



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea Magistrale
In Governance delle Organizzazioni Pubbliche
Ordinamento ex D.M. 270/2004

Tesi di Laurea

Welfare locale
Veneto e Scozia a confronto

Relatore

Ch. Prof. Giovanni Bertin

Correlatore

Ch. Prof. Mario Volpe

Laureando

Chiara Tonolo

Matricola 836826

Anno Accademico

2016 / 2017

INDICE

INTRODUZIONE	pag. 6
Capitolo 1	pag. 9
L'EVOLUZIONE DEL WELFARE STATE	
1.1 Il diamante del welfare.....	pag. 14
1.2 L'evoluzione del Welfare State.....	pag. 15
1.2.1 L'instaurazione.....	pag. 16
1.2.2 Consolidamento.....	pag. 17
1.2.3 Espansione.....	pag. 19
1.2.4 Crisi.....	pag. 27
1.2.5 Riforma e ricalibratura.....	pag. 30
1.3 Processi di riorganizzazione territoriale.....	pag. 31
Capitolo 2	pag. 38
L'EVOLUZIONE DEL WELFARE STATE: FOCUS SULL'ITALIA	
2.1 Fine 1800 e primi cinquant'anni del 1900.....	pag. 38
2.2 Il post-guerra e gli anni Settanta.....	pag. 40
2.3 La crisi a metà anni Settanta.....	pag. 44
2.4 Ricalibratura del welfare.....	pag. 50
2.4.1 La prima sfida: nascita del terzo settore e welfare mix.....	pag. 52
2.4.2 La seconda sfida: il decentramento.....	pag. 55
2.5 Pianificazione locale.....	pag. 64
2.5.1 Legislazione per la pianificazione locale.....	pag. 71
2.6 Il recente dibattito sul Welfare State.....	pag. 78
2.7 Conclusioni.....	pag. 79

Capitolo 3	pag. 81
L'EVOLUZIONE DEL WELFARE STATE: FOCUS SULLA SCOZIA	
3.1 Teoria Keynesiana e Rapporto Beveridge.....	pag. 81
3.2 Dal dopoguerra agli anni Settanta.....	pag. 85
3.3 Dalla crisi del Welfare State alla Terza via.....	pag. 88
3.4 Devolution.....	pag. 90
3.5 L'integrazione in Scozia.....	pag. 93
Capitolo 4	pag. 97
LA GOVERNANCE	
Capitolo 5	pag. 105
CONCLUSIONI	
5.1 Community Planning of Edinburgh.....	pag. 105
5.1.1 The Edinburgh Partnership's Vision for the city.....	pag. 107
5.1.2 Introduction to the Edinburgh Partnership and the Community Plan 2015-2018.....	pag. 108
5.1.3 Neighbourhood Partnership and Local Community Planning Priorities.....	pag. 110
5.1.4 Edinburgh Partnership Community Planign outcomes and Strategic priorities.....	pag. 111
5.1.5 Edinburgh Partnership – Delivering continuous improvement..	pag. 112
5.2 Piano di Zona di Venezia.....	pag. 113
5.2.1 Il processo di costruzione del Piano di Zona.....	pag. 115
5.2.2 L'analisi.....	pag. 116
5.2.3 Definizione delle strategie di indirizzo e le scelte operative.....	pag. 116
5.2.4 Tavoli tematici.....	pag. 117
5.2.5 Gli strumenti ed i processi di governo del Piano di Zona.....	pag. 121
5.3Comparazione dei due piani.....	pag. 122
BIBLIOGRAFIA	pag. 125
SITOGRAFIA	pag. 128

INTRODUZIONE

Questa tesi ha l'intento di analizzare i processi di pianificazione e di programmazione di due realtà che hanno in partenza, alcuni tratti molto simili tra loro. Scozia e Veneto, infatti, hanno una popolazione molto simile (5.254.800 abitanti la prima e 4.908.472 abitanti la seconda) e una storia recente che ha dei punti in comune: la devolution, termine che va ad indicare l'attribuzione da parte dello Stato centrale di alcune materie (come ad esempio sanità) alle regioni, infatti, ha portato la Scozia prima, nel 1997, e il Veneto poi, nel 2001, a "correggere", in parte, il centralismo imposto dallo Stato centrale.

L'analisi che viene fatta parte dall' intenzione di studiare queste due realtà molto simili e cercare di sviscerare le modalità di pianificazione e programmazione dei servizi offerti alla cittadinanza.

Per poter far questo, però, è necessario prima osservare come il Welfare State si sia sviluppato nelle rispettive aree.

Il Welfare State, a livello globale ha avuto le seguenti fasi:

- nascita in Scozia con le Poor Laws intorno alla seconda metà del 1500;
- consolidamento nel periodo tra le due guerre mondiali (1920-1945) quando si è cercato di ampliare il ventaglio di risposte alle necessità della cittadinanza;
- espansione durante gli anni successivi al secondo conflitto mondiale, definiti il "trentennio glorioso", che ha portato all'estensione e al netto miglioramento dei sistemi di protezione statali;
- crisi a metà degli anni Settanta;
- processo di riforma dai primi anni Novanta, grazie alla messa appunto di nuove strategie per la programmazione sociale.

Tutto questo è racchiuso nel primo capitolo di questa tesi accompagnato dal recente dibattito in merito ai processi di riorganizzazione territoriale.

Nel secondo capitolo il focus sarà l'evoluzione del Welfare in Italia, dagli albori fino alla nascita del welfare mix. Mi focalizzerò, poi, sulla Riforma del Titolo V della Costituzione e sulla legge 328/2000 analizzando il ruolo che hanno avuto all'interno del processo di decentramento e nella pianificazione locale assieme alle altre leggi emanate dalla Regione Veneto rispetto a questo tema.

Ciò che invece viene preso in considerazione nel terzo capitolo è l'evoluzione del Welfare in Gran Bretagna: va sottolineato infatti che fino al 1997 la Scozia ne era parte integrante, perciò la storia non può che essere la medesima. Dopo un rapido excursus sull'evoluzione delle politiche sociali in Gran Bretagna (toccando anche il tema della Teoria Keynesiana e del Rapporto Beveridge) mi focalizzerò, come ho fatto per il Veneto, sul processo di devolution e sulle leggi che hanno regolato la pianificazione locale.

Nel quarto capitolo poi, cercherò di sviscerare il significato del termine governance che assume accezioni differenti a seconda dell'ambito in cui viene usato e ciò comporta il fatto che non ci sia un significato comunemente accettato, ma solo varie definizioni date negli anni da vari studiosi che spesso lo analizzano in contrapposizione con il termine government (che fa riferimento alla tradizionale amministrazione locale con i suoi dictat stabiliti a livello centrale e la sua forma gerarchica per livelli).

La governance, infatti, ha sostituito il precedente modello di government mettendo a dura prova i vecchi modelli di autorità pubblica nel momento in cui si è reso necessario, per sopperire alla crescente complessità della società civile, un miglior coordinamento tra gli attori inseriti nei diversi livelli di governo e la promozione dell'integrazione tra le varie aree di policies.

Nell'ultimo capitolo, infine, andrò specificatamente ad analizzare i piani di programmazione delle politiche locali di Venezia ed Edimburgo.

Per Edimburgo analizzerò il Community Planning che ha lo scopo di creare la pianificazione della comunità locale, partendo dalla collaborazione tra gli enti pubblici e le comunità locali con lo scopo di creare una progettazione condivisa e la fornitura di servizi migliori per la cittadinanza. Il piano si compone di 5 sezioni che analizzerò all'interno del capitolo:

- The Edimburgh Partnership's Vision for the city;
- Introduction to the Edimburgh Partnership and the Community Plan 2015-2018;
- Neighbourhood Partnership and Local Community Planning Priorities;
- Edimburgh Partnership Community Planning Outcomes and Strategic Priorities;
- Edimburgh Partnership Delivering Continuous Improvement.

Per quanto riguarda Venezia, allo stesso modo, analizzerò il Piano di Zona 2011-2015 dell'ULSS 12 (che è diventata con Legge Regionale n°19 del 2016 Azienda ULSS 3 Serenissima in seguito all'introduzione del nuovo ente di governance denominato "Azienda Zero"). Anch'esso ha il fine di creare un processo di pianificazione e programmazione dell'offerta dei servizi ad integrazione sociosanitaria seguendo le linee guida date dalla Regione Veneto. Anch'esso ha 5 sezioni:

- Il processo di costruzione del Piano di Zona;
- L'analisi;
- Definizione delle strategie di indirizzo e le scelte operative;
- Tavoli tematici;
- Il quadro delle risorse economiche;
- Gli strumenti ed i processi di governo del Piano di Zona.

Per concludere, infine, esporrò le mie considerazioni finali in merito a quanto analizzato in precedenza.

1. EVOLUZIONE DEL WELFARE STATE

Il termine *welfare state*, o *stato del benessere*, o ancora *stato sociale* (quest'ultimo utilizzato specialmente nel dibattito italiano più recente), si connota oggi come un "insieme di politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione tramite le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini protezione contro i rischi e bisogni prestabiliti, sotto forma di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale, introducendo, fra l'altro, specifici diritti sociali, nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria".¹

È importante aprire una piccola parentesi per specificare meglio cosa intendiamo con alcuni termini sopra indicati:

a) L'*assistenza sociale* (o pubblica) "comprende tutti gli interventi a carattere condizionale e spesso discrezionale, volti a rispondere in modo mirato a specifici bisogni individuali o a categorie circoscritte di bisogni".² È proprio attraverso questo tipo di interventi che gli Stati moderni si sono inseriti nella sfera sociale già a partire dal XVII con le Poor Laws.

L'assistenza rimane un pilastro importante anche per quanto riguarda i sistemi di welfare degli stati maturi. È bene sottolineare che il pubblico, nel fornire l'assistenza, intesa come protezione sociale, deve verificare l'esistenza di due fattori:

- Un bisogno specifico e manifesto dell'individuo (es. non autosufficienza della persona, condizioni abitative precarie, contesto familiare instabile ecc....);
- L'assenza di risorse (in particolare per risorse intendiamo reddito) verificata attraverso la *prova dei mezzi*.³

b) L'*assicurazione sociale* (obbligatoria) definisce un "tipico intervento pubblico nettamente diverso dall'assistenza: un tipo imperniato sull'erogazione di prestazioni semi standardizzate in forma tendenzialmente automatica e imparziale, sulla base di precisi diritti/doveri individuali e secondo modalità istituzionali altamente specializzate e

¹(a cura di) M. Ferrera, Le politiche sociali, Il Mulino, 2012, pag. 17

² (a cura di) M Ferrera, Le politiche sociali, Il Mulino, 2012, pag. 18

³ Con questo termine si intendono definire tutte le forme di valutazione da parte di una qualche autorità pubblica, volte ad approfondire la situazione economica dei richiedenti la prestazione di assistenza.

centralizzate. Costituisce il nucleo centrale del moderno welfare state”.⁴ Nei welfare maturi si cerca di coprire il maggior numero possibile di rischi, sviluppando quindi un ampio ventaglio di risposte che siano in grado di far fronte agli stessi (per esempio vecchiaia, malattia, invalidità, infortuni, disoccupazione ecc...).

Gli schemi assicurativi che nacquero a fine Ottocento si configuravano come strumenti per la condivisione dei rischi all'interno di categorie più o meno omogenee di lavoratori. Si ipotizza che poi, in seguito a vari fattori, che possiamo suddividere in fattori cornice e fattori specifici, vennero introdotte delle novità rispetto agli schemi di assicurazione precedenti come ad esempio l'obbligatorietà dell'adesione (che era volta, da un lato, a contrastare comportamenti di irresponsabilità, e dall'altro a ripartire i rischi all'interno delle categorie di lavoratori) o anche il finanziamento tramite contributi (e non più tramite premi che consistevano in una somma non collegata al reddito del soggetto, ma al suo “profilo di rischio”⁵) grazie al quale i cittadini non sono più legati al rischio individuale, ma sono legati, in proporzione, al reddito percepito (più alto sarà il reddito e più elevato sarà il contributo da versare).

I fattori cornice sono rappresentati da problemi funzionali emersi durante il processo di modernizzazione nel XIX secolo nei vari paesi europei come la necessità di garantire l'integrazione sociale delle masse lavoratrici, problema che diventò sempre più urgente e che portò gli stati nazionali ad intensificare il proprio intervento nel campo della politica sociale.

Per quanto riguarda, invece, i fattori specifici di ordine politico-istituzionale ne troviamo diversi: cruciale nell'introduzione dell'assicurazione obbligatoria, fu la mobilitazione dei lavoratori, in particolar modo quella operaia a seguito della nascita dei primi partiti socialisti. Questo processo, però, seguì distinti percorsi:

- Nei regimi monarchico-autoritari (dove i poteri della corona erano più corposi rispetto all'autorità del parlamento) la costituzione di questi gruppi operai mise in allarme le élite conservatrici, spronandole a

⁴ (a cura di) M Ferrera, Le politiche sociali, Il Mulino, 2012, pag. 19

⁵ (a cura di) M Ferrera, Le politiche sociali, Il Mulino, 2012, pag. 20 in cui egli pone come esempio il caso di uno schema assicurativo privato e volontario contro la malattia dove l'ammontare del premio sarà direttamente proporzionale alla crescita dell'età del soggetto oppure in presenza di alcune malattie.

concedere l'assicurazione obbligatoria ai fini di controllo sociale. Questo perché esse avevano da un lato più necessità a rafforzare la lealtà della classe operaia (data la nascita del movimento sindacale che minava la loro stabilità come regimi politici non parlamentari), dall'altro le monarchie costituzionali erano in possesso di burocrazie statali più forti ed avanzate. Bisogna anche tenere in considerazione, infine, che le élite avevano la possibilità di ritrasferire i costi delle spese sociali di nuovo alle classi medie (soprattutto alla classe operaia) attraverso le imposte. Di conseguenze in paesi come Italia, Germania, Austria, essa fu inaugurata abbastanza precocemente e in genere precedette l'avvento del suffragio universale.

- Nei regimi parlamentari (parliamo quindi di stati come la Gran Bretagna, la Francia e il Belgio) l'avvento dell'assicurazione obbligatoria venne procrastinato per diverso tempo finché il partito operaio non la introdusse nel suo programma politico e le fece raggiungere un consistente supporto da parte del parlamento che ne approvò poi l'introduzione (cosa che in genere avvenne in seguito all'avvento del suffragio universale).

L'obbligatorietà e il finanziamento tramite contributi portarono due importanti benefici:

- La redistribuzione non avvenne più solo in direzione orizzontale (fra non danneggiati e danneggiati) ma anche in direzione verticale, dai redditi più elevati verso quelli meno elevati; infatti grazie alle aliquote contributive si è potuto operare in favore delle categorie meno abbienti.
- Copertura di rischi particolarmente problematici come la disoccupazione.⁶

Grazie all'obbligatorietà lo stato riuscì ad accrescere le sue possibilità d'inserimento e di incisione nella vita dei cittadini con l'obiettivo di operare una redistribuzione più equa delle risorse in base ai vari criteri di equità.

A partire dagli anni cinquanta del Novecento, vennero apportate diverse modifiche che però non mutarono le fondamenta del termine *assicurazione*

⁶ Per approfondire consultare (a cura di) M. Ferrera, *Le politiche sociali*, Il Mulino, 2012, p. 20

che viene ancora oggi associato al concetto di “diretta partecipazione a qualche schema obbligatorio, in base allo status occupazionale”.⁷

Flora ritiene che esistano tre variabili indipendenti che spieghino la variazione nelle assicurazioni sociali dell’Europa continentale.

La prima è lo sviluppo economico che include due processi: industrializzazione (misurata in base alla percentuale di forza lavoro occupata nel settore industriale) e urbanizzazione (riferita alla percentuale della popolazione totale vivente in città con più di ventimila abitanti). Questi processi hanno generato nuovi problemi sociali e hanno intensificato quelli già esistenti portando all’introduzione dei sistemi di assicurazione sociale.

Il secondo, che è la partecipazione elettorale da parte della classe operaia, è considerata la variabile politica più influente. Questo perché la mobilitazione della classe operaia rappresenta una misura della pressione che veniva fatta sulla classe dirigente al fine di introdurre sistemi di assicurazione sociale. Da ciò, Flora, deduce che la legislazione in materia di assicurazioni deriva, in parte, dal tentativo di difesa contro la mobilitazione operaia.

La terza e ultima variabile consiste nello sviluppo costituzionale, ovvero nell’estensione del suffragio anche alla classe operaia.

- c) Altro termine essenziale, nonché terza modalità che nella teoria dovrebbe portare il welfare state a fornire protezione ai cittadini, è la *sicurezza sociale*.

Inizialmente questo termine venne usato negli Stati Uniti per identificare i primi schemi di assicurazione obbligatoria contro vari rischi, come la vecchiaia o l’infortunio. Nel 1938, questa espressione assunse un altro significato: in Nuova Zelanda venne alla luce il primo servizio sanitario nazionale completamente fiscalizzato (cioè finanziato con gettito fiscale e non con contributi sociali) e rivolto a tutta la popolazione residente, che appunto fu indicato con l’espressione *social security* (idea di una protezione minima in base ai bisogni).

⁷ (a cura di) M Ferrera, Le politiche sociali, Il Mulino, 2012, p. 21

Il concetto di social security fu approfondito durante la Seconda guerra mondiale da un'importante commissione istituita dal governo britannico guidata da Lord Beveridge, la quale produsse un importante rapporto (*Rapporto Beveridge*) che instaurò un nuovo ventaglio di risposte ai rischi in cui incombevano i cittadini come garanzia del reddito e dell'assistenza sanitaria estesa a tutti i cittadini fornendo prestazioni il più uniformi possibili (*minimo nazionale*). Ciò fu poi effettivamente attuato con la fine del secondo conflitto mondiale con il governo di Clement Attlee (1946-1948).

Quindi da inizio anni Cinquanta del secolo scorso l'accezione di sicurezza sociale diventò quella di "uno schema di protezione obbligatorio caratterizzata da copertura universale e prestazioni uguali per tutti"⁸.

Tabella 1.1 Modalità d'intervento del welfare state e loro caratteristiche

	ASSISTENZA SOCIALE	ASSICURAZIONE SOCIALE	SICUREZZA SOCIALE
COPERTURA PRESTAZIONI	Universale ma selettiva	Lavoro	Cittadinanza
FINANZIAMENTO	Fiscalità generale	Lavoratori	Cittadini
PRESTAZIONI	Collegate alla situazione di bisogno	Contributive/retributive	A somma fissa

Fonte: Ferrera, 2012, pag. 22

Da questo possiamo capire che l'instaurazione del moderno stato sociale è avvenuta con l'avvento dell'assicurazione obbligatoria (nella maggior parte dei paesi europei nel XIX secolo) che rovesciò l'impostazione precedente di assistenza (basata come abbiamo visto precedentemente su elargizioni che la società faceva ai più bisognosi) creando prestazioni standardizzate che si basavano su diritti inviolabili e secondo modalità istituzionalmente predefinite.

⁸ (a cura di) M Ferrera, *Le politiche sociali*, Il Mulino, 2012, p. 22

1.1 Il diamante del welfare

Nel corso del tempo sono state date differenti interpretazioni del concetto di welfare state: una tra tutte è quella di Richard Titmuss (1907-1973) il quale sostiene che ci si possa riferire al welfare state quando i diritti sociali sono allargati alla maggior parte dei cittadini indipendentemente dal loro rapporto di lavoro, e non solo a categorie di lavoratori specifiche. Si parla quindi di welfare state quando le prestazioni sono il più possibile universalistiche.

Il welfare state andrebbe, quindi, inteso come “un’istituzione integrata in un complesso sistema di interdipendenze con altre istituzioni”⁹. Lo stato, infatti, per riuscire a produrre benessere, non può basarsi solamente su scelte di carattere politico, ma deve analizzare anche la sfera economica per verificare la qualità e quantità di risorse disponibili per la popolazione e deve far affidamento anche sulle modalità in cui la società garantisce sicurezza e protezione ai suoi membri. Possiamo dedurre, quindi, che il benessere complessivo in uno stato sia il risultato tra l’integrazione di Stato, mercato e società. A questo proposito si parla di “diamante del welfare” dove le quattro punte del diamante richiamano le quattro forze in campo: Stato, mercato, famiglia e la vasta area del Terzo settore.

Il sistema di relazioni che intercorrono fra le quattro punte del diamante è a sua volta denominato “*welfare mix*” (o “*regime di welfare*”)

Lo Stato ha, però, un ruolo dominante rispetto agli altri tre perché ingloba in sé i processi di produzione di benessere, sia pubblici che non (area verde del diamante) e, inoltre, è il “regolatore sovrano” di questi processi (M. Ferrera, 2012).

⁹ S. Vogliotti, S. Vattai, Welfare State. Modelli di welfare state in Europa, IPL 2014, pubblicazione n°1



Figura 1. Il diamante del welfare

Possiamo quindi sostenere che la discriminante fra i diversi tipi di welfare risiede nelle modalità e nella quantità di servizi che vengono erogati direttamente dal pubblico e quelli lasciati in mano alle altre sfere di regolazione.

È possibile distinguere fra due concezioni di welfare:

- Una concezione allargata nella quale “il welfare state definisce una società in cui lo Stato interviene nei meccanismi di riproduzione economica e di redistribuzione per riallocare le opportunità di vita tra gli individui e le classi sociali”¹⁰, perciò, oltre che un insieme di politiche sociali, questa definizione comprende anche una particolare forma di Stato, di governo e di società;
- Una concezione ristretta dove il welfare state riguarda solo un insieme di politiche sociali come forme di sostegno di reddito, servizi sociali, servizio sanitario o le politiche della casa.

L’ambito teorico si rifà alla concezione allargata, mentre l’ambito di conoscenza empirica si ispira alla concezione ristretta.

1.2 L’evoluzione del Welfare State

L’evoluzione del Welfare State europeo è possibile suddividerla in cinque fasi:

- a) Instaurazione;
- b) Consolidamento;

¹⁰ C. Saraceno, *Il welfare. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*, Il Mulino, 2013

- c) Espansione;
- d) Crisi;
- e) Riforma.

Andiamo ad analizzarle brevemente in modo generale; nei capitoli successivi ci sarà, poi, un approfondimento per quanto riguarda Italia e Scozia.

1.2.1 Instaurazione

Il moderno Welfare state affonda le proprie radici nelle misure di assistenza ai poveri (*Poor Relief*, 1576) sviluppatesi nei più importante paesi europei a partire dal XVII secolo.

L' Inghilterra, per prima, raggruppò, all'inizio del Seicento, in un insieme organico di leggi a carattere assistenziale (e repressivo) queste misure (le cosiddette *Poor Laws*, del 1598 e 1601, diventate permanenti nel 1640 e rimaste in vigore fino al 1834). Le possiamo considerare il primo vero intervento pubblico fatto nel sociale anche se non era lo Stato che direttamente si preoccupava della gestione ma la affidava alle chiese e alle comunità locali. Non è ancora possibile definirlo un vero e proprio welfare state in quanto, perché se ne possa parlare con questo titolo, è necessario che lo Stato si faccia carico della soddisfazione dei bisogni fondamentali dei suoi cittadini e non prendendo solo in considerazione alcune categorie; è necessaria un'amplificazione dei diritti sociali prima di poter parlare di un vero e proprio welfare state.

I poveri, e di conseguenza l'assistenza, venivano suddivisi in:

- a) Poveri meritevoli (*deserving poor*): disabili, orfani, vecchi, malati ai quali spettava un servizio domiciliare ed eventualmente un sussidio sotto forma di denaro o un ricovero in ospizio;
- b) Poveri non meritevoli (*undeserving poor*) ovvero i disoccupati (disoccupazione volontaria¹¹).

In base alle misure adottate dalle *Poor Laws*, ad occuparsi dei poveri dovevano essere le parrocchie, alle quali venivano trasferite le risorse provenienti dalle imposte locali (le cosiddette tasse sui poveri) che tutti i cittadini, in base alla loro rendita, erano tenuti a versare. I poveri dovevano essere rinchiusi in case di lavoro apposite (*workhouses*), differenziate in base al disagio, misure che vennero definite da

¹¹ Riferendosi a quel periodo Pugliese, nel libro "Sociologia della disoccupazione" (1993), afferma che chi era povero ma in condizioni di salute normali, anche se era senza lavoro, lo era per colpa sua".

Foucault “*politiche del grande internamento*”. La reclusione non era obbligatoria, ma coloro che rifiutavano non avevano più il diritto di accesso ai servizi messi a disposizione dal soccorso parrocchiale e non avevano più il consenso per mendicare, pena elevate sanzioni. Da ciò capiamo bene che si faceva molto più affidamento sulla punizione che non sul soccorso.

Questa tendenza alla ghettizzazione e alla repressione dei poveri andò via via scemando tra il XVIII secolo (inizio dell’Illuminismo, movimento che si reggeva sui valori della ragione contro l’ignoranza, i pregiudizi e l’intolleranza) e il XIX secolo, in quanto si imposero l’assicurazione e la sicurezza sociale come nuovi strumenti di risposta ai rischi tipici della società industriale.¹²

L’effettivo decollo del moderno welfare state, comunque, lo possiamo attestare negli ultimi due decenni del diciannovesimo secolo a seguito sia di un forte incremento della spesa pubblica in relazione alle prestazioni di assistenza sociale (e di conseguenti modifiche strutturali), sia di innovazioni istituzionali, come l’istituzionalizzazione dei sistemi assicurativi. La conseguente evoluzione della spesa sociale è stata determinata dalla spesa per la sicurezza sociale in termini di trasferimenti per le assicurazioni sociali obbligatorie (che possiamo considerare il punto di svolta) e l’assistenza pubblica.

1.2.2 Consolidamento

La fase di consolidamento del welfare state venne realizzata nel periodo tra le due guerre mondiali (1920-1945). In questa fase si cercò di ampliare il ventaglio di risposte ai rischi coperti dai vari schemi assicurativi. Infatti furono molti i paesi europei a allargare tali schemi con l’obiettivo di includere, oltre che categorie specifiche di persone (come i lavoratori dipendenti), più segmenti della popolazione o istituendo nuovi schemi per coprire i rischi dei nuovi arrivati.

Nacquero per esempio:

- Assegno familiare ovvero una forma di assicurazione, un contributo economico elargito dallo Stato di riferimento ai lavoratori dipendenti in base ai membri inattivi della famiglia (quindi figli e nella maggior parte

¹² La Germania fu il primo paese a porre le basi di un moderno sistema previdenziale nella seconda metà del XIX secolo grazie ad alcuni fenomeni quali l’industrializzazione e il rafforzamento del movimento proletario che crearono le condizioni favorevoli alla nascita della previdenza. In Italia la prima assicurazione si ebbe contro gli infortuni nel 1898, come nella maggior parte dei paesi europei, questo a causa dell’aumento vertiginoso degli incidenti sul lavoro causati dal processo di industrializzazione. L’assicurazione in seguito si estese anche alle malattie o alla vecchiaia/invalidità (processo che si sviluppò tra il 1880 e il 1920)

dei casi la moglie). Furono numerosi i paesi europei che istituirono tale schema: l'Italia lo fece nel 1936-37.

- Assicurazione contro le malattie venne estesa in molti stati anche ai membri della famiglia del lavoratore dipendente: la Norvegia fu la prima (1909) e venne seguita tra il 1930 e il 1945 da molti altri paesi.
- Assicurazione pensionistica venne estesa ai superstiti già dal 1911 in Germania.

Nacque, inoltre, l'idea di una protezione sociale minima in base ai bisogni (e non ai contributi versati), a prescindere dalla contribuzione, come si è accennato prima, con la dottrina della *social security*. Fu il rapporto Beveridge, nel 1942, a sviluppare questa dottrina (ricordiamo introdotta con il Social Security Act americano del 1935 e l'omologo neozelandese del 1938) che prevedeva, rispetto all'assicurazione sociale, due punti fondamentali:

- a) Fornire protezione a tutti i cittadini e non solo ai lavoratori, assicurando l'universalità della copertura;
- b) Le prestazioni si componevano di un minimo nazionale che permettesse a tutti i cittadini di vivere una vita dignitosa indipendentemente dai contributi assicurativi versati.

In termini economici, sullo sfondo di tutto ciò si stava sviluppando e in parte consolidando il pensiero di J.M. Keynes. Egli sviluppò una teoria, la “*Teoria generale*”, nella quale sosteneva che fosse necessario l'intervento pubblico statale a sostegno della domanda, nella consapevolezza che altrimenti il prezzo da pagare sarebbe stato un'eccessiva disoccupazione e che durante i periodi di crisi (e quando di conseguenza la domanda sarebbe diminuita) gli operatori economici avrebbero potuto, in conseguenza al calo della domanda, produrre le condizioni per ulteriori diminuzioni della domanda aggregata. Da ciò nacque l'esigenza di un intervento da parte dello Stato al fine di incrementare la domanda globale anche in condizioni di deficit pubblico, che a sua volta determina un aumento dei consumi, degli investimenti e dell'occupazione.¹³

¹³ Questa teoria “keynesiana” si contrappone alla teoria economica classica, che sostiene che il mercato riesca a riequilibrare domanda e offerta grazie alla legge di Say il quale sosteneva che in un regime di libero scambio non sono verosimili crisi prolungate poiché l'offerta crea la domanda.

Di conseguenza, con l'accettazione di questa nuova teoria, l'intervento dello Stato divenne non solo accettato politicamente, ma largamente sollecitato in questioni di carattere sociale e per il controllo dell'economia.

Nell'immediato il problema principale non fu tanto quello di decidere se fosse necessario un "vasto e permanente insieme di attività statali chiamato welfare state, ma si trattava di come tenerlo in piedi e consolidarlo" [Flora, 1983].

Infatti gli stati si regolarono in base alle loro necessità rispetto ai danni subiti durante la guerra: in alcuni paesi, come ad esempio la Gran Bretagna, si perseguirono politiche atte alla creazione di servizi, di solidarietà sociale e di programmi unitari di sicurezza del reddito; nei paesi più devastati dalla guerra l'accento fu posto sulla ricostruzione. Quello che accomunava realmente la politica dei vari stati fu il fatto che divenne convinzione generale che le politiche sociali dovessero essere rivolte a tutti e non solo alla classe operaia.

Questa fase, infatti, introdusse la nuova nozione (più ampia rispetto alla precedente "assicurazione dei lavoratori") di "assicurazione sociale", la cui definizione comprende rischi più estesi e maggiori possibili beneficiari.

La fase del consolidamento non ha prodotto un gran numero di innovazioni ma ha portato ad una graduale integrazione di idee e politiche che prima non avevano una stabile organizzazione. I cambiamenti portati dal consolidamento non furono stabili e questo portò diverse difficoltà nell'affermazione di un welfare "pulito" e razionale.

1.2.3 Espansione

Gli anni successivi al secondo conflitto mondiale furono anni particolarmente floridi per lo sviluppo del welfare, tanto che il trentennio successivo si guadagnò il nome di "trentennio glorioso": in tutti i paesi europei, infatti, vi fu un'estensione, nonché un notevole miglioramento dei sistemi di protezione offerti dallo Stato.

Il suo sviluppo ha portato a:

- Un cambiamento nel funzionamento dell'economia, alterando molte delle leggi del mercato capitalistico;
- Ha fornito elementi nuovi e nuove vie per mantenere stabile il consenso politico e la democrazia;
- Ha reso molto più complessa ed articolata la struttura sociale, imponendo importanti modifiche a livello strutturale e organizzativo della famiglia.

Va specificato che in questo periodo la spesa sociale crebbe a ritmi sostenuti (così come la ricchezza dei paesi) e ciò diede modo di ampliare il raggio di copertura dei vari schemi assicurativi che raggiunsero, in alcuni paesi, l'intera popolazione.

Si vennero a consolidare due modelli per i quali il principale criterio di distinzione veniva individuato nel tipo di *copertura* che veniva offerta, ovvero le regole per poter accedere ai principali schemi di copertura sociale (in particolare quelli pensionistici e quelli sanitari):

- Modello universalistico (o beveridgiano, ispirato al rapporto Beveridge) sviluppatosi nei paesi anglo-scandinavi, nei quali venne abolita la prova dei mezzi e la copertura del welfare state fu estesa a tutta la popolazione (e non più solo ai bisognosi). Le prestazioni divennero ampie e trovarono fondamento in principi egualitari e vennero finanziate tramite il gettito fiscale;
- Modello occupazionale (o bismarkiano, inaugurato dalle riforme del cancelliere Bismark¹⁴) sviluppatosi nell'Europa continentale dove il processo di estensione della copertura fu di più difficile attuazione. Le prestazioni furono molto differenziate, collegate alle professioni dei singoli (il modello venne anche chiamato "corporativo") prevalentemente finanziato tramite contributi sociali. Divenne il più diffuso in Europa e si consolidò anche in Italia.

La distinzione fra questi due modelli viene in parte associata ai due tipi di redistribuzione tipici del sistema di welfare:

- Una redistribuzione definita alla "Robin Hood" nella quale chi dispone di più risorse, o risulti essere meno bisognoso, retribuisce chi dispone di meno risorse o ha più bisogni (esempio fra tutti chi non ha figli contribuisce al finanziamento scolastico e alla sanità per i figli altrui);
- Una redistribuzione definita a "salvadanaio", perché si prefigge di essere un'assicurazione per le varie fasi della vita che comportano bisogni diversi.

¹⁴ Otto Von Bismark (1815-1898) fu un politico tedesco, noto, fra le tante cose, per le riforme in campo assistenziale. Egli attuò fra il 1881 e il 1889 il primo sistema previdenziale al mondo che funse da modello per tutti gli altri paesi europei. Nel 1883 istituì l'assicurazione contro le malattie e l'anno successivo quella contro gli infortuni. Nel 1889 realizzò un'assicurazione per la vecchiaia.

Nel corso del tempo la divisione non è rimasta così netta ma i due modelli hanno, per certi versi, fuso alcune delle proprie caratteristiche (esempio: quasi tutti i sistemi di tipo assicurativo hanno introdotto una qualche forma di pensione minima).

La distinzione tra questi due modelli viene utilizzata ancora oggi per distinguere le due tipologie di welfare.

A questi si sono aggiunti altri modelli a causa dell'ampliamento del numero dei paesi presi in considerazione e man mano che sono stati approfonditi dati e fatte ricerche più specifiche.

Ogni modello al suo interno ha varie ramificazioni le quali vengono differenziate tra loro tenendo presenti alcuni elementi: la gamma e la generosità delle prestazioni, i criteri di accesso e le caratteristiche dei destinatari, le modalità di finanziamento e le modalità di differenziazione.

Due tra i più famosi sono il modello di Titmuss¹⁵ e il modello di Esping-Andersen¹⁶.

Il modello di Titmuss si focalizza principalmente su due punti: il ruolo e il tipo di intervento dello stato rispetto ai bisogni di sicurezza sociale e i principali destinatari di tale intervento:

- Il modello residuale (*public assistance model*): la presenza statale è minima (residuale, infatti) in quanto si presume che famiglia e mercato agiscano simultaneamente in modo da garantire il soddisfacimento dei bisogni individuale. Lo stato interverrebbe in modo residuale con prestazioni minimali e limitate nel tempo, laddove gli altri due attori non siano in grado di soddisfare la domanda della collettività, i cui beneficiari sono individuati in condizioni di necessità.

Titmuss riteneva che il vero obiettivo del welfare state fosse quello di insegnare ai cittadini come fare senza di esso [Peacock, 1960];

- Nel modello meritocratico-occupazionale (*industrial achievement-performance model*) Stato e mercato sono complementari nella fornitura dei servizi e prestazioni. Le prestazioni vengono fornite solo a chi partecipa al mercato del lavoro (ed eventualmente ai familiari). Alla

¹⁵ Richard Titmuss (1907-1973) è stato un pioniere britannico nella ricerca sociale. Le sue ricerche hanno contribuito a definire le caratteristiche dei welfare state nel secondo dopoguerra.

¹⁶ Gøsta Esping-Andersen (nato nel 1947) è un sociologo e politologo danese. Ha focalizzato le proprie ricerche sull'analisi dello stato sociale (welfare state) e sul suo impatto all'interno delle economie capitalistiche.

base di questo modello c'è la convinzione che ogni individuo debba provvedere al proprio sostentamento in maniera autonoma in base al proprio lavoro e ai conseguenti contributi versati che lo assicurano contro i rischi sociali (disoccupazione, malattia, infortuni, ecc.). Il grado di benessere di cui un individuo può usufruire dipende dalla posizione che ricopre nel mercato del lavoro.

- Nel modello istituzionale-retributivo (*institutional redistributive model*) lo Stato ha un ruolo primario e garantisce direttamente la protezione sociale e l'assicurazione per tutti i cittadini in quanto adotta criteri universalistici di erogazione dei servizi che vengono garantiti all'intera comunità al fine di garantire maggior sicurezza sociale. Il ruolo dello Stato, inoltre, non è solo quello di fornire servizi, ma anche quello di prevenire l'insorgenza di situazioni rischiose. Il mercato non è in grado di allocare efficacemente le risorse in modo da raggiungere anche le classi più povere della popolazione.

Tabella 1.2 Caratteri del modello di Welfare State di Titmuss

	RESIDUALE	OCCUPAZIONALE	ISTITUZIONALE
CRITERIO	Bisogno	Lavoro	Cittadinanza
DESTINATARI	Poveri	Lavoratori	Cittadini
COPERTURA	Marginale	Occupazionale	Universale
FINANZIAMENTO	Fiscale	Contributivo	Fiscale
RUOLO STATALE	Minimo	Complementare	Sostitutivo
REQUISITI	Prova dei mezzi	Partecipazione/assicurazione	Cittadinanza/residenza
LIVELLO DI SPESA	Basso	Medio	Elevato

L'altro modello è quello di Esping-Andersen, ideato nel 1990 e che ad oggi risulta essere il più noto e il più utilizzato.

Sul piano analitico, secondo Esping-Andersen, esistono due diverse dimensioni: la dimensione della de-mercificazione che connota il grado in cui gli individui che si trovano all'interno di un certo regime di welfare possono liberamente astenersi dalla

prestazione lavorativa, senza rischiare licenziamenti o perdita di benessere [Ferrera, 2012] e la dimensione della de-stratificazione che connota il grado in cui lo stato, attraverso la conformazione delle sue prestazioni sociali, attutisce (fino ad annullare nei caso limite) i differenti status occupazionali o di classe [Ferrera, 2012].

Egli individua gruppi di paesi caratterizzati da gradi e forme diverse di de-mercificazione (*decommodification*), ovvero di indipendenza dal mercato [Saraceno, 2013]. Questa differenziazione dipende dal ruolo che gli attori (quindi stato, famiglia e mercato) ricoprono in un certo gruppo di paesi nel fornire le risorse per far fronte ai bisogni della collettività.

Proprio perché il benessere (che consiste nella soddisfazione dei bisogni) viene prodotto, sia pure in modo variabile, dalla combinazione di questi tre attori, Esping-Andersen preferisce parlare di “*regimi di welfare*”, proprio perché lo stato non è l’unico attore [Saraceno, 2013]. Ed è proprio questa intuizione ad aver reso celebre la sua impostazione, anche se comunque criticata¹⁷.

Esping-Andersen individua quindi tre regimi di welfare all’interno delle società capitalistiche che sono:

- Il regime universalistico (o socialdemocratico), tipico dei paesi scandinavi, quindi Svezia, Danimarca, Norvegia, si differenzia per la centralità del ruolo dello Stato nel soddisfacimento dei bisogni e nella prevenzione dei rischi in cui possono incorrere gli individui. Il principio è, appunto, quello universalistico: la predominanza è, infatti, quella di schemi universalistici di sicurezza sociali con alti standard di prestazione. La de-mercificazione è alta: il ruolo del mercato, infatti, è ridotto al minimo e gli individui dipendono fortemente dall’intervento statale che si sostituisce sia al mercato, appunto, sia alla famiglia.
- Il regime conservatore (o corporativo), tipico dei paesi dell’Europa continentale (inclusa l’Italia), si caratterizza per la predominanza di schemi assicurativi di tipo pubblicistico collegati alla posizione occupazionale del soggetto. Di conseguenza i principali destinatari risultano essere i lavoratori adulti maschi capofamiglia (*male*

¹⁷ Esping-Andersen ha ricevuto diverse critiche in merito alla teoria dei regimi di welfare: il modo in cui l’indice di mercificazione è stato costruito: egli considera solo le politiche di trasferimento del reddito (quindi vecchiaia, disoccupazione, malattia) ma inserendo altre voci di spesa (come per esempio le pensioni di invalidità), l’indice acquisirebbe un diverso peso e questo porterebbe ad una sostanziale modifica nella comparazione tra i paesi considerati. Egli inoltre tiene poco in considerazione l’importante ruolo che svolge la famiglia. Per ulteriori approfondimenti consultare C. Saraceno, *Il Welfare*, Il mulino, 2013 pag. 32-34.

breadwinner). Si capisce che un'importanza rilevante viene data alla famiglia e alle associazioni intermedie, infatti l'obiettivo è quello della collettivizzazione dei rischi. Lo stato si limita ad intervenire nelle situazioni in cui viene meno la capacità della famiglia di provvedere ai suoi bisogni e a far fronte ai rischi sociali (invalidità, malattia, disoccupazione e vecchiaia).

- Il regime liberale, tipico dei paesi anglosassoni (come Regno Unito, Canada e Stati Uniti), si caratterizza per un basso livello di demercificazione dato dalla forte presenza del mercato nella soddisfazione dei bisogni della comunità. Gli schemi di assicurazione sociale sono circoscritti ad una ristretta cerchia di gruppi (i più bisognosi, poveri o lavoratori a basso reddito). Lo Stato quindi ha un'azione residuale (vedi modello di Titmuss): il welfare incoraggia il ricorso al mercato sia in modo passivo, quindi riducendo al minimo le interferenze e la regolazione soprattutto nel mercato del lavoro, o in modo attivo, incentivando il ricorso a schemi assicurativi non statali. Le prestazioni assistenziali sono rivolte a quegli individui che possono dimostrare, attraverso la prova dei mezzi, il loro stato di bisogno e l'obiettivo del welfare state è quello di garantire il rientro nel mercato a chi non è più autosufficiente.

Tabella 1.3. I tre regimi di welfare di Gøsta Esping-Andersen

	REGIME LIBERALE	REGIME CORPORATIVO	REGIME SOCIALDEMOCRATICO
MISURE	Assistenza basata sulla prova dei mezzi	Schemi collegati alla posizione occupazionale	Schemi universalistici con alti standard di prestazione
PRESTAZIONI	Poco generose	Collegate ai contributi e/o alle retribuzioni	Generose, a somma fissa, finanziamento fiscale
PRINCIPALI DESTINATARI	Bisognosi, Poveri	Lavoratori adulti capofamiglia	Tutti i cittadini
COMPITO DEL WELFARE	Incoraggiare il ricorso al mercato (incentivi)	Sussidiarietà: lo Stato interviene dove non arrivano famiglia e Terzo settore	Mira a marginalizzare il ricorso al mercato
DE-MERCIFICAZIONE	Bassa (forte dipendenza dal mercato)	Media (dipendenza dal mercato attenuata)	Alta (dipendenza dal mercato molto attenuata)
DE-STRATIFICAZIONE	Bassa (dualismo: welfare dei ricchi e welfare dei poveri)	Medio-bassa (differenze di status e genere)	Alta (eguaglianza di trattamento per tutti)
PAESI DI ATTUAZIONE	Stati Uniti, Canada, Regno Unito, Australia	Germania, Austria, Francia, Olanda	Svezia, Danimarca, Norvegia

Fonte: Ferrera, 2006

Esiste un ulteriore modello che scaturisce dalla consapevolezza che la tripartizione di Esping-Andersen era insufficiente perché escludeva del tutto i paesi dell'Europa meridionale (tranne l'Italia, inserita nel modello conservatore-corporativo). L'autore di quest'altro modello è Maurizio Ferrera che sottolinea la presenza, appunto, di un quarto modello che definisce *Welfare mediterraneo* o *dell'Europa meridionale*. Le caratteristiche di questo nuovo modello sono: la famiglia e le reti parentali hanno una responsabilità primaria nella tutela dell'individuo e lo Stato interviene laddove questi non riescono ad arrivare, in maniera quindi residuale; la protezione pubblica privilegia il versamento di apporti finanziari, piuttosto che dare servizi sociali (come per esempio ricoveri, assistenza domiciliare) che sono delegati alle famiglie; infine un altro tratto distintivo è il particolarismo sia per quanto riguarda le erogazioni (come manipolazioni clientelari e frodi) sia per quanto riguarda il finanziamento

(come evasioni contributive accettate dalle amministrazioni e ogni tanto sanate tramite condoni fiscali).

Quindi Ferrera ha un po' ridisegnato i regimi di welfare di Esping-Andersen operando un'ulteriore classificazione evidenziando che i sistemi di welfare europei si differenziano rispetto a quattro dimensioni:

- Le regole di accesso;
- Le formule di prestazione;
- Formule di finanziamento;
- Assetto organizzativo-gestionale.

Tabella 1.4 La classificazione di Ferrera

	PAESI SCANDINAVI	PAESI ANGLOSASSONI	PAESI EU CENTRALE	PAESI EU MERIDIONALE
ELEGGIBILITA	Universale	Inclusiva ma universale solo per sanità	Copertura selettiva (legata allo Stato famiglia)	Per sanità è universale; per altre forme di protezione è selettiva
PRESTAZIONI	Somme fisse di importo generoso, erogate automaticamente	A somma fissa con importo < di quelle scandinave. Prestazioni assistenziali estese con verifica del bisogno	Proporzionali al reddito	Particolarismo nelle prestazioni (clientelismo, frodi)
FINANZIAMENTO	Gettito fiscale	Sistema misto: sanità pagata con gettito fiscale; prestazioni in denaro finanziate dal gettito fiscale	Contributi fiscali	Per sanità si ha gettito fiscale; per le altre prestazioni contribuzione sociale
ORGANIZZAZIONE	Prestazioni erogate a carico dello Stato	Completa gestione del mercato	Ci sono margini di autonomia rispetto al pubblico	Le parti sociali "contrattano" con lo Stato
PAESI DI ATTUAZIONE	Norvegia, Danimarca e Svezia	Regno Unito, America, Australia	Germania, Francia, Belgio, Olanda	Italia, Spagna, Grecia, Portogallo

È in questo periodo che nasce il meccanismo della ripartizione per il finanziamento delle pensioni: i contributi versati dai lavoratori attivi venivano utilizzati per

finanziare i servizi erogati alla generazione inattiva (ovvero per dare la pensioni ai lavoratori ormai anziani).

Ci sono diverse spiegazioni riguardo alle cause che hanno portato all'espansione del welfare state nell'Europa occidentale negli anni successivi alla fine della Seconda guerra mondiale: industrializzazione, urbanizzazione, crescita demografica (alimentata anche dai fenomeni migratori) fecero aumentare le opportunità ma portarono come conseguenza l'aumento dei rischi indebolendo parallelamente gli attori che per tradizione si occupavano del mutuo aiuto e della solidarietà, le famiglie, le organizzazioni caritatevoli. Da ciò si sviluppò la “*questione sociale*”: che includeva oltre a nuovi bisogni, anche nuovi attori come i nuovi assetti di classe.

1.2.4 Crisi

La crisi avviatasi verso la metà degli anni Settanta, colpì, inevitabilmente, anche la sfera del welfare state; anzi molti ravvisarono proprio nel welfare state una vera e propria *causa* piuttosto che uno dei tanti aspetti toccati dalla crisi.

In quegli anni avvennero una serie importante di mutamenti che minarono la stabilità di entrambi i modelli (bismarckiano e beveridgiano). Questo perché entrambi affondavano le proprie radici su una serie di premesse socio-economiche e politico-istituzionali che sono venute a mancare durante gli anni Settanta.

La prima premessa che va analizzata è quella riguardante la rapida crescita economica che entrambi i modelli avevano preventivato e che avrebbe dovuto garantire importanti entrate che poi sarebbero dovute essere redistribuite alla popolazione sotto forma di servizi e protezione sociale. È storia, però, il fatto che questo processo non avvenne in quanto durante la metà degli anni Settanta le economie occidentali subirono un brusco arresto; questo a causa della crisi petrolifera, il crollo del sistema finanziario di Bretton Woods¹⁸, e, in buona sostanza, a causa dell'esplosione della globalizzazione che portò i paesi asiatici sempre più vicini ad ottenere il primato industriale ed economico nord americano.

¹⁸ La conferenza di Bretton Woods (1-12 luglio 1944) che portò alla creazione della Banca Mondiale e del Fondo Monetario Internazionale (FMI), fece stipulare gli accordi che diedero vita ad un sistema di regole per governare la politica monetaria internazionale con l'obiettivo di impedire una terza guerra mondiale. Si credeva, infatti, che tra le cause della guerra mondiale ci fossero le pratiche protezionistiche, la svalutazione dei tassi di cambio per ragioni di competitività e la scarsa collaborazione tra i paesi in materia di politiche monetarie. Quindi i due principali compiti della conferenza furono quelli di creare le condizioni per una stabilizzazione dei tassi di cambio rispetto al dollaro ed eliminare le condizioni di squilibrio determinate dai pagamenti internazionali. La guerra del Vietnam, il forte aumento della spesa pubblica e del debito americano segnarono la fine del sistema istituito a Bretton Woods (1971).

La seconda si basa sul fatto che i welfare state furono creati basandosi su economie e società prevalentemente di stampo industriale: produzione e consumo di massa, forza lavoro prevalentemente maschile e occupata per la maggior parte nelle fabbriche. Durante gli anni Settanta però, le società iniziarono a erogare nuovi servizi e a ideare nuovi modelli produttivi: le società erano entrate nel periodo post-industriale e questo comportò decentramento produttivo, consumi differenziati e maggiore flessibilità nei rapporti di lavoro. Il tutto si è intensificato durante gli anni Ottanta e Novanta spinto dalla crisi che si era originata del decennio precedente.

La terza premessa era costituita dalla stabilità dell'istituto familiare e dalla divisione del lavoro fra i due generi dove l'uomo era coperto dalle assicurazioni sociali mentre la donna era a carico. Dagli anni Settanta però le donne iniziarono a partecipare più attivamente al mercato del lavoro, ridefinendo il loro ruolo di donne nella società, nei rapporti di genere e i loro diritti.

La quarta premessa trovava le sue fondamenta nella struttura demografica sia rispetto alle varie fasce d'età (declino della fertilità e conseguente invecchiamento della popolazione, connesso anche alla crescita della speranza di vita) che rispetto alle migrazioni (che subirono una notevole impennata portando una forte eterogeneità nella struttura della società).

La quinta premessa, infine, è di ordine socio-economico e riguarda la crescita esponenziale delle aspettative nel campo del benessere iniziata e avviata già durante gli anni Sessanta ("rivoluzione delle aspettative crescenti" [Ferrera, 2012]) e che si è poi sviluppata nei due decenni seguenti.

Secondo Flora sono, invece, principalmente tre i capi d'accusa nei confronti del welfare state.

Il primo riguardava i suoi costi: la spesa sociale aveva drammaticamente accelerato il proprio ritmo di crescita. Il problema era, come ha sottolineato anche Ferrera, che il costo del welfare non era più stato supportato dai deficit pubblici o dalla stampa di moneta e la classe media si vide costretta al pagamento di tasse sempre più pressante. Inoltre non fu possibile far fronte ai costi futuri senza la disponibilità della classe media a pagare tasse ancora più elevate: è proprio questa disponibilità ad essere messa in discussione.

Il secondo riguarda l'inefficienza: il welfare non fu in grado di tener fede alla maggior parte delle promesse. Da una parte si lamentava il fatto che non fosse stato in grado di distribuire denaro e servizi ai più bisognosi, dall'altra venne manifestato

un grande senso di delusione. I programmi di benessere infatti sembravano non riuscire ad essere efficaci nel portare a termine il compito per cui erano stati creati (cioè maggior eguaglianza), anzi nel tentativo di realizzare tali obiettivi, hanno prodotto conseguenze indesiderate e non volute (es. maggior dipendenza dei clienti dal servizio).

Il terzo, infine, fu l'eccesso di regolazione: il welfare venne definito pericoloso perché rischiò di minare, attraverso il perseguimento del benessere, la libertà individuale a causa di un'eccessiva espansione del potere statale

Possiamo quindi affermare che, sempre secondo Flora, negli anni Settanta il welfare state entrò in una "fase di espansione autodistruttiva" poiché la spesa alimentava i deficit pubblici i quali alimentavano l'inflazione e la caduta degli investimenti produttivi, creando disoccupazione e ciò decretò un innalzamento della spesa.

Infine, per quanto riguarda l'opinione pubblica, uno studio condotto negli anni Settanta, sotto forma di sondaggio, negli Stati Uniti e in Europa Occidentale, dimostrò che la maggior parte dei cittadini sarebbe stata disposta ad abbassare le aspettative in risposta a eventi sfavorevoli. Per Flora furono tre i processi che operarono nelle democrazie occidentali durante il periodo di crisi economica e della crescente sfiducia nei leader e nelle istituzioni sociali.

In primo luogo ci fu una "compartimentalizzazione" delle soddisfazioni, ovvero gli individui riuscirono a sopportare l'insoddisfazione nei confronti del funzionamento dell'economia e dello stato solo grazie ad una generale soddisfazione del proprio tenore di vita.

Secondo, gli individui smisero di confrontare e valutare come le situazioni si stavano evolvendo.

Infine, si affermò una maggiore flessibilità rispetto alle aspettative future.

Quindi, per riassumere, secondo Flora durante gli anni Settanta vennero modificate le priorità e le premesse dei politici, i comportamenti premiati dall'elettorato e le aspettative della gente.

Siamo quindi entrati in quella che verrà definita da alcuni autori come l'età dell'argento di austerità permanente" [Pierson 1996; Taylor Gooby 2002] dopo il tramonto dei *Trenta gloriosi*.¹⁹

¹⁹ (a cura di) U. Ascoli, *Il welfare in Italia*, Il Mulino, 2011 p. 10

1.2.5 Riforma e ricalibratura

Negli anni Novanta, quindi, a seguito dei problemi sviluppatisi che portarono alla crisi del welfare state, si assistette ad una sua ricalibratura attraverso la messa in agenda del risanamento e della modernizzazione dei programmi sociali.

In questi anni si iniziò ad operare una politica di tipo sottrattiva nel senso che venne portata avanti una cancellazione, o comunque una diminuzione, di diritti acquisiti e questo portò a forti proteste dei gruppi sociali nei confronti dei governi in tutta l'Europa.

La ricalibratura è un processo che possiamo riassumere in alcuni punti fondamentali:

- La presenza di un insieme di vincoli, di natura sia esogena che endogena che vanno a condizionare le scelte dei decision maker;
- L'interdipendenza fra eventuali scelte espansive o migliorative (l'introduzione di un nuovo programma o il rafforzamento di uno già esistente) e scelte restrittive o sottrattive prese a causa dei vincoli da rispettare;
- Uno spostamento deliberato dell'enfasi posta sui diversi strumenti e obiettivi delle politiche sociali. [Ferrera, 2012]

Ferrera, inoltre suddivide la ricalibratura in tre sottodimensioni:

- La ricalibratura funzionale per la quale si operarono interventi per ribilanciare le funzioni di protezione sociale rispetto ai rischi;
- La ricalibratura distributiva che ebbe l'obiettivo di ribilanciare gli interventi, mediando tra categorie ipergarantite e quelle ipogarantite;
- La ricalibratura normativa che concerne le iniziative di natura simbolica (come ad esempio discorsi pubblici) che ebbero l'obiettivo di dare delle buone ragioni per modificare lo status quo in quanto inefficiente, inefficace ed iniquo.

Va sottolineato però che il compito dei governi non fu affatto semplice, stretti come erano tra i vincoli da rispettare e il calo di consensi da parte dell'elettorato (che da sempre, per buona parte, influenza l'esito finale delle politiche).

La linea che alla fine venne seguita da più governi fu quella dell' "inseguimento adattivo: poche riforme di struttura e molti tagli ai margini, lungo le linee di minor resistenza socio-politica."²⁰ Secondo Pierson (politologo americano), infatti, si è

²⁰ (a cura di) M Ferrera, *Le politiche sociali*, Il Mulino, 2012, pag. 38

utilizzata una strategia di offuscamento, con l'obiettivo di creare confusione sui tagli sfruttando il potere dei governi sull'informazione, accompagnata da tattiche di compensazione (ammorbidire i destinatari attraverso dei cambiamenti progressivi) e dal *dividi et impera* (ovvero cercando di creare attrito fra i diversi gruppi sociali).

Va detto, per concludere, che la ricalibratura del welfare non è ancora stata compiuta e pare destinata a durare per diverso tempo ancora.

1.3 Processi di riorganizzazione territoriale

Nel volume “La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia”, Y. Kazepov cerca di considerare i diversi assetti istituzionali al fine di comprendere i processi che hanno portato sia alla ri-organizzazione territoriale sia alla diversificazione degli attori all'interno dei paesi e del loro operato nei confronti del cambiamento.

Egli individua cinque nuovi modelli affermatasi recentemente in Europa: rivisita i tre sistemi di welfare di Esping-Andersen ai quali aggiunge il sistema di welfare sud-europeo e il sistema dei paesi dell'Est Europa. Nello stesso libro l'autore cerca, inoltre, di evidenziare l'importanza dell'equilibrio che deve sussistere tra Stato, Mercato e Terzo settore (o famiglia) e i rispettivi principi regolatori, per analizzare poi i cambiamenti nei sistemi di welfare.

Andiamo brevemente ad analizzare i modelli:

- a) Il sistema anglosassone-liberale, tipico di paesi come Regno Unito e Stati Uniti, si caratterizza per una bassa partecipazione dello Stato che interviene nel momento in cui il Mercato, organismo prevalente, e Terzo Settore (o Famiglia) falliscono nella redistribuzione delle risorse.

In un sistema come quello della Gran Bretagna, infatti, altamente competitivo ed individualistico, il Mercato diventa il meccanismo di regolazione prevalente mentre lo Stato assume un aspetto marginale.

Non va dimenticato, però, l'impianto pensato da Lord Beveridge e che egli ha lasciato: le riforme compiute negli anni Novanta (il “New Deal”), infatti, hanno cercato di ravvivare quell'impostazione con lo scopo di consolidare nuovamente i rapporti intercorrenti tra pubblico e privato il che, però, ha comportato una frammentazione degli interventi di politica sociale tra regioni, o comunque grandi città, con la possibilità di provvedere da sole alle risorse locali e contesti economicamente più isolati.

Ad oggi, si sta propendendo verso una ri-centralizzazione dei criteri che definiscono l'accesso ai servizi: “le forme di governance [...] sono prevalentemente di tipo pluralista e manageriale, volte al coordinamento di attori pubblici e privati in vista di una maggiore efficienza delle prestazioni piuttosto che una loro maggiore equità che, comunque, viene perseguita attraverso un *targeting* su gruppi a rischio specifici”.²¹

- b) Il sistema scandinavo social-democratico: tipico di paesi come Danimarca, Svezia, Finlandia e Norvegia, si fonda sulla marcata presenza dello Stato che si occupa dei rischi lasciando uno spazio marginale agli altri due attori (Mercato e Terzo Settore-Famiglia). In buona sostanza, quindi, le prestazioni sono di tipo universalistico, basate sul bisogno dei residenti e lo Stato si occupa di allocare le risorse, dell'organizzazione e del finanziamento della sicurezza sociale.

Questo, a livello territoriale, ha portato ad uno spiccato senso di autonomia che però ha comportato nel contempo a differenziazioni locali. Di conseguenza negli ultimi anni è stato attivato un coordinamento istituzionale al fine di definire standard comuni. Va comunque specificato che le differenziazioni locali sono state in parte sanate dai contributi erogati dallo Stato centrale. Regolazione e programmazione, quindi, vengono svolte a livello di governo centrale mentre la gestione delle risorse viene demandata al livello locale.

- c) Il sistema continentale-corporativo: è il sistema tipico di paesi come Francia e Germania e “basa la propria logica redistributiva sul doppio criterio della condizione contributiva e della sussidiarietà dello Stato rispetto alla Famiglia”.²² L'iscrizione all'assicurazione obbligatoria porta alla collettivizzazione dei rischi fondata sulla posizione socio-economica degli individui. È presente una sussidiarietà attiva delle politiche che mette in gioco sia la famiglia in quanto dispensatore di cure, sia risorse sotto forma di servizi e di finanziamenti ad essa destinati.

Per quanto riguarda l'articolazione territoriale c'è da tenere presente che ci sono sia paesi federali (es. Germania) che paesi centralisti (es. Francia). Ciononostante prevale una forma di collaborazione tra Stato e Comuni dove

²¹ (a cura di) Y.Kazepov, “La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia”, Carrocci, 2009, pag. 23

²² (a cura di) Y.Kazepov, “La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia”, Carrocci, 2009, pag. 24

il primo impone degli standard che vincolano le prestazioni erogate dai secondi.

- d) Il sistema sud-europeo familistico: è un sistema molto simile al modello continentale-corporativo ma ha delle differenze sostanziali: al contrario di quanto abbiamo visto con il modello precedente, in questo prevale una sussidiarietà di tipo passivo, ovvero le Famiglie si fanno carico di tutti i principali compiti di cura dei suoi membri senza poter contare su una gran varietà di servizi, ma solo su prestazioni di tipo monetario. Da un punto di vista territoriale sono evidenti le disuguaglianze sociali: sebbene, infatti, gli Stati del Sud Europa (in particolar modo Spagna e Italia) siano nati come stati centralisti, nella metà degli anni Settanta essi hanno subito forme di decentramento sia dal punto di vista amministrativo-gestionale che politico-regolativo (questo tema verrà approfondito, per quanto riguarda l'Italia, nel capitolo successivo).
- e) Il sistema dei paesi europei di transizione: è il modello, in fase di consolidamento, dei paesi dell'est Europa che dopo la caduta del Muro di Berlino hanno incontrato difficoltà nella capacità di produrre ricchezza e che hanno in seguito dovuto riformare le proprie politiche sociali, in modo che si avvicinassero sempre più a quelle del modello corporativo, al fine di entrare a far parte dell'Unione Europea.
- “I modelli di governance prevalenti nei vari paesi in transizione sono coerenti con questo quadro piuttosto eterogeneo e si caratterizzano per forme di interazione tra gli attori molto differenziati tra loro, più orientata al pluralismo competitivo e alla privatizzazione in Polonia, o a soluzioni di tipo corporativo in paesi come Slovenia e Repubblica Ceca”.²³

Il processo di sussidiarizzazione, quindi, è il punto focale dell'evoluzione delle politiche sociali in Europa: le politiche sono state riorganizzate su base territoriale accompagnate da una moltiplicazione di attori coinvolti nella gestione, programmazione e attivazione.

Questo processo, oltre a non potersi dire concluso, è in costante divenire.

La maggior importanza che ha acquisito nel tempo la dimensione territoriale ha portato a pensare ad un'ulteriore differenziazione sulla base dei vari contesti locali.

²³ (a cura di) Y.Kazepov, “La dimensione territoriale delle politiche sociali in Italia”, Carrocci, 2009, pag. 26

Questo è ciò che sostiene G. Bertin in “Welfare regionale in Italia”; egli evidenzia le dimensioni da considerare allo scopo di analizzare i cambiamenti in atto. Brevemente esse sono:

- la responsabilità della protezione sociale, ovvero analizzare in che misura il settore pubblico risponde ai bisogni dei cittadini e il grado di estensione della sussidiarietà laddove gli attori, in una classificazione ideal-tipica, sono Stato, singolo, comunità (welfare community) e società (welfare societario ma con una forte presenza statale nella costruzione delle relazioni fra gli attori).

- la titolarità della gestione dei servizi: è possibile individuare quattro diverse modalità:

1. Stato erogatore dove le altre forme rimangono esterne e del tutto indipendenti;
2. Stato compratore con la presenza del terzo settore come soggetto fornitore dei servizi ritenuti poco onerosi;
3. Pubblici e privati come pari erogatori di servizi;
4. Sussidiarietà dove tutti gli attori, individuo, famiglia, comunità e Stato sono presenti e costruiscono insieme le condizioni che favoriscono l'azione degli altri attori.

- il ruolo degli enti governativi e le caratteristiche del processo di regolazione: sempre considerando un ideal-tipo possiamo immaginare che l'ente pubblico orienti la sua azione in modo:

- a) gerarchico-direttivo dove prevale la logica burocratica e la programmazione pubblica;
- b) minimale di mercato dove vengono definite le regole della concorrenza;
- c) minimale di comunità dove vengono create le condizioni per consentire le operazioni della società civile (autoregolazione della società);
- d) accompagnatorio e proscrittivo dove si instaura un'integrazione coerente fra i processi di concorrenza, gerarchia e della rete.

- la logica dei servizi: basandosi sui lavori di Donati sulla sociologia relazionale, G. Bertin individua:

- a) logica burocratica dove l'erogazione del servizio è basata sul riconoscimento da parte dell'erogatore delle condizioni di bisogno;
- b) mercificazione dove il benessere viene visto come merce da poter comprare nel mercato;

c) riflessività relazionale in cui il benessere è visto come un bene all'interno della relazione tra gli individui ed è lì che va ricercata la risposta al disagio.

- l'estensione del sistema di protezione, ovvero quanto è radicata la protezione dei rischi sociali che si basa da una parte sulla copertura dei rischi (l'offerta dei servizi) e dall'altra il grado di diffusione del sistema di offerta nella popolazione. Gli ideal-tipi che vengono costruiti rispondono a:

a) alta estensione sistemica: alto grado di diffusione del sistema di offerta che raggiunge gran parte dei cittadini e che conferisce un alto grado di rispondenza ai principali rischi sociali.

b) estensione parziale: i rischi vengono coperti solo in parte dall'offerta ma comunque è facile per la popolazione trovare risposta alle condizioni di bisogno;

c) estensione selettiva: l'offerta non è sufficiente a coprire tutta la popolazione anche se la copertura dei rischi non è ridotta;

d) estensione marginale, risposta individualistica. È caratterizzata da una scarsa copertura dei rischi con l'accesso riservato solo a poche persone.

G. Bertin individua a questo punto le varie combinazioni che possono avvenire tra queste dimensioni e formula sei modelli di evoluzione del sistema di welfare locale:

- Welfare state universalistico: tipicamente dei paesi social-democratici del Nord e caratterizzato da un alto grado di protezione erogata dal pubblico con risorse erogate dalla fiscalità generale. Lo Stato, che ha varie ramificazioni nel territorio, svolge compiti di regolazione ed erogazione dei servizi. In questo modello tutti i servizi e le risorse sono gestiti dal pubblico e sono di sua proprietà e i diritti sono garantiti a tutti i cittadini.
- Welfare state residuale: ciò che differenzia questo modello da quello precedente è il livello di protezione sociale offerto ai cittadini. Essi per poter ricevere determinati servizi devono rispondere a determinati requisiti predefiniti, che di solito si attestano sulla dimostrazione delle condizioni di bisogno. Le caratteristiche principali di questo modello sono uguali alle precedenti tranne per il fatto che i diritti, appunto, non sono garantiti a tutti ma sono distribuiti in base alla verifica del bisogno.

- Welfare mix²⁴ regolato dallo Stato: i servizi vengono erogati a fronte della verifica dei requisiti richiesti per poter disporre del servizio. Inoltre la titolarità dei servizi erogati rimane nelle mani del pubblico che la affida anche al privato (che è sempre fornitore del pubblico); i requisiti richiesti, legati al bisogno e al reddito, sono predefiniti dal pubblico e il terzo settore non ha necessariamente forti legami con il territorio, ma può operare contemporaneamente in territori diversi.
- Welfare mix regolato dal mercato: lo Stato ha il compito di regolare la concorrenza nell'erogazione dei servizi e di intervenire per le persone totalmente bisognose. Ai cittadini, invece, spetta scegliere i servizi a cui accedere. Esiste sempre una chiara distinzione tra chi commissiona e chi gestisce il servizio (possono essere sia attori pubblici che attori privati) e il cittadino risulta sempre attivo nelle spese e nella scelta del fornitore.
- Welfare societario con rete decentrata: si differenzia dai precedenti perché si caratterizza per una marcata presenza del volontariato, la famiglia gestisce le criticità con presenza di forme di mutuo-aiuto mentre lo Stato ha una presenza minima. Il terzo settore è fortemente legato al territorio e la sua azione è indipendente dallo stato.
- Welfare societario con rete policentrica: il compito dello Stato è quello di produrre politiche a sostegno ed indirizzo delle reti sociali e di compiere una programmazione in modo partecipato e condiviso. Il tutto è contornato da una forte presenza del volontariato, con la famiglia che gestisce le criticità e il terzo settore che stringe forti legami con il territorio che è indipendente dallo Stato. Il welfare ha compiti residuali: esso entra in azione dove la società nel suo insieme non arriva.

Come evidenziano gli studi di Bertin, “le combinazioni possibili sarebbero molte di più di quelle che vengono qui evidenziate. [...] Questi tipi hanno la funzione di facilitare la definizione delle variabili da utilizzare per l'analisi dei reali processi di trasformazione e differenziazione in atto nei regimi locali di welfare.”²⁵

Per concludere, mi soffermo sui nodi critici che Yuri Kazepov ha individuato nella rio-organizzazione delle politiche sociali in Europa:

²⁴ Come ampiamente discusso in precedenza le caratteristiche del welfare mix si ravvedono nel ricorrere a soggetti privati (privato sociale) per l'erogazione dei servizi. Il Terzo Settore, inoltre, è considerato un fornitore del pubblico. [G. Bertin, M. Carradore, 2012]

²⁵ G. Bertin, “Welfare regionali in Italia”, Ed. Ca' Foscari, 2012, pag. 57

- Il coordinamento territoriale degli attori: in presenza di istituzioni non adeguate, con la crescita del numero degli attori presenti nei diversi livelli territoriali, è possibile che si vengano a creare più margini di discrezionalità e, di conseguenza, maggiori conflitti;
- L'istituzionalizzazione delle differenze sub-nazionali: il fatto che le decisioni vengano sempre più prese a livello locale, legittima lo sviluppo di modelli locali che, invece che contrastare le disparità economiche, le legittima;
- L'accountability del processo di decisione politica: diventa sempre più complesso per i cittadini esercitare un controllo democratico a causa della moltiplicazione degli attori e della loro frammentazione demografica. Questo comporta maggiori difficoltà nella divulgazione delle politiche in modo trasparente.

“Questi nodi critici sono interrelati e tendono a distribuirsi diversamente nei paesi considerati. Questo dipende da un lato dalle differenze socio-demografiche e socio-economiche presenti nei diversi paesi e dall'altro dai gradi di libertà che i diversi sistemi di welfare garantiscono ai propri enti territoriali e attori nel quadro regolativo complessivo.”²⁶

²⁶ Y. Kazepov, E. Barberis, “La dimensione territoriale delle politiche sociali in Europa: alcune riflessioni sui processi di rescaling e governance”, RPS, 2008, pag. 71

2. L'EVOLUZIONE DEL WELFARE STATE: FOCUS SULL'ITALIA

L'evoluzione del welfare state nel nostro paese ha seguito l'evoluzione dei più importanti paesi europei. Come abbiamo precedentemente analizzato, lo stato sociale nacque in Europa verso la fine del XIX secolo a seguito del processo di modernizzazione. Il risultato fu l'introduzione di schemi di protezione per i lavoratori che portò alla produzione di un nuovo tipo di diritti soggettivi, i diritti sociali, ovvero spettanze garantite dallo Stato che potevano essere trasferimenti in denaro o prestazioni in caso di eventi stabiliti a monte come malattia, infortunio, vecchiaia, ecc.

Come abbiamo visto in precedenza, non in tutti i Paesi questo processo si sviluppò con le stesse tempistiche e nelle stesse modalità: nei paesi con regimi monarchico-autoritari la concessione dei diritti (e quindi dell'assicurazione obbligatoria) da parte delle élite, fu un escamotage per rassicurare i nuovi gruppi operai che minavano alla stabilità degli stessi regimi; nei regimi parlamentari, invece, l'introduzione dei diritti sociali venne procrastinata fintanto che il partito operaio non introdusse l'assicurazione obbligatoria all'interno del suo programma e finché non raggiunse un vasto supporto da parte del parlamento.

L'Italia, che fino alla fine della seconda guerra mondiale, era una monarchia seguì il percorso intrapreso da tutti gli altri paesi con regimi monarchico-autoritari.

2.1 Fine 1800 e primi cinquant'anni del 1900

Nei primi anni successivi all'unificazione, avvenuta nel 1861 e nonostante l'impronta laica che venne data al nuovo stato, la politica sociale rimase in mano quasi esclusivamente alla chiesa cattolica. Questo perché lo Stato, con la "Gran Legge"²⁷ si disimpegnò dal farsi carico delle questioni sociali, lasciando piena autonomia al settore caritativo, che era inoltre particolarmente attivo, soprattutto nel centro-sud Italia, nel settore dell'istruzione. Lo Stato, quindi, si limitò inizialmente, salvo per funzioni di tipo igienico-sanitario, ad una mera regolazione delle attività

²⁷ La legge 3 agosto 1862, n. 753 fu una normativa unitaria sull'amministrazione di enti caritatevoli e di beneficenza che istituì presso ogni comune del Regno d'Italia (completata dal Regio Decreto 27 Novembre 1862, n. 1007) una Congregazione di carità che aveva lo scopo di amministrare i beni destinati ai poveri e alle opere pie.

ecclesiastiche e delle prime associazioni volontarie (in particolar modo le società di mutuo soccorso che si erano diffuse dopo la costituzione della loro assicurazione Generale nel 1860) e ciò venne inizialmente apprezzato da parte delle varie forze politiche (cattolici e borghesi).

Verso la fine del secolo, però, la “Questione sociale” tornò al centro dell’attenzione politica, a causa del decollo industriale che portò alla formazione di un nuovo tessuto sociale e all’affermazione dei primi movimenti sindacali nati inizialmente nel Nord e che si estesero poi su tutto il territorio nazionale.

L’esperienza italiana, come abbiamo osservato, trasse le sue fondamenta dall’esperienza tedesca che, per far fronte ai gravi rischi prodotti dall’industrializzazione, introdusse l’assicurazione sociale²⁸. Nel nostro paese, però l’intervento dello Stato venne riconosciuto in una modalità differente da quanto fatto in Germania: allo Stato, infatti, venne assegnato un ruolo puramente residuale.

Per motivi politico-sociale, il primo e concreto intervento dello Stato italiano fu la legge 17 marzo 1898 n°80 che impose l’obbligo per i datori di lavoro del settore industriale di inserire l’assicurazione contro gli infortuni.

Con l’inizio del nuovo secolo si aprì una fase molto florida per quanto riguarda le politiche sociali: il progresso industriale era ben avviato e stava modificando la composizione della forza lavoro e il profilo sociale complessivo del paese e lo Stato iniziò a intervenire più marcatamente in materia socio economica. È proprio nell’era giolittiana che videro la luce importanti riforme previdenziali come la “Cassa nazionale di previdenza per la vecchiaia e l’invalidità degli operai” e la “Cassa nazionale di maternità per la tutela delle donne”.

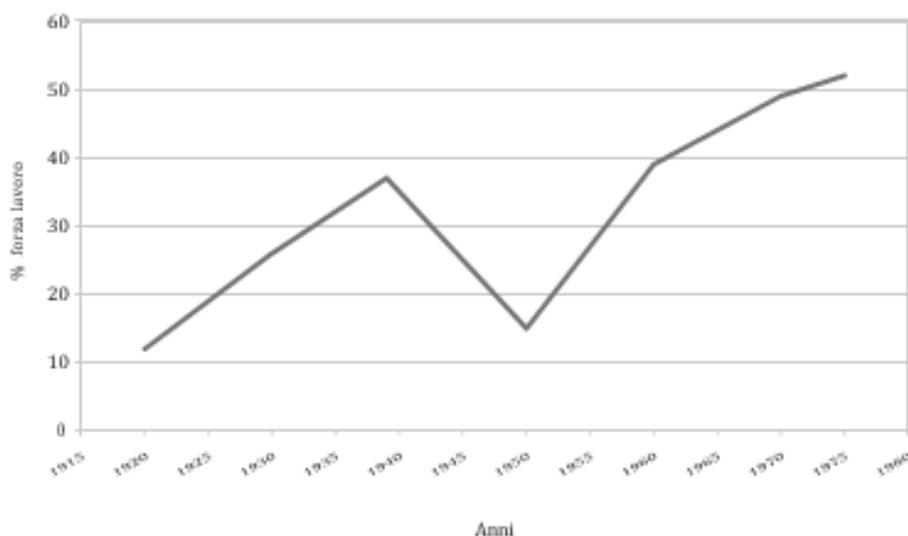
Durante gli anni della prima guerra mondiale, i paesi europei, dovettero rallentare l’evoluzione previdenziale ma ciò fu compensato dal turbolento clima sociale post bellico che pose al centro dell’agenda politica, tra il 1918 e il 1920, i temi dell’obbligatorietà dell’assicurazione pensionistica e di quella contro la disoccupazione.

Nell’età corporativa, cioè nel ventennio fascista, sebbene in un primo momento le politiche sociali subirono una battuta d’arresto, successivamente vennero mantenute e sviluppate ulteriormente le innovazioni ereditate dall’età liberale: venne infatti emanata la Carta del Lavoro nel 1927 e vennero creati istituti corporativi (concezione di solidarietà corporativa).

²⁸ In Germania, infatti, nacque la convinzione (sul finire del 1800), grazie alla “scuola storica dell’economia politica”, che le assicurazioni a fini di tutela sociale avrebbero potuto essere gestite vantaggiosamente dallo Stato. La prima forma di assicurazione (la prima in assoluto) si ebbe nel 1883.

Al ventennio fascista si devono le maggiori innovazioni per quanto riguarda la tutela della maternità, della famiglia e del settore assistenziale.

Grafico 1. Copertura dell'assicurazione di disoccupazione in % della forza lavoro, 1920-1975



Fonte: Collana Storica della Banca d'Italia

2.2 Il post-guerra e gli anni Settanta

Il periodo successivo alla seconda guerra mondiale e alla conseguente caduta del regime fascista, fu determinante per orientare la successiva grande espansione della protezione sociale in Italia. La fase che qui brevemente consideriamo non è affatto una fase omogenea né dal punto di vista politico né da quello economico.

Sebbene inizialmente, anche grazie all'entrata in vigore della Costituzione che sancì vari diritti sociali (art. 32 sulla tutela della salute e art. 35, 36, 37 e 38 sulla tutela del lavoro, rispettando l'uguaglianza tra uomini e donne e del lavoro minorile, e la retribuzione, anche per gli inabili), il tema della riforma previdenziale risultò essere un tema piuttosto caldo nell'agenda politica, esso si assopì a causa del mutamento degli equilibri politici in seguito alle elezioni del 1948 da una parte e dell'ambiziosità delle proposte dall'altra.

Ricapitolando, durante il ventennio successivo alla fine del secondo conflitto mondiale, l'assetto istituzionale, almeno nella sua struttura portante, rimase inalterato: l'erogazione delle prestazioni sociali seguiva sei schemi assicurativi principali (vecchiaia - invalidità - superstiti - disoccupazione - tubercolosi - assegni familiari - malattia/maternità -

infortuni/malattie professionali), la copertura assicurativa si limitava ai lavoratori dipendenti escludendo i lavoratori autonomi, la maggior parte delle prestazioni in denaro erogate dalle assicurazioni sociali era a somma fissa (vedi il caso della indennità per la disoccupazione o per la malattia) o collegate ai contributi versati (es. pensioni) e le prestazioni sanitarie erano per la maggior parte affidate al privato con gli ospedali che erano delle Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficienza (IPAB) soggette al controllo dello Stato ma con ampi margini di autonomia amministrativa. Infine vi erano, nati in epoca fascista, un vasto assortimento di enti pubblici ai quali venne affidato il compito di regolare l'assistenza sociale nazionale, provinciale e locale, affiancate da associazioni caritative private o religiose [Ferrera, 1984].

In questo periodo vennero emanati solo alcuni provvedimenti come:

- L'estensione della copertura delle assicurazioni obbligatorie all'interno delle quali venne inserito un numero sempre maggiore di cittadini perseguendo l'obiettivo di colmare tutti i buchi rimasti ed estendendo, quindi, il più possibile la cittadinanza sociale.

Tabella 2.1 L'estensione della copertura assicurativa in Italia e in Europa, 1885-1975 (in % alla popolazione attiva)

	1885	1895	1905	1915	1925	1935	1945	1955	1965	1975
INFORTUNI										
Italia	-	-	9%	11%	53%	53%	53%	53%	62%	48%
Media europea	2,3%	9,9%	22,4%	31,8%	48,1%	50,2%	54,4%	63,6%	74,4%	81,1%
MALATTIE										
Italia	-	(6)%	(6)%	(6)%	(6)%	22%	45%	63%	84%	91%
Media europea	1,8%	6,5%	12,4%	26,2%	38,5%	47,9%	61,8%	71,1%	86,6%	91,2%
VECCHIAIA- INVALIDITA										
Italia	-	-	(1)%	2%	38%	38%	39%	39%	95%	94%
Media europea	-	4,5%	6,9%	16,8%	30,4%	42,8%	67,9%	81,1%	92,2%	94%
DISOCCUPAZIONE										
Italia	-	-	-	-	(19)%	(31)%	13%	25%	48%	52%
Media europea	-	-	-	2,3%	14,3%	21,8%	27,5%	41,1%	50,6%	63%

Fonte: J. Alber [1983]

Tra parentesi: valutazioni parziali

N.B i valori per fare la media fino almeno al 1925 spesso derivano da pochissimi valori e rispecchiano

Pertanto la situazione dei pochi paesi avanzati. Si rimanda alla fonte originaria per una panoramica più completa. [Ferrera, 1984]

Tabella 2.2 La copertura delle assicurazioni sociali: estensione per categoria occupazionale

ANNO	PENSIONI *	ASSEGNI FAMILIARI	MATERNITA (prestazioni in denaro)	ASSISTENZA SANITARIA
1945	Lavoratori dipendenti sotto una certa soglia di reddito	Lavoratori dipendenti	Lavoratori dipendenti (industria)	Lavoratori dipendenti
1949			(agricoltura)	
1950	Tutti i Lav. dipendenti			
1953				Dipendenti pubbl. (pensionati)
1954				Coltivatori diretti (attivi)
1955				Pensionati
1956				Artigiani (attivi)
1957	Coltivatori diretti			
1958	Pescatori			
1959	Artigiani			Commercianti (attivi)
1963	Casalinghe			Artigiani (in pensione)
1966	Commercianti			Commercianti e coltivatori diretti (in pensione)/disoccupati
1967		Coltivatori diretti		
1968		Disoccupati		
1969	> 65enni senza reddito			
1971			Coltivatori diretti/Artigiani/commercianti	
1972				> 65anni senza reddito
1974		Pensionati		Tutti i cittadini (assistenza ospedaliera)
1977				
1978		Part-timers agricoli		Tutti i cittadini (assistenza farmaceutica)

Fonte: Ferrera, 1984

**Pensione di vecchiaia, invalidità e superstiti*

Tabella 2.2 La copertura delle assicurazioni sociali: estensione per categoria occupazionale

ANNO	MALATTIE (prest. in denaro)	INFORTUNI E MALATTIE PROFESS.	DISOCCUPAZIONE TOTALE	DISOCCUPAZIONE TEMPORANEA
1945	Lavoratori dipendenti	Lavoratori manuali (industria)	Lavoratori dipendenti (industria)	Lavoratori dipendenti (sett. manifatturiero)
1949			(Agricoltura)	
1959		(agricoltura)		
1963		Artigiani		(edilizia/miniere)
1966				
1967				
1968			(sett. manifatturiero)**	
1969			(edilizia/miniere)**	
1971			(agricoltura)**	
1972				(agricoltura)
1974				
1977			Part-timer agricoli	
1978				

Fonte: Ferrera, 1984

*** Introduzione dei trattamenti speciali di disoccupazione*

- Il riordino della tutela in materia di disoccupazione (legge n°264 del 1949) la quale prevedeva la formazione di istituti atti a governare il mercato del lavoro tramite il collocamento pubblico (es. Centri per l'impiego) i quali vennero diffusi capillarmente su tutto il territorio nazionale;
- Il riordino della tutela in materia di maternità (legge n°860 del 1950) che assicurava alle lavoratrici una tutela adeguata;
- La riforma pensionistica del 1952.²⁹

Con la fine degli anni Sessanta però la prospettiva cambiò ulteriormente. Il miracolo economico, infatti, consentì di accrescere le risorse dello Stato cosicché, crescendo il dividendo fiscale, aumentò l'interesse nei confronti dei problemi e delle politiche sociali (va comunque sottolineato che fino al termine del decennio non vi furono grandi innovazioni.)

²⁹ Ci fu l'introduzione, accanto alla pensione "contributiva" (che veniva calcolata basandosi sui contributi effettivamente versati nel corso della vita lavorativa) di una quota di integrazione calcolata in base all'inflazione e al numero di familiari a carico.

A partire, però, dal 1968 si prospettò un cambiamento nel profilo istituzionale del welfare state causato dalle proteste e pressioni sindacali. Fu revisionato innanzitutto il settore ospedaliero per quanto riguarda il suo assetto amministrativo e finanziario: gli ospedali furono trasformati da IPAB ad enti pubblici (sottoposti ad un maggior controllo da parte dello Stato), vennero modificate le modalità di finanziamento di questo settore e vennero istituiti nuovi organi atti al coordinamento e alla programmazione e dipendenti dal Ministero della Sanità

Nell'ambito previdenziale, tra il 1968 e il 1969 vennero apposte delle modifiche al sistema pensionistico (già parzialmente modificato in precedenza): venne infatti introdotta la pensione retributiva con la quale si collegava il pensionamento con l'ultima retribuzione; inoltre venne introdotta l'indicizzazione delle pensioni al costo della vita e la pensione sociale per gli over sessantacinque senza reddito.

Infine, altri provvedimenti vennero eseguiti tra il 1968 e il 1971 come gli interventi per la tutela della disoccupazione e della maternità (vedere Tabella 1.6) e della casa (le competenze vennero assegnate a Regioni e Enti locali, togliendo i fondi alle agenzie pubbliche).

Possiamo quindi affermare, anche guardando la Tabella 1.6, che il processo di ristrutturazione istituzionale ha visto la luce sul finire degli anni '60 e che poi si è protratto e intensificato per gran parte del decennio successivo. Questo perché da una parte iniziarono vere e proprie mobilitazioni da parte di vari movimenti (donne, giovani) che aumentarono l'importanza del welfare state (soprattutto per scuola e servizio sociale) a livello sia simbolico ma anche istituzionale, e dall'altra parte il decentramento amministrativo aveva fatto sì che le Regioni e gli Enti locali venissero inseriti nella politica sociale, come nel settore socio-sanitario, e ciò diede la spinta necessaria a varare nel 1978, con la legge n°833, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

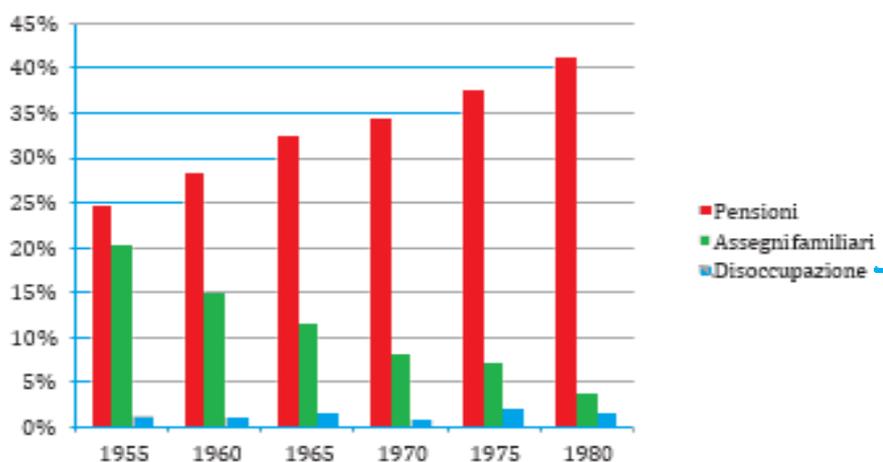
2.3 La crisi a metà anni Settanta

Negli anni '70 un'ondata di critiche e delusioni profonde investì il welfare state nel dibattito politico e ideologico in quanto si era manifestata e affermata la convinzione che esso non potesse garantire una società sicura e più giusta. Già dalla seconda metà degli anni Sessanta, infatti, divenne chiaro ad economisti e demografi che lo Stato assistenziale avrebbe imboccato una strada di autodistruzione.

È possibile raggruppare alcuni tra i più importanti fattori della crisi:

- I governi nei decenni successivi alla seconda guerra mondiale avevano continuamente ampliato le prestazioni di welfare, per accrescere il consenso elettorale, senza tener conto del bilanciamento tra entrate e prestazioni erogate. La spesa per il settore del welfare iniziò ad aumentare a causa delle maggiori aspettative poste dai cittadini e comportò una continua crescita della pressione tributaria, quindi una diminuzione negli investimenti e nei consumi privati ottenendo evidenti effetti negativi sul fronte occupazionale.

Grafico 2. % della spesa sociale per pensioni, assegni familiari e disoccupazione in Italia dal 1955 al 1980, % spesa sociale totale



Fonte: Collana storica della Banca d'Italia

Inoltre i maggiori benefici di questo costosissimo sistema (alimentato da tutti, anche dai più poveri) non andarono a favore delle persone più bisognose ma alimentarono i redditi della classe media, la stessa da cui provenivano i burocrati che gestiva tutto il sistema. Infine le stesse istituzioni che avevano come obiettivo l'accrescimento del consenso elettorale, smisero di essere al servizio delle fasce più deboli e più bisognose della popolazione, trasformandosi così in uno strumento della politica clientelare dei partiti.

Tabella 2.3 Entrate, uscite e saldi della PA in Italia (% sul PIL)

	1965	1970	1975	1980	1982
ENTRATE CORRENTI	30%	30,40%	31,20%	37,80%	40,60%
USCITE CORRENTI	30,60%	30,20%	38,30%	41,70%	48,80%
AVANZO	-0,50%	0,20%	-7,10%	-3,90%	-7,70%
INDEBITAMENTO NETTO	-3,80%	-3,50%	-11,70%	-8,30%	-12,20%

Fonte: Ferrera, 1984

Per meglio sviscerare il problema, è possibile identificare quattro principali ingiustizie avvenute nel tempo con la distorsione dello Stato sociale:

1. La spesa non venne mai sistematicamente controllata dando, così, a tutti indistintamente. Sarebbe stato necessario operare una separazione: la spesa assistenziale avrebbe dovuto cercare di sanare le situazioni di maggior disagio, quindi per alleviare nuovi bisogni avrebbe dovuto spostare le risorse disponibili dai settori in cui al momento i bisogni erano meno impellenti ai settori in cui servivano maggiormente. Se però la spesa assistenziale era concepita (erroneamente) soprattutto come strumento clientelare, diventava difficile, pena la perdita di consensi, ridurre o modificare gli impegni assunti. Quindi invece che dare l'indispensabile a chi necessitava di aiuto, si tese a dare un po' di tutto a tutti (anche a chi, di fatto, avrebbe avuto i mezzi per provvedervi in autonomia).
2. Si diede maggiormente a chi riusciva a "farsi sentire di più" e non a chi aveva maggior bisogno. Diversamente da ciò che è l'immaginario comune, i maggiori fruitori del welfare state non sono i più bisognosi, ma la classe media e questo in virtù di due motivi: in primis una base culturale è fondamentale per poter accedere alle offerte in campo assistenziale (per cultura intendiamo avere informazioni sulle possibilità a propria disposizione, poter individuare gli iter burocratici, ecc) cosa di cui i più bisognosi sono

spesso sprovvisti, a differenza della classe media. In secundis è difficoltoso il contatto con le persone più disagiate e meno organizzate, di conseguenza si tende ad intervenire soprattutto a favore dei gruppi più strutturati e quindi generalmente meno bisognosi, dai quali si è certi ottenere un riscontro politico in un futuro.

3. È stata separata la crescita del tenore di vita dalla crescita della produttività. Prima di questa trasformazione il tenore di vita dei lavoratori dipendeva soprattutto dal salario reale che veniva deciso nel confronto con i datori di lavoro che concedevano aumenti solo a fronte della crescita della produttività. Con il welfare state “distributore” di benefici sociali questo rapporto si è andato deteriorando perché il tenore di vita ha cominciato a dipendere anche da questi benefici e nelle trattative salariali si è inserito il governo come terzo attore. Ciò avviene attraverso i sindacati, che fanno da moderatori tra imprenditori e lavoratori.
4. Si sono sacrificate risorse utili per mantenere in vita imprese in dissesto. Uno dei punti focali dell’economia capitalistica era la costante eliminazione delle imprese che non riuscivano a rispondere ai cambiamenti della domanda, che producevano dunque o beni a bassa richiesta o a costi troppo elevati e quindi non competitivi. In questi anni però, iniziò il declino dell’era capitalistica e subentrò lo Stato nel farsi carico, invece che sopprimerle, delle aziende non risanabili per salvaguardare il posto di lavoro dei dipendenti che vi lavoravano. Per provvedere alla gestione di queste aziende vennero spese enormi somme di denaro che sarebbero potute essere investite nella riduzione degli oneri sociali a carico delle imprese o per incentivare fiscalmente la crescita dell’occupazione e la nascita di nuove attività economiche. Il problema che però si trovò ad affrontare lo Stato era un problema reale ed immediato (la disoccupazione causata dalla chiusura delle aziende) che affrontò adottando una soluzione che agisse nel “qui ed ora” senza considerare, in prospettiva, una soluzione che potesse dare maggiori benefici nel medio-lungo periodo.

- Venne a modificarsi la struttura della società: da un lato si modificò la struttura familiare grazie alle vittorie delle donne che si videro riconoscere vari diritti (come ad esempio la legge sul divorzio nel 1970 che per la prima volta “calcolò” il contributo femminile nella vita familiare, la riforma del diritto di famiglia avvenuto nel 1975 con il quale si sanciva che marito e moglie acquistano con il matrimonio gli stessi diritti e doveri, e con la legge sulla parità di trattamento tra uomini e donne in materia di lavoro ottenuto nel 1977) che consentirono una divisione dei compiti all’interno dell’insieme famiglia e che permise alle donne di diventare lavoratrici con gli stessi diritti degli uomini; dall’altro lato la struttura della società si modificò a causa del calo demografico e della crescita impressionante del numero di pensionati rispetto ai lavoratori attivi (a causa dell’allungamento della prospettiva di vita).

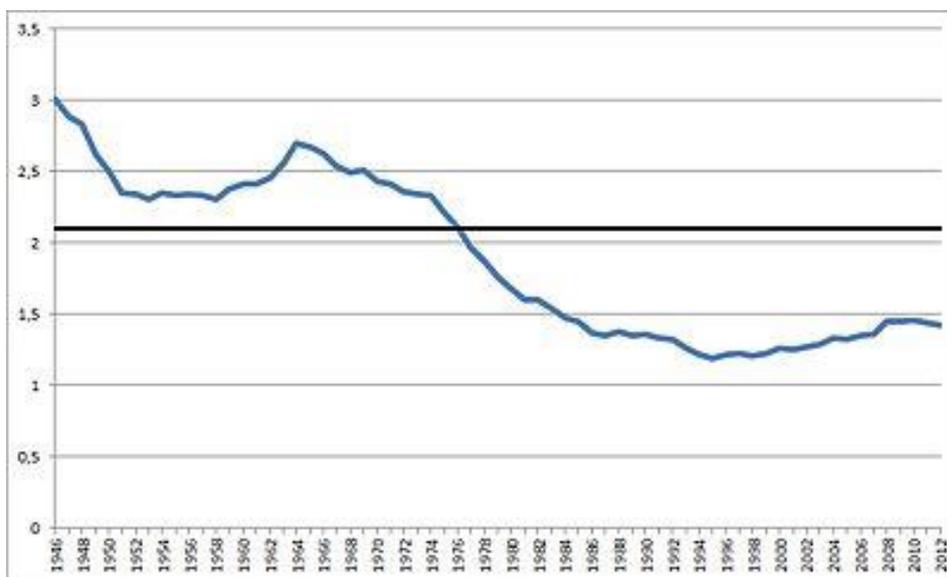
L’aumento del numero degli anziani (e dei disoccupati) ridusse in proporzione alla popolazione totale il numero di chi lavorava e produceva ricchezza e di conseguenza si restrinse la base di prelievo dei contributi sociali che avrebbero dovuto coprire i costi crescenti di tutte le prestazioni. Fondamentale diventa la questione pensionistica: la voce di spesa più consistente nel bilancio sociale dello Stato, infatti, è rappresentata dalla voce pensioni ed è anche la voce con il più elevato ritmo di crescita a causa del costante allungamento della vita media.

Tabella 2.4 Cambiamenti demografici

ANNO	POPOLAZIONE 1° GENNAIO	TASSO NATALITA	TASSO DI FECONDITA	TASSO DI MORTALITA	SALDO NATURALE
1946	45.540.00	23,00%	3,01	12,10%	491,481
1951	47.295.00	18,20%	2,35	10,20%	378,641
1956	48.788.971	17,90%	2,33	10,20%	376,058
1961	50.373.901	18,40%	2,41	9,30%	461,202
1966	52.317.900	18,70%	2,63	9,50%	483,659
1971	53.958.400	16,80%	2,41	9,70%	383.528
1976	55.588.966	14,00%	2,11	9,90%	231.073
1981	56.479.287	11%	1,59	9,70%	77.812
1986	56.597.823	9,80%	1,35	9,50%	17.392

Fonte: *Statistiche demografiche Istat*

Grafico 3. Numero di figli per donna



Fonte: *Elaborazione dati Istat (dal 1946 in poi)*

- Venne data per scontata un'economia in continua crescita. Dalla metà degli anni '70, però, le economie occidentali entrarono in crisi (e quindi anche l'Italia) a causa da una parte della crescita di deficit e del debito pubblico e dall'altra della fine del modello di sviluppo capitalistico e

industriale che diede vita al modello post-industriale e post-fordista che prevedeva nuovi modelli produttivi e crescita dei servizi, decentramento produttivo, maggiore flessibilità nei rapporti di lavoro e consumi differenziati. Tutto ciò va associato all'evoluzione tecnologica, che da una parte accrebbe la produzione e dall'altra ridusse il numero degli occupati accrescendo la spesa per le indennità di disoccupazione, la cassa integrazione, i prepensionamenti e tutte le altre misure di assistenza alle persone prive di fonti di sostentamento.

Nacquero due ideologie diametralmente opposte: da una parte si insinuò l'idea di smantellare o almeno di ridurre drasticamente i programmi del welfare state, ritornando alla predominanza del mercato; dall'altra parte ci fu la proposta di un'estensione del welfare state dalla sfera redistributiva a quella della produzione, realizzando una democrazia "economica" oltre che "sociale" [Ferrera, 1984].

Va sottolineato però che nemmeno i paesi più liberali hanno poi effettivamente abolito il welfare state in quanto esso mira a stabilizzare l'economia e a garantire la pace sociale. L'obiettivo da perseguire è il renderlo compatibile con lo sviluppo economico, decidendo a seconda delle esigenze, che prestazioni privilegiare e quali ridurre, così da non compromettere l'equilibrio del bilancio dello Stato.

2.4 Ricalibratura del welfare state

Come analizzato nel paragrafo precedente, la crisi del welfare state è imputabile a vari fattori. Uno su tutti, e forse quello che scavò il solco più profondo, fu il fatto che a causa dei nuovi problemi emersi, affrontabili con le poche risorse a disposizione, l'universalismo sembrò diventare insostenibile, se non anche ingiusto. Vi fu una "progressiva rivalutazione della persona, con gli interessi e le esigenze di cui essa è portatrice che ha portato alla moltiplicazione dei bisogni e dei diritti garantiti ai quali lo Stato non sempre è riuscito ad apprestare tutela."³⁰ È opinione condivisa il fatto che il principio cardine del welfare non doveva più essere la provvidenza, ma la sussidiarietà, in un'ottica di erogazione dei servizi in base ai nuovi bisogni (es. le problematiche legate alla disoccupazione): il welfare universalistico aveva favorito eccessivamente le classi medie e questo, come

³⁰ G. Saputelli, "La tutela dei nuovi diritti sociali: i servizi innovativi alla persona tra mercato sociale e welfare mix", Università di Teramo, Dipartimento di Diritto pubblico, 2011, pag. 6

accennato sopra, a causa sia dello scarso contatto che la politica riuscì ad avere con le persone disagiate (gruppi poco strutturati dai quali non ci si poteva aspettare un riscontro politico), sia a causa dalla bassa base culturale (delle persone più disagiate) utile per sviluppare le conoscenze necessarie ad accedere ai servizi di cui si aveva necessità.

Non meno importante, e a quanto detto sopra connesso, è la crisi fiscale dello Stato. La globalizzazione assieme al rafforzamento del processo di integrazione europea portarono ad una diminuzione dell'autonomia dei governi nazionali nelle modalità di gestione delle politiche mettendo sempre più in ginocchio e rendendo poco attuabile una programmazione e un'implementazione efficace delle politiche di welfare. Di conseguenza si affermò ben presto una politica di contenimento dei costi al fine di ridurre il debito pubblico.

A ciò è necessario aggiungere i grandi cambiamenti demografici e sociali (come la diminuzione dei tassi di natalità e l'aumento della speranza di vita) che aumentarono la pressione sui sistemi sanitari e previdenziali che comportarono l'emergere di "nuovi rischi sociali" che non rientravano nei tradizionali sistemi di protezione perché nuovi rispetto ai vecchi modelli economico-sociali.

Dagli anni '90, quindi, si è entrati in una nuova fase storica nella quale le politiche dovettero confrontarsi con nuove sfide e vincoli. Infatti il dibattito si incentrò sulle modalità con cui si sarebbe dovuta affrontata la crisi: l'uscita non sarebbe dipesa solo dalla riduzione della spesa statale, ma anche, e soprattutto, dalle politiche sociali che avrebbero dovuto essere adeguate ai nuovi bisogni sociali. Di conseguenza i governi si trovarono a dover affrontare due ordini di sfide: da un lato essi dovettero far fronte alla crescita di bisogni sempre più complessi e differenziati con una richiesta sempre maggiore di qualità e con un range di risposte che non avrebbero più potuto essere standard, ovvero tipiche del vecchio contesto socio-economico, e dall'altro dovettero affrontare il tutto con un'importante diminuzione delle risorse a loro disposizione ma comunque avendo l'obbligo di contenere la spesa pubblica e rispettare i vincoli.

La risposta alla prima sfida avvenne coinvolgendo un mix di soggetti nella gestione delle politiche di welfare. Per rispondere ad una pluralità di nuovi bisogni, nacquero vari servizi erogati da vari soggetti che portarono il welfare in una posizione intermedia tra il modello statalista e quello regolato dal mercato. La privatizzazione, però, si dimostrò, in un secondo momento, poco percorribile a

causa dei settori nei quali il profitto era limitato o nullo e che azzerò l'interesse per il privato in quegli ambiti.

Una ricerca dell'Università di Teramo presenta vari vantaggi apportati da questo nuovo modello riassumibili in:

- Risposta all'esigenza di coprire un vasto ventaglio di bisogni;
- Una più rapida conformità dell'offerta ai bisogni sociali;
- Creazione di competizione fra i vari attori che comporta una maggiore efficienza e qualità delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda invece la seconda sfida, si operò una decentralizzazione degli interventi coinvolgendo sempre più le autorità sub-statali.

2.4.1 La prima sfida: nascita del terzo settore e welfare mix

Come abbiamo visto in precedenza, durante il secondo dopoguerra si affermò un welfare in grado di rispondere ai bisogni prodotti da un sistema di tipo capitalistico, orientato principalmente alla produzione di ricchezza e secondariamente alla sua redistribuzione e che proteggesse i cittadini dai rischi sociali quali invalidità, vecchiaia, povertà e malattia connessi allo sviluppo economico. Durante la fine degli anni '70, a causa della crisi, il welfare così concepito cominciò a mostrare le sue falle e debolezze e i modelli di welfare state iniziarono ad essere messi in crisi.

Fino agli anni '70 era compito dello Stato regolare lo sviluppo delle varie organizzazioni della società civile e questo ha comportato la loro totale estromissione dal gruppo dei policy maker in quanto del tutto impreparate e con una grave mancanza di professionalizzazione. Anche per gran parte degli anni '80 le organizzazioni operarono sotto lo stretto controllo della pubblica amministrazione e non fornirono servizi diversi.

La situazione venne a modificarsi a partire dalla seconda metà degli anni '80 quando le organizzazioni di Terzo settore (ovvero “quel complesso di enti privati che si pongono all'interno del sistema socio-economico e si collocano tra Stato e Mercato e che sono orientati alla produzione di beni e servizi di utilità sociale”³¹) dovettero compensare la minore presenza dello Stato nella fruizione dei servizi:

³¹ Ricerca sul valore economico del terzo settore in Italia, 2012, pag. 8-9

“dalla funzione di produzione/erogatore di beni e servizi (spesso in supplenza dello Stato) ad un ruolo di protagonismo nella definizione e nell’attuazione delle politiche sociali”.³²

Fu negli anni '90 che le organizzazioni di Terzo settore iniziarono ad ottenere un riconoscimento di tipo giuridico e istituzionale. Questo portò il Terzo settore a darsi una vera e propria struttura andando ad occupare spazi sempre più rilevanti nella soddisfazione dei bisogni della cittadinanza.

Tabella 2.5 I soggetti del Terzo settore – Riferimento normativo

TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA	- Associazione riconosciuta - Associazione non riconosciuta - Fondazione - Comitato	art. 12 e art. 14-35 c.c artt. 36-42 c.c art. 12 e artt. 14-35 c.c artt. 36-42 c.c
TIPOLOGIA GIURIDICA	- Cooperazione sociale - Associazione di promozione soc. - Org. di volontariato - Org. non governativa - Società di mutuo soccorso - Enti ecclesiastici	L. n. 381/1991 L. n. 383/2000 L. n. 266/1991 L. n. 49/1987 L. n. 3818/1886 L. n. 222/1985
QUALIFICA CIVILISTICA	- Impresa sociale	L. n. 118/2005 D.lgs n. 155/2006
QUALIFICA FISCALE	- Onlus	D.lgs. N. 460/1997

Fonte: Ricerca sul valore economico del Terzo settore in Italia, 2012, pag. 10

Soprattutto a seguito della crisi politica che dovette affrontare l’Italia nel biennio 1992-1994 (ma la cui scia si sta protraendo fino ai giorni nostri), il Terzo settore iniziò il suo processo di sviluppo cercando di offrire risposte sempre più incisive e prestando sempre maggiore attenzione ai bisogni dei cittadini in un momento in cui gli stessi non riponevano più molta fiducia nel ruolo statale.

Esso si sviluppa principalmente per due ragioni:

- Il Terzo settore attecchì laddove il mercato non riuscì ad inserirsi, frenato dai pochi profitti che avrebbe accumulato (es. nel settore sanitario la produttività è resa possibile soprattutto dallo sviluppo tecnologico che permette la diminuzione dei tempi, la presa in carico di più pazienti e quindi l’aumento del profitto; ciò non avviene, invece, nel settore

³² G. Marcon, “Le organizzazioni di terzo settore e il sistema di protezione sociale: visione sistemica e profili evolutivi”, Università Ca’ Foscari di Venezia, 2011, pag. 23

dell'assistenza dove per aumentare il profitto è necessario dare maggiori prestazioni con la conseguente assunzione di un numero maggiore di personale che renderebbe praticamente nullo il guadagno);

- si venne a consolidare il passaggio da “welfare dei servizi” a “welfare dei bisogni” per cui le risorse non sarebbero più servite per superare i bisogni ma per comprare i servizi (che ricordiamolo, è necessario che siano sempre più individualizzati e personalizzati a causa della vasta varietà di bisogni) atti a superare il problema.

È proprio in questo periodo, quindi, che si sviluppa un nuovo modello di welfare, il cosiddetto welfare mix. Si sviluppa, infatti, un mix tra i tre soggetti che erogano servizi: Stato, Mercato e Terzo Settore, composto da varie organizzazioni, in cui il primo mantiene su di sé la titolarità dei servizi ma lascia “spazio di manovra” anche, e soprattutto, ai soggetti del Terzo settore (tramite gare d'appalto, convenzioni, ecc..) e al Mercato. Questi tre soggetti, quindi, andarono a creare una complementarietà al fine di sopperire alle eventuali mancanze di ognuno.

Diverse ricerche, come Barbetta 1996 e Ascoli 1999, hanno evidenziato come il Terzo Settore abbia, negli anni, ricoperto un ruolo rilevante nel contesto sociale grazie all'alto livello di stabilità che diverse organizzazioni hanno raggiunto e all'importanza che ha raggiunto nelle politiche di welfare. La sempre maggior rilevanza riconosciuta all'economia sociale, inoltre, detta il livello (mantenimento ed eventuale sviluppo) delle prestazioni, in quanto “capace di coniugare qualità ed efficienza meglio di quanto sappiano fare Stato e mercato”.³³ Con l'espressione “economia sociale” subentra “un approccio più sensibile alle dimensioni economiche e produttive del settore, mentre si moltiplica l'offerta di servizi finalizzati all'introduzione di tecniche manageriali e di fund-raising nelle organizzazioni non profit”.³⁴

Va però sottolineato che complessivamente il livello raggiunto nel nostro paese dal Terzo settore è inferiore a quello raggiunto da altri paesi occidentali come Germania, Francia e Gran Bretagna, a causa di fattori di natura giuridica, storica e culturale.

Quello che è evidente è l'abbandono di un Terzo settore basato sul sostegno pubblico a pro di un processo di privatizzazione che si sta sviluppando su un arco

³³ (a cura di) U. Ascoli, “Il welfare futuro. Manuale critico del Terzo settore”, Carocci Editore, 1999, pag.81.

³⁴ Ivi, pag. 82

di settori molto vasto e che porterà ad un'ampia offerta di servizi da parte di agenzie non profit o private. L'obiettivo sarà quello di far acquisire al settore privato uno status paritario rispetto al settore pubblico in modo tale che il Terzo settore acquisisca una propria dipendenza finanziaria.

2.4.2 La seconda sfida: il decentramento

Nel paragrafo precedente ho analizzato brevemente la prima sfida che i governi si trovarono a dover affrontare, ovvero lo svilupparsi di bisogni sempre più diversificati ai quali si rispose con il Terzo settore.

In questo paragrafo, invece, svilupperò la seconda sfida che lo Stato si trovò ad affrontare: la diminuzione delle risorse a sua disposizione.

Come sopra accennato la principale risposta dei governi a questa problematica fu il decentramento che iniziò a partire dalla creazione delle Regioni, nei primi anni '70, ma che si intensificò con l'inizio del nuovo secolo.

L'Italia, infatti, uscita dal secondo conflitto mondiale ereditò dal ventennio fascista un sistema di welfare basato su corporazioni e assicurazioni sia per quanto riguardava i livelli assistenziali che quelli sanitari. La Carta Costituzionale (in vigore dal 1 gennaio 1948) tracciò un nuovo profilo socio economico sulla base di principi fondamentali: vennero garantiti i diritti inviolabili dell'uomo; la Repubblica si fece carico della rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociali che impedivano il pieno sviluppo della persona umana³⁵e adeguò i principi e i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento.^{36 37}

Venne, quindi, superata sia l'ottica della "beneficienza" che quella della "categorie" imposte nel ventennio fascista e si delineò un quadro di sicurezza sociale, basato sui principi universalistici e di prevenzione, collegati agli aspetti riferiti alla salute, all'assistenza e alla previdenza.

È però fondamentale comprendere che le innovazioni apportate dalla Costituzione riguardo ai principi di sicurezza sociale, solidarietà, dignità sociale e

³⁵ Costituzione della Repubblica Italiana, art. 3, comma 2

³⁶ Costituzione della Repubblica Italiana, art. 5.

³⁷ Contrapponendosi, in questo modo, all'ordinamento fascista (fortemente accentrato come tutte le dittature) in cui le istanze pluralistiche ed autonomistiche erano state cancellate, la Costituzione sancisce il principio del pluralismo territoriale, ovvero riconosce centri di poteri diversi dallo Stato con diversa autonomia. F. del Giudice (a cura di), Costituzione Esplicata, Esselibri – Simone, Napoli 2011

decentramento delle funzioni, non perseguirono la strada da essa indicata ma continuarono a svilupparsi seguendo le linee e i modelli dettati nel ventennio fascista, almeno fino agli anni Sessanta/Settanta. Esempio emblematico è quello della costituzione delle regioni: esse, secondo la costituente dovevano essere formate nel 1948 ma dovremo aspettare oltre un ventennio affinché esse vedano la luce grazie ad una riforma regionalistica dello Stato.

È proprio con la fine degli anni '70 che verrà a crearsi una sorta di biforcazione rispetto alle due materie:

- la materia sanitaria verrà in primis regolamentata dalla legge 833/1978. Questa legge prevedeva l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ed ha operato una vera e propria svolta rispetto all'assetto organizzativo del ventennio fascista. L'obiettivo del legislatore fu l'estensione a tutta la popolazione della globalità delle prestazioni sanitarie di prevenzione, cura e riabilitazione, presupponendo l'uguaglianza di trattamento nel rispetto dell'unicità della persona. La 833/78 in buona sostanza prevedeva un coordinamento tra le attività del settore sanitario e quelle del settore sociale (attuato con il D.P.C.M 8 agosto 1985) con una distinzione per quanto riguarda le spese: le attività prettamente sanitarie vennero legate al Fondo sanitario mentre quelle tendenzialmente sociali vennero poste a carico degli Enti locali; istituiva (art.10) le Unità Sanitarie Locali (ULS) indicate come "il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale" e infine, prevedeva la programmazione tenendo presenti i limiti economici e i livelli minimi di omogeneità da garantire alla popolazione e imponeva che fosse la Regione ad occuparsi della definizione delle norme utili al fine di una gestione coordinata con i servizi sociali e i servizi delle USL.

La 833/78 venne in seguito sostituita dalla legge 502/1992 che modificò la natura giuridica delle USL imprimendo un forte cambiamento di gestione introducendo criteri di tipo aziendalistico al fine di razionalizzare la spesa. L'obiettivo primario era quello di operare una rivoluzione per quanto riguardava la sfera giuridica delle USL conferendo loro personalità giuridica e modificando il loro nome in ASL

(Aziende Sanitarie Locali)³⁸, donando loro autonomia amministrativa, organizzativa, di gestione contabile e tecnica al fine dell'attuazione di livelli di assistenza previsti dal Piano Nazionale e dal Piano di Zona.

Questa legge cambiò l'impianto organizzativo: vennero infatti attribuiti allo Stato i compiti di pianificazione in ambito sanitario, da attuarsi tramite l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale triennale per garantire livelli uniformi di assistenza ai cittadini aventi diritto, alle Regioni, invece, vennero attribuite le funzioni di programmazione, finanziamento e controllo delle attività sanitarie gestite dalle ASL, il tutto al fine di rendere più efficiente la gestione delle risorse destinate alla sanità che si ottenne, appunto, attraverso l'autonomia organizzativa, patrimoniale e amministrativa attribuita alle ASL (che dovevano stabilire un contratto quinquennale con l'amministrazione regionale al fine di raggiungere gli obiettivi previsti dal Piano Sanitario Regionale).

Infine con il D. Lgs 229/1999 (denominata "riforma-ter") si consolidava un sistema più aperto e più impegnato nella costruzione di una rete di garanzie della qualità, andando a rafforzare l'ambito della trasparenza nella responsabilità delle azioni intraprese. Con questo D. Lgs si andò ad operare una regionalizzazione del SSN: vennero ridotti i poteri dello Stato che avrà solo il compito di vigilare sui livelli essenziali di assistenza nell'ambito di tutto il territorio nazionale definendo i LUA (Livelli Uniformi di Assistenza) e successivamente i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) mentre le Regioni dovranno assicurare il sistema di garanzie per la promozione della salute e saranno obbligate a fornire i LEA (anche integrando con fondi propri); si sviluppò il concetto di "aziendalizzazione"³⁹ e si conferì all'azienda maggiore libertà nella nomina delle cariche dirigenziali ma introducendo la retribuzione di risultato affiancata ad un sistema di valutazione sulle performance dei dirigenti.

³⁸ Le ASL assolvono i compiti del SSN in un certo ambito territoriale. Ciascuna ASL è organizzata in 3 strutture tecnico funzionali: presidio ospedaliero, dipartimento di prevenzione (struttura preposta alla promozione della tutela della salute collettiva con l'obiettivo di prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare) e il Distretto socio-sanitario (che garantisce ai cittadini la possibilità di accedere ai servizi ed alle prestazioni di tipo sanitario, socio sanitario e sociale, sulla base dei criteri di equità, accessibilità e appropriatezza).

³⁹ Venne introdotto l'atto aziendale di diritto privato che aveva il compito di regolare l'organizzazione e il funzionamento delle ASL. Esso definirà la struttura organizzativa e il piano strategico dell'azienda che verrà adottato secondo le norme del codice civile. Venne operata una de-burocrazia con una gestione secondo i principi di efficacia ed efficienza e venne introdotto il modello manageriale che prevedeva la direzione del Direttore Generale, scelto dalla Regione.

- la materia assistenziale (che fino a quel momento era rimasta in gestione a Chiesa e IPAB) farà invece riferimento al D.P.R. 616/1977 che prevedeva un importante trasferimento di funzioni dallo Stato alle Regioni ed agli Enti Locali, eliminando contemporaneamente molti organismi presenti sia nazionalmente che localmente. Il suo scopo, quindi, fu quello di valorizzare le Autonomie locali, operando un decentramento del potere pubblico, dando così modo ai cittadini di essere parte attiva nelle scelte e nella verifica degli obiettivi.

Il percorso di decentramento intrapreso da queste leggi, però, si imbattè in una serie di problemi e conflittualità: per quanto riguarda il DPR 616/1977 essi furono dovuti per lo più alla ridefinizione dei poteri tra Stato centrale e autonomie locali, mentre per quanto riguarda la legge 833/1978, essa venne, come visto sopra sostituita (dopo essere stata completamente svuotata) dalla legge 502/1992 alla quale però non venne affiancata una legge-cornice nel settore socio-assistenziale e questo portò ad uno dei periodi più bui e controversi nel mondo dell'integrazione socio-sanitaria.

Finalmente, con l'inizio del nuovo millennio, venne emanata una Legge-Quadro, la legge 328/2000, che "concorre a costruire il sistema integrato di servizi e interventi sociali"⁴⁰ con l'obiettivo di porre "le basi per il superamento della debolezza intrinseca del sistema dei servizi sociali che ha caratterizzato lo stato sociale italiano".⁴¹

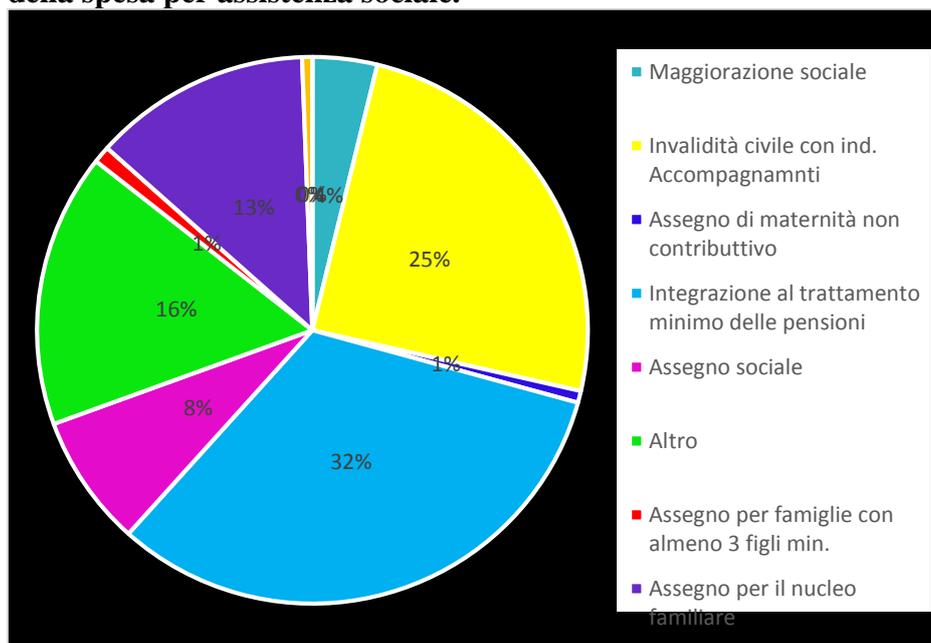
M. Maretti, nel suo libro sul welfare locale pubblicato nel 2008, sottolinea che le principali fonti di debolezza dello Stato sociale italiano, che la legge 328/00 aveva il compito di superare, nascevano da:

- mancanza di programmazione delle politiche sociali e di valutazione dei risultati ottenuti a seguito degli interventi;
- una ripartizione dell'utenza in categorie dove le prestazioni venivano erogate con uno scarso universalismo. Le risposte alle varie categorie, inoltre, erano inadeguate (si dà più rilevanza alle difficoltà agli anziani, per i quali nel 2004 per esempio si è speso circa il 70%, che ai giovani);

⁴⁰ A cura di C. Gori, La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della legge 328 e le sfide future, Carrocci, 2004, pag. 31.

⁴¹ M. Maretti "Welfare locale. Studio comparativo sulla programmazione dei servizi sociali nelle regioni italiane", Franco Angeli, 2008, pag. 52

Grafico 4. Spesa per le prestazioni assistenziali nel 2004 (ripartizione sul tot della spesa per assistenza sociale).



Fonte: M. Maretti, "Welfare locali. Studio comparativo sulla programmazione dei servizi sociali nelle regioni italiane", Franco Angeli, pag. 53

- la tendenza a privilegiare maggiormente l'intervento ex post, cioè la cura, piuttosto che la prevenzione;
- lo Stato che si relega ad attore sussidiario ponendo la famiglia come luogo privilegiato per il soddisfacimento dei bisogni del singolo e mancata valorizzazione del terzo settore;
- risorse economico-finanziarie insufficienti nell'ambito dell'assistenza sociale e burocrazia inefficiente e inadeguata;

Dopo aver analizzato le debolezze dell'apparato sociale, stila le risposte che la riforma aveva introdotto:

- inserimento dei Livelli Essenziali delle prestazioni (LEP) al fine di operare un'unificazione sul territorio delle prestazioni per garantire livelli minimi uniformi di assistenza;
- creare sinergie per l'interazione dei vari attori presenti sul territorio tramite il principio di sussidiarietà.
- Avviare una programmazione delle politiche tramite il "Piano sociale" declinato nei vari livelli territoriali: "Piano sociale nazionale", "Piano sociale regionale" e "Piano di zona";

- Introdurre, tramite l'ISEE (Indicatore della situazione economica equivalente), il principio di universalità selettiva delle prestazioni.

La 328/2000, infatti, con l'art.22, assegna la responsabilità primaria al governo centrale, il quale ha il compito di indicare i livelli essenziali e, al comma 2 dello stesso articolo, di indicare i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi:

- misure di contrasto alla povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento;
- Misure economiche per favorire la via autonoma;
- Interventi di sostegno per minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare;
- Misure per il sostegno delle responsabilità familiari;
- Misure di sostegno alle donne in difficoltà;
- Interventi per la piena integrazione delle persone disabili;
- Interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio [...];
- Prestazioni integrate di tipo socio educativo per contrastare le dipendenze [...];
- Informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere le iniziative di auto-aiuto.

Al comma 4, poi, suddivide ulteriormente i compiti sostenendo che le leggi regionali prevedono per ogni ambito territoriale, l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- Servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- Servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- Assistenza domiciliare;
- Strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- Centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

Per quanto riguarda il livello locale, la legge individua nel Piano di Zona lo strumento fondamentale attraverso il quale i Comuni, d'intesa con le ULSS e con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, da un lato mettono a punto un sistema integrato tra servizi sociali e servizi socio-sanitari, e dall'altro realizzano l'integrazione

delle attività sociali svolte dai soggetti pubblici e privati in ambito territoriale, corrispondenti a quelli definiti per le ULSS e che fa riferimento:

- Agli obiettivi strategici,
- Agli strumenti;
- Alle risorse da attivare.

Il Piano di Zona è quindi lo strumento locale atto a favorire il riordino, il potenziamento e la messa in rete di interventi e servizi, in modo da programmarli e realizzarli. Per programmazione si intende l'attivazione "dei processi che consentono di raggiungere gli obiettivi posti"⁴², principalmente legati alla salute. "Tali operazioni richiedono quindi:

- Una dettagliata analisi del bisogno di salute della popolazione;
- L'individuazione e la graduazione degli obiettivi in base alla loro rilevanza;
- La pianificazione delle azioni necessarie per raggiungere i risultati attesi;
- L'accurata definizione delle risorse (economiche, umane strutturali) necessarie;
- L'individuazione dei sistemi di controllo statistico che consentono di monitorare i processi di erogazione degli interventi in tutte le loro fasi."⁴³

Quindi, è necessario che i piani vengano utilizzati, partendo dall'analisi della domanda di salute, per considerare le diverse strategie ipotizzate al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati. Devono, inoltre, individuare le risorse necessarie, i vincoli e le criticità da affrontare, così da poterle gestire al meglio.

È un documento unico e organico che comprende:

- La conoscenza, l'analisi e la valutazione dei bisogni della popolazione, sia per quanto concerne gli aspetti qualitativi, che gli aspetti quantitativi;
- L'individuazione, la qualificazione, e la quantificazione di tutte le risorse, pubbliche e private (profit e non profit) attivabili all'interno di un'unica progettualità globale;
- La definizione di priorità ed obiettivi per finalizzare le risorse disponibili per garantire uno sviluppo quantomeno omogeneo;
- La regolamentazione e la razionalizzazione delle modalità di funzionamento.

Quindi "la L. 328/00 ha, come obiettivo, l'omogeneizzazione degli interventi e dei servizi sociali sul territorio attraverso la diffusione della programmazione e di

⁴² Regione del Veneto, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria n 9 di Treviso. Conferenza dei sindaci. Sintesi Piano di zona dei Servizi alla persona e alla comunità 2003-2005, pag. 1.

⁴³ *ivi*

documenti di pianificazione delle politiche e dei servizi, attraverso l'introduzione del principio di sussidiarietà verticale ed orizzontale".⁴⁴

Altra legge da tener presente è la legge 405/01 che conferisce una maggiore autonomia alle Regioni e stabilisce omogeneità e conformità definendo i LEA a livello nazionale.

Un'analisi efficiente della L. 328/2000 non può prescindere dalla valutazione del contesto venutosi a creare con l'emanazione, avvenuta l'anno successivo, della Riforma del Titolo V della Costituzione che andò a modificare l'assetto istituzionale della stessa con la conseguente modifica di vari articoli tra cui gli articoli 117 e 118.

Per quanto riguarda il primo articolo, la legge introduce la distinzione tra potestà legislativa dello Stato e potestà legislativa delle Regioni ordinarie; inoltre non vengono più indicate le materie nelle quali le regioni possono legiferare in concorrenza con lo Stato (mentre in tutte le altre vi era potestà legislativa statale) ma vengono indicate le materie attribuite alla legislazione esclusiva dello Stato e alla legislazione concorrente Stato-Regione. Spettano invece alle Regioni tutte quelle materie non espressamente assegnate. Il nuovo orientamento, quindi, possiamo definirlo di stampo federalista dato che pone implicitamente comunque più rilevante la competenza regionale rispetto a quella statale.

Per quanto riguarda, invece, l'articolo 118, a seguito della legge 3/2001, le funzioni amministrative (secondo il principio di sussidiarietà orizzontale e verticale) non sono più attribuite alle regioni, ma sono in linea generale attribuite ai Comuni.

Fra le materie riservate alle Regioni, quindi, troviamo anche quelle socio-assistenziali, rispetto alla quale esse hanno piena potestà legislativa, ovvero limitata solo dalla Costituzione, dall'ordinamento comunitario europeo e dagli obblighi internazionali.

Il maggior problema che si riscontrò nell'integrazione fra la legge 328/2000 e la legge costituzionale 3/2001 fu che la prima era stata pensata e formulata tenendo conto del precedente assetto, ovvero una competenza concorrente (vedi articolo 1 comma 7 "Le disposizioni della presente legge costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art 117 della Costituzione"). In realtà però essa dovette confrontarsi con una nuova prospettiva costituzionale che non prevedeva più dei principi fondamentali stabiliti dallo Stato, che fungevano da limiti, ma che assegnava alle Regioni molta autonomia.

⁴⁴ M. Maretti, "Welfare locali. Studio comparativo sulla programmazione dei servizi sociali nelle regioni italiane", Franco Angeli, 2008, pag. 54

Questo consentì alle Regioni di costruirsi autonomamente il proprio sistema di servizi sociali.

Allo Stato fu semplicemente assegnato dal nuovo art. 117 l'onere di determinare “i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” (art.117, comma 2, lettera m).

In buona sostanza, il nuovo articolo 117 conferisce:

- Alle Regioni sia potestà legislativa concorrente su materie elencate in Costituzione e dove sarà compito dello Stato determinare i principi fondamentali, ad esempio in sanità; sia potestà legislativa esclusiva per le materie non espressamente indicate come concorrenti o a potestà esclusiva statale;
- Allo Stato il compito di legiferare, in via esclusiva, su determinate materie espresse nella Costituzione.

Se prima, con il vecchio articolo 117 “ la legge 328/00 diveniva punto di riferimento per le singole normative regionali, le quali dovevano conformarsi non solo ai principi in essa contenuti, ma, altresì, rispettare l’impianto pianificatorio, programmatico ed organizzativo da essa tracciato e disciplinato”⁴⁵, con l’introduzione della Riforma Costituzionale, “la legge 328/00 viene a perdere la una funzione di linea guida vincolante per le Regioni, essendo queste ultime legittimate dalla Costituzione medesima, a effettuare scelte autonome di politica sociale e dotarsi di propri strumenti per perseguire gli obiettivi determinati in sede di indirizzo politico regionale”⁴⁶.

Va sottolineato che la Riforma del Titolo V e la L.328/00 “abbiano legittimato il dominio locale nei servizi sociali”⁴⁷; infatti:

- I Comuni, all’art 6 della 328/00, “sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e concorrono alla programmazione regionale. Tali funzioni sono esercitate dai comuni adottando sul piano territoriale gli assetti più funzionali alla gestione, alla spesa e al rapporto con i cittadini”. Essi hanno tale rilevanza grazie al contatto diretto con i cittadini che privilegia la loro azione. Nel

⁴⁵ A cura di C. Gori “La riforma dei servizi sociali in Italia. L’attuazione della legge 328 e le sfide future”, Carrocci, 2004, pag. 45

⁴⁶ *ivi*

⁴⁷ *Ivi*, pag. 49

secondo comma, inoltre viene specificato che essi hanno compiti di programmazione, progettazione, realizzazione del sistema locale dei servizi di rete, erogazione dei servizi, autorizzazione e accreditamento;

- Le province invece, articolo 7, “concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali” per quanto riguarda la raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai comuni o da altri soggetti per concorrere all’attuazione del sistema informativo sei servizi sociali, alla partecipazione per la definizione dei piani di zona e forniscono supporto nel coordinamento degli interventi territoriali.

Ciò dimostra come la politica dei servizi sociali abbia perso di forza a livello nazionale e nella sua struttura a cascata, per acquisirne a livello federale con tante programmazioni interconnesse nelle singole regioni.

2.5 Pianificazione locale

In questo paragrafo voglio soffermarmi sulla strada intrapresa dopo la Riforma del Titolo V della Costituzione e la promulgazione della 328/2000. In particolare poi esaminerò il caso specifico della Regione Veneto e del suo percorso legislativo.

Negli ultimi anni si è verificato (e ciò non accadde solo in Italia) un processo di decentramento che ha portato all’evolversi di due prospettive: la prima sottolinea come ci sia la possibilità che il decentramento aumenti la discrezionalità del potere locale e che ciò comporti una crescita delle diversificazione territoriali mentre la seconda vede nella diversificazione un aspetto positivo e di miglioramento di ogni regione che coerentemente con le sue caratteristiche e i suoi bisogni potrà attivare le risorse che le sono più necessarie.

In base ad un’indagine sulle regioni italiane “Occupazione e professioni nel settore dei servizi sociali” operata dall’ Università Ca’Foscari di Venezia, dall’Università di Bologna e dall’Università di Verona in collaborazione con la Regione Veneto e il Ministero del Lavoro e della Salute e delle Politiche Sociali, si è osservato che i complessi sistemi di welfare andrebbero analizzati osservando delle dimensioni ben specifiche:

- La titolarità della gestione dei servizi (titolarità);
- L’estensione del sistema di protezione (diritti diffusi)
- La responsabilità di protezione sociale (il contesto).

Una volta individuate le dimensioni, per ognuna si sono determinate delle sotto-dimensioni che “non solo riescono a far comprendere la complessità dei processi di trasformazione, in atto, dei sistemi di welfare, ma permettono di precisare meglio come i tre assi (titolarità, diritti diffusi e contesto) si “comportano” nel loro insieme”⁴⁸.

La prima dimensione che il report analizza è quella della titolarità, ossia “la competenza di chi deve “garantire-gestire” i servizi [...] e verificare quali siano i soggetti attuatori delle prestazioni, ovvero esaminare se i servizi sono erogati da un solo soggetto o da una pluralità di “figure”⁴⁹.

I fattori rilevanti emersi dall’analisi di questa dimensione sono: il mix strutturato e il diffuso societario. Il primo, come spiegato a pagina 21 del report, fa riferimento ad “un’organizzazione caratterizzata dalla presenza di servizi che sono erogati da una molteplicità di soggetti, siano essi pubblici, privati e di terzo settore (ecco per l’appunto il termine mix): [...] Presenta una “pianificazione” ben strutturata e imposta da molto tempo, ne è prova la presenza di soggetti di terzo settore con dimensioni considerevoli”; la seconda invece fa riferimento “alla presenza di soggetti principalmente appartenenti alla sfera del terzo settore, ossia alla dimensione del volontariato.”

Tabella 2.6 Collocazione delle regioni sulle dimensioni della titolarità

MIX STRUTTURATO

DIFFUSO SOCIETARIO

ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BASSO	BASSO	ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BASSO	BASSO
Veneto	Umbria	Lazio	Basilicata	Valle d'Aosta	Sardegna	Toscana	Campania
Piemonte	Friuli V.G	Abruzzo	Puglia	Basilicata	Molise	Friuli V.G	Calabria
Lombardia	Emilia-R.	Campania	Calabria	Trentino A.A	Liguria	Veneto	Lazio
Trentino A.A	Toscana	Sicilia	Sardegna		Umbria	Abruzzo	Piemonte
	Valle d'Aosta		Molise		Emilia-R	Puglia	
	Marche				Marche	Sicilia	
	Liguria					Lombardia	

Fonte: Indagine sulle regioni italiane, Regione Veneto, pag. 26

⁴⁸ Regione veneto in collaborazione con Università Ca’ Foscari, Università di Verona e Università di Bologna, “Occupazione e professioni nel settore dei servizi sociali. Indagine sulle regioni italiane.”, pag. 21
⁴⁹ *ivi*

La seconda dimensione che viene analizzata è il sistema di offerta, ossia i diritti che ogni cittadino si vede riconoscere. Anche per questa dimensione, due sono i fattori emersi: “diritti diffusi”, composti da “variabili che fanno riferimento alla possibilità di accesso ai servizi”, mentre il secondo, “servizi territoriali” si compone di “variabili che richiamano i servizi presenti specificatamente sul territorio”⁵⁰ (e si compone in modo particolare dell’assistenza domiciliare integrata e dai servizi di ricettività, come per esempio l’asilo d’infanzia).

Tabella 2.7 Collocazione delle regioni sulle dimensioni del sistema di offerta

DIRITTI DIFFUSI

SERVIZI TERRITORIALI

ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BASSO	BASSO	ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BASSO	BASSO
Valle d'Aosta	Piemonte	Marche	Basilicata	Emilia-R.	Umbria	Piemonte	Sardegna
Trentino A.A	Friuli V.G	Sardegna	Calabria	Veneto	Toscana	Basilicata	Sicilia
	Lombardia	Campania		Friuli V.G	Liguria	Trentino A.A	Valle d'Aosta
	Veneto	Sicilia		Lombardia	Marche	Abruzzo	
	Toscana	Lazio			Lazio	Puglia	
	Emilia-R.	Puglia				Molise	
	Liguria	Abruzzo				Calabria	
		Umbria				Campania	
		Molise					

Fonte: Indagine sulle regioni italiane, Regione Veneto, pag. 32

La terza dimensione, poi, si concentra sull’aspetto “ambientale”, ovvero “valuta come si caratterizzano le diverse amministrazioni regionali in riferimento ad alcuni indicatori di contesto”⁵¹. Le due dimensioni rilevanti hanno preso il nome di coesione sociale e rischi sociali.

⁵⁰ Ivi pag. 27

⁵¹ Ivi pag. 32

Tabella 2.8 Collocazione delle regioni sulle dimensioni del contesto

COESIONE SOCIALE

RISCHI SOCIALI

ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BASSO	BASSO	ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO BASSO	BASSO
Trentino A.A	Lombardia	Emilia-R.	Lazio	Sicilia	Calabria	Lombardia	Friuli V.G.
Valla d'Aosta	Toscana	Marche	Campania	Campania	Puglia	Piemonte	Marche
	Veneto	Piemonte		Sardegna	Basilicata	Veneto	Umbria
	Friuli V.G	Basilicata			Trentino A.A	Abruzzo	
	Liguria	Umbria			Valle d'Aosta	Toscana	
	Molise	Sicilia			Molise	Emilia-R.	
	Sardegna	Calabria				Lazio	
		Puglia				Liguria	
		Abruzzo					

Fonte: Indagine sulle regioni italiane, Regione Veneto, pag. 36

Sulla base di questa analisi, i ricercatori propongono una classificazione dei sistemi di welfare regionali fondata su sette tipologie:

- Welfare mix strutturato: si caratterizza per la compresenza di mix strutturato, per processi di trasformazione verso un sistema di welfare di tipo societario e dall'interesse nello sviluppo di servizi territoriali. L'offerta è media, i rischi sociali sono bassi e la coesione sociale del sistema risulta essere medio-bassa.

Le regioni che più corrispondono a questa descrizione sono Liguria (anche se presenta una situazione parzialmente diversa per quanto riguarda coesione e rischi sociali), Marche e Umbria,

- Welfare generalizzato e generoso: si caratterizza per un'ampia offerta di servizi e presta attenzione anche allo sviluppo di servizi nel territorio. È ancora centrale il welfare mix caratterizzata dalla compresenza di settore privato e settore pubblico nell'erogazione dei servizi ma sembra che si stia avviando una fase di transizione verso il welfare di tipo societario. Va, infine, notata una buona coesione sociale a fronte di rischi relativamente bassi.

Le regioni che appartengono a questo gruppo sono: Friuli Venezia Giulia, Toscana, **Veneto**, Emilia Romagna e Lombardia.

- Welfare consolidato ma poco innovativo: anche in questo sistema è forte la presenza del welfare mix ma, a differenza del precedente, non sembra esserci una tendenza al welfare societario. Possiamo notare la presenza di un'offerta ampia ma una bassa diffusione dei servizi a livello territoriale. Inoltre i rischi sociali sono relativamente bassi e lo è anche la coesione sociale.

Questo gruppo è rappresentato da un'unica regione che è il Piemonte.

- Welfare residuale e poco diversificato: si caratterizza per un sistema poco diversificato di erogatori contornato da una scarsa offerta di servizi ai cittadini e con una bassa propensione al societario. La propensione allo sviluppo di servizi territoriali è media ma la coesione sociale è bassa a fronte di rischi medio bassi.

Riconducibili a questa tipologia di welfare sono le regioni Lazio e Abruzzo;

- Welfare residuale con propensione al societario: si caratterizza sia per una bassa presenza di welfare mix che di sviluppo dei servizi territoriali, ma si ravvisano sforzi nella direzione del welfare societario e una discreta coesione sociale.

Fanno riferimento a questa tipologia di welfare le regioni Molise, Sardegna e Basilicata (anche se quest'ultima con processi più complessi).

- Welfare minimale ed elevata criticità sociale: si caratterizza per una scarsa presenza di servizi pubblici e del terzo settore, da un sistema di offerta dei servizi e di diffusione degli stessi sul territorio abbastanza bassa e con una alta diffusione di rischi sociali e di un altrettanto bassa coesione sociale.

Fanno parte di questo gruppo le regioni Puglia, Calabria, Campania e Sicilia.

- Welfare generalizzato con mix di tipo societario: si assiste ad una forte presenza del pubblico e del terzo settore contornati da una società integrata e coesa. C'è una vasta copertura dei servizi ma a livello territoriale questi risultano poco diffusi e i rischi sociali risultano essere abbastanza contenuti.

Appartengono a questa categoria Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige.

Il report, infine, riporta alcune considerazioni importanti. Una prima considerazione si sviluppa sul fatto che le varie realtà regionali sono cresciute e si sono affermate in maniera totalmente diversa fra loro e che i processi di evoluzione sono altrettanto differenziati. È quindi difficile, se non impossibile e sbagliato, parlare di un welfare italiano e che, addirittura può essere forzoso parlare anche di un welfare regionale a causa delle diversità esistenti all'interno delle stesse.

Una seconda considerazione riguarda l'evoluzione dei modelli e dei cambiamenti in atto: i processi di cambiamento che sono stati avviati non hanno ancora prodotto effetti rilevanti segnando varie differenze sul piano normativo. Probabilmente gli effetti delle politiche adottate in questi anni si vedranno prossimamente.

Da questa analisi emergono due aspetti di rilevante importanza:

- I cambiamenti che si cercano di operare sono avviati verso la presenza di un mix pubblico-privato (profit e non) e “la valorizzazione delle dinamiche di tipo societario” [Bertin, 2012];
- Le regioni si sono ampiamente diversificate perché non tutte si sono “svilupate” con la stessa velocità e non tutte hanno subito una diversificazione per quanto riguarda il range degli attori presenti sul territorio: regioni come quelle meridionali sono più inclini a rafforzare i soggetti formali, mentre in altre, soprattutto in quelle del nord (in particolare Trentino A.A e Valle d'Aosta) ha prevalso una logica di consolidamento del welfare societario.

A conclusione dell'analisi di questo report, inserisco, di seguito, una tabella riassuntiva.

Tabella 2.9 Regioni e caratteristiche dei singoli cluster

TIPO DI WELFARE	REGIONI	MIX STRUTTURATO	DIFFUSO SOCIETARIO	DIRITTI DIFFUSI	SERVIZI TERRITORIALI	COESIONE SOCIALE	RISCHI SOCIALI
MIX STRUTTURATO	Liguria Marche Umbria	Medio alto medio alto medio alto	Medio alto Medio alto Medio alto	Medio alto Medio basso Medio basso	Medio alto Medio alto Medio alto	Medio alto Medio basso Medio basso	Medio basso Basso Basso
GENERALIZZ. E GENEROSO	Friuli V.G. Toscana Lombardia Veneto Emilia-R.	Medio alto Medio alto Alto Alto Medio Alto	Medio basso Medio basso Medio basso Medio basso Medio alto	Medio alto Medio alto Medio alto Medio alto Medio alto	Alto Medio alto Alto Alto Alto	Medio alto Medio alto Medio alto Medio alto Medio basso	Basso Medio basso Medio basso Medio basso Medio basso
CONSOLIDATO MA POCO INNOVATIVO	Piemonte	Alto	Basso	Medio alto	Medio basso	Medio basso	Medio basso
RESIDUALE E POCO DIVERSIFICATO	Lazio Abruzzo	Medio basso Medio basso	Basso Medio basso	Medio basso Medio basso	Medio alto Medio basso	Basso Medio basso	Medio basso Medio basso
RESIDUALE CON PROPENSIONE AL SOCIETARIO	Molise Basilicata Sardegna	Basso Basso Basso	Medio alto Alto Medio Alto	Medio basso Basso Medio basso	Medio basso Medio basso Basso	Medio alto Medio basso Medio alto	Medio alto Medio alto Alto
MINIMALE ED ELEVATA CRITICITÀ SOC.	Puglia Calabria Campania Sicilia	Basso Basso Medio basso Medio basso	Medio basso Basso Basso Medio basso	Medio basso Basso Medio basso Medio basso	Medio basso Medio basso Medio basso Basso	Medio basso Medio basso Basso Medio basso	Medio alto Medio alto Alto Alto
GENERALIZZATO CON MIX DI TIPO SOCIETARIO	Valle d'Aosta Trentino A.A	Medio Alto Alto	Alto Alto	Alto Alto	Basso Medio basso	Alto Alto	Medio alto Medio alto

Fonte: Indagine sulle regioni italiane, Regione Veneto, pag. 38

Nel libro “Welfare regionale in Italia”, G. Bertin, ipotizza che esistano dei fattori che hanno prodotto il range dei sistemi di welfare locali. Il primo fattore si verifica nella correlazione tra l’estensione del sistema dei servizi offerti al cittadino e la ricchezza (PIL regionale). A livelli elevati di PIL (quindi di ricchezza del territorio) corrisponde un buon sviluppo dei servizi a disposizione del cittadino mentre laddove non c’è un buon livello di PIL il range dei servizi offerti è limitato.

Il secondo fattore, invece, riguarda sempre l’estensione dei servizi tradizionali ma in correlazione con la coesione sociale presente nelle singole regioni. È stato

rilevato, infatti, che i servizi sono più sviluppati laddove i rischi sociali sono meno presenti (dovuto anche alla coesione sociale).

In sintesi “il processo di sviluppo dei sistemi regionali di welfare evidenzia una forte correlazione fra la crescita del sistema di protezione sociale con il PIL prodotto dalle regioni e con la coesione sociale, mentre minor intensità sembra avere la relazione con le condizioni di disagio e i rischi sociali dei singoli territori”. [Bertin 2012]

2.5.1 Legislazione per la pianificazione locale

Andrò ora ad analizzare la legislazione regionale del Veneto per capirne l'evoluzione e in che misura ha inciso sulle politiche di welfare adottate dalla Regione.

È utile, ai fini sopra esposti, partire dal concetto di governance, già affrontato in precedenza.

Lo studio della governance, infatti, ci viene in aiuto per comprendere sia quali sono gli attori del sistema complesso, che è il welfare regionale, e sia quali sono i rapporti fra essi. Inoltre secondariamente, ci consente di comprendere quali fra questi attori sono i decisori e quali sono le modalità di coinvolgimento degli stakeholder.

Il termine governance fa riferimento a “forme di gestione degli affari comuni, cioè rilevanti (Bertin 2012) per la comunità e per tutti gli attori”⁵², si riferisce, quindi, “ai processi di governo basati sull'interazione e la negoziazione tra gli attori sociali”⁵³. Essa è composta da varie forme riconducibili a gestione del potere, dinamiche fra gli attori sociali e il ruolo assegnato ai cittadini.

Nel sistema di governance, gli attori sono portatori di interessi, culture e competenze diverse che entrano in relazione in una sorta di arena in cui tutti gli attori si influenzano reciprocamente.

La struttura dei welfare regionali è complessa per vari motivi, tra i quali il dover trovare e dare risposte a domande sociali sempre più articolate e diversificate e la diversità etnica e culturale degli attori coinvolti.

⁵² G. Bertin, M. Marzulli, M. Zantedeschi, La governance dei servizi socio-sanitari in 12 regioni italiane, Edizione Ca' Foscari, 2012, pag. 3

⁵³ *ivi*

Nel corso degli ultimi decenni le regioni hanno acquisito una sempre maggiore autonomia nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie, strutturando quindi un personale modello organizzativo che meglio rispondesse alle richieste provenienti dalle comunità. Questo è stato reso possibile grazie alle integrazioni, rispetto alla legislazione nazionale, di leggi quadro regionali in materia di servizi sociali e socio-sanitari integrati e alle parti introduttive dei Piani regionali.

Andiamo ora ad analizzare la principale legislazione in materia della Regione Veneto.

La legge attuativa della 502/1992 è la L.R 56/1994 "*Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale*". Le sue finalità sono quelle di assicurare ai cittadini il miglior livello di uniformità di assistenza sanitaria in ambito regionale in rapporto alle risorse a disposizione (art.1 comma 1). Alla Regione sono affidati (art.6 comma 1 e 2) compiti di programmazione tramite il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio Regionale che:

- Definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standard dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;
- Si articola in programmi di intervento in aree specifiche a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al quinquennio.

La Regione, inoltre, persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali socio sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti. La Regione, poi, persegue l'integrazione delle attività svolte dai soggetti pubblici e privati nei vari ambiti territoriali. Il principale strumento di integrazione è il Piano di Zona dei servizi sociali. I comuni (art 5 comma 1 e 2) partecipano, nelle forme previste, al processo di programmazione socio-sanitaria regionale. Molto importante è la legge 11/2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali" in attuazione della legge 112/1998 che impone alle regioni di determinare le funzioni amministrative che richiedono l'unitario esercizio a livello regionale, provvedendo a conferire tutte le altre agli Enti Locali.

Per quanto riguarda la sezione relativa ai servizi sociali e all'integrazione socio sanitaria, la L.R all'art. 124, facendo riferimento alla legge 112/98, alla legge 328/00 e alla 502/92 decreta che per servizi sociali si intendono tutte le attività aventi contenuto sociale, socio-assistenziale e socio- educativo. Essi si rivolgono alla promozione, alla valorizzazione, alla formazione ed educazione dei cittadini, alla prevenzione dei fattori di disagio sociale e al reinserimento delle persone che per un qualsiasi motivo sono state allontanate dalla propria abitazione.

La Regione ha, quindi lo scopo di conservare lo stato di benessere e prevenire/rimuovere le cause che possono condurre all'emarginazione o al disagio, perseguendo l'obiettivo di integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari.

La regione ha le funzioni amministrative di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo sui servizi sociali, nonché le spetta la realizzazione di iniziative di interesse regionale (per esempio i progetti pilota) e la valorizzazione del volontariato.

Alle province (art. 131) sono assegnati i compiti di promozione, coordinamento, incentivazione, in armonia con la programmazione regionale e in linea col piano di zona.

Infine (art. 132) Le ULSS e le IPAB concorrono alla programmazione, alla gestione e alla realizzazione della rete dei servizi sociali locali e regionali:

- Le ULSS hanno il compito di programmare, progettare e gestire i servizi sociali rispettando le deleghe conferitegli dagli enti locali e basandosi sulle direttive espresse dalla Conferenza dei sindaci nonché svolgere funzioni amministrative in materia di servizi sociali riguardanti, per esempio, l'assegnazione di finanziamenti.
- Le IPAB concorrono alla programmazione realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali.

Concludendo per quanta riguarda le leggi regionali, è importante sottolineare l'esistenza di alcune Delibere della Giunta Regionale che hanno fatto da linee guida per la formazione dei Piani di Zona.:

- DGR n°1764 dell'8/06/2004;
- DGR n°3702 del 29/11/2006;
- DGR n°157 del 26/01/2010 che in particolare ha definito:

→ Gli attori del piano di zona: ampio spazio è stato conferito nella costruzione del Piano a tutti i soggetti sociali (cooperative, associazioni di volontariato, organizzazioni sindacali...) che a vario titolo concorrono concretamente all'erogazione dei servizi ponendo le basi per l'attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale. Essi provvedono, nell'ambito delle rispettive competenze, alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali secondo i principi di:

- Coordinamento ed integrazione con le politiche sanitarie e dell'istruzione, di formazione e di avviamento e di reinserimento al lavoro;
- Concertazione e cooperazione tra i vari livelli istituzionali, tra questi e soggetti come "organismi non lucrativi di utilità sociale, degli organismi delle 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." (Art 1 comma 4) che devono partecipare con proprie risorse alla realizzazione del sistema di rete; le organizzazioni sindacali che più rappresentano i cittadini a livello nazionale e le ASL per le prestazioni socio-sanitarie con un'alta soglia di integrazione sanitaria che rientrano nei parametri dei livelli essenziali del SSN.

Ci sono vari attori che hanno titolarità per quanto riguarda la strutturazione del Piano di Zona.

Ai Comuni, in particolare, spettano le funzioni amministrative riguardanti gli interventi sociali che vengono svolti a livello locale e che concorrono poi alla programmazione dell'azione regionale. Queste funzioni vengono perpetrate dai Comuni adottando a livello territoriale le strategie più funzionali alla gestione, alla spesa ed al rapporto con i cittadini (Art 6).

La Regione, attraverso le aziende Ulss, ha funzioni di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo, mentre la Provincia concorre, con risorse proprie e nelle materie di sua competenza, alla stilazione del Piano di zona.

Altri soggetti che concorrono nella costruzione del Piano di Zona sono vari come, ad esempio, IPAB, Comunità Montane e vari soggetti locali (es. organizzazioni di volontariato, organismi non lucrativi, fondazioni...), coinvolti per migliorare i servizi territoriali e per essere più vicini ai cittadini e alle loro esigenze.

La logica che Comuni, Regioni e Stato devono perseguire è quella della promozione della pluralità nell'offerta dei servizi al cittadino, avendo cura di tutelare il diritto alla scelta tra i vari servizi e per dar modo agli stessi di richiedere i servizi sociali in alternativa alle prestazioni economiche.

I soggetti titolari del Piano di zona hanno il compito di definire in modo chiaro agli attori quali sono i livelli di partecipazione, distinguendo fra:

- Azioni di mera consultazione: i soggetti hanno il solo compito di informare i soggetti coinvolti rispetto a ciò che si trova sul tavolo della discussione al fine di raccogliere proposte, programmi, e consigli atti a migliorare i contenuti della programmazione
- Azioni di concertazione: i soggetti vengono selezionati al fine di avere un confronto riguardante le decisioni che saranno infine convalidate dai soggetti titolari del Piano di zona.

Il piano di zona è promosso dal sindaco e approvato dal Consiglio comunale nel caso in cui l'ambito territoriale dell'ULSS coincida con quello del Comune; in caso contrario è promosso dalla rappresentanza della Conferenza dei Sindaci ed approvato dalla stessa.

➔ I contenuti: il testo dei piani di zona dovrebbe essere articolato in settori di progetto che si sostanziano in priorità di intervento e che sono individuate nei vari documenti nazionali e regionali di programmazione. Le aree di intervento si articolano o per ciclo di vita (anziani, infanzia) o per specificità prevalente (dipendenze, marginalità..) Le sezioni quindi potranno essere dedicate a:

- Area anziani;
- Area della disabilità;
- Area materno infantile;
- Settore delle politiche giovanili e di comunità;
- Area della salute mentale;
- Area della tossicodipendenza;
- Area dell'immigrazione.

Il processo di programmazione cerca da un lato di individuare gli aspetti ridondanti in fasce omogenee della popolazione, dall'altro di fornire servizi conciliabili con le strutture presenti nel territorio regionale.

Rispetto poi a tutte queste aree di intervento è necessario poter fornire le seguenti informazioni:

- Finalità generali di intervento;
- Riferimenti normativi;
- Rete dei servizi presenti sul territorio ai quali rivolgersi;
- Descrizione dell'utenza sul territorio;
- Analisi qualitativa dei bisogni espressi dalla popolazione e degli obiettivi di salute a questi correlati,
- Descrizione della progettualità d'intervento, degli indicatori per il monitoraggio, degli standard di riferimento.

➔ Gli obiettivi e le finalità del piano di zona: il Piano di Zona segue alcuni principi cardine che però sono ormai considerati dei “parametri di riferimento” su tutto il territorio nazionale. Essi sono:

- Promuovere le condizioni migliori possibili di salute attraverso la programmazione sociale integrata con lo scopo di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini;
- Dare priorità sia al contrasto all'esclusione sociale sia alla promozione dei diritti sociali dei soggetti svantaggiati;
- Distribuzione uniforme sul territorio nazionale;
- Parità di trattamento e di opportunità nell'accesso ai servizi sostenendo l'equilibrio nell'offerta e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio;
- Mantenimento e reinserimento dei soggetti considerati “deboli” nel contesto familiare e sociale di appartenenza;
- Abbattimento delle liste d'attesa e promozione del miglioramento dell'accessibilità e la qualità dei servizi attraverso una sempre maggiore integrazione tra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale;
- Ricercare sempre un miglior assortimento tra efficacia ed efficienza nel sistema degli interventi;
- Sostenere e facilitare la gestione dell'integrazione socio – sanitaria.

Al fine di perseguire quanto detto, il Piano di zona deve affermarsi come strumento specifico della programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie in base a quanto stabilito a livello locale e nazionale.

Attraverso il Piano di zona, quindi, vengono programmate la distribuzione e l'allocazione delle risorse, sempre facendo riferimento alle linee guida dettate in sede regionale.

- ➔ L'integrazione nella programmazione regionale e locale che si sviluppa secondo:
 - L'integrazione istituzionale: realizza una cornice di riferimento della programmazione locale. La Giunta Regionale approva un documento promosso dalla Direzione regionale riguardante gli obiettivi di sviluppo generale della programmazione sociale e socio-sanitaria e la distribuzione delle risorse economiche.
 - L'integrazione socio-sanitaria: il piano di zona viene adottato tramite accordo tra Conferenza dei Sindaci e dal Direttore Generale dell'Azienda Ulss, che provvede a garantirne l'integrazione con gli altri strumenti di programmazione sanitaria e a recepirne i contenuti nel Programma di Attuazione Locale.
 - L'integrazione gestionale: promossa in ambito territoriale da azioni mirate a garantire la gestione unitaria delle funzioni sociali a livello distrettuale.
- ➔ La durata e il monitoraggio: la durata del Piano di zona è stata protratta fino a cinque anni prevedendo però momenti di monitoraggio e ripianificazione laddove fosse necessario. Con annuale scadenza, potranno essere rivalutate l'allocazione delle risorse economiche che sostengono l'erogazione dei servizi e le azioni d'intervento che potranno essere modificate a pro della messa a punto di servizi che meglio rispondono alle esigenze della cittadinanza.

Il Piano di zona, quindi, deve rappresentare l'intero processo necessario alla pianificazione locale degli interventi.

Il monitoraggio viene, appunto, fatto su base annuale attraverso la rilevazione dei dati relativi ai servizi attivati con la programmazione locale. Oltre alla raccolta dei dati, però, da ogni ambito dovrà provenire una relazione valutativo-previsionale con il fine di verificare i progressi compiuti in termini di risultati e priorità e di evidenziare le criticità al fine di apportare cambiamenti validi per l'anno successivo.

- ➔ Le fonti e le modalità di finanziamento: la programmazione degli interventi e dei servizi deve tener conto:

- Dei livelli di assistenza socio-sanitaria;
 - Dei livelli delle prestazioni sociali che si intendono garantire nel territorio;
- Il tutto deve tener conto sia delle indicazioni nazionali e regionali, sia dei vincoli posti dalle risorse che si hanno effettivamente a disposizione.

2.6 Il recente dibattito sul Welfare State

Il recente dibattito sottolinea come il Terzo settore abbia avuto un grande successo nel nostro paese sia per quanto riguarda la sua dimensione complessiva, sia per quanto concerne lo spazio conferitogli all'interno del dibattito pubblico riguardante le prospettive del sistema di welfare. Questo è dato da vari fattori come l'elevato numero di addetti, la stabilità raggiunta da diverse organizzazioni e il ruolo cruciale che il esso ricopre all'interno delle politiche di welfare.

Lo sviluppo del Terzo settore però si deve soprattutto alla vastità di offerta di servizi che esso offre ad una società con bisogni sempre più diversificati attraverso l'introduzione di tecniche manageriali e di fund-raising⁵⁴ nelle organizzazioni non profit.

Ma quali sono le reali sfide a cui dovrà andare incontro il Terzo settore? Si può sottolineare una spiccata tendenza alla privatizzazione della gestione delle politiche pubbliche di welfare e questo accade in concomitanza con il ritiro, sempre più evidente, dello Stato da una programmazione pubblica ad ampio respiro e su standard nazionali fissati per tutti. La politica di privatizzazione si sta sviluppando su un arco di settori sempre più vasto. Questo per rispondere ad esigenze di vario tipo: finanziarie (al fine di frenare la crescita del debito pubblico), politico-giudiziario (per limitare la corruzione politica) culturale (costituita da un'opinione pubblica ormai stanca della burocratizzazione e con la classe media mal disposta nei confronti di alti costi e cattiva qualità dei servizi erogati dal settore pubblico) e organizzativo (in quanto rigidità e inefficienza sembrano attanagliare la pubblica amministrazione).

Ascoli, nel libro *“Il welfare futuro. Manuale critico del Terzo settore”* sostiene che al Terzo settore “resteranno aperte due prospettive diverse: da un lato

⁵⁴ Il fund raising si sostanzia nella sostenibilità finanziaria di una causa sociale. Esso comporta una funzione di governance da parte di un'organizzazione, ovvero controllo della compatibilità tra risorse, mezzi, ambiente operativo dell'organizzazione e la sua mission.

qualificarsi sempre più decisamente come partner subordinato delle politiche pubbliche, dall'altro proporsi come un attore autonomo capace di sviluppare e proporre modalità innovative ed originali di redistribuzione delle risorse. La prima prospettiva implica che la dipendenza finanziaria dallo Stato resti invariata o addirittura aumenti nel tempo, e che si intensifichino le forme di mutuo accomodamento tra operatori pubblici e organizzatori non profit. La seconda prospettiva implica invece una graduale diminuzione della dipendenza finanziaria dallo Stato, accompagnata dal sempre più frequente ricorso a forme di competizione o di partnership nella regolazione dei rapporti finanziari tra i settori. Mentre la prima alternativa pone le organizzazioni non profit in posizione di supplenza ai limiti organizzativi e finanziari del settore pubblico, la seconda richiede loro l'assunzione di significative responsabilità nella definizione stessa delle politiche.”⁵⁵

Al tutto è necessario aggiungere la “scoperta del non profit” e il rischio che la forbice tra le organizzazioni più professionalizzate e le organizzazioni fondate principalmente sul volontariato si apra sempre più con le prime che incanaleranno maggiori contributi pubblici e maggior autonomia e le seconde che rimarranno indietro, escluse dai finanziamenti pubblici e oppresse dal turn-over dei volontari. Rispetto a ciò esistono due scuole di pensiero: da una parte chi è convinto che la visione volontaristica verrà abbandonata per dare maggior spazio e risalto alla professionalizzazione, e dall'altra chi tende ad evidenziare i rischi che possono portare burocratizzazione e commercializzazione del settore.

2.7 Conclusioni

In questo capitolo si è cercato di sviscerare lo sviluppo del welfare state in Italia, e in particolar modo nella Regione Veneto, e il cambio di rotta avvenuto dopo la sua crisi. Come evidenziato nei paragrafi precedenti in Italia, come in buona parte del resto d'Europa, si è operata una decentralizzazione delle competenze e questo ha portato ad una rivisitazione dei modelli di riferimento di Esping Andersen in chiave decentrata. In Italia le regioni hanno acquisito sempre più importanza fino a prendere il controllo dei maggiori servizi socio-assistenziali resi alla cittadinanza.

⁵⁵ (a cura di) U. Ascoli, “Il welfare futuro. Manuale critico del Terzo settore”, Carrocci Editore, 1999, pag. 89-90

Questo però ha comportato una disparità tra le stesse che ha portato ad operare una classificazione dei sistemi di welfare presenti nelle varie regioni italiane per evidenziarne le diversità.

3. L' EVOLUZIONE DEL WELFARE STATE: FOCUS SULLA SCOZIA

La Scozia è stata un Regno indipendente fino al 1603 quando venne unito all'Inghilterra, sotto la guida di Giacomo VI, con l'atto "Union of the Crown". I due stati comunque restarono separati fino al 1707 quando con "The Union Act" ci fu l'unificazione dei due parlamenti. Venne posto subito l'accento, dal nuovo governo creatosi, sulla supremazia delle leggi inglesi, rispetto a quelle scozzesi: "*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.*"⁵⁶. Va sottolineato, infatti, che il governo inglese, a differenza di quanto fece, per esempio quello italiano nei confronti delle venti Regioni, non tutelò mai in maniera consona l'identità delle nazioni che doveva rappresentare.

Per poter affrontare, quindi, l'evoluzione del welfare state scozzese non si può prescindere da un'exkursus su quello Inglese.

La Scozia introdusse nella seconda metà del 1500, quindi con qualche anno di anticipo rispetto a quanto fece l'Inghilterra (primi anni del 1600), le Poor Laws che furono una prima forma di assistenza sociale, seppur ben lontana da ciò che noi oggi consideriamo Stato sociale.

Con l'avvento della rottura liberale si intravidero dei cambiamenti sociali causati dall'industrializzazione e dall'urbanizzazione e ci fu una discreta estensione dell'intervento dello Stato e delle varie associazioni contro la povertà. Questo fu un processo che accadde, come abbiamo visto in precedenza, nei paesi monarchico-autoritari, quindi anche in Gran Bretagna, dove le élite concessero alcuni diritti per tener sotto controllo le masse che minacciavano la stessa stabilità dello Stato.

3.1 Teoria Keynesiana e Rapporto Beveridge

Le prime leggi britanniche sull'assicurazione sociale arrivarono grazie all'impegno politico di Winston Churchill che insieme a Lloyd e supportato da William Beveridge, scrisse il National Insurance Act del governo liberale,

⁵⁶ "Le leggi riguardanti il diritto pubblico, la politica e il governo della società devono essere uguali in tutto il Regno Unito, ma non devono essere poste in essere delle modifiche alle leggi riguardanti il diritto privato, fatta eccezione per le materie di evidente utilità in Scozia". Article 18 of the Treaty of Union.

Fonte: <http://www.scottish.parliament.uk/corporate/history/SPT/tradition/treaty.htm>, 30 settembre 2007. 277 Cfr. M. Gallagher, P.V. Uleri, *The Referendum Experience in Europe*, MacMillan, Lond

approvato nel 1911 (ma che fa parte della più ampia riforma di assistenza sociale del governo liberale del 1906-1915) che è considerato come uno dei fondamenti della moderna assistenza sociale. Questa misura diede alle classi lavoratrici inglesi (applicata però solo ai lavoratori dipendenti) il primo sistema contributivo di assicurazione contro malattia e disoccupazione.

Durante i due periodi bellici il governo britannico si trovò a dover fronteggiare da una parte gli effetti distruttori della guerra e dall'altra la Grande crisi del 1929. Questo pose le basi per un cambio repentino riguardo gli interventi sociali che intrapresero una strada completamente differente da quella perseguita fino a quel momento: ebbero fine le politiche di indigenza presenti nell'epoca vittoriana e si svilupparono politiche con obiettivi precisi e con lo scopo di aiutare determinati gruppi sociali.

A seguito della Seconda guerra mondiale e in profonda antitesi con le ideologie naziste, si andò strutturando sempre più l'idea di una ridefinizione del rapporto stato-cittadino.

Due furono essenzialmente i pilastri di questa rinnovata definizione: da una parte, quella economica, troviamo Keynes, definito "l'economista della grande crisi" che, come abbiamo visto in precedenza, aveva sviluppato la teoria ("Teoria generale", 1936) per cui lo Stato aveva il compito di sostenere la domanda a fronte di una sennò eccessiva disoccupazione, soprattutto durante un periodo di crisi in cui l'azione pubblica avrebbe dovuto incrementare la domanda globale anche in condizioni di deficit per determinare un aumento dei consumi, degli investimenti e dell'occupazione. Keynes sosteneva che per mantenere un buon livello di produzione e di attività economiche e quindi diminuire la disoccupazione, la pianificazione statale fosse inevitabile. Così come era inevitabile che lo Stato spendesse al fine di mantenere elevato il livello di occupazione e questo poteva avvenire secondo due modalità: o attraverso una serie di investimenti o attraverso i beni di consumo. Lo Stato quindi doveva garantire la piena occupazione attraverso la spesa pubblica, che avrebbe sostenuto la domanda e ciò avrebbe portato ad un incremento di investimenti da parte delle imprese e di conseguenza avrebbe incentivato le assunzioni.

Dall'altra parte, la parte sociale, troviamo Lord Beveridge che, come abbiamo già visto, redasse nel 1942 un rapporto sulla "sicurezza sociale e i servizi connessi", meglio conosciuto come "Rapporto Beveridge", espressione che lui non amò mai,

in quanto preferì sempre “*Social Service State*”. Il termine welfare state, secondo T.H. Marshall (membro della London School of Economics and Political Science), andò ad affermarsi in antitesi alle situazioni prodotte dalle vecchie *Poor Laws*, con le quali i destinatari del welfare erano costretti a rinunciare ai loro diritti di cittadinanza.

Il largo consenso che ebbe il Rapporto Beveridge, Marshall lo imputa a due fattori principali: da un lato la guerra aveva creato una rinnovata unità nazionale che era alla base del progetto, dall'altra le politiche vennero attuate in un periodo di austerità economica.

Egli selezionò un insieme di principi che stavano cominciando ad avere rilevanza nel dibattito del Regno Unito, e costruì una proposta “di riforma organica delle politiche di protezione sociale fondata su una concezione innovativa dei compiti dello Stato nei confronti dei cittadini. Viene così superato un approccio residuale [...] a favore invece di un sistema che elabora risposta complesse ai problemi di sussistenza e che si incentra sul fondamentale principio dell’universalismo. Con Beveridge irrompe nel dibattito politico e accademico l’idea che tutti i cittadini senza distinzioni di sorta (classe, sesso, razza, status, ...) e senza filtri familiari o categoriali, siano titolari di un diritto ad un livello minimo di sussistenza che deve essere garantito dallo Stato.”⁵⁷

Beveridge quindi riconosce, pur restando alla prevalenza del mercato, che i mercati non si autoregolano nell’assicurazione del benessere individuale (Paci parla di “universalismo liberale” per cui “è rivolto essenzialmente a fornire un minimo di protezione sociale [...]). Il sistema non è volto a garantire il ‘tenore di vita’ precedente, ma solamente ad impedire lo scivolamento verso una situazione di deprivazione economica tale da mettere a rischio la stessa sopravvivenza dell’individuo”⁵⁸

In buona sostanza il principio fondamentale su cui si fonda l’impianto proposto da Beveridge è la garanzia universalistica del reddito.

Beveridge, inoltre, sostiene l’universalismo sia come fonte di una garanzia di reddito per tutti i cittadini in maniera indifferenziata per i principali rischi sociali (malattia/invalidità, disoccupazione e vecchiaia) sia per quanto riguarda l’aspetto

⁵⁷ U. Ascoli, D. Benassi, E. Mingiore, *Alle origini del welfare state. Il rapporto su Assicurazioni sociali e servizi assistenziali*, Franco Angeli, Milano 2010

⁵⁸ U. Ascoli, D. Benassi, E. Mingiore, 2010

contributivo: egli, infatti, non prevedeva una progressività nella contribuzione (in proporzione al reddito, per esempio) ma tutti i cittadini vi devono contribuire in maniera uguale. Questo era di fondamentale importanza nella concezione Beveridgeana perché l'universalismo non si doveva trasformare in deresponsabilizzazione, cioè i cittadini non dovevano trovare incentivi nel non migliorare la loro condizione di benessere; di conseguenza "le assicurazioni sociali devono mirare alla garanzia di un reddito minimo necessario per la sussistenza"⁵⁹

In sintesi, tutti i cittadini godevano di un minimo benessere, stabilito a monte, indipendentemente dalle loro caratteristiche o qualità (e senza correzioni per numerosità della famiglia, o gravità della malattia) ma al quale, per accedervi, erano costretti a contribuire tutti in egual misura. Lo Stato erogava quasi esclusivamente contributi monetari e il servizio di welfare era assai esiguo.

Beveridge ha individuato però delle casistiche speciali che non si adattano a questo modello ed è per questo che ha suddiviso il popolo della Gran Bretagna in sei categorie:

- I dipendenti;
- Gli altri occupati;
- Le casalinghe;
- I cittadini in età lavorativa ma non attivi (come studenti che hanno compiuto il sedicesimo anno di vita, i benestanti...);
- I giovani con meno di sedici anni;
- Gli ultra sessantacinquenni (maschi) o ultra sessantenni (donne).

Beveridge si rende conto che queste categorie hanno possibilità e capacità diverse di assolvere ai loro obblighi contributivi e di conseguenza crea delle casistiche nelle quali, per esempio minori e anziani non debbano pagare i contributi, mentre le altre categorie devono contribuirvi in maniera differente fra loro. Ognuno, inoltre ha vari tipi di protezione per le quali vengono specificati i costi in base agli eventi che si verificano (e per i quali l'opera di Beveridge risulta impressionante per lungimiranza e precisione). Beveridge, infatti, individua otto cause primarie di bisogno: 1) disoccupazione, 2) invalidità, 3) vecchiaia, 4) perdita dei mezzi di sussistenza, 5) per le donne i bisogni del matrimonio come maternità, perdita del

⁵⁹ U. Ascoli, D. Benassi, E. Mingione, 2010

lavoro del marito, vedovanza, 6) spese per il funerale, 7) malattia e 8) infanzia. Quindi, per esempio, i lavoratori dipendenti erano assicurati dalla perdita di denaro a seguito di disoccupazione o invalidità mentre per tutti gli altri lavoratori questo non era previsto.

3.2 Dal dopoguerra agli anni '70

L'obiettivo primario del nuovo governo britannico successivamente alla fine della II Guerra Mondiale fu la ricostruzione del paese; a ciò si aggiunse l'emergenza della riconversione delle industrie⁶⁰ e il rifornimento dei beni di prima necessità. Il governo laburista da una parte attuò programmi volti alla protezione sociale e dall'altra cercò di nazionalizzare interi settori industriali. Ciò venne promosso seguendo le teorie keynesiane che prevedevano un intervento sulla spesa pubblica per garantire, o comunque favorire, la piena occupazione.

Va qui evidenziato che sebbene l'impianto del welfare state in Gran Bretagna avesse dei punti in comune con il Rapporto Beveridge, molti, invece, furono ben distanti da quanto auspicato nello stesso e già nella metà del 1900 si comprese che il welfare inglese era diventato più selettivo e articolato rispetto a quello che si era preventivato (semplicità e universalismo): se per Beveridge assicurare una casa in cui vivere, un lavoro qualsiasi dal quale trarre un reddito e cure sanitarie era il minimo sindacale, gli Stati europei, Gran Bretagna compresa, dalla metà del 1900 si mossero verso un'altra direzione. Grazie allo sviluppo economico successivo alla Seconda Guerra Mondiale, che moltiplicò le risorse alle quali si poteva accedere, venne sviluppato un sistema di welfare che poneva in primis il miglioramento generale delle condizioni di vita dei cittadini tramite la capacità redistributiva dello Stato: tutti dovevano esser messi nella condizione di poter migliorare il proprio status.

Ciò però non inficia il fatto che, nel complesso, queste politiche furono la base su cui si costruì il welfare state che sarebbe in seguito diventato un faro per gli altri stati europei che volevano garantire protezioni minime ai loro cittadini.

Il biennio Cinquanta-Settanta per i paesi dell'Europa Continentale furono anni di grande crescita economica e fermento per quanto riguarda il riconoscimento dei

⁶⁰ Processo che consentì alle imprese di reinserirsi in settori di produzione a domanda più elevata rispetto a quello in cui operavano con lo scopo di produrre in funzione delle nuove esigenze del mercato. Nel caso di specifico il governo tentò di ricollocare le imprese che in tempo di guerra si erano trasformate in industrie per foraggiare la produzione di armi.

diritti di cittadinanza. Nel dopoguerra, nella maggior parte dei paesi occidentali, si instaurò la cosiddetta “economia mista”, un sistema economico che combinava più sistemi economici. Nel caso specifico, la maggior influenza dello Stato in ambito economico a sostegno della produzione e dell’occupazione (e impiegando in modo opportuno la spesa pubblica) venne combinata con elementi di stampo capitalistico.

Va sottolineato che però la crescita economica media della Gran Bretagna in termini di PIL risulta essere a metà rispetto a quella registrata negli altri paesi dell’Europa occidentale (anche se il motivo è probabilmente riconducibile al fatto che la situazione in Gran Bretagna non era così disastrosa come in altri stati come ad esempio Italia e Germania); inoltre era afflitta da problemi di deficit e dall’apparato industriale che sottostava a politiche azzardate da parte dei giovani che alternavano incentivi agli investimenti e all’occupazione a politiche deflazionistiche per difendere la moneta (che fu investita da un attacco speculativo tra il 1960 e il 1961).

Tabella 3.1 Crescita media del PIL tra il 1870 e il 1979.

	1870-1913	1913-1950	1950-1959	1960-1969	1970-1979
Gran Bretagna	2,2%	1,7%	2,7%	2,8%	1,8%
Italia	1,4%	1,3%	5,8%	5,7%	3,2%
Francia	1,6%	0,7%	4,6%	5,8%	3,7%
Germania	2,9%	1,2%	7,8%	4,8%	2,8%
Paesi Bassi	2,2%	2,1%	4,7%	5,1%	2,9%
Stati Uniti	4,3%	2,9%	3,2%	4,3%	3%
Giappone	2,4%	1,8%	9,5%	10,5%	4,9%

Fonte: H. Van Der Wee, L’economia mondiale tra crisi e benessere (1945-1985), p. 42

Tuttavia, per quanto riguarda il welfare state, possiamo affermare che questo fu un periodo di benessere generale.

Il governo che si insediò successivamente a quello laburista di C. Attlee fu quello conservatore di W. Churchill che non apportò modifiche alle politiche di welfare fatte dal suo predecessore ma, anzi, cercò, partendo da quella base, di ampliarlo.

Grazie alla crescita economica, infatti, il governo conservatore alternò politiche di stampo universalistico ad un intervento basato sul *means test* cercando di aumentare le coperture assicurative minime, integrando l’intervento statale con forme private o su base volontaria.

Possiamo definire il welfare del periodo 1950-1964 come un welfare di stampo universalistico di tipo redistributivo con alcune forme di deviazione verso l'area privatistica, soprattutto per quanto riguarda il settore pensionistico. Ciò che si nota è il mancato risanamento delle disuguaglianze di fondo e ciò che emerse dal fervente dibattito politico sostenuto in quegli anni fu la tendenza a concentrare gli sforzi di risanamento non tanto verso la povertà assoluta (ormai residuale in Gran Bretagna secondo Crosland), ma verso la povertà secondaria (detta anche relativa)⁶¹; inoltre divenne necessario combattere le disparità sociali e la scadenza dei servizi erogati alla cittadinanza.

Nel 1964 ci fu la prima crisi della sterlina che si ripresentò nel 1966 e alla quale in governo rispose varando il pacchetto austerità: controllo dei prezzi e dei redditi, tagli nella pubblica amministrazione e nel welfare e aumento della tassazione

Secondo Marshall sebbene l'universalità dell'accesso alle prestazioni fosse un punto di forza del welfare state alla fine della guerra, al contempo egli affermava che questo fosse anche il suo punto debole: il compito del welfare state era sì quello di garantire un livello che potesse soddisfare i bisogni minimi della cittadinanza ma il vero problema era dato dall'individuazione di questi livelli minimi: quale era il confine minimo? La domanda (e di conseguenza la risposta) erano fondamentali, secondo Marshall, per la stessa sopravvivenza del welfare. La definizione del livello minimo di prestazioni, infatti, non è così semplice: essa dipende per la maggior parte dalle aspettative di benessere che hanno i cittadini che le esigono. Come abbiamo visto, infatti, dalla II guerra mondiale, il livello di benessere è aumentato e con esso sono aumentate anche le aspettative dei cittadini nei confronti dello stato: "l'obiettivo si sposta costantemente in avanti e lo stato può non riuscire mai a trovarsi del tutto in grado di raggiungerlo" [T.H Marshall, 1950]⁶².

Ci furono però altri fattori, sia esterni, come la crisi del fordismo o l'internazionalizzazione dei mercati, che interni alla struttura del welfare state di cui si era sottovalutata l'importanza e che hanno inciso pesantemente sulla gestione, da parte dello stato, del welfare.

⁶¹ La povertà assoluta è la povertà legata alle necessità fisiologiche di base (bisogni primari, il minimo vitale, fabbisogno nutrizionale minimo.); quando parliamo di povertà relativa intendiamo, appunto una soglia di povertà relativa agli standard di vita prevalenti all'interno di una data comunità

⁶² T.H Marshall, "Cittadinanza e classi sociali" Cambridge University Press, 1950, pag.47

Analizziamo ora più dettagliatamente le problematiche che hanno portato alla caduta del welfare state negli anni '70.

3.3 Dalla crisi del welfare state alla Terza via

Vari autori sono concordi nell'identificare il 1973⁶³, a seguito dello shock petrolifero, come l'anno "spartiacque" tra un prima e un dopo rispetto alle evoluzioni delle politiche di welfare.

Punto fondamentale lo possiamo riscontrare nel declino delle politiche di welfare di stampo keynesiano: il legame tra fordismo e stato sociale keynesiano si fonda sul rapporto tra produzione e consumo. I costi elevati della produzione, infatti, richiedevano che ci fossero dei mercati in grado di assorbire la grande quantità di merci e di conseguenza lo Stato aveva il compito di incentivare i consumi e di garantire un livello di domanda elevato tramite la regolazione dei salari attraverso il metodo fordista: i salari venivano legati all'andamento della produttività reale cosicché da una parte venisse garantito un livello stabile di consumo anche nei momenti di crisi economica e dall'altro si dava la possibilità alle famiglie affinché mantenessero stabili i consumi anche quando il reddito veniva meno.

“Risulta a questo punto evidente che la stabilità economica e finanziaria del *welfare* dipendesse dall'andamento del ciclo di crescita fordista. La crisi fiscale del *welfare state* fu causata dal fatto che esso continuò ad espandersi anche nelle fasi di rallentamento della crescita economica. L'aumento dei salari all'inizio era stato possibile, infatti, grazie al boom economico del dopoguerra ma, quando questo aveva iniziato ad indebolirsi, i salari avevano continuato a crescere. Allo stesso tempo i redditi dei lavoratori dipendenti ed il capitale, nella misura in cui contribuivano alle entrate dello Stato, avevano iniziato ad essere sottoposti ad una pressione fiscale sempre maggiore. Questo aveva portato ad un aumento delle richieste allo stato di integrazione dei redditi per far fronte alle quali vennero creati programmi come le indennità di disoccupazione, gli assegni familiari, ecc. Il risultato di tali politiche era stata la diminuzione dei redditi sui quali lo stato poteva esercitare il suo prelievo fiscale.”⁶⁴

⁶³ Nel 1973 vi fu un' improvvisa sospensione delle forniture del petrolio da parte dei paesi dell'OPEC (Organization of the Petroleum Exporting Countries) a causa della guerra tra Egitto e Israele.

⁶⁴ www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/law-ways/caputo/cap1.htm#3

Possiamo quindi affermare che il welfare negli anni '70 andò in contro ad una fase di autodistruzione e ciò che ne risultò alla fine della crisi fu un welfare totalmente diverso da quello ideato da Beveridge, molto più orientato verso l'assistenzialismo e relegato a mera voce di spesa all'interno del bilancio statale da sgonfiare o rimpolpare a seconda del periodo economico e delle pressioni elettorali con l'obiettivo di soddisfare quante più categorie possibili moltiplicando le prestazioni e le aree d'intervento.

Sul finire degli anni '70 si aprì una nuova fase del welfare britannico con l'ascesa al governo dei conservatori capeggiati da Margaret Thatcher con la quale vennero a modificarsi non tanto le voci di spesa pubblica quanto i campi d'azione sui quali intervenire con le politiche sociali.

Dal 1979, infatti, si registra un cambiamento per quanto riguarda le modalità di gestione dei servizi sociali che diventano più di tipo manageriale. Con i governi Thatcher, e soprattutto nella seconda legislatura, l'obiettivo perseguito fu la privatizzazione con l'obiettivo, in primo luogo di "far cassa" e in secondo luogo di creare un mercato di servizi e di assicurazioni.

Inoltre, verso la fine degli anni '80 vi fu un cambiamento di gestione del Servizio Sanitario (che non andò ad intaccare i finanziamenti) in modo che gli ospedali divenissero indipendenti sotto il profilo economico mentre le autorità sanitarie locali avrebbero dovuto suddividere il territorio di competenza in varie aree di intervento. L'obiettivo era quello di mettere in competizione strutture private e strutture pubbliche in modo tale che quest'ultime incrementassero la qualità del servizio al fine di essere competitive nel mercato e redistribuire le risorse affinché si operasse una gestione locale delle stesse.

Fu negli anni '90 che prese piede in Gran Bretagna la teoria della "Terza via" che ebbe come punto focale la ridefinizione del concetto di welfare che doveva passare da un'accezione negativa, ad una positiva.

Essa si sviluppò seguendo le linee tracciate dalla riforma thatcheriana di responsabilizzazione dei cittadini: l'obiettivo era quello di creare una società fondata sul terzo settore e su una politica attiva da parte della società civile che doveva essere sensibilizzata rispetto a determinate tematiche che non potevano essere di appannaggio esclusivo statale, come per esempio le politiche ambientali, ma che doveva mettere in primo piano l'individuo per creare un senso di appartenenza. In sostanza era necessario creare un welfare society, dove la

comunità creasse una rete solidale all'interno della quale nascessero forme di solidarietà spontanee sostenute o incentivate dallo Stato.

Vennero, di conseguenza, affidati sempre più compiti riguardanti la sfera del sociale al terzo settore costruendo un sistema definito welfare mix dove settore pubblico e settore privato potessero convivere con il fine di abbassare i costi e dare il miglior servizio possibile

3.4 Devolution

La devolution la possiamo definire come un processo attraverso il quale vengono trasferite parte delle competenze in mano all'entità statale ad organismi regionali o sub-regionali; nel caso specifico vennero devoluti parte dei poteri in capo a Westminster al nuovo Parlamento scozzese cosicché la politica potesse rispondere in modo più diretto ed efficace alle richieste della popolazione.

Come abbiamo precedentemente visto, la Scozia è legata alla Gran Bretagna dall'unificazione dei parlamenti avvenuta nel 1707.

Alle elezioni del 1979, però, l'ormai morente Labour Party, propose un referendum per l'istituzione del Parlamento scozzese (e gallese) ma la risposta dei cittadini non fu molto positiva anche a seguito del periodo critico che stava vivendo la sinistra.

Non si sentirà più parlare di devolution per i successivi diciotto anni (periodo in cui stettero al governo i conservatori) finché, alle elezioni del 1997, i laburisti proposero un nuovo referendum ai cittadini scozzesi (che comunque godevano già di una discreta autonomia data sia dal codice normativo che dallo Scottish Office, l'organo esecutivo regionale) che vide il 74,5% dei votanti approvare la proposta.

Il nuovo parlamento che venne a costituirsi fu comunque inserito sotto il controllo di Westminster: il Parlamento britannico, infatti, ha la facoltà di abrogare eventuali leggi prodotte dal Parlamento scozzese che siano in contrasto con le leggi vigenti e inoltre è titolare del potere fiscale, della politica estera e della difesa del paese; Westminster, inoltre mantiene il controllo sui fondi e i finanziamenti statali in materia di servizi sociali.

Tabella 3.2 Scottish devolution

Competenze devolute al Parlamento scozzese	Competenze rimaste in capo a Westminster
<ul style="list-style-type: none"> • Agricoltura, e pesca • Cultura • Industrie • Sviluppo economico • Istruzione e formazione del lavoro sociale • Ambiente e pianificazione sport • Turismo • Servizi sanitari e sociali 	<ul style="list-style-type: none"> • Protezione del consumatore • Difesa e Immigrazione • Pari opportunità • Commercio • Politica economica e monetaria • Energia • Telecomunicazioni • Occupazione e sicurezza sociale
<ul style="list-style-type: none"> • Trasporti 	

Fonte: Citizen's Guide to Scottish, <http://www.gov.scot>, 2016

Di conseguenza possiamo tracciare le linee fondamentali della devolution. In buona sostanza vennero a crearsi due livelli di governo distinti: al Parlamento scozzese vennero attribuiti il potere e l'autorità, senza che però ciò andasse ad inficiare la sovranità del Parlamento centrale. Avvenne, quindi, un riconoscimento da parte dello Stato di vari livelli di amministrazione delle politiche sociali che coinvolgono, spesso e volentieri, attori che non sono inseriti all'interno di un contesto amministrativo preciso ma che formano la società civile e come tale, grazie alla devolution, tornano ad inserirsi nella vita sociale raggiungendo un più alto grado di responsabilità sociale, principio fortemente voluto dalla Third way di Giddens, già affrontato in precedenza.

La partecipazione della società civile ha come scopo quello di portare alla creazione di nuovi percorsi d'intervento sociale che siano anche sensibili al riconoscimento di nuovi problemi della società.

Andando ad analizzare gli ambiti di interventi in cui ha operato la devolution, possiamo affermare che i suoi principi sono stati applicati con più successo nella riforma del Servizio Sanitario Nazionale Scozzese (NHSScotland).

Con il *The Scotland Act 1998*, nel 1999 il nuovo Parlamento scozzese prese in carico la gestione della politica sanitaria regionale con un approccio fondato sulla gratuità e fruibilità dei servizi a tutta la popolazione in base però al bisogno e secondo il principio della responsabilità collettiva.

L'obiettivo, quindi, del nuovo parlamento scozzese, era quello di creare un NHS che fosse tarato sulle esigenze delle persone alle quali offrire servizi efficienti ed efficaci; creare, per così dire, una cultura basata su efficienza ed efficacia dove le esigenze degli individui fossero messe in primo piano con il fine ultimo di promuovere e agevolare la partecipazione attiva ai percorsi di creazione delle politiche sociali.

Con l'avvento della devolution la Scozia si impegnò ad integrare il sistema dei servizi sanitari all'interno del territorio, restando però recettiva nei confronti della dimensione regionale e nazionale per sopperire a tutti quegli interventi che il livello locale non sarebbe in grado di soddisfare. Questo comportò il fatto che dovette instaurarsi una concreta e solida collaborazione tra tutti gli attori e le istituzioni che facevano parte del sistema con lo scopo di innalzarne il livello di qualità.

Per garantire la fruibilità a tutta la popolazione, il NHSScotland ideò una nuova tipologia di servizio, The rural Health Service, che consentì di intervenire anche nelle zone rurali dotandole di una farmacia e di un medico generico in modo da iniziare quel progetto di decentramento per fornire risposte immediate ai cittadini che vivono nel territorio.

3.5 L'integrazione in Scozia

Anno	Legge
1999	Vengono istituite settantanove cooperative sanitarie locali (LHCCs) (riunendo gran parte dei professionisti del settore) al fine di incrementare la collaborazione tra NHSScotland, il settore sociale e il settore del volontariato.
2002	Vengono introdotti i poteri, senza dar specificazione dei doveri, dei Consigli di NHS al fine di lavorare in modo più efficiente ed efficace.
2003	Local Government in Scotland Act 2003 che introduce le Community Planning
2004	Avvenne la sostituzione dell'LHCCs con il CHP (Community Health Partnership, ovvero Partenariati della sanità comunitaria cioè delle strutture sanitarie in cui è stata suddivisa la Scozia dal 2005 al 2015 con l'obiettivo di lavorare con i servizi sociali per promuovere il miglioramento della salute e fornire le cure primarie).
2005	Viene stipulato un quadro nazionale al fine di modificare i servizi erogati: si instaura un nuovo approccio per il NHS che verterà su una maggiore assistenza sanitaria preventiva con un ruolo chiave per i CHP che avranno il compito di portare la cultura della cura dagli ospedali alle comunità
2007	La legge " <i>Better Health, Better Care</i> " ha stabilito il piano d'azione quinquennale del governo scozzese. All' NHS viene data la responsabilità di lavorare insieme agli altri partners al fine di portare concretamente i servizi dall'ospedale alla comunità.
2014	" <i>The public bodies (joint work) Act</i> "
2015	" <i>The Community Empowerment Act</i> "
2016	Attuazione della legge 2014: la pianificazione e la distribuzione dei servizi dovranno entrare a pieno regime entro il 1 aprile 2016.

"The Local Government Act 2003" "The public bodies (joint work) Act 2014" e "The Community Empowerment Act 2015" sono molto importanti ai fini della comprensione dell'integrazione in Scozia. Andrò ora, ad analizzarle, più dettagliatamente per sommi capi.

- a) La "Local Government Act 2003" ha come obiettivo fondamentale il successo del processo di pianificazione comunitaria che dipenderà dall'impegno e dalla partecipazione di un'ampia gamma di enti pubblici, volontari, comunitari e privati: l'autorità locale ha infatti il compito di istituire un partenariato di pianificazione comunitaria per l'area di sua

competenza, che dovrà comprendere tutti gli organi pubblici, privati, volontari e comunitari interessati della sua zona. La sezione 15 della legge impone agli Enti Locali di avviare e facilitare la pianificazione comunitaria nelle rispettive aree alla quale una vasta gamma di organismi sono invitati a partecipare. Viene specificato che la pianificazione comunitaria è un processo locale e viene posto che la stessa debba essere adeguata alle esigenze e alle opportunità della comunità locali. È oltretutto importante che i cittadini siano consapevoli di ciò che la pianificazione comunitaria comporta per loro e per la loro comunità.

La legge pone poi degli obiettivi alla pianificazione comunitaria, di cui tre sono i principali:

- Assicurare che le persone e le comunità siano effettivamente impegnate nelle decisioni prese sui servizi pubblici che li riguardano;
- L'impegno da parte delle organizzazioni alla collaborazione con l'obiettivo ultimo di migliorare insieme i servizi;
- Assicurare la connessione tra il livello nazionale e quello a livello regionale, locale e di quartiere.

b) Come precedentemente detto, la legge del 2014 fornisce il quadro di interventi che sosterrà il miglioramento della qualità e della concorrenza dei servizi socio-sanitari in Scozia. Questo quadro richiede l'integrazione di alcuni servizi forniti dalle Autorità locali con i servizi sanitari e prevede che la Common Services Agency, comunemente nota come NHSScotland, fornisca beni e servizi a enti pubblici, incluse le autorità locali. Sommariamente, quindi, la legge:

- Prevede due modalità d'integrazione tra Autorità locali e NHS: con la prima modalità *l'Health Board* (Consiglio sanitario) e la *Local Authority* (Autorità locale) lavorano insieme a professionisti della salute e della cura sociale, al terzo settore, agli utenti, ai caregivers e ad altri soggetti chiave, al fine di istituire l' *Integration Joint Board* (Consiglio comune d'Integrazione) al fine di delegargli la responsabilità della pianificazione, le risorse e l'erogazione dei servizi. Con la seconda modalità, invece, la responsabilità della

pianificazione, della ricerca e della fornitura dei servizi pende in capo all' *Health Board* e alle *Local Authorities*. La legge, infatti, prevede che l'*Health Board* o le *Local Authorities* abbiano il dovere di sviluppare lo schema d'integrazione provvisorio e di tenere in considerazione i vari punti di vista espressi durante il processo.

- Definisce i principi per la pianificazione e la fornitura delle attività integrate che dovranno essere considerate dalle *Local Authorities*, dal *Health Board* e dai comitati per l'integrazione al fine di migliorare le risposte alle esigenze degli individui utilizzando efficacemente le risorse a disposizione;
- Istituisce i comitati e le commissioni di monitoraggio al fine di sorvegliare i servizi socio-sanitari;
- Richiede l'integrazione delle commissioni congiunte con lo scopo di nominare un funzionario capo che sarà ritenuto responsabile, congiuntamente con l'*Health Board* e la *Local Authority*, della gestione del bilancio integrato e della fornitura di servizi.

c) Altra legge molto importante al fine di capire la gestione del governo scozzese per ciò che concerne le politiche socio-sanitarie è, appunto, il "The Community Empowerment (Scotland) Act 2015" che va a sostituire la legge del 2003 in merito alla legislazione sulla pianificazione comunitaria.

Questa legge, infatti prevede che la pianificazione della comunità sia una finalità alla quale tendere: ci si deve focalizzare sul miglioramento dei risultati anche laddove essi tendano ad essere scarsi. Essa, inoltre, predispone che i CCP⁶⁵ (Partenariato di Pianificazione Comunitaria) debbano predisporre due tipi di pianificazione:

- Il primo è incentrato sul miglioramento locale dei risultati (LOIP) che avrà il compito di definire gli obiettivi che il CPP si è dato a livello locale;

⁶⁵ I CCP sono l'insieme dei servizi che si riuniscono per produrre la pianificazione della comunità di riferimento. Esistono 32 CPP in tutta la Scozia, responsabili solo per la loro area di appartenenza.

- Il secondo va ad individuare le aree più deboli all'interno dell'area della Local Authority al fine di migliorarne i risultati concordando le priorità con la comunità stessa.

Inoltre la legge del 2015 prevede doveri specifici per i partner di pianificazione della comunità che includono:

- La collaborazione con altri partner nella pianificazione comunitaria;
- Tenere sempre conto dei LOIP nello svolgimento delle proprie funzioni;
- Garantire la partecipazione degli attori chiave alla pianificazione

Il CPP, in sostanza, deve prendere tutte le misure affinché si possa assicurare il coinvolgimento nella pianificazione comunitaria di qualsiasi attore ritenuto in grado di contribuire alla formazione di una pianificazione adatta alla comunità.

Gli obiettivi chiave per un programma di riforma efficace, quindi, li possiamo sintetizzare in:

- Servizi pubblici che vanno costruiti intorno alle persone e alla comunità di riferimento, sulla base delle loro esigenze per incrementare la loro autonomia;
- Va instaurata una proficua collaborazione tra le organizzazioni di servizi pubblici al fine di rimuovere le disuguaglianze;

In conclusione, l'approccio scozzese alla pianificazione strategica locale si fonda su un approccio di comunità con l'obiettivo di sostenere ed investire nei beni e nelle capacità degli individui affrontando questioni specifiche a livello locale.

4. LA GOVERNANCE

Prendendo in considerazione gli Stati dal secondo dopoguerra fino agli anni Ottanta, si può osservare come i governi locali non abbiano ricoperto un ruolo molto importante riguardo le decisioni che venivano prese in merito al territorio da loro gestito; era, infatti, compito del governo centrale la fornitura dei servizi necessari.

La concezione moderna di governance si affermò, infatti, a seguito della seconda guerra mondiale “in un momento in cui i governi aspiravano esplicitamente ad indirizzare lo sviluppo sociale ed economico dei loro paesi verso obiettivi precisi”⁶⁶. Il concetto di governance, quindi, si sarebbe evoluto in tre fasi:

- Verso la fine degli anni Sessanta divenne teoria della pianificazione;
- Durante gli anni Settanta, ci si concentrò sui processi di formazione delle politiche;
- Dalla fine degli anni Settanta/ primi anni Ottanta, iniziò ad affermarsi il nuovo concetto di implementazione delle politiche.

Parlare di governance, però, riserva qualche problema:

1. Il termine inglese “governance” non ha una traduzione specifica in italiano; molti propendono per il termine “governanza” o “governazione” senza che però questa abbia avuto grande riscontro nell’uso pubblicistico e /o scientifico; si è preferito, infatti, tradurre il termine con l’espressione “sistema di governo” (per esempio nel Libro bianco sulla Governance europea del 2000/01) che però “ha il difetto di annullare la differenza semantica tra governance e governo. [...] Nella nostra lingua il lemma “governo” indica indifferentemente un’istituzione (il governo italiano), una particolare attività (quella di governare nel senso dell’”Io governo”) e il suo risultato (una certa istituzione produce “il governo”)”.⁶⁷
2. Assume accezioni differenti a seconda dell’ambito (come ad esempio sociale, economico, delle relazioni internazionali...⁶⁸) in cui viene usato, e

⁶⁶ R. Mayntz, “La teoria della governance: sfide e prospettive”, *Rivista italiana di scienza politica*, n°1, 1999, pag. 5 - 6

⁶⁷ A. Arienzo “La Governance”, Ediesse, 2013, pag. 19

⁶⁸ A. Iacovino in “Teorizzare la Governance. Governabilità ai tempi del globale”, specifica il significato che il termine governance acquisisce in alcuni contesti:

- contesto economico (“corporate governance”): buona governabilità, stabilità politica ed efficacia del diritto e dell’amministrazione pubblica;

a seconda del quale prende denominazioni diverse, anche se è comunque possibile individuare una base comune del significato, che riesca ad abbracciare tutti i contesti sopracitati.

Ciò comporta il fatto che non ci sia un significato comunemente accettato, ma varie definizioni date negli anni da vari studiosi.

Mayntz sostiene, per esempio, che vi siano due principali significati del termine governance:

- 1) “un nuovo stile di governo, distinto dal modello del controllo gerarchico e caratterizzato da un maggior grado di cooperazione e dall’interazione tra lo Stato e attori non-statali all’interno di reti decisionali miste pubblico/private.”⁶⁹
- 2) “modalità distinte di coordinamento delle azioni individuali, intese come forme primarie di costruzione dell’ordine sociale” (più usato nel campo economico delle transazioni).⁷⁰

Per Rosenau la governance è “un fenomeno più ampio di quello del governo. Esso include le istituzioni di governo, ma anche quei meccanismi informali e non-governativi attraverso i quali individui e organizzazioni si orientano nei loro campi d’azione, soddisfano i loro bisogni, e realizzano i loro obiettivi”⁷¹

Riporto infine alcune definizioni che si possono trovare nel testo Centre de documentation de l’urbanisme del Ministère de l’équipement, des transport et du logement in merito alla governance:

- “un processo di coordinamento di attori, di gruppi sociali, d’istituzioni, per raggiungere degli obiettivi specifici discussi e definiti collettivamente in territori frammentari e incerti”⁷²;
- “le nuove forme interattive di governo nelle quali gli attori privati, le diverse organizzazioni pubbliche, i gruppi o le comunità di cittadini

- contesto sociale (“community governance”): formazione di una nuova rappresentanza attraverso la partecipazione di una grande varietà di attori;

- contesto delle relazioni internazionali (“international governance”): risoluzione dei problemi che superano i confini Stato-nazione.

⁶⁹ R. Mayntz “La teoria della governance: sfide e prospettive”, pag. 3

⁷⁰ Ibid, pag. 4

⁷¹ “Governance, in other words, is a more encompassing phenomenon than government. It embraces governmental institutions, but it also subsumes informal, non-governmental mechanisms whereby those persons and organizations within its purview move ahead, satisfy their needs, and fulfill their wants.” J.N. Rosenau and E.O. Cziempiel, “Governance without Government: order and change in world politics”, Cambridge University Press, 1992, pag.4

⁷² E. Salzano, “Governance, secondo me”, www.eddyburg.it archivio, 2006

o di altri tipi di attori prendono parte alla formulazione della politica”⁷³

Per poter meglio comprendere il significato di governance spesso lo si analizza comparato al termine government. Se la prima riguarda l’insieme di azioni, processi, interventi che caratterizzano le pratiche di governo, il secondo si rifà all’idea dell’istituzione del governo, di un’ autorità, di un luogo dove risiede il potere legittimato dal popolo: infatti quando agisce la governance agiscono sia gli attori eletti dalla cittadinanza e membri del governo locale, sia attori che non fanno parte della sfera politica; al contrario le azioni di government sono appannaggio pressoché esclusivo degli attori politici.

	Government	Governance
<i>Attori</i>	Pochi e omogenei (politici e amministratori)	Molti e diversificati (politici, amministratori, settori economico e sociale)
<i>Struttura del governo</i>	Gerarchica, rigida e consolidata	Decentrata, frammentata e fluida
<i>Legittimazione politica</i>	Democratica-rappresentativa	Democratica-rappresentativa, con influenza diretta degli interessati
<i>Rapporti tra la politica e gli interessi economico-sociali</i>	Fondato sulla rappresentanza, pressione e scambio	Fondato su rappresentanza, inclusione diretta nel policy making
<i>Gestione amministrativa</i>	Burocratica	Post-burocratica con gradi variabili di orientamento al mercato
<i>Azione pubblica</i>	Routizzata, simile tra i diversi settori, ostile all’innovazione	Innovativa e differenziata
<i>Rapporto con il governo statale</i>	Controllo gerarchico e dipendenza fiscale	Decentramento delle funzioni amministrative

Fonte: Regione Emilia Romagna, “Governance metropolitana: esperienze europee e metodologie di valutazione dell’efficacia”, Progetto InterMetrex, 2009, pag. 218

⁷³ Ibid.

Negli anni Ottanta in Gran Bretagna con l'insediamento al governo di Margaret Thatcher venne messo in atto un programma per la ricomposizione del potere locale, ritenuto dalla stessa inefficiente e troppo costoso, in modo da dare più spazio al governo centrale privatizzando, inoltre, diversi servizi pubblici. Questo, però, fece sì che questi poteri locali abbiano cercato la maniera di sopravvivere e, infatti, il processo di governance nacque “come difesa dallo smantellamento dei medesimi poteri da parte di un governo centralizzato e privatizzante.”⁷⁴ La trasformazione che hanno operato i governi locali per sopravvivere viene identificata dagli studiosi col termine “urban governance” per differenziarla dalla precedente nozione di “local government” associata al precedente regime decentralizzato e sottostante al potere locale.

Da qui si andrà ad intensificare sempre più un processo di trasformazione dei modi di azione dei governi centrali che iniziarono a delegare maggiore potere ai governi locali e ad altri attori sociali coinvolti nel benessere della popolazione.

Secondo C. Vischi, infatti, “sono le fondamentali trasformazioni avvenute nella società occidentali nell'ultimo trentennio” come “la globalizzazione degli scambi, l'accresciuta complessità delle società contemporanee legata alla loro frammentazione, l'imprevedibilità dell'avvenire ed il distacco tra autorità pubbliche e società civile” a spiegare “le difficoltà dei tradizionali modelli di azione pubblica” mettendo a dura prova il tradizionale ruolo di “unico gestore delle prestazioni sociali”⁷⁵ e costringendo ad un miglior coordinamento tra i vari attori sociali posti a vari livelli all'interno del territorio amalgamando il tutto con la collaborazione tra settore privato e pubblico.

Ciò che si è rivelato essere fondamentale è stata “l'esigenza di promuovere l'integrazione tra le diverse aree di policies”: infatti, “la diffusione della vulnerabilità sociale e la trasformazione dei rischi e dei bisogni sociali [...] richiedono una de standardizzazione dei dispositivi di intervento e una capacità di azione sui diversi fronti problematici che determinano le situazioni di disagio.”⁷⁶

⁷⁴ E. Salzano, “Governance, secondo me”, www.eddyburg.it archivio, 2006

⁷⁵ Regione Emilia Romagna, “Governance metropolitana: esperienze europee e metodologie di valutazione dell'efficacia”, Progetto InterMetrex, 2009, pag. 217-221.

⁷⁶ CNEL (Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro), “Percorsi di riforma del welfare e integrazione delle politiche sociali”, report di ricerca, 2010

L'Italia insieme a gran parte dei paesi europei, negli ultimi anni, si è trovata di fronte da un lato ad una crisi di legittimazione del welfare stesso con una domanda sociale che andava sempre più a modificarsi a causa dei nuovi rischi e bisogni sociali e dall'altro a vincoli di bilancio sempre più pressanti e restrittivi; a tutto ciò ha dovuto far fronte attraverso una serie di riforme del welfare.

La fase, alla quale tutt'oggi stiamo assistendo, di trasformazione dei sistemi di governance porta in seno degli elementi di complessità che G. Bertin sintetizza come:

- (Riprendendo gli scritti di Rhodes, 2007) nessuna organizzazione possiede tutte le risorse necessarie e che esse infatti, per raggiungere i propri obiettivi, devono entrare in contatto al fine di scambiarsele e condividerle;
- Le dinamiche fra gli attori sono basate sui processi di scambio e sulle relazioni di potere che connettono gli attori;
- Le relazioni attraverso le quali gli attori si coalizzano per far prevalere le proprie preferenze e per definire le regole che determinano i processi di scambio;
- Il ruolo dello Stato che deve rivedere il proprio ruolo alla luce della coesistenza di pubblico e privato;
- Le resistenze al cambiamento degli apparati burocratici dello stato.

Il processo della governance ibrida posa le sue fondamenta su tre risorse fondamentali:

- Autorità ha il compito di far rispettare le regole nell'interazione fra gli attori e di rammentare lo scopo che tiene viva la presenza all'interno del gruppo, in modo da disincentivare comportamenti opportunistici;
- Capitale sociale: è la rappresentazione delle dinamiche sociali fra gli attori di un sistema. Gli attori entrano in relazione fra di loro al fine di governare il sistema e per perseguire gli obiettivi che il sistema si è dato. Vari sono i punti di importanza all'interno dei processi di rete tra cui:
 - a) Da un lato promuovere comportamenti cooperativi tra gli attori e dall'altro scongiurare comportamenti opportunistici;

- b) Motivare gli attori indirizzandoli verso un maggiore senso di responsabilità;
 - c) Migliorare la propensione alla partecipazione
- Fiducia: è il motore dello sviluppo di comportamenti cooperativi fra gli attori del sistema. La rete viene supportata in due diversi livelli:
- a) nelle relazioni che intercorrono tra i singoli;
 - b) nell'integrazione dei singoli con tutto il sistema.
- L'obiettivo è attivare comportamenti che facilitino lo scambio e la cooperazione.

Esse devono essere in pieno equilibrio tra di loro, altrimenti il rischio sarebbe la riduzione della capacità di governare la complessità. La regolazione quindi, secondo Bertin, va ripensata seguendo tre percorsi:

- 1) valorizzare la società civile e le sue forme associative al fine di produrre beni relazionali capaci di consolidare il capitale sociale, la reciprocità fiduciaria, la legittimazione del ruolo degli attori sociali e dell'autorità;
- 2) bilanciare i meccanismi di regolazione: l'equilibrio, infatti, va ricercato dando spazio ai processi di autoregolazione in un quadro di compatibilità e coerenza con le dinamiche generali del sistema, esempio bilanciando i processi bottom-up e top-down, coinvolgendo gli stakeholder o valorizzando le dinamiche dell'autoregolazione;
- 3) attivare processi riflessivi e di creazione di senso per intensificare le relazioni sociali tra gli attori del sistema.

La governance, quindi, viene ora considerata come “un processo che deve riuscire a integrare in modo dinamico e coerente i processi del mercato, della gerarchia e della rete. Questa compresenza di dinamiche diverse evidenzia la natura ibrida del processo di governance”⁷⁷ e “richiede lo sviluppo di un mix equilibrato delle risorse proprie dei diversi approcci alla regolazione e, in particolare, si tratta di ridurre il ricorso all'autorità e alla coercizione [...] per far crescere la rilevanza dei processi fiduciari e di scambio generalizzato”⁷⁸

Il fatto che, sempre più, si richiedesse la partecipazione del mondo privato ai processi di formazione delle politiche pubbliche, ha indotto processi di

⁷⁷ (a cura di) G. Bertin, “Piani di Zona e governo della rete”, Franco Angeli, 2012, pag. 96

⁷⁸ G. Bertin, “Governance Ibrida, Studi di Sociologia 3, 2009, pag. 276

autoregolazione. Ciò ha portato alla moltiplicazione degli attori che regolano e controllano il sistema, sia attori pubblici che attori privati: “la sfida della governance è cercare di integrare e non sovrapporre i processi di controllo presenti nel sistema e cioè:

- Combinare autorità centrale e locale: parliamo, infatti, di regolazione nazionale, di regolazione regionale e di regolazione locale. La letteratura parla, a questo proposito, di governance multilivello [...];
- Coinvolgere la molteplicità degli attori delle politiche. [...] i processi e le decisioni necessitano di un coinvolgimento e di una negoziazione fra gli attori sociali.”⁷⁹

Quando parliamo di governance, infatti, dobbiamo tenere presenti alcuni aspetti fondamentali:

- Multidimensionalità degli ambiti
- Interdipendenza nel senso dei vari soggetti presenti alla soluzione dei problemi (pubblici-privati, singoli-collettivi). L’offerta di servizi, infatti, deve essere la più ampia possibile e per far ciò, le autorità pubbliche si appoggiano al settore privato formando partnership regionali e locali. Il settore privato ha potuto, così, svilupparsi e ha potuto sempre più addentrarsi nell’elaborazione ed implementazione dei progetti. Da ciò è nato l’approccio delle public-private partnership (PPPs).⁸⁰

Entrambi questi criteri sono essenziali affinché si possa parlare di “buona governance” e si rifanno all’aspetto della sussidiarietà orizzontale.

Parlando di sussidiarietà orizzontale, però, non possiamo trascurare il concetto di sussidiarietà verticale che si rifà alla redistribuzione delle competenze a diversi livelli di governo che possono essere sovranazionale, nazionale, regionale, sub regionale e locale al fine di affrontare il problema nel modo più diretto ed efficiente possibile.

La crisi di governabilità, cioè la perdita delle istituzioni della loro capacità d’azione, portata da vari cambiamenti che si sono susseguiti a livello globale (come la globalizzazione economica e la nascita dell’Unione Europea) ha portato

⁷⁹ Ibid, pag. 97

⁸⁰ Collaborazione tra i poteri pubblici e privati che ha l’obiettivo, assemblando insieme le loro capacità e dividendosi i rischi associati alla gestione, di finanziare, costruire e gestire servizi di interesse pubblico.

all'instaurazione di una governance urbana che ha tra i suoi obiettivi il coinvolgimento attivo della cittadinanza nelle decisioni che riguardano la comunità di appartenenza, ridisegnando le regole e i principi che guidano l'azione pubblica rispetto ai meccanismi di partecipazione.

Questa scelta parte dalla convinzione che le aree urbane siano, per definizione, più vicine ai problemi che le autorità politiche devono andare a risolvere, senza comunque prescindere dall'impostazione offerta dagli stati centrali. “In sintesi, le autorità sociali hanno capito che da ormai molto tempo che è impossibile governare senza tenere in adeguata considerazione le domande sociali che nascono nelle città e senza il coinvolgimento dei cittadini e delle associazioni nei progetti che li riguardano. [...] Si tratta di andare oltre la semplice informazione e consultazione della popolazione e di tentare di stabilire una vera collaborazione con gli abitanti al fine di avvicinare il più possibile il cittadino alla decisione e viceversa”.⁸¹

⁸¹ Regione Emilia Romagna, “Governance metropolitana: esperienze europee e metodologie di valutazione dell'efficacia”, Progetto InterMetrex, 2009, pag. 223

5. CONCLUSIONI

Dopo aver analizzato nei capitoli precedenti l'evoluzione del welfare e della governance in Veneto prima e in Scozia poi, entrerà ora nello specifico delle modalità di programmazione che entrambe adottano per progettare nel lungo periodo gli interventi indirizzati alla cittadinanza. Andrò a confrontare in particolare, il piano di zona di Venezia, per il Veneto, e il Community Planning di Edimburgo, per la Scozia.

5.1 Community Planning of Edinburgh

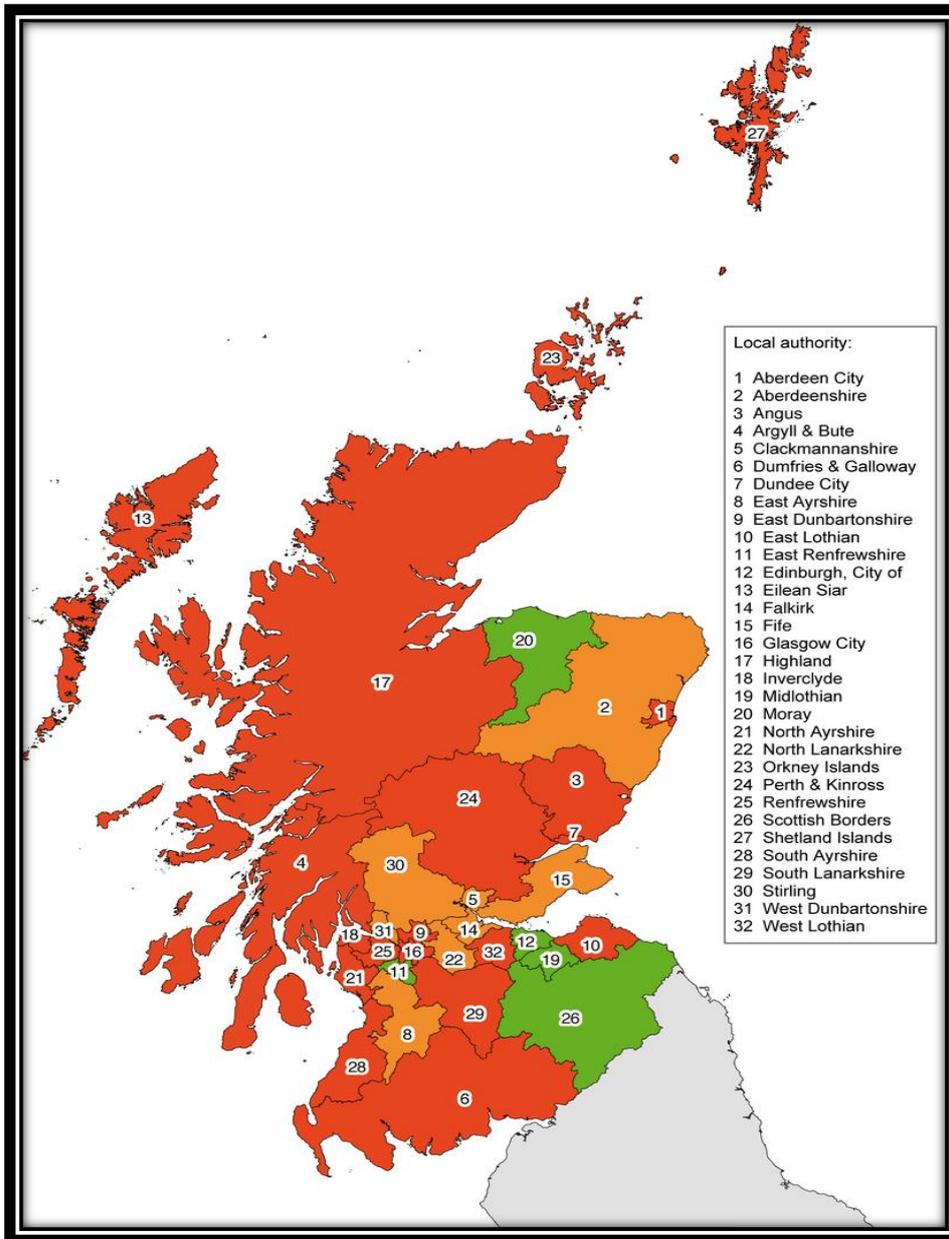
Come abbiamo precedentemente osservato, la pianificazione comunitaria è una collaborazione tra gli enti pubblici e le comunità locali al fine di progettare e fornire servizi migliori che abbiano lo scopo di “fare la differenza” per la vita delle persone locali, soprattutto per le più bisognose. La pianificazione comunitaria indirizza, attraverso la leadership condivisa, il lavoro del partenariato che ha, appunto il compito di migliorare i servizi locali.

L'insieme degli attori che si riuniscono per partecipare alla pianificazione comunitaria è detto CPP (Community Planning Partnership) e se ne contano 32 in tutta la Scozia. Ognuno ha il compito di provvedere alla realizzazione ed allo sviluppo di un piano per la propria area di appartenenza.

I CPP producono due tipi di piani:

- 1) Local Outcomes Improvement Plan che copre l'intera area del CPP;
- 2) Locally Plan che riguarda aree più piccole all'interno dell'area del CPP.

Immagine 1.: Suddivisione dei 32 CPP in Scozia



Fonte: <http://www.robedwards.com/2008/02/the-councils-fa.html>

La pianificazione comunitaria è un fattore chiave per la riforma del servizio pubblico a livello locale: raccoglie le risorse collettive dei servizi pubblici locali e delle comunità per promuovere il cambiamento positivo a livello locale.

I CPP devono, quindi, produrre un piano di tre anni da fornire al governo scozzese in modo da portare alla conoscenza le modalità di gestione dei problemi sociali, economici e ambientali nella loro zona

Come detto in precedenza, mi concentrerò sul CPP della città di Edimburgo: andrò quindi, ora, ad analizzare la sua strategia per la pianificazione locale.

Edimburgo ha scelto di fornire la pianificazione comunitaria a livello locale attraverso i partenariati di vicinato (Neighbourhood Partnership, NP). Il team di pianificazione della comunità locale deve fornire un servizio di supporto e gli NP collaborano con i partner della città per raggiungere gli obiettivi stabiliti nel piano comunitario della città di Edimburgo.

Il piano comunitario che andrà ad analizzare è del triennio 2015-2018.

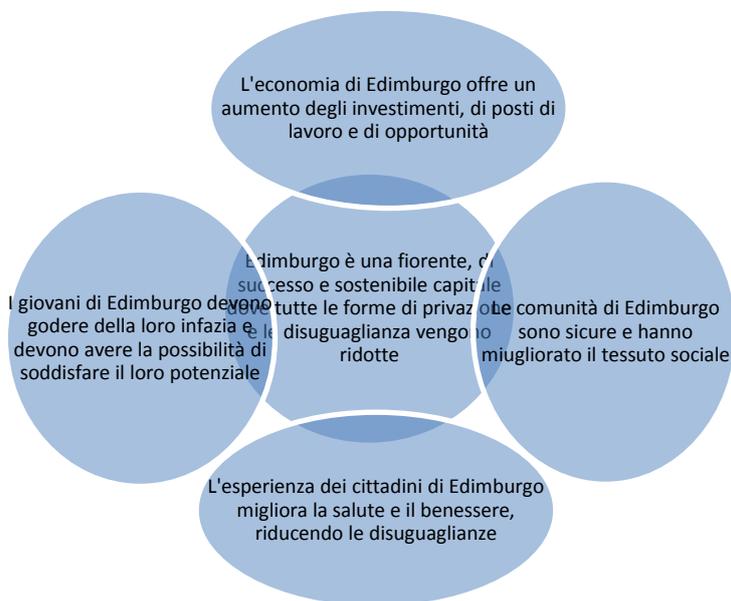
L'Edinburgh Partnership Community Plan è suddiviso in 5 capitoli:

- 1) The Edinburgh Partnership's Vision for the city (la visione del partenariato di Edimburgo della città stessa);
- 2) Introduction to the Edinburgh Partnership and the Community Plan 2015-2018 (introduzione al partenariato di Edimburgo e al Piano strategico 2015-2018);
- 3) Neighbourhood Partnerships and Local Community Planning Priorities (le priorità del partenariato di vicinato e della comunità locale);
- 4) Edinburgh Partnership Community Planning Outcomes and Strategic Priorities (pianificazione da parte dei partners delle priorità strategiche per la comunità);
- 5) Edinburgh Partnership Delivering Continuous Improvement (L'offerta di un continuo miglioramento da parte della Partnership di Edimburgo).

5.1.1 The Edinburgh Partnership's Vision for the city

Il punto chiave del piano comunitario è apportare un miglioramento nei servizi e fornire risultati più soddisfacenti alla popolazione. In particolare, il piano pone l'accento sulla prevenzione e sul miglioramento della collaborazione fra i partners.

Tabella 5.1: La visione del partenariato di Edimburgo e risultati strategici



Fonte: The Edinburgh Partnership Community Plan 2015-2018

5.1.2 Introduction to the Edinburgh Partnership and the Community Plan 2015-2018.

Questa sezione fornisce una panoramica sullo partenariato di Edimburgo ed evidenzia l'approccio alla pianificazione della comunità rispetto ad alcune grandi sfide che la città deve affrontare.

La pianificazione della comunità ad Edimburgo beneficia del coinvolgimento di una "famiglia" abbastanza ampia di partner che include cittadini attivi, leader della comunità, organismi di rappresentanza, privati e organizzazioni del terzo settore. Tutti hanno i loro obiettivi e offrono le proprie risorse al fine di sostenere l'economia della città e migliorare il benessere e la salute di tutti.

In questi anni il Consiglio del Partenariato di Edimburgo ha lanciato una sfida ai vari partner al fine di sviluppare una nuova programmazione che non si sarebbe più basata sulle priorità di ogni partner, ma che avrebbe mirato ad un approccio diretto ad affrontare le tematiche "wicked" della città. Sono stati, quindi, individuati nuovi temi strategici ai quali riservare un'attenzione specifica:

- disoccupazione di lunga durata e bassa retribuzione;
- disuguaglianze di salute;

- popolazione vulnerabili e a rischio;
- sostenibilità ambientale;
- sicurezza della comunità.

Le comunità hanno così un ruolo essenziale: vengono attivamente coinvolte nell'individuazione delle esigenze locali. Il partenariato di Edimburgo, quindi, si impegna ad adottare un approccio più integrato verso le comunità di sostegno e verso i cittadini nei processi partecipativi.

Il Piano della comunità di Edimburgo viene costruito considerando alcuni fattori importanti:

- 1) Il contesto regionale e in particolar modo, appunto, la città di Edimburgo: la città poggia la gran parte delle sue fondamenta (sulle quali, tra l'altro, si appoggia anche gran parte della Scozia) sulle alte performance economiche e viene identificata, insieme al sud-est della regione, come focus della crescita economica futura; vengono a questo fine previsti alcuni progetti di sviluppo economiche e varie infrastrutture (es. rafforzamento del sistema ferroviario);
- 2) Il cambiamento della popolazione: si predice un aumento della popolazione da 1,25 milioni nel 2014 a oltre 1,45 milioni entro il 2037: più precisamente si presuppone un aumento del 30% del numero di bambini dai 5 agli 11 anni (ben al di sopra della media nazionale) e una crescita del 28% degli over 85anni tra il 2012 e il 2022 (al di sotto del tasso di crescita nazionale). L'obiettivo, perciò, si concretizza nell'operare degli investimenti significativi in vari tipi di infrastrutture per sostenere la qualità della vita ad Edimburgo;
- 3) Povertà, disuguaglianza e diritti umani: il governo scozzese afferma che il numero delle persone in Scozia che vivono sotto la soglia di povertà è aumentato negli ultimi anni (circa il 19% nel 2012/13). Da ciò vanno analizzate tutte le variabili e i fattori che hanno portato a questo e le reali condizioni attuali della popolazione (per esempio vanno analizzate quante famiglie necessiterebbero di un aiuto o quali sono le aree più disagiate). L'introduzione di nuovi approcci alla fornitura dell'assistenza, la personalizzazione e il supporto autosufficiente rappresentano un cambiamento significativo del modo in cui viene fornita e finanziata la cura. I cambiamenti hanno lo scopo di:

- Fornire una vasta gamma di scelta per la tipologia di cura;
 - Sostenere la “vita indipendente”.
- 4) Bambini e giovani: la visione che ha il partenariato per i bambini e i giovani di Edimburgo dispone che questi debbano soddisfare il loro potenziale e godere della loro infanzia. A tal fine i partner si impegnano a fornire supporto per migliorare i servizi a sostegno dei bambini e delle loro famiglie;
- 5) L’approccio alla prevenzione: il governo scozzese e la partnership di Edimburgo, ne ha concordato la definizione: azioni che impediscono problemi, e facilitano la domanda futura dei servizi intervenendo il prima possibile, al fine di garantire migliori risultati e spesa.

Tenendo conto dei fattori appena descritti i partners hanno concordato e poi sviluppato un piano comunitario definendo i quattro risultati strategici e le priorità d’azione mantenendo i cittadini al centro del processo

5.1.3 Neighbourhood Partnership and Local Community Planning priorities.

Questa sezione descrive l’approccio della città ai partenariati di vicinato (NP), le priorità e i progetti di pianificazione delle comunità locale per rafforzare il lavoro del partenariato locale.

I dodici NP⁸² forniscono il locale focus per la pianificazione della comunità, svolgendo un ruolo importante nell’instaurazione della collaborazione integrata: è infatti riconosciuto il loro successo nel rafforzamento del processo democratico e nel fornire i risultati migliori per la propria comunità. Un obiettivo fondamentale per gli NP è la consegna dei piani della comunità locale (il più recente copre gli

⁸² I dodici NP sono:

- Almond NP;
- Forth NP;
- Leith NP
- Inverleith NP;
- Western Edinburgh NP
- City Centre NP;
- Craighentony/Duddingston NP;
- South West NP;
- South Centre NP;
- Portobello/Craigmillier NP
- Liberton/Gilmerton NP;
- Pentlands NP

anni 2014-2017) dove vengono rappresentate la visione e le priorità di ciascuna area. Le priorità identificate sono:

- Sostenere i giovani, i bambini e le famiglie offrendo una vasta gamma di attività che sostengano agli attori appena citati (per esempio proponendo attività all'aperto o nelle biblioteche locali);
- Migliorare la salute e il benessere lavorando con la comunità locale per svilupparne la consapevolezza;
- Creare comunità sicure, pulite e forti collaborando con polizia e vigili del fuoco e cercando di coinvolgere la comunità e il volontariato locale;
- Migliorare le opportunità di occupazione lavorando con i fornitori di servizi per creare eventi di consulenza in materia di occupazione e fornendo opportunità alle persone locali per sviluppare competenze.

Gli approcci utilizzati variano perché ogni NP si regola in base alle circostanze specifiche di ciascuna area.

5.1.4 Edinburgh Partnership Community Planning outcomes and strategic priorities

Questa quarta sezione dell'”Edinburgh Partnership Community Planning” descrive le nuove priorità strategiche di pianificazione comunitaria e le azioni di partenariato che necessariamente verranno intraprese per assicurare queste priorità.

In breve, quindi ci sono quattro obiettivi di pianificazione della comunità e dodici priorità:

1. Incremento degli investimenti, del lavoro e delle opportunità per tutti:
 - a) Riduzione delle disuguaglianze;
Attraverso: nuove opportunità di lavoro, formazione, maggiori competenze, apprendistato, imprese che aiutano la comunità e le scuole, un salario base e le imprese sociali;
2. Miglioramento della salute e del benessere riducendo le disuguaglianze:
 - b) Spostando l'equilibrio della cura;
 - c) Riducendo il consumo di alcohol e droghe;

d) Riducendo le disuguaglianze sanitarie.

Attraverso: la prevenzione, la riduzione dei comportamenti antisociali, la promozione di standard di vita sani, luoghi sostenibili, buona salute mentale e fisica.

3. I giovani devono potersi godere l'infanzia e avere la possibilità di soddisfare il loro potenziale:

e) Migliorando, inizialmente, il supporto dato loro;

f) Migliorando i risultati dei giovani in difficoltà;

g) Migliorando le destinazioni positive scelte dai giovani per il loro percorso formativo.

Attraverso: costruzione delle capacità familiari e il sostegno ai bambini/giovani, la produzione di scelte informate e l'alfabetizzazione giovanile.

4. Comunità sicure con un migliorato tessuto sociale:

h) Riduzione dei comportamenti antisociali;

i) Miglioramento della coesione sociale, della partecipazione e delle infrastrutture;

j) Maggiore disponibilità di alloggi a prezzi accessibili;

k) Diminuzione delle emissioni di gas ad effetto serra;

l) Riduzione delle reiterate del reato.

Per ogni obiettivo vengono elaborate dettagliate analisi, valutazioni e vengono redatte, per ogni progetto, diverse tabelle con elencate le strategie, il periodo di attuazione, le risorse confermate, le partnership che ne prenderanno parte e i contributi provenienti dal governo centrale.

5.1.5 Edinburgh Partnership – Delivering continuous improvement

Questa sezione, infine, descrive l'approccio della comunità di Edimburgo per fornire un continuo miglioramento nella pianificazione del Community Plan, incluso il monitoraggio delle prestazioni con le segnalazioni e la gestione del rischio.

Le azioni di miglioramento sono state raggruppate in una serie di categorie tra cui:

- Creare una leadership condivisa più forte;
- Migliorare la Governance e la responsabilità;
- Stabilire chiare priorità per il miglioramento e l'utilizzo delle risorse in modo più efficiente;
- Mettere la comunità al centro della pianificazione;
- Sostenere il CPP per migliorare le loro capacità e prestazioni.

Il consiglio di partenariato di Edimburgo considera la necessità di un nuovo piano d'azione per il miglioramento del partenariato nell'ambito dei suoi regolari piani di monitoraggio delle prestazioni. Il Consiglio, inoltre, prenderà in considerazione, ove sarà necessario, eventuali modifiche che possano influenzare l'ulteriore sviluppo della comunità. Un requisito fondamentale dei consigli di partenariato è quello di monitorare i progressi e le prestazioni e assicurare che queste informazioni siano segnalate regolarmente a membri, partners e agli amministratori della comunità.

Il Consiglio di partenariato, poi, cercherà di gestire i rischi che sono pertinenti e adeguati al buon esito del piano comunitario con l'obiettivo di sostenere un migliore processo decisionale attraverso una buona comprensione dei rischi e il loro probabile impatto. Una buona gestione del rischio prevede:

- Una fiducia maggiore nella capacità del partenariato di Edimburgo di portare a termine i suoi impegni;
- Una fiducia maggiore nelle decisioni dei partner;
- Più fiducia nel fatto che le risorse vengano utilizzate in modo efficiente ed efficace

5.2 Piano di Zona di Venezia

La Regione Veneto ha approvato il 25 ottobre 2016 la legge n.19 che da un lato opera una riorganizzazione degli ambiti territoriale riducendo da 21 a 9 le Ulss e dall'altro individua il nuovo ente di governance nell' "Azienda Zero" in capo al quale verranno poste le funzioni di supporto e coordinamento alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria e la governance del Sistema Socio-sanitario Regionale. Lo scopo del legislatore è quello di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione riducendo i costi (art.14). Quindi il nuovo assetto organizzativo si articolerà con:

- “Azienda ULSS n. 1 Dolomiti” con sede legale a Belluno
- “Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana” con sede legale a Treviso;
- “Azienda ULSS n. 3 Serenissima” con sede legale a Venezia;
- “Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale” con sede a S. Donà di Piave;
- “Azienda ULSS n. 5 Polesana” con sede legale a Rovigo;
- “Azienda ULSS n. 6 Euganea” con sede legale a Padova;
- “Azienda ULSS n. 7 Pedemontana” con sede legale a Bassano del Grappa;
- “Azienda ULSS n. 8 Berica” con sede legale a Vicenza;
- “Azienda ULSS n. 9 Scaligera” con sede legale a Verona.

Io mi occuperò di analizzare il Piano di Zona 2011-2015 (con una ripianificazione avvenuta nel 2016) della vecchia ULSS 12 che nel 2016 è stata incorporata nell’“Azienda ULSS n.3 Serenissima”.

Come abbiamo visto in precedenza, “il Piano di Zona è finalizzato a realizzare un processo di pianificazione e programmazione dell’offerta dei servizi ad integrazione sociosanitaria secondo le linee guida della Regione Veneto, utilizzando una metodologia volta a valorizzare la partecipazione degli Enti Istituzionali, dei soggetti gestori e dei portatori di interessi relativamente alle aree di programma”⁸³

La regione del Veneto con DGR 157 del 26.01.2010 ha definito le linee guida utili a delineare il quadro entro il quale attuare, nell’arco di 5 anni, i processi di programmazione integrata e partecipata nei diversi ambiti del territorio regionale Veneto. Vi sono delle importanti innovazioni (rispetto ai piani precedenti) che mirano a sostenere il processo d’integrazione nella programmazione, sia tra i diversi livelli istituzionali di governance, sia tra i diversi soggetti locali che intervengono a vario titolo nel sistema integrato dei servizi di welfare (DGR n. 157/2010).

Il Piano di Zona è uno strumento destinato alla comunità locale, a tutti i soggetti pubblici e privati che operano nel territorio intervenendo sul sistema di welfare locale e a tutti gli altri livelli di governance delle politiche socio-sanitarie.

Il Piano di Zona del 2011-2015 (con successiva modifica del 2016) si suddivide in 5 capitoli:

⁸³ www.comune.venezia.it/archivio/11245

- Il processo di costruzione del Piano di Zona
- L'analisi;
- Definizione delle strategie di indirizzo e le scelte operative;
- Tavoli tematici;
- Il quadro delle risorse economiche;
- Gli strumenti ed i processi di governo del Piano di Zona.

5.2.1 Il Processo di costruzione del Piano di Zona

Il Piano di Zona è stato steso dall'Ufficio di Piano in collaborazione con i vari attori del processo.

- Organo Politico: composto dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS 12 Veneziana, che si avvale a questo fine del Direttore dei Servizi Sociali e dalla Conferenza dei Sindaci.
- Gruppo di Coordinamento Tecnico: presieduto dal Direttore dei Servizi Sociali dell'ULSS 12 Veneziana, composto da:
 - a) 4 Direttori di Distretto;
 - b) 4 Direttori/Funzionari/Responsabili dei Servizi Sociali dei Comuni;
 - c) Referenti Tavoli Tematici;
 - d) Componenti Ufficio di Piano.
- Tavoli Tematici, referenti e Componenti: i tavoli tematici sono 7:
 - a) Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizione di disagio, giovani;
 - b) Persone anziane;
 - c) Disabilità;
 - d) Dipendenze
 - e) Salute Mentale
 - f) Immigrazione
 - g) Marginalità e inclusione sociale.
- Ufficio di Piano, appunto, che è composto da operatori dell'Azienda ULSS 12 Veneziana e dei Comuni della Conferenza ed è l'organismo tecnico di staff che facilita e supporta operativamente il processo di programmazione con riferimento alle attività di costruzione, monitoraggio e valutazione.

Sono stati convocati, inoltre, gli attori della comunità locale, i soggetti portatori d'interesse (stakeholder), le Organizzazioni Sindacali e gli Enti Gestori dei Servizi.

5.2.2 L'analisi

In questa sezione vengono semplicemente presi in considerazione vari aspetti per inquadrare il territorio considerato, ovvero quello dell'ULSS 12, composto dai comuni di Cavallino Treponti, Quarto d'Altino, Marcon e Venezia. Il territorio, infatti, presenta una grande diversità che condiziona largamente la domanda di assistenza socio-sanitaria territoriale e l'organizzazione dei servizi.

5.2.3 Definizione delle strategie di indirizzo e le scelte operative

I nuovi Piani di Zona si presentano con la duplice veste di consentire la verifica dell'esistente e proporre interventi innovativi; rappresentano quindi il momento nel quale verificare se quanto programmato è stato realizzato. Al fine di rendere concreta ed efficace la programmazione essa si dovrà basare sul quadro conoscitivo attualmente disponibile e, sulla base di ciò, ciascun territorio dovrà programmare soltanto le azioni ad oggi prevedibili con le risorse a disposizione, lasciando però i margini per poter integrare e modificare la programmazione nei successivi momenti di revisione, in base agli eventuali cambiamenti sociali, politici ed economici intervenuti.

Rispetto ai contenuti vengono ritenuti prioritari:

- La centralità della persona e della famiglia quale principio che deve orientare l'attività dei servizi;
- La valorizzazione in tutte le aree del Piano gli interventi per l'inclusione sociale nelle sue declinazioni, a partire dalla constatazione che tutte le persone sono portatrici di bisogni ma anche e prima di tutto di diritti;
- La considerazione dell'integrazione gestionale interistituzionale e intraistituzionale quale elemento imprescindibile per concretizzare il principio della centralità dell'individuo-cittadino;
- Nel lavoro di programmazione degli interventi di residenzialità, semi-residenzialità e domiciliarità perseguire l'omogeneità di offerta del territorio a livello di distretto.

5.2.4 Tavoli tematici

Come abbiamo precedentemente detto, i tavoli tematici sono 7. Andremo ora brevemente ad analizzarli.

1) *Famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio, giovani.*

Il lavoro è stato organizzato in vari sottogruppi di lavoro: famiglia e benessere, famiglie con bambini 0-3 anni, minori in condizione di rischio e/o disagio, minori in condizione di disabilità.

Va detto che le scelte operative si sono incentrate maggiormente su due target: famiglie e bambini/adolescenti:

a) Famiglie: i bisogni che maggiormente emergono riguardano la partecipazione alla vita sociale, l'individuazione di modalità di consumo che rispondano a criteri di qualità ed economicità, all'accesso al credito e a strumenti finanziari flessibili per rispondere alle difficoltà economiche e alle modalità con le quali potervi accedere. Di conseguenza si sono sviluppate varie modalità di intervento, tra cui:

- La promozione di attività che favoriscano lo sviluppo di relazioni sociali;
- Il sostegno alla capacità di acquisto e all'accesso al credito delle famiglie e la promozione culturale dell'uso responsabile del denaro;
- Diffusione di un sistema che favorisca pari opportunità per la fruizione di risorse informative con particolare attenzione a favorire l'accesso di giovani e donne al mercato del lavoro, sostenendo la loro permanenza nelle attività lavorative agevolando l'accesso ai servizi della prima infanzia.

b) Bambini e adolescenti: in particolare il focus è diretto a bambini e adolescenti in condizioni di rischio e/o disagio o di disabilità. Per i primi si sono rilevati i seguenti bisogni: contenimento delle separazioni d'urgenza; riduzione dei tempi e maggiori forme di accoglienza comunità o in affido; maggiori opportunità sul territorio; migliore informazione sui segnali di maltrattamento e abuso. Si individuano, quindi alcune priorità d'intervento:

- Favorire strategie atte a promuovere e a sostenere la famiglia nei suoi compiti educativi di base, per contrastare l'insorgere di fattori di rischio;

- Potenziamento di tutti quei servizi e interventi finalizzati alla promozione del benessere dei minori che già si trovano a crescere in condizioni di rischio e rinforzo delle competenze genitoriali.

Per quanto riguarda i secondi, invece i bisogni rilevati come prioritari sono: diagnosi e presa in carico precoci e tempestive, informazione chiara, aiuto nella compilazione della modulistica e supporto alla famiglia, promozione dell'inclusione. L'intenzione è, quindi, quella di:

- rafforzare il livello di integrazione socio-sanitaria assicurando il raccordo e il coinvolgimento dei servizi sanitari e socio-sanitari,
- coinvolgere tutti i soggetti territoriali per accrescerne la collaborazione con il privato sociale e il volontariato;
- attivare opportunità di sollievo per le famiglie;
- favorire l'inclusione sociale.

2) *Persone anziane*

Per quanto riguarda la persona non autosufficiente, la famiglia ricopre un posto centrale, considerato anche il ruolo dell'assistente familiare. Permane, inoltre, una prevalenza di erogazioni monetarie pubbliche (Indennità di accompagnamento, l'Assegno di cura)

L'obiettivo che deve perseguire l'Amministrazione comunale è quello della tutela della fragilità e della promozione del lavoro regolare dato la massiccia presenza di assistenti familiari.

Vengono individuati due possibili obiettivi di policy

- Il sostegno alla domanda, ossia andare incontro alle famiglie condividendo la responsabilità di cura, sostenendo le diverse capacità di spesa, aiutandole a gestire gli oneri legati alla ricerca di una figura adeguata al bisogno;
- Il sostegno all'offerta, ossia azioni finalizzate alla regolarizzazione delle assistenti familiari, alla qualificazione professionale e al riconoscere il loro apporto nel mercato regolare di cura.

Le politiche d'intervento, quindi le possiamo riassumere in:

- Migliorare l'approccio ai regolamenti e agli strumenti di lavoro per accompagnare la domanda del cittadino, predisporre il piano assistenziale personalizzato;

- Individuare la fragilità come “categoria” nella continuità assistenziale assicurando un’offerta che consenta agli anziani fragili forme di assistenza “leggera”;
- Mantenere gli anziani nel proprio domicilio: con il supporto di strumenti, anche di tipo economico;
- Sostenere la libera scelta dei cittadini nell’accesso ai servizi, in relazione alle loro specifiche esigenze assicurando un’offerta che consenta agli anziani forme di assistenza leggere;
- Adeguare l’offerta di residenzialità in riferimento al fabbisogno espresso dal territorio

3) *Disabilità*

Il territorio dell’ULSS 12 presenta una rete consolidata di servizi e Unità di Offerta per rispondere ai bisogni del cittadino disabile giovane-adulto, sia sul versante della domiciliarità che della residenzialità.

Sarà necessario, quindi:

- Individuare servizi appropriati dato lo spostamento verso la terza età di parte dell’utenza accolta nei servizi semiresidenziali e residenziali;
- “Potenziare” i posti disponibili nelle unità di offerta, sia residenziali che semiresidenziali;
- Individuare forme di integrazione sociale, anche in ambiente lavorativo, per le persone con disabilità medio lieve in uscita dal percorso di inserimento scolastico
- Promuovere l’autonomia personale
- Proporre interventi a sostegno economico.

4) *Dipendenze*

Nel territorio la dipendenza da sostanze continua ad essere un fenomeno rilevante, caratterizzato da una continua evoluzione, che in questi anni ha assunto forme diverse e portato alla luce nuovi e più complessi problemi sociali e individuali

Le politiche individuate sono:

- Prevenzione selettiva e/o indicata attuando interventi di prevenzione specifici, promuovendo azioni di aggancio veloce e di accompagnamento ai Servizi;

- Cura rispetto alle diverse forme di dipendenza;
- Reinserimento socio lavorativo e inclusione sociale dei soggetti alcol-tossicodipendenti (e delle loro famiglie) promuovendo una rete per l'integrazione lavorativa, offrendo agli utenti opportunità vere per testare le loro capacità lavorative e attivare nuove reti di socializzazione;
- Famiglia in base alle quali esigenze bisogna offrire livelli diversificati di supporto;
- Integrazione dei servizi pubblici, privato sociale e della sanità privata.

5) *Salute mentale*

Poggia le sue basi sul principio dell'universalismo dell'offerta che comporta la piena accessibilità agli utenti a tutti i servizi offerti dal territorio. Si tende alla costruzione di un sistema dei Servizi dove il cittadino non sia più considerato oggetto, bensì soggetto di diritto e protagonista del percorso intrapreso. I bisogni prioritari, dunque, sono:

- Prevenzione con la creazione, da parte degli attori coinvolti, di un sistema di relazioni tra vari soggetti istituzionali (cooperative, volontariato, associazioni) che il D. S. M governa secondo il principio di sussidiarietà;
- Presa in carico globale del cittadino/utente, attraverso l'apporto coordinato di vari professionisti che deve mirare al reinserimento sociale e lavorativo dell'utente;
- Sperimentazione/innovazione finalizzata all'implementazione dell'offerta e alla personalizzazione della domanda

6) *Marginalità e inclusione sociale*

Le azioni che vengono adottate dal Piano sono rivolte alla possibilità di favorire l'inclusione sociale delle persone in stato di marginalità creando, al contempo, una società più coesa ed accogliente promuovendo una cultura della solidarietà. Le politiche individuate per quest'area sono diverse, tra cui:

- Reinserimento sociale;
- Informazione e orientamento;
- Risposta ai bisogni primari
- Garanzia dei diritti e delle pari opportunità.

7) Immigrazione

Considerato che i bisogni individuati fondamentali degli immigrati sono bisogni legati alla salute, bisogni sociali, educativi e informativi e bisogni legati alla qualità della convivenza, le politiche e le azioni messe in atto dal Piano, sono rivolte:

- All'integrazione;
- All'accesso ai servizi di welfare con pari opportunità e pari responsabilità;
- A consolidare tutti quei servizi che in qualche modo aiutano l'immigrato a comunicare (promuovendo corsi di lingua italiana) e ad informarsi sui temi che lo riguardano;

A conclusione di ognuno di questi temi ci sono diverse tabelle che vanno a schematizzare le priorità d'intervento (con annesso target di utenza, politiche d'intervento, obiettivi specifici), i vari progetti e le azioni atte al mantenimento di vari interventi.

5.2.5 Gli strumenti ed i processi di governo nel Piano di Zona

Quest'ultima sezione ci presenta un quadro organizzativo dell'Azienda ULSS e dei Comuni presentandoci tutti gli organi politici e amministrativi che collaborano alla creazione del Piano di Zona.

5.3 Comparazione fra i due Piani

Avendo analizzato prima l'apparato burocratico di entrambe le regioni prese in considerazione ed essendomi, in seguito, focalizzata sui rispettivi Piani di progettazione cercherò ora di andare a fare una breve comparazione tra i due, evidenziando eventuali similitudini e/o differenze.

Innanzitutto dobbiamo partire dal presupposto che entrambe queste regioni hanno attraversato un processo di devolution che le ha portate ad ottenere dal governo centrale più competenze: la regione Veneto, infatti, ha acquisito nuovi obblighi e nuove responsabilità nei confronti della politica locale, ma anche di tutti gli attori sociali ed economici che fanno parte o hanno contatti con essa; dal canto suo, anche la Scozia ha ottenuto un Parlamento autonomo, organo inesistente inizialmente, al contrario della regione Veneto che lo possedeva già dagli anni '70, che può legiferare sulle materie conferitegli dallo Stato centrale.

Per quanto riguarda l'approccio scozzese e veneto alla pianificazione strategica, va detto che qui entrano in gioco i modelli di welfare. Non va dimenticato infatti, che la Regione Veneto ha un welfare di tipo "generalizzato e generoso". Questo significa che offre un'ampia offerta di servizi che cerca di sviluppare direttamente sul territorio. Sebbene il settore pubblico sia il più rilevante, è comunque ben presente anche il settore privato nell'erogazione dei servizi. Ciò a cui si tende nella regione Veneto è un welfare di tipo societario che ricordiamo, ha delle caratteristiche precise:

- La cittadinanza attiva grazie alla quale i cittadini contribuiscono in prima persona al benessere della società senza accontentarsi più di decisioni prese dall'alto;
- Il passaggio da un sistema di government ad un sistema di governance dove le decisioni non vengono più prese dai vertici ma dove "la costruzione e l'implementazione delle politiche pubbliche sono il frutto di più soggetti che interagiscono fra loro"⁸⁴
- Sussidiarietà orizzontale per la quale la realizzazione del benessere viene costruito partendo dai cittadini e da una comunità solida.

Nel Piano di Zona di Venezia si è cercato di portare avanti questa logica ponendo l'utente al centro del percorso e convocando i vari stakeholder alla

⁸⁴ www.assistentesocialenelmondo.wordpress.com

programmazione del Piano; si ravvisa però, a mio avviso, la chiara difficoltà nella cooperazione di questi attori in quanto nel Piano non si percepisce un riferimento netto o un richiamo forte a questa metodologia di programmazione, come invece succede nel Community Planning. I servizi vengono erogati dall'Ente e gli altri attori sembra che ancora vengano chiamati in causa solo a fini integrativi per ciò che il pubblico non è in grado di offrire: sembra quindi che tutto il progetto venga costruito attorno ai servizi pubblici con gli altri attori che fanno da contorno.

Per quanto riguarda invece la Scozia, è bene ricordare che il welfare della Gran Bretagna, e della Scozia quindi, è fondamentalmente di tipo liberale: si caratterizza per una forte presenza del mercato per soddisfare i bisogni della comunità. In Scozia è presente un'intensa collaborazione tra enti pubblici, organizzazioni private e società civile: già nel 2003 con il "Local Government Act", in Scozia veniva previsto che la buona riuscita della pianificazione comunitaria dovesse dipendere dalla partecipazione e dall'impegno di più attori: enti pubblici, volontariato, privato, cittadinanza e a questo proposito, infatti, vengono istituiti i CPP. I cittadini, è previsto nella legge, devono essere consapevoli di ciò che la pianificazione comunitaria preveda per loro e per la comunità in cui vivono e devono essere, inoltre, impegnati nelle decisioni prese sui servizi che riguardano il loro territorio.

La Scozia, infatti, per quanto concerne la pianificazione locale si basa su un approccio di comunità che si concentra sul sostenere ed investire nelle attività e nelle capacità delle persone e delle famiglie. La politica di governo scozzese, come abbiamo avuto modo di capire nel Community Planning, si poggia su quattro pilastri che sono la prevenzione, il miglioramento delle prestazioni, l'investimento sulle persone e l'integrazione locale con il partenariato. Le partnership di programmazione comunitaria hanno lo scopo di facilitare il coordinamento delle iniziative comunitarie e il partenariato stesso.

È abbastanza chiaro che questo è l'obiettivo a cui tende anche la regione Veneto che però, a mio parere, rimane ancora arroccata nella vecchia logica gerarchica. Ci sono comunque evidenti spinte verso un modello di governance a rete, ovvero un modello che preveda il consolidamento di un forte rapporto tra i diversi livelli di governo regionale e che includa in modo stabile gli attori privati nel processo di pianificazione delle politiche e dei servizi. Le basi sono già state poste nel 2010 con il DGR n° 157 "Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona" che

sottolinea che “gli obiettivi di politica sociale del territorio possono essere perseguiti con efficacia soltanto mediante il coinvolgimento di tutti i soggetti della comunità locale che, a vario titolo, intervengono nella programmazione, nel finanziamento e nella realizzazione degli interventi del sistema integrato territoriale [...] in sostanziale applicazione del principio che l’intera comunità locale è chiamata a rendersi responsabile del proprio sviluppo, in una logica di sussidiarietà e di condivisione delle responsabilità ai diversi livelli.”

BIBLIOGRAFIA:

- A. Ardigò, *“Famiglia, solidarietà e nuovo welfare”*, Franco Angeli, Milano, 2006;
- A. Arienzo *“La Governance”*, Ediesse, Roma, 2013;
- U. Ascoli *“Il welfare futuro. Manuale critico del Terzo Settore”*, Carrocci Editore, Roma, 1999;
- (a cura di) U. Ascoli, *“Il Welfare in Italia”*, Il Mulino, Bologna, 2010;
- U. Ascoli, D. Benassi, E. Mingiore, *“Alle origini del welfare state. Il rapporto su Assicurazioni sociali e servizi assistenziali”*, Franco Angeli, Milano 2010;
- S. Belardinelli, *“Welfare community e sussidiarietà”*, EGEA, Milano, 2005;
- G. Bertin, *“La governance ibrida”*, Studi di sociologia 3, 2009
- G. Bertin, *“Welfare Regionale in Italia”*, Edizione Ca' Foscari, Venezia, 2012;
- G. Bertin, M. Marzulli, M. Zantedeschi, *“La governance dei servizi socio-sanitari in dodici regioni italiane”*, Edizione Ca' Foscari, Venezia, 2012;
- G. Bertin, *“Piani di Zona e governo della rete”*, Franco Angeli, Milano, 2012;
- Collana storica Banca d'Italia;
- G. Cazzola, *“Lo Stato sociale tra crisi e riforme: il caso Italia”*, Il Mulino, Bologna, 1994;
- CNEL, *“Percorsi locali di riforma del welfare e integrazione delle politiche sociali”*, Report di ricerca, 2010;
- *Community Planning of Edinburgh*, anni 2015-2018;
- O. De Leonardis, *“In un diverso welfare. Sogni e incubi”*, Feltrinelli Editore, Milano, 2002;
- F. Del Giudice, *“Costituzione esplicita”*, Esselibri-Simone, Napoli, 2011;
- M. Ferrera, *“Il Welfare State in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata.”*, Il Mulino, Bologna, 1984;
- M. Ferrera, *“Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata”*, Il Mulino, Bologna, 2006
- (a cura di) M. Ferrera, *“Le politiche sociali”*, il Mulino, Bologna, 2012;
- M. Ferrari, *“La frontiera interna. Welfare locale e politiche sociali”*, Academia Universa Press, 2010;
- (a cura di) P. Flora e A.J.Heidenheimer, *“Lo sviluppo del welfare state in Europa e in America”*, Il Mulino, Bologna, 1983;

- F. Girotti, *“Welfare State. Storia, modelli, critica”*, Carrocci Editore, Roma, 1998;
- C. Gori, *“La riforma dei Servizi Sociali in Italia. L’attuazione della legge 328 e le sfide future”*, Carrocci Editore, Roma, 2004;
- A. Iacovino, *“Teorizzare la Governance. Governabilità ai tempi del globale”*, Aracne Editore, Roma, 2005;
- I quaderni dell’Università del volontariato, *“Terzo Settore: contesto d’appartenenze e bisogni formativi”*, 2013
- Y. Kazepov, E. Barberis, *“La dimensione territoriale delle politiche sociali in Europa: alcune riflessioni sui processi di rescaling e governance”*, Ediesse per RPS nel numero “L’Europa e le regioni”, 2008;
- (a cura di) Y. Kazepov, *“La dimensione territoriale in Italia”*, Il Mulino, Bologna, 2010;
- G. Marcon, *“Le organizzazioni di Terzo Settore e il sistema di protezione sociale: visione sistemica e profili evolutivi”*, Edizione Ca’ Foscari, Venezia, 2011;
- M. Maretti, *“Welfare locale. Studio comparativo sulla programmazione dei servizi sociali nelle regioni italiane”*, Franco Angeli, Milano, 2008;
- T.H. Marshall, *“Cittadinanza e classi sociali”*, Cambridge University Press, 1950;
- R. Mayntz, *“La teoria della governance: sfide e prospettive”*, Rivista italiano di Scienze politiche, 1999;
- Ocse, *“Una migliore regolamentazione per rafforzare le dinamiche dei mercati”*, 2009;
- A. Peacock, *“The Welfare State society”*, Liberal publication Department, London, 1960;
- *Piano di Zona dell’Ulss 12 veneziana, quinquennio 2011-2015 e successive modifiche nel 2016;*
- E. Pugliese, *“La sociologia della disoccupazione”*, Il Mulino, Bologna, 1993;
- Quaderni di intercultura di R. Ceraolo, *“Il Welfare State in Europa: brevi note su origine, modelli e tipologie”*, anno III/2011, n° 32;
- C. Ranci, *“Oltre il Welfare State. Terzo Settore, nuove solidarietà e trasformazioni del welfare”*, Il Mulino, Bologna, 1999;

- Regione veneto in collaborazione con Università Ca' Foscari, Università di Verona e Università di Bologna, *“Occupazione e professioni nel settore dei servizi sociali. Indagine sulle regioni italiane.”*;
- (a cura di) R. Rizza e F. Bonvicini, *“Attori e territori del welfare. Innovazioni nel welfare aziendale e nelle politiche di contrasto all’impoverimento”*, Franco Angeli, Milano, 2014;
- J.J. Rodger, (a cura di) F. Folgheraiter e M.L. Ranieri, *“Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell’età post moderna”*, Trento, Erikson, 2004
- J.N. Rosenau and E.O. Cziempiel, *“Governance without Government: order and change in world politics”*, Cabridge University Press, 1992;
- A. Russo, *“Governance lo sviluppo locale. Esperienze di governance a confronto”*, Aracne Editore, Roma, 2009;
- C. Saraceno, *“Il welfare state. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale”*, Il Mulino, Bologna, 2013;
- G. Saputelli, *“La tutela dei nuovi diritti sociali: I servizi innovativi alla persona tra mercato sociale e welfare mix”*, Università di Teramo, 2011;
- Unicredit Foundation, *“Ricerca sul valore economico del Terzo settore in Italia”*, 2012;
- S. Vogliotti, S. Vattai, *“Welfare State. Modelli di welfare state in Europa”*, IPL, pubblicazione n°1, 2014;

SITOGRAFIA:

- www.bancad'Italia.it/pubblicazioni/collana-storica/ “*Alle radici del Welfare State all'italiana*”
- www.regioneveneto.it;
- www.gov.scot;
- www.edinburgh.gov.uk;
- www.edinburghnp.org.uk;
- www.whatworksscotland.ac.uk;
- www.comune.venezia.it;
- www.ulss12.ve.it;
- www.aulss3.veneto.it;
- www.forumterzosettore.it, Rapporto di Ricerca, “*Le reti del terzo settore*”, 2010
- www.scottish.parliament.uk;
- www.altrodiritto.unifi.it;
- www.eddyburg.it;
- www.assistentesocialedomaninelmondo.wordpress.com;