'organo amministrativo del NHS Board è composto da: membri permanenti non esecutivi; membri non

esecutivi in rappresentanza di gruppi di utenti (*stakeholder*); membri esecutivi (funzionari). I NHS Boards in Scozia sono 14: NHS Ayrshire and Arran; NHS Borders; NHS Dumfries and Galloway; NHS Fife; NHS Forth Valley; NHS Grampian; NHS Greater Glasgow; NHS Highland; NHS Lanarkshire; NHS Lothian; NHS Orkney; NHS Shetland; NHS Tayside; NHS Western Isles³⁰⁷.

▪ **Community Health Partnerships - CHPs (Associazioni per la Salute Comunitaria):** questi sono gruppi locali, ben integrati nel territorio e rappresentativi di esso, che si occupano dell'amministrazione quotidiana e del coordinamento dei servizi territoriali per la salute della comunità. Essi sono costituiti da comitati, o sub-comitati, che dipendono direttamente dal NHS Board della loro regione. Al proprio interno si incontrano rappresentanti delle istituzioni locali (per esempio Polizia e Vigili del Fuoco) insieme con rappresentanti delle associazioni di volontariato, della comunità e degli *stakeholders* (utenti). L'obiettivo delle *Community Planning Partnerships* è quello di coordinare gli interventi del NHSScotland a un livello ancora più basso, attuando delle strategie contestuali alla realtà territoriale in cui operano, con la costante partecipazione dei rappresentanti delle forze sociali e istituzionali lungo tutto il percorso decisionale di propria competenza. Nello specifico, i loro compiti pratici sono: integrare i servizi sociali e sanitari di primo e di secondo livello della comunità; soddisfare i bisogni locali attraverso gli strumenti forniti dalla pianificazione degli interventi e l'allocatione delle risorse previste dal NHS Board; porre l'attenzione all'integrazione dei servizi sanitari primari con quelli per i casi più gravi; essere il punto di riferimento all'interno del NHSScotland per ciò che riguarda l'implementazione delle strategie per l'integrazione dei servizi per i bambini; infine, coinvolgere la cittadinanza, i pazienti e gli operatori nei momenti decisionali che concernono l'erogazione dei servizi sanitari e sociali nella propria comunità.

Dall'azione di questi organi amministrativi, sono emersi dieci ambiti di intervento, considerati da questi di fondamentale importanza al fine di

³⁰⁷ Fonte: <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health/NHS-Scotland/Boards/Boards>, 8 ottobre 2007.

condizionare positivamente lo sviluppo della struttura dei servizi sanitari in termini di efficienza e di diffusione dei servizi sul territorio.

1. Gestione delle malattie croniche e prevenzione dell'ospedalizzazione del paziente: nel rapporto viene espressa l'idea che l'ospedalizzazione sia da interpretare come uno dei frequenti fallimenti in cui incorre la sanità pubblica. Difatti si ritiene che, nella maggior parte dei casi, attraverso l'ospedalizzazione non venga fornita una risposta adeguata e tempestiva a quelli che sono i reali problemi sanitari individuali, ma che invece venga data una risposta standardizzata e, soprattutto, in ritardo rispetto all'emergere del bisogno. I casi di ospedalizzazione dei pazienti devono essere quantitativamente ridotti in favore della promozione della prevenzione e della cura a domicilio, o attraverso le strutture locali non ospedaliere. Inoltre, per ciò che riguarda la gestione delle malattie croniche, viene fatto notare come una maggiore attenzione a questo aspetto porterebbe a una prevenzione degli stati di bisogno più acuti che necessitano di interventi medici ben più costosi e tendenzialmente con tempi di guarigione molto più lunghi. Lo strumento per attuare questo cambiamento è stato individuato nelle strutture di *Primary Care* di cui abbiamo già parlato precedentemente e che, se fornissero le prestazioni richieste dal territorio, potrebbero realizzare pienamente questi primi obiettivi.

2. Individuazione degli stati di indigenza e riduzione delle disuguaglianze di benessere: secondo questo studio, lo stato di indigenza economica produce frequentemente delle conseguenze negative anche sul benessere fisico. Ciò deriverebbe da una scarsa accessibilità ai servizi sanitari. Generalmente chi viene considerato economicamente benestante ha anche maggiore facilità di accesso ai servizi. Per contrastare concretamente questa tendenza viene proposto di porre maggiore attenzione alle problematiche specifiche di alcuni gruppi o contesti sociali considerati a rischio indigenza³⁰⁸. Tuttavia, la pronta individuazione di stati

³⁰⁸ Come afferma esplicitamente il Comitato Parlamentare per la Salute: “*the NHSScotland should tackle health inequalities by focusing its resources more closely on the early detection and management of problems in deprived communities*”. “Il NHS della Scozia dovrebbe contrastare quella disuguaglianza che riguarda la diffusione della salute, concentrando le proprie risorse su un

di indigenza e l'elaborazione di un intervento che li contrasti di per sé non può essere considerata sufficiente. È necessario altresì predisporre gli strumenti adeguati e fornire tali risorse alle strutture territoriali che poi dovranno operare materialmente in un determinato contesto. Altre strategie, più specifiche rispetto alle precedenti, consistono in: aumentare la capacità dei servizi di *Primary Care* di assicurare interventi sufficientemente puntuali per rispondere rapidamente ai bisogni emergenti delle persone o dei gruppi più indigenti della società; individuare i pazienti a rischio per coinvolgerli nei gruppi di assistenza e per assicurarsi che seguano un percorso di aiuto; garantire maggiori risorse per le aree riconosciute come maggiormente a rischio indigenza; promuovere la costituzione di una banca dati per diminuire i tempi di individuazione dei casi a rischio e facilitare l'elaborazione degli interventi più adatti.

3. Auto-cura: uno degli obiettivi più importanti per il NHSScotland è quello che riguarda la promozione dei meccanismi di auto-sostegno nei pazienti autosufficienti oppure nei familiari, o altre persone, che si occupano di loro. Secondo una recente stima l'incremento del solo 1% dei casi di auto-cura porterebbe a una diminuzione del 10% dei contatti dei servizi di *Primary Care*. Rendere le persone autosufficienti, educarle alla cultura del benessere e della cura del sé avrebbe dei chiari e pressoché immediati benefici personali e collettivi: alla diminuzione dei malati seguirà la diminuzione della spesa pubblica in materia sanitaria.

4. Informazione e comunicazione tecnologica: la creazione di una banca dati centralizzata sarebbe utile a gestire e rendere disponibili a tutti i servizi sanitari le informazioni riguardanti ogni singolo paziente, rendendo più agevole la gestione del percorso clinico. Il rapporto propone anche di utilizzare questa tecnologia per organizzare altri settori della pratica medica, quali, per esempio, le prenotazioni online di visite specialistiche, l'archiviazione di risultati di analisi, la prescrizione elettronica, ecc.

pronto rilevamento e su una pronta gestione delle problematiche caratteristiche delle comunità a rischio indigenza” (nostra traduzione). Scottish Parliament Health Committee, op. cit., p. 86.

- 5. Unità locali per gli infortuni:** il potenziamento di queste unità viene ritenuto importante perché il sistema ospedaliero non è sempre in grado di rispondere in modo adeguato ai casi di emergenza oppure alle emergenze fuori orario. Viene quindi proposto che i presidi ospedalieri distrettuali garantiscano il servizio di 24 per le emergenze con personale qualificato.

- 6. Distinzione tra cura a lungo termine e casi di emergenza:** tale distinzione permetterebbe di creare due percorsi separati per due diverse tipologie di pazienti, con una conseguente riduzione dei tempi di attesa.

- 7. Centralizzazione delle cure specialistiche:** la concentrazione in pochi luoghi di strutture sanitarie specializzate porterebbe degli immediati benefici in termini di sicurezza degli interventi e di gestione del rischio connesso alla patologia. Viene ritenuto altresì indispensabile la realizzazione di un sistema di trasporto interno al territorio scozzese e deputato ad agevolare il trasferimento dei pazienti da una struttura ospedaliera ad un'altra. Tale organizzazione consentirebbe di creare dei poli ospedalieri di eccellenza, ottimamente collegati tra loro, con strutture e personale altamente specializzato e con un conseguente risparmio economico.

- 8. Servizi sanitari rurali:** *The Kerr Report* sottolinea come, paradossalmente, il sistema ospedaliero del NHSScotland sia organizzato esclusivamente secondo il principio di urbanizzazione degli stessi servizi, benché il 20% della popolazione viva in zone rurali. Perciò viene proposto che vengano potenziati gli ospedali rurali e le reti di trasporto ad essi relative, e che vengano istituite delle "Scuole di Medicina per i Servizi Sanitari Rurali" per la specifica formazione di quei professionisti sanitari che andranno ad operare in zone rurali.

- 9. Pianificazione regionale:** si ritiene necessario che i *NHS Boards* prendano le decisioni riguardanti i servizi sanitari ospedalieri sulla base delle necessità del territorio regionale. Essi sono considerati l'elemento fondamentale per la creazione e il sostegno di un sistema sanitario fondato sui principi di

integrazione e di sostenibilità dei servizi. Tuttavia *The Kerr Report* non sembra affrontare una riflessione approfondita sull'effettiva importanza del ruolo dei *NHS Boards*.

10. Community Health Partnerships (CHPs): questi organi amministrativi locali avrebbero necessità di una progettazione accurata per l'organizzazione del lavoro e delle collaborazioni tra *Primary* e *Secondary Care*, ma anche tra queste e i servizi sociali anche al di là dei confini dei rispettivi NHS Boards, così da rendere sempre più equilibrato il sistema sanitario. Al di là di questi ambiziosi obiettivi, il rapporto suggerisce ai Community Health Partnerships di orientare il proprio impegno soprattutto nei seguenti interventi: fornire assistenza domiciliare; prevenire i casi inutili di ospedalizzazione dei pazienti; individuare le modalità per incrementare la diagnosi e il trattamento *in loco*; sviluppare migliori modalità per le dimissioni e la riabilitazione del paziente.

Nel tempo è venuto a definirsi un servizio sanitario pubblico che opera su tre differenti livelli di intervento:

▪ **Primary Care – *Family and Community Health Services*:** l'espressione "Cura Primaria - Servizi Sanitari Familiari e Comunitari" indica tutti quei servizi di tipo sanitario forniti da personale specializzato, all'interno di cliniche locali o a domicilio. Le figure professionali coinvolte sono: medici di base, infermieri, dentisti, optometristi, farmacisti e altri specialisti. Questi sono considerati i *gatekeeper* che consentono l'accesso ai successivi livelli di servizi. Difatti, secondo le ultime stime circa il 90% dei pazienti del NHS sono passati per uno dei servizi di *Primary Care* prima di essere ospedalizzati;

▪ **Secondary Care – *Hospital Departments and Outpatients*:** l'espressione "Cura Secondaria - Dipartimenti Ospedalieri e per Pazienti Ambulatoriali" indica tutti quei servizi sanitari di tipo ospedaliero e non specialistici, dal trattamento dei casi di emergenza a quelli di routine che non richiedono un ricovero ospedaliero;

▪ **Tertiary Care - *Clinical Specialities that require highly specialised skills or support services***: l'espressione "Cura Terziaria - Specializzazioni cliniche che richiedono competenze altamente specializzate o particolari servizi di supporto" indica quei servizi che, a seguito dell'ospedalizzazione del paziente, offrono una competenza altamente specializzata che può essere fornita solamente in alcuni ospedali, indicati nell'elenco chiamato *Managed Clinical Network*³⁰⁹.

Come visto precedentemente, gli organi che compongono il NHS Scotland hanno la completa gestione e responsabilità di esso. Tuttavia, il sistema di servizi sanitari ha mantenuto la dizione di 'Nazionale' perché fa sempre parte del NHS of Great Britain. Ciò dovrebbe garantire di fatto a ogni cittadino britannico lo stesso tipo di trattamento su tutto il territorio nazionale, il che significa che i dipartimenti dei NHS sia inglese sia scozzese sono realmente e costantemente in contatto tra loro per promuovere uno sviluppo uniforme dei servizi sanitari e per favorire lo scambio di informazioni riguardanti sia nuove terapie sia nuovi problemi.

Viene riposta molta attenzione sugli effetti positivi che può essere garantita da una buona comunicazione tra il governo scozzese e quello inglese, difatti:

*"the Joint Ministerial Committee on Health is one of the few that has met regularly, and there are meetings of the civil service heads of departments, although these seem to be more valued by the devolved administrations than by Whitehall."*³¹⁰

³⁰⁹ *"Managed Clinical Networks (MCNs) are groups of health professionals (eg doctors, nurses and specialists) and healthcare organisations (eg local health services, social service departments and support groups) working together to provide treatment and care to patients. The members of the MCNs are permitted to co-ordinate their work with health professionals and organisations beyond their own NHS Board area"*. "Le *Managed Clinical Networks* sono gruppi di professionisti della salute (per esempio: medici, infermieri e personale specializzato) e organizzazioni per la tutela della salute (per esempio: servizi sanitari locali, dipartimenti di servizio sociale, i gruppi di supporto) che lavora insieme per fornire terapia o assistenza ai pazienti. Ai membri dei MCNs è consentito di coordinare il proprio lavoro con altri professionisti della salute e organizzazioni all'esterno dell'area del proprio NHS Board" (nostra traduzione). K. Robson, *The National Health Service in Scotland*, Scottish Parliament Information Centre (SPICe) Briefing, Edinburgh, 07/32, 13 June 2007, p. 11.

³¹⁰ "Il Comitato Ministeriale Paritetico sulla salute è uno dei pochi che si è riunito regolarmente, e ci sono inoltre incontri tra i funzionari responsabili dei dipartimenti, anche se ciò sembra avere più importanza per le amministrazioni devolute più che per Whitehall" (nostra traduzione). M. Keating, *The Government of Scotland. Public Policy Making after Devolution*, cit., p. 174.

Tuttavia, a prescindere dai frequenti contatti e dai confronti, persistono rilevanti differenze tra il NHS scozzese e quello inglese. Difatti, mentre l'Inghilterra ha sostenuto l'intervento del settore privato nei meccanismi di erogazione di prestazioni sanitarie, la Scozia ha rifiutato l'intervento del Mercato.

Steward ha puntualmente rilevato come la società e la classe politica scozzese siano sempre state convinte che la cura dei cittadini e la fornitura dei servizi sanitari fossero una responsabilità dello Stato e non del Mercato. Questa posizione nasce da un palese scetticismo sulla effettiva capacità da parte del Mercato di risolvere i problemi sociali scozzesi:

*“there has been a long-standing resistance to private-sector mechanisms and involvement in key welfare areas. [...] However, the historically rooted belief that the state, rather than the market, should be responsible for the welfare provisions and delivery is widely shared throughout Scottish society. [...] There is evident scepticism about the appropriateness, and indeed the ability, of the market to resolve the problems Scotland's social problems.”*³¹¹

Ciò ha fatto sì che il NHSScotland fosse caratterizzato da una forte enfasi posta sull'alta professionalità degli apparati pubblici, sul consenso dei cittadini, sull'uniformità della qualità dei servizi e sulla costante e reciproca integrazione dei vari strumenti di intervento³¹².

Il Rapporto Kerr pone costantemente l'attenzione sugli aspetti di collaborazione e di integrazione che dovrebbero sempre caratterizzare l'organizzazione pratica dei servizi del territorio. Il capitolo 12 del Rapporto, dal titolo *Care Based on Collaboration and Integration*, viene dedicato all'approfondimento degli aspetti più pratici che riguardano la pratica di

³¹¹ “C'è stata una lunga opposizione nei confronti dei meccanismi del settore privato e del suo coinvolgimento negli ambiti più importanti del *welfare*. [...] Tuttavia, la convinzione storicamente radicata secondo cui lo Stato, più che il Mercato, dovrebbe essere responsabile della fornitura e della diffusione dei servizi di *welfare* è largamente condivisa dalla società scozzese. [...] C'è un evidente scetticismo sull'adeguatezza e sicuramente sulla capacità del Mercato di risolvere i problemi sociali della Scozia” (nostra traduzione). J. Steward, cit., p. 143.

³¹² Cfr D. Davidson, 'Medicine', in R. Kenneth (ed.), *State of Scotland 2004*, ICS Books, Glasgow, 2003.

ridefinizione dei servizi secondo un'ottica di integrazione e collaborazione tra i servizi stessi, e tra questi e il territorio³¹³.

La collaborazione e l'integrazione vengono definiti infatti come i principi basilari dai quali l'azione governativa di ristrutturazione trae esplicitamente ispirazione, secondo l'idea per cui la coordinazione tra i servizi promuoverebbe la centralità del paziente ed avrebbe alcuni altri interessanti benefici:

*“reducing administrative benefits barriers, inducing valuable co-ordination among diverse service providers, and reducing steps, hand-offs and costs.”*³¹⁴

A questo proposito vengono indicate cinque particolari dimensioni che riguardano il percorso di integrazione dei servizi sanitari e che, se tenute in considerazione in sede di programmazione, potrebbero garantire il raggiungimento di risultati positivi:

- *dimensione amministrativa*, che riguarda il coordinamento e consolidamento delle funzioni amministrative e di pianificazione;
- *dimensione organizzativa*, che riguarda l'organizzazione di reti orizzontali e verticali, progettazioni fondate su collaborazioni e fusioni³¹⁵;

³¹³ Cfr. Scottish Parliament Health Committee, op. cit., in particolare il capitolo 12 dal titolo *Care Based on Collaboration and Integration*, pp. 209-225.

³¹⁴ “Riducendo le barriere che ostacolano la normale fruizione dei benefici amministrativi, promuovendo un coordinamento interessante tra diversi fornitori di servizi, e riducendo passaggi, deleghe e costi” (nostra traduzione). Ivi, p. 210.

³¹⁵ La creazione di reti, di per sé stessa, non porta solo benefici. Il tema della creazione di reti operative, di rapporti professionali attivi e produttivi di servizi sanitari più efficienti, viene riproposto frequentemente nel *Kerr Report*. L'idea che ne ricaviamo e che ciò venga interpretato come il modo migliore per sincronizzare o, per meglio dire, armonizzare l'operato delle strutture sanitarie, ma non solo, del territorio scozzese. Inoltre questa modalità di riorganizzazione delle risorse consentirebbe un sicuro risparmio in termini economici. Tuttavia, alcuni studiosi britannici hanno posto l'accento anche sui problemi che possono nascere in seguito alla creazione di partnership interne al sistema di erogazione dei servizi alla persona. Difatti essi, pur affermandone l'utilità e l'efficacia in alcuni casi, pongono al contempo in evidenza i limiti di questo approccio che, a volte, ha portato a risultati parziali o non uniformi in termini di erogazione e di fruibilità dei servizi. Inoltre, sembrerebbe che ciò abbia generato nuovi gruppi di potere, con nuove dinamiche nel controllo delle risorse e nei rapporti tra i soggetti che partecipano a queste reti. Una delle conseguenze possibili a questa problematicità potrebbe portare a un ritorno in auge del controllo dello Stato sui nuovi attori delle partnership o dei network, e sui servizi da loro erogati, al fine di tutelare gli interessi dei cittadini, il che potrebbe chiaramente vanificare gli sforzi finalizzati alla promozione della decentralizzazione e della concertazione degli interventi in materia socio-sanitaria. In merito segnaliamo i testi di: C. Glendinning, M. Powell, K. Rummery, op. cit.; J. Newman, op. cit.

- *dimensione finanziaria*, che riguarda la spartizione dei fondi, gli incentivi e i disincentivi legati alla qualità dei servizi offerti;
- *dimensione della fornitura dei servizi*, che riguarda quei servizi basati sul lavoro di differenti gruppi e un sistema integrato, e perciò comune a tutti, di misurazione della qualità e dei risultati raggiunti;
- *dimensione clinica*, che riguarda la condivisione della conoscenza, ma anche dei percorsi di diagnosi, dei linguaggi tecnici, delle pratiche operative e degli strumenti di rilevazione del feedback.

Queste dimensioni consentono di riconoscere i possibili pericoli legati a una politica di devoluzione e di decentralizzazione amministrativa del sistema nazionale dei servizi, quali il rischio di eccessivo localismo, di una scarsa integrazione regionale dei servizi e tutti gli ostacoli per il raggiungimento di alti standard di qualità.

La costruzione di un sistema integrato di servizi sanitari viene definendosi come un lungo percorso che implica la necessità di avere buoni strumenti per tessere relazioni tra enti, strutture e attori sociali. Questo si definisce altresì come un luogo di contrattazione, di dialogo e di concertazione, fondato sui principi di consenso e di collaborazione. Tutti questi sono obiettivi che potrebbero essere realizzati e perseguiti solo se si costruisse un percorso, un progetto a lungo termine. Difatti, l'integrazione dei servizi sanitari, e anche di quelli sociali e di entrambi tra loro, presuppone un orientamento nel tempo che rifugge dalla ricerca di soluzioni immediate. A volte accade che, come evidenziato da Harrison, nuove tensioni e nuove problematiche potrebbero nascere tra l'esigenza di una comunità a ricevere risposte rapide per un bisogno sociale emergente e una programmazione integrata che richiede molto tempo affinché i risultati positivi di questo agire siano effettivamente tangibili³¹⁶.

Il coordinamento tra servizi, tra professionisti del settore e tra questi e il territorio, nasce da quel consenso, già citato in precedenza, che prende forma

³¹⁶ Cfr. T. Harrison, *Urban Policy: Addressing Wicked Problems*, in H. Davies, S. Nutley, P. Smith, *What Works? Evidence-based Policy and Practice in Public Services*, Policy Press, Bristol, 2000.

peculiare dal contesto in cui si sviluppa e che è anche manifestazione di un *equilibrio costantemente contrattabile* tra gli attori protagonisti.

Questa costante costruzione, contrattazione e ricerca di equilibrio nasce anche dalla consapevolezza che:

*“the traditional hierarchy of primary, secondary and tertiary care fails to acknowledge the potential to do more than ever before close to or in the patient’s own home. The absence of locally integrated primary and social care inhibits the realisation of this potential and can contribute to the spectacle of hospitals under pressure, unable to admit or discharge patients fast enough to keep pace with demand.”*³¹⁷

5.2.2 Dopo *The Kerr Report*: il documento *Delivering for Health* e i principi di integrazione e collaborazione nel *National Health Services of Scotland*

La risposta delle istituzioni scozzesi agli stimoli e alle proposte emerse dal Rapporto Kerr non si è fatta attendere. *The Kerr Report* è stato pubblicato nel maggio del 2005 e già nel novembre successivo l’organo esecutivo scozzese pubblicò il testo *Delivering for Health*³¹⁸ (all’incirca “Agire per la salute”), nel quale venivano presentate quelle che possono essere considerate come le linee guida per l’implementazione dei principi fondamentali emersi dal rapporto precedente.

³¹⁷ “La gerarchia tradizionale che distingue tra cura primaria, secondaria e terziaria non è in grado di riconoscere il potenziale nascosto nella strategia di operare sempre più vicino ai pazienti, quando non addirittura nelle loro case. L’assenza di una integrazione locale tra servizi primari e sociali ostacola la realizzazione di questo potenziale e può contribuire ad incrementare la difficoltà di ospedali sotto pressione, incapaci di ricoverare o dimettere pazienti abbastanza rapidamente da tenere il passo della domanda” (nostra traduzione). K. Woods, *The Development of Integrated Health Care Models in Scotland*, in “International Journal of Integrated Care”, 3, 2001.

³¹⁸ Scottish Executive, *Delivering for Health*, The Stationery Office, Edinburgh, 2005.

Nella premessa, redatta dall'allora Ministro della Sanità Andy Kerr vengono innanzitutto presentate quelle che potrebbero essere considerate le intenzioni principali della riforma della struttura sanitaria nazionale. A partire dall'idea presente nel *Kerr Report* che vi sia la necessità di creare un NHSScotland concreto, moderno, sicuro e, soprattutto, integrato nelle comunità. Affinché questi ideali siano presto realizzati, il governo scozzese si impegna a creare un sistema di servizi sanitari che sia integrato nel territorio, ma altresì aperto verso una dimensione regionale e nazionale che sia funzionale all'implementazione di una serie di servizi specialistici che non potrebbero mai essere garantiti al livello locale.

Gli obiettivi principali sono riassunti in queste prime righe del documento in questione:

*“we need to move towards a system which emphasises a wider effort on improving health and well-being, through preventive medicine, through support for self care, and through greater targeting of resources on those at greatest risk, with a more proactive approach in the form of anticipatory care services. [...] We will deliver our plans through the continuing development of the NHS as an integrated service, so that patients experience a smooth and quick ‘journey of care’ wherever and however they may access services. The emphasis on integrating care will require multi-disciplinary team working. It will require collaboration and co-ordination between professionals and across organisational boundaries in fact, a partnership approach to all levels to achieve continual improvements in quality and value for money. It requires the NHS to deliver public health improvements by engaging with other public authorities.”*³¹⁹

³¹⁹ “Noi abbiamo bisogno di muoverci verso un sistema che enfatizzi un maggiore sforzo nella promozione della salute e del benessere, attraverso la prevenzione, attraverso il sostegno delle azioni di auto-aiuto, e con un maggiore orientamento delle risorse su coloro che si trovano in situazioni a rischio, con un approccio più concreto sotto forma di servizi preventivi. [...] Noi erogheremo i nostri servizi attraverso il continuo sviluppo del NHS inteso come un insieme di servizi integrati, così che l'esperienza dei pazienti sia un “viaggio nei servizi” rapido e privo di problemi, a prescindere dal luogo e dal modo in cui loro possano accedere ai servizi. L'enfasi per la creazione di servizi integrati necessiterà di un gruppo di lavoro multidisciplinare. Ciò richiederà

L'attenzione viene posta innanzitutto sul principale obiettivo strategico: la prevenzione delle malattie attraverso una maggiore presenza di azioni di anticipazione della cura rivolte alle "zone sociali" più a rischio. Il percorso di cura all'interno dei servizi sanitari dovrebbe essere perciò caratterizzato da una integrazione sempre maggiore dei diversi servizi e delle differenti strutture operanti nel territorio. Ciò implicherebbe una concreta ed efficace collaborazione tra tutti gli attori coinvolti, e tra questi e le istituzioni pubbliche che avrebbero perciò il compito di assisterli nel loro operato fornendo tutti quei servizi che non sono di competenza del NHSScotland ma che contribuirebbero ad innalzarne gli standard di qualità, quali per esempio servizi di trasporto, case e assistenza nei percorsi di sensibilizzazione e di educazione della cittadinanza rispetto ai problemi sanitari.

A partire da questi presupposti, vengono indicate le cinque aree di intervento su cui verteranno le politiche di ridefinizione dei servizi sanitari:

1. Promozione della salute: attraverso il divieto di fumare nei locali pubblici; la nomina di 600 "coordinatori scolastici" col compito di attuare il programma di promozione per una sana alimentazione dal nome *Hungry for Success*³²⁰ e per attuare il progetto nazionale per la distribuzione gratuita della frutta e dell'acqua nelle scuole elementari. Si rende necessario anche un impegno concreto verso promozione della salute orale dei bambini³²¹ e verso la sensibilizzazione

collaborazione e coordinamento tra differenti professioni e attraverso confini organizzativi, un approccio collaborativo a tutti i livelli per perseguire continui sviluppi anche dal punto di vista economico. Questo comporta una organizzazione del NHS che eroghi servizi migliori collaborando con altre istituzioni pubbliche" (nostra traduzione). Ivi, pp. VI-VII.

³²⁰ In Scozia il problema dell'obesità è molto grave: nel dicembre del 2005, il periodo di pubblicazione di questo documento, la BBC News condusse una ricerca che evidenziò come più di un terzo della popolazione scozzese al di sotto dei 12 anni fosse in sovrappeso, circa il 20% obeso e l'11% estremamente obeso. Fonte: <http://news.bbc.co.uk/1/hi/scotland/4520618.stm>, 27 ottobre 2007.

³²¹ Altro grave problema per la società scozzese. L'ultima ricerca nazionale del *National Dental Inspection Programme* ha rilevato che nel 2004 solo il 50,7% dei bambini sotto i 5 anni non avevano carie. Questa percentuale è assai preoccupante se si pensa che la salute dentale della popolazione adulta scozzese è considerata la peggiore di tutta la Gran Bretagna: secondo l'ultima ricerca, condotta nel 1998 (purtroppo non ne esiste una più aggiornata), il 18% degli scozzesi adulti utilizza una protesi dentale. Queste percentuali sono fornite dal Scottish Public Health Observatory e sono disponibili sul sito internet: <http://www.scotpho.org.uk/web/site/home/Healthwell->

dell'opinione pubblica nei confronti dei problemi sanitari causati dall'abuso di alcolici, questo attraverso l'attuazione del cosiddetto *Plan for Action on Alcohol*³²²,

2. Ridurre la mortalità causata da malattie mortali: le malattie cardiovascolari, gli ictus e i tumori sono le maggiori cause di decesso in Scozia e sono state perciò riconosciute come le priorità negli interventi del NHSScotland. Questo obiettivo viene perseguito attraverso il potenziamento dell'azione preventiva tramite una maggiore informazione, compito questo delle strutture sanitarie territoriali;

3. Diminuzione dei tempi delle liste di attesa: con l'accesso alle strutture di *primary care* garantito entro le prime 48 e la consulenza-visita di un medico generico entro una giornata lavorativa dal momento della richiesta. A seguito di questa politica, in un solo anno, nel 2003, i tempi di attesa diminuirono da 12 mesi a 9 mesi, per passare a soli 6 mesi nel 2005. L'obiettivo è di ridurli ulteriormente fino alle 18 settimane entro la fine del 2007. Inoltre, è stato predisposto un sito di facile consultazione che consente di avere una stima dei tempi di attesa in riferimento alla consulenza medica di cui si ha bisogno e al NHS Board di residenza³²³. Se al paziente non viene garantito l'accesso al servizio entro un termine prestabilito, questo gli verrà comunque garantito presso strutture private oppure, in casi eccezionali, anche all'estero³²⁴;

beinganddisease/oralhealth/Oral_health_data/Children_trends.asp, 27 ottobre 2007. Consapevole del fatto che per mettere in atto un programma di prevenzione e di cura delle malattie legate a una scarsa igiene orale siano necessari anche numerosi e preparati professionisti medici-dentisti, il Parlamento di Edimburgo, all'interno dei progetti di ristrutturazione del sistema sanitario nazionale, ha stabilito nell'agosto del 2007 l'apertura di una nuova *Scottish Dental School* ad Aberdeen. Cfr. Scottish Executive, *Better Health, Better Care. A Discussion Document*, The Stationery Office, Edinburgh, 2007.

³²² Tra il 2004 e il 2005 in Scozia sono stati dimessi quasi 41500 pazienti (su un totale di 1036853 pazienti) con diagnosi correlate all'abuso di sostanze alcoliche. Per ulteriori approfondimenti sulle problematiche sanitarie e sociali causate dal consumo eccessivo di alcol in Scozia, si rimanda a: National Health Services Scotland, *Alcohol Statistic Scotland 2007*, ISD Publication, Edinburgh, 2007.

³²³ Il sito gestito dal NHS Scotland è il seguente: <http://www.waiting.scot.nhs.uk/index.aspx>.

³²⁴ Ancor prima che la *devolution* divenisse realtà, lo *Scottish Office*, l'organo istituzionale dal quale ha preso forma l'attuale *Scottish Executive*, affermava quanto segue: “[We need] a National Health Service for the people of Scotland that offers them the treatment they need where they want it, and when: a modern “designed” health service putting patients first. We want a seamless health service centred on primary care, designed to ensure that patients receive care quickly and with certainty”. “[Abbiamo bisogno di] un Servizio Sanitario Nazionale per gli scozzesi che offra loro il trattamento di cui hanno bisogno dove loro lo vogliono, e quando lo vogliono: un servizio sanitario moderno che ponga al primo posto i pazienti. Noi vogliamo un servizio sanitario efficiente incentrato sulla *primary care*, disegnato per assicurare con certezza ai pazienti cure rapide” (nostra traduzione). Scottish Office, *Designed to Care: Renewing the National Health*

4. Ridefinizione dei servizi sulla base dei bisogni del paziente: attraverso l'applicazione di nuove e più efficienti strategie di lavoro, una maggiore attenzione nelle modalità di coinvolgimento del settore privato e l'uso di un sistema informatizzato per la gestione delle informazioni cliniche dei pazienti e per le comunicazioni tra strutture sanitarie;

5. Promuovere l'esperienza positiva del paziente nel sistema sanitario nazionale: il paziente dovrebbe diventare attore partecipe del suo percorso di guarigione attraverso la partecipazione ai momenti decisionali che effettivamente lo riguardano direttamente. L'attuazione di questo principio ha portato immediatamente dei risultati positivi giacché nel 2004 il 90% di un campione di 1937 pazienti che in quell'anno avevano usufruito dei servizi sanitari nazionali scozzesi si sono dichiarati "molto o abbastanza soddisfatti" del trattamento ricevuto³²⁵.

Nel disegnare il futuro modello di assistenza sanitaria, i membri dello Scottish Executive sono partiti dal modello tradizionale di cura, individuandone i punti caratteristici, gli ambiti di intervento che ne avevano, fino ad allora, caratterizzato l'operatività nel bene e nel male. Ad essi hanno affiancato una serie di ambiti da sviluppare o da creare *ex novo* in seno al sistema di servizi.

Di seguito riportiamo la tabella che è stata creata e che è venuta a definirsi a seguito di questa analisi:

Service in Scotland, Stationery Office, Edinburgh, 1997, sezione 1, paragrafo 1. Fonte: <http://www.scotland.gov.uk/library/documents/1/care-00.htm>.

³²⁵ Cfr. Scottish Executive, *Delivering for Health*, op. cit., in particolare p. 9.

Tabella 4: Il modello tradizionale e quello elaborato a seguito delle proposte del *Kerr Report*

MODELLO ATTUALE	MODELLO IN EVOLUZIONE
Orientato verso le situazioni acute	Orientato verso la cura a lungo termine
Ospedalizzazione	Cure offerte nella comunità
Dipendenza da un unico medico	Equipe medica
Cura medica episodica	Cura medica continua
Servizi non integrati	Servizi integrati
Cure a seguito di patologie	Medicina preventiva
Paziente come destinatario passivo	Paziente come partner
Auto-aiuto raro e non promosso	Auto-aiuto incoraggiato e sostenuto
Assistenza informale sottovalutata	Assistenza informale come partner
Bassi livelli di informatizzazione	Alta informatizzazione

Per fare ciò sarà necessario attuare alcuni cambiamenti importanti, molti dei quali sono già stati proposti all'interno del già citato *The Kerr Report*, che qui prendono una forma più sostanziale, più sbilanciata verso l'attuazione, frutto di quei principi ispiratori.

Innanzitutto si rende necessario rafforzare e rendere più autonomi e autorevoli i servizi sanitari presenti nelle comunità, attraverso anche un'azione di diffusione di questi e di sensibilizzazione della cittadinanza verso i principi della prevenzione sanitaria. Aumentare l'offerta dei servizi fruibili nel territorio significa dare maggiore importanza alle *Community Health Partnerships* (CHPs), di cui abbiamo parlato precedentemente, che potrebbero diventare da una parte autorevoli referenti delle istituzioni, e dall'altra portavoce riconosciuto delle istanze, delle problematiche e dei bisogni della comunità che hanno in cura.

L'assunzione di questo doppio ruolo, e delle responsabilità che ne derivano, consentirebbe ai *Community Health Partnerships* di intervenire rapidamente nello sviluppo, nel potenziamento o nella creazione di quei servizi derivanti dalle necessità territoriali e comunitarie di un determinato contesto sociale.

Il NHSScotland avrebbe conseguentemente il compito di fornire ai *Community Health Partnerships* tutti i mezzi di cui hanno necessità, sia economici che strutturali, al fine di agevolare il percorso di integrazione dei servizi socio-sanitari nel territorio. Questo sostegno garantirebbe una costante

circolarità alla spinta innovatrice e rinnovatrice che caratterizza gli attuali interventi in ambito socio-sanitario.

L'azione riformista delle istituzioni nazionali, anche in contesti caratterizzati da *devolution*, in genere si limita a indicare le regole e i percorsi che le istituzioni locali dovrebbero seguire per raggiungere gli obiettivi prefissati a un livello decisionale superiore. In questi casi non sembrerebbe esserci uno scambio ma il rapporto sembrerebbe essere di tipo direttivo, caratterizzato cioè da quella direttività che non bada alla sostenibilità sociale degli interventi proposti, oppure imposti, ma che mira solo al raggiungimento di obiettivi in termini economicamente sostenibili.

Nel caso in essere, invece, è possibile parlare di *circolarità della spinta innovatrice e rinnovatrice* per due motivi sostanziali che rientrano nella mera gestione finanziaria di questi programmi di cambiamento.

Il primo motivo riguarda una più efficiente ed economica amministrazione e utilizzo dei fondi destinati ai Community Health Partnerships per l'attivazione di strutture o programmi di intervento nelle comunità che tutelano. Le spese verrebbero orientate al soddisfacimento dei bisogni che ogni contesto sociale fa emergere spontaneamente. Certo la capacità di lettura del territorio è una disciplina alla quale bisogna essere addestrati e che necessita di costante esercizio. Tuttavia i gruppi multidisciplinari che costituiscono i Community Health Partnerships hanno al proprio interno le figure professionali adatte a far fronte a questo compito. La professionalità di queste figure viene costantemente sostenuta nella propria formazione dal NHS, fattore questo che potrebbe rivelarsi come un ulteriore stimolo al raggiungimento di livelli di efficienza sempre più alti.

In secondo luogo, una attivazione di dinamiche di risposta ai bisogni sanitari del territorio, attraverso la possibilità di gestire *in loco* alcune patologie e al contempo l'attuazione di una costante azione di prevenzione di alcune altre, alleggerirebbe la pressione sulle strutture ospedaliere, come già detto precedentemente. Ciò comporterebbe una diminuzione dei casi di ricovero ospedaliero e una conseguente diminuzione della spesa sanitaria nazionale per la gestione di patologie che effettivamente possono essere curate in modi alternativi a quelli ospedalieri. Inoltre, come visto prima, aumenta anche l'indice di

soddisfacimento dei pazienti e il NHS potrebbe trarre nuovi stimoli e maggiore sicurezza nel percorrere la strada dell'innovazione.

5.2.3 Verso la definizione del sistema dei servizi socio-sanitari integrati in Scozia

Il percorso che porta all'integrazione dei servizi socio-sanitari viene chiaramente riconosciuta come una modalità di rinnovamento che dovrebbe garantire una più alta qualità dei servizi stessi attraverso la costruzione di una prassi lavorativa che favorisca il lavoro di squadra tra professionalità differenti e che stimoli alla cooperazione i differenti attori sociali investiti del compito di erogare i servizi (siano essi soggetti privati oppure istituzionali).

La situazione iniziale, sulla quale la progettazione di servizi integrati è intervenuta, presentava uno scenario caratterizzato da grandi squilibri relativi, innanzitutto, all'ambito dell'organizzazione e di erogazione dei servizi pubblici e, successivamente, alle conseguenti aspettative di salute della popolazione.

Per creare un sistema di servizi che sia realmente vicino alla popolazione, questo dovrebbe innanzitutto garantire il proprio carattere democratico, inteso come una concreta capacità di raggiungere tutta la popolazione, ed essere a sua volta raggiungibile da questa in tutte le aree del territorio nazionale.

Come già accennato precedentemente, se si tiene conto del fatto che oltre il 20% della popolazione scozzese, che in totale ammonta a circa cinque milioni di persone, abita in zone rurali, la realtà di un sistema ospedaliero concentrato unicamente nelle aree urbane appare quantomeno paradossale. Questa distribuzione della popolazione caratterizza il territorio come un'area di intervento in cui le disuguaglianze si manifestano in modo eclatante e per cui il NHSScotland ha ideato una nuova tipologia di struttura e di servizi che andranno ad intervenire direttamente nelle zone rurali: *The Rural Health Services*. Queste strutture, composte prevalentemente da un farmacista e un medico generico,

avranno il compito di far fronte principalmente alle problematiche legate alle seguenti specializzazioni: ortopedia, dermatologia e otorinolaringoiatria.

Una nuova cultura della collaborazione che, sin dal momento ideativo delle politiche sociali, possa intervenire in quel processo di concertazione decisionale per la definizione della localizzazione sul territorio delle strutture dei servizi stessi, senz'altro gioverebbe alla nascita di servizi meno autoreferenziali, ovvero fini a sé stessi, e maggiormente inseriti nel contesto sociale e operativo, fornendo così risposte puntuali a bisogni emergenti:

“where local services providers have come to agree that there is a gap in provisions this can provide the motivation for change and help to prioritise needs rather than the interest of agencies themselves.”³²⁶

Si viene così a definire progressivamente una modalità di progettazione che decentralizza il momento decisionale rispetto alle istituzioni e che decentralizza anche l'implementazione dei servizi, rendendoli concretamente più inseriti nelle problematiche del territorio.

Nel documento pubblicato dallo Scottish Executive dal titolo *Delivering for Health*, più volte citato precedentemente, vengono indicati gli ambiti e le modalità secondo cui elaborare gli interventi per promuovere la prevenzione e combattere la disuguaglianza che caratterizza le aspettative di salute di vita nelle diverse aree della Scozia. Le azioni indicate sono:

“targeting health improvement action and resources at the most disadvantaged areas; building capacity in primary care to deliver proactive, preventative care; providing early interventions to prevent escalation of health care needs.”³²⁷

³²⁶ “Ovunque coloro che erogano servizi concordano nel sostenere che esiste una disuguaglianza nella stessa erogazione, ciò può stimolare al cambiamento e può aiutare a rendere prioritari i bisogni, piuttosto che l'interesse delle stesse agenzie” (nostra traduzione). A. Steward, A. Petch, L. Curtice, *Moving Towards Integrated Working in Health and Social Care in Scotland: from Maze to Matrix*, in “Journal of Interprofessional Care”, 4, 2003, p. 347.

³²⁷ “Orientare le azioni e le risorse per la promozione della salute verso le aree maggiormente svantaggiate; promuovere la capacità del *primary care* di fornire assistenza preventive e concreta;

Due chiari esempi di come queste indicazioni sono state seguite ed attuate in Scozia sono il caso di *The Edinburgh Mental Health Partnership* e quello di *The Howard Doris Center* a Lochcarron.

Nel primo caso abbiamo l'esperienza di una associazione di volontariato che opera nel settore dell'aiuto alle persone diversamente abili secondo una politica di pratica alla collaborazione tra i volontari e tra questi e le altre associazioni. Il NHSScotland ha potuto ottenere il massimo dei risultati dalla collaborazione con questa associazione dal momento in cui *The Edinburgh Mental Health Partnership* è stato coinvolto nei processi decisionali e si è perciò sentito parte integrante di una azione di cura e di tutela di portata nazionale.

Nel secondo caso, *The Howard Doris Center* di Lochcarron è una struttura per anziani che offre delle abitazioni e un centro di assistenza sia notturno sia diurno. Questo centro offre perciò a coloro che si rivolgono ad esso la possibilità di ricevere cure ed assistenza nella propria comunità, senza dover subire anche il trauma di un trasferimento coatto in un ambiente estraneo. *The Howard Doris Center* è nato da una diretta iniziativa della comunità, che ha identificato una precisa problematica sociale a cui è stata successivamente data questo tipo di risposta in collaborazione, e in accordo, con gli altri attori, più o meno istituzionali³²⁸.

Queste esperienze di buone prassi di integrazione dei servizi sanitari in Scozia riflettono gli orientamenti della più recente pubblicazione dello Scottish Executive.

Nel documento dal titolo *Better Health, Better Care. A Discussion Document*³²⁹, pubblicato nel marzo del 2007, vengono esposti alcuni dei passaggi fondamentali riguardanti gli orientamenti attuali dell'attuazione della riforma del NHSScotland. Questo documento sembrerebbe essere sostanzialmente un momento di riflessione, di 'discussione' come dice il titolo, col quale lo *Scottish Executive* intende comunicare a tutta la cittadinanza, e discutere con essa, sulla

fornire interventi rapidi per prevenire l'incremento dei bisogni legati all'assistenza sanitaria" (nostra traduzione). Scottish Executive, *Delivering for Health*, op. cit., p. 25.

³²⁸ Cfr. A. Steward, A. Petch, L. Curtice, cit., p. 347.

³²⁹ Cfr. Scottish Executive, *Better Health, Better Care*, op. cit.

natura degli interventi che verranno attuati e come questi interventi potrebbero essere rimodellati in seguito a questo confronto. *The Scottish Executive* indica quindi alcune specifiche azioni di intervento:

1. Promuovere una positiva esperienza dei pazienti nel sistema di cura alla persona: ciò significa che i diritti del paziente verranno definiti e garantiti, e che ogni persona verrà coinvolta nelle decisioni che verranno prese riguardo il proprio percorso di cura attraverso una costante decentralizzazione nell'erogazione dei servizi di cura. Questo percorso presuppone che sia costantemente accompagnato dallo sviluppo di un coordinamento nella rete di servizi nazionali così che venga garantita un'ampia gamma di servizi su tutto il territorio nazionale, raggiungibili anche attraverso la predisposizione di una organizzazione per il trasporto gratuito dei pazienti verso i centri di cura più distanti dalla loro comunità, gestito dal NHSScotland e dal Ministero dei Trasporti Pubblici Scozzese (*Minister for Transport*). L'impegno si estende anche all'ampliamento dei servizi offerti dalle strutture di *Primary Care* e dai *Community Hospital*³³⁰, al fine da incrementare le potenzialità delle infrastrutture comunitarie nel fornire risposte adeguate e concepite con le necessità vere del territorio di riferimento attraverso una notevole integrazione con i servizi sociali.

2. Maggiore attenzione nell'uso dei fondi stanziati: significa che la popolazione sarà assicurata sul fatto che i loro soldi, ovverosia i fondi stanziati dal governo e derivanti sostanzialmente dal prelievo fiscale, vengano utilizzati nel miglior modo possibili e per destinare costantemente nuove risorse ai servizi di prossimità, attraverso l'aumento della produttività, degli standard ed eliminando le spese inutili. Si renderà quindi indispensabile il coinvolgimento del volontariato e degli attori dell'economia sociale, e di tutti quei professionisti, delle istituzioni, del

³³⁰ Con l'espressione "*Community Hospital*" vengono comunemente indicate quelle strutture ospedaliere, nate in Gran Bretagna negli anni '20 e poi diffuse nel resto dell'Europa, che si pongono come strutture intermedie tra gli ospedali tradizionali e i servizi territoriali. I *community hospital* attualmente presenti in Gran Bretagna sono circa 500 con un'offerta di circa 18.500 posti letto, pari a circa il 3% dei posti letto totali. In Italia tali strutture vengono indicate con l'espressione "Ospedali di Comunità". Fonte: www.dh.gov.uk, 25 agosto 2008.

privato profit e di quello sociale, che potranno contribuire col loro operato al raggiungimento di alti standard nelle prestazioni erogate.

3. Assunzione di responsabilità³³¹: garantire un progressivo incremento del sentimento di responsabilità della popolazione nei confronti della propria salute e del proprio benessere attraverso attività di prevenzione e sensibilizzazione promosse dal NHSScotland: “*we therefore need to create environments in which good health can flourish and encourage and support people to take more responsibility for their health and wellbeing through healthy weight management, stopping smoking and more sensible drinking*”³³². Queste sono le azioni su cui si dibatterà col pubblico: nuovi impegni contro il fumo, l’abuso di alcol, l’obesità e l’HIV, per esempio servizi terapeutici o di sostegno psicologico; più pasti gratuiti nelle scuole; nuove scuole di formazione per i dentisti; impegno nei percorsi di rioccupazione dei disoccupati e nel garantire posti di lavoro più sani.

4. Combattere le disuguaglianze di *chance* di salute: questo principio viene posto nel cuore del programma operativo, insieme a un maggiore orientamento delle risorse nei servizi che sono più prossimi alle comunità e alle persone svantaggiate e ad una maggiore attenzione nell’identificazione di quei bisogni sanitari più diffusi nella società. Gli argomenti del dibattito pubblico riguarderanno: implementare una maggiore collaborazione tra agenti pubblici, privati e del volontariato; prestare attenzione agli esempi di buone prassi che

³³¹ Per quanto riguarda il termine ‘responsabilità’ nello specifico significato che ha assunto in questi ultimi anni all’interno dello scenario di mutamento delle politiche sociali, citiamo una interessante riflessione fatta da Bode. Secondo lo studioso le più recenti dinamiche di mutamento del *welfare State* sono state caratterizzate da un marcato sbilanciamento dei principi di protezione verso una dimensione sempre più personale, a volte anche individualistica. Ovverosia, mentre nel XX secolo i servizi di *welfare State* vedevano lo Stato responsabile dell’erogazione dei servizi stessi, ovviamente in quei contesti in cui il Mercato non agiva, ora, con l’affermazione del *welfare Mix*, il principio di ‘responsabilità’ si è venuto progressivamente a definire in termini di *individual initiative*, cioè l’iniziativa privata viene promossa e supervisionata dallo Stato che si fa quindi garante del principio di equità e giustizia sociale. I. Bode, *The Culture of Welfare Markets in International Perspective*, relazione presentata all’interno del ciclo di lezioni seminariali organizzate da *The School of Social and Political Studies*, University of Edinburgh, Edinburgh, venerdì 12 ottobre 2007.

³³² “Perciò abbiamo bisogno di creare un ambiente in cui la buona salute possa prosperare e incoraggiare e aiutare le persone ad assumere maggiore responsabilità riguardo la propria stessa salute e il proprio benessere attraverso uno stile di vita più sano, smettendo di fumare e bevendo con maggiore moderazione” (nostra traduzione). Scottish Executive, *Better Health, Better Care*, op.cit., p. 9.

nascono nelle comunità per imparare da questi e attivare nuovi servizi; sviluppare un senso critico positivo e propositivo per riconoscere i sintomi e le cause della disuguaglianza.

5. Prevenzione e cura delle patologie “a lungo termine”: incrementare i servizi di diagnosi preventiva di alcune patologie, soprattutto per le persone più anziane; sostegno alle famiglie e a chi ha in carico l’assistenza dei malati; piani di assistenza personalizzati per chi ha patologie “a lungo termine” e assistenza informativa e strutturale per i familiari che si occupano della loro cura attraverso il diretto coinvolgimento di questi e degli altri attori dei servizi socio-sanitari; lavoro e supervisione a stretto contatto con il settore del volontariato per far sì che la sua azione sia effettivamente utile, integrata e necessaria per il territorio; abolizione del ticket per usufruire dei servizi medici; interventi nelle scuole attraverso la diffusione capillare dei servizi infermieristici scolastici.

6. Il miglior inizio possibile: questo punto è rivolto in particolare ai genitori ed è volto a garantire una adeguata assistenza durante i primi anni di vita dei loro figli anche nelle aree rurali e in quelle più problematiche. Qualsiasi tipo di intervento durante i primi anni di vita di un bambino viene visto dal NHSScotland come un vero e proprio investimento a lungo termine e soprattutto altamente proficuo perché, educando alla salute, questi futuri cittadini avranno un minor bisogno di assistenza medica, con un conseguente risparmio economico per lo Stato. In questa prospettiva saranno argomenti di dibattito pubblico gli ulteriori interventi con i quali sarà possibile combattere l’uso di alcol, di droghe e di tabacco da parte delle donne in gravidanza; la tutela dei minori da forme di abuso domestico e la garanzia di un sostegno concreto ai genitori durante il primo periodo della vita del neonato.

7. Continuo sviluppo della tutela della salute: l’obiettivo fondamentale del NHSScotland è quello di aumentare costantemente il livello delle prestazioni attraverso la diffusione di una cultura della qualità dei servizi. Per questo motivo vengono indicate anche sei dimensioni relative al concetto di qualità: sicurezza,

efficacia, centralità del paziente, linea temporale, efficienza, equità³³³. Col pubblico si discuterà sulla riduzione dei tempi di attesa fino a un limite non superiore alle 18 settimane; sui continui investimenti nella formazione professionale degli operatori; sulla definizione dei servizi in base ai risultati scientifici più recenti.

5.3 Un esempio parallelo: il caso dei servizi di *intermediate care* in Inghilterra

Il NHS of England ha elaborato in questi ultimi anni un particolare approccio nella elaborazione dei servizi socio-sanitari integrati definita *intermediate care network*. Questa rete di servizi denominati intermedi garantisce un immediato accesso ai servizi oppure un rapido intervento del personale socio-sanitario, attraverso l'ideazione di percorsi di guarigione molto brevi, la prevenzione di inutili percorsi di ospedalizzazione e la promozione dell'autosufficienza dei pazienti.

All'interno del *intermediate care network* sono presenti, e collaborano tra loro, differenti tipologie di servizi che, insieme, contribuiscono alla pianificazione e all'erogazione dei servizi in rete. Difatti:

*“the development of intermediate care was explicitly intended to dissolve the boundaries between health and social care services. It was also expected that it would involve private and voluntary organizations, so that a range of different services would be available to help to manage crises, some based on people’s own homes and others in non-acute hospital residential settings.”*³³⁴

³³³ Nel testo originale: “*The six dimensions of quality: safety, effectiveness, patient-centeredness, timeliness, efficiency, equity*”. Ivi, p. 17.

³³⁴ “Lo sviluppo della cura intermedia è stato chiaramente creato per dissolvere le barriere tra i servizi sanitari e quelli sociali. L'obiettivo era anche quello di coinvolgere le organizzazioni

L'articolo da cui è stata tratta la precedente citazione è il frutto di un lavoro di ricerca condotta dagli autori su un campione di 258 servizi e 153 persone che ne hanno usufruito nell'arco di un anno tra il novembre 2002 e il dicembre 2003. L'obiettivo di ricerca intende mettere in luce le modalità di implementazione degli *intermediate care network* e i risultati raggiunti da questa nuova tipologia di integrazione della programmazione e della definizione pratica dei servizi attraverso quella che viene definita in Gran Bretagna *Joined-up Government*, espressione ormai entrata ufficialmente nel vocabolario dei termini tecnici utilizzati dal NHS.

La *Joined-up Government* indica un intervento che cerca di risolvere prevalentemente le problematiche a lungo termine con la creazione di nuovi approcci alla pratica dei principi di *governance* e di fornitura di servizi, attraverso quella che gli studiosi definiscono *operational relationships between services*.

Al di là degli obiettivi precedentemente esposti, gli esempi di *Joined-up Government* non indicano mai in alcun modo quali siano i percorsi da seguire per raggiungere i risultati ambiti. Ciò perché questa esperienza non è nata dall'applicazione di un protocollo o di un progetto operativo standard e applicabile a tutti i contesti, ma si è definita nel tempo e nella pratica come un fenomeno a sé che si viene a definire in modo peculiare in virtù delle caratteristiche relative ai rapporti operativi dei servizi coinvolti.

Il lavoro sul campo e la propensione al confronto e alla contrattazione tra attori si manifesta come una propensione generale che condiziona l'implementazione delle politiche operative dei servizi, definite dagli attori con gli attori stessi. Ne derivano perciò strutture integrate di servizi socio-sanitari con una forte radicalizzazione nel contesto operativo e con una preminente propensione a considerare la persona come elemento centrale sia dell'intervento sia dell'ideazione di questo.

private e di volontariato così che fossero disponibili un insieme di differenti servizi per aiutare a gestire le situazioni di bisogno, alcuni nelle abitazioni delle stesse persone e altre in strutture residenziali ospedaliere per patologie non gravi o che necessitano di degenza a lungo termine” (la traduzione dello scrivente). J. Moore, R.M. West, J. Keen, M. Godfrey, J. Townsend, *Network and Governance: the Case of the Intermediate Care*, in “Health and Social Care in the Community”, 2, 2007, pp. 156.

Questa ricerca ha fatto emergere una consistente tendenza, a volta nascosta, da parte dei pazienti meno autosufficienti a scegliere una terapia o un servizio nel proprio domicilio, a differenza delle persone più autosufficienti che tenderebbero invece a usufruire e scegliere servizi di tipo ospedaliero.

Per concludere: prospettive comparative per l'integrazione del *welfare territoriale*

Principi di integrazione delle professioni socio-sanitarie

In generale si è teso finora a parlare dell'integrazione socio-sanitaria prevalentemente in termini di integrazione di servizi, ovverosia da un punto di vista meramente pratico.

Tuttavia, non sarebbe corretto prescindere da una breve riflessione sugli aspetti che riguardano i professionisti che operano in quelle strutture coinvolte in questo progetto di nuovo coordinamento degli interventi sociali.

Innanzitutto occorre cercare una risposta a questa domanda: perchè le figure professionali che operano nell'ambito sociale, sanitario e socio-sanitario solo raramente hanno collaborato secondo i principi precedentemente presentati prima che vi fosse un chiaro e diretto intervento istituzionale in tal senso?

I rari esempi di reale e produttiva collaborazione tra gli operatori, azioni queste che hanno preceduto le leggi disciplinanti ora questo tipo di orientamento, hanno visto la luce grazie alla volontà delle singole persone che hanno riconosciuto anzitempo le potenzialità insite in un impegno professionale concertato.

Per cercare una risposta a questo quesito potrebbe forse essere utile una interessante osservazione frutto di una ricerca condotta da un gruppo di ricercatori dell'Università di Glasgow, secondo cui:

“the need to promote integrated working is a product of a fragmented professional structure which has tended to encourage the development

*of coherent internal identities but has been less certain to the merits of cross boundary activity across different professional groupings.”*³³⁵

La necessità istituzionale di promuovere l'integrazione dei servizi socio-sanitari sarebbe frutto quindi di una precedente eccessiva radicalizzazione delle identità professionali che avrebbe conseguentemente determinato un certo isolamento tra i ruoli professionali. Per esempio, l'eccessiva medicalizzazione di alcune tipologie di interventi ha determinato l'esclusione dei percorsi di valorizzazione e di cura rivolti alla sfera sociale e interiore delle persone.

Il compito della riforma attuata in Italia e, nel nostro caso specifico, in Sardegna sembrerebbe divenire allora più arduo del previsto. Costruire dei ponti tra identità che fino ad ora hanno comunicato di rado, ed altrettanto raramente hanno collaborato tra loro, non può risolversi nella ennesima manifestazione di una volontà istituzionale che impone una nuova norma di comportamento tra agenzie e agenti sia istituzionali sia del privato sociale. Burocratizzare questi rapporti, farli nascere già cristallizzati in origine, non ci pare essere una attendibile garanzia di efficacia.

In queste circostanze, si rende necessario intervenire a un livello più profondo. Si rende necessario cioè intervenire all'interno delle trame dinamiche del tessuto sociale della reale vita quotidiana delle istituzioni e di coloro che in esse operano. Si rende necessario, cioè, promuovere una nuova propensione all'apertura, al confronto, all'attenzione e al dialogo verso un obiettivo professionale che consiste nel garantire i migliori servizi possibili alla comunità, in risposta alle reali e più immediate esigenze, al fine di garantire uguali livelli di benessere a tutti. Questi principi potrebbero fondare i presupposti per la nascita di nuovi soggetti garanti di un orientamento propositivo che mira al perseguimento di una nuova forma di benessere derivante sia dall'integrazione dei servizi e dei soggetti preposti ad offrirli e garantirli, sia dall'integrazione di questi con i soggetti collettivi e le persone che abitano e vivono il territorio.

³³⁵ “Il bisogno di promuovere interventi integrati è un prodotto della struttura professionale frammentata, maggiormente orientata a incoraggiare lo sviluppo di identità interne coerenti piuttosto che a valorizzare i meriti derivanti dalle attività che attraversano i confini professionali di differenti gruppi professionali” (nostra traduzione). A. Steward, A. Petch, L. Curtice, cit., p. 336.

L'innovazione del sistema dei servizi socio-sanitari scozzesi, il nostro oggetto di osservazione comparata, nascono difatti da una esigenza di cambiamento stimolata dal confronto con la società e con i suoi continui mutamenti.

Una nuova opportunità per creare delle politiche sociali contestualizzate e collaborative potrebbe rivelarsi una opportunità anche per creare nuove forme di sviluppo contestualizzato e collaborativo, attraverso percorsi originali, perché nascono da crocevia di esperienze prima estranee, anche col rischio di sbagliare, perché nell'affrontare nuove esperienze si corre il rischio di commettere degli errori:

*“an insular organisation is hostile to ideas from outside and does not feel the pressure to change. [...] The culture of an organisation primed for collaboration will be open, ready to learn and to allow risk and failure.”*³³⁶

L'esperienza dei *Plus* in Sardegna, con le proprie innovazioni e le proprie criticità, ha messo in risalto le potenzialità che risiedono nella propria natura insulare e nella capacità di imparare dai propri errori nel percorso sperimentale di implementazione di una nuova ed innovativa modalità di creare integrazione tra servizi, tra istituzioni, tra territori e tra soggetti sociali.

La Sardegna è di fatto un'isola, ma la propria peculiarità risiede nella complessità del proprio ambito territoriale, composto da innumerevoli isole socioculturali che creano nuovi confini che la diffusione della pratica integrazionista nei servizi alla persona deve superare secondo differenti strategie ed alleanze³³⁷.

³³⁶ “Una organizzazione a carattere insulare è ostile alle idee provenienti dall'esterno e non percepisce lo stimolo al cambiamento. [...] La cultura di una organizzazione predisposta alla collaborazione sarà aperta, pronta ad imparare e ad accettare rischi e fallimenti” (nostra traduzione). *Ivi*, p. 347.

³³⁷ Alberto Merler approfondisce l'analisi del significato del termine 'isola', andando oltre i confini della definizione puramente fisica di *terra circondata dal mare*. Egli parla dell'isola come metafora socio-culturale di “una realtà che non riesce mai a passare inosservata, in virtù del fatto che essa si definisce esattamente in rapporto a tutto quanto le sta intorno: essa si caratterizza in modo diverso rispetto a ciò che la circonda, stabilendone in qualche modo un nesso di continuità che la differenzia e la connota-denota, ma senza escluderla totalmente. [...] Un'isola viene

La Regione Sardegna è voluta intervenire nell'attuazione dei percorsi istituzionali di integrazione territoriale dei servizi alla persona valorizzando le peculiarità sociodemografiche delle isole socioculturali sarde, mirando così alla costruzione di ambiti di confronto e di collaborazione tra differenti soggetti per la diffusione delle nuove pratiche.

L'assistenza tecnica istituzionale per il sostegno dei Plus

La *devolution* scozzese in ambito sanitario ha dimostrato come sia possibile creare nuove politiche sociali attraverso il confronto, la sperimentazione e lo scambio di differenti esperienze territoriali sviluppatasi all'interno dello stesso contesto nazionale.

La Gran Bretagna, in cui i quattro macro-territori che la compongono hanno il compito di creare ed amministrare in quasi totale autonomia le politiche sanitarie, ci offre uno scenario interessante in cui diverse identità, diverse isole socioculturali, hanno la possibilità di promuovere una vera e genuina *competizione politica* che tende al confronto e all'innovazione:

“[in British devolution] there is policy competition [...]. In this case, the four countries make policy for themselves in a way to demonstrate their credentials in innovation and imagination. Such initiatives make the news and are taken up by interest groups in the other jurisdictions and the effect is a diffusion of innovation and perhaps a reconvergence around the new practice. This type of convergence might be considered one of greatest contribution of devolution, in encouraging experimentation and learning from best practice”.³³⁸

costituita da una società che - per motivi etnici o culturali , o di diversa attività economica prevalentemente svolta, o linguistici, o religiosi etc. - si differenzia rispetto agli altri modi di essere società dell'altra gente che vive tutti intorno”, non isolandosi ma traendo ulteriori elementi di identificazione da un costante rapporto-confronto con l'esterno. A. Merler, *Le isole nei percorsi di autonomia e di autogoverno*, cit., p. 33. Si rimanda inoltre a: A. Fadda, *Isole allo specchio. Sardegna e Corsica tra identità, tradizione e innovazione*, Carocci, Roma, 2002.

³³⁸ “[Nella *devolution* britannica] c'è competizione politica. [...], le quattro regioni gestiscono la loro politica in modo indipendente in modo da affermare la propria competenza in termini di

In questa circostanza il termine ‘competizione’ non viene utilizzato secondo una accezione negativa ma col significato latino “tendere assieme, ambire assieme”, dall’espressione “*cum petere*”³³⁹. Secondo quanto emerso precedentemente dalle parole di Keating, la *devolution*, intesa come percorso di decentramento amministrativo, reca in sé anche una forte tensione verso i principi di convergenza e non verso politiche di allontanamento o di contrapposizione.

Allo stesso tempo e modo, il percorso italiano di decentramento delle competenze relative ai servizi alla persona sembrerebbe generare una tendenza generale alla convergenza. Attraverso la promozione dei principi di condivisione delle buone prassi, viene cioè riaffermato il principio già espresso precedentemente secondo cui si potrà creare una politica efficiente ed efficace anche dalla propensione al rischio, dall’attitudine alla riflessione orientata a far emergere gli aspetti più positivi e propositivi presenti anche, e in alcune circostanze soprattutto, nelle esperienze negative o fallimentari.

Il territorio in cui si implementa la decentralizzazione dei servizi non è composto da *isole amministrative isolate*, ma da isole che creano nuovi legami con l’arcipelago di istituzioni territoriali di cui fanno parte. La Sardegna appare quindi non più come un’isola composta, al proprio interno, da innumerevoli “isole isolate”, ma piuttosto come un’isola caratterizzata da un’identità che Alberto Merler definisce come ‘io composito’³⁴⁰. Questa è una compositezza sociale e culturale che condivide con gli altri attori che partecipano alla creazione di *nuovi territori di integrazione dei servizi*, una nuova *agorà* in cui definire e praticare il carattere più positivo della competizione e della cooperazione politica e sociale per la promozione della partecipazione attiva delle comunità.

innovazione e creatività. Iniziative di questo genere creano le novità e sono riprese dai gruppi di interesse in altre giurisdizioni con l’effetto di diffondere percorsi di innovazione e forse una convergenza verso le nuove pratiche. Questo tipo di convergenza potrebbe essere considerato uno dei più importanti contributi della *devolution*, perché promuove la sperimentazione e la propensione ad imparare dalle esperienze migliori” (nostra traduzione). M. Keating, *Devolution and Public Policy in the United Kingdom: Divergence or Convergence?*, cit., p. 72.

³³⁹ Voce ‘peto’, L. Castiglioni, S. Mariotti, *Il vocabolario della lingua latina*, Loescher Editore, Milano, 1990, p. 839.

³⁴⁰ Secondo Alberto Merler l’*io composito* consiste in un’identità “in grado di ospitare più contributi, più visioni capaci di convivere (magari in modi anche conflittuali), in base ad una mediazione che talora può presentarsi più come il frutto di un equilibrio personale; talaltra più come il risultato di una elaborazione di gruppo o di comunità”. A. Merler, *Le isole nei percorsi di autonomia e di autogoverno*, cit., p. 25.

In merito a ciò, Geog Simmel afferma che le società basate sulla cooperazione e quelle fondate sulla competizione non differiscono l'una dall'altra se non per il modo in cui il fine è raggiunto. Anche se Simmel utilizza il termine 'concorrere' anziché 'competere' noi consideriamo i due termini secondo la loro accezione positiva e perciò sinonimi perché entrambi descrivono l'azione di due attori che impiegano i propri sforzi parallelamente e contemporaneamente per raggiungere il medesimo fine. L'eliminazione diretta dell'avversario, del diretto concorrente, non viene vista né come un vantaggio né tantomeno come il fine in sé.

Così i due attori concorrenti alla costruzione delle politiche sociali territoriali rivolgono il proprio interesse al destinatario dei risultati della competizione. Questi, cioè, si interesseranno al terzo soggetto della competizione impegnandosi a conoscerne le fragilità, le potenzialità, i bisogni, per costruire nuovi legami e nuove alleanze e integrazioni tra servizi che produrranno potenziali vantaggi per le persone e per il territorio perché "la concorrenza della società è *concorrenza per l'uomo*"³⁴¹. La competizione diviene, in questo caso, una unione tra attori per la promozione di nuove politiche e che può diventare una norma di vita se è legittimata e accettata da tutti. Ciò significa che una società potrebbe ambire a raggiungere un determinato risultato promuovendo una competizione "positiva", che consenta la partecipazione di più attori sociali all'interno di un medesimo contesto al fine di migliorarne l'efficienza e la produttività e l'efficacia.

Il panorama venutosi a definire in Sardegna durante questi primi anni di sperimentazione delle attività di realizzazione dei *Plus* ha rivelato un contesto in cui la realizzazione pratica del principio di integrazione e di "competizione positiva" tra differenti soggetti sociali e tra questi e le istituzioni, ha mostrato alcune caratteristiche particolari.

Innanzitutto, emerge subito una differenza territoriale sostanziale poiché nelle otto Province sarde è possibile osservare profonde differenze nell'implementazione dei *Plus*. Queste differenze, che variano da esperienze esemplari a fenomeni di totale inadempimento delle linee guida regionali, sono

³⁴¹ G. Simmel, *Sociologia*, cit., p. 247.

legate alle caratteristiche del contesto politico locale in cui le dinamiche attuative dei percorsi di integrazione dei servizi alle persona vengono posti in essere.

In alcuni casi si è assistito a un vero e proprio scontro politico tra istituzioni territoriali per via di una gestione eccessivamente direttiva ed unidirezionale da parte del Comune capofila, ruolo autoritario non riconosciuto dagli altri Comuni del *Plus*. La radicalizzazione delle posizioni e delle argomentazioni ha portato ad una situazione di *empasse* difficilmente risolvibile se non attraverso una separazione dei soggetti oppositori che daranno così vita a una ulteriore frammentazione programmatica che rappresenta un fallimento per i piani di programmazione integrata regionali. I contesti in cui si è assistito all'emersione di criticità simili sono caratterizzati dalla compartecipazione di un numero molto alto di Comuni che presentano tra loro notevoli differenze socio-economiche. Queste rendono oggettivamente ancora più difficile il riconoscimento di comuni problematiche e la condivisione di intenti e pratiche per il loro superamento.

Simili situazioni di *empasse* non sono frequenti ma sono indubbiamente rappresentative di dinamiche in cui si manifestano e si riproducono distorsioni rispetto ai valori diffusi dalla progettazione condivisa.

Abbiamo potuto osservare come la mancanza di esperienza oppure di iniziativa da parte di alcuni amministratori abbia messo in grave difficoltà la realizzazione dei *Plus*, determinando così un sensibile ritardo, quando non creando veri e propri ostacoli alla loro realizzazione. Sembrerebbe perciò che il buon fine della programmazione integrata territoriale sia nelle mani degli amministratori particolarmente “illuminati” o esperti, personaggi che, purtroppo, non si incontrano in modo diffuso su tutto il territorio.

Inoltre, non appare come una pratica diffusa la presenza attiva degli attori *extra-istituzionali* nei luoghi di partecipazione e concertazione previsti nei *Plus* (tavoli tematici, gruppi tecnici di piano, ecc.). Anche in queste circostanze non viene sempre messo in atto un meccanismo di recepimento-attuazione delle linee guida previste per la legge regionale 23/2005, linee guida che indicano dettagliatamente tempi e modi per la realizzazione delle pratiche partecipative.

I sindacati, la scuola, il terzo settore e le associazioni di volontariato, per citare alcuni degli attori della società civile, non sono sempre stati coinvolti per

diritto acquisito, in virtù cioè delle disposizioni normative, ma per una propria capacità rappresentativa, che ha portato i singoli soggetti sociali a presentare le proprie istanze alle istituzioni in modo diretto ed inequivocabile, oppure per via della presenza di amministratori scrupolosi, competenti oppure semplicemente convinti sostenitori della bontà di intenti contenuti nella programmazione integrata territoriale.

I distretti sanitari di piccole dimensioni, oppure i sub-ambiti venutisi a creare in seguito alla separazione di alcuni Comuni dal *Plus* di riferimento per crearne un altro indipendente, hanno dimostrato di avere una notevole capacità di integrazione territoriale, amministrativa e dei servizi alla persona. Queste tre dimensioni del processo di integrazione determinano e condizionano il grado di realizzazione della stessa programmazione integrata.

Brevemente, le ridotte dimensioni dell'ambito territoriale sembrerebbero rendere più semplice il compito di coordinamento tra istituzioni territoriali per via delle notevoli somiglianze tra i rispettivi contesti socio-economici. Ciò avrebbe consentito di elaborare una progettualità di implementazione dei servizi alla persona che racchiudesse le tipologie più adeguate di azioni integrate da attuare in modo diffuso su tutto il territorio di riferimento. Quest'ultimo passaggio ha richiesto, e nella maggior parte dei casi ha di fatto esperito, la partecipazione concertata di numerosi attori della sfera istituzionale e della società civile nei luoghi della programmazione condivisa degli interventi, sviluppando così eccellenti esperienze di integrazione *inter* e *infra* istituzionale.

Tuttavia sembrerebbe persistere ancora una grave e profonda lacuna nelle pratiche interrelazionali o integrative tra i differenti *Plus*. In alcuni casi è possibile notare la quasi totale mancanza di coordinamento e di comunicazione tra gli ambiti di progettazione confinanti, ostacolo questo che impedisce anche il semplice scambio di testimonianze riguardanti esperienze di buone prassi già messe in atto.

In merito a quest'ultima riflessione, è necessario porre in evidenza il ruolo delle Province che non sembrerebbero adempiere completamente ed efficacemente al proprio compito di supervisione e coordinamento. Di fatto, le amministrazioni provinciali sono responsabili della supervisione dell'attuazione

dei *Plus* ma anche del loro sostegno attraverso l'istituzione degli Uffici di Piano. Questo servizio non è stato garantito in tutti i territori e ciò ha conseguentemente portato a una forte disfunzionalità in questi casi.

I distretti sanitari e i sub-ambiti in cui l'amministrazione provinciale di riferimento ha costituito di fatto gli Uffici di Piano sembrerebbero aver incrementato il numero delle pratiche comunitarie integrate interne ai *Plus* in termini di efficienza ed efficacia per un semplice motivo: la possibilità di avere un referente concreto e competente, in grado cioè di fornire risposte adeguate ai problemi, legali, amministrativi, ecc., che si incontrano quotidianamente, fa inevitabilmente crescere il senso diffuso di responsabilità e partecipazione sociale tra tutti gli attori comunitari. A ciò consegue un incremento del capitale culturale e sociale che, in questo specifico caso, si definisce come agente propulsore primario delle pratiche territoriali di cura alla persona.

Attualmente la Regione Sardegna sta portando avanti un progetto di assistenza tecnica alle Province, in modo da supportare essa stessa il ruolo delle amministrazioni e degli ambiti territoriali che si trovano in una posizione di sensibile ritardo rispetto alla realizzazione dei propri *Plus*.

Ciò significa che, alla fine del primo triennio di programmazione socio-sanitaria, la partita riguardante l'ambizioso progetto di creare un sistema regionale unitario di servizi alla persona è ancora aperta.

La legge quadro 328/2000 ha realmente rivoluzionato radicalmente il panorama assistenziale italiano e le conseguenze di questo intervento, sicuramente necessario di fronte al mutare della società e dell'economia, iniziano a emergere ora.

Inoltre, la Sardegna è stata una delle ultime regioni italiane a dotarsi di una propria normativa per l'implementazione dei principi della legge quadro, quindi il ritardo riscontrabile è ancor più comprensibile, se non giustificabile.

Dicevamo che la partita sulla programmazione integrata è ancora aperta. L'amministrazione regionale sta di fatto assumendo quel ruolo di guida e coordinamento che si è reso indispensabile a causa della scarsa integrazione che ha coinvolto i diversi *Plus*, le istituzioni e gli attori della società civile e del privato sociale. L'azione principale sembrerebbe essere quindi orientata alla

promozione ed alla diffusione dei principi di compartecipazione responsabile alla definizione dei servizi alla persona. Compito non facile, in quanto il contesto sociale così come si è configurato sembrerebbe difatti aver manifestato una assuefazione alla dipendenza dalle forme di assistenza pubblica che avrebbe conseguentemente diffuso una mancanza o un deficit dei sentimenti di responsabilità e partecipazione sociale.

La riforma attuata attraverso l'applicazione della legge 328/2000 ha tuttavia diffuso una tendenza al cambiamento delle dinamiche di dipendenza legate al vecchio rapporto assistito-assistenza pubblica. In essa risiede la necessità di un orientamento sociale volto alla pratica attiva e partecipativa dei diritti di cittadinanza e non solo alle pratiche di fruizione passiva di tali diritti.

I servizi territoriali necessitano, per la loro efficace implementazione, di una società intersoggettiva in cui le relazioni tra le persone, tra le istituzioni e tra entrambi gli attori rivestano un ruolo centrale comunemente riconosciuto. Le persone quindi divengono autori-attori dei percorsi di soddisfacimento dei propri bisogni, riconosciuti nella loro unicità, in un contesto di creazione di uno specifico spazio sociale in cui persone ed istituzioni sono messe in relazione reciprocamente per la definizione di nuove ed idonee forme di autonomia, solidarietà e di responsabilità.

Questa modalità di interpretare e di declinare la realtà sociale ed i propri attori ha portato alla definizione del modello ideale di cittadino come *homo civicus*, inteso cioè come:

“soggetto coinvolto in legami sociali. Esso è qualificato da una elevata [...] autonomia della scelta associata alla responsabilità, una originalità aperta all'altro e a noi. L'*homo civicus* si qualifica, quindi, per l'esercizio di una libertà responsabile, capace di farsi carico dei vincoli di solidarietà che sono inerenti ai legami sociali in cui esso è coinvolto.”³⁴²

³⁴² Cfr. V. Cesareo, I. Vaccarini, *La libertà responsabile. Soggettività e mutamento sociale*, Vita e Pensiero, Milano, 2006, p. 75.

L'*homo civicus* descrive compiutamente le caratteristiche peculiari ideali del cittadino promotore, ideatore ed attuatore di nuove pratiche partecipative per la realizzazione di servizi alla persona in ambito territoriale. La pratica al confronto ed al dialogo intersoggettivo ed interistituzionale parrebbe quindi essere la chiave di volta delle azioni che vengono a definirsi nella nuova arena sociale, nella nuova agorà in cui gli attori sociali tutti, istituzionali, del privato sociale, della sfera del mercato e della cittadinanza, concorrono alla rigenerazione del principio sociale di "cura dell'altro". I servizi alla persona potrebbero così promuovere concretamente buone prassi non solo secondo forme di sapere tecnico ma anche attraverso la valorizzazione dell'aspetto umano delle criticità sociali emergenti, per una più equa diffusione del benessere all'interno dello scenario di mutamento delle politiche sociali nazionali ed internazionali.

Pertanto, questo lavoro di ricerca vuole presentarsi, in conclusione, come l'inizio di una riflessione, di un percorso esplorativo, che parte dalla realtà critica in cui il *welfare territoriale* cerca una propria modalità implementativa, per accompagnare il percorso di realizzazione dei Piani Locali Unitari dei Servizi alla persona verso esperienze che creino le buone prassi a partire dal superamento e dalla rielaborazione comunitaria delle criticità e dei fallimenti precedenti.

Bibliografia delle opere citate e consultate

- AA. VV., *L'amministrazione nella storia moderna*, Giuffrè, Milano, 1985.
- Adams J., Robinson P. (eds.), *Devolution in Practice. Public Policy Differences within the UK*, The Institute for Public Policy Research (IPPR), London, 2002.
- Albertini M., *Il federalismo*, il Mulino, Bologna, 1993.
- Alcock P., Erskine A., May M. (eds.), *The Student's Companion to Social Policy*, Blackwell, Oxford, 2003.
- Appadurai A. (ed.), *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986.
- Archer M.S., *La morfogenesi della società*, Franco Angeli, Milano, 1997 (ed. or. *Realist Social Theory: The Morphogenetic Approach*, Cambridge, New York, 1995).
- Id., *La conversazione interiore. Come nasce l'agire sociale*, Erickson, Trento, 2006 (ed. or. *Structure, Agency and The Internal Conversation*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000).
- Id., *Essere Umani. Il problema dell'agire*, Marietti, Genova-Milano, 2007 (ed. or. *Being Human. The Problem of Agency*, Cambridge University Press, Cambridge, 2000).
- Ardigò A., *Crisi economica e welfare state: tre interpretazioni e una speranza*, in "La Ricerca Sociale", 15, 1976.
- Id., *Democrazia e partecipazione*, in Cipolla C., *La partecipazione politica*, Città Nuova Editrice, Roma, 1978.
- Id., *Crisi di governabilità e mondi vitali*, Cappelli, Bologna, 1980.
- Id., *Volontariato, welfare state e terza dimensione*, in "La Ricerca Sociale", 25, 1981.
- Id., *Dallo stato assistenziale al welfare state*, in G. Rossi, P. Donati (a cura di), *Welfare state. Problemi e alternative*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Id., *Pluralismo e servizi sociali*, Fondazione Zancan, Padova, 1997.

- Ascoli U., (a cura di), *Welfare state all'italiana*, Laterza, Roma-Bari, 1984.
- Id. (a cura di), *Azione volontaria e welfare state*, il Mulino, Bologna, 1987.
- Id., *Soggetti pubblici e organizzazioni di "terzo settore": appunti sul welfare-mix in Italia*, in A. Fadda (a cura di), *Interrelazione volontaria e solidarietà nella società complessa*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- Id., *Il welfare futuro*, Carocci, Roma, 1999.
- Id., *Modern welfare State*, relazione presentata al Convegno Internazionale "Social Change and Social Professions. Social Work 2007", Parma, 15-17 marzo 2007.
- Ascoli U., Pasquinelli S. (a cura di), *Il welfare mix. Stato sociale e terzo settore*, Franco Angeli, Milano, 1993.
- Ascoli U., Ranci C. (a cura di), *Il welfare mix in Europa*, Carocci, Roma, 2003.
- Bagnasco A., *Il capitale sociale nel capitalismo che cambia*, in "Stato e Mercato", 65, 2002.
- Baldock J., *Consumatori di welfare*, in "Lavoro Sociale", 2, 2005 (ed. or. *On Being a Welfare Consumer in a Consumer Society*, in "Social Policy and Society", 1, 2003).
- Baldock J., Manning N., Vickerstaff S. (eds.), *Social Policy*, Oxford University Press, Oxford, 2003 (II ed.).
- Balboni E., Baroni B., Mattioni A., Pastori G. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè Editore, Milano, 2007.
- Battistella A., *Costruire e ricostruire i Piani di Zona*, in Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Il Piano di Zona. Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci, Roma, 2004.
- Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Il Piano di Zona. Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci, Milano, 2004.
- Belloni Sonzogni A., *Per una storia della previdenza sociale in Italia*, in "Sanità, Scienza e Storia", 1, 1987.
- Berlinguer G., *La milza di Davide. Viaggio nella malasanità tra ieri e domani*, Ediesse, Roma, 1994.

- Bernardi L., *Composizione e organizzazione del lavoro sociale*, Scuole di Servizio Sociale di Venezia e Verona, Montorio (Vr), 1980.
- Bernocchi R., *Le scuole di servizio sociale in Italia. Aspetti e momenti della loro storia*, Fondazione Zancan, Padova, 1984.
- Berthoud R., Iacovou M. (eds.), *Social Europe. Living Standards and Welfare State*, Edward Elgar, London, 2004.
- Beveridge W., *Social Insurance and Allied Services: Memoranda from Organizations. Report by Sir William Beveridge*, His Majesty's Stationery Office, London, 1942.
- Bianco M.L., *Il capitale sociale nella teoria e nella ricerca empirica*, relazione presentata alla "V Scuola Estiva di Metodologia della Ricerca Sociale", Viterbo, 8-13 settembre 2003.
- Bimbi F., Ruspini E. (a cura di), *Genere e povertà*, in "Inchiesta", 30, 2000.
- Bobbio N., *La persona nella sociologia contemporanea*, Baravale e Falconieri, Torino, 1938.
- Id., *La filosofia del decadentismo*, Chiantore, Torino, 1944.
- Bode I., *The Culture of Welfare Markets in International Perspective*, relazione presentata all'interno del ciclo di lezioni seminariali organizzate da *The School of Social and Political Studies*, University of Edinburgh, Edinburgh, venerdì 12 ottobre 2007.
- Borgonovi E., *Che cos'è il welfare mix?*, in G. Vittadini (a cura di), *Liberi di scegliere*, Etas, Milano, 2002.
- Bortoli B., *Teoria e storia del servizio sociale*, Carocci, Roma, 1997.
- Borzaga C., Fazzi L., *Manuale di politica sociale*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Bourdieu P., *Le capital social: notes provisoires*, in "Actes de la Recherche en Sciences Sociales", 31, 1980.
- Id., *La distinzione: critica sociale del gusto*, il Mulino, Bologna, 1983 (ed. or. *La distinction: critique sociale du jugement*, Editions de minuit, Paris, 1979).
- Id., *The Forms of Capital*, in J.G. Richardson (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood Press, New York, 1986.
- Bowers P., *The Sewel Convention*, House of Commons Library, London, 2005.

- Bozzacchi C., *Commento all'art. 8*, in Balboni E., Baroni B., Mattioni A., Pastori G. (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, Giuffrè Editore, Milano, 2007.
- Brown A., McCrone D., Paterson L., Surridge P. (eds.), *The Scottish Electorate*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 1999.
- Brubaker R., *I limiti della razionalità*, Editore Armando, Roma, 1989 (ed. or. *The Limits of Rationality: An Essay on the Social and Moral Thought of Max Weber*, Allen & Unwin, London, 1984).
- Buckley W., *Sociologia e teoria dei sistemi*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1976 (ed. or. *Sociology and Modern Systems Theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1967).
- Bulpitt J., *Territory and Power in the United Kingdom: An Interpretation*, Manchester University Press, Manchester, 1983.
- Burns E.M., *The Beveridge Report*, in "The American Economic Review", 3, 1943.
- Cameron D., *The Expansion of the Public Economy: a Comparative Analysis*, American Political Science Review, 72, 1978.
- Campanini A., *Servizio sociale e Sociologia: storia di un dialogo*, Lint, Trento, 1999.
- Carrà E., «Buone pratiche» e «capitale sociale», in "Politiche Sociali e Servizi", 2, 2007.
- Cartocci R., Manconi F. (a cura di), *Libro bianco sul Terzo settore*, il Mulino, Bologna, 2006.
- Castaldi A., *Dall'assistenza ai servizi sociali*, Edizioni delle autonomie, 1982.
- Castel R., *Disuguaglianza e vulnerabilità sociale*, in "Rassegna Italiana di Sociologia", 1, 1997.
- Castelli V., *La progettazione sociale*, in Magistrali G. (a cura di), *Il futuro delle politiche sociali in Italia. Prospettive e nodi critici della legge 328/2000*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Castle F.G., McKinlay R., *Public Welfare Provision, Scandinavia, and the Sheer Futility of the Sociological Approach to Politics*, in "British Journal of Political Science", 9, 1979.

- Castiglioni L., Mariotti S., *Il vocabolario della lingua latina*, Loescher Editore, Milano, 1990.
- Cesareo V., Vaccarini I., *La libertà responsabile. Soggettività e mutamento sociale*, Vita e Pensiero, Milano, 2006.
- Cherubini A., *Storia della previdenza sociale*, Editori Riuniti, Roma, 1977.
- Cherubini A. e Vanozzi F., *Rassegna sugli studi storici intorno alla previdenza (dal 1945 a oggi)*, in “Sanità, Scienza e Storia”, 1, 1989.
- Cipolla C., *La partecipazione politica*, Città Nuova Editrice, Roma, 1978.
- Cocco M., Merler A., Piga M. L., *Il fare delle imprese solidali*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Coleman J., *Social Capital in the Creation of Human Capital*, in “American Journal of Sociology”, 94, 1988.
- Id., *Fondamenti di teoria sociale*, il Mulino, Bologna, 2005 (ed. or. *Foundation of Social Theory*, The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge, 1990).
- Colozzi I., *Riflessioni sulla 328: l'applicazione del principio di sussidiarietà*, in “Impresa Sociale”, 56, 2001.
- Id., *Le nuove politiche sociali*, Carocci, Roma, 2002.
- Colozzi I., Bassi A. (a cura di), *Da Terzo Settore a Imprese Sociali*, Carocci, Roma, 2003.
- Commissione delle Comunità Europee, *Attuazione del programma comunitario di Lisbona: i servizi sociali d'interesse generale nell'Unione europea*, Comunicazione della Commissione, Bruxelles, 177, 2006.
- Commissione per la Riforma della Previdenza Sociale (CRPS), *Rapporto sui lavori della Commissione*, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Roma, 1948.
- Commissione Reale per il Dopoguerra, *Studi e proposte della prima sottocommissione*, Tipografia Artigianelli, Roma, 1920.
- Cole M., *The Story of Fabian Socialism*, Heinemann, London, 1963.
- Comitato Studio per la Sicurezza Sociale (a cura di), *Per un sistema di sicurezza sociale in Italia*, il Mulino, Bologna, 1965.

- Committee of the Inquiry into the Future Development of the Public Health Function and Community Medicine, *Public Health in England: the Report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function*, Her Majesty's Stationery Office (HMSO), London, 1988.
- Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL), *Relazione preliminare sulla riforma della previdenza sociale*, Roma, 1963.
- Id., *Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*, Roma, 1963b.
- Coser L.A., *Le funzioni del conflitto sociale*, Feltrinelli, Milano, 1967 (ed. or. *Continuities in Studies of Social Conflict*, Free Press, New York, 1967).
- Dahrendorf R., *Uscire dall'utopia*, il Mulino, Bologna, 1971 (ed. or. *Pfade aus Utopia: Arbeiten zur Theorie und Methode der Soziologie*, Piper, Munchen, 1956).
- Id., *Classi e conflitto di classe nella società industriale*, Laterza, Roma-Bari, 1971 (ed. or. *Class and Class Conflict in Industrial Society*, Routledge & Keagan, London, 1959).
- Id. *La libertà che cambia*, Laterza, Roma-Bari, 1981 (ed. or. *Lebenschances: Anläufe zur sozialen und politischen Theorie*, Suhrkamp, Frankfurt, 1979).
- Id., *Per un nuovo liberalismo*, Laterza, Roma-Bari, 1993 (ed. or. *Die neue Freiheit: Überleben und Gerechtigkeit in einer veränderten Welt*, Suhrkamp, Frankfurt, 1980).
- Id., *Il conflitto sociale nella modernità. Saggio sulla politica della libertà*, Laterza, Roma-Bari, 1992 (ed. or. *The Modern Social Conflict. An Essay on the Politics of Liberty*, Weidenfeld & Nicolson, New York, 1988).
- Id., *The Changing Quality of Citizenship*, in B. van Steenberger (ed.), *The Condition of Citizenship*, Sage, London, 1994.
- Id., *Citizenship and Social Class*, in Blumer M., Rees A.M. (eds.), *Citizenship today. The Contemporary Relevance of T.H. Marshall*, UCL Press, London, 1996.
- Id., *La società riaperta: dal crollo del muro alla guerra in Iraq*, Laterza, Roma-Bari, 2005 (ed. or. *Der Wiederbeginn der Geschichte. Vom Fall der Mauer zum Krieg im Irak*, Reden und Aufsätze, München, 2004).

- Dal Lago A., *L'ordine infranto. Max Weber e i limiti del razionalismo*, Edizioni Unicopli, Milano, 1983.
- Dal Pra Ponticelli M., *I modelli teorici del servizio sociale*, Astrolabio, Roma, 1985.
- Id. (diretto da), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2005.
- Davidson D., 'Medicine', in Kenneth R. (ed.), *State of Scotland 2004*, ICS Books, Glasgow, 2003.
- Davies H., Nutley S., Smith P., *What Works? Evidence-based Policy and Practice in Public Services*, Policy Press, Bristol, 2000.
- De Ambrogio U., Lazzarotto L., *I tavoli tematici dei Pdz: risorsa od ostacolo?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 5, 2007.
- De Feo N.M., *Introduzione a Weber*, Laterza, Roma-Bari, 2004.
- de Leonardis O., *In un diverso welfare*, Feltrinelli, Milano, 1998.
- De Robertis G., *La partnership possibile*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 4, 2002.
- Dellavalle M., Tassinari A., *Scuole di servizio sociale e servizi: una collaborazione feconda*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 4, 1999.
- Di Flumeri F., *Principi e fondamenti del servizio sociale*, Books & News, Foggia, 1992.
- Diomede Canevini M., voce "Storia del servizio sociale", in M. Dal Pra Ponticelli (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2005.
- Donati P., *Pubblico e privato: fine di un'alternativa?*, Cappelli, Bologna, 1978.
- Id., *Introduzione alla sociologia relazionale*, Franco Angeli, Milano, 1983.
- Id., *Volontariato e nuove risposte alla crisi del Welfare State: per una soluzione statuaria*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 2, 1983.
- Id., *Risposte alla crisi dello Stato sociale. Le nuove politiche sociali in prospettiva sociologica*, Franco Angeli, Milano, 1984.
- Id. (a cura di), *Le frontiere della politica sociale*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Id., *La famiglia nella società relazionale. Nuove reti e nuove regole*, Franco Angeli, Milano, 1986.

- Id., *Teoria relazionale della società*, Franco Angeli, Milano, 1991.
- Id. (a cura di), *Secondo rapporto sulla famiglia in Italia*, Edizioni Paoline, Milano, 1991.
- Id., *La cittadinanza societaria*, Laterza, Roma-Bari, 1993.
- Id., *L'evolversi della politica sociale dalla prima industrializzazione alle società complesse: concezioni e modelli*, in Id. (a cura di), *Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
- Id. (a cura di), *Fondamenti di politica sociale. Teorie e modelli*, Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.
- Id. (a cura di), *Sociologia del terzo settore*, Carocci, Roma, 1996.
- Id., *Il privato sociale e le nuove sfide della cittadinanza*, in Fadda A. (a cura di), *Interrelazione volontaria e solidarietà nella società complessa*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- Id., *Le generazioni in un'ottica relazionale*, in Lazzaroni G., Cugno A. (a cura di), *Risorse e generazioni*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Id., *La cittadinanza societaria*, Laterza, Roma-Bari, 2000.
- Id., *Sociologia delle politiche familiari*, Carocci, Roma, 2003.
- Id. (a cura di), *Famiglia e capitale sociale nella società italiana*, Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 2003.
- Id., *Politiche sociali e solidarietà fra le generazioni: il contributo della sociologia relazionale*, in Fadda A., Merler A. (a cura di), *Politiche sociali e cultura dei servizi*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Id., *Dove va il welfare locale. Tra riformismo e morfogenesi relazionale*, in "Lavoro Sociale", 1, 2005.
- Id., *La qualità sociale del welfare: un nuovo modo di osservare, valutare e realizzare le buone prassi*, in "Lavoro Sociale", 3, 2006.
- Id., *Politica sociale e solidarietà fra le generazioni: il contributo della sociologia relazionale*, in Merler A., Fadda A. (a cura di), *Politiche sociali e cultura dei servizi*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Id., *L'approccio relazionale al capitale sociale*, in "Sociologia e Politiche Sociali", numero monografico su *Il capitale sociale. L'approccio relazionale*, a cura di Id., 1, 2007.

- Donati P., Sgritta G.B. (a cura di), *Cittadinanza e nuove politiche sociali*, Franco Angeli, Milano, 1992.
- Donati P., De Vita R., Sgritta G.B. (a cura di), *La politica sociale oltre la crisi del welfare State*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- Donati P., Folgheraiter F., *Gli operatori sociali nel welfare mix. Privatizzazione dei soggetti erogatori, managerialismo: il futuro del servizio sociale?*, Centro Studi Erickson, Trento, 1999.
- Donati P., F. Piancastelli, *L'equità fra le generazioni: un dibattito internazionale*, "Sociologia e Politiche Sociali", 1, 2003.
- Donati P., Colozzi I., *La sussidiarietà. Che cos'è e come funziona*, Carocci, Roma, 2005.
- Donati P., Terenzi P. (a cura di), *Invito alla sociologia relazionale. Teoria e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Dugone S., *Solidarietà e sussidiarietà nel sistema dei servizi*, in "Studi Zancan", 2, 2001.
- Durkheim É., *Le regole del metodo sociologico*, Edizioni di Comunità, Milano, 1979 (ed. or. *Les règles de la méthode sociologique*, Alcan, Paris, 1908).
- Id., *Il dualismo della natura umana e le sue condizioni sociali*, in Id., *La scienza sociale e l'azione*, il Saggiatore, Milano, 1996, (ed. or. *Le dualisme de la nature humaine et ses conditions sociales*, in Id., *La science sociale et l'action*, Presses Universitaires de France, Paris, 1970).
- Id., *La divisione del lavoro sociale*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999 (ed. or. *De la division du travail social*, Alcan, Paris, 1893).
- Elazar D.J., *Federal Systems of the World: a Handbook of Federal, Confederal and Autonomy Arrangements*, Longman, Harlow, 1991.
- Eleison N., Pearson C., *Development in British Social Policy*, MacMillan Press, Basingstoke, 1998.
- Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Istituto dell'Enciclopedia Italiana, Roma, 1996.
- Esping-Andersen G., *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press, Cambridge, 1990.
- Id., *Why We Need a New Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, 2002.

- Fadda A. (a cura di), *Interrelazione volontaria e solidarietà nella società complessa*, Franco Angeli, Milano, 1996.
- Id., *Dinamiche della razionalità*, Carocci, Roma, 2002.
- Id., *Isole allo specchio. Sardegna e Corsica tra identità, tradizione e innovazione*, Carocci, Roma, 2002.
- Fadda A., Merler A. (a cura di), *Politiche sociali e cultura dei servizi*, Franco Angeli, Milano, 2006.
- Fazzi L., *L'incerto destino del settore non profit in Italia*, in "Politiche Sociali e Servizi", 1, 2002.
- Id., *Il metodo nella costruzione dei Piani di Zona*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 5, 2002.
- Fazzi L., Messori E., (a cura di), *Modelli di welfare mix*, Franco Angeli, Milano, 1999.
- Fedele M., *Le basi istituzionali del welfare locali. Processi di fissione e fusione prima e dopo la 328*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", 2, 2005.
- Id., *Il management delle politiche pubbliche*, Laterza, Bari-Roma, 2002.
- Ferrario P., *Politica dei servizi sociali. Strutture, trasformazioni, legislazione*, Carocci, Roma, 2001.
- Id., voce "Servizi sociali", in M. Dal Pra Ponticelli (a cura di), *Dizionario di servizio sociale*, Carocci, Roma, 2005.
- Ferrarotti F., *Servizio sociale ed enti pubblici nella società italiana in trasformazione*, Armando Armando, Roma, 1965.
- Ferrera M. (a cura di), *Lo stato del benessere, una crisi senza uscita?*, Le Monnier, Firenze, 1981.
- Id., *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, il Mulino, Bologna, 1993.
- Id., *Il modello Sud-europeo del welfare state*, in "Rivista Italiana di Scienza Politica", 1, 1996.
- Id., *Le trappole del welfare*, il Mulino, Bologna, 1998.
- Id., *Le politiche sociali*, il Mulino, Bologna, 2006.

- Ferrera M., Hemerijck A., Rhodes M., *The Future of Social Europe: Recasting Work and Welfare in the New Economy*, Celta Editoria, Oeiras, 2000.
- Ferrera M., Hemerijck A., *Recalibrating Europe's Welfare Regimes*, in J. Zeitlin, D.M. Trubek (eds.), *Governing Work and Welfare in the New Economy. European and American Experiment*, Oxford University Press, Oxford, 2003.
- Field J., *Il capitale sociale: un'introduzione*, Erickson, Trento, 2004 (ed. or. *Social Capital*, Routledge, London, 2003).
- Fitzgerald M., Halmos P., Muncie J., Zeldin D. (eds.), *Welfare in Action*, Routledge and Kegan/The Open University Press, London, 1977.
- Flora P., Alber J., *Modernization, Democratization and the Development of Welfare State in Western Europe*, in Flora P., Heidenheimer A.J. (eds.), *The Development of Welfare State in Europe and America*, Transaction Books, London, 1981 (ed. it. *Lo sviluppo del welfare State in Europa e in America*, il Mulino, Bologna, 1983).
- Flora P., *Growth to Limits: The Western European Welfare State Since World War II*, de Gruyter, Berlin, 1986.
- Flora P., Heidenheimer A.J. (eds.), *The Development of Welfare State in Europe and America*, Transaction Books, London, 1981 (ed. it. *Lo sviluppo del welfare State in Europa e in America*, il Mulino, Bologna, 1983).
- Florea, A. *L'assistente sociale: analisi di una professione*, Istiss, Roma, 1966.
- Folgheraiter F., *I servizi sociali relazionali*, in Donati P., Terenzi P. (a cura di), *Invito alla sociologia relazionale. Teoria e applicazioni*, Franco Angeli, Milano, 2005.
- Id., *La logica sociale dell'aiuto. Fondamenti per una teoria relazionale del welfare*, Erickson, Trento, 2007.
- Fraser D., *The Evolution of the British Welfare*, MacMillan, London, 2002.
- Friedrich C.J., *Trends of Federalism in Theory and Practice*, Pall Mall Press, London, 1968.
- Fukujama F., *Fiducia*, Milano, Rizzoli, 2006 (ed. or. *Trust: the Social Virtues and the Creation of Prosperità*, Hamish Hamilton, London, 1995).
- Id., *Social Capital, Civil Society and Development*, in "Third World Quarterly", 1, 2001.

- Gallager M., Uleri P.V., *The Referendum Experience in Europe*, MacMillan, London, 1996.
- Galtung J., *I bisogni fondamentali*, in A. Tarozzi (a cura di), *Visioni di uno sviluppo diverso*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1990.
- Gariazzo G., *L'esordio del servizio sociale in Italia tra sollecitazioni americane ed esigenze nazionali*, in "La Rivista del Servizio Sociale", 4, 1999.
- Geddes M., Benington J. (eds.), *Local Partnership and Social Exclusion in the European Union: New Form of Local Social Governance?*, Routledge, London, 2001.
- Gemignani P., *Mutamento di paradigma nel servizio sociale*, Pacini-Fazzi, Lucca, 1990.
- Giddens A., *Le conseguenze della modernità*, Il Mulino, Bologna, 1994 (ed. or. *The Consequences of Modernity*, Polity Press, Cambridge, 1990).
- Id., *The Third Way: The Renewal of Social Democracy*, Polity Press, Cambridge, 1999.
- Id., *The Third Way and Its Critics*, Polity Press, Cambridge, 2000.
- Girotti M., *Welfare state: storia, modelli e critica*, Carocci, Roma, 1998.
- Glendinning C., Powell M., Rummery K., *Partnerships, New Labour and the Governance of Welfare*, Policy Press, Bristol, 2002.
- Gori C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della 328 e le sfide future*, Carocci, Roma, 2004.
- Grande Enciclopedia de Agostini*, Istituto Geografico de Agostini, Novara, 1992.
- Graziano L., *Clientelismo e sistema politico. Il caso dell'Italia*, Franco Angeli, Milano, 1984.
- Grigoletti Butturini P., *Quadro istituzionale e lavoro degli operatori sociali: evoluzione storica ed interrelazioni*, in Bernardi L., *Composizione e organizzazione del lavoro sociale*, Scuole di Servizio Sociale di Venezia e Verona, Montorio (Vr), 1980.
- Gruppo SPE (a cura di), *Verso una sociologia per la persona*, Franco Angeli, Milano, 2004.
- Gui L., *Le sfide teoriche del servizio sociale. I fondamenti scientifici di una disciplina*, Carocci, Roma, 2004.

- Id., *Il servizio sociale trifocale*, Franco Angeli, Milano, 2008.
- Guiducci P.L., *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- Gustapane E., *Le origini del sistema previdenziale: la Cassa nazionale di previdenza per l'invalidità e per la vecchiaia degli operai*, in "Previdenza Sociale", 1, 1989.
- Habermas J., *La crisi di razionalità nel capitalismo maturo*, Laterza, Roma-Bari, 1979 (ed. or *Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus*, Suhrkamp, Frankfurt, 1973).
- Id., *Teoria dell'agire comunicativo*, il Mulino, Bologna, 1986 (ed. or. *Teorie des kommunikativen Handelns*, Suhrkamp, Frankfurt, 1988).
- Id., *Dialettica della razionalizzazione*, Unicopli, Milano, 1994.
- Harrison T., *Urban Policy: Addressing Wicked Problems*, in Davies H., Nutley S., Smith P., *What Works? Evidence-based Policy and Practice in Public Services*, Policy Press, Bristol, 2000.
- Hill M., *Le politiche sociali. Un'analisi comparata*, il Mulino-Prentice Hall International, Bologna, 1999 (ed. or. *Social Policy: A Comparative Analysis*, Prentice Hall, London, 1996).
- Heclo H., *Modern Social Politics in Britain and Sweden*, Yale University Press, New Haven, 1974.
- Hemerijck A., *L'imperativo del developmental welfare in Europa*, in "La Rivista delle Politiche Sociali", 1, 2008.
- Hernandez S., *Profili storici*, in Comitato studio per la sicurezze sociale (a cura di), *Per un sistema di sicurezza sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna, 1965.
- Hobsbawm E.J., *Fabianism and the Fabians, 1884-1914*, Ph.D. thesis, Cambridge University, 1950.
- Howland R.D., *Fabian Thought and Social Change, 1884 to 1914*, M.A. Thesis, London School of Economics, 1942.
- Husserl E., *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale*, Mondadori, Milano, 2008 (ed. or. *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phanomenologie: eine Einleitung in die phanomenologische Philosophie*, Kluwer Academic Publishers, 1950).

- Id., *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologia*, Einaudi, Torino, 1965 (ed. or. *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und Phänomenologischen Philosophie*, Kluwer Academic Publishers, 1954).
- Introini F., Pasqualini C., *Dopo la 328: piani socio-sanitari a confronto*, in "Politiche Sociali e Servizi", 2, 2005.
- Istituto Nazionale per la Previdenza Sociale, *Settant'anni di previdenza sociale*, Roma, 1970.
- Jeffery C., *Identity and Governance in England: Setting the Agenda*, relazione presentata all'interno del ciclo di lezioni seminariali dal titolo *Governance in England*, organizzate dal *Institute of Governance, The School of Social and Political Studies* (University of Edinburgh), Edimburgo, 11 ottobre 2007.
- Johnes K., *The Making of Social Policy in Britain: From the Poor Law to the New Labour*, Athlon Press, London, 2000.
- Keating M., *Devolution and Public Policy in the United Kingdom: Divergence or Convergence?*, in Adams J., Robinson P. (eds.), *Devolution in Practice. Public Policy Differences within the UK*, The Institute for Public Policy Research (IPPR), London, 2002.
- Id., *The Government of Scotland. Public Policy Making after Devolution*, Edinburgh University Press, Edinburgh, 2005.
- Katzenstein P.J., *Small States in Worlds Markets*, Cornell University Press, Ithaca, 1985.
- Kenneth R. (ed.), *State of Scotland 2004*, ICS Books, Glasgow, 2003.
- Kopitoff I., *The Cultural Biography of Things: Commoditization as Process*, in Appadurai A. (ed.), *The Social Life of Things. Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986.
- Kuhnle S. (ed.), *Survival of the European Welfare State*, Routledge, London, 2000.
- Law A., *Evolution of the Welfare State in Scotland*, in Mooney G., Sweeney T., Law A. (eds.), *Social Care, Health and Welfare in Contemporary Scotland*, Kynoch & Blaney, Glasgow, 2006.
- Layte R., Fouarge D., *The Dynamics of Income Poverty*, in Berthoud R., Iacovou M. (eds.), *Social Europe. Living Standards and Welfare State*, Edward Elgar, London, 2004.

- Lazzaroni G., Cugno A. (a cura di), *Risorse e generazioni*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Leach S., Steward J. (eds.), *Approaches in Public Policies*, Allen & Unwin, London, 1982.
- Leat D., Seltzer K. e Stoker G., *Toward Holistic Governance: the New Reform Agenda*, Palgrave MacMillan, Basingstoke, 2002.
- Leonard P., *Postmodern Welfare: Reconstructing an Emancipatory Project*, Sage, London, 1997.
- Lin N., *Inequality in Social Capital*, in "Contemporary Sociology", 6, 2000.
- Id., *Social Capital. A Theory of Social Structure and Action*, Cambridge University Press, Cambridge, 2001.
- Lin N., Cook K.S., Burt R.S. (eds.), *Social Capital: Theory and Research*, Aldine de Gruyter, New York, 2001.
- Lippi A., voce "Livelli essenziali di assistenza", in M. Dal Pra Ponticelli (diretto da), *Dizionario di Servizio Sociale*, Carocci, Roma, 2005.
- Lobrano G., *Costituzione italiana e statuto sardo tra federalismo falso e federalismo vero*, in "Quaderni Bolotanesi", 31, 2005.
- Logue J., *Lo Stato del benessere: vittima del suo successo*, in "Rivista Bimestrale di Cultura e Politica", 4, 1980.
- Lowe R., *The Welfare State in Britain since 1945*, Macmillan, Basingstoke, 1999.
- MacKenzie N., MacKenzie J., *The First Fabians*, Weidenfeld, London, 1977.
- Maggian R., *Il sistema integrato dell'assistenza. Guida alla legge 328/2000*, Carocci, Roma, 2001.
- Magistrali G., *Questione di welfare. i presupposti culturali e politici della riforma dei servizi sociali*, in Id. (a cura di), *Il futuro delle politiche sociali in Italia. Prospettive e nodi critici della legge 328/2000*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Id. (a cura di), *Il futuro delle politiche sociali in Italia. Prospettive e nodi critici della legge 328/2000*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Mann M., *Ruling-class strategies and citizenship*, "Sociology", 21, 1987.
- March J.G., Simon H.A., *Teoria dell'organizzazione*, Edizioni di Comunità, Torino, 1979 (ed. or. *Organizations*, Chapman & Hall, London, 1958).

- Marshall T.H., *Citizenship and Social Class*, Cambridge University Press, Cambridge, 1950 (ed. it. *Cittadinanza e classe sociale*, Laterza, Roma-Bari, 2002).
- Id., *Sociology at the Crossroads*, Heinemann, London, 1963.
- Id., *Class, Citizenship and Social Development*, Doubleday, New York, 1964.
- Martinelli F., *Gli assistenti sociali nella società italiana*, Istiss, Roma, 1965.
- Marx K., *Le lotte di classe in Francia dal 1848 al 1850*, Editori Riuniti, Roma, 1970 (ed. or. *Neue Rheinische Zeitung*, Dietz, Hamburg, 1850).
- Mazzini F., *Il sistema previdenziale in Italia fra riforma e conservazione*, in A. Orsi Battaglini (a cura di), *Amministrazione pubblica e istituzioni finanziarie*, Il Mulino, Bologna, 1980.
- Melchiorre V. (a cura di), *L'idea di persona*, Vita e Pensiero, Milano, 1996.
- Merler A., *Il quotidiano dipendente*, Edizioni Iniziative Culturali, Sassari, 1984.
- Id., *Le isole nei percorsi di autonomia e di autogoverno*, in Merler A., Piga M.L., *Regolazione sociale, insularità, percorsi di sviluppo*, Editrice Democratica Sarda, Sassari, 1996.
- Id. (a cura di), *Dentro il terzo settore. Alcuni perché dell'impresa sociale*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Id., *Le declinazioni del pensare e del fare solidale nei territori della Sardegna*, in Cocco M., Merler A., Piga M.L., *Il fare delle imprese solidali*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Merler A., Piga M.L., *Regolazione sociale, insularità, percorsi di sviluppo*, Editrice Democratica Sarda, Sassari, 1996.
- Messina P., *Dal governo alla governance? Notazioni a margine dei nuovi Piani di Zona*, in "La Rivista di Servizio Sociale", 2, 2002.
- Millon-Delsol C., *Il principio di sussidiarietà*, Giuffrè, Milano, 2003, p. 56 (ed. or. *Le principe de subsidiarité*, Presses Universitaires de France, Paris, 1993).
- Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica, *La programmazione economica in Italia*, Istituto Poligrafico dello Stato, Roma, 1967.
- Mondino M., Motta F., *Progettare l'assistenza*, NIS, Roma, 1994.

- Montani G., *Il federalismo, l'Europa e il mondo*, Lacaita, Mandria, 1999.
- Montebugnoli A. (a cura di), *Questioni di welfare*, Franco Angeli, Milano, 2002.
- Monticane A. (a cura di), *La storia dei poveri. Pauperismo ed assistenza nell'età moderna*, Edizioni Studium, Roma, 1985.
- Mooney G., Scott G. (eds.), *Exploring Social Policy in the New Scotland*, Policy Press, Cambridge, 2005.
- Moore J., West R.M., Keen J., Godfrey M., Townsend J., *Network and Governance: the Case of the Intermediate Care*, in "Health and Social Care in the Community", 2, 2007.
- Moro G., *Manuale di cittadinanza attiva*, Carocci, Roma, 1998.
- Mozzanica C.M., *Nuovi scenari della sussidiarietà. Oltre la legge 328/2000: una prospettiva per i "Piani di Zona"*, in "Politiche Sociali e Servizi", 1, 2005.
- Murphy M.E., *The Role of the Fabian Society in British Affairs*, in "Southern Economic Journal", 1, 1947.
- Mutti A., *Capitale sociale e sviluppo*, il Mulino, Bologna, 1998.
- Naldini M., *Le politiche a sostegno delle responsabilità familiari nei casi storici italiano e spagnolo. Un concetto esteso di dipendenze familiari*, in "Inchiesta", numero monografico su, *Genere e povertà*, a cura di Bimbi F., Ruspini E., 30, 2000.
- Id., *Le politiche sociali e la famiglia nei paesi mediterranei. Quale prospettiva per un'analisi comparata?*, in "Stato e Mercato", 1, 2002.
- Id., *The Family in the Mediterranean Welfare State*, Frank Cass, London-Portland, 2003.
- Id., *Le politiche sociali in Europa. Trasformazione di bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma, 2006.
- National Health Services Scotland, *Alcohol Statistic Scotland 2007*, ISD Publication, Edinburgh, 2007.
- Newman J., *Modernising Governance: New Labour, Policy and Society*, Sage, London, 2001.
- Neve E., *Il servizio sociale. Fondamenti e cultura di una professione*, Carocci, Roma, 2003.

- Olivetti Manoukian F., *Produrre servizi. Lavorare con oggetti immateriali*, il Mulino, Bologna, 1998.
- Id., *La domanda di sicurezza può non investire i servizi? Tracce per una discussione pubblica*, in “Animazione Sociale”, 5, 2008.
- Orsi Battaglini A. (a cura di), *Amministrazione pubblica e istituzioni finanziarie*, il Mulino, Bologna, 1980.
- Paolini E. (a cura di), *Storia del federalismo europeo*, Editori Riuniti, Torino, 1973.
- Paugam S., *Poverty and Social Disqualification: a Comparative Analysis of Cumulative Social Disadvantage in Europe*, in “Journal of European Social Policy”, 4, 1996.
- Pavolini E., *Le nuove politiche sociali. I sistemi di welfare tra istituzioni e società civile*, il Mulino, Bologna, 2003.
- Pease E.R., *The History of the Fabian Society*, Allen & Unwin, London, 1925.
- People and Parliament Trust, *Room for More Views? Sharing Power, Shaping Progress*, Scottish Human Service Trust, Edinburgh, 2004.
- Pesenti L., *Nuovi modelli di regolazione regionale nei servizi socio-assistenziali*, in “Politiche Sociali e Servizi”, 1, 2004.
- Id., *Federalismo e sussidiarietà: un nesso necessario?*, in Donati P., Colozzi I., *La sussidiarietà. Che cos'è e come funziona*, Carocci, Roma, 2005.
- Pierre J., *Debating Governance, Authority, Steering and Democracy*, Oxford University Press, Oxford, 2000.
- Piga M.L., *Le risorse del terzo settore per l'imprenditorialità solidale*, in A. Merler (a cura di), *Dentro il terzo settore. Alcuni perché dell'impresa sociale*, Franco Angeli, Milano, 2000.
- Pizzolato F., *La sussidiarietà nei servizi alla persona: il punto di vista costituzionale*, in “Politiche Sociali e Servizi”, 2, 2005.
- Polanyi K., *La grande trasformazione*, Einaudi, Torino, 1974 (ed. or. *The Great Transformation*, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1944).
- Propper C., *Efficiency, Equity and Choice*, in Alcock P., Erskine A., May M., *The Student's Companion to Social Policy*, Blackwell, Oxford, 1998.

- Putnam R., *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Mondadori, Milano, 1993 (ed. or. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton, 1993).
- Id., *Capitale sociale e individualismo: crisi e rinascita della cultura civica in America*, il Mulino, Bologna, 2004 (ed. or. *Bowling Alone: the Collapse and Revival of American Community*, Simon and Schuster, New York, 2000).
- Putnam R., Leonardi R., Nanetti R.Y., *La pianta e le radici*, il Mulino, Bologna, 1985.
- Ranci C., *Oltre il welfare State*, il Mulino, Bologna, 1999.
- Id., *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, il Mulino, Bologna, 2004.
- Ranci Ortigosa E., De Ambrogio U., *L'attuazione della legge 328/2000 nelle Regioni*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 6, 2003.
- Id., *Valore e significato dei Piani di Zona*, in Battistella A., De Ambrogio U., Ranci Ortigosa E. (a cura di), *Il Piano di Zona. Costruzione, gestione, valutazione*, Carocci, Milano, 2004.
- Ribeiro D., *Le Americhe e la civiltà. Formazione e sviluppo ineguale dei popoli americani*, Einaudi, Torino, 1975 (ed. or. *As americás e a civilização*, Editora Civilização Brasileira S.A., Rio de Janeiro, 1970).
- Richardson J.G. (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood Press, New York, 1986.
- Robson K., *The National Health Service in Scotland*, Scottish Parliament Information Centre (SPICe) Briefing, Edinburgh, 07/32, 13 June 2007.
- Rodger J.J., *Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell'età postmoderna*, Erickson, Trento, 2004 (ed. or. *From a Welfare State to a Welfare Society*, MacMillan, London, 2000).
- Rossi G., Donati P. (a cura di), *Welfare state. Problemi e alternative*, Franco Angeli, Milano, 1982.
- Rummery K., *La partnership tra i servizi: e poi?*, in "La Rivista del Lavoro Sociale", 2, 2006 (ed. or. *Partnership and Collaborative Governance in Welfare: the Citizenship Challenge*, in "Social Policy and Society", 2, 2006).
- Safran W., Maiz R. (eds.), *Identità and Territorial Authonomy in Plural Societies*, Frank Cass, New York, 2000.

- Salvati M., *Il regime e gli impiegati. Nazionalizzazione piccolo-borghese negli anni del fascismo*, Laterza, Roma-Bari, 1992.
- Saville J., *The Welfare State: An Historical Approach*, in Fitzgerald M., Halmos P., Muncie J., Zeldin D. (eds.), *Welfare in Action*, Routledge and Kegan Paul/The Open University Press, London, 1977.
- Schütz A., *Saggi sociologici*, UTET, Torino, 1979.
- Id., *La fenomenologia del mondo sociale*, il Mulino, Bologna, 1974 (ed. or. *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie*, Springer, Wien, 1960).
- Scottish Executive, *Delivering for Health*, The Stationery Office, Edinburgh, 2005.
- Id., *Better Health, Better Care. A Discussion Document*, The Stationery Office, Edinburgh, 2007.
- Scottish Office, *Designed to Care: Renewing the National Health Service in Scotland*, Stationery Office, Edinburgh, 1997.
- Scottish Parliament Health Committee, *Kerr Group Report: Building a Health Service Fit for the Future*, The Stationery Office, Edinburgh, 2005.
- Secretary of State for Scotland, *Towards a Healthier Scotland. A White Paper on Health*, The Stationery Office, Edinburgh, 1999.
- Sepe S., *Amministrazione e mediazione degli interessi: il controllo sugli istituti di pubblica assistenza e beneficenza*, in AA. VV., *L'amministrazione nella storia moderna*, Giuffrè, Milano, 1985.
- Setti Bassanini M.C., *La logica incrementale*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 8, 2003.
- Shaw G.B., *The Fabian Society*, Fabian Society, London, 1892.
- Simmel G., *Sociologia*, Edizioni di Comunità, Torino, 1998 (ed. or., *Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung*, Bunker & Humblot, Berlin, 1983).
- Id., *La differenziazione sociale*, Laterza, Roma-Bari, 1995 (ed. or., *Über soziale Differenzierung. Soziologische und psychologische Untersuchungen*, Bunker & Humboldt, Leipzig, 1890).

- Simon H.A., *Il comportamento amministrativo*, il Mulino, Bologna, 1967 (ed. or. *Administrative Behaviour: a Study of Decision-making Processes in Administrative Organization*, MacMillan, New York, 1961).
- Id., *Causalità, razionalità e organizzazione*, il Mulino, Bologna, 1985.
- Siza R., *Progettare nel sociale. Regole, metodi e strumenti per una progettazione sostenibile*, FrancoAngeli, Milano, 2002.
- Id., *Una progettazione sostenibile*, in “Animazione Sociale”, 12, 2002.
- Steward A., Petch A., Curtice L., *Moving Towards Integrated Working in Health and Social Care in Scotland: from Maze to Matrix*, in “Journal of Interprofessional Care”, 4, 2003.
- Steward J., *Taking Stock. Scottish Social Welfare after Devolution*, Policy Press, Bristol, 2004.
- Taylor B., Thomson K. (eds.), *Scotland and Wales: Nations Again?*, University of Wales Press, Cardiff, 1999.
- Taylor-Gooby P. (ed.), *New Risks, New Welfare*, Oxford University Press, Oxford, 2004.
- Tilly C., Voce “*Conflitto sociale*”, in Enciclopedia delle Scienze Sociali, Istituto dell’Enciclopedia Italiana, Roma, 1996, vol. II.
- Titmuss R.M., *Essays on the Welfare State*, Allen & Unwin, London, 1963.
- Id., *The Welfare Complex in a Changing Society*, in “The Milbank Memorial Fund Quarterly”, 1, 1967.
- Id., *Commitment to Welfare*, Allen & Unwin, London, 1968.
- Id., *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, Allen & Unwin, London, 1970.
- Id., *Social Policy: an Introduction*, Allen & Unwin, London, 1974.
- Todorov T., *La conquista dell’America. Il problema dell’“altro”*, Einaudi Editore, Torino, 1984 (ed. or. *La conquête del’Amérique. La question de l’autre*, Éditions du Seuil, 1982).
- Toniolo Piva P., *Buone pratiche per la qualità sociale*, Ediesse Studio, Como, 2002.
- Toscano M.A., *Evoluzione e crisi del mondo normativo. Durkheim e Weber*, Laterza, Roma-Bari, 1975.

- Vallin O. (a cura di), *Atti del convegno di studi per l'assistenza sociale. Tremezzo settembre-ottobre 1946*, Marzorati, Milano, 1947.
- Van Kesbergen K., *Social Capitalism. A Study of Christian Democracy and the Welfare State*, Routledge, London-New York, 1995.
- Van Steenberger B. (ed.), *The Condition of Citizenship*, Sage, London, 1994.
- Vecchiato T. (a cura di), *Sistemi regionali di welfare: profili e analisi comparata*, Edizioni Fondazione Zancan, Padova, 2005.
- Velo D., Pezzetti R., *Fondazioni e sussidiarietà: l'esperienza europea*, in "Nonprofit", 2, 2001.
- Villa F., *Sussidiarietà e politiche sociali*, in "Politiche Sociali e Servizi", 1, 2005.
- Violini L. (a cura di), *Verifiche settoriali sulle condizioni di esercizio della sussidiarietà orizzontale in Lombardia*, CRISP-IRER, Milano, 2002.
- Vittadini G. (a cura di), *Liberi di scegliere*, Etas, Milano, 2002.
- Watzlawick P., *Istruzioni per rendersi infelici*, Feltrinelli, Milano, 1994, p. 51 (ed. or. *Anleitung zum Unglücklichsein*, Piper, Auflage, 1988).
- Weber M., *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, Torino, 1958 (ed. or. *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*, Mohr, Tübingen, 1922).
- Wilding P., *Professional Power and Social Welfare*, Routledge, London, 1982.
- Woods K., *The Development of Integrated Health Care Models in Scotland*, in "International Journal of Integrated Care", 3, 2001.
- Wolman L., *The Beveridge Report*, in "Political Science Quarterly", 1, 1943.
- Zeitlin J., Trubek D.M. (eds.), *Governing Work and Welfare in the New Economy. European and American Experiment*, Oxford University Press, Oxford, 2003.
- Zenarolla A., *Costruire qualità sociale. Indicazioni teoriche e operative per lo sviluppo della qualità nei servizi*, Franco Angeli, Milano, 2007.

Altre fonti consultate

Normativa di riferimento

Corte Costituzionale, sentenza n. 396, 7 aprile 1988.

Costituzione Italiana.

D.P.C.M. 16 febbraio 1990

Decreto legislativo n. 502/1992.

Legge n. 59, 15 marzo 1997, *Delega al Governo per il conferimento di funzioni e compiti alle regioni ed enti locali, per la riforma della Pubblica Amministrazione e per la semplificazione amministrativa.*

Decreto legislativo n. 112/1998, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59.*

Legge 6972/1890, *Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.*

Legge 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

Legge n. 118 del 13 giugno 2005, *Delega al Governo concernente la disciplina dell'impresa sociale.*

Legge regionale n. 16 del 22 aprile 1997, *Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale.*

Legge regionale 23/2005 “*Sistema integrato dei servizi alla persona. Abrogazione della legge regionale n. 4 del 1998 (Riordino delle funzioni socio-assistenziali)*”.

Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari, deliberazione della Giunta Regionale 4/21 del 10 febbraio 2005.

Siti internet

<http://news.bbc.co.uk/>
<http://www.cislsardegna.it/>
<http://www.nhs.uk.gov>
<http://www.opsi.gov.uk/>
<http://www.scotland.gov.uk/>
<http://www.scottish.parliament.uk/>
<http://www.waiting.scot.nhs.uk/>