



Regione Emilia-Romagna  
Agenzia sanitaria regionale

# I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI COME AREA DI *POLICY*

NOTE PER LA PROGRAMMAZIONE  
SOCIALE REGIONALE

politiche sociali

ISSN 1591-223X

*DOSSIER 70 – 2002*





Regione Emilia-Romagna  
Agenzia sanitaria regionale

# I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI COME AREA DI *POLICY*

NOTE PER LA PROGRAMMAZIONE  
SOCIALE REGIONALE

politiche sociali

ISSN 1591-223X

*DOSSIER 70 – 2002*

La redazione del volume è stata curata da

Francesco Cossentino     *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

Hanno collaborato

Antonietta Di Giovannantonio

Liliana Tomarchio

*Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

Redazione e impaginazione a cura di:

*Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

Stampa: *Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2002*

Copia del volume può essere richiesta a:

*Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

*Area comunicazione, documentazione, formazione*

*Viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna*

*e-mail [fsarti@asr.regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@asr.regione.emilia-romagna.it)*

oppure può essere scaricata dal sito Internet

*<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/coldoss/index.htm>*

## INDICE

<b>Sommario</b>	<b>5</b>
<b>1. Introduzione</b>	<b>9</b>
1.1. L'invecchiamento della popolazione	9
1.2. Le trasformazioni familiari e il lavoro di cura	10
1.3. Il mercato del lavoro e la struttura dell'occupazione	11
1.4. I limiti dell'ortodossia nel dibattito sul <i>welfare</i>	12
1.5. Il nuovo impegno europeo	17
<b>2. I servizi socio-assistenziali come area di <i>policy</i></b>	<b>21</b>
2.1. L'identificazione del modello di analisi dei servizi socio-assistenziali	22
<b>3. La geografia della cittadinanza e la riforma dell'assistenza in Italia</b>	<b>29</b>
3.1. La riforma dell'assistenza e il Piano sociale nazionale	31
<b>4. La programmazione sociale regionale tra mutamenti e bisogno di innovazione</b>	<b>35</b>
4.1. Crescita economica e trasformazioni sociali in Emilia-Romagna: la ricerca di nuovi fattori di coesione	35
4.2. Il Piano regionale come strumento per le politiche di coesione sociale e territoriale	38
4.3. Una struttura di <i>governance</i> per la programmazione territoriale negoziata	39
4.4. Gli strumenti di programmazione nel progetto di legge di riforma dell'assistenza	41
<b>Schema. Il Piano sociale regionale. Un ipotetico indice di argomenti</b>	<b>45</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>47</b>



## SOMMARIO

L'invecchiamento della popolazione, le trasformazioni nelle strutture familiari, l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro e di forme di occupazione meno stabili, unitamente all'aumento delle diseguaglianze nella distribuzione del reddito, nel corso degli ultimi venti anni, hanno profondamente modificato la struttura della domanda sociale.

Tale mutamento della domanda ha contribuito ad ampliare il divario fra il tradizionale catalogo dei rischi tutelati e la nuova gamma dei bisogni sociali, e ha alimentato forti tensioni soprattutto nei sistemi di protezione sociale, dove la struttura dei rischi da tutelare è modellata sulla posizione del capofamiglia nel mercato del lavoro, sulla divisione del lavoro fondata sul genere e su un ciclo di vita *standard* (scandito da scuola dell'obbligo, posto di lavoro fisso e pensionamento).

I bisogni connessi all'attività di cura di tutti quei soggetti che sono incapaci di provvedere autonomamente a se stessi per ragioni di età o di deficienze psicofisiche (handicappati, malati di mente, ...), relegati nella sfera familiare, hanno acquistato rilevanza soprattutto come espressione di un disagio spesso non conclamato e, come tale, non sempre socialmente e culturalmente legittimato.

L'aumento delle diseguaglianze fra inclusi ed esclusi e la consapevolezza che i costi sociali che l'Europa ha sopportato nel processo di unificazione monetaria possono andare a scapito dello sviluppo economico, hanno riproposto alla fine degli anni '90 una visione dall'orizzonte più ampio rispetto alle politiche di razionalizzazione dell'offerta, che hanno caratterizzato negli ultimi decenni le politiche di *welfare*.

Nell'Agenda sociale europea (Nizza 2000), la Commissione europea ha evidenziato il doppio ruolo della strategia sociale: quello di fattore di produzione e quello di strumento per ridurre le diseguaglianze e promuovere la coesione sociale.

In questa rinnovata strategia dell'Unione europea, i servizi socio-assistenziali hanno acquisito un ruolo rilevante nell'ambito delle politiche sociali. Da questo punto di vista, la legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali e il Piano sociale nazionale hanno costituito un'importante innovazione per il sistema di protezione sociale del nostro Paese.

Il processo di riforma dell'assistenza, che integra il *welfare* delle famiglie e dell'inclusione a previdenza e sanità, non è tuttavia esente da ostacoli. Tali ostacoli non sono esclusivamente riconducibili alle risorse investite, che continuano a essere limitate, ma agli aspetti critici che caratterizzano questa area di *policy*.

Il lavoro che presentiamo in questo volume si pone l'obiettivo di fornire una rassegna delle principali problematiche che quest'area di *policy* presenta, un'area che - storicamente nel nostro paese, e più in generale nei paesi dell'area mediterranea - ha avuto un ruolo residuale, si caratterizza per una forte frammentazione ed è spesso di difficile identificazione.

Il lavoro è organizzato in quattro parti.

- Nella parte introduttiva si evidenziano i fattori di mutamento strutturale della domanda sociale e i limiti dell'ortodossia nel dibattito sul *welfare*, e si focalizza l'attenzione sui cambiamenti degli assetti istituzionali. Le istituzioni quali il mercato del lavoro, la famiglia, e lo stato sociale, assunte come date e immutabili dalle teorie ortodosse e trascurate dalle politiche dell'offerta, rivestono un ruolo critico nella formazione dei regimi dei *welfare* contemporanei, proprio perché la somma totale del benessere sociale è funzione di come queste istituzioni si formano e si combinano fra loro.
- Nella seconda parte si presta attenzione alle variabili che influenzano e modellano lo sviluppo dei servizi di cura alle persone e alle famiglie nei diversi paesi europei e ai principali fattori critici che sovente si riscontrano: frammentazione del processo decisionale, frammentazione della struttura dell'offerta e dei centri di spesa, sovrapposizione fra funzioni di regolazione e responsabilità nella gestione della spesa.
- Nella terza parte vengono tratteggiate le caratteristiche dello sviluppo dei servizi del *social care* in Italia. Tale sviluppo ha tratto impulso dal processo di decentramento avviato con le riforme istituzionali degli anni '70 e, in assenza per lunghi anni di una legge quadro, ha determinato *pattern* di sviluppo territoriale dei servizi alle persone e alle famiglie alquanto differenziati, dando luogo a una vera e propria geografia della cittadinanza. Inoltre, si evidenziano le linee portanti della riforma dell'assistenza e del Piano sociale nazionale.
- Infine, si pone l'accento sui bisogni di innovazione delle politiche sociali in Emilia-Romagna. È una delle regioni che nello sviluppo dei sistemi di protezione locale si è caratterizzata sia per un elevato grado di diffusione della rete dei servizi sul territorio, sia in termini di riorientamento complessivo dell'intervento pubblico verso politiche rivolte all'inserimento sociale, ma che tuttavia sconta profonde trasformazioni demografiche, nelle strutture familiari e nel mercato del lavoro. Inoltre, la mancanza di un'efficace struttura di *governance* ha avuto conseguenze assai diverse a livello territoriale: la disomogeneità nell'implementazione delle politiche e degli interventi nei diversi settori; la difficoltà di coordinamento degli



interventi socio-assistenziali con le politiche del lavoro e le politiche abitative che ha reso poco efficaci gli interventi di integrazione sociale e le politiche attive di reinserimento sociale; la disomogeneità territoriale sia delle diverse tipologie di intervento sia del modello di integrazione socio-sanitaria; lo scarso coinvolgimento dei Comuni di dimensioni ridotte nei processi di formazione delle politiche. Si tratta di problemi che inevitabilmente rimandano alla programmazione sociale regionale - oggi al centro dell'attenzione nella proposta di riforma dell'assistenza - che abbiamo sinteticamente esposto in un ipotetico indice del Piano sociale regionale (vedi *Schema*).



## 1. INTRODUZIONE

Nel corso degli ultimi venti anni, nei paesi dell'Unione europea l'invecchiamento della popolazione, le trasformazioni nelle strutture familiari, l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro e di forme d'occupazione meno stabili, unitamente alle crescenti diseguaglianze nella distribuzione del reddito, hanno profondamente modificato la struttura della domanda sociale.

La maggiore intensità dei bisogni e la richiesta di una più ampia gamma di tipologie di prestazioni hanno creato notevoli tensioni sugli assetti dei sistemi pubblici di protezione sociale, in particolare sui sistemi di protezione modellati sulla struttura dei rischi del *breadwinner* (OCSE, 1999; European Commission, 2000).

Questa struttura, costruita sulla posizione del capofamiglia nel mercato del lavoro, sulla divisione naturale del lavoro familiare fondata sul genere, e su un ciclo di vita *standard* (scandito da scuola dell'obbligo, posto di lavoro fisso e pensionamento), è risultata poco efficace, a causa non solo della crescita della disoccupazione, ma anche dei rischi indotti da un ciclo di vita meno prevedibile, sia nei percorsi di lavoro sia nella vita familiare.

### 1.1. L'invecchiamento della popolazione

Una delle cause più rilevanti della maggiore domanda di prestazioni sociali è l'aumento della longevità che, unitamente al declino del tasso di fecondità, ha comportato un progressivo processo di invecchiamento: nell'arco di trent'anni la popolazione anziana con età superiore a 75 anni nei paesi europei è raddoppiata (dal 3,2% nel 1960 al 6,2% nel 1990).

Nel 1998 il numero delle persone anziane nella classe di età 65 anni e oltre ha raggiunto il 24% del totale della popolazione in età lavorativa (15-64 anni). Le proiezioni demografiche indicano che il rapporto fra la popolazione anziana e la popolazione in età di lavoro nella media dei paesi dell'Unione europea raggiungerà nel 2010 il 27%, e il valore più alto sarà in Italia, con un picco intorno al 31% (European Commission, 2000).

Si prevede che l'aumento della domanda di prestazioni in campo pensionistico, sanitario e dei servizi sociali, continuerà a essere forte e incisivo con i conseguenti aumenti degli oneri finanziari che si concentreranno su una popolazione di lavoratori attivi in costante diminuzione.

## **1.2. Le trasformazioni familiari e il lavoro di cura**

La diminuzione dell'intensità delle relazioni parentali, in particolare la crescente rarefazione della coabitazione tra genitori e figli coniugati, ha alimentato tensioni sulla domanda di servizi e di abitazioni adeguate, e in particolare sull'organizzazione delle prestazioni dei servizi sociali e sanitari, come conseguenza delle profonde trasformazioni nelle strutture familiari e della crescente partecipazione femminile al mercato del lavoro.

In tutti paesi dell'Unione europea la famiglia è al centro di profonde trasformazioni: i matrimoni sono in declino (5,1 per 1.000 abitanti nel 1998, contro il 7,1 nel 1960), posticipati e tendenzialmente più instabili; il numero dei divorzi è in aumento, in particolare nei paesi del Nord (European Commission, 2000).

Il modello tradizionale di famiglia nucleare, composta da una coppia con figli, continua a essere prevalente, ma la sua importanza sta lentamente declinando. Le coppie senza figli sono in aumento (19% nel 1995). La dimensione media della famiglia si contrae, mentre si moltiplicano in numero assoluto i nuclei familiari. Il 26% delle famiglie dell'Unione europea è formato da un singolo componente, prevalentemente anziano, mentre il 7% è formato da un solo genitore, nella maggioranza madri sole con figli (European Commission, 2000).

L'aumento delle famiglie con un solo genitore, per lo più donna, è un fenomeno che rischia di introdurre un effetto moltiplicatore su problematiche già rilevanti in un contesto di politiche sociali in cui il sostegno a chi ha figli è ancora insufficiente. In particolare, le donne sole con figli pagano prezzi molto alti per restare nel mercato del lavoro, con un'alta probabilità di entrare nella trappola della povertà.

La crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro, l'innalzamento dell'età media al matrimonio, il calo dei tassi di nuzialità, l'aumento del numero di celibi e nubili sono tutti fattori che contribuiscono significativamente a modificare i rapporti interni e i tempi del ciclo di vita familiare, riducendo la disponibilità di aiuto e la quantità di tempo dedicata alle attività di sostegno e di cura.

La capacità di erogare lavoro di cura da parte del sistema delle famiglie, stimata approssimativamente dal rapporto fra la classe di età 45-69 anni della popolazione femminile sulla popolazione totale, sta progressivamente declinando. Dal 1960 al 1990, nei paesi dell'Unione europea tale rapporto è diminuito di trenta punti percentuali, come conseguenza del processo di denatalità e dell'aumento del tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro (Alber, 1995).

La difficoltà di conciliare tempo di lavoro e tempo di vita interessa in particolare le donne che continuano a essere gravate, nella divisione del lavoro interna alle famiglie, dal peso del lavoro intra-familiare.

Inoltre, la democratizzazione dei sistemi educativi in Europa<sup>1</sup> e la crescente incapacità del mercato del lavoro ad assorbire stabilmente le nuove generazioni ha aperto problematiche inedite. La crescita delle aspirazioni indotta dall'ampliamento degli orizzonti culturali e, al tempo stesso, la crescente difficoltà a realizzarle, ha creato prospettive più incerte e percorsi lavorativi non più determinati aprioristicamente, come in larga misura avveniva precedentemente (Saraceno, 2001). Le difficoltà strutturali che spostano in avanti la conquista dell'autonomia, e di conseguenza la maggiore durata del periodo di dipendenza economica dalla famiglia, hanno prodotto anche un prolungamento artificiale dell'età adolescenziale e hanno contribuito a creare nuove forme di disagio e di esclusione sociale.

### **1.3. Il mercato del lavoro e la struttura dell'occupazione**

Un altro rilevante fattore di mutamento della domanda sociale, che ha accentuato il divario fra il tradizionale catalogo dei rischi tutelati e la nuova gamma dei bisogni sociali, è la profonda ristrutturazione dei modi di produzione: la pressione della concorrenza globale, l'innovazione tecnologica e i processi di terziarizzazione hanno avuto un notevole impatto sull'organizzazione della produzione e sulla struttura dell'occupazione.

Nella ricerca di forme più flessibili di organizzazione della produzione, i posti lavoro stabili a tempo indeterminato hanno subito un costante declino e sono stati parzialmente compensati dalla creazione di posti lavoro meno stabili: dal 1991 al 2000 il lavoro autonomo, il *part time* e i contratti a tempo determinato sono aumentati in percentuale sull'occupazione totale dal 38,7% al 43,9%. Nel decennio considerato, l'incremento dell'occupazione totale nei paesi dell'Unione europea, in termini assoluti, è stato pari a 7,2 milioni. Questo aumento è il risultato del saldo positivo che si registra in particolare nella creazione dei posti lavoro *part time* e a tempo determinato (11,5 milioni). La crescita dell'occupazione ha interessato prevalentemente la componente femminile del mercato del lavoro e si è concentrata nel settore dei servizi.

---

<sup>1</sup> Tra gli anni '60 e gli anni '70, secondo elaborazioni dell'OCSE, nell'area occidentale si registra in media un incremento annuo del 4% nel tasso di scolarità per il ciclo secondario superiore e del 6% per l'università, che equivale complessivamente a un raddoppio delle iscrizioni nell'arco del decennio (OCSE, 1999).

Il tasso di disoccupazione nella media dei paesi dell'Unione europea ha raggiunto l'8,2% nel 2000 (pari a circa 14 milioni di disoccupati in termini assoluti) e ha interessato in particolare i giovani e gli ultracinquantacinquenni (European Commission, 2001).

#### **1.4. I limiti dell'ortodossia nel dibattito sul *welfare***

A fronte di queste ampie trasformazioni nel mercato del lavoro e nella struttura della domanda sociale, le politiche sociali incentrate sul lavoro retribuito, cioè su quella dimensione di *welfare* "categoriale" che si è sviluppata a partire dal dopoguerra, sono risultate scarsamente efficaci nel contrastare la creazione di diseguaglianze.

Nei sistemi di protezione di tipo corporativo dei paesi dell'Europa continentale è stato rilevato che gli effetti allocativi (rischi tutelati *vs* bisogni effettivi) e distributivi (categorie sovraprotette *vs* categorie sottoprotette) hanno creato un vero e proprio fossato fra inclusi ed esclusi, fra categorie che beneficiano di un vero e proprio cumulo di garanzie, come ad esempio i nuclei familiari in cui entrambi i coniugi hanno un'occupazione stabile senza altre persone a carico (i cosiddetti *dinks - double income, no kids*), e categorie che dispongono di sostegni assai labili e spesso fortuiti, come le madri sole con figli, gli occupati irregolari e/o i disoccupati con famiglia a carico, e le persone molto anziane non autosufficienti (Ferrera, 1998).

L'accentuazione delle disuguaglianze fra inclusi ed esclusi, fra occupati garantiti e irregolari e/o disoccupati sembra implicitamente assumere una sorta di "colpevolizzazione" del lavoro dipendente e delle sue garanzie (Fitoussi, 1997), e quindi l'idea che i costi del *welfare* incidano negativamente sulla crescita dell'occupazione. Allo stesso tempo, tuttavia, si trascurano gli effetti delle politiche deflative sulla distribuzione del reddito, in particolare fra salari e profitti, che non sempre si sono tradotti in investimenti produttivi e quindi in aumento dell'occupazione (Ciocca, 2000).

Agli inizi degli anni '90, nonostante le discussioni sull'efficienza relativa delle istituzioni e le diverse forme di capitalismo inducessero a riflettere sulla relazione tra politiche di *welfare* e sviluppo,<sup>2</sup> nel dibattito sul *welfare* la crescita economica è stata

---

<sup>2</sup> Nei primi anni '90 la discussione - avviata da Michel Albert con il suo libro *Capitalismo contro capitalismo* (1993) e ripresa da Romano Prodi (1991) - sull'efficienza relativa delle istituzioni stimolata dalla pressione della competizione globale, portava a contrapporre il capitalismo europeo, esemplificato dal modello renano fondato sull'economia sociale di mercato (che tiene conto delle prospettive di lungo termine), al capitalismo anglosassone (che premia i risultati del breve termine e in cui il mercato finanziario ha un ruolo di importanza decisiva).

assunta come un dato esogeno. La gestione della domanda aggregata (in particolare la politica monetaria) è stata acriticamente accettata nel suo esclusivo orientamento alla stabilità dei prezzi, così come le politiche contro la disoccupazione sono state confinate sul lato dell'offerta di impiego, mediante la liberalizzazione del mercato del lavoro e il ricorso a politiche attive del lavoro.

La partecipazione al processo di formazione dell'Unione europea, sebbene sia stata indicata come un'opportunità per stimolare la crescita e l'occupazione, rafforzare la coesione e perseguire la via alta della competitività,<sup>3</sup> è stata assunta come un inevitabile vincolo, nonostante una rigorosa politica di risanamento fiscale non giustificasse necessariamente l'adozione di uno schema monetarista.

Contrariamente a una prospettiva keynesiana, dove il risanamento del bilancio pubblico potrebbe aprire la strada a un recupero dei gradi di libertà nella prevenzione della disoccupazione ciclica e nell'attivazione degli investimenti pubblici finalizzati alla rimozione di strutture settoriali (Ginzburg, Ribba, 2001),<sup>4</sup> con la devoluzione della politica monetaria alla Banca centrale europea (ispirata all'ortodossia monetarista della Bundesbank), il cui mandato è esclusivamente orientato alla stabilità dei prezzi, l'aggiustamento del bilancio è considerato uno strumento indispensabile per rimuovere i disincentivi che bloccherebbero l'offerta dei fattori produttivi (lavoro e capitale), aumentare la remunerazione attesa degli investimenti, e stimolare quindi uno sviluppo basato sulla capacità di autoregolamentazione dei mercati.

All'interno di questo modello, il dibattito sul *welfare* è stato dominato dalla contrapposizione tra Stato e mercato, e le principali linee di tendenza nelle proposte di riforma si sono concentrate sulla riorganizzazione dell'offerta.

---

<sup>3</sup> Nel Libro bianco *Crescita, competitività e occupazione* proposto da Jacques Delors (1993),

*“... si riconosce l'esigenza di politiche occupazionali più efficienti e il fatto che il mercato da solo non può risolvere i problemi di occupazione e disoccupazione, con le relative implicazioni sociali, che gravano sulla Comunità. Le politiche fiscali, come pure quelle occupazionali e sociali, devono tenere pienamente conto dei costi reali della disoccupazione, sia in termini sociali che economici. Ciò implica notevoli cambiamenti, che non devono limitarsi alla semplice liberalizzazione dei mercati del lavoro europei. È necessario piuttosto un sistema rinnovato, razionale e semplificato di norme e incentivi che promuova la creazione di posti di lavoro, senza gravare ulteriormente sulle fasce deboli del mercato del lavoro”* (p. 130).

<sup>4</sup> Ginzburg e Ribba sottolineano che una politica di risanamento fiscale non necessariamente giustifica l'adozione di uno schema monetarista. Su questo punto rimandano alla riproposizione di Artoni (1989), Kregel (1985) e Cozzi (1983) degli scritti di Keynes degli anni '40 sull'esigenza di riequilibrare il bilancio pubblico nel lungo periodo, allo scopo di rendere utilizzabile lo strumento fiscale per prevenire l'insorgere della disoccupazione.

Nell'ambito delle politiche dell'offerta e di un modello di evoluzione demografica interna, che esclude o rende assai contenuto il contributo dei flussi migratori,<sup>5</sup> le proposte di riforma nel settore previdenziale hanno riguardato da un lato l'innalzamento dell'età pensionabile, per aumentare l'offerta in un mercato caratterizzato dal progressivo invecchiamento delle forze di lavoro, dall'altro gli incentivi allo sviluppo di schemi assicurativi complementari su base contributiva, per alleggerire la pressione fiscale sui costi e aumentare l'offerta di capitale finanziario.

Nel settore sanitario le principali linee di tendenza<sup>6</sup> hanno suggerito il ricorso a meccanismi orientati alla formazione di mercati o "quasi mercati" e all'introduzione dei livelli di assistenza con finalità selettive. L'obiettivo di recuperare livelli di efficienza e contenere i costi finanziati dalle entrate fiscali ha comportato:

- l'introduzione di forme e tecniche di gestione privatistiche nelle unità di offerta pubbliche;
- l'introduzione di meccanismi selettivi tra gli aventi diritto mediante tariffe differenziate per livello di reddito e, in altri casi, la sospensione o il blocco della spesa sociale;
- la separazione tra il finanziamento pubblico e l'erogazione dei servizi affidata a gestori privati, per stimolare l'autonomia delle organizzazioni private coinvolte nella capacità di finanziare in modo autonomo una parte dei costi, mediante la vendita diretta dei servizi privati.

Relativamente alle politiche di sostegno al reddito, le principali tendenze hanno riguardato il passaggio da politiche passive (sussidi di disoccupazione) a politiche attive del lavoro. Queste politiche sono state considerate come uno degli aspetti più

---

<sup>5</sup> L'assunzione di un modello di evoluzione demografica interna sembra d'altra parte essere speculare alle politiche di controllo migratorio che si sono affermate in Europa nell'ultimo decennio. Nonostante i paesi europei siano caratterizzati da una storia e da una realtà migratoria molto diversa, si registra un processo di convergenza nella visione del problema e nella strategia di controllo perseguita. L'obiettivo dell'attuale strategia migratoria dei paesi europei, definita come ortodossia restrittiva, è quello di contenere e ridurre al minimo i flussi migratori indesiderati, attraverso l'incremento della discrezionalità politica nei confronti della loro gestione. Si tratta in altri termini di una strategia orientata a limitare al massimo le titolarità all'entrata e a mantenere i flussi di ingresso, che comunque si verificano, all'interno di canali che riducano il più possibile la generazione successiva di diritti (Sciortino, 2000).

<sup>6</sup> Si veda in particolare Borzaga, Fiorentini, Maticena (1996).



rilevanti della riforma del *welfare* negli Stati Uniti.<sup>7</sup> Se si esclude la versione riduttiva, con la quale l'introduzione di strumenti in grado di associare lavoro e sussidi (*workfare*) è finalizzata a esercitare forme di pressione sul disoccupato affinché accetti nuove offerte di lavoro pena l'esclusione dai sussidi, il dibattito sul *workfare* ha posto l'attenzione su una politica di assistenza equa (*fair welfare*).

Le politiche attive del lavoro possono contribuire a migliorare l'occupabilità dei lavoratori a bassa qualifica mediante sussidi temporanei e altre misure di sostegno nella ricerca del lavoro e nella formazione; ma è assai improbabile che esse, da sole, possano stimolare la crescita dell'occupazione, a meno che non siano sostenute da un intervento sul lato della domanda (Solow, 2001). Gli effetti positivi delle politiche attive del lavoro sull'aumento dell'occupazione si manifestano in modo nettamente visibile solo nei casi in cui la domanda aggregata aumenta in modo significativo (Robinson, 2000; Solow, 2001). Se poi si accompagnano a una riduzione delle prestazioni assistenziali, così com'è ipotizzata nella loro versione riduttiva, il rischio della trappola della povertà diventa assai elevato, in particolare nelle fasi recessive del ciclo.

Come è stato recentemente sottolineato, le politiche attive del lavoro<sup>8</sup> cercano di conciliare tre obiettivi:

- la riduzione della disoccupazione e della inattività;
- la riduzione della spesa pubblica o dei costi della dipendenza dal *welfare*;
- la riduzione della "povertà di reddito".

---

<sup>7</sup> Nel 1996 il Congresso degli Stati Uniti ha approvato la legge di riforma del *welfare*, con la quale dopo sessant'anni veniva abbandonata la definizione, stabilita a livello federale, di coloro che hanno diritto all'assistenza. È stata abolita la garanzia a tutti coloro che, indipendentemente dal luogo di residenza, rientravano nelle condizioni di bisogno e nei requisiti previsti dalla legge; mediante l'introduzione di una somma prefissata in termini nominali (*block grant*) assegnata dal governo federale, i singoli Stati decidono chi ammettere o escludere dall'assistenza. La concessione dei sussidi viene subordinata, per quanto riguarda le persone valide a essere avviate al lavoro, alla ricerca e all'accettazione di un lavoro alle condizioni offerte dal mercato (*work requirement*). Sono inoltre stabiliti limiti temporali al periodo in cui, nel corso della propria vita, si può accedere ai fondi federali per l'assistenza. Il significativo taglio della spesa per l'assistenza e in particolare le modifiche apportate al Programma di aiuto per le famiglie con figli a carico (AFDC), che nel 1993 assisteva nove milioni e mezzo di bambini in cinque milioni di famiglie (in cui la famiglia è composta da una donna sola con figli a carico) concentrate prevalentemente in zone urbane degradate, ha suscitato un vivo allarme da parte di autorevoli economisti (si veda Solow, 2001) sulle conseguenze che questa riforma avrebbe avuto sulla povertà, se queste politiche non fossero state accompagnate da una politica della domanda (Ginzburg, Ribba, 2001).

<sup>8</sup> Si veda Robinson (2000).

Sono obiettivi in conflitto tra loro che sembrano riproporre anche per il mercato del lavoro una triade incompatibile, così come è stato rilevato in sanità con il tentativo di combinare i principi di equità, efficacia ed efficienza con l'introduzione del livello essenziale di assistenza, con il quale si vuole conciliare universalità di accesso, globalità e qualità dell'assistenza, e controllo dei costi (Taroni, 2000).

Non esiste ancora un quadro chiaro sulle modalità con cui queste linee di riorganizzazione del *welfare* siano state concretamente portate avanti nei diversi Stati. Gli studi sui processi di riorganizzazione del *welfare* in una prospettiva comparata sono ancora carenti e non consentono di estrapolare se la convergenza negli interventi correttivi, posti dai vincoli finanziari, si sia tradotta in una convergenza nelle politiche. Le variazioni nella spesa aggregata, rispetto al prodotto interno lordo, non consentono di cogliere quanto effettivamente incidono sui livelli di generosità delle prestazioni. Se la spesa aggregata di un certo programma – per esempio quello contro la disoccupazione – cambia, non è chiaro se questo è dovuto alle trasformazioni del contesto (il livello della struttura della disoccupazione) o a cambiamenti nelle disposizioni legislative. Non si sa se, ad esempio, le politiche selettive abbiano preso corpo rispetto agli schemi universali dei diversi programmi di *welfare* e quanto consenso queste politiche abbiano ricevuto dai gruppi sociali, in particolare dai ceti medi, che hanno rinunciato alla copertura delle prestazioni sanitarie a favore di un alleggerimento della pressione fiscale; oppure quanto nei diversi paesi europei sia diffusa l'adesione dei giovani e dei lavoratori precari ai fondi di previdenza complementare.

Per questo motivo le analisi sulle politiche di riorganizzazione del *welfare* dovrebbero basarsi sui cambiamenti degli assetti istituzionali (Alber, 1997). Trascurare gli specifici assetti istituzionali,<sup>9</sup> in particolare l'interazione tra i diversi elementi che formano

---

<sup>9</sup> Nella prefazione al libro di Solow (2001), Andrea Ginzburg ricorda le conseguenze sul dibattito italiano degli effetti della sottovalutazione della diversità istituzionale dei paesi nelle proposte delle politiche attive del lavoro: gli "incentivi per il lavoro" (*welfare to work*) costituivano la principale proposta del rapporto fra i primi ministri Blair e D'Alema preparato da Tito Boeri, Richard Layard e Stephen Nickell in vista della Conferenza di Lisbona del marzo 2000, un documento che il presidente del Consiglio italiano sembrava aver fatto proprio, salvo poi arrivare a prenderne le distanze dopo le aspre polemiche seguite alla sua pubblicazione. È infatti assente in Italia un sistema di sostegno al reddito dei disoccupati paragonabile, per copertura di prestazioni, a quello degli Stati Uniti, dell'Inghilterra e dei paesi dell'Europa continentale. In Italia, la spesa per sussidi incide per lo 0,68% sul prodotto interno lordo, e nel 1994 meno del 10% dei disoccupati risultava coperto da schemi di sostegno al reddito: il valore più basso, insieme alla Grecia, dei paesi dell'Unione europea. L'esiguità della protezione ricevuta dai disoccupati (in senso lato)

i diversi regimi di *welfare* contemporanei - il mercato del lavoro, la famiglia e lo stato sociale come terzo *partner*, rappresenta un punto critico, proprio perché la somma totale del benessere sociale è funzione del modo in cui gli *input* di queste tre istituzioni si combinano tra loro (Esping-Andersen, 1999).

Porre l'attenzione su come queste istituzioni funzionano e interagiscono costituisce un aspetto rilevante non solo per la riorganizzazione e l'innovazione delle politiche sociali, ma anche per cogliere l'interdipendenza fra i diversi programmi sociali (previdenza, lavoro, casa, salute, povertà).<sup>10</sup>

### 1.5. Il nuovo impegno europeo

Il limite dell'ortodossia è di pensare che l'economia possa prosperare a scapito del sociale. La gestione dell'economia è, infatti, assai più complessa di quanto le scelte presentate come alternative possano lasciare supporre. Così, come si può immaginare l'insostenibilità di una politica sociale che non prenda in considerazione i disavanzi finanziari che causa e le cui modalità sarebbero mantenute a tutti i costi, altrettanto si possono immaginare le conseguenze sugli equilibri reali della conduzione di una politica economica che abbia come esclusivo obiettivo la deflazione e il risanamento finanziario. Gli effetti di una tale politica sull'occupazione e sulla distribuzione del reddito rischiano non solo di aumentare le diseguaglianze e indebolire la coesione sociale, ma di andare anche a scapito dell'efficienza, soprattutto se si considera lo spreco di risorse umane che un'elevata disoccupazione, o un basso tasso di occupazione, comportano per la produzione di ricchezza (Fitoussi, 1997).<sup>11</sup>

---

può essere considerata una manifestazione di quella più generale caratteristica della situazione italiana che è rappresentata dall'ipertrofia della sfera della discrezionalità e dal rattrappimento di quella dei diritti. Manca infatti in Italia l'idea che il cittadino, in determinate situazioni, abbia diritto alla corresponsione di un sussidio, all'assegnazione di un alloggio, ecc.

<sup>10</sup> All'interno di un quadro concettuale ortodosso, dove il contenuto e il profilo della politica economica sono invariati rispetto alla crescita economica, le istituzioni sono assunte come date e immutabili e non come costruzioni sociali (influenzate dalla geografia, dalla storia e dalla cultura): la struttura produttiva è scarsamente considerata, il lavoro è assimilato a una merce qualsiasi e le figure sociali sono assenti. Non solo le analisi sulle conseguenze sociali di questi processi di aggiustamento strutturali non possono che essere carenti, ma precludono qualsiasi strategia di innovazione.

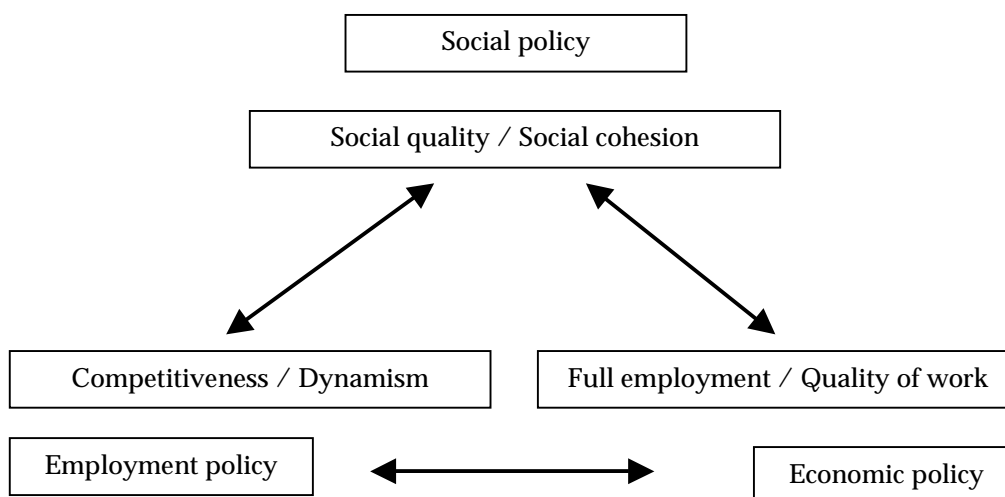
<sup>11</sup> Estremamente significativa è la metafora della cura dimagrante proposta da Fitoussi :  
“... tecnicamente, niente è più facile che dimagrire: basta non nutrirsi. La difficoltà deriva dal fatto che, in realtà, si perseguono diversi obiettivi quando si vuole dimagrire: stare meglio, conservare o migliorare la propria capacità di azione. Non si tratta di dimagrire a breve

Nonostante questi rischi fossero stati già paventati all'inizio degli anni '90 dal *Libro bianco* di Delors, che sollecitava la ricerca di un equilibrio fra sviluppo innovativo dell'economia e valore della coesione, solo di recente questo tema è tornato alla ribalta.

La consapevolezza che i costi sociali che l'Europa ha sopportato nel processo di unificazione monetaria possono andare a scapito dello sviluppo economico, ha riproposto alla fine degli anni '90 il dibattito sul *welfare* in una visione dall'orizzonte più ampio.

Nella *Social Policy Agenda* europea, le cui finalità sono state concordate a Nizza nel 2000, la Commissione europea (2000) ha evidenziato il doppio ruolo della strategia sociale: quello di fattore di produzione e quello di strumento per ridurre le disuguaglianze e promuovere la coesione sociale. In particolare, per adattare e migliorare il modello sociale europeo ai cambiamenti strutturali, si sottolinea la necessità di assicurare l'interazione, positiva e dinamica, tra politica economica, politica del lavoro e politica sociale (*Figura 1*).

*Figura 1. Schema della Social Policy Agenda*



*I mix di policy da elaborare per creare un circolo virtuoso di progresso economico e sociale dovrebbero riflettere l'interdipendenza di queste politiche e avere come obiettivo la massimizzazione del loro reciproco supporto positivo.*

Fonte: Commission of the European Communities (2000).

---

*termine per poi, più tardi, riprendere più peso, come succede nelle diete brutali - è un problema simile a quello della coerenza intertemporale degli obiettivi di politica economica -. Osservare una dieta è complesso: bisogna inventare un regime che permetta di salvaguardare la propria energia fisica, la propria capacità di agire e, soprattutto la permanenza del dimagrimento. In breve, l'obiettivo perseguito non è di morire magri, ma di dimagrire per vivere meglio".*

Il *mix* di queste politiche dovrebbe creare un circolo virtuoso nel raggiungimento degli obiettivi di:

- piena occupazione e qualità del lavoro,
- qualità delle politiche sociali,
- promozione della qualità delle relazioni industriali,
- preparazione per l'allargamento,
- promozione della cooperazione internazionale.

Nell'ambito della qualità delle politiche sociali, gli obiettivi della Commissione europea sono:

- modernizzare e migliorare la protezione sociale, per rispondere alle trasformazioni dell'economia della conoscenza e ai cambiamenti nelle strutture familiari e sociali, e per costruire il ruolo della protezione come fattore produttivo;
- promuovere l'inclusione sociale, per prevenire e contrastare la povertà e l'esclusione, e favorire la partecipazione di tutti alla vita economica e sociale;
- promuovere l'eguaglianza di genere, per la piena partecipazione delle donne alla vita sociale, politica, economica, scientifica e civile come elemento fondamentale della democrazia. Questo non è solo un problema di diritti, ma anche un importante aspetto della promozione sociale e del progresso economico;
- rafforzare i diritti fondamentali e combattere la discriminazione, per assicurare lo sviluppo e il rispetto dei diritti sociali fondamentali, come elemento chiave di una società equa, e il rispetto della dignità umana.

Un altro aspetto significativo è che la Commissione europea, nell'ambito di questo nuovo orientamento, ha presentato per la prima volta un documento strategico in materia di povertà e di emarginazione sociale. Gli Stati membri ai Consigli di Lisbona (marzo 2000), Nizza (dicembre 2000) e Stoccolma (giugno 2001) si sono impegnati a promuovere una crescita economica e sostenibile e un'occupazione di qualità che possa ridurre i rischi di povertà e di emarginazione sociale, nonché a rafforzare la coesione nel periodo 2001-2010. A sostegno di tale impegno, il Consiglio europeo ha convenuto che tali obiettivi siano portati avanti dagli Stati membri a partire dall'anno 2001, nel contesto dei piani di azione nazionali. Dal 2002 tale strategia è sostenuta da un programma quinquennale di azione comunitaria in materia di integrazione sociale.

In questa rinnovata strategia dell'Unione europea, i servizi socio-assistenziali rivestono un ruolo rilevante nell'ambito delle politiche sociali. Si tratta di un'area di intervento che non sempre è riconosciuta nei diversi sistemi di protezione sociale come area di *policy*.



## 2. I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI COME AREA DI *POLICY*

Fra i diversi campi d'azione della politica sociale (previdenza, sostegno al reddito, sanità, casa, lavoro, istruzione), l'area dei servizi di cura alla persona e alla famiglia (*social care service*) ha avuto un ruolo residuale. Contrariamente ad esempio alle politiche sanitarie o alle politiche previdenziale, tale area infatti è spesso relativamente difficile da identificare.<sup>12</sup>

Sotto la pressione dei nuovi bisogni sociali, negli ultimi anni il dibattito sulla riorganizzazione dei *welfare states* si è notevolmente arricchito e ha contribuito a fornire utili indicazioni nel costruire schemi per identificare i servizi alla persona e alla famiglia come area di *policy* (Alber, 1995; Anttonen e Sipila, 1996), la cui importanza sta significativamente crescendo, in particolare a livello locale, dove la pressione dei bisogni si esercita in modo più diretto e immediato.

Le analisi comparate hanno infatti via via spostato l'attenzione dal ruolo dello Stato - nella sua funzione distributiva e funzionale - all'interazione fra diverse istituzioni (Stato, mercato del lavoro, famiglia), che come è noto è regolata da diversi principi (autorità, concorrenza, reciprocità), e al posto che ciascuna istituzione occupa in quella produzione congiunta di beni e servizi che va a soddisfare la domanda di benessere sociale (Alber, 1995; Anttonen e Sipila, 1996; Esping-Andersen, 1999).

Le trasformazioni nel mercato del lavoro e, in particolare, la crescita dell'occupazione femminile hanno reso infatti assai problematica l'attività di cura, entro la sfera familiare, di tutti quei soggetti che sono incapaci di provvedere autonomamente a se stessi, per ragioni di età o di deficienze psicofisiche (handicappati, malati di mente, ecc.). I bisogni connessi all'attività di cura, relegati nella sfera privata, hanno acquistato rilevanza soprattutto come espressione di un disagio spesso non conclamato e, come tale, non sempre socialmente e culturalmente legittimato.

---

<sup>12</sup> Nei diversi paesi lo stesso servizio può rientrare sotto amministrazioni diverse. I servizi per gli anziani e i disabili possono essere nell'ambito della sanità o dei servizi socio-assistenziali, così come pure è difficile individuare la linea di confine per i servizi per la prima infanzia, che rientrano talvolta nel sistema educativo o in quello socio-assistenziale. La mancanza di una standardizzazione negli schemi di rilevazione statistica rende poi difficile distinguere, in alcuni paesi, i servizi pubblici da quelli privati.

Una spinta verso la legittimazione di tali bisogni al di fuori della sfera familiare è stata data dalla *voce* delle donne, in particolare in alcuni paesi dove ormai da tempo il tasso di partecipazione femminile al mercato del lavoro ha raggiunto livelli elevati.

In opposizione alle teorie che assumono la famiglia solo come luogo di consumo, di socializzazione affettiva e di integrazione sociale, la prospettiva di genere ha posto la famiglia come un'importante istituzione del *welfare* in quanto "luogo di produzione demercificata", vale a dire sostenuta dal lavoro femminile non retribuito (Orloff, 1993).

Tuttavia, se da un lato la rivendicazione da parte delle donne dell'autonomia e dell'indipendenza personale ha avuto un forte impatto innovativo sull'organizzazione dei servizi sociali nel superare la logica assistenziale e nel rafforzare l'autonomia e le capacità relazionali, dall'altro il bisogno di defamilizzare il lavoro di cura non sempre è stato culturalmente e socialmente legittimato quale domanda effettiva.

Le risposte che sono state date nei diversi paesi europei nel legittimare i bisogni in domanda effettiva evidenziano infatti come l'intervento dello Stato assume fisionomia specifica, non solo in base agli assetti produttivi e occupazionali, ma anche in relazione alle tradizioni culturali e alle caratteristiche dei modelli familiari.

## **2.1. L'identificazione di un modello di analisi dei servizi socio-assistenziali**

Le analisi sul *welfare state* si sono prevalentemente concentrate su previdenza, sanità e sostegno al reddito, che costituiscono le componenti più rilevanti della spesa sociale in tutti i paesi europei (*Tabella 1*). In particolare, nella fase espansiva l'attenzione è stata rivolta al *timing* di introduzione di schemi pubblici nazionali, mentre con l'avvio delle politiche deflative e di contenimento del disavanzo pubblico, l'attenzione si è concentrata sulla riorganizzazione e razionalizzazione dell'offerta e sulle forme di finanziamento alternative alla spesa pubblica.

Queste analisi si sono concentrate prevalentemente sulla relazione tra Stato e mercato e hanno relegato in secondo piano i problemi sociali che emergono al di fuori del mercato del lavoro e che sono connessi a specifiche situazioni di vita. Tali problemi interessano in particolare gruppi di popolazione come i minori, che necessitano di crescente attenzione in un contesto caratterizzato dalla partecipazione di entrambi i genitori al mercato del lavoro, e le persone anziane fragili, per le quali un'insufficiente offerta di servizi sociali può rivelarsi, nella formazione dei processi di esclusione sociale e di aree di povertà, talora più importante della loro posizione nella distribuzione del reddito (Alber, 1995; Fargion, 1998).



I modelli di analisi comparata hanno trascurato altre variabili istituzionali che sono assai rilevanti nello sviluppo dei servizi socio-assistenziali, come ad esempio la relazione centro/periferia e il ruolo del terzo settore, il cui sviluppo in Europa è fortemente influenzato dalla relazione tra Stato e Chiesa.

*Tabella 1. Spesa sociale per funzione % della spesa totale: 1998*

<b>Paesi</b>	<b>Sanità</b>	<b>Invalidità</b>	<b>Vecchiaia</b>	<b>Superstiti</b>	<b>Famiglia</b>	<b>Disoccupazione</b>	<b>Abitazione</b>	<b>Altre politiche</b>
Regno Unito °	25,2	11,6	39,9	3,9	8,6	3,6	6,2	0,8
Danimarca	19,3	11,6	38,3	0,1	13	11,7	2,5	3,7
Norvegia °	32,4	15,5	31,2	1,4	13,3	2,9	0,7	2,5
Svezia	23,4	11,6	37,2	2,3	10,8	9,3	2,5	3,0
Francia °	29,2	4,9	37,9	6,1	9,8	7,6	3,2	1,4
Germania °	28,1	7,9	40,4	1,9	10,1	8,7	0,7	2,2
Olanda °	28,5	11,8	35,8	5,3	4,5	7,3	1,6	5,2
Grecia °	24,1	6,2	43,9	8,7	8,1	4,8	3,1	1,1
Spagna °	29,2	8,1	41,9	4,3	2,1	13,5	0,3	0,7
Italia °	23,4	6,2	53,3	10,7	3,6	2,7	-	0,1
UE 15 *	26,8	8,3	40,6	5,1	8,3	7,2	2,1	1,6

*Legenda:*

\* dati stimati

° dati previsionali

Fonte: Eurostat (2001).

### ***La relazione centro/periferia***

La relazione centro/periferia tra i vari livelli di governo, e in particolare il grado di forza e di autonomia dei governi locali, giocano un ruolo rilevante nello sviluppo dei servizi di cura alla persona.

La pressione dei bisogni connessi all'attività di cura e assistenza alla persona investe soprattutto le istituzioni più vicine ai cittadini: gli Enti locali e in particolare i Comuni, cioè le istituzioni dove prioritariamente si organizzano le risposte sul territorio. Un aspetto significativo è che lo sviluppo territoriale dei servizi è stato più intenso laddove competenze e funzioni si erano maggiormente consolidate e potevano contare

sia su margini di autonomia finanziaria, sia sulla capacità di superare l'eccessiva frammentazione mediante processi di riorganizzazione strutturale. Ci si chiede se si dovrebbe parlare, per questa area di *policy*, di *welfare municipalities* anziché di *welfare states* (Anttonen e Sipila, 1996; Fargion, 2000).

Le riforme dei servizi sociali nei paesi del Nord Europa sono state precedute e/o accompagnate da un processo di ridefinizione degli ambiti ottimali mediante il potenziamento e la razionalizzazione delle capacità funzionali e degli assetti organizzativi delle amministrazioni locali.<sup>13</sup> Negli ultimi anni la pressione indotta dai nuovi bisogni e le politiche di rientro del debito pubblico hanno accentuato le tensioni fra centro e periferia. Il ricorso a processi di decentramento dei programmi sociali è stato fortemente stimolato dall'esigenza di un più efficace governo del territorio e di una più attiva partecipazione, e soprattutto dal *trade-off* tra la tensione sui costi, fortemente accentuata dalla pressione fiscale, e la maggiore consapevolezza che si è espressa sul lato della domanda, in termini di quantità e di qualità delle prestazioni. I processi di decentramento si sono infatti accompagnati a obiettivi di controllo, autonomia e responsabilità e all'introduzione di strumenti di selezione (*means testing*) di programmazione e di regolamentazione (OCSE, 1999).

### ***Sussidiarietà e Terzo settore***

Un'altra variabile istituzionale rilevante, che in diversi paesi ha contribuito a modellare le politiche dei servizi sociali, è il rapporto tra Stato e Chiesa. Nonostante i processi di secolarizzazione, nella costruzione dei sistemi di *welfare* il cattolicesimo e il principio di sussidiarietà hanno lasciato la loro impronta, soprattutto nell'Europa meridionale e in alcuni paesi dell'Europa continentale (Olanda e, in certa misura, anche Belgio e Germania) (Ascoli, 1996; Esping-Andersen, 1999).<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Tra gli anni '50 e gli anni '70 la Svezia ha avviato una radicale riorganizzazione del governo locale, che, attraverso fusioni e associazioni, ha ridotto il numero degli Enti locali da 2.400 a 284 municipalità e 23 contee, mentre la Danimarca è scesa dalle oltre 1.200 *parish* rurali agli attuali 275 comuni. Analoghi processi vengono condotti, sebbene in modo meno lineare, in Gran Bretagna e Olanda (Page e Goldsmith, 1987; Fargion, 1998).

<sup>14</sup> Non va trascurato che nella costruzione dei sistemi di *welfare*, i valori della devozione e lealtà familiare celebrati dalla tradizione confuciana hanno plasmato la politica giapponese, come in Europa hanno fatto il principio di sussidiarietà e la dottrina sociale della Chiesa.

Il principio di sussidiarietà ha avuto un ruolo rilevante nella costruzione dei sistemi di protezione che ricadono sulla famiglia. Nei regimi dell'Europa meridionale (Italia, Spagna, Portogallo, Grecia), dove il luogo della solidarietà è centrato prevalentemente sulla famiglia, l'intervento pubblico si limita ai casi in cui le reti sociali primarie falliscono.<sup>15</sup>

Se si osservano indicatori quali la spesa in percentuale del PIL nel settore dei servizi alla famiglia (esclusi quelli sanitari), la diffusione dei servizi pubblici per la prima infanzia (asili nido) e l'offerta di servizi di cura agli anziani, si nota che in questi regimi la politica per la famiglia è poco sviluppata e si limita ad avere un ruolo passivo e residuale (*Tabella 2*).

Se si considera infatti lo sviluppo di servizi innovativi di sostegno alle famiglie, quali i servizi per la prima infanzia (compresi nella fascia di età fra 0 e 3 anni) e i servizi di assistenza domiciliare per gli anziani e gli invalidi, si evidenzia che l'intervento dello Stato nel sostegno alle attività di cura è stato particolarmente incisivo nei paesi scandinavi, dove il grado di copertura degli asili nido e dei servizi di assistenza domiciliare per anziani raggiungono i livelli più elevati fra i paesi europei. Nell'Europa continentale e mediterranea, invece, lo Stato si limita a un ruolo sussidiario, che non può d'altra parte essere configurato come assenza o carenza delle responsabilità pubbliche.

In paesi come la Germania e l'Olanda la sussidiarietà non ha comportato di per sé una separazione tra pubblico e privato sociale, che riveste un ruolo di entità quasi pubblica sia nell'implementazione dei programmi di *welfare* sia nella filosofia della cittadinanza sociale (Pasquinelli, 1999). In Olanda, il terzo settore, fortemente radicato in diverse istituzioni religiose, riveste un ruolo dominante nella gestione delle politiche di protezione sociale, nell'ambito di un impegno di notevole rilievo da parte dello Stato come finanziatore, con investimenti fra i più elevati tra i paesi dell'Unione europea, dopo Svezia e Finlandia. In Germania, la divisione tra pubblico e privato si è configurata come un sistema di dipendenza integrata, caratterizzato da uno Stato forte che ha favorito, mediante accordi con le principali istituzioni religiose, l'estendersi di una rete capillare di associazioni e di gruppi di volontariato che forniscono sostegni di base per i gruppi di popolazione maggiormente bisognosi. In questo paese

---

<sup>15</sup> Defamilizzare non significa opporsi alla famiglia; al contrario, il termine defamilizzazione intende descrivere in che misura le responsabilità di cura e di *welfare* delle famiglie vengano ridotte attraverso le provvidenze dello stato sociale, o attraverso l'intervento del mercato. Un sistema è familista non se è a favore della famiglia, ma se la sua politica pubblica assume - e fa in modo - che ciascun nucleo familiare sia il primo responsabile del benessere dei suoi membri.

le organizzazioni del terzo settore, riunite in un consorzio federale, gestivano nei primi anni '90 il 70% dei servizi per le famiglie, il 60% dei servizi rivolti agli anziani, il 40% dei posti letto ospedalieri e il 90% delle risorse umane che si occupano dell'assistenza ai disabili (Pasquinelli, 1999).

Contrariamente ai paesi dell'Europa continentale, dove uno Stato forte è riuscito a fornire garanzie e tutela dei diritti di cittadinanza sociale, nei paesi dell'Europa meridionale - come l'Italia - il peso rilevante storicamente ricoperto dalle organizzazioni private di ispirazione religiosa e dal movimento cooperativo si è accompagnato a una pubblica amministrazione meno efficiente e più "malata" di clientelismo, in cui il particolarismo delle politiche e delle prestazioni hanno ritardato a lungo la diffusione di una cultura della cittadinanza sociale (Ascoli, 1993).

*Tabella 2. Servizi dello Stato alle famiglie*

	<b>Spesa pubblica in servizi alle famiglie (in % del PIL)</b>	<b>Copertura asili nido (% dei bambini &lt; 3 anni)</b>	<b>Copertura assistenza domiciliare (% di anziani)</b>
<b><i>Regimi liberali</i></b>	<b><i>0,21</i></b>	<b><i>1,9</i></b>	<b><i>4,3</i></b>
Canada	0,08	4	2
Gran Bretagna	0,48	2	9
USA	0,28	1	4
<b><i>Regimi socialdemocratici</i></b>	<b><i>1,85</i></b>	<b><i>31</i></b>	<b><i>19,5</i></b>
Danimarca	1,98	48	22
Norvegia	1,31	12	16
Svezia	2,57	29	16
<b><i>Europa continentale</i></b>	<b><i>0,37</i></b>	<b><i>9,2</i></b>	<b><i>4,3</i></b>
Francia	0,37	20	7
Germania	0,54	3	2
Olanda	0,57	2	8
<b><i>Europa mediterranea</i></b>	<b><i>0,09</i></b>	<b><i>4,7</i></b>	<b><i>1,3</i></b>
Spagna	0,04	3	2
<i>Italia</i>	<i>0,08</i>	<i>5</i>	<i>1</i>
<i>Emilia-Romagna</i>	<i>1,10</i>	<i>20,4</i>	<i>2,26</i>

Fonti: varie. Dati riferiti a diverse annualità degli anni '90.

### ***Il framework per l'analisi dei servizi sociali***

Lo sviluppo dei servizi di cura e assistenza alla persona è influenzato da molteplici variabili istituzionali che non possono essere circoscritte alla relazione Stato/mercato. L'assetto di questa area di *policy* è fortemente condizionato dalle relazioni tra i diversi livelli di governo territoriale - in particolare fra amministrazioni locali, dove la pressione dei bisogni si esprime in modo più diretto e immediato - e governo centrale (sussidiarietà verticale). È influenzato inoltre dal ruolo di altre variabili, come le relazioni di reciprocità che si sviluppano sulla base di sistemi familiari o nell'ambito di assetti organizzativi quali le associazioni di volontariato e le imprese *non profit* (sussidiarietà orizzontale).

Se si esaminano le variabili che definiscono la struttura di quest'area di *policy* (Figura 2) e cioè:

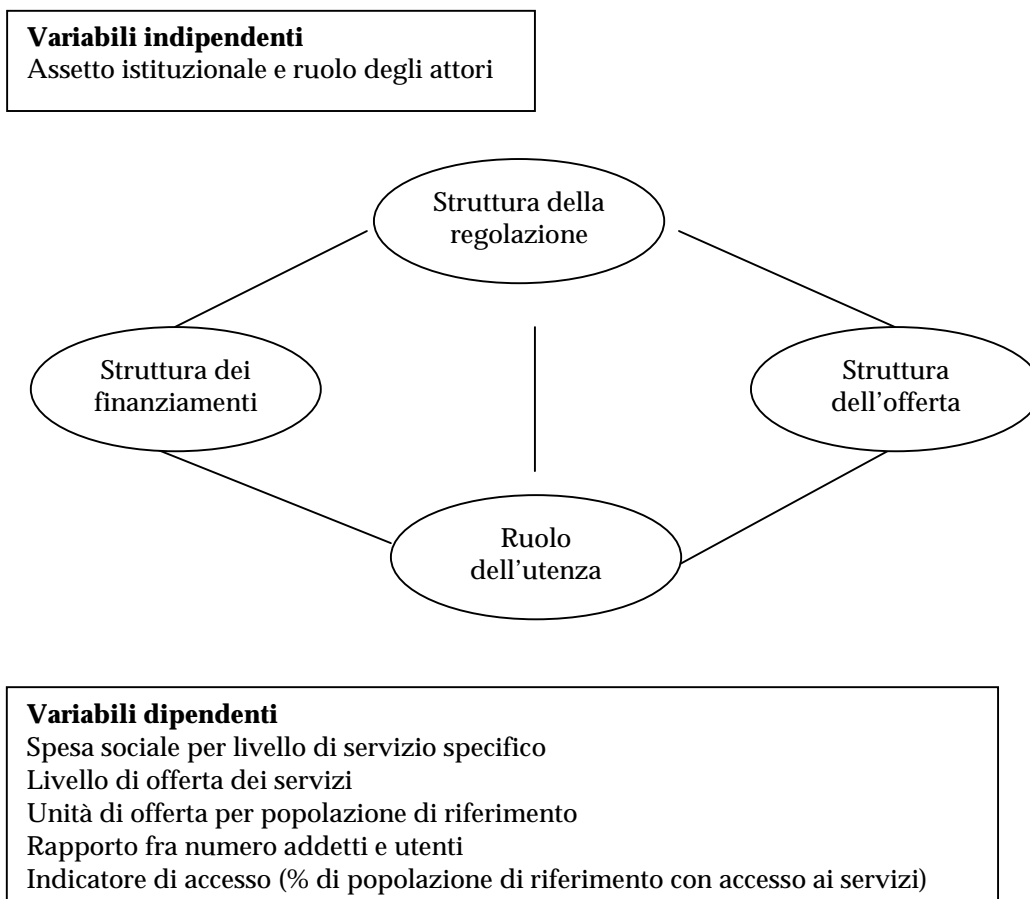
- struttura dell'offerta, che consente di identificare il peso dei servizi pubblici, del privato *for profit* e *non profit*, il coordinamento tra i fornitori dei vari servizi o tra i fornitori dello stesso servizio;
- struttura della regolazione, in grado di fornire indicazioni sulle norme e sui meccanismi che definiscono la qualità e la quantità delle unità di offerta (rapporto fra numero di addetti e utenti, livello di qualificazione del personale, diritto di partecipazione degli utenti), e sugli strumenti di controllo;
- struttura dei finanziamenti, che consente di evidenziare le quote di finanziamento della spesa nei diversi livelli di governo e le quote di compartecipazione dei rispettivi ambiti di competenza nei servizi e negli interventi socio-sanitari o in quelli relativi agli inserimenti lavorativi;
- ruolo dell'utenza, che fornisce informazioni su come o quanto sono diffuse le forme di rappresentanza, su chi determina l'accesso nei servizi (accesso immediato dell'utente, intermediazione professionale, commissioni di verifica), su come si regolano i rapporti fra utenti e fornitori;

si evidenziano alcuni fattori critici che quest'area di *policy* presenta spesso:

- la frammentazione del processo decisionale fra i diversi livelli di governo costituisce un forte vincolo alla realizzazione dei processi di riforma;
- la frammentazione della struttura dell'offerta e dei centri di spesa pone problemi di integrazione e richiede la creazione di centri di coordinamento;
- la sovrapposizione istituzionale fra funzioni di regolazione e responsabilità dei centri di spesa può costituire un ostacolo allo sviluppo quantitativo e qualitativo dei servizi;

- un forte peso delle associazioni del volontariato e del *non profit* nella struttura dell'offerta può costituire un limite nella dinamica dello sviluppo dei servizi, sia come conseguenza della bassa *voice* degli utenti in questa configurazione dell'offerta, sia per i problemi di programmazione e coordinamento degli interventi.

Figura 2. Schema delle variabili per l'analisi dei servizi sociali



Fonte: Alber (1995).

### 3. LA GEOGRAFIA DELLA CITTADINANZA E LA RIFORMA DELL'ASSISTENZA IN ITALIA

Fra i diversi regimi di *welfare*, l'Italia è classificata come un regime di tipo familistico. Il ruolo del mercato è marginale, mentre l'intervento dello Stato è sussidiario rispetto alla centralità della famiglia, che costituisce il luogo prevalente della solidarietà. Il grado di demercificazione è alto per il lavoratore capofamiglia<sup>16</sup> (*Tabella 3*).

Questa rappresentazione del nostro paese che emerge nelle analisi comparate è, tuttavia, parziale. La definizione familista del nostro sistema di *welfare* nasconde significative differenze.

L'assenza per lunghi anni di una legge quadro sull'assistenza ha determinato in Italia *pattern* alquanto diversi di sviluppo territoriale dei servizi alle persone e alle famiglie (Fargion, 1998).

Il processo di decentramento avviato con le riforme istituzionali degli anni '70 ha dato un forte impulso alla costruzione di sistemi locali di protezione sociale che si sono cristallizzati in due sottosistemi, territorialmente definiti nella frattura fra le regioni del centro-nord e le regioni meridionali.

Nelle regioni del centro-nord, nelle quali si è sperimentata un'intensa crescita economica e tensioni sul mercato del lavoro, in una prima fase la politica sociale si è configurata come tentativo di costruire un sistema di *welfare* dal basso mediante la realizzazione di una rete pubblica di servizi sociali (in particolare, asili nido e assistenza agli anziani) incentrata sul ruolo dei Comuni, anticipando di fatto il DPR 616/1977. Nelle regioni del sud, invece, le funzioni di assistenza e di cura hanno continuato a persistere in una situazione di abbandono: anche dopo l'emanazione del DPR 616, molti Comuni non sono stati in grado di assumere le competenze attribuite, lasciando di fatto alle Prefetture la gestione degli interventi.<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup> Per grado di demercificazione, Esping-Andersen (1999) intende la misura in cui un sistema di protezione sociale è in grado di assicurare l'individuo dalla dipendenza dal mercato a fronte di determinati rischi (malattia, disoccupazione, vecchiaia).

<sup>17</sup> Dopo l'emanazione del DPR 616/1977, a Comuni, Province e Regioni sono attribuite funzioni amministrative prima esercitate da organi centrali e periferici dello Stato. Alle Regioni è data anche espressa indicazione di procedere ad approvare la legge di riordino delle funzioni assistenziali trasferite agli Enti locali, pur in assenza di una legge quadro nazionale sull'assistenza.

Tavola 3. Quadro riassuntivo delle principali caratteristiche dei diversi tipi di regime

<b>Tipologia regime</b>	<b>liberale</b>	<b>socialdemocratico</b>	<b>conservatore</b>
<b>Ruolo di</b>			
famiglia	marginale	marginale	centrale
mercato	centrale	marginale	marginale
Stato	marginale	centrale	sussidiario
<b>Welfare state</b>			
unità sociale della solidarietà	individuo	universo degli individui	parentela corporazioni Stato
luogo prevalente della solidarietà	mercato	Stato	famiglia
grado di mercificazione	minimo	massimo	alto (per il lavoratore capofamiglia)
esempi modali	USA	Svezia	Germania Italia

Fonte: Esping-Andersen (1999).

Nel corso degli anni '80, con l'attuazione del DPR 616/1977, nelle legislazioni regionali per il riordino delle funzioni assistenziali ha prevalso un modello pluralista (*welfare mix*), più pragmatico, originato sia dalle difficoltà strutturali dei sistemi di governo locale e dalle crescenti difficoltà di finanza pubblica, sia dalla volontà di salvaguardare e valorizzare il terzo settore con l'attribuzione agli enti pubblici territoriali di un ruolo centrale di programmazione, coordinamento e controllo.

In questo quadro legislativo, il Comune è emerso come il fulcro del nuovo assetto assistenziale, mentre assai più sfumato è risultato il profilo delle competenze regionali. Alla Regione è stato pienamente riconosciuto un ruolo di programmazione e di coordinamento; tuttavia, sul piano della traduzione operativa, l'unico riferimento esplicito riguarda la determinazione degli "ambiti territoriali adeguati alla gestione dei servizi sociali e sanitari". L'attribuzione ai Comuni della titolarità di tutte le funzioni



amministrative, senza adeguati contrappesi sul versante regionale, ha reso quanto meno più ardua l'attività di indirizzo, programmazione e controllo riservata alle Regioni, lasciando insoluti alcuni interrogativi relativi ai rapporti finanziari fra Comuni e Regioni.<sup>18</sup>

La sanità ha invece seguito una traiettoria inversa. Con l'emanazione della Legge 833/1977 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale con l'obiettivo di garantire non soltanto livelli di assistenza, ma anche condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale, alle Regioni vengono affidate funzioni legislative, in particolare per quanto riguarda la determinazione degli ambiti territoriali delle Unità sanitarie locali, strutture portanti del nuovo sistema sanitario, e competenze nel campo della programmazione mediante la predisposizione dei Piani sanitari regionali.

Tra assistenza e sanità si è così creato un processo asimmetrico a livello territoriale, che si è andato rafforzando nel tempo sia in conseguenza del processo di riforma sanitaria avviata negli anni '90, sia a causa della mancata riforma dell'assistenza, creando difficoltà nell'integrazione e nel coordinamento degli interventi socio-sanitari.

Le politiche condotte dalle amministrazioni locali (Regioni, Province, Comuni) e il ruolo che hanno giocato gli interessi dei diversi attori (organizzazioni sindacali, terzo settore, associazioni professionali) nel favorire o ostacolare lo sviluppo dei servizi assistenziali, hanno configurato una vera e propria geografia territoriale della cittadinanza sociale (Fargion, 1998).

### **3.1. La riforma dell'assistenza e il Piano sociale nazionale**

In un contesto caratterizzato da una struttura dell'offerta assai variegata a livello territoriale, da una frammentazione del processo decisionale e dalla dispersione dei centri di spesa, la riforma dell'assistenza e il Piano sociale hanno costituito un'importante innovazione per il sistema di protezione sociale del nostro paese, che vede affiancare al *welfare* della sanità e della previdenza il *welfare* delle persone e delle famiglie.

---

<sup>18</sup> Le Regioni vedono transitare attraverso le loro casse somme non trascurabili relative al finanziamento statale per la gestione delle funzioni precedentemente esercitate da apparati dell'amministrazione centrale e da una varietà di enti, senza un reale potere allocativo. Inoltre, la leva finanziaria come modalità di imporre le scelte della Regione ai Comuni risulta poco efficace, considerando la loro maggiore autonomia impositiva.

La Legge quadro 328/2000 si propone di garantire alle persone e alle famiglie che versino in situazioni di bisogno qualità di vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, prevedendo, eliminando o riducendo le condizioni di disabilità e di disagio individuale e familiare derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, mediante la realizzazione di un sistema integrato di interventi e di servizi sociali.

La costruzione di tale sistema ha l'obiettivo di superare la mancanza di coordinamento, la conflittualità e la sovrapposizione di competenze dei soggetti decisori e la settorialità delle risposte nella presa in carico dei bisogni delle persone e delle famiglie.

Ispirato al principio dell'universalismo, lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali prevede, nei limiti delle risorse del fondo nazionale per le politiche sociali e delle risorse allocate dagli Enti locali, un livello essenziale delle prestazioni, garantendo prioritariamente l'accesso ai soggetti in condizione di povertà o con reddito limitato o con incapacità totale e parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché ai soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria, che necessitano di interventi assistenziali.

Per la realizzazione degli interventi e dei servizi sociali in forma unitaria e integrata, la Legge quadro adotta il metodo della programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, della valutazione di impatto di genere, e prevede misure di integrazione degli interventi sociali con quelli sanitari e con quelli relativi a inserimenti scolastici e lavorativi.

La programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali è affidata agli Enti locali, alle Regioni e allo Stato (DLgs 112/1998), sulla base di un'architettura istituzionale della responsabilità ispirata al principio di sussidiarietà.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> Al Comune, l'ente più vicino ai cittadini, vengono attribuite la titolarità di funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali, la gestione delle politiche sociali e la compartecipazione alla programmazione regionale. La Provincia concorre alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali per i compiti previsti all'art. 20 del DLgs 267/2000 e all'art. 132 del DLgs 112/1998 con le modalità definite dalla Regione. Alla Regione spettano la programmazione e il coordinamento degli interventi sociali e la verifica della loro attuazione a livello territoriale, con particolare riferimento all'attività sanitaria e socio-sanitaria a elevata integrazione (art. 2, comma 1, lett. n, Legge 419/1998), nonché la disciplina dell'integrazione degli interventi stessi e la promozione delle collaborazioni con gli Enti locali. Lo Stato individua le finalità, gli obiettivi generali, le risorse e gli *standard* essenziali attraverso strumenti quali il Piano sociale nazionale, il Fondo

La Legge quadro di riforma dell'assistenza si pone l'obiettivo di conseguire su tutto il territorio l'eguaglianza di opportunità nell'esercizio dei diritti di cittadinanza, integrando in una logica di sistema gli interventi e i servizi che si sono sviluppati nelle diverse realtà territoriali.

Per il raggiungimento di tale obiettivo, la programmazione sociale è intesa non in modo dirigitico, ma come un processo dove più attori, istituzionali (Stato ed enti pubblici) ed economici (imprese, liberi professionisti, cooperative), gli organismi del terzo settore (associazioni, fondazioni, cooperative sociali, ecc.) e le famiglie, concorrono a vari livelli a sviluppare una rete di rapporti di cooperazione tra istituzioni e interessi organizzati.

La programmazione sociale si basa su un processo di innovazione istituzionale e di apprendimento collettivo che fa leva non solo sugli obiettivi strategici, ma agisce come strumento per la condivisione di interessi, valori, finalità e risorse degli attori coinvolti.

Il Piano nazionale, il Piano regionale, il Piano di zona e il Fondo per le politiche sociali sono strumenti di gestione di questo processo.

Il Piano sociale nazionale definisce i livelli essenziali di assistenza sulla base di una griglia articolata su tre dimensioni (*Figura 3*):

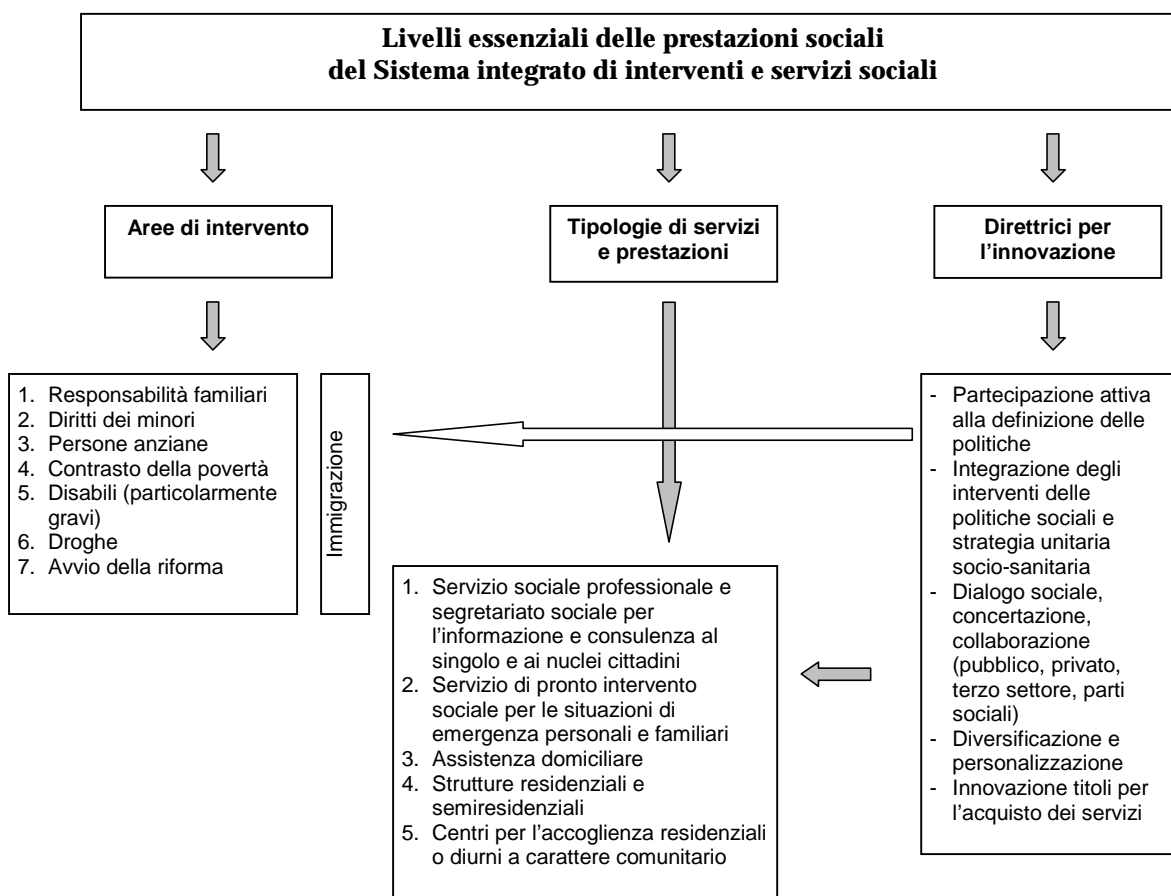
- la prima dimensione - area di intervento - contribuisce a rispondere al quesito “livelli essenziali per chi? per rispondere a quali bisogni?”;
- la seconda dimensione - tipologie di servizi - contribuisce a rispondere al quesito “livelli essenziali per erogare quali prestazioni e servizi?”;
- la terza dimensione - direttrici per l'innovazione - contribuisce a rispondere al quesito “livelli essenziali garantiti come? con quali criteri organizzativi di erogazione dei servizi e delle prestazioni?”.

A livello intermedio, sulla base delle indicazioni del Piano nazionale e attraverso forme di intesa con i Comuni, il Piano regionale individua - nell'ambito delle risorse disponibili - misure di integrazione socio-sanitaria in coerenza con il Piano sanitario regionale, e predispone interventi coordinati con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.

---

sociale nazionale, il Fondo sociale regionale, il controllo e l'esercizio di poteri sostitutivi nei confronti delle Regioni inadempienti.

Figura 3. Livelli essenziali delle prestazioni sociali del Sistema integrato di interventi e servizi sociali



Nelle comunità locali i Comuni, d'intesa con le Aziende sanitarie locali e con la partecipazione del terzo settore, delle IPAB e dei privati, e secondo le indicazioni del Piano regionale, provvedono a definire il Piano di zona che individua:

- gli obiettivi strategici, le priorità di intervento, gli strumenti e i mezzi per la realizzazione del Piano stesso;
- le modalità organizzative dei servizi e l'integrazione tra servizi e prestazioni, il coordinamento con gli organi periferici delle amministrazioni statali, con particolare riferimento a quella penitenziaria e della giustizia;
- le modalità per la collaborazione tra servizi territoriali e soggetti operanti nell'ambito della solidarietà locale, nonché le risorse della comunità.

## **4. LA PROGRAMMAZIONE SOCIALE REGIONALE TRA MUTAMENTI E BISOGNO DI INNOVAZIONE**

### **4.1. Crescita economica e trasformazioni sociali in Emilia-Romagna: la ricerca di nuovi fattori di coesione**

Il dinamismo produttivo, il benessere diffuso, la stabilità politica hanno fatto dell'Emilia-Romagna una regione dallo specifico carattere, definito da un particolare equilibrio fra economia e società: un'organizzazione produttiva diffusa basata su piccole e medie aziende, una struttura di classe non polarizzata, una forte integrazione sociale e un'elevata partecipazione alla vita politica sono state alla base del successo dello sviluppo economico.

In altri termini, il successo dello sviluppo economico dell'Emilia-Romagna può essere sinteticamente ricondotto al modo in cui forme economiche di mercato e non, tipiche della famiglia allargata e della comunità più ampia, si sono combinate dando luogo - nell'ambito dei sistemi produttivi locali - a un equilibrio di conflitto e collaborazione nelle relazioni di lavoro, e di concorrenza e cooperazione nelle relazioni tra imprese (Cossentino, 1997).

Questo modello di regolazione ha tratto la sua forza dall'autonomia che i diversi attori, sociali e istituzionali, hanno saputo esprimere nel mediare tra efficienza economica (definita dal mercato) e identità collettiva (definita dalla cultura e dalla tradizione politica) (Triglia, 1986).

Il pragmatismo dell'azione del governo locale, se da un lato ha comportato un'accettazione degli automatismi di mercato, dall'altro ha favorito un intervento redistributivo, mediante politiche di *welfare* in grado di capitalizzare le diverse istanze sociali provenienti dalle comunità locali (Brusco, Pezzini, 1990).

Nel corso dell'ultimo ventennio, questo equilibrio tra economica e società è progressivamente cambiato. Nell'economia l'Emilia-Romagna è riuscita a mantenere tassi di accumulazione elevati, ma i cambiamenti sociali hanno introdotto nuovi elementi di criticità (Barbagli, in Ascoli *et al.*, 2001).

Il calo delle nascite è senza dubbio uno dei fenomeni più rilevanti del mutamento in atto: l'Emilia-Romagna continua a distinguersi a livello internazionale per tassi di fecondità particolarmente e persistentemente bassi. L'evoluzione congiunta della mortalità e della fecondità ha avuto importanti conseguenze sulla composizione per età della popolazione: nella nostra regione, già dalla metà degli anni '80 il numero delle persone con 60 anni o più ha superato quello di coloro che ne hanno meno di 20.

La velocità e la persistenza di questo processo rendono sempre più urgente la definizione di politiche e interventi che tengano nella giusta considerazione (anche prevedendoli) i bisogni differenziati di una società che invecchia a ritmi mai conosciuti prima d'ora, senza contare le esigenze altrettanto diversificate che si evidenziano all'interno della struttura sociale, dove le disparità di risorse economiche e relazionali si intrecciano inevitabilmente con quelle dell'età e della salute fisica.

Se il calo della fecondità spiega il declino delle famiglie numerose, altri cambiamenti contribuiscono a generare strutture familiari diverse tanto dal modello nucleare quanto da quello complesso: si pensi all'espandersi del fenomeno delle famiglie di un solo componente o di quelle con un solo genitore.

Queste ultime in particolare, oltre a essere maggiormente esposte al rischio di svantaggio economico e di povertà, esprimono esigenze del tutto inedite sia sul piano pratico che relazionale, quali ad esempio la necessità di creare le condizioni perché la continuità del rapporto genitoriale sia riconosciuta e incoraggiata socialmente, e al contempo di sostenere le situazioni in cui questo non è possibile, o non avviene. Inoltre la crescita dell'incidenza del fenomeno rischia di introdurre un effetto moltiplicatore su problematiche già rilevanti in un contesto di politiche sociali in cui il sostegno a chi ha figli è ancora insufficiente e, in particolare, le donne con figli pagano prezzi molto alti per restare nel mercato del lavoro.

Anche il crescente numero delle famiglie di un solo componente, spesso un anziano solo, produce conseguenze di rilievo sulla domanda di servizi pubblici, e quindi tensioni sull'organizzazione e sulla prestazione del sistema dei servizi sociali, in particolare di quelli sanitari. Più anziani soli comportano inevitabilmente una maggiore domanda di assistenza sociale e sanitaria nelle sue varie forme legate ai tipi di bisogni (per la cura della persona, per la mobilità individuale, per la comunicazione) avvertiti ed espressi da questa fascia della popolazione.

Il mercato del lavoro si caratterizza per una delle percentuali più alte sia di occupati che di ritirati dal lavoro, ma anche per la percentuale più bassa di casalinghe e di disoccupati. Inoltre, accanto a un tasso di attività maschile tra i più elevati, si registra il tasso di attività femminile in assoluto più alto del paese. In questa regione si riscontra infatti uno dei tassi più bassi di persone che vivono di mantenimento familiare. È un fenomeno su cui incide evidentemente non solo il buon funzionamento del mercato del lavoro, ma anche due caratteristiche fondamentali della struttura sociale: la forte partecipazione femminile al mercato del lavoro e il basso tasso di fecondità. In Emilia-Romagna non solo le donne partecipano al mercato del lavoro in misura maggiore che nelle altre parti di Italia, ma questa elevata partecipazione è diffusa in tutto lo spazio sociale, e si traduce in una più incisiva presenza del lavoro retribuito

femminile anche nelle famiglie di ceto meno elevato. Pertanto, la disponibilità di aiuto all'interno della famiglia e la quantità di tempo dedicata alle attività di sostegno e di cura si riducono sensibilmente a tutti i livelli della struttura sociale.

Lo svolgimento delle principali attività lavorative connesse alla riproduzione (ciò che comunemente si intende con l'espressione di lavoro domestico) continua a gravare soprattutto sulla moglie del capofamiglia. Il permanere di questa divisione del lavoro riproduce le tradizionali diseguaglianze tra i coniugi/conviventi e incide in maniera sostanziale sulla qualità della vita delle donne e soprattutto sui loro progetti di vita futura, tra cui inevitabilmente quello di avere figli (Barbagli, in Ascoli *et al.*, 2001).

L'invecchiamento della popolazione, la crescita della partecipazione femminile alla vita economica, l'instabilità coniugale e il calo della natalità hanno ridisegnato le regole della convivenza, a cominciare da quelle che presiedono alla formazione delle famiglie e delle comunità locali, accrescendo l'insicurezza e le difficoltà degli individui a governare i processi di trasformazione che li riguardano direttamente nel loro ciclo di vita, indebolendo quei fattori di coesione che costituiscono un tratto di forza dello sviluppo economico.

Non meno rilevanti sono i cambiamenti nel contesto sociale e culturale in cui le famiglie vivono. Se infatti il saldo positivo dei flussi migratori compensa da un lato il calo demografico e sostiene quindi i tassi di occupazione e la produzione di reddito, dall'altro nelle comunità locali si presentano inedite problematiche di convivenza sociale e culturale.

Complessivamente gli effetti di questi mutamenti sono molteplici e contribuiscono a modificare:

- la distribuzione dei redditi e dei consumi;
- la tipologia abitativa;
- il livello di domanda e la composizione della spesa sanitaria e assistenziale (soprattutto come conseguenza dell'incremento della popolazione anziana);
- il mercato del lavoro e i fabbisogni di formazione.

Non meno importanti sono i problemi di integrazione sociale e culturale fra la nostra popolazione e gli stranieri.

Per approfondire questi processi di trasformazione occorre prestare attenzione a come si modificano i sistemi locali. È a questo livello che si definisce e si misura la qualità della partecipazione dei cittadini: si costituiscono in altri termini i primi reticoli di relazioni economiche e sociali. Nella qualità di queste relazioni si pongono le condizioni per lo sviluppo di reti di relazioni che consentono di entrare in sfere

d'azione sempre più ampie. Inoltre, è nella comunità locale che si costruiscono gli spazi di autogoverno e si pongono concretamente le basi per un efficace processo di decentramento dei poteri. Tale decentramento diventa essenziale per favorire la partecipazione e ricercare nuovi fattori di coesione, che costituiscono un aspetto determinante per perseguire una politica di sviluppo in grado di ampliare le possibilità di scelta delle persone e per rafforzare la dimensione del sistema delle capacità competitive, in particolare nei territori dove la pressione globale della competizione alimenta la frammentazione economico-sociale e indebolisce le reti di solidarietà e cooperazione.

#### **4.2. Il Piano regionale come strumento per politiche di coesione sociale e territoriale**

Nel richiamare gli elementi fondanti delle nuove politiche sociali, il Piano sociale nazionale sottolinea che il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere progettato e realizzato a livello locale.

Il Piano indica le caratteristiche e i requisiti delle prestazioni sociali compresi nei livelli essenziali, che dovranno essere raggiunti in tutte le realtà territoriali mediante il potenziamento dei servizi alla persona e la diversificazione e la personalizzazione degli interventi. Il raggiungimento di tale obiettivo prevede un sistema allargato di governo più vicino alle persone, che sia in grado di promuovere e incoraggiare la partecipazione attiva di tutte le persone e le esperienze aggregative. Nell'ambito dei processi di decentramento e di innovazione degli assetti istituzionali del territorio, l'implementazione del Piano sociale nazionale richiede quindi una struttura di *governance* che sia efficace nel mobilitare le esperienze e le risorse esistenti nelle diverse realtà territoriali e nel valorizzare il sapere e le professioni sociali.

In una realtà territoriale come quella del nostro paese, caratterizzata da *pattern* assai diversificati di sviluppo dei sistemi locali di protezione sociale, le Regioni rivestono un ruolo strategico nel processo di riforma. Collocandosi a un livello intermedio, esse hanno il compito di promuovere e favorire lo sviluppo di un assetto istituzionale che sia in grado di valorizzare e mobilitare le risorse locali, e porre quindi le basi di un percorso di programmazione articolato sul territorio, e al contempo devono svolgere un ruolo assai attivo nel sostenere i processi di innovazione nello stesso contenuto delle politiche sociali che, secondo le indicazioni del Piano sociale nazionale, dovranno svilupparsi lungo una direttrice di riforma che può essere così delineata:



- da interventi categoriali a interventi rivolti alla persona e alle famiglie;
- da interventi prevalentemente monetari a un insieme (integrato) di trasferimenti monetari e di servizi di rete;
- da interventi disomogenei a livello inter- e intraregionale a interventi essenziali su tutto il territorio nazionale;
- da prestazioni rigide e predefinite a prestazioni flessibili e diversificate basate su progetti personalizzati;
- dal riconoscimento del bisogno di aiuto all'affermazione del diritto all'inserimento sociale;
- da politiche per contrastare l'esclusione sociale a politiche per promuovere l'inclusione sociale.

#### **4.3. Una struttura di *governance* per la programmazione territoriale negoziata**

Nella variegata geografia della cittadinanza italiana, l'Emilia-Romagna è una delle regioni che si è caratterizzata per un elevato grado di innovatività nello sviluppo dei sistemi di protezione locale, sia in termini di diffusione della rete dei servizi sul territorio, sia in termini di riorientamento complessivo dell'intervento pubblico verso politiche rivolte all'inserimento sociale, volte cioè a superare quegli interventi che istituzionalizzano l'emarginazione e tendono a isolare i soggetti più deboli dalla collettività. Seppure in modo disomogeneo, l'inserimento sociale, i servizi territoriali, gli aiuti domiciliari, il sostegno al lavoro di cura si sono andati affermando nelle diverse realtà locali.

Queste innovazioni nel contenuto delle politiche non sono state esenti da ostacoli di natura legislativa e finanziaria che hanno caratterizzato la debolezza del ruolo di programmazione da parte della Regione.

Le analisi del metodo e del contenuto delle politiche sociali che sono state condotte nel *Primo rapporto sulle politiche sociali* (2001) hanno evidenziato che la Regione ha assunto ruoli diversi nell'implementazione della produzione normativa:

- imprenditore di *policy*, quando il ruolo si è basato su un'effettiva capacità propositiva e innovativa nel recepire gli stimoli e le domande sociali provenienti dal territorio;
- mediatore delle innovazioni, quando la Regione ha recepito indicazioni da un numero ristretto di Comuni e le ha generalizzate presso gli altri Enti locali;
- supervisore passivo, quando invece ha recepito pratiche già ampiamente sperimentate da una larga parte degli attori operanti a livello locale.

L'azione della Regione non si è quindi configurata in un rapporto di relazioni gerarchiche tra centro e periferia, in cui la Regione impone le sue scelte, quanto piuttosto in un rapporto reticolare basato su modalità di collaborazione e di confronto, all'interno di una "arena" di formulazione e implementazione delle politiche tra differenti soggetti, interdipendenti tra loro, ma contemporaneamente dotati di spazi di autonomia (Ascoli, in Ascoli *et al.*, 2001).

Questa azione di regolazione da un lato ha presentato aspetti positivi, in quanto si è strutturata in un processo di confronto, partecipazione e negoziazione dei diversi soggetti istituzionali e attori sociali; dall'altro però, ha scontato la mancanza di una adeguata struttura di *governance*.

Le conseguenze dell'assenza di un idoneo assetto istituzionale sono state infatti assai diverse:

- innanzitutto la disomogeneità a livello territoriale nell'implementazione delle politiche e degli interventi nei diversi settori;
- in secondo luogo la difficoltà di coordinamento degli interventi socio-assistenziali con le politiche del lavoro e le politiche abitative, che ha reso poco efficaci gli interventi di integrazione sociale e le politiche attive di reinserimento sociale (quanto all'integrazione socio-sanitaria, essa si presenta in modo disomogeneo sia per quanto riguarda le diverse tipologie di intervento, sia per quanto riguarda il modello di integrazione nelle diverse aree territoriali);
- in terzo luogo lo scarso coinvolgimento dei Comuni di dimensioni ridotte e dei distretti/AUSL nei processi di formazione e decisione delle politiche regionali (Ascoli, in Ascoli *et al.*, 2001).

La mancanza di una struttura di *governance* articolata sul territorio, d'altra parte, si è accompagnata a una dispersione e frammentazione di centri di spesa (Ecchia, in Ascoli *et al.*, 2001). Le risorse per gli interventi socio-assistenziali in senso stretto, sul totale della spesa dell'amministrazione regionale, sono limitate. Questo tuttavia è un dato parziale se si considerano le risorse proprie dei Comuni, quelle nazionali, le risorse attivate dai programmi dell'Unione europea e le risorse delle fondazioni bancarie che convergono sul territorio.

Inoltre si pone il problema dell'integrazione e del coordinamento delle risorse regionali destinate alla spesa assistenziale a elevato contenuto sanitario, gestite nell'ambito delle politiche sanitarie, e delle risorse destinate alle politiche di inserimento sociale, gestite dalla formazione professionale, dalle politiche abitative e di riqualificazione urbana.

Quest'aspetto, al di là della separazione formale degli schemi di contabilità, riflette storicamente la mancanza di un quadro di istituti che indichino gli obiettivi specifici delle politiche sociali.

Un altro aspetto rilevante è che con l'esplicitarsi di politiche macroeconomiche restrittive, il diverso grado di autonomia finanziaria e il peso delle specifiche competenze ripartite fra Regione e Enti locali ha posto la questione della ricerca di soluzioni a problemi di distribuzione, allocazione e controllo delle risorse. Questa ricerca ha creato una significativa tendenza alla differenziazione dell'offerta a livello territoriale.

La rapida crescita del privato sociale e del terzo settore non solo ha reso più articolata la struttura dell'offerta, ma ha contribuito a innescare dinamiche competitive fra i diversi attori nei principali mercati di riferimento:

- il mercato alimentato dalla domanda pubblica (finanziamenti, convenzioni);
- il mercato della domanda privata (famiglie, fondi elargiti dai privati, donazioni).<sup>20</sup>

Le politiche di *contracting out* hanno dato un significativo impulso alla creazione di imprese e alla crescita di occupazione nei servizi alla persona,<sup>21</sup> ma hanno anche posto il problema della ricerca di forme adeguate di controllo e di regolamentazione di qualità dei servizi e degli interventi.

#### **4.4. Gli strumenti di programmazione nel progetto di legge di riforma dell'assistenza**

Il progetto di legge di riforma dell'assistenza regionale, in coerenza con la Legge quadro 328/2000, si pone l'obiettivo di realizzare un sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Tale obiettivo dovrà essere perseguito mediante la messa in rete dei sistemi locali dei servizi sociali, per rendere omogenei sul territorio i livelli essenziali delle prestazioni sociali, le regole per l'accesso al sistema locale e l'ambito di applicazione dei fondi integrativi per prestazioni socio-sanitarie e socio-assistenziali.

---

<sup>20</sup> Ascoli, Pasquinelli, 1993.

<sup>21</sup> Un dato parziale, ma al contempo significativo della dinamica del fenomeno in Emilia-Romagna, è la crescita delle cooperative sociali di tipo A, finalizzate alla gestione dei servizi sociali, sanitari ed educativi che sono passate in valore assoluto da 80 nel 1995 a 190 nel 1999 con un incremento in termini percentuali pari al 137,5%.

Un altro aspetto rilevante del progetto di legge regionale è l'innovazione nel contenuto delle politiche di promozione sociale, mediante:

- la definizione di un'area di interventi che comprenda l'integrazione sociale e la ricerca di forme di soluzione e mediazione dei conflitti;
- la conciliazione dei tempi di cura e di lavoro e il sostegno allo sviluppo della solidarietà e alle politiche di genere;
- il contrasto e la prevenzione delle cause di esclusione sociale, con particolare riguardo ai giovani, alle dipendenze patologiche, alle situazioni di povertà estrema, alla prostituzione e altre forme di sfruttamento.

Il progetto di legge regionale fornisce disposizioni per l'integrazione socio-sanitaria, prevedendo particolare attenzione alla programmazione e alle modalità organizzative e gestionali delle attività socio-sanitarie. Inoltre esso definisce gli strumenti per la programmazione, la concertazione e la partecipazione, e quelli per la regolazione e la qualità del sistema integrato di interventi e servizi sociali. Fra gli strumenti per la programmazione individua:

- il Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali;
- il sistema informativo;
- i Piani di zona;
- gli interventi sociali per lo sviluppo e la riqualificazione urbana;
- i programmi speciali di intervento sociale;
- la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo della qualità e norme per la tutela degli utenti.

Il Piano sociale regionale dovrebbe essere lo strumento che definisce gli indirizzi per la realizzazione e lo sviluppo del sistema integrato di interventi e servizi sociali. In coerenza con le indicazioni del Piano sociale nazionale e in raccordo con il Piano sanitario regionale e con gli strumenti di programmazione in materia educativa e formativa, del lavoro, culturale e abitativa, esso definisce gli obiettivi di benessere sociale e le forme e le modalità con le quali dovranno essere perseguiti. In particolare, il Piano sociale regionale dovrà:

- fornire le caratteristiche e il fabbisogno da garantire dei servizi e degli interventi compresi nei livelli essenziali;
- definire i criteri di incentivazione dei programmi di promozione sociale;
- stabilire le modalità di raccordo tra la programmazione regionale e quella nazionale e le modalità per il concorso dei soggetti ai Piani di zona, gli indirizzi per assicurare la partecipazione dei cittadini e degli utenti al controllo di qualità dei servizi.

Esso può individuare ambiti di intervento che, per le caratteristiche presentate, richiedono la predisposizione di specifici programmi in ambito provinciale che devono essere raccordati e integrati con i Piani di zona. Individua inoltre i criteri per la sperimentazione dei servizi e degli interventi nell'ambito dei Piani di zona, e gli ambiti di formazione e riqualificazione degli operatori sociali e socio-sanitari.

Nell'articolare un ipotetico indice del Piano sociale (si veda *Schema* in fondo al volume) è necessario affrontare aspetti di metodo, di contenuto e operativi. Per quanto riguarda i problemi di metodo, occorre esplicitare che la programmazione è intesa come un processo in cui più attori sociali e istituzionali concorrono a vari livelli a sviluppare una rete di rapporti di cooperazione tra istituzioni e interessi organizzati. Quindi, il Piano sociale non deve solo definire gli obiettivi strategici, ma deve agire come strumento per la condivisione di interessi, valori, finalità e risorse degli attori sociali. Da questo punto di vista esso deve essere considerato come uno strumento aperto e processuale.

Per quanto riguarda i contenuti, in primo luogo esso dovrà fornire il quadro dei mutamenti sociali e demografici e individuare i bisogni di innovazione a partire da un'analisi della struttura dell'offerta, della regolazione e dei meccanismi di finanziamento. In secondo luogo, dovrà esplicitare i contenuti delle politiche nei vari settori e ambiti di riferimento e, sulla base dei bisogni di innovazione e dei fattori critici che emergono dall'analisi della struttura dell'offerta, definire linee di indirizzo e priorità.

Per quanto riguarda le indicazioni operative, esso dovrà innanzitutto fornire un *framework* che definisca il senso di una politica per il benessere e lo sviluppo della qualità della vita. In secondo luogo, sulla base di tale *framework*, dovrà articolare il percorso della costruzione della rete integrata dei sistemi locali dei servizi sociali e le politiche di riqualificazione del sistema.



## **SCHEMA. IL PIANO SOCIALE REGIONALE. UN IPOTETICO INDICE DI ARGOMENTI**

### **PARTE PRIMA**

#### **Linee di tendenza e obiettivi generali**

- 1. Il *welfare* delle persone e delle famiglie: una riforma in cammino**
  - 1.1. Il Piano sociale nazionale 2001-2003
  - 1.2. Verso un sistema integrato di interventi e servizi sociali
  - 1.3. Decentramento: autonomia e responsabilità
  - 1.4. Le persone e la domanda di benessere, una sola risposta: politiche integrate
  - 1.5. La programmazione partecipata
  
- 2. La Regione tra cambiamenti e bisogni di innovazione**
  - 2.1. Mutamenti sociali e bisogni di innovazione
  - 2.2. La struttura dell'offerta
  - 2.3. La struttura della regolazione
  - 2.4. La struttura dei finanziamenti
  - 2.5. Il ruolo degli utenti
  - 2.6. Programmazione e regolamentazione: le esigenze di innovazione nelle politiche sociali
  
- 3. Le politiche sociali della Regione**
  - 3.1. Le politiche sociali tra cambiamenti e problematiche emergenti
    - 3.1.1. Le politiche per minori e gli adolescenti
    - 3.1.2. Le politiche per gli anziani
    - 3.1.3. Le politiche per disabili
    - 3.1.4. Le politiche per gli immigrati
    - 3.1.5. Le politiche d'accoglienza e inserimento sociale
  - 3.2. Le politiche di integrazione verticale: le relazioni tra Regione ed Enti locali
  - 3.3. Le politiche di integrazione orizzontale: le relazioni tra Regione e Terzo settore
  - 3.4. La struttura e l'andamento della spesa sociale
  
- 4. Il Piano sociale regionale**
  - 4.1. Le linee di indirizzo
  - 4.2. Programmazione e territorio: un percorso di partecipazione
  - 4.3. Gli ambiti di riferimento
  - 4.4. Le priorità
  - 4.5. Le scelte

## **PARTE SECONDA**

### **Verso una rete integrata dei sistemi locali dei servizi sociali**

- 5. Una politica attiva per il benessere e la qualità della vita**
  - 5.1. Le politiche di sostegno alla domanda di benessere
  - 5.2. Il *welfare* come produzione congiunta di beni e servizi
  - 5.3. Il governo delle interdipendenze e l'integrazione delle politiche
  - 5.4. Gli obiettivi
  
- 6. La programmazione territoriale della rete integrata degli interventi e servizi**
  - 6.1. I Piani di zona
  - 6.2. Le modalità di raccordo tra Piano sociale e Piano di zona
  - 6.3. La partecipazione e la negoziazione: il ruolo dei soggetti nella programmazione
  - 6.4. I centri di responsabilità e gli ambiti associativi
  - 6.5. Centri di spesa e coordinamento territoriale delle risorse finanziarie
  - 6.6. L'integrazione socio-sanitaria
  - 6.7. L'integrazione funzionale e il coordinamento operativo
  
- 7. La rete dei sistemi locali degli interventi e dei servizi sociali**
  - 7.1. I punti di ingresso: informazione, orientamento, ascolto e consulenza
  - 7.2. Il ruolo e le funzioni di coordinamento nella gestione integrata dei servizi e degli interventi
  - 7.3. I progetti di innovazione
  - 7.4. I livelli di assistenza delle prestazioni sociali
  - 7.5. L'accesso al sistema dei servizi
  
- 8. Le politiche per la qualità**
  - 8.1. Le politiche di sviluppo della qualità
  - 8.2. La Carta dei servizi
  - 8.3. La partecipazione degli utenti al controllo della qualità dei servizi
  - 8.4. L'accreditamento
  - 8.5. La valutazione dei progetti e degli interventi
  - 8.6. Le risorse umane: gli interventi di formazione e riqualificazione delle professioni sociali



## BIBLIOGRAFIA

Alber J., "A framework for the comparative study of social services", *Journal of European Social Policy*, 5 (2), 1995.

Alber J., "Il ripensamento del welfare state in Germania e negli Stati Uniti", *Rivista Italiana di Scienza Politica*, XXVII (1): 49-108, 1997.

Albert M., *Capitalismo contro capitalismo*, Bologna, Il Mulino, 1993.

Anttonen A., Sipila J., "European social care services: is it possible to identify models?", *Journal of European Social Policy*, 6 (2): 87-100, 1996.

Artoni R., "Keynes: politiche fiscali e disavanzi strutturali", *Politica economica*, 5, dicembre 1989.

Ascoli U., "Welfare mix in Europa", *L'assistenza sociale*, 1, 1996.

Ascoli U., Barbagli M., Cossentino F., Ecchia G. (a cura di), *Le politiche sociali in Emilia-Romagna – Primo rapporto*, Torino, Rosenberg & Sellier, 2001.

Ascoli U., Pasquinelli S. (a cura di), *Il Welfare mix. Stato sociale e Terzo settore*, Milano, FrancoAngeli, 1993.

Borzaga C., Fiorentini G., Maticena A., *Non-profit e sistemi di welfare*, Firenze, La Nuova Italia Scientifica, 1996.

Brusco S., Pezzini M., "Small-scale enterprise in the ideology of the Italian Left". In Pyke F., Becattini G., Sengenberger W. (a cura di), *Industrial districts and inter-firm cooperation in Italy*, Geneva, International Institute for Labour Studies, 1990. (Trad. it., "La piccola impresa nell'ideologia della sinistra italiana". In Pyke F., Becattini G., Sengenberger W. (a cura di), *Distretti industriali e cooperazione fra imprese in Italia*, Firenze, 1991).

Ciocca P., *La nuova finanza in Italia*, Torino, Bollati-Boringhieri, 2000.

Commissione della Comunità europea, *Libro bianco. Crescita, competitività e occupazione. Le sfide e le vie da percorrere per entrare nel XXI Secolo*, Bruxelles, 1993.

<http://europa.eu.int/en/record/white/c93700/contents.html>

Commissione della Comunità europea, *Relazione sulla protezione sociale in Europa*, COM (2000) 163, definitivo, Bruxelles, 1999.

Commission of the European Communities, *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Social Policy Agenda*, COM (2000) 379, Final, Bruxelles, 2000.

[http://www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/general/com00-379/com379\\_en.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/general/com00-379/com379_en.pdf)

Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale (Commissione Onofri), *Relazione finale*, Roma, 1997.

Consiglio dell'Unione europea (Direzione generale Occupazione e politica sociale), *Lotta contro la povertà e l'esclusione sociale. Definizione degli obiettivi adeguati*, doc. n. 14410/00, soc. 470, Bruxelles, 2000.

Cossentino F., "I problemi di regolazione: i bisogni di innovazione degli assetti istituzionali per il governo dello sviluppo regionale". In Cossentino F., Pyke F., Sengenberger W. (a cura di), *Le risposte locali e regionali alla pressione globale: il caso dell'Italia e dei suoi distretti industriali*, Bologna, Il Mulino, 1997.

Cozzi T., "Keynes su disoccupazione, inflazione e spesa pubblica". In Cozzi T. (a cura di), *Keynes*, Torino, Piemonte Vivo Ricerche, CRT, 1983.

Esping-Andersen G., *Social Foundations of Post Industrial Economics*, Oxford, Oxford University Press, 1999.

European Commission, *The social situation in the European Union 2000*, Directorate General for Employment and Social Affairs, Bruxelles, 2000.

[http://www.europa.eu.int/comm/dgs/employment\\_social/news/2000social\\_report\\_en.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/news/2000social_report_en.pdf)

European Commission, *Employment in Europe 2001*, Directorate General for Employment and Social affairs, Unit EMPL/A.1, 2001.

[http://www.europa.eu.int/comm/employment\\_social/empl&esf/docs/empleurope2001\\_en.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/employment_social/empl&esf/docs/empleurope2001_en.pdf)

Fargion V., *Geografia della cittadinanza in Italia*, Bologna, Il Mulino, 1998.

Fargion V., "Timing e sviluppo dei servizi sociali in Europa", *Rivista italiana di scienza politica*, 1: 43-88, aprile 2000.

Ferrera M., *Le trappole del welfare*, Bologna, Il Mulino, 1998.

Fitoussi J-P., *Il dibattito proibito*, Bologna, Il Mulino, 1997.

Ginzburg A., Ribba A., "Vizi e virtù del monetarismo democratico: un promemoria per il futuro", *GE - Diritto ed economia dello Stato sociale*, 2, 2001.

- Kregel J., "Finanziamento in disavanzo, politica economica e preferenza per la liquidità". In AAVV, *Attualità di Keynes*, Bari, Laterza, 1985.
- Modigliani F., Fitoussi J-P., Moro B., Snower D., Solow R., Steinherr A., Labini P.S., "An Economist's Manifesto on Unemployment in the European Union", *BNL Quarterly Review*, 206, September 1998.
- OCSE - Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, *A Caring World. The New Social Policy Agenda*, Parigi, 1999.
- Orloff A., "Gender and social rights of citizenship", *American Sociological Review*, 58: 303-328, 1993.
- Page E., Goldsmith M. (a cura di), *Central and Local Government Relations. A Comparative Analysis of West European Unitary States*, London, Sage, 1987.
- Pasquinelli S., "Il Terzo settore in diversi welfare states europei". In Ascoli U. (a cura di), *Il welfare futuro*, Roma, Carocci Editori, 1999.
- Prodi R., "C'è un posto per l'Italia fra i due capitalismi?", *Il Mulino*, 333: 21, 1991.
- Robinson P., "Active labour market policies: a case of evidence-based policy-making?", *Oxford Review of Economic Policy*, 16: 13-26, 2000.
- Saraceno C., *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- Saraceno C., "Introduzione. Dalla sociologia dell'età alla sociologia del corso della vita". In Saraceno C. (a cura di), *Età e corso della vita*, Bologna, Il Mulino, 2001.
- Saraceno C., Garcia M., Gustafsson B., Mingione E., Oberti M., Pereinha J., Voges W., "Evaluation of social policies at the local urban level: income support for the able", giugno 1997. In *8° Rapporto UNDP su Lo sviluppo umano. Sradicare la povertà*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1998.
- Saraceno C., Negri N., "The Changing Italian Welfare State", *Journal of European Social Policy*, 1: 19-34, 1994.
- Scharpf F., *Games in hierarchies and networks. Analytical and empirical approaches to the study of governance institutions*, Boulder, Westview Press, 1993.
- Sciortino G., *L'ambizione della frontiera. Le politiche di controllo migratorio in Europa*, Milano, FrancoAngeli, 2000.
- Solow R. M., *Lavoro e welfare*, Torino, Edizione Comunità, 2001.
- Taroni F., "Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi?". In Fiorentini G. (a cura di), *I Servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- Triglia C., *Grandi partiti e piccole imprese*, Bologna, Il Mulino, 1986.



## COLLANA "DOSSIER" a cura della Regione Emilia-Romagna

1. *Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi*, Bologna, 1990.
2. *Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS)*, Bologna, 1990.
3. *Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica*, Bologna, 1990.
4. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990*, Bologna, 1990.
5. *Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL*, Bologna, 1990.
6. *Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro*, Bologna, 1991.
7. *Radioattività naturale nelle abitazioni*, Bologna, 1991.
8. *Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990"*, Bologna, 1991.
9. *Guida alle banche dati per la prevenzione*, Bologna, 1992.
10. *Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna*, Bologna, 1992.
11. *I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990)*, Bologna, 1992.
12. *Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo*, Bologna, 1992.
13. *Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia Romagna. 2a ed.*, Bologna, 1992.
14. *Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative*, Bologna, 1993.
15. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991*, Bologna, 1993.
16. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991*, Bologna, 1993.
17. *Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari*, Bologna, 1993.

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna;  
sono anche scaricabili dal sito Internet  
<http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldoss/index.htm>

18. *Venti anni di cultura per la prevenzione*, Bologna, 1994.
19. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992*, Bologna, 1994.
20. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992*, Bologna, 1994.
21. *Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi*, Bologna, 1994.
22. *Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992*, Ravenna, 1994.
23. *5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1994.
24. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993*, Bologna, 1995.
25. *Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993*, Bologna, 1995. (\*)
26. *La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994*, Bologna, 1996.
27. *Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994*, Bologna, 1996. (\*)
28. *Gli scavi in sottoterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza*, Ravenna, 1996. (\*)
29. *La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP*, Ravenna, 1997.
30. *Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari*, Ravenna, 1997.
31. *Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina*; Ravenna, 1997. (\*)
32. *Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella*, Ravenna, 1997.
33. *Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida*, Ravenna, 1997. (\*)
34. *EPI INFO versione 6*. Ravenna, 1997.
35. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
36. *Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office*, Ravenna, 1998.
37. *Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP*, Ravenna, 1998. (\*)
38. *La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS*, Ravenna, 1998. (\*)
39. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997*, Ravenna, 1998.

40. *Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997, Ravenna, 1999. (\*)*
41. *Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000. (\*)*
42. *Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999, Ravenna, 2000. (\*)*
43. *Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione, Ravenna, 2000. (\*)*
44. *L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna, Ravenna, 2000. (\*)*
45. *SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente, Ravenna, 2000. (\*)*
46. *Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2000.*
47. *Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*
48. *Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*
49. *Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2000. (\*)*
50. *Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna, Ravenna, 2000. (\*)*
51. *Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001.*
52. *Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001.*
53. *Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*
54. *La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*
55. *Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*
56. *La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001.*
57. *Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*
58. *Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*
59. *Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute, Ravenna, 2001. (\*)*

60. *AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche*, Bologna, 2002.
61. *Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna*, Bologna, 2002. (\*)
62. *Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna*, Bologna, 2002. (\*)
63. *Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna*, Bologna, 2002. (\*)
64. *Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta*, Bologna, 2002. (\*)
65. *Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti*, Bologna, 2002. (\*)
66. *Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico*, Bologna, 2002. (\*)
67. *Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001*, Bologna, 2002. (\*)
68. *Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione*. Bologna, 2002. (\*)
69. *Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000*. Bologna, 2002. (\*)
70. *I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale*. Bologna, 2002. (\*)
71. *Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna*. Bologna, 2002. (\*)
72. *Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna*. Bologna, 2002. (\*)
73. *Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità*. Bologna, 2002. (\*)