

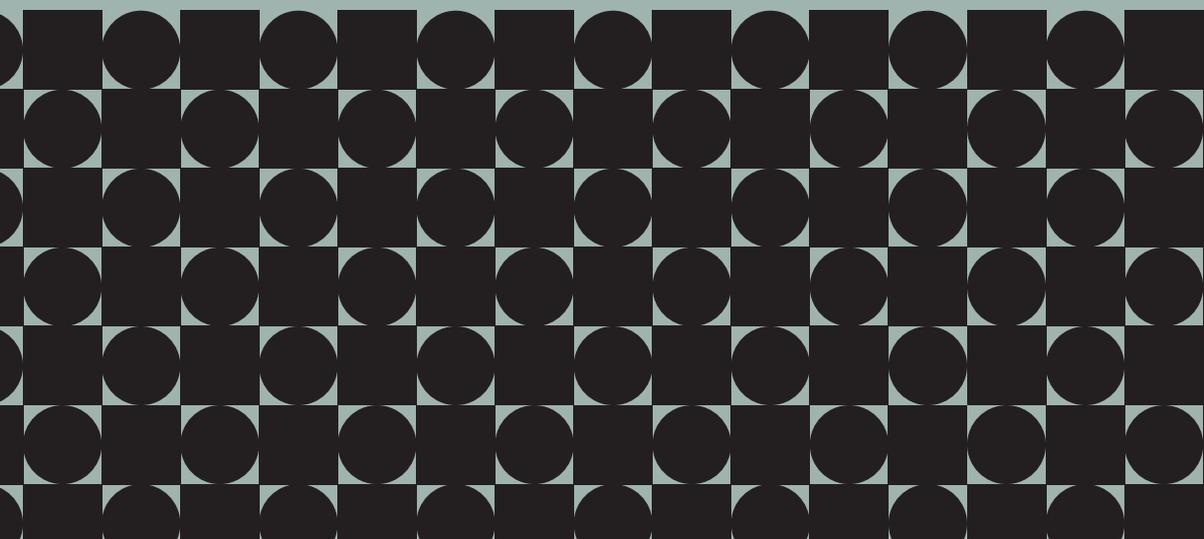
Politiche sociali 1

Welfare regionale in Italia

Giovanni Bertin

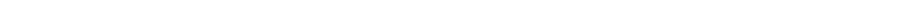


Edizioni
Ca' Foscari





politiche
sociali
studi e ricerche



Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS)
Dipartimento di Economia
Università Ca' Foscari Venezia

Direttore
STEFANO CAMPOSTRINI

Comitato Scientifico
LUIGI BENVENUTI
GIOVANNI BERTIN
SILVIO GIOVE
FABRIZIO PANOZZO
DINO RIZZI
GAETANO ZILIOGRANDI
ALEX ROBERTSON, Edinburgh University, Scotland
DAVID MCQUEEN, Emory University, Atlanta, USA

Welfare regionale in Italia

Giovanni Bertin



Edizioni
Ca' Foscari

© 2012 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

Università Ca' Foscari Venezia
Dorsoduro 1686
30123 Venezia

edizionicafoscari.unive.it

Stampato nel mese di novembre del 2012
da Logo s.r.l., Borgoricco (PD)

ISBN 978-88-97735-23-6

La ricerca che viene qui presentata è stata realizzata grazie ad un finanziamento del
Ministero del lavoro e delle politiche sociali

| | |
|-----|--|
| 7 | Prefazione RAFFAELE TANGORRA |
| 11 | Presentazione |
| 13 | Introduzione GIOVANNI BERTIN, VINCENZO CESAREO |
| | Parte 1. Il cambiamento dei sistemi di welfare regionali GIOVANNI BERTIN |
| 23 | Verso quale welfare? |
| 61 | Quali sistemi di welfare regionale? |
| 83 | Complessità dei sistemi di welfare mix e processi di regolazione |
| 119 | Quale governance multilivello nei sistemi di welfare regionali |
| | Parte 2. Le regioni a confronto A CURA DI GIOVANNI BERTIN |
| 139 | Una classificazione dei sistemi regionali di welfare GIOVANNI BERTIN, MARCO CARRADORE |
| 167 | La governance dei servizi socio-sanitari in dodici regioni italiane MICHELE MARZULLI, MARISTELLA ZANTEDESCHI |
| 209 | L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria PAOLA DI NICOLA, NICOLETTA PAVESI |
| 267 | Governance e processi valutativi STEFANO CAMPOSTRINI, ELENA MENEGAZZI |

Prefazione

La ricerca che qui si presenta è frutto di un lavoro lungo, ambizioso e complesso, lanciato alla fine del 2007 dall'allora Ministero della solidarietà sociale, in collaborazione con circa metà delle Regioni italiane con capofila la Regione Veneto, all'epoca coordinatrice nazionale nell'ambito delle politiche sociali.

L'obiettivo era quello di provare a rilanciare, insieme alle Regioni e sulla base di una solida base di ricerca, la capacità del « sistema integrato di interventi e servizi sociali » - come lo definiva la legge quadro che ancora regola il settore, la 328 del 2000 - di programmare gli interventi, di governarli, di integrarli laddove necessario con le altre filiere amministrative - si pensi al socio-sanitario -, di valutarli.

La tanto attesa legge « quadro » sembrava infatti dare nuove prospettive di sistema ad un settore da sempre trascurato, salvo rare eccezioni, nell'ambito delle politiche pubbliche del nostro paese, privo fino ad allora di un riferimento nazionale e sviluppatosi in maniera affatto eterogenea a livello locale. Ma la riforma nasceva sostanzialmente « monca ». Di lì a pochi mesi, infatti, mutava radicalmente il quadro costituzionale - con la riforma del Titolo v della Costituzione, promulgata nel 2001 - che nello specifico attribuiva al livello regionale la competenza esclusiva in materia di politiche socio-assistenziali, privando il livello nazionale di strumenti ordinari di governo del sistema. In particolare, non rientrava più tra le competenze nazionali quella di indirizzo e coordinamento delle politiche, che la « 328 » aveva immaginato di esercitare mediante un Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, di natura triennale. L'unica competenza dello Stato rimaneva nel settore quella della « determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale » (art. 117, let. m, nella Costituzione novellata), in un quadro però povero, da un lato, di diritti esigibili già sanciti e, dall'altro, di risorse tali da permettere una stagione « espansiva » in termini di prestazioni.

In sostanza, l'impressione degli addetti ai lavori - ma anche dei comuni cittadini - era che un sistema dalle caratteristiche di partenza fortemente «localistiche», mancando di strumenti nazionali di governo, con la riforma costituzionale andava ancora più differenziandosi, mi si permetta di dire, in maniera forse inaccettabile: tra la regione in cui si spende di meno in termini pro-capite per le politiche sociali - la Calabria - e quelle in cui si spende di più - le province autonome del Trentino-Aldo Adige e la Valle d'Aosta - vi è oggi un rapporto di 1 a 10!

Nella breve legislatura in cui questo progetto è nato - quella del secondo governo Prodi - l'azione di governo si era orientata a ridefinire il campo delle politiche sociali nazionali, istituendo fondi specifici - in particolare, il Fondo per le non autosufficienze e il Fondo per il cd. Piano nidi - volti proprio a sostenere la definizione di livelli essenziali delle prestazioni, nella doppia accezione di diritti esigibili e di livelli di copertura del servizio. Appariva pertanto urgente dotarsi di nuovi strumenti di governance in grado di permettere a questo modello di definizione dei livelli essenziali - connesso alle risorse rese disponibili con fondi nazionali vincolati - di poter operare pienamente.

Oggi, nel volume che qui si presenta, vede la luce la ricerca che avrebbe dovuto accompagnare questo percorso, innanzitutto istituzionale. La ricchezza e profondità del lavoro è indiscutibile, come peraltro già emerso in occasione della presentazione pubblica dei risultati, nella scorsa primavera a Venezia alla presenza del sottosegretario professoressa Guerra e della nuova coordinatrice interregionale della Commissione politiche sociali, l'assessore Rambaudi. Ma è inutile negare che il percorso istituzionale atteso non vi è stato. In meno di un lustro infatti sono cambiati radicalmente gli attori e il contesto. Quanto agli attori, è cambiato (per due volte) il governo nazionale e nel cambiamento si è persa la novità storica di un ministero con portafoglio dedicato alle politiche sociali; con le elezioni del 2010 sono poi anche cambiati i governi regionali e non è stato facile dare continuità al lavoro precedentemente avviato.

Più rilevante però è il cambiamento intervenuto in termini di contesto; con la l. 42 del 2009 e l'attuazione del cd. federalismo fiscale, il paese sembra aver abbandonato la via del finanziamento dei livelli essenziali mediante fondi nazionali vincolati di settore, prevedendo piuttosto il finanziamento delle attività delle regioni mediante tributi propri e la compartecipazione al gettito dei tributi erariali. Poiché la compartecipazione è definita sulla base di costi e fabbisogni standard connessi ai livelli essenziali, la soluzione adottata non appare l'ideale per un settore - quello delle politiche sociali - che ad oltre dieci anni dalla riforma del Titolo v non è riuscito a definire i «suoi» livelli essenziali delle prestazioni sostanzialmente per carenza di risorse.

Il punto è che la crisi economica e finanziaria degli ultimi anni - e in particolare, la crisi dei debiti sovrani nell'area euro - ha reso asfissianti i vincoli di finanza pubblica, riducendo ulteriormente, fin quasi ad azzerarle nell'anno corrente, le non molte risorse disponibili per il finanziamento nazionale delle politiche sociali territoriali.

Viviamo pertanto un momento di grande incertezza, di disegno e di risorse. Ma è proprio in momenti come questi, che bisogna con forza riprendere a progettare il futuro. A tal fine un utile contributo viene senza dubbio dal lavoro che avete tra le mani.

Roma, novembre 2012

Raffaele Tangorra
Direttore generale per l'inclusione e le politiche sociali
Ministero del lavoro e delle politiche sociali

Presentazione

La ricerca che viene qui presentata è durata tre anni ed ha coinvolto diversi ricercatori e dirigenti di regioni ed enti locali. Ognuno ha portato un contributo di idee e di passione che ha permesso di sviluppare il dibattito teorico e di confrontarlo con i concreti processi di governo. Ad ognuno va il mio ringraziamento per aver stimolato la riflessione, contribuito ad avere le giuste attenzioni metodologiche e costretto il dibattito a fare i conti con le pratiche.

In particolare i ringraziamenti vanno a:

R. Tangorra, C. Berliri, Ministero del lavoro e delle politiche sociali, che hanno voluto questo progetto e condiviso le scelte necessarie per tenere in equilibrio il coinvolgimento degli attori e l'attenzione ai problemi della ricerca;

C. Beltrame, M. Maglio, M. Modolo che nel loro ruolo di dirigenti della Regione Veneto, capofila del progetto, hanno condiviso con il comitato scientifico ed il ministero l'articolazione del dibattito che ha preceduto, accompagnato e seguito la ricerca;

A. Candela (Regione Puglia), A. Banchemo (Regione Liguria), A. Oddati (Regione Campania), che hanno coordinato il confronto fra le regioni relativamente ai temi della governance locale, dell'integrazione socio-sanitaria e della valutazione;

V. Cesareo (Università Cattolica di Milano) con il quale ho condiviso il coordinamento del gruppo di ricerca;

M. Zantedeschi (Sinodè) che, assieme a me ha gestito la ricerca ed ha coordinato il lavoro dei ricercatori

S. Campostrini (Università Ca' Foscari di Venezia), P. Di Nicola (Università di Verona), L. Fazzi (Università di Trento), N. Pavesi (Università Cattolica di Milano), D. Rizzi (Università Ca' Foscari di Venezia) e G. Sarpellon (Università Ca' Foscari di Venezia), che hanno costituito il comitato scientifico e contribuito ad indirizzare tutti i lavori di analisi; i dirigenti delle regioni Marche, Friuli Venezia Giulia, Molise, Toscana,

Sardegna, Umbria, Basilicata, Emilia Romagna che hanno costituito il board del progetto e partecipato al dibattito che ha accompagnato la ricerca;

C. Cipolla (Università di Bologna), C. Corposanto (Università di Catanzaro), G. Moro (Università di Bari), M. Palumbo (Università di Genova) che, con gli altri membri del comitato scientifico, hanno partecipato ai seminari di studio ed al dibattito sui risultati della ricerca e con i quali abbiamo costruito una rete di analisi dei processi di cambiamento dei sistemi di welfare;

i colleghi del CPS (Centro di ricerca sulle politiche sociali) del dipartimento di Economia dell'Università Ca' Foscari che hanno partecipato al dibattito attivato dalla ricerca e portato un importante contributo sul piano delle scelte metodologiche e del confronto teorico.

Ma la ricerca non si sarebbe potuta realizzare senza il fondamentale contributo di: A. Bortolazzi, M. Carradore, M. Favretto, L. Lombi, M. Marzulli, E. Menegazzi, N. Pavesi, C. Pedercini, F. Scardigno, R. Trapanese, M. Zantedeschi. I ricercatori si sono confrontati operativamente con l'analisi dei contesti regionali e hanno contribuito a stimolare la riflessione teorica. Le loro riflessioni hanno permesso di individuare le scelte metodologiche più opportune ed hanno fornito importanti elementi d'interpretazione dei risultati. Lavorare con loro mi ha permesso di imparare molto sui processi realmente implementati nei singoli contesti regionali e mi ha portato a tenere sempre ben legata la teoria alla complessità delle reali dinamiche di governo.

Introduzione

Giovanni Bertin, Vincenzo Cesareo

«Welfare regionale in Italia» dichiara fin dal titolo la prospettiva dalla quale viene affrontata l'analisi dei sistemi di welfare: la dimensione regionale. Questa prospettiva viene perseguita con una logica di ricerca sociale, tesa a riflettere sul processo di cambiamento in atto. Analizzare quest'ultimo è sicuramente complesso. Si rischia, infatti, di rappresentare un problema quando ha già modificato le sue caratteristiche dominanti. La questione è tanto più rilevante quanto più il sistema analizzato è interessato da processi di cambiamento radicali ed estesi, in grado di modificare sensibilmente la struttura e le dinamiche del fenomeno studiato. Tali condizioni sono compresenti nei processi di trasformazione del welfare che si sono consolidati nella seconda parte del secolo scorso. Ma va anche notato che tali dinamiche hanno iniziato a produrre gli effetti più destabilizzanti proprio all'inizio del secondo decennio del secolo ventunesimo. Questi elementi costituiscono una condizione particolarmente interessante per questo tipo di studi perché consentono di fermare il tempo, o meglio definire il T_0 del cambiamento. La definizione del punto di svolta permette di studiare il mutamento in modo dinamico evidenziando gli effetti che si andranno a sviluppare nei prossimi anni. Sarà, infatti, rilevante capire se le dinamiche individuate porteranno ad aumentare o a ridurre le differenze fra i sistemi locali di welfare e come tali cambiamenti s'incontreranno con le dinamiche (turbolente e discontinue) che legano i sistemi regionali di welfare con gli ambienti socio-economici sui quali insistono. L'altro elemento cui prestare attenzione per l'analisi di tipo dinamico riguarda lo studio delle trasformazioni dei processi di governance. In questo caso la ricerca ha permesso di focalizzare due elementi del mutamento, vale a dire se le trasformazioni dei sistemi di welfare hanno attivato la ridefinizione degli strumenti di governo e, contemporaneamente, se tali cambiamenti riguardano la dimensione cognitiva e culturale o anche le pratiche concrete. Queste preoccupazioni erano presenti al gruppo di ricerca che

ha costruito il proprio percorso cercando di rendere evidenti le tracce del cambiamento, la compresenza di logiche di governo che sono spesso considerate come antitetiche (la gerarchia *versus* la rete, il mercato *versus* la programmazione pubblica).

Questo libro presenta i risultati di una ricerca coordinata all'Università Ca' Foscari per conto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali e della Regione Veneto che, al momento di avvio ricerca dei lavori, coordinava le regioni italiane per quanto riguarda le politiche sociali. L'attività si è svolta in stretta collaborazione con l'Università Cattolica di Milano e ha visto la partecipazione delle Università di Bologna, Trento, Verona, Bari e il coinvolgimento diretto di dodici regioni che hanno partecipato alla progettazione ed hanno accompagnato il dibattito sul quadro teorico di riferimento e sull'interpretazione dei risultati.

Gli obiettivi del progetto non si limitavano alla fase di ricerca, ma intendevano anche attivare un confronto fra stato e regioni per arrivare a proporre metodologie di governance innovative, capaci di dare l'avvio ad una nuova stagione in coerenza con la proposta del metodo del coordinamento aperto. La seconda parte del percorso si è scontrata con il mutato rapporto fra regioni e stato che ha modificato radicalmente le relazioni fra questi soggetti. Basti pensare alla riduzione dei finanziamenti erogati alle regioni dallo stato per evidenziare come le dinamiche di partecipazione ai processi decisionali si sono andate modificando. Questi cambiamenti hanno reso sicuramente più difficile l'attività di confronto e ridotto la motivazione delle regioni a cercare nuove forme per regolare il rapporto fra centro e periferia. Questa parte del progetto si è limitata ad attivare alcuni percorsi finalizzati a evidenziare le innovazioni sperimentate all'interno delle regioni con riferimento ai processi di pianificazione locale, di valutazione e d'integrazione delle politiche sociali e sanitarie.

La ricerca

La ricerca è partita dall'analisi del dibattito internazionale relativo alla classificazione dei sistemi di welfare. Da questo punto di vista la letteratura segnala alcune dinamiche che stanno mettendo in crisi i modelli di classificazione che costituiscono ancora un punto di riferimento del dibattito. La crisi del welfare state e la differenziazione degli attori compresenti nel sistema, la globalizzazione delle politiche e la contemporanea aumentata rilevanza delle dinamiche locali definiscono uno scenario sensibilmente diverso da quello di fine secolo nel quale è stata

studiata e definita la tipologia dei sistemi che costituisce il riferimento per il dibattito internazionale. In altre parole, emerge la necessità di rivisitare la classificazione dei sistemi di welfare proposta da Esping Andersen. Quest'analisi combinata dei modelli di classificazione ha portato all'individuazione delle dimensioni utili a questo tipo di studio. Il dibattito internazionale segnala alcuni elementi fondamentali che sono stati posti alla base del lavoro di ricerca. In particolare, è stata assegnata particolare attenzione alla:

- necessità di adottare una dimensione subnazionale come unità di analisi per la classificazione dei sistemi di welfare. Nella ricerca che viene qui presentata si è posto il problema della scelta dell'unità di analisi elementare subnazionale. La scelta della regione è riconducibile a tre aspetti, relativi: alle competenze di programmazione che la rende il soggetto che influenza lo sviluppo delle politiche (in particolare di quelle sociali e sanitarie); alla disponibilità d'informazioni comparabili su tutto il territorio nazionale; alla frammentata ed eccessivamente articolata dimensione dell'ente locale che sarebbe stata di difficile utilizzo a fini comparativi;
- comprensività del concetto di welfare che contiene all'interno politiche sviluppatasi seguendo approcci diversi che difficilmente sono considerabili come parti di un unico sistema omogeneo. Sotto il termine welfare si considerano politiche che hanno adottato approcci diversi e talvolta anche orientati da culture politiche e di governance antitetiche. Paesi come la Gran Bretagna o l'Italia hanno sistemi sanitari nazionali molto simili a quelli dei paesi scandinavi, mentre i loro sistemi di welfare sono classificati rispettivamente come liberali, familistici o mediterranei e socialdemocratici. In questa ricerca si è cercato di scegliere indicatori relativi a politiche diverse ma con attenzione particolare a quelle sociali e sanitarie;
- complessità dei sistemi di governance caratterizzata da dinamiche multilivello (nazionale-regionale-locale) e multistakeholder (pubblici e privati profit e non). Lo sviluppo di sistemi di welfare mix e la distribuzione delle competenze nei diversi livelli in cui si articola l'autorità amministrativa rendono fondamentale l'analisi delle dinamiche verticali e orizzontali per la descrizione e l'interpretazione dei processi di governance. Questa prospettiva costituisce il fulcro della ricerca che viene qui presentata.

L'analisi si è centrata su due aspetti principali, riconducibili: allo studio delle omogeneità e delle differenze che caratterizzano i sistemi di

welfare nei singoli contesti regionali; all'individuazione delle caratteristiche assunte dai processi di governance nel passaggio dal welfare state al welfare mix. Si è cercato di stabilire se tale cambiamento ha portato (o meno) a una ridefinizione dei processi di governo per renderli coerenti con l'aumento della complessità.

Diversificazione fra i sistemi: la classificazione del welfare regionale

La letteratura segnala che a livello nazionale, ma anche negli altri paesi della comunità europea, si assiste ad un crescente ruolo delle realtà locali nella definizione delle caratteristiche dei singoli sistemi di welfare. Questa constatazione rende eccessivamente semplicistico l'utilizzo della dimensione nazionale nella comparazione dei sistemi di welfare. Per altro la dimensione subnazionale richiede la definizione di un'unità di studio elementare capace di combinare le specificità dei contesti locali con la distribuzione delle competenze, dei ruoli agiti dagli attori territoriali e la struttura dei sistemi informativi che determinano la concreta possibilità di trattamento delle informazioni disponibili per la comparazione delle realtà locali. Questi diversi fattori hanno indotto il gruppo di ricerca a utilizzare la dimensione regionale come riferimento per la comparazione dei sistemi locali di welfare, pur riconoscendo che tale dimensione tiene al suo interno un grado discreto di variabilità. L'analisi comparativa si è sviluppata lungo le fasi seguenti:

- i. analisi della letteratura e individuazione delle dimensioni da utilizzare per la classificazione dei sistemi di welfare. Questa fase si è basata sulla ricostruzione delle dimensioni e delle variabili utilizzate dalle principali ricerche realizzate nella classificazione dei sistemi di welfare;
- ii. analisi delle fonti informative e selezione degli indicatori utilizzabili nel processo di ricerca. In questa fase si sono analizzate le possibili fonti contenenti informazioni utili alla specificazione delle dimensioni scelte nella comparazione delle regioni. L'analisi si è concentrata sulle ricerche nazionali che disponevano di informazioni relative alle singole regioni ed erano state realizzate con rilevazioni effettuate in tempi e con modalità che ne permettevano la comparazione;
- iii. definizione del periodo di riferimento per la raccolta delle informazioni. Questo periodo è stato scelto tenendo in considerazione due aspetti: la rappresentazione del sistema di welfare nella sua fase di consolidamento, un range temporale non troppo ampio, ma sufficiente per rappresentare tutte le dimensioni considerate;

-
- iv. analisi dei dati di tipo descrittivo (per gli indicatori selezionati). I dati raccolti sono stati elaborati con logica monovariata per individuare le strutture delle distribuzioni. Successivamente è stata fatta un'analisi fattoriale per individuare la presenza di fattori latenti capaci di semplificare la comparazione delle regioni. I risultati hanno permesso di individuare sei fattori e di costruire dei factor scores con i quali sviluppare la comparazione fra le singole regioni;
 - v. analisi di classificazione. Per elaborare una tipologia dei sistemi regionali di welfare si è fatto ricorso a una cluster analysis realizzata a partire dai factor scores (a titolo di verifica della bontà del processo si è effettuata la cluster analysis anche a partire dalle singole variabili scelte);
 - vi. analisi dinamica dei processi di omogeneizzazione e differenziazione. L'ultima parte del lavoro ha cercato di individuare i processi di cambiamento presenti già nella fase di consolidamento dei sistemi regionali per evidenziare le dinamiche di convergenza e di divergenza fra le regioni. Questa parte del lavoro si è concentrata sugli indicatori che presentavano una, pur minima, serie storica. Omogeneizzazione e differenziazione sono state analizzate tramite lo studio dei cambiamenti nel tempo e la riduzione o meno delle distanze interne ai singoli cluster e a livello nazionale. Si è cercato, in altre parole, di capire se i cambiamenti in atto segnalano un aumento delle differenze interne ai cluster oppure fra di loro.

Analisi dei modelli di governance e della loro coerenza con i sistemi regionali di welfare

L'aumentata complessità dei sistemi regionali di welfare evidenzia come le dinamiche di governo non possano più essere gestite attraverso logiche di tipo gerarchico. Questo cambio di scenario pone il problema della coerenza necessaria fra le forme assunte dai sistemi di welfare, i meccanismi di governo e le dinamiche di resistenza al cambiamento tipiche di ogni organizzazione burocratica. La letteratura, per altro, segnala che questi processi di trasformazione producono spesso la compresenza di dinamiche di governance diverse (mercato, gerarchia e rete) e non sempre coerenti. Tale compresenza di approcci differenti e non coerenti rende il processo di governo più difficoltoso e riduce la possibilità di affrontare la complessità. Il tema della compresenza di dinamiche di

governance diverse e della loro coerenza è stato posto alla base di questa fase delle ricerche. L'analisi dei processi di governo è stata orientata da questa riflessione teorica. L'altro elemento che ha indirizzato tutto il lavoro è riconducibile alla preoccupazione di evidenziare i processi reali e non solo i riferimenti normativi delle singole regioni. Questa preoccupazione è stata affrontata sviluppando l'analisi lungo due percorsi, riconducibili: alla dimensione formale rappresentata dalla ricostruzione dei processi indicati dal quadro normativo e dai documenti di indirizzo; e alla dimensione fenomenica rappresentata dalle reali dinamiche di governo, ricostruibili attraverso interviste (individuali e collettive) con gli attori chiave del processo di governo dei sistemi regionali.

Le dinamiche di governo sono state analizzate con riferimento:

- alla cultura e ai processi adottati nella governance multilivello;
- alle forme dell'integrazione delle politiche, con particolare riguardo a quelle sociali e sanitarie;
- ai processi di valutazione.

Nel corso della ricerca si sono sviluppate le seguenti fasi di lavoro:

- i. individuazione delle griglie di analisi dei casi regionali. In questa fase si è ripreso il dibattito sui diversi approcci alla regolazione (mercato, rete, programmazione pubblica) ed evidenziato le variabili che caratterizzano i diversi approcci. A partire da queste variabili si è identificata una check list di elementi osservabili che ha guidato la definizione delle griglie di analisi della documentazione e di costruzione delle tracce di intervista;
- ii. analisi documentale. La prima fase di rilevazione delle informazioni ha avuto per effetto la ricostruzione del quadro formale normativo presente in ogni regione. Il lavoro è partito dalla raccolta della documentazione (leggi regionali e documenti d'indirizzo) e dalla loro analisi attraverso le griglie precedentemente individuate;
- iii. stesura della monografia regionale relativa alla dimensione formale. Per ogni regione sono stati evidenziati gli aspetti formali della governance, così come si manifestano alla luce dell'analisi documentale;
- iv. mappatura del sistema degli attori e individuazione di quelli più significativi da intervistare. L'analisi documentale e il confronto con gli interlocutori regionali ha consentito di individuare, per ogni regione, gli attori chiave (a livello regionale e locale) da intervistare per ricostruire i processi che permettono di rappresentare la dimensione fenomenica della governance;
- v. somministrazione delle interviste. Gli attori coinvolti nella governance regionale sono stati oggetto di interviste individuali, mentre l'analisi delle dinamiche fenomeniche della governance locale è

-
- stata effettuata attraverso interviste di gruppo realizzate con la tecnica del focus group;
- vi. stesura delle monografie regionali (formale e fenomenica). Le informazioni raccolte attraverso l'analisi documentale e le interviste (individuali e di gruppo) hanno consentito di rappresentare i processi formali e fenomenici che caratterizzano la governance multilivello nelle singole regioni. Ciò ha consentito di predisporre dodici monografie, una per ogni regione che ha aderito al progetto di ricerca;
 - vii. comparazione delle situazioni regionali e costruzione di tre monografie tematiche relative ai processi di governance locale e multilivello, alle dinamiche dell'integrazione socio-sanitaria e ai processi di valutazione.

L'organizzazione del libro

Il libro è diviso in due parti. La prima contiene gli elementi del dibattito teorico, che ha accompagnato lo sviluppo della ricerca, e la classificazione delle realtà regionali dal punto di vista delle specificità dei modelli di welfare e delle dinamiche della governance multilivello. La seconda parte del libro è dedicata all'analisi approfondita delle differenze fra le regioni in relazione alle caratteristiche dei sistemi di welfare, agli approcci utilizzati nella governance delle politiche di welfare, all'integrazione delle politiche e infine ai processi di valutazione.

Parte 1
Il cambiamento dei sistemi di welfare regionali

Giovanni Bertin

Verso quale welfare?

Giovanni Bertin

Sviluppo e criticità dei sistemi di welfare hanno caratterizzato il dibattito politico e culturale nella seconda parte del secolo scorso e stanno accompagnando questo primo scorcio del nuovo secolo. Lo sviluppo dei sistemi di welfare si è accompagnato al consolidarsi del modello fordista di sviluppo economico, al processo di modernizzazione e all'aumento della protezione contro i rischi sociali (invalidità, vecchiaia, povertà, malattia). L'istituzionalizzazione del sistema di protezione sociale non ha ridotto le reti e la cultura della solidarietà, che si è andata consolidando anche in presenza della crescente diffusione di valori individualistici. Questo processo espansivo, che ha dato origine a quelle che Castel (2004) definisce «società assicuranti», si è interrotto. La crisi economica, la crisi fiscale dello stato e la sua progressiva delegittimazione hanno messo in crisi il trend espansivo delle politiche di protezione sociale. Il nuovo secolo si è aperto alla luce di una ridiscussione del patto sociale fra lavoro produttivo e lavoro di cura, fra produzione di valore, solidarietà e protezione sociale.

1. Ripensare ai «regimi di welfare»

A fianco del consolidarsi di politiche tese a dare risposta ai rischi legati allo sviluppo economico, si sono diffuse alcune ricerche tese a costruire una classificazione delle diverse forme assunte dai sistemi di welfare. L'enfasi delle ricerche è stata posta sulle specificità assunte dalle singole realtà nazionali evidenziandone le diversità. In questa prospettiva i paesi occidentali sembrano caratterizzati più dalle differenze che non dai fattori comuni che ne hanno segnato lo sviluppo. Quest'analisi ha segnato il dibattito europeo (da Tittmus a Esping Andersen) di fine secolo, ma è stata messa in crisi da tre diverse prospettive di analisi.

Una prima prospettiva è quella introdotta dalla globalizzazione. Wood e Gough (2006) sostengono che l'analisi dei modelli di welfare, sviluppa-

ta fino ad oggi, parte dalla prospettiva dei paesi occidentali e si centra sul ruolo che lo stato ha svolto e svolge in questi paesi nella gestione delle politiche. Il processo di globalizzazione che interessa l'economia non consente di limitare l'analisi a questi paesi e richiede una prospettiva capace di mettere a confronto le realtà territoriali che hanno relazioni economiche. Partendo da questa prospettiva, gli autori fanno una prima distinzione fra:

- i regimi di welfare state, collocando all'interno di questo modello i diversi paesi occidentali. Da una prospettiva globale si stemperano le differenze fra i diversi paesi che hanno portato Esping Andersen ad adottare la sua classificazione dei regimi di welfare. In tutti questi paesi, infatti, permane un ruolo dello stato che, pur abbandonando (almeno in parte) la funzione di erogatore esclusivo dei servizi, continua ad avere una funzione nel processo complessivo di risposta ai rischi sociali. Approfondendo l'analisi sulle forme e le modalità di sviluppo dei sistemi di welfare si evidenzia come all'interno di questo modello siano presenti sistemi di welfare storicamente differenziati;
- sistemi basati sulla sicurezza informale. In questo modello vengono compresi i sistemi dell'America Latina e dell'Asia dell'Est. L'elemento dominante di questi sistemi è dato dalla scarsa formalizzazione dei diritti esigibili e dalla presenza di risposte di tipo informale ai bisogni sociali. L'esperienza dei paesi dell'America Latina si rifà alla logica dei modelli d'ispirazione liberale, mentre i paesi dell'Est asiatico puntano allo sviluppo di un welfare di tipo produttivistico, incentivando le politiche produttive a sostegno dell'occupazione, e dando meno peso a quello di tipo protettivo;
- sistemi insicuri, nei quali non sono ravvisabili politiche strutturate di protezione dai rischi sociali. Sono classificabili all'interno di questo modello paesi presenti nell'area dell'Africa Sub-Sahariana, l'Afganistan o la striscia di Gaza.

L'utilizzo di una prospettiva globale porta ad evidenziare come la classificazione centrata sul ruolo dello stato sia riduttiva e la risposta ai rischi sociali sia sempre il risultato combinato di dinamiche proprie del mercato, dello stato e della comunità.

Una seconda prospettiva è di ordine opposto e potrebbe essere definita «localizzazione» o della differenziazione territoriale. In tutti i paesi europei il consolidamento e la crisi dei sistemi di welfare si sono accompagnati a dinamiche di localizzazione ma anche a tentativi di ri-accentramento dei processi di governo e, in alcuni casi, di gestione centralizzata delle politiche di welfare. Tali dinamiche sono riconducibili ad almeno due processi fra loro indipendenti, quali:

- le dinamiche istituzionali che hanno visto, in parecchi paesi europei (Italia, Spagna, Gran Bretagna, ma anche Norvegia, Danimarca), la richiesta di aumentare l'autonomia locale nel governo e nella gestione delle politiche, ma anche spinte alla loro centralizzazione. La prima tendenza trova ragione nella diversificazione dei sistemi economici e sociali locali che si accompagnano a rischi e bisogni specifici. Questa situazione si è sposata con la crisi di legittimazione del potere centrale e con la nascita di movimenti e partiti politici di stampo localistico che hanno utilizzato la crescente forza contrattuale per ridiscutere la distribuzione territoriale delle competenze. A fianco di questo processo di decentramento delle competenze si sono manifestate anche tendenze al ri-accentramento dei poteri e dei processi di gestione delle politiche. Il decentramento dei poteri ha, infatti, messo in crisi i normali processi di governance, spesso caratterizzati da dinamiche di tipo gerarchico. A tale crisi le burocrazie centrali hanno risposto evidenziando i possibili (reali) rischi di aumento delle diseguaglianze e della spesa pubblica e attivando processi di accentramento dei poteri e nuove politiche gestite direttamente dal centro. Queste tendenze si sono sposate con lo scontro di potere fra partiti d'impostazione centralista e di natura localistica;
- le dinamiche legate ai sistemi economici e sociali locali. La riorganizzazione dei sistemi locali (i cluster e i distretti industriali, in particolare) determinata dalla crisi economica e lo sviluppo della cultura della responsabilità sociale d'impresa hanno prodotto un intreccio fra le specificità del sistema socio-economico e la contrattazione locale (o di distretto). In altre parole, le imprese, che hanno fatto della localizzazione e dell'identità territoriale un fattore di competitività, hanno inserito nella contrattazione locale (o aziendale) anche un insieme di assicurazioni a protezione dei rischi sociali. Un secondo aspetto legato alla localizzazione dei sistemi di welfare è riconducibile alle dinamiche di sviluppo del terzo settore, legate al capitale sociale e alle politiche di sviluppo seguite dalle amministrazioni locali. Le imprese sociali sono spesso diventate attori sociali capaci di rinegoziare lo sviluppo delle politiche e di attrarre risorse economiche diverse da quelle di origine pubblica, diventando così produttori di politiche di welfare indipendentemente dalle scelte pubbliche. Un ultimo aspetto riguarda le dinamiche relazionali della comunità e delle strutture famigliari che hanno evidenziato caratteristiche diverse all'interno degli stessi paesi europei.

Questi processi non sono fra loro indipendenti e le loro relazioni hanno contribuito a differenziare i sistemi locali di welfare.

La terza prospettiva potrebbe essere definita di specificazione. La ricerca sui sistemi di welfare presenti nei diversi paesi ha evidenziato come sia eccessivamente semplicistico parlare di sistemi di welfare nazionali anche perché le diverse politiche hanno assunto caratteristiche specifiche. In alcuni paesi (si pensi, per esempio, all'Italia o alla Gran Bretagna) le politiche sanitarie sono di tipo universalistico e ancora fortemente ancorate al ruolo centrale dello stato, mentre, negli stessi paesi, le politiche di sostegno all'occupazione o alle pensioni hanno caratteristiche diverse. Il sistema Italiano, per esempio, si sviluppa in modo molto simile a quello dei sistemi corporativi dell'Europa Centrale, mentre in Gran Bretagna si afferma un sistema di tipo liberista, centrato sulle dinamiche del mercato. In altre parole, i sistemi di protezione ai rischi sociali assumono forme diverse, prevalentemente in relazione ai tipi di rischi affrontati, e i diversi paesi finiscono per essere molto simili rispetto ad alcune politiche (sicuramente le omogeneità maggiori riguardano le politiche sulla salute) e fortemente differenziate rispetto ad altre (come per esempio rispetto alle politiche del lavoro).

Queste diverse prospettive suggeriscono alcune considerazioni.

La prima riguarda i processi di analisi e ricerca sui sistemi di welfare. Da questo punto di vista possiamo concludere che la complessità, sottesa all'analisi dei sistemi di welfare, va affrontata utilizzando un approccio multidimensionale. In particolare la letteratura suggerisce di tenere in considerazione:

- la distribuzione delle responsabilità istituzionali, affidate ad una combinazione dei ruoli svolti dallo stato, dal mercato, dalla comunità e dalle proprie reti informali;
- le relazioni istituzionali, determinate dalle condizioni di legittimazione dello stato, dai processi di accentramento e decentramento dei poteri, dalla posizione e dal ruolo svolto dal singolo paese nel sistema globale;
- i processi di riorganizzazione dei sistemi economici locali, le caratteristiche assunte dal mercato del lavoro e dal mercato finanziario, e la distribuzione del potere negoziale fra i diversi attori sociali;
- le dinamiche sociali delle comunità locali, i valori, la cultura di riferimento e i processi di socializzazione della cultura della solidarietà;
- il tipo di stratificazione sociale, con attenzione alle diseguaglianze, alla scarsa equità e mobilità sociale;
- i risultati prodotti dai sistemi in termini di benessere soggettivo, di risposta ai bisogni e di sviluppo.

Questi elementi mettono in crisi le classificazioni dei sistemi di welfare utilizzate come riferimento dalle ricerche. Del resto la storia euro-

pea degli ultimi anni ha anche evidenziato che i regimi politici non sono così stabili e omogenei da costituire il collante dei sistemi di welfare nazionali. Come visto, le forme assunte dalle politiche sono diverse all'interno dello stesso paese e hanno una discreta capacità di resistere ai mutamenti del quadro politico istituzionale.

La seconda è riconducibile alla differenziazione degli attori che contribuiscono a produrre le politiche tese a contrastare i rischi sociali. Il passaggio da un sistema di welfare state ad uno di tipo misto (particolarmente se si considerano le dinamiche legate alla contrattazione locale o al ruolo della comunità nelle sue diverse manifestazioni) mette in crisi la possibilità di classificare i sistemi sulla base della diffusione e dell'estensione dei diritti esigibili. In alternativa, l'analisi della diffusione della protezione sociale va orientata alla ricostruzione del risultato dell'azione dei diversi attori che producono lavoro di cura e sicurezza sociale. La comparazione deve, quindi, centrarsi sulla protezione dal rischio, sull'incremento del benessere e sulla riduzione delle disuguaglianze sociali realmente prodotte.

La terza, parte da alcune riflessioni di sintesi sui processi di sviluppo dei sistemi di welfare. In particolare è importante considerare che:

- è possibile parlare di un modello europeo di welfare che si differenzia dai sistemi presenti negli altri continenti. Tutti gli stati europei si caratterizzano per tre fattori fondamentali (HEMERIJCK 2002), quali: un intento solidaristico (obiettivi: piena occupazione; diffusione dell'assistenza sanitaria e dell'istruzione; un'adeguata previdenza sociale per malattia, vecchiaia, disoccupazione, invalidità e assistenza sociale tesa a ridurre miseria ed emarginazione) largamente accolto e condiviso nella popolazione e la presenza di programmi istituzionali che vanno in questa direzione; politiche che considerano la giustizia sociale come fattore importante che contribuisce allo sviluppo ed al progresso e ritengono non esista contraddizione fra competitività economica e coesione sociale; un'elevata presenza di organizzazioni di rappresentanza degli interessi e processi di negoziazione basati sulla partecipazione ed il coinvolgimento degli attori sociali;
- nonostante le trasformazioni, lo stato sociale si è mostrato resistente a ridurre le protezioni ai rischi sociali. I tentativi di ridurre il sistema di welfare si sono scontrati con la necessità di sostenere costi sociali elevati. La riduzione delle politiche di protezione sociale mette in discussione il patto sociale implicito che regola le dinamiche di appartenenza alla società civile e sta alla base della legittimazione dello stato. Le sorti dello stato sociale non sembrano predeterminate in relazione alla riduzione delle risorse

pubbliche prodotta dalla crisi economica e dalla ridotta capacità impositiva dello stato. I processi di riorganizzazione dipendono dalle dinamiche fra gli attori sociali, dal permanere della loro identificazione nella cultura della solidarietà, e dalla loro capacità di influenzare le scelte di orientamento strategico in relazione al trilemma che caratterizza il rapporto fra le politiche economiche e quelle sociali, vale a dire la difficile scelta fra: la piena occupazione, il perseguire obiettivi egualitari nella distribuzione del reddito ed il contenimento della pressione fiscale.

Questi elementi hanno caratterizzato le dinamiche di sviluppo economico e il parallelo consolidarsi dei sistemi di protezione sociale dai rischi che lo hanno accompagnato. La protezione sociale ha rappresentato così un fattore determinante (BERTIN 2010) nelle dinamiche dello sviluppo locale.

2. I fattori di criticità dei sistemi di welfare

I sistemi di welfare che si sono consolidati nell'ultima parte del secolo scorso stanno attraversando una fase di profonda trasformazione. Sicuramente i fattori che ne stanno determinando il cambiamento hanno natura endogena ed esogena e sono riconducibili sia alla crisi e ai profondi cambiamenti nelle dinamiche economiche e sociali che stanno accompagnando il passaggio alla società post-moderna, sia alle dinamiche, ai risultati e ai fallimenti prodotti dalle attuali forme dei sistemi di welfare. I fattori interni che richiedono una profonda rivisitazione sono ascrivibili a:

- l'aumento della domanda e la riduzione delle risorse (consumerismo). La domanda di protezione sociale è destinata a una crescita continua non arrestabile dallo sviluppo dei sistemi di offerta. Castel (2004, p. 7) sostiene che: «la sicurezza non è mai data, e neppure conquistata, poiché l'aspirazione ad essere protetti si sposta come un cursore e pone nuove esigenze, man mano che i suoi obiettivi precedenti stanno per essere raggiunti». Questo processo di crescita della domanda di sicurezza è legato anche alla progressiva riduzione della capacità individuale di far fronte alle condizioni di disagio. Conrad (2009, p. 47), riprendendo il dibattito sulla medicalizzazione della vita, sostiene che la letteratura rileva «una diminuita tolleranza delle persone per sintomi lievi e piccoli problemi. L'auto medicalizzazione degli individui è sempre più diffusa, con pazienti che accollano i loro guai ai medici e spesso chiedono diret-

- tamente una specifica soluzione medica». La diffusione di internet e la facilità di acquisizione delle informazioni, sostenuta anche da un confine non sempre chiaro fra diffusione delle conoscenze scientifiche e promozione dei prodotti sanitari (farmaci, interventi clinici ecc.), hanno favorito lo sviluppo di un ruolo attivo degli individui e la assunzione di una logica consumeristica nella gestione della salute. Del resto la società contemporanea tende a rifiutare l'immagine del dolore, della sofferenza e della morte e ricerca nei presidi sanitari e nella protezione sociale (farmaci, interventi chirurgici, assicurazioni) forme di risposta capaci di contrastare l'ansia di perdere sicurezze, posizioni sociali e condizioni di vita. La letteratura sostiene (MATURO 2008) che la medicalizzazione della malattia passa prevalentemente per l'azione commerciale degli attori economici che operano nel settore della salute (CONRAD 2009). Il combinarsi di un processo di apprendimento dei bisogni, con la ridotta capacità di far fronte alle condizioni di disagio (pur non rilevanti), l'accresciuta capacità informativa e l'azione economica delle imprese del settore innescano un processo di crescita continua della domanda di salute e di protezione sociale. Lo sviluppo dei sistemi di protezione sociale, quindi, sposta l'asticella della domanda più in alto attivando una spirale domanda-offerta teoricamente infinita e interrompibile sono per la natura finita delle risorse disponibili;
- il cambiamento dei rischi sociali e la rigidità dell'offerta. Il passaggio alla post-modernità è accompagnato dall'insorgenza di nuovi fattori di rischio e di disagio sociale. Con la sua ricerca Bonoli (2007) evidenzia una correlazione fra i tempi del cambiamento socio economico e la spesa delle politiche di welfare dedicata ai bisogni tipici delle società post-moderne. Ne sono un esempio le situazioni di Spagna Italia e Portogallo. In questi paesi il passaggio alla post-modernità si è dimostrato più lento e la spesa sociale sbilanciata sulle politiche sanitarie, pensionistiche e di supporto ai processi di invecchiamento. Ben poche risorse sono dedicate ai rischi collegati alla fragilità insita nei processi d'inserimento dei giovani nel mercato del lavoro o di sostegno allo sviluppo dell'occupazione femminile. Alle stesse conclusioni arrivano Tepe e Vanhuysse (2010) che evidenziano come Italia, Giappone e Grecia abbiano una struttura della spesa per le politiche di welfare fortemente sbilanciata verso gli anziani. Confrontando la struttura della spesa sociale nei periodi 1998-2003 e 1986-1992, gli autori fanno notare che tale squilibrio è in crescita. Analizzando, invece i paesi che più investono per affrontare i nuovi rischi sociali si nota che ai primi po-

sti si trovano la Nuova Zelanda, la Svezia, l'Austria e il Regno Unito. Questi dati ci forniscono una rappresentazione dei processi d'impiego delle risorse e suggeriscono l'esistenza di una correlazione con le trasformazioni presenti nei diversi paesi, ma non possono essere utilizzati per stabilire una relazione causale fra i fenomeni. La definizione dei nessi causali necessiterebbe un'analisi più approfondita che tenga insieme diverse variabili legate alle culture dei paesi, ai loro sistemi sociali e alle dinamiche fra gli attori sociali che partecipano alla costruzione delle politiche di welfare. Rimane la constatazione che, a fronte di una generalizzata riduzione delle risorse a disposizione e all'incapacità degli stati di espandere la spesa sociale, i singoli sistemi di welfare sembrano avere una diversa capacità di affrontare i cambiamenti socio-economici e di rispondere ai nuovi rischi che caratterizzano il passaggio da una società moderna ad una di tipo post-moderno;

- la fragilità delle reti di cura. I cambiamenti demografici innescano una serie di effetti perversi sul lavoro di cura familiare. Da una parte aumenta il carico del lavoro di cura. La donna si trova a dover assistere contemporaneamente i genitori non più autonomi e i figli che richiedono un aiuto nell'accudire i nipoti. Questa situazione è aggravata dall'aumento dell'incidenza di malattie associate alla confusione mentale, situazione questa che richiede grande impegno fisico ed emotivo da parte del care-giver. Le ricerche hanno, inoltre, evidenziato la discreta frequenza con cui tali condizioni di erogazione del lavoro di cura si associano con lo sviluppo di stati depressivi. Questa condizione è particolarmente critica quando le famiglie presentano uno scarso capitale sociale (interno ed esterno) e una scarsa divisione del lavoro di cura (DI NICOLA 1998; BERTIN 2010). Un ultimo fattore di possibile criticità va ricondotto ai processi di socializzazione della cultura della solidarietà intergenerazionale. Non ci sono ancora studi precisi ma è possibile ipotizzare che l'instabilità delle famiglie produca effetti critici nella cultura della solidarietà familiare;
- la riduzione degli interventi sociali collegata allo sviluppo di logiche di mercato. Laratta (2010) con le sue ricerche ha evidenziato che la privatizzazione diffusa e l'adozione di logiche meramente di mercato nella gestione dei servizi sociali presenta quattro ordini di problemi: produce una distribuzione territoriale dei fornitori (privati profit e non) scollegata all'espressione del bisogno; rischia di produrre una perdita di identità nel no-profit (rischio di comportamento isomorfo rispetto al privato profit); delegittima la funzione dello stato minandone il ruolo di attore dei processi redistributivi

-
- e di garanzia contro i rischi di disgregazione sociale; porta con sé un aumento delle diseguaglianze sociali;
- la scarsa efficacia in termini di de-stratificazione. Le ricerche sugli effetti in termini di riduzione delle diseguaglianze dei sistemi di welfare forniscono risultati abbastanza disomogenei. Evidenziano, infatti, che nell'uso dei sistemi di welfare permangono le diseguaglianze sociali e i fruitori dei servizi sono coloro che si trovano in condizione di disagio ma, contemporaneamente, hanno le risorse culturali per affrontare le difficoltà di accesso a organizzazioni caratterizzate da logiche e linguaggi burocratici. Anche le reti informali si dimostrano spesso più dense e capaci di erogare lavoro di cura (in senso qualitativo e quantitativo) per i gruppi sociali meno privati;
 - il processo di burocratizzazione dei servizi. Quest'aspetto risulta particolarmente importante nell'analisi dei processi di consolidamento dei sistemi di welfare state, o comunque dell'offerta di interventi e politiche pubbliche volte alla riduzione dei rischi sociali. La logica seguita dalla Pubblica amministrazione è spesso caratterizzata dalla ricerca di comportamenti omogenei da parte degli operatori. È questo un aspetto tipico delle burocrazie, preoccupate di non fare discriminazioni fra i soggetti che hanno gli stessi diritti. Questa impostazione ha fatto preferire la standardizzazione degli interventi alla personalizzazione delle risposte. Il processo di standardizzazione finisce per essere tanto più negativo in una fase di cambiamento dei rischi sociali ai quali rispondere. I rischi propri di una società post-moderna sono sicuramente meno standardizzabili e richiedono la valorizzazione delle dinamiche e delle relazioni fra le persone. Per altro la burocratizzazione introduce rigidità nei processi di erogazione e rende più difficile l'adattamento alle nuove domande di sicurezza sociale;
 - il disallineamento fra l'aumentata complessità del sistema e la cultura gerarchica della Pubblica amministrazione. I sistemi di welfare si stanno caratterizzando, in tutti i paesi occidentali, per il prevalere di forme miste (welfare mix) nelle quali aumenta la rilevanza della società civile e la presenza di attori che agiscono fornendo beni pubblici, ma che non dipendono (gerarchicamente) dalla Pubblica amministrazione. Tali soggetti sono portatori di un loro specifico comportamento strategico e una loro capacità di attivare risorse. La rete dei servizi è, quindi, costituita da attori indipendenti che contribuiscono alla produzione del benessere sociale. Queste reti richiedono processi d'interazioni fra gli attori e sono difficilmente governabili con le logiche tradizionali della

- Pubblica amministrazione. Questa situazione deve essere affrontata sviluppando strategie di governance innovative, coerenti con la forma della rete che connette gli attori sociali;
- la crisi di legittimazione dello stato, la turbolenza e i cambiamenti nel quadro politico. La crisi economica s'intreccia con una crisi di legittimazione dello stato, enfatizzando processi già in essere. La crescente forbice fra domanda e offerta produce due effetti, vale a dire: riduce la capacità impositiva perché i cittadini s'interrogano sulla bontà dell'impiego del prelievo fiscale e tendono a ridurre la propria disponibilità contributiva; riduce la legittimazione dello stato come attore capace di utilizzare le risorse per orientarle alla produzione del bene comune. Quando questi due elementi si sposano con una percezione di scarsa efficienza e di diseguaglianza di trattamento, s'instaura un circolo vizioso che tende a delegittimare il ruolo stesso delle istituzioni pubbliche. A questa criticità lo stato ha fatto fronte (in particolare alla fine del secolo scorso) con l'indebitamento pubblico, ma questa strada risulta ora impraticabile ed ha prodotto altre distorsioni mettendo in crisi il contratto di solidarietà intergenerazionale.

3. I processi di ridefinizione dei sistemi di welfare

L'attuale fase di ridefinizione dei sistemi si caratterizza per la compresenza di processi di natura diversa che operano contemporaneamente e co-agiscono influenzando i percorsi di cambiamento che si sviluppano nei singoli territori. Tali cambiamenti sono influenzati da processi multidimensionali non governati da una linea d'indirizzo coesa e predefinita, ma prodotti dalle dinamiche dei contesti locali. L'elemento in comune, rintracciabile nella maggior parte delle esperienze, va ricondotto all'aumentata dinamicità del mix di attori presenti nel territorio. Tali attori sono legati da specifiche dinamiche relazioni nelle quali agiscono sviluppando propri comportamenti strategici. Questi elementi di complessità rendono i sistemi di welfare instabili e fluidi e non consentono di individuare uno scenario tendenziale chiaro. Le riflessioni sulle trasformazioni dei sistemi di welfare va, quindi, indirizzata all'individuazione dei processi in atto. Tali processi possono essere ricondotti: i) alla ri-calibratura della rilevanza assegnata ai bisogni rispetto ai quali organizzare il sistema di welfare; ii) alla ri-mercificazione caratterizzata allo sviluppo di risposte ai bisogni legate al ruolo della persona nel mercato del lavoro; iii) ai processi di *rescaling* (KAZEPOV 2009) che collocano i sistemi di welfare nei più

generali processi di cambiamento sociale indotti dalla globalizzazione e dalla contemporanea localizzazione dei sistemi socio-economici; iv) alle dinamiche di de-mercificazione che propongono una rivisitazione del senso e delle relazioni sottese ai processi di risposta al disagio sociale.

i) Ricalibratura: vecchi e nuovi bisogni

Per ricalibratura s'intende il processo di ri-orientamento delle risorse dai vecchi ai nuovi rischi sociali. Come già enunciato il passaggio alla post-modernità costituisce uno dei fattori di crisi dei sistemi di welfare e le caratteristiche di tale cambiamento inducono una ricalibratura degli interventi. Tali cambiamenti attengono a:

- la de-standardizzazione del ciclo di vita. Il passaggio alla post-modernità sta determinando profondi cambiamenti sociali che trasformano i rischi e la domanda di sicurezza su cui si sono consolidati gli attuali sistemi di welfare. Tali sistemi nascono nella modernità, in un contesto sufficientemente stabile (in relazione alla situazione attuale), nel quale i rischi si concentravano nelle fasi iniziale e finale del ciclo di vita. Alla base di questa impostazione sta l'idea che ogni persona, nella sua vita, segue un percorso segnato da alcuni eventi che finiscono per determinare la sua condizione sociale. Tali eventi sono specifici per ogni fase della vita e si manifestano esclusivamente (o quasi) all'interno di una determinata fascia d'età. È a partire da questa convinzione che si è cominciato a organizzare il sistema di protezione ai rischi sociali in relazione ai «cicli di vita». L'uso del concetto «cicli di vita» consente, quindi, di rappresentare la vita delle persone scomponendola in alcune fasi che si riproducono in modo standardizzato e generalizzato. Ogni età è caratterizzata da comportamenti ed esperienze che definiscono il contesto esistenziale entro cui si costruiscono le storie individuali e si ridefiniscono le identità. Il passaggio da una fase di vita a un'altra comporta un cambiamento dello scenario e ciò ha caratterizzato la fase della vita che si conclude non si ripresenterà nella fase successiva. I processi di trasformazione del nostro sistema sociale evidenziano oramai la difficoltà di utilizzare queste categorie logiche e richiedono una revisione dei concetti utilizzati. In questo senso la letteratura (DEWILDE 2003; WELLS 1966) ci segnala l'opportunità di prendere in considerazione altri concetti, fra i quali quello di «corsi di vita». Tale concetto sostituisce una visione lineare di sviluppo dell'esistenza con una più complessa, per la quale i cambiamenti

sociali che caratterizzano la vita delle persone sono da ricercarsi negli eventi e nelle esperienze che gli individui incontrano nel loro percorso. Tali eventi possono ripresentarsi, e ricostruire le condizioni entro le quali si sono già realizzate le esperienze personali. I rischi, quindi, non sono più specifici delle fasi della vita ma legati ad eventi critici che possono essere ricorsivi e ripresentarsi più volte lungo il corso della vita;

- le dinamiche famigliari. Giova qui ricordare l'aumento dei divorzi e delle separazioni, delle convivenze e delle famiglie ricostruite con figli nati da coppie diverse da quelle che definiscono la convivenza. Ma va anche ricordato che l'instabilità del mercato del lavoro e delle coppie finisce per rendere sempre più frequente il caso di figli che escono dalla famiglia e vi fanno ritorno perché hanno incontrato fallimenti sul fronte del sistema relazionale costruito e sul fronte del lavoro sperimentato. Rilevante è anche il caso delle famiglie nelle quali una coppia di adulti convive con i figli e riaccoglie in casa i genitori che non sono più in grado di vivere da soli. Combrinck e Graham (1985), introducendo il concetto di «spirali di vita», rafforzano la necessità di considerare i cambiamenti nella situazione degli individui come il prodotto delle interrelazioni e interdipendenze nelle catene che connettono la vita della persona con gli eventi del contesto e l'instabilità che caratterizza l'evoluzione delle famiglie. Le dinamiche famigliari, infatti, non sono più rappresentabili attraverso il concetto di ciclo di vita della famiglia, ma presentano un processo a spirale nel quale i fenomeni che ne segnano i cambiamenti (la costruzione, i figli, la loro uscita, la dissoluzione) si possono presentare più volte nella vita di una persona, costruendo legami diversi che, rendono meno stabile la solidarietà intergenerazionale;
- il trend demografico e il forte aumento della popolazione anziana. La dinamica demografica impatta pesantemente sia sul sistema dei servizi socio-sanitari, sia sul sistema pensionistico. Giova ricordare che gli anziani sono i principali «consumatori» delle risorse (pubbliche e private) dedicate alla produzione del welfare. Lo squilibrio della struttura della popolazione cambia, significativamente, anche il rapporto fra le generazioni e, conseguentemente, rende più rarefatta la potenziale rete parentale dell'anziano. Già oggi si parla di generazione sandwich, che vede l'adulto (nella stragrande maggioranza dei casi la donna) occupato nel lavoro di cura su tre direzioni: i nipoti, il coniuge e i genitori anziani (DI NICOLA 2008; SARACENO 2003);
- i cambiamenti nel mercato del lavoro. La velocità dello svilup-

- po tecnologico e la globalizzazione della concorrenza tendono a ridurre la domanda di occupazione manuale e a rendere obsolete le competenze necessarie per restare nel mercato. Dall'altra parte, l'aumento dell'occupazionale nel campo delle professioni ha rinforzato il legame fra formazione e lavoro. Questo comporta la richiesta di una maggiore formazione per entrare nel mercato del lavoro, ritardando e spesso rendendo ciclico il rapporto fra formazione-occupazione-formazione. In altre parole l'entrata nel mercato del lavoro non coincide con la fine della fase formativa. Il mercato del lavoro è caratterizzato da traiettorie meno stabili. Questo rende più variabile il rapporto fra i percorsi personali, la costituzione di condizioni di stabilità entro cui progettare la propria vita e consolidare i legami relazionali personali. Rende meno definito (e definitivo) anche il momento di uscita dal mercato del lavoro. Un altro aspetto riguarda il cambiamento del modello di produzione della società post-industriale. Questo cambiamento ha evidenziato alcuni elementi d'instabilità. Si pensi, per esempio, al ciclo breve che hanno le tecnologie e le conoscenze e la loro rapida obsolescenza, o alla velocità con cui nascono nuove professioni che non presentano uno status ben definito e una chiara e prevedibile potenzialità di reddito. Un ultimo aspetto riguarda il forte aumento delle donne che hanno accesso al mercato del lavoro, a fronte di una riduzione dell'occupazione maschile. Le criticità (indotte nel sistema di welfare attuale) di questo fenomeno sono riconducibili particolarmente alle donne con un basso livello di professionalità e che hanno difficoltà a conciliare gli impegni del lavoro retribuito con il lavoro di cura che continuano a svolgere e che ricade prevalentemente su di loro. Si sviluppa qui un circolo vizioso perché il lavoro di cura della famiglia (e quindi della donna) è particolarmente pesante nelle famiglie a basso reddito e con un basso capitale sociale familiare. In questi casi le famiglie non sono in grado di acquistare nel mercato (dove non esistono interventi pubblici o di rete) aiuti (badanti, baby-sitter, asili nido ecc.) a supporto nei momenti di criticità. Questa incapacità di far fronte alle emergenze rende precario il rapporto con il mercato del lavoro e riduce il reddito disponibile, alimentando così un circolo vizioso (precarietà del lavoro - evento critico - aumento del lavoro di cura- aumento della precarietà del lavoro...);
- le trasformazioni delle città, la conseguente difficoltà di costruzione d'identità e la rarefazione delle relazioni sociali. I processi di trasformazione sociale in atto, le dinamiche della globalizzazione e i rapidi cambiamenti tecnologici indotti dalla web society» stan-

no producendo effetti significativi sulla struttura delle città. Baumann (2007), riprendendo un lavoro di Graham e Marvin (2001), sostiene che: «in quasi tutte le città del mondo si stanno creando spazi e zone che si collegano esclusivamente ad altre zone privilegiate sia all'interno della città sia a livello internazionale e globale. Nello stesso tempo, aumenta l'isolamento di queste zone dalle aree fisicamente vicine ma economicamente distanti e separate». Il processo di costruzione dell'identità avviene certamente anche ricercando i fattori e gli aspetti culturali sui quali riconoscere la propria storia. L'identità è un meccanismo d'integrazione sociale, ma costituisce anche, e contemporaneamente, un fattore di diversificazione e di esclusione sociale. Le culture diverse sono spesso vissute come minacce, come aspetti dai quali difendersi, e le comunità che presentano identità simili tendono ad attrarsi e a diversificarsi (anche geograficamente) dalle culture ritenute diverse e percepite come minacciose dell'ordine sociale. La marginalità sociale può incentivare la costruzione di identità alternative e la rottura dei processi di accettazione delle norme. Chi si trova in una condizione di benessere finisce per vivere come deviante e minaccioso sia chi è portatore di culture diverse, sia chi vive di espedienti e di microcriminalità, sia chi vive in condizione di povertà. Questi processi determinano dei circoli viziosi che rafforzano i meccanismi di esclusione sociale. Si creano, infatti, dei mondi vitali costituiti da soggetti poveri di risorse economiche, relazionali e di capitale sociale, di capacità di utilizzare gli strumenti conoscitivi e informativi. Queste condizioni di esclusione consolidano identità basate sulla negazione delle regole sociali, e possono attivare comportamenti illegali e di microcriminalità.

Questi cambiamenti portano a concludere che le condizioni di vita delle persone sono il risultato di un percorso che si sviluppa mettendo in relazione la storia personale con i processi del sistema sociale (approccio dinamico, ecologico e multidimensionale), in relazione a dinamiche di tipo (COMBRINCK, GRAHAM 1985):

- macro, economiche e politiche;
- interne alla comunità di appartenenza (mercato del lavoro, sistemi relazionali ecc.);
- interne alle coorti di appartenenza (in riferimento ai valori ed alle credenze che ne caratterizzano l'appartenenza);
- di confronto intergenerazionale (naturali e patologici) all'interno della famiglia;
- di ridefinizione del sé e dell'identità.

In altre parole i cambiamenti nella vita sono riconducibili alle interdipendenze fra gli accadimenti personali e le dinamiche del contesto sociale nel quale la persona è inserita.

L'incontro di questi processi (micro e macro) non va letto in modo deterministico. I rischi si accompagnano alla vulnerabilità sociale delle persone, vale a dire alla loro impossibilità e/o incapacità di utilizzare le risorse necessarie a far fronte alle criticità evidenziate dagli eventi che accompagnano i corsi di vita. L'instabilità e la fluidità dei percorsi di vita rendono mutevoli anche i rischi e la vulnerabilità sociale (NIERO, BERTIN 2011) e aprono un terreno di rinegoziazione delle priorità sulle quali concentrare l'azione dei sistemi di welfare. In assenza di risorse aggiuntive, e anzi in presenza di una riduzione delle risorse complessivamente dedicabili alle politiche di welfare, è chiaro che il processo di ri-calibratura si scontra con diritti e servizi che i cittadini vivono come acquisiti e irrinunciabili e con la reale difficoltà di convertire servizi orientandoli alla produzione di interventi diversi. Per rendere più evidente la complessità è possibile fare un esempio. Si prenda in considerazione la forte presenza di strutture residenziali per anziani e la difficoltà di avviare una loro riconversione. I servizi domiciliari costituiscono una strada importante nel processo d'innovazione e diversificazione per affrontare la long term care, ma richiedono la costruzione di un approccio di gestione dell'invecchiamento nuovo. Si tratta di sostenere le famiglie nel lavoro di cura e scambiare la logica del servizio come sostitutivo dei legami e delle dinamiche della quotidianità, in presenza di una significativa perdita dell'autonomia, con la costruzione delle condizioni che consentono il mantenimento delle relazioni senza che i care giver siano costretti a mettere in discussione la qualità della loro vita e a condizionare pesantemente le proprie scelte esistenziali (lavorative, relazionali ecc.). In questa logica il processo di ri-calibratura non consiste in un mero spostamento di risorse da un target (o da un servizio) ad un altro, ma si deve accompagnare ad un cambiamento culturale nella gestione del lavoro di cura (si veda, a questo proposito, il processo di de-mercificazione).

ii) Ri-mercificazione e stratificazione sociale: fra universalismo e redistribuzione

Il processo di ri-mercificazione ha due dimensioni: la prima relativa alla richiesta di una crescente contribuzione diretta dei cittadini in presenza di una riduzione delle risorse pubbliche; la seconda è riconducibile al diretto coinvolgimento delle imprese nell'erogazione di risorse destinate alle politiche di welfare.

La presenza di nuovi rischi sociali ai quali il pubblico non è in grado di rispondere ha posto problemi al rapporto fra lavoratori e imprese. Le imprese che intendono consolidare il rapporto con i propri lavoratori si stanno ponendo il problema di contribuire alla costruzione delle condizioni che favoriscono la continuità del rapporto lavorativo. Del resto questa non è una situazione nuova. È questa esigenza che ha portato lavoratori e imprese a spingere per lo sviluppo delle prime politiche di sicurezza sociale e ha portato diverse imprese (questo processo si è manifestato in diversi paesi europei fra le due guerre) a farsi direttamente carico di erogare servizi (direttamente o attraverso forme assicurative) ai suoi lavoratori. In questa prospettiva si stanno sviluppando contratti aziendali che, tramite forme assicurative, forniscono un supporto alla costruzione di sistemi di sicurezza sociale legati al ruolo svolto nel mercato del lavoro (ri-mercificazione). Questa situazione aumenta le risorse immesse nel sistema per sostenere le politiche di welfare e la protezione sociale di alcuni lavoratori ma, contemporaneamente, finisce anche per ridurre il carattere universalistico delle politiche sociali e diversifica, all'interno dello stesso territorio locale, i diritti di cui godono i cittadini.

I sistemi di welfare nascono con una logica di risposta ai rischi sociali attivati dalla modernità e, contemporaneamente, con una finalità di redistribuzione delle risorse. Queste due diverse finalità non sono necessariamente coincidenti e rischiano di entrare in conflitto a fronte della riduzione delle risorse disponibili. La fase di maggior sviluppo delle politiche di welfare ha visto, in diversi paesi europei, l'affermarsi di logiche di tipo universalistico che enfatizzavano l'aspetto della costruzione di sistemi di protezione dai rischi sociali come base del contratto sociale fra cittadini e stato, da considerarsi alla stregua di un diritto di cittadinanza. Questa situazione si è manifestata con particolare enfasi nei servizi sanitari e con l'affermazione del diritto ad una salute equa e uguale per tutti. Con questo s'intende sostenere, ovviamente, che tutti i cittadini devono avere le stesse chance di vita, incontrare gli stessi rischi e godere degli stessi servizi. Ma la riduzione delle risorse a disposizione dello stato e l'aumento parallelo della domanda di prestazioni ha sortito due diversi e paralleli effetti. Da una parte l'introduzione di meccanismi di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini o l'aumento delle barriere di accesso ai servizi (come per esempio i tempi di attesa per l'ottenimento dei servizi) creano sicuramente una riduzione della domanda nelle fasce povere della popolazione ed un orientamento al mercato delle fasce più agiate. Questo processo facilita lo sviluppo di un sistema parallelo basato sulle dinamiche di mercato e la capacità dei singoli cittadini di reperire sul mercato i servizi che finiscono per essere di più difficile fruizione nel sistema pubblico. Un secondo processo di

riduzione del carattere universalistico, introdotto dalla riduzione delle risorse pubbliche, è riconducibile all'aumento (o meglio al ritorno) della presenza delle imprese come attori che finanziano i sistemi di welfare. Questa condizione si manifesta nei casi delle imprese che non delocalizzano e scelgono di mantenere un forte radicamento nel tessuto locale. Laddove lo sviluppo locale si basa su una forte integrazione fra attenzione alle dinamiche dell'innovazione, dell'investimento tecnologico, dello sviluppo delle risorse umane e della coesione sociale (BERTIN 2010), si rileva che le imprese considerano la necessità di coinvolgere gli stakeholder interni ed esterni all'azienda nella definizione delle modalità di distribuzione degli utili. In altre parole, queste imprese investono parte degli utili nello sviluppo di forme assicurative per contrastare i nuovi rischi sociali non compresi nel patto sociale fra stato e cittadini o ai quali la società civile non è in grado, da sola, di dare risposta. Su questi aspetti la ricerca è ancora molto limitata, ma è possibile ipotizzare che si manifestino almeno tre diverse forme, così sintetizzabili:

- imprese che hanno un forte legame con il territorio e la necessità/volontà di operare in un contesto caratterizzato da forte coesione sociale. In questo caso la redistribuzione degli utili riguarderà gli stakeholder interni ed esterni all'azienda e il sistema di welfare crescerà con riferimento ai diritti di cittadinanza e non solo all'appartenenza all'impresa. A titolo esemplificativo si pensi alle imprese economiche che utilizzano lavoro decentrato o stagionale (locale) o a quelle che cercano di sviluppare innovazione e ricerca ed hanno la necessità di attrarre capitale umano da altri territori o paesi;
- imprese che hanno un forte interesse nel consolidamento delle relazioni con le maestranze ma meno interesse a consolidare i rapporti con l'esterno dell'impresa. In questo caso la redistribuzione sotto forma di benefici di welfare interesserà (quantomeno prevalentemente) gli stakeholder interni all'azienda e, conseguentemente, sussiste il rischio di una differenziazione del grado di protezione sociale e di diritti all'interno dello stesso ambito territoriale;
- imprese che hanno uno scarso rapporto con il territorio e che tendono a delocalizzare i processi produttivi. In questo caso l'interesse di contribuire allo sviluppo dei sistemi di welfare risulta basso sia per quanto riguarda gli stakeholder interni che per quelli esterni.

L'effetto di questi due processi di mercificazione è quello di creare un sistema di protezione dai rischi sociali diversificato dal punto di vista degli attori coinvolti nel fornire risposta ai cittadini (la società civile, lo stato e le imprese), ma in particolare del sistema di protezione di cui godono le singole persone.

Le dinamiche precedentemente segnalate evidenziano come i sistemi di welfare stiano riducendo la tensione universalistica che aveva caratterizzato la fase espansiva alla fine del secolo scorso. Tale ridotta tensione all'universalismo ripone con forza la necessità di sviluppare politiche di riequilibrio a favore dei soggetti periferici rispetto al sistema. In questo caso l'estensione dei benefici capaci di creare benessere sociale non è definita a priori come diritto di cittadinanza, ma è il risultato dell'azione combinata (ma non sempre coordinata) dei diversi attori delle politiche di welfare. A fronte di un aumento della diversificazione delle fonti di protezione dai rischi sociali, è utile considerare che i soggetti più deboli del sistema, quelli che ne sono ai bordi, hanno una presenza non consolidata nel mercato del lavoro, salari più bassi o sono impiegati in imprese di minori dimensioni e meno interessate o capaci di investire nello sviluppo del fattore umano e dei territori nei quali operano. La compresenza di queste condizioni rende queste persone decisamente meno protette. L'aumento di queste situazioni pone il problema di come utilizzare le ridotte risorse disponibili. La scelta che alcune amministrazioni già stanno affrontando confronta la necessità di ridurre al minimo i rischi ai quali dare risposte di tipo universalistico (senza compartecipazione dei cittadini) o concentrare l'attenzione sulle condizioni di maggior disagio e fornire alle persone più vulnerabili maggiori livelli di protezione sociale. Ovviamente fra queste due posizioni estreme ve ne sono altre che stanno caratterizzando i processi di trasformazione in atto.

iii) Rescaling fra localizzazione e globalizzazione

Il processo di consolidamento delle politiche di welfare nei singoli paesi europei si è accompagnato con l'idea della costruzione di sistemi nazionali di welfare. Tale prospettiva è messa in crisi da due processi paralleli, vale a dire l'accentuarsi delle dinamiche della globalizzazione e dei suoi effetti sulle dinamiche sociali e la localizzazione delle politiche.

La letteratura non si presenta omogenea nel valutare gli effetti prodotti dal processo di globalizzazione dell'economia sui sistemi di welfare, ma si segnalano impatti significativi sul fronte della domanda e su quello dell'offerta. Il focus del dibattito è riconducibile alla rilevanza delle politiche nazionali e sovranazionali, pubbliche e private nell'influenzare i cambiamenti nei sistemi di welfare state. Brady, Beckfield e Seeleib-Keiser, (2005) hanno cercato di mettere ordine in questo dibattito affrontandolo dal punto di vista empirico e cercando le correlazioni fra alcune variabili relative alla globalizzazione ed altre capaci di rappresentare le caratte-

ristiche dei diversi sistemi di welfare. La conclusione del lavoro non può essere considerata una soluzione definitiva del dibattito e gli stessi autori incoraggiano lo sviluppo di ulteriori ricerche su queste tematiche. La loro analisi evidenzia elementi di segno diverso, in particolare:

- un aumento delle spese e dei servizi di welfare nei paesi che hanno un sistema di welfare più consolidato. In questi casi (per esempio Svezia e Danimarca) la presenza di una società aperta tende a rispondere all'aumento dei flussi immigratori indotti dalla globalizzazione con l'estensione delle garanzie di protezione sociale anche (e in relazione alla loro cultura) ai cittadini di nuova acquisizione;
- una riduzione delle spese per le politiche sociali in altri paesi (per esempio l'Irlanda) che si caratterizzano per sistemi di welfare meno diffusi e consolidati.

In definitiva, l'analisi delle evidenze empiriche porta questi autori a considerare le dinamiche della globalizzazione come uno dei fattori, ma non il principale, che contribuisce a modificare i sistemi nazionali di welfare.

Altri lavori hanno cercato di studiare il rapporto fra globalizzazione e politiche di welfare dal punto di vista degli effetti prodotti sulla capacità di prelievo fiscale. Secondo Genschel (2004) possono essere prese in considerazione due diverse tesi, così rappresentabili:

- *Compensation*. I fautori di questa impostazione sostengono che la globalizzazione «aumenta le domande all'interno dei sistemi di welfare state: maggiore integrazione economica significa più rischi dall'esterno e, conseguentemente, un maggior numero di esclusi dal mercato che hanno bisogno di essere compensati (assistiti) attraverso politiche sociali redistributive» (GENSCHEL 2004, p. 626). I processi di aumento della domanda di welfare correlati all'aumento dell'internazionalizzazione dell'economia sono stati evidenziati da numeri lavori di ricerca anche a livello micro (WALTER 2010);
- *Globalist convergence*. Secondo questa tesi le integrazioni dei mercati rendono più facile spostare capitali umani, finanziari ed economici fra i confini nazionali. I capitali si sposteranno in funzione della convenienza e questo porta a far convergere le ricchezze nei paesi che presentano una minor tassazione, riducendo, così la capacità impositiva e di raccolta delle risorse da dedicare al riequilibrio delle disuguaglianze ed aumentando i rischi sociali nei paesi che non attraggono capitali. I governi tentano di correggere la situazione fiscale riducendo la pressione, ma questo rischia di ridurre anche la quantità complessiva delle risorse dedicate alle politiche di welfare.

Anche in questo caso gli autori non concordano sugli effetti della globalizzazione sulla capacità di governare il prelievo fiscale. Secondo alcuni la mobilità del capitale rende meno facile il prelievo sul capitale e si riduce, conseguentemente, la quantità di risorse disponibili per le politiche di welfare. La critica a questa posizione può essere ricondotta alla relativamente scarsa incidenza sul prelievo fiscale della tassazione dei capitali che ne costituiscono solo una minima parte. In questo caso si ricorda che le risorse vengono prevalentemente dal prelievo effettuato sui redditi da lavoro (GENSCHEL 2004). Ma in letteratura sono presenti anche lavori di ricerca (di tipo econometrico) che stimano positivo il legame fra le economie aperte e le loro capacità di tassare il capitale (SWANK 2002).

Un ulteriore aspetto da considerare riguarda gli effetti sulle disuguaglianze sociali. In questa prospettiva vale la pena riprendere i lavori della Sassen (2008) con riferimento agli effetti della globalizzazione sulla struttura delle città e sulla nascita di classi sociali globalizzate. Secondo l'autrice, le città globali, sono poste in una competizione transazionale e formano una rete internazionale. In una società post-moderna l'attrazione di risorse umane capaci d'innovazione risulta fondamentale, e le città contribuiscono a fornire il contesto di vita che rende interessante lo sviluppo in loco di un progetto esistenziale. Inoltre, la competizione fra le città e i sistemi economici locali è fatta anche alla luce dei servizi di welfare e degli stili di vita proposti. In questa prospettiva, la competizione delle città globali e la loro necessità di confronto non è con i territori limitrofi, ma con le altre città che appartengono alla rete dell'economia globalizzata. Questa situazione favorisce la creazione di squilibri geografici nella costruzione dei sistemi di welfare che assumono carattere locale per rispondere ai processi di concorrenza internazionale nell'attrarre il capitale umano. Questo processo si coniuga con lo sviluppo di classi sociali globalizzate per cui i soggetti che vi appartengono (chi opera nei mercati o nelle organizzazioni internazionali) finiscono per avere esigenze, interessi, domande di sicurezza e richiesta di condizioni che favoriscono lo sviluppo degli stessi stili di vita, in definitiva condividono lo stesso habitus (BOURDIEU 1994). Sul fronte opposto le classi lavoratrici globalizzate nel senso che sono costrette a muoversi per ricercare un lavoro che consenta loro di sopravvivere. Queste persone sono chiaramente in situazione di forte vulnerabilità (NIERO, BERTIN 2011) e portatrici di domanda di sicurezza e protezione sociale. In sintesi possiamo affermare che (WALTER 2010) i processi di globalizzazione costituiscono un'occasione di miglioramento sociale per gli individui che hanno maggiori competenze spendibili in questo scenario ma, contemporaneamente, peggiorano le condizioni di vita dei soggetti più deboli e

vulnerabili che non hanno le risorse (e le capacità di utilizzo) necessarie per far fronte ai cambiamenti resi più frequenti dalla post-modernità.

La crisi del secondo decennio di questo secolo mostra come la dimensione globale dell'economica incida sulle capacità dei singoli stati di sviluppare autonomi sistemi di welfare. Nella loro fase di crescita tali sistemi sono stati finanziati con l'aumento del debito pubblico, ma l'attuale fase recessiva ha chiuso questa possibilità e gli investitori internazionali stanno chiedendo agli stati di assumere la responsabilità di rientro dal debito pubblico. Permane la possibilità da parte degli stati di decidere quali spese ridurre e quanto mantenere costante il livello di protezione sociale, ma costituisce sicuramente un fattore che influenza i processi di scelta interni ai singoli stati.

Il rescaling delle politiche di welfare ha un'altra interessante evoluzione nel senso della localizzazione dei processi di governo e di erogazione dei servizi. Kazepov (2009) nella sua analisi sulla territorializzazione delle politiche sociali, sostiene che fin dagli anni ottanta si assiste in Europa a un aumento della rilevanza della dimensione locale delle politiche sociali, ma che tale dimensione viene formalizzata e istituzionalizzata solo verso la seconda metà degli anni novanta. Secondo l'autore si tratta di un processo che interessa, pur con velocità e diffusione diversa, tutti i paesi europei. L'affermarsi delle dinamiche della sussidiarietà verticale e orizzontale assume, infatti, caratteristiche diverse in relazione ai diversi contesti territoriali. La solidità e la crescita dell'economia locale, la densità delle reti relazionali e il capitale sociale generalizzato, la storia delle politiche sociali e socio-sanitarie locali, le caratteristiche del terzo settore e l'affermarsi di una cultura della regolazione negli attori pubblici sono tutte variabili che hanno contribuito alla definizione delle forme assunte dai sistemi locali di welfare.

L'aver evidenziato la presenza di dinamiche di localizzazione e globalizzazione non significa che queste due tendenze siano da considerare il trend inarrestabile rispetto al quale si stanno muovendo i sistemi di welfare. A fianco di questi processi permangono decisioni e processi di nazionalizzazione che si muovono sotto la spinta della:

- necessità di ridurre i costi. La risposta degli apparati è quella di cercare processi di standardizzazione e di controllo diretto sugli impieghi delle risorse. Questa impostazione deriva dalla compresenza di una scarsa fiducia nei processi di autonomia locale e dalla paura che la vicinanza alla domanda dei cittadini eserciti una pressione politica che si traduce in incapacità di riduzione delle prestazioni erogate;
- volontà di mantenimento dei rapporti di forza e dei ruoli all'interno degli apparati burocratici dello stato;

- volontà di ridurre le disuguaglianze territoriali fra i sistemi di welfare. La presenza di forti squilibri territoriali induce chi opera a livello centrale a cercare di definire un livello minimo al quale tutti i territori dovrebbero tendere e di orientare le scelte locali in modo da riavvicinare l'offerta e la performance dei singoli territori.

A fianco delle dinamiche attivate dalla globalizzazione permangono, quindi, tendenze al decentramento e al ri-accentramento dei processi di governance delle politiche di welfare.

iv) De-mercificazione e riflessività personale, sociale e sistemica

Il concetto di mercificazione è qui utilizzato in riferimento allo sviluppo di servizi e interventi di welfare spinti da una logica meramente di mercato e tesa a erogare prestazioni orientate a ristabilire negli individui la loro capacità di stare nel mercato in modo competitivo.

Donati (2011) pone il problema di ripensare al ruolo stesso del welfare per rispondere alla sua mercificazione. Con questo termine intende rappresentare che «il benessere e i servizi sociali vengono considerati delle merci, e posti sul mercato, poco importa se come merci private o pubbliche, di attori privati o pubblici o ancora da un loro mix» (2011, p. 223). Riprogettare il welfare, per Donati, significa ridefinire i processi riflessivi personali e sociali e di conseguenza la propria condizione di vita non attraverso la progettazione di nuove risposte in termini di servizi, ma soprattutto attraverso il supporto alle condizioni relazionali che consentono alle persone di perseguire e realizzare il proprio percorso di vita e consolidare il proprio sistema relazionale. In questo senso egli sostiene che la qualità del welfare è «il prodotto della capacità riflessiva delle persone, delle reti sociali e delle organizzazioni sociali in connessione con le strutture socio-economico-culturali che possono favorirlo oppure inibirlo» (2011, p. 273). Al centro sta il processo relazionale dentro il quale le singole persone attivano la loro riflessività, qui intesa non solo come processo di costruzione del senso e della conoscenza, ma anche all'interno della dimensione decisionale del concetto di senso, che attiene all'accompagnamento dell'azione sociale.

La diversificazione dei bisogni e la necessità di superare la standardizzazione delle politiche si combina con la riduzione delle risorse pubbliche. Queste diverse condizioni hanno attivato, in quasi tutti i paesi occidentali, uno sviluppo della responsabilizzazione delle reti di solidarietà territoriali nel portare un contributo allo sviluppo del benessere sociale. Le organizzazioni del terzo settore hanno evidenziato una discreta capacità di com-

binare l'attenzione alle regole della gestione economica e alla solidarietà. Tali organizzazioni si sono dimostrate attori capaci di contribuire allo sviluppo delle comunità locali ed a consolidarne il capitale sociale e la coesione (FAZZI 2008). In questa prospettiva si pongono le rielaborazioni dei sistemi di welfare in diversi paesi europei. Questo cambiamento contiene, però il rischio che si tratti esclusivamente di una ridefinizione dei rapporti fra comunità e società, fra servizi pubblici e reti di solidarietà, finalizzata a fronteggiare la riduzione delle risorse disponibili. Questo complesso processo si gioca nel rapporto fra persona, comunità e società, laddove le organizzazioni sociali, gli enti intermedi, ma anche lo stato nelle sue diverse articolazioni contribuiscono a creare e consolidare le condizioni sociali e culturali che permettono di costruire pratiche, non mercificate, che consentono la costruzione del benessere personale e sociale.

Questa prospettiva apre un processo di cambiamento e richiede ai diversi attori l'attivazione di profonde trasformazioni che riguardano: il loro ruolo nel sistema di welfare, le dinamiche che guidano l'interazione fra le organizzazioni e fra le persone, le pratiche professionali degli attori coinvolti nel lavoro di cura.

Sicuramente centrale è il cambiamento del ruolo dell'attore pubblico che passa da monopolista erogatore di servizi ad attivatore del processo di costruzione locale del benessere sociale. La responsabilità del soggetto pubblico (meglio sarebbe definirlo «governativo») sta nel mettere gli altri attori (famiglie, reti di solidarietà informali e organizzazioni del terzo settore) in grado di contribuire al meglio allo sviluppo del benessere. In questa prospettiva, diversi paesi hanno attivato un processo di rivisitazione delle strategie e delle tecnologie della governance (BERTIN, FAZZI 2010). Questa prospettiva è sicuramente più legata al dibattito teorico che non alle caratteristiche assunte dai diversi sistemi di welfare, ma l'analisi dei cambiamenti nelle professioni e nel loro modo di agire evidenzia esperienze che prefigurano questo tipo d'innovazione.

4. Verso quali scenari: alcuni percorsi di cambiamento

L'attuale fase di profonda trasformazione non consente di individuare un percorso di evoluzione dei sistemi di welfare. La crescente importanza della dimensione territoriale spinge verso un'ulteriore probabile differenziazione in coerenza con le specificità dei contesti locali (culturali, economiche e politiche oltre a quelle relative al sistema di offerta esistente). La comprensione dei processi in atto richiede l'attivazione di ricerche che consentano di monitorare e comparare le evoluzioni degli attuali sistemi di welfare.

4.1. Le dimensioni dell'analisi dei sistemi di welfare

In questa prospettiva risulta utile cercare di individuare le dimensioni da considerare per analizzare i cambiamenti e segnare alcune possibili evoluzioni per interpretare i segnali di cambiamento in atto. Per quanto riguarda le dimensioni, è bene partire dall'analizzare:

i) la responsabilità nella protezione sociale

Questa dimensione riguarda la definizione del carattere collettivo o individuale della risposta alle condizioni di bisogno. Si tratta di analizzare se tale responsabilità è riconducibile al ruolo dell'attore pubblico ed evidenziare il grado di estensione del processo di sussidiarietà. Le possibili combinazioni della distribuzione delle responsabilità assunte dagli attori nella protezione dai rischi sociali sono sicuramente molte, la necessità di semplificare può essere fatta centrando l'attenzione sulla rilevanza relativa degli attori. In questa prospettiva viene qui proposta la seguente classificazione ideal-tipica:

- stato. In questo caso la logica prevalente è ancora quella del welfare state, secondo la quale è lo stato che deve dare risposte alla presenza di condizioni individuali di disagio;
- individuo. In questo caso si demanda all'individuo la responsabilità di creare le condizioni che possono contrastare i rischi e le condizioni di disagio. Questa situazione è tipica del prevalere di culture liberiste;
- comunità. In questo caso si assume che nel sistema si siano attivate concrete e significative forme di sussidiarietà e di welfare community. La risposta alle situazioni di disagio assume forme non mercificate, ma basate sulle dinamiche solidaristiche di mondo vitale e sui sistemi relazionali nei quali sono immerse le persone;
- società. In questo caso s'ipotizza che si attivino sistemi di welfare di tipo societario, ma nei quali permane una responsabilità dello stato nel costruire le condizioni che favoriscono il consolidarsi delle relazioni (primarie e secondarie) che connettono le persone. In questa prospettiva lo stato ha anche il compito di intervenire direttamente nei contesti caratterizzati da sistemi relazionali deboli e vulnerabili;

i) la titolarità della gestione dei servizi.

I sistemi di welfare state nascono in una logica monopolistica e la funzione di erogazione dei servizi è assunta in modo esclusivo dallo stato nelle sue diverse articolazioni. Nella realtà fattuale il lavoro di cura, particolarmente nella realtà dei paesi del sud Europa, è sempre stato svolto anche dalle reti primarie e secondarie e le forme sociali intermedie hanno svolto un lavoro importante. Ma anche forme del tutto private e di carattere mercantile sono state sempre compresenti e hanno erogato prestazioni di cura e di assistenza rivolte alle classi più abbienti. Queste forme di erogazione del lavoro di cura sono state, per altro, del tutto indipendenti ed esterne al sistema di welfare. Anche in relazione a questa dimensione dell'analisi è possibile individuare quattro diverse modalità, Quali:

- stato erogatore, nelle sue diverse articolazioni. Questa situazione rappresenta la permanenza di un sistema di welfare state nel quale le altre forme in cui si articola il lavoro di cura rimangono esterne e del tutto indipendenti;
- stato compratore (terzo settore come fornitore). In questo caso il mix si caratterizza per una prevalenza del lavoro di cura pubblico e dalla presenza di un terzo settore del tutto dipendente che agisce come fornitore al pubblico dei servizi ritenuti troppo onerosi;
- pubblici e privati. In questo caso il mix vede la presenza di soggetti pubblici e privati quali erogatori di servizi con la stessa dignità. Le relazioni fra di loro possono essere di concorrenza, di divisione del lavoro (per target, complessità dei problemi o per territori) o di collaborazione e condivisione dei processi di cura;
- sussidiarietà: individuo, famiglia, comunità, stato. In questo caso la presenza di forme diverse di organizzazione del lavoro di cura assegna al pubblico la funzione di costruzione delle condizioni che favoriscono l'azione degli altri attori. Il pubblico interviene direttamente solo quando gli altri non sembrano in grado di dare risposte ai bisogni emersi. Tale condizione può essere legata alla debolezza del capitale sociale di alcune fasce di popolazione, oppure alla scarsa presenza delle forme associative solidaristiche o, per altro verso, alla natura complessa delle risposte da erogare che richiedono elevati investimenti in capitale tecnologico o umano (competenze specialistiche);

ii) il ruolo degli enti governativi e le caratteristiche dei processi di regolazione

La differenziazione degli attori e il passaggio al welfare mix rende questa dimensione non più scontata e centrale nell'interpretazione delle dinamiche che guidano la costituzione dei sistemi locali di welfare. A livello ideal-tipico è possibile immaginare che l'ente pubblico possa svolgere la sua funzione di regolazione orientando la sua azione in modo:

- gerarchico-direttivo, seguendo la logica della burocrazia e della programmazione pubblica;
- minimale di mercato, definendo le regole per la concorrenza, in questo caso riprodurrebbe il ruolo ed i processi tipici delle dinamiche di mercato e della regolazione basata sulla concorrenza;
- minimale di comunità, creando le condizioni per consentire l'azione della società civile. In questo caso si assume che la funzione di regolazione sia svolta attraverso l'autoregolazione delle reti e della comunità. Questa situazione è tipica dei clan e dei sistemi sociali coesi e caratterizzati dalla condivisione delle norme sociali;
- accompagnatorio e proscrittivo. In questo caso la regolazione assume le forme della governance ibrida (BERTIN 2009) e si basa sull'integrazione coerente fra i processi della concorrenza, della gerarchia e della rete che coesistono nelle dinamiche dei sistemi complessi;

iii) la logica dei servizi

I lavori di Donati sulla sociologia relazionale insistono molto sulla critica alla mercificazione del benessere sociale. L'autore sostiene che «il benessere delle persone, dei gruppi sociali e delle popolazioni viene identificato con l'aver delle cose, anziché con l'essere e stare in relazioni significative con sé stessi, con gli altri e con il mondo circostante» (DONATI 2011, p. 221). Questo spostamento di paradigma contiene anche un invito a prestare attenzione ai processi di cambiamento in atto che indicano percorsi nuovi da seguire. La proposta di Donati è di rileggere le dinamiche della riflessività per evidenziare quali logiche caratterizzano i processi di erogazione e fruizione delle politiche sociali. Riprendendo quest'analisi e cercando di utilizzarla all'interno del quadro analitico qui proposto, possiamo individuare quattro possibili situazioni, riconducibili alla:

- logica burocratica. In questo caso il legame fra chi eroga il servizio e l'utente è basato sul riconoscimento delle condizioni di disagio e l'individuazione di un intervento capace di contrastare

tale disagio. L'enfasi è posta (in modo ideal-tipico) sui processi di riconoscimento dell'esigibilità del diritto e sull'erogazione della prestazione;

- mercificazione. In questo caso il benessere è visto come una merce e può essere perseguito comprando beni nel mercato;
- riflessività relazionale. In questo caso l'attenzione è posta sulle dinamiche relazionali che connettono gli attori e il benessere è visto come un bene relazionale intrinseco alle interazioni fra gli individui. La risposta al disagio va cercata in primis nella ricostruzione delle condizioni che favoriscono le dinamiche d'interazione fra le singole persone.

iv) l'estensione del sistema di protezione

Questa dimensione consente di analizzare il grado di consolidamento del sistema di protezione e di fronteggiamento dei rischi sociali. In particolare tale aspetto può essere considerato da due diverse prospettive, quali: il grado copertura dei rischi (quanti e quali rischi sociali sono posti alla base del sistema di offerta); ed il grado di diffusione del sistema di offerta nella popolazione (quanta parte della popolazione è raggiunta dal sistema di offerta). In una prospettiva di welfare state l'analisi si dovrebbe centrare sulle caratteristiche dell'offerta pubblica, ma in logica di welfare mix l'attenzione va posta sull'azione complessivamente prodotta dai diversi attori che agiscono nell'erogazione di servizi di cura. In questa logica risulta complesso parlare di situazioni di tipo universalistico o residuale, tipici del linguaggio costruito nella fase di sviluppo dei sistemi di welfare state. Il grado di diffusione, infatti, non è una premessa riconducibile ai diritti garantiti ai cittadini, ma il risultato combinato dei diritti e dell'intensità delle reti di relazione interne ai mondi vitali. Queste considerazioni portano a pensare che i livelli di estensione possano non essere dipendenti dalle forme, ma legati alle caratteristiche dei contesti socio economici e relazionali dei regimi locali di welfare.

Tab. 1. I livelli di estensione dell'offerta di welfare

| Copertura dei rischi e del disagio | | | |
|------------------------------------|-------|---------------------------|----------------------|
| | | Alta | Bassa |
| Diffusione degli interventi | Alta | Alta estensione sistemica | Estensione parziale |
| | Bassa | Estensione selettiva | Estensione marginale |

Al fine di costruire degli ideal-tipi utili nell'analisi, si possono considerare le seguenti situazioni:

- alta estensione sistemica. In questo caso abbiamo a che fare con un sistema di offerta che, pur nelle sue diverse articolazioni legate al tipo di mix concreto, presenta un alto grado di diffusione fornendo interventi alla gran parte dei cittadini in condizione di disagio e, contemporaneamente, possibili risposte ai principali rischi sociali che le persone possono incontrare nel corso della vita;
- estensione parziale. In questo caso l'offerta copre solo in parte i possibili rischi sociali ma lo fa in modo generalizzato e diffuso, fornendo la possibilità di trovare risposta alle condizioni di disagio per la maggior parte della popolazione;
- estensione selettiva. In questo caso la copertura dei rischi e le condizioni di disagio sulle quali si interviene coprono un ampio spettro di situazioni, ma l'offerta non è in grado di intervenire su di una fetta consistente di popolazione;
- estensione marginale, risposta individualistica. È questa la situazione più critica perché si caratterizza per un'offerta poco estesa sia dal punto di vista del grado di copertura dei rischi (o di intervento sui disagi), sia perché fornisce opportunità di risposta solo a poche persone.

4.2. Alcuni possibili percorsi di cambiamento

Analizzando le principali combinazioni logiche, possiamo ipotizzare alcuni modelli di evoluzione dei sistemi di welfare locale. In particolare si possono considerare alcune situazioni che rappresentano possibili ideal-tipi rispetto ai quali analizzare i processi di trasformazione.

Una prima distinzione riguarda i sistemi di welfare che continuano a riferirsi alla logica originale del welfare state. In questo caso, la risposta alla crisi di risorse rischia di portare ad una riduzione del grado di protezione sociale e l'accentuazione della funzione redistributiva dei sistemi di welfare. Il dibattito riguarda la scelta dei criteri d'inclusione della popolazione in bilico fra una prospettiva universalistica ed una di tipo residuale.

i) Welfare state universalistico

Si tratta di un modello che ha interessato lo sviluppo dei sistemi di welfare dei paesi social-democratici del Nord Europa, ed è caratterizzato da un alto grado di protezione erogata dal pubblico con risorse ricavate dalla fiscalità generale. Lo stato, attraverso le sue articolazioni territoriali, svolge la funzione di regolazione e di erogazione dei servizi.

Questo modello è connotabile attraverso i seguenti aspetti:

- la responsabilità di dare risposta al disagio è dello stato che utilizza a questo fine le risorse pubbliche ricavate dalla fiscalità generale;
- i diritti sono garantiti a tutti i cittadini e coprono un ampio spettro dei rischi sociali
- l'erogazione degli interventi è di tipo monopolistico ed è svolta esclusivamente dai soggetti pubblici;
- la cultura dell'intervento si basa sulla logica burocratica;
- la regolazione è di tipo gerarchico ed è basata su meccanismi prescrittivi.

Tab. 2. Welfare state universalistico

| Dimensioni dell'analisi | Responsabilità della protezione sociale | Titolarietà della gestione dei servizi | Ruolo dello stato nei processi di regolazione | Logica degli interventi | L'estensione del sistema di offerta |
|---|---|--|---|-------------------------|-------------------------------------|
| Caratteristiche welfare universalistico | Stato | Stato | Gerarchico-direttivo | Burocratica | Alta estensione sistemica |

ii) Welfare state residuale

Questo modello si differenzia dal precedente per il livello di estensione dell'offerta che riesce a erogare. Gli interventi sociali sono garantiti solo ai cittadini che presentano alcune caratteristiche utilizzate per definire l'esigibilità del diritto. Solitamente tali caratteristiche attengono alla verifica dell'esistenza delle condizioni di bisogno e (qualora non si tratti di un bisogno di risorse economiche) e della mancanza delle risorse economiche che consentono all'individuo di rispondere direttamente al disagio.

Questo modello è connotabile attraverso i seguenti aspetti:

- la responsabilità spetta al singolo cittadino, allo stato quando il cittadino non è in grado di provvedere da solo;
- l'estensione dei diritti è selettiva. La logica è di redistribuzione delle risorse e quindi l'intervento riguarda solo i cittadini che sono in condizione di vulnerabilità, non in grado di attivare risorse proprie per dare risposta all'insorgere delle condizioni di disagio;
- tutti i servizi sono gestiti dal pubblico;
- la cultura dell'intervento si basa sulla logica burocratica;
- le logiche della regolazione sono basate sulla gerarchia e sulla prescrittività.

Tab. 3. Welfare state residuale

| Dimensioni dell'analisi | Responsabilità della protezione sociale | Gestione dell'offerta | Ruolo dello stato nei processi di regolazione | Logica degli interventi | L'estensione del sistema di offerta |
|-----------------------------------|---|-----------------------|---|-------------------------|-------------------------------------|
| Caratteristiche welfare residuale | Individuo/ Stato | Pubblici e privati | Gerarchico-direttivo | Burocratica | Estensione selettiva |

Una seconda prospettiva riguarda le forme che assumono i sistemi di welfare in seguito alla fine del monopolio pubblico e allo sviluppo della presenza di attori diversi, pubblici e privati. La differenziazione degli attori si accompagna inevitabilmente anche con una diversificazione dei sistemi locali. Il livello di protezione sociale dipende dalle caratteristiche dei singoli regimi locali di welfare. Un ulteriore tema del dibattito riguarda il ruolo dello stato e le dinamiche della regolazione. Anche in questo caso è possibile individuare due diverse forme ideal-tipiche che possono rappresentare le tendenze con le quali confrontarsi.

iii) Welfare mix regolato dallo Stato

Il passaggio dai sistemi di welfare state al welfare mix si caratterizza prevalentemente per due aspetti. Il primo elemento riguarda il ricorso a soggetti privati, e in particolare di privato sociale, per l'erogazione degli interventi. La seconda attiene al cambiamento di ruolo del soggetto pubblico. I servizi pubblici rimangono titolari dell'intervento, esternalizzano una parte del processo produttivo e spostano la loro azione verso le funzioni di regolazione. Il terzo settore è considerato come un fornitore del pubblico. Tale scelta trova origine in due aspetti, quali: la riduzione delle risorse o quantomeno della capacità economica di rispondere a una

dinamica evolutiva dei bisogni; la necessità di far fronte a una domanda sempre più diversificata, che richiede grande flessibilità, a fronte di una organizzazione del lavoro nei servizi pubblici tendenzialmente standardizzata e rigida. La riduzione delle risorse vede progressivamente abbandonata la logica universalistica (come diritti garantiti dallo stato) per abbracciare un approccio residuale che garantisce i servizi solo a una fascia di popolazione. I servizi sono erogati solo in presenza di una verifica dei requisiti di esigibilità stabiliti per l'ottenimento del servizio.

Questo modello è connotabile attraverso i seguenti aspetti:

- i servizi possono essere gestiti da pubblici o privati ma la titolarità è sempre pubblica;
- il privato è sempre fornitore del pubblico;
- la programmazione è pubblica;
- l'esigibilità è definita dal pubblico e legata al bisogno e al reddito. Il ruolo dello stato si potrebbe sviluppare come garante della distribuzione di un livello minimo di protezione sociale per tutti i cittadini, oppure riguardare solo alcuni cittadini concentrando risorse e interventi sulla popolazione più vulnerabile;
- il terzo settore non ha necessariamente un forte radicamento territoriale (opera anche in territori diversi).

Tab. 4. Welfare mix regolato dallo stato

| Dimensioni dell'analisi | Responsabilità della protezione sociale | Gestione dell'offerta | Ruolo dello stato nei processi di regolazione | Logica degli interventi | L'estensione del sistema di offerta |
|--|---|-----------------------------------|---|----------------------------|-------------------------------------|
| Caratteristiche welfare mix regolato dallo Stato | Stato | Pubblici e privati (profit e non) | Gerarchico-direttivo | Prevale logica burocratica | Estensione parziale vs marginale |

iv) Welfare mix regolato dal mercato

Un ulteriore percorso imboccato da alcune realtà conduce a ridurre ancora il ruolo dello stato. In questo caso lo stato si caratterizza prevalentemente (o quantomeno in linea teorica) per la definizione delle regole entro le quali si sviluppano le dinamiche di concorrenza nell'erogazione dei servizi. La scelta dei servizi e la responsabilità di dare risposta ai rischi sociali è demandata ai cittadini e alla loro capacità di essere clienti in un contesto che enfatizza la mercificazione del benessere sociale. Allo stato è demandata una funzione residuale di redistribuzione e assistenza alle condizioni di totale vulnerabilità.

Questo modello è connotabile attraverso i seguenti aspetti:

- la responsabilità di dare risposta all'insorgenza di condizioni di disagio e di far fronte ai rischi che accompagnano i corsi di vita, è posta in capo ai singoli individui;
- l'erogazione degli interventi è fatta da soggetti che possono avere una ragione giuridica sia pubblica che privata;
- la regolazione assume le forme del mercato e si occupa esclusivamente di definire le regole entro le quali si deve sviluppare la competizione e la concorrenza fra i fornitori. Il rapporto fra la domanda e l'offerta definisce la regolazione (ex post) del sistema;
- l'estensione del sistema è marginale, dipende dal rapporto fra domanda e offerta e dalla capacità dei singoli individui di utilizzare le risorse per trovare nel mercato le risposte alla propria domanda di benessere
- la logica degli interventi è di tipo mercantile, orientata a far crescere il consumerismo sociale con offerte che tendono a rompere le dinamiche relazionali e riprodurre, anche nella ricerca del benessere, quelle proprie della società dei consumi.

La terza prospettiva da considerare riguarda il percorso di cambiamento indicato dal dibattito sul welfare societario. Questa direzione persegue la logica della sussidiarietà orizzontale e assegna alla comunità la funzione principale di dare risposta alle persone in condizione di vulnerabilità sociale. L'altro elemento caratterizzante, e collegato, è la proposta di un cambiamento di rotta rispetto allo sviluppo delle logiche legate alla mercificazione sociale. La logica del welfare societario assegna grande attenzione alla necessità di valorizzare e rigenerare il capitale sociale che connette le singole persone con il loro mondo vitale. L'elemento di dibattito che può aiutare a immaginare scenari diversi innescati da questa impostazione riguarda il ruolo svolto dal pubblico. Al pubblico viene assegnato il ruolo di agente esterno, rischiando di riprodurre logiche burocratiche e di limitare la capacità di affermazione delle reti di solidarietà della comunità, oppure di creare le condizioni che favoriscono il consolidamento delle reti sociali. Anche la regolazione cambia in relazione al ruolo ricoperto dagli enti governativi e dalle loro relazioni con gli enti intermedi presenti nella comunità.

Tab. 5. Welfare mix regolato dal mercato

| Dimensioni dell'analisi | Responsabilità della protezione sociale | Gestione dell'offerta | Ruolo dello stato nei processi di regolazione | Logica degli interventi | L'estensione del sistema di offerta |
|-----------------------------------|---|-----------------------------------|---|-------------------------|-------------------------------------|
| Caratteristiche welfare residuale | Individuo | Pubblici e privati (profit e non) | Definisce le regole per la concorrenza | Mercificazione | Estensione marginale |

v) *Welfare societario con rete decentrata*

In questo caso l'enfasi è sulla dimensione della sussidiarietà, vale a dire sulla capacità della comunità di attingere alle proprie dinamiche relazionali e di solidarietà per far fronte al disagio sociale. Questa situazione si caratterizza per un rifiuto della mercificazione del welfare e la valorizzazione della dimensione umana sottesa alla produzione di beni relazionali. Il centro del processo di produzione del benessere è posto nei mondi vitali, nelle relazioni primarie e nelle forme organizzative dense di capitale sociale. Le dinamiche della regolazione si basano su reti fra pari e sono determinate dai processi di scambio sociale che consentono di connettere e tenere in equilibrio le relazioni fra gli attori del sistema. Lo stato ha la funzione di definire le regole che consentono alla società civile di operare. La centralità delle dinamiche societarie rende difficile una pre-definizione dei diritti esigibili dai cittadini e rende il concetto di universalismo di difficile utilizzo. Il livello di protezione sociale, infatti, non costituisce un input ma un output e, conseguentemente, è il risultato e non la premessa del sistema di welfare.

Questo modello è connotabile attraverso i seguenti aspetti:

- il disagio e la presenza di rischi sociali viene considerato un problema della comunità che deve cercare di fronteggiarlo mobilitando le risorse individuali e collettive presenti al proprio interno;
- individuo, famiglia, comunità, stato. In logica di sussidiarietà la risposta alle condizioni di disagio sociale va posta innanzitutto nell'individuo e nelle sue reti primarie e secondarie;
- ruolo minimo, crea le condizioni per consentire l'azione della società civile. La regolazione non viene assegnata in via esclusiva allo stato, ma sta nelle dinamiche di scambio sociale che connettono le forme sociali intermedie che caratterizzano le singole comunità;
- riflessività relazionale (e sistemica). La de-mercificazione non riguarda solo la necessità di svincolare il lavoro di cura alle di-

- namiche del mercato, ma diventa il processo fondamentale per il consolidamento delle reti relazionali;
- estensione marginale vs alta estensione sistemica. Anche in questo caso l'estensione del sistema di protezione sociale dipende dalle caratteristiche del regime locale più che dalla forma del sistema di welfare. Territori con capitale sociale primario e secondario più densi e robusti supportano anche il consolidamento di un più esteso lavoro di cura.

Tab. 6. Welfare societario con rete decentrata

| Dimensioni dell'analisi | Responsabilità della protezione sociale | Gestione dell'offerta | Ruolo dello stato nei processi di regolazione | Logica degli interventi | L'estensione del sistema di offerta |
|--|---|---|---|--------------------------|---|
| Caratteristiche welfare societario con rete decentrata | Comunità (forme sociali intermedie) | Famiglia, comunità, pubblici e privati (profit e non) | Ruolo minimo, crea le condizioni per consentire l'azione della società civile | Riflessività relazionale | Estensione marginale vs Alta estensione sistemica |

vi) *Welfare societario con rete policentrica*

In questo caso la dimensione societaria riprende le caratteristiche del modello precedente, ma assegna allo stato la funzione di regista e attivatore dei processi societari. L'enfasi è sull'integrazione fra pubblico e privato e sulla responsabilizzazione del pubblico in merito alla costruzione delle condizioni che consentono alla comunità di esprimere le proprie potenzialità e di intervenire laddove questa non sia in grado di costruire le condizioni minime di erogazione della sicurezza sociale. La logica della regolazione è quella dell'accompagnamento dei processi e la ricerca di un'integrazione coerente fra le dinamiche della rete, della concorrenza e della programmazione pubblica (governance ibrida).

Questo modello è connotabile attraverso i seguenti aspetti:

- la responsabilità della costruzione di un sistema di solidarietà con il quale dare risposta alle condizioni di disagio ed ai rischi sociali è assegnata alle forme sociali intermedie e allo stato, nelle sue diverse articolazioni;
- la gestione del lavoro di cura è distribuita, a partire dall'individuo, dalla famiglia, dalla comunità, e dallo stato;
- lo stato assume il ruolo di regista dei processi di regolazione: la governance indirizza gli attori della rete verso la realizzazione

- delle politiche condivise e ricorrendo prevalentemente a meccanismi di incentivazione;
- la logica degli interventi si orienta ad una riflessività sistemica (e relazionale);
 - alta estensione sistemica, le persone si fanno carico della gestione della propria salute e di affrontare le criticità incontrate nel percorso di vita (ad esempio: morte a casa, care giver...). L'ente pubblico interviene a supporto della gestione delle criticità, cercando di consolidare le dinamiche relazionali.

Tab. 7. Welfare societario con rete policentrica

| Dimensioni dell'analisi | Responsabilità della protezione sociale | Gestione dell'offerta | Ruolo dello stato nei processi di regolazione | Logica degli interventi | L'estensione del sistema di offerta |
|--|---|---|--|--|-------------------------------------|
| Caratteristiche welfare societario con rete policentrica | Società (forme sociali intermedie, Stato) | Famiglia, comunità, pubblici e privati (profit e non) | Stato come regista dei processi di regolazione: governance | Riflessività sistemica (e relazionale) | Alta estensione sistemica |

Le combinazioni possibili sarebbero molte di più di quelle che vengono qui evidenziate. Questa costruzione dei tipi teorici ha solo l'obiettivo di evidenziare i possibili percorsi evolutivi dei sistemi di welfare. Questi tipi hanno la funzione di facilitare la definizione delle variabili da utilizzare per l'analisi dei reali processi di trasformazione e differenziazione in atto nei regimi locali di welfare.

Bibliografia

- Z. BAUMANN, *Homo consumens*, Erickson, Trento, 2007.
- G. BERTIN, (a cura di), *Invecchiamento e politiche per la non autosufficienza*, Erickson, Trento, 2009.
- G. BERTIN, *Welfare e sviluppo locale*, «Argomenti», 29, 2010.
- G. BERTIN, *Crises and change processes of the welfare systems*, «Italian Sociological Review», 1, 2012, pp. 1-13.
- G. BERTIN, L. FAZZI, *La governance delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci, 2010.
- G. BERTIN, G. MORO, *I sistemi regionali di welfare in Italia*, in COLOZZI (a cura di), *Dal vecchio al nuovo welfare. Percorsi di una morfogenesi*, Milano, Franco Angeli, 2012.
- G. BONOLI, *Time matter, postindustrialisation, new social risk, and welfare state adaptation in advanced industrial democracies*, «Comparative Political Studies», 40, 2007, pp. 495-520.

- P. BOURDIEU, *Raisons pratiques. Sur la theorie de l'action*, Paris, Editions du Seuil, 1994
- D. BRADY, J. BECKFIELD, *Seeleib-kaiser; Economic globalization and welfare state in affluent democracies 1975-2001*, «American Sociological Review», 70, 2005, pp. 921-948.
- M. BRAGGION, S. CAMPOSTRINI, G. BERTIN, *Socio-economic differences and health care access inequalities from a welfare system perspective, Italy, 2007 to 2010*, Chronic Diseases and Injuries in Canada, 32, Supplement 1. Convegno: 7th World Alliance for Risk Factor Surveillance (WARFS) Global Conference, 2011.
- R. CASTEL, *L'insicurezza sociale*, Torino, Einaudi, 2004.
- L. COMBRINCK-GRAHAM, *A developmental model for family systems*, in *Family Process*, 24, 1985.
- P. CONRAD, *Le mutevoli spinte alla medicalizzazione*, in «Salute e Società», 2, 2009.
- C. DEWILDE, *A life-course perspective on social exclusion and poverty*, «British Journal of Sociology», 54, 2003.
- P. DI NICOLA, *La rete come metafora dell'appartenenza*, Milano, Franco Angeli, 1998.
- P. DI NICOLA, *Famiglia: sostantivo plurale*, Milano, Franco Angeli, 2008.
- P. DI NICOLA, S. STANZANI, L. TRONCA, *Forme e contenuti delle reti di sostegno*, Milano, Franco Angeli, 2010.
- P. DONATI, I. COLOZZI (a cura di), *Terzo settore e valorizzazione del capitale sociale in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- P. DONATI, I. COLOZZI, *Il paradigma relazionale nelle scienze sociali: le prospettive sociologiche*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- P. DONATI, *Sociologia della riflessività*, Bologna, Il Mulino, 2011.
- L. FAZZI, *L'evoluzione dei rapporti tra enti pubblici e nonprofit nel settore dell'assistenza in Italia: nodi e prospettive*, «Economia pubblica», 5-6, 2008.
- A.C. HEMERIJCK, *The self trasformation of the European social model(s)*, in G. ESPING ANDERSEN, *Why we need a new welfare state*, Oxford, Oxford University Press, 2002.
- P. GENSCHEL, *Globalization and welfare state: a retrospective*, «Journal of European Public Policy», 4, 2004, pp. 613-636.
- S. GRAHAM, S. MARVIN, *Splintering Urbanism*, London, Routledge, 2001.
- G. ESPING ANDERSEN, *I fondamenti sociali delle economie post-industriali*, Bologna, Il Mulino, 2000.
- R. LARATTA, *From welfare state to welfare society: toward a viable system of welfare in Japan and England*, «International Journal of Social Welfare», 19, 2010, pp. 131-141.
- A. MATURO, *I mutevoli confini della medicalizzazione: prospettive e dilemmi del miglioramento umano*, «Salute e Società», 2, 2009.
- M. NIERO, G. BERTIN (a cura di), *Vulnerabilità e fragilità sociale*, «Salute e società», 3, 2011.
- Y. KAZEPOV (a cura di), *La dimensione delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci, 2009.
- C. SARACENO, *Mutamenti della famiglia e politiche sociali in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2003.

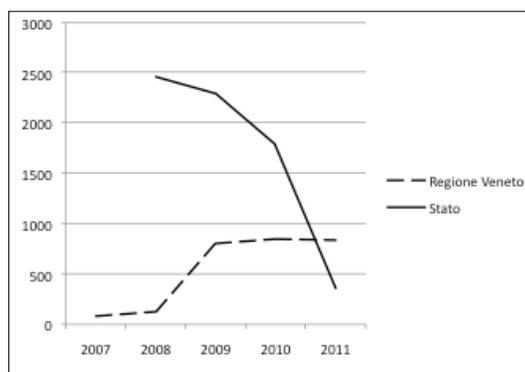
- S. SASSEN, *Una sociologia della globalizzazione*, Einaudi, Torino, 2008.
- D. SWANK, *Global Capital, Political Institutions, and Policy Change in Developed Welfare States*, Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
- M. TEPE, P. VANHUYSE, *Social risk and social spending: change and timing in eight programmes across four worlds welfare, 1980-2003*, «Journal of European Social Policy», 20, 2010, pp. 217-235.
- S. WALTER, *Globalization and the welfare state. Testing the microfoundations of the compensation hypothesis*, «International Studies Quarterly», 54 (2), 2010, pp. 406-426.
- W.D. WELLS, G. GUBAR, *Life cycle concept in marketing research*, «Journal of Marketing Research», 3, 1966.
- G. WOOD, I. GOUGH, *A comparative welfare regime approach to global social policy*, «World Development», 34, 10, 2006.

Quali sistemi di welfare regionali?

Giovanni Bertin

In tutti i paesi europei si assiste ad un processo di decentramento e ricentralizzazione delle politiche di welfare. Il decentramento aumenta la discrezionalità del potere locale e questa tendenza si accompagna al rischio di una crescita delle diversificazioni territoriali (ANDREOTTI, MINGIONE, POLIZZI 2012). Per altro la stessa diversificazione è considerata da altri autori (RANCI 2004) come occasione per attivare le risorse locali in modo coerente con le specificità ed i bisogni dei territori. Queste due prospettive richiedono un'analisi tesa a studiare i processi di differenziazione e a capire se tali differenze rispondono a specifici bisogni o non costituiscano in sé un fattore di disegualianza sociale. Studiare i sistemi di welfare in una fase di forte turbolenza risulta sicuramente un'operazione non semplice perché la fotografia dei sistemi locali rischia di essere già datata. L'impossibilità di avere dati in tempo reale costituisce un bias all'analisi proprio nelle fasi di veloce evoluzione dei sistemi.

Graf. 1. Esempio di andamento della spesa sociale nel periodo 2007-2012



Stato: Gori, 2011

Regione Veneto: bilancio Assessorato Servizi Sociali Regione Veneto

Si rischia, infatti, di rappresentare un fenomeno che è già cambiato in modo significativo. Questa situazione ha spinto a costruire la ricerca comparativa che qui viene presentata con riferimento al periodo 2005-2010, nel quale i sistemi di welfare regionali hanno raggiunto e consolidato il loro livello di maggior espansione. Dal 2010, infatti inizia la fase di riduzione pesante delle risorse pubbliche immesse nel sistema.

Guardando l'andamento della spesa sociale si evince che il ruolo dello stato è andato calando dal 2007 in poi, fino a risultare marginale dal 2011. Questo porta a supporre che, nella seconda parte del primo decennio di questo secolo, il peso delle politiche regionali sia andato crescendo e sia legato non più alle modalità adottate per distribuire le risorse statali, ma a scelte interne alle regioni di allocazione delle proprie risorse. Questo aspetto rende l'analisi delle politiche regionali centrale nella classificazione dei sistemi di welfare. Il grafico uno, per esempio evidenzia come dal 2011 la Regione Veneto sia diventata l'attore principale e abbia calmierato l'effetto di riduzione dei sistemi di welfare provocato dall'azione dello stato. Per quanto riguarda il terzo soggetto pubblico, vale a dire l'ente locale, risulta più difficile analizzare precisamente il ruolo svolto in questa fase di crisi perché i dati sulla spesa sociale dei comuni non coprono completamente il periodo di osservazione considerato. Vale la pena, comunque ricordare che nel periodo che va al 2003 al 2008 la crescita della spesa sociale dei comuni in Italia (pur con intensità diverse nei singoli territori) è stata mediamente del 28,2%, confermando un aumentato ruolo della dimensione locale (media annua del 4,7%). Del resto la centralità della dimensione locale del welfare è già stata segnalata dai lavori di ricerca di Kezepov (2009) che ne ha segnalato l'accresciuta rilevanza anche in altri paesi europei.

In riferimento all'ultima parte del periodo considerato, Giovannetti (2012) segnala che dal 2009 al 2011 la spesa sociale complessiva nelle città metropolitane ha avuto una crescita media annua del 2,73%. Questa variazione segnala una sostanziale stabilità, in termini di reale disponibilità di risorse, nel periodo considerato, ma anche una riduzione del tasso di crescita che aveva mediamente caratterizzato il periodo precedente (nell'ipotesi che le città capoluogo non abbiano una spesa sociale minore di quella media nazionale). Probabilmente la situazione del 2010 e 2011 è anche il prodotto dei tempi dilatati dei finanziamenti nazionali che hanno avuto effetto temporalmente successivo. In altre parole il calo dei trasferimenti dallo stato a regioni ed enti locali, relativi all'anno 2009, produce i suoi effetti sulle risorse impiegate a livello locale (regioni e comuni) nel 2010 e (in parte) nel 2011. Questi elementi portano a considerare la centralità della dimensione locale negli attuali sistemi di welfare. Se a questo si aggiunge che l'attuale fase di criticità ha raggiunto anche i bilanci regio-

nali e degli enti locali, ne consegue la necessità di considerare il carattere d'instabilità ed evolutività dei sistemi locali di welfare. La natura turbolenta dei processi in atto fa pensare che i cambiamenti possano essere di tipo discontinuo e presentare nel breve anche scenari significativamente diversi dagli attuali. Lo studio dei trend in atto non risulta sicuramente esaustivo in queste condizioni, ma può evidenziare i processi che hanno caratterizzato la fase nella quale le regioni hanno inciso in modo particolare nell'assestamento del welfare locale. La costruzione di una classificazione dei sistemi regionali in questa fase non può che avere la funzione di fotografare il sistema per facilitare la futura analisi dei cambiamenti e delle scelte che faranno le regioni (e i comuni) in risposta alla crisi strutturale che si è aperta con il sensibile calo di risorse pubbliche dedicate al welfare. A partire da queste considerazioni, questo capitolo si snoda in tre parti nelle quali presentare: i) la classificazione dei sistemi regionali di welfare nella loro fase di consolidamento; ii) l'analisi dei trend evolutivi che hanno accompagnato la riduzione dell'intervento diretto dello stato nel finanziamento delle politiche sociali; iii) l'individuazione dei fattori che hanno influenzato lo sviluppo dei sistemi locali di welfare.

1. Una classificazione dei sistemi di welfare nella loro fase di consolidamento

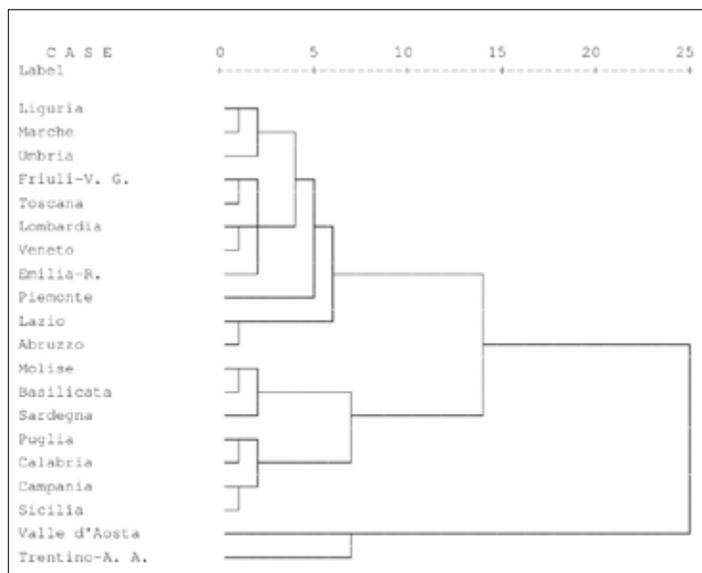
Nel capitolo cinque di questo libro sono riportate in dettaglio le scelte metodologiche fatte e l'analisi descrittiva delle differenze fra le singole regioni italiane in relazione alle dimensioni su cui si è basata la comparazione. La ricerca, infatti, è partita dal considerare tre dimensioni fondamentali per la classificazione dei sistemi di welfare, vale a dire: la titolarità (pubblica o privata profit e non) nella gestione dei servizi; l'estensione del sistema di offerta; il contesto. L'analisi fattoriale realizzata fra gli indicatori scelti per specificare le singole dimensioni ha consentito di individuare due fattori per ogni dimensione e sui factor scores prodotti è stata fatta una cluster analysis (il processo di ricerca è descritto in modo puntuale nel capitolo cinque).

Tab. 1. Dimensioni e fattori utilizzati per la cluster

| | I fattori utilizzati per la cluster (var. spiegata) | |
|---------------------------------------|---|--|
| Titolarità nella gestione dei servizi | Mix strutturato (var. spiegata: 28,8%) | Mix tendente al societario (var. spiegata: 26,2%) |
| Estensione del sistema di offerta | Servizi tradizionali (var. spiegata: 48,6%) | Servizi innovativi (var. spiegata: 30,5%) |
| Il contesto | Rischi sociali (var. spiegata: 35,6%) | Coesione sociale (var. spiegata: 31,6%) |

Prima di presentare i risultati è bene ricordare alcuni elementi di fondo. Una prima considerazione va fatta riprendendo il carattere principale emerso da quest'analisi, vale a dire la forte differenziazione che induce a ritenere difficile parlare di un sistema di welfare nazionale.

Graf. 2. I sistemi di welfare regionali (cluster analysis)



Del resto le analisi fatte da alcune regioni relativamente alle loro situazioni interne (BERTIN 2012) ci portano a dire che probabilmente anche la dimensione regionale è troppo ampia per pensare a sistemi di welfare fortemente omogenei. Una seconda precisazione riguarda la dinamicità dei modelli e i tempi di analisi dei cambiamenti in atto. Dalla seconda parte di questo decennio le regioni italiane hanno avviato cambiamenti anche profondi, ma tali cambiamenti, per il momento, segnano differenze sul piano normativo non ancora in grado di sortire effetti significativi. L'inerzia dei sistemi porta a considerare che, se queste politiche produrranno effetti, tali effetti si renderanno visibili nei prossimi anni. Da ultimo giova ricordare che qualsiasi processo di classificazione si basa sulla ricerca dei fattori che rendono alcune unità di analisi (nel nostro caso i sistemi regionali di welfare) simili fra loro e diverse dalle altre. Si tratta di una semplificazione della realtà che cerca di rappresentarla e di renderla più facilmente interpretabile.

Il grafico 2 evidenzia la presenza di sette tipi di welfare che raggruppano alcune regioni sufficientemente simili. A partire da questo raggruppamento dei territori simili, e da quanto emerso dall'analisi fattoriale (vedi capitolo cinque), è possibile costruire una tipologia di classificazione dei sistemi regionali, così come appaiono in questo momento del loro percorso di cambiamento.

Tab. 2. Regioni e caratteristiche dei singoli cluster

| Tipo di Welfare | Caratteristiche | | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------|----------------------------|----------------------|--------------------|------------------|----------------|
| | Regioni Appartenenti | Mix strutturato | Mix tendente al societario | Servizi Tradizionali | Servizi innovativi | Coesione Sociale | Rischi sociali |
| Generalizzato con mix di tipo societario | Valle d'Aosta | Medio alto | Alto | Alto | Basso | Alto | Medio alto |
| Generalizzato e generoso | Friuli Venezia Giulia | Medio alto | Medio basso | Medio alto | Alto | Medio alto | Basso |
| | Toscana | Medio alto | Medio basso | Medio alto | Medio alto | Medio alto | Medio basso |
| | Lombardia | Alto | Medio basso | Medio alto | Alto | Medio alto | Medio basso |
| | Veneto | Alto | Medio basso | Medio alto | Alto | Medio alto | Medio basso |
| | Emilia Romagna | Medio alto | Medio alto | Medio alto | Alto | Medio basso | Medio basso |
| Mix strutturato | Liguria | Medio alto | Medio alto | Medio alto | Medio alto | Medio alto | Medio basso |
| | Marche | Medio alto | Medio alto | Medio basso | Medio alto | Medio basso | Basso |
| | Umbria | Medio alto | Medio alto | Medio basso | Medio alto | Medio basso | Basso |
| Consolidato e poco innovativo | Piemonte | Alto | Basso | Medio alto | Medio basso | Medio basso | Medio basso |
| Residuale e poco diversificato | Lazio | Medio basso | Basso | Medio basso | Medio alto | Basso | Medio basso |
| | Abruzzo | Medio basso | Medio basso | Medio basso | Medio basso | Medio basso | Medio basso |
| Residuale con propensione al societario | Molise | Basso | Medio alto | Medio basso | Medio basso | Medio alto | Medio alto |
| | Basilicata | Basso | Alto | Basso | Medio basso | Medio basso | Medio alto |
| | Sardegna | Basso | Medio alto | Medio basso | Basso | Medio alto | Alto |

| | | | | | | | |
|--|------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|---------------|
| Minimale a elevata criticità sociale | Puglia | Basso | Medio basso | Medio basso | Medio basso | Medio basso | Medio alto |
| | Calabria | Basso | Basso | Basso | Medio basso | Medio basso | Medio alto |
| | Campania | Medio basso | Basso | Medio basso | Medio basso | Basso | Alto |
| | Sicilia | Medio basso | Medio basso | Medio basso | Basso | Medio basso | Alto |
| | Trentino Alto Adige | Alto | Alto | Alto | Medio basso | Alto | Medio alto |

Fatte queste precisazioni, è possibile proporre la tipologia di classificazione dei sistemi di welfare regionale emersa dalla ricerca. Tale classificazione può essere così descritta:

- welfare universalistico con mix di tipo societario.

Tale situazione si caratterizza per una rilevante presenza di attori pubblici e di terzo settore sostenuti anche da una società civile integrata e coesa. Il sistema di offerta presenta una copertura ampia ma una presenza del sistema territoriale (accentramento dei servizi) poco diffuso. I rischi sociali sono relativamente bassi.

Presentano queste caratteristiche le regioni Valle d'Aosta e Trentino Alto Adige;

- welfare mix integrato e universalistico.

Le caratteristiche di questo tipo sono un'offerta ampia e diffusa orientata anche allo sviluppo di servizi territoriali. Il sistema di welfare si caratterizza per un mix costituito da attori pubblici e privati che svolgono un ruolo centrale, ma si evidenziano anche segnali importanti sulla presenza di processi di tipo societario. Va notata anche una discreta coesione sociale a fronte di rischi relativamente poco elevati.

Appartengono a questo gruppo le regioni: Friuli Venezia Giulia, Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Lombardia. Pur in presenza di una sostanziale omogeneità di queste regioni, è possibile notare alcune differenze interne. L'Emilia Romagna ha una presenza relativamente maggiore di un terzo settore organizzato, a fronte di una società relativamente meno coesa. La Lombardia, invece, si caratterizza per una presenza relativamente maggiore di soggetti privati. Queste differenze potrebbero essere segnali dei processi di trasformazione in atto che non sono ancora in grado di determinare differenze significative ma segnano un cammino che può produrre in futuro distanze più marcate;

- welfare mix strutturato.

Le regioni comprese in questo tipo si caratterizzano per la presenza di mix strutturato, pur con processi di trasformazione verso un sistema di welfare societario ed una propensione a sviluppare servizi

territoriali. Il sistema storico di welfare presenta un'offerta media, la coesione sociale del sistema è medio-bassa, ma bassi sono anche i rischi sociali. Appartengono a questo gruppo le regioni: Liguria, Marche, Umbria. Anche in questo caso si segnalano delle differenziazioni parziali nel gruppo. La Liguria sembra insistere su un territorio che ha caratteristiche parzialmente diverse, denotato da bassi rischi sociali e alta coesione;

Tab. 3. Regioni e caratteristiche dei singoli cluster

| Tipo di welfare | Regioni appartenenti | Caratteristiche |
|--|---|---|
| Generalizzato con mix di tipo societario | Valle d'Aosta Trentino Alto Adige | Mix strutturato ma con dinamiche forti di societario, offerta estesa di servizi tradizionali, ma meno attenti alla territorializzazione, forte coesione sociale e significativa presenza di rischi sociali |
| Generalizzato e generoso | Friuli Venezia Giulia Toscana Lombardia Veneto Emilia Romagna | Mix strutturato con la presenza di alcuni segnali di orientamento verso il societario, l'offerta estesa di servizi tradizionali e di orientamento verso la territorializzazione, società discretamente coese con rischi sociali relativamente bassi |
| Mix strutturato | Liguria Marche Umbria | Mix bilanciato fra dinamiche d'integrazione di mercato, stato e societarie. Offerta discretamente diffusa di servizi tradizionali e territoriali, la coesione sociale è discreta e bassi sono i rischi sociali |
| Consolidato ma poco innovativo | Piemonte | Mix strutturato ma con pochi segnali di orientamento verso dinamiche di sussidiarietà, l'offerta di servizi tradizionali è estesa ma poco orientata alla territorializzazione, coesione e rischi sociali sono relativamente bassi |
| Residuale e poco diversificato | Lazio Abruzzo | Il mix è relativamente poco articolato e poco significativi sono i segnali di orientamento verso il welfare societario. L'offerta di servizi tradizionali e territoriali è relativamente poco estesa |
| Residuale con propensione al societario | Molise Basilicata Sardegna | Mix di mercato e stato poco strutturato, ma con alcuni segnali di orientamento verso strutture di tipo societario, l'offerta è poco estesa sia di servizi tradizionali sia territoriali, la coesione è discreta ma alti sono anche i rischi sociali |
| Minimale a elevata criticità sociale | Puglia Calabria Campania Sicilia | Debole la presenza di tutti gli attori (pubblici e privati) e mancano segnali di orientamento verso la sussidiarietà, l'offerta appare complessivamente poco estesa. La società poco coesa presenta rischi sociali elevati |

- welfare consolidato ma poco innovativo.

Questa situazione si caratterizza per avere un mix pubblico-privato con relativamente poca presenza di societario. Si evidenzia un sistema di offerta diffuso e consolidato ma con una relativamente bassa estensione dei servizi territoriali. I rischi sociali sono bassi ma lo è anche la coesione sociale. Solo la Regione Piemonte presenta queste caratteristiche;

- welfare residuale e poco diversificato.

In questo caso, si tratta di sistemi caratterizzati da un'offerta d'interventi tradizionali e istituzionali poco estesa, anche se si segnalano alcuni elementi che tendono verso logiche innovative e territoriali. Poco diversificato è anche l'insieme dei soggetti erogatori di servizi. I rischi sociali del contesto sono relativamente bassi, ma lo è anche la coesione sociale. Quest'ultimo aspetto si sposa con una bassa propensione a sviluppare logiche di tipo societario. Presentano queste caratteristiche le regioni Lazio e Abruzzo;

- welfare residuale con propensione al societario.

Il gruppo di regioni comprese in questo tipo evidenziano un mix caratterizzato da una scarsa presenza di servizi pubblici e privati. La diffusione del sistema di offerta di servizi tradizionali è limitata, inoltre non si evidenziano tensioni all'innovazione o allo sviluppo di servizi territoriali. In questo caso la presenza di una significativa coesione sociale sembra favorire lo sviluppo di pratiche basate sulla solidarietà. La scarsa presenza d'interventi pubblici e di privato sociale non consente di parlare di welfare societario, ma semplicemente di alcuni segnali che potrebbero favorirne la diffusione. Appartengono a questo gruppo le regioni: Molise, Sardegna e Basilicata. Quest'ultima regione, per altro, presenta alcuni elementi di specificità e meno chiare sono le dinamiche di sviluppo della dimensione societaria;

- welfare minimale ad elevata criticità sociale.

Questa situazione è la più problematica, data la carenza di attori pubblici e di terzo settore. Anche la diffusione dei servizi è ridotta, sia per quanto riguarda quelli tradizionali che per quelli innovativi e territoriali. Questa situazione, per altro, si confronta con un tessuto sociale problematico, caratterizzato da alti rischi e bassa coesione sociale. Appartengono a questo gruppo le regioni Puglia, Calabria, Campania, Sicilia.

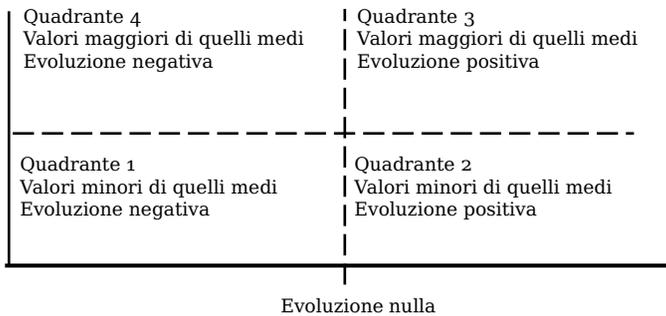
2. I trend evolutivi dei sistemi di welfare regionali

L'analisi delle caratteristiche assunte nelle singole regioni evidenzia due aspetti fondamentali, quali:

- il consolidamento della tendenza generale di trasformazione dei sistemi di welfare e la loro propensione ad abbandonare la logica del welfare state per uno sviluppo nel quale si diversifica la presenza degli attori che contribuiscono alla realizzazione delle politiche. Le tendenze di cambiamento confermano la presenza del mix pubblico-privato (profit e non) e la valorizzazione delle dinamiche di tipo societario;
- la diversificazione delle regioni, che hanno assunto configurazioni

diverse. Non in tutte le regioni si manifesta la stessa velocità di aumento della diversificazione degli attori protagonisti del welfare regionale. In alcuni casi prevale la logica di rafforzamento dei soggetti formali, mentre in altri sembra prevalga il tentativo di consolidare le dinamiche di tipo societario. Il cluster che presenta i livelli di sviluppo dei sistemi di welfare più consolidati (generalizzato e generoso) mostra anche la tendenza a sviluppare entrambe queste dinamiche (mix strutturato e societario), mentre il cluster con un sistema di welfare meno sviluppato (minimale ad elevata criticità sociale) evidenzia una difficoltà ad abbandonare la logica statalista del welfare. In questo caso il processo di diversificazione degli attori e la valorizzazione delle dinamiche societarie sembrano essere ancora poco presenti.

Fig. 1. La classificazione delle regioni in relazione ai loro processo di differenziazione



La classificazione dei sistemi regionali di welfare fornisce una fotografia statica e alcuni dei cluster di regioni sembrano non essere stabili. Per cercare di capire quanto le realtà rappresentate siano il frutto di una situazione consolidata o se già nella seconda parte del primo decennio di questo secolo fossero presenti tendenze che spingono verso un aumento o una riduzione delle differenze regionali, si è fatto un confronto fra le singole realtà utilizzando due tipi di indici, riconducibili a:

- la distanza relativa dai valori medi. Questo indice consente di posizionare ogni regione nella distribuzione dei valori complessivi in relazione al singolo indicatore considerato. La media delle distanze costituisce il punto rispetto al quale segmentare le regioni con valori che possono essere maggiori o minori di quelli medi;
- l'evoluzione relativa. Questo indice colloca ogni singola regione in relazione al proprio cambiamento medio annuo nel periodo considerato. L'assenza di cambiamento nel tempo costituisce il punto rispetto al quale considerare nulla tale variazione.

In questo modo ogni regione è collocabile in un piano cartesiano in relazione alla propria distanza dalla media nazionale, nel momento dell'ultima rilevazione disponibile, ed alla propria variazione media annua. I segmenti che originano rispettivamente dal punto in cui la variazione è nulla e dal punto in cui la distanza relativa è media scompongono il piano cartesiano in quattro quadranti nei quali collocare le situazioni delle regioni. Tali quadranti rappresentano rispettivamente:

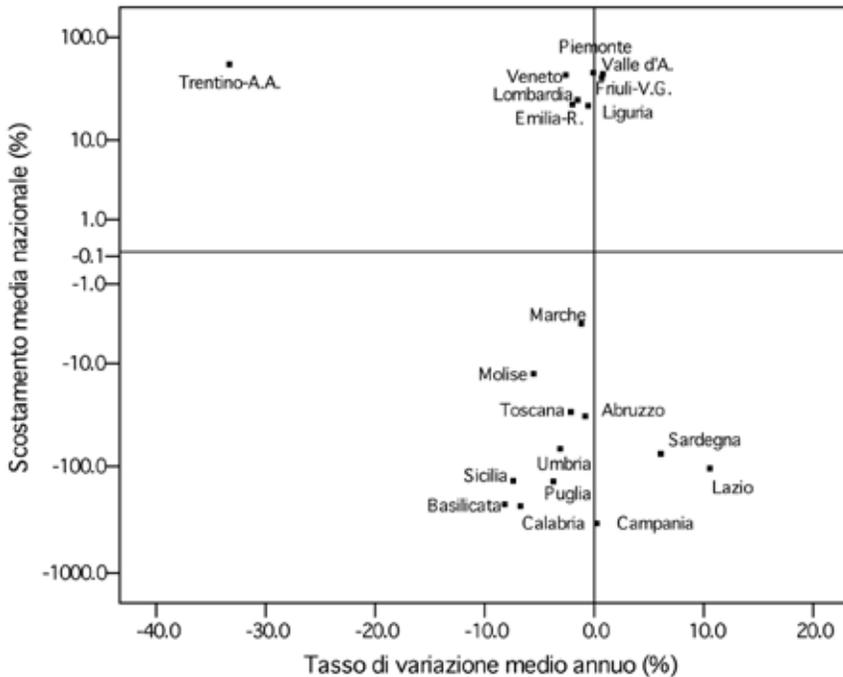
- quadrante 1: le regioni con valori minori di quelli medi ed evoluzione negativa;
- quadrante 2: le regioni con valori minori di quelli medi ed evoluzione positiva;
- quadrante 3: le regioni con valori maggiori di quelli medi ed evoluzione negativa;
- quadrante 4: le regioni con valori maggiori di quelli medi ed evoluzione negativa.

La distanza dalle linee che dividono il piano segna la distanza dai valori medi, in un caso, e dalla stabilità (evoluzione uguale a zero) nell'altro.

La collocazione delle regioni consente di analizzare se i processi in atto tendono a ridurre o ad aumentare le loro distanze relative. Un secondo elemento utilizzato nell'analisi delle tendenze di differenziazione-omogeneizzazione è riconducibile alla distribuzione delle regioni lungo i segmenti che scompongono il piano cartesiano. Una distanza relativamente breve, per esempio, della maggior parte delle regioni rispetto alla linea che demarca l'evoluzione nulla sta a indicare un processo stabile che non modifica le differenze evidenziate nell'analisi del periodo considerato. Le altre distribuzioni delle regioni sul piano rappresentano processi che possono aumentare o ridurre le differenziazioni. L'osservazione combinata della distanza dei valori relativi alle singole regioni dai segmenti che scompongono il piano e la loro distribuzione nei quattro quadranti consente di evidenziare i processi di cambiamento in atto. Quest'analisi, per altro, non è possibile per tutti gli indicatori utilizzati nella classificazione delle regioni, ma solo per quelli che presentano una serie storica (pur minima) relativamente al periodo da noi considerato. Le dinamiche evidenziate da quest'analisi (vicinanza alle linee di segmentazione del piano e distribuzione delle regioni nei quadranti) consentono di individuare tre tendenze, quali:

- processi di stabilizzazione che confermano le differenze consolidate nel tempo. Questa situazione è rilevabile quando i valori delle singole regioni si distribuiscono lungo la linea (verticale) che rappresenta l'evoluzione nulla.

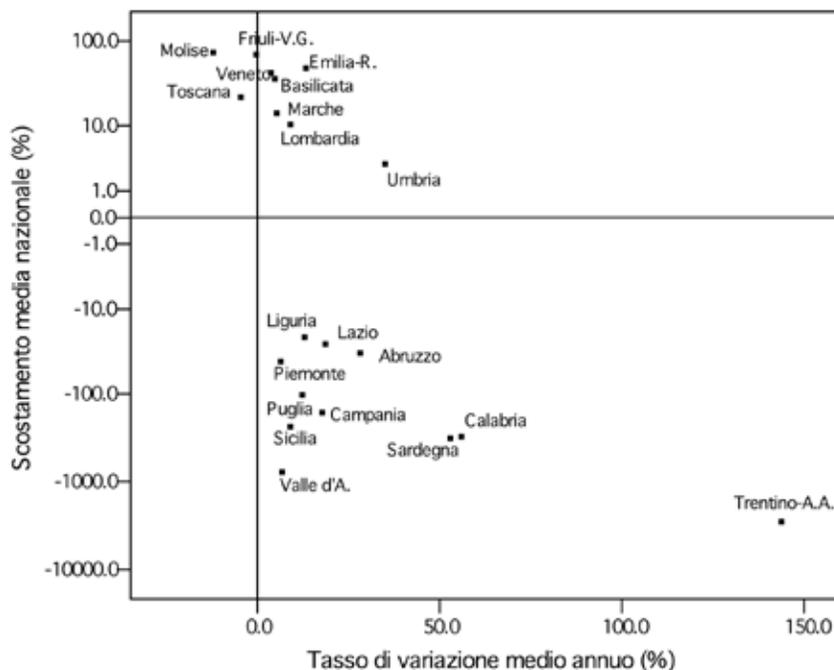
Graf. 3. Esempio di indicatore con mantenimento differenze (variazione del numero di anziani ospitati in presidi residenziali su popolazione con più di 65 anni)



Il grafico 3, per esempio, evidenzia la polarizzate delle regioni lungo la linea che rappresenta l'assenza di cambiamenti. Dal punto di vista del numero di anziani ospitati in strutture residenziali, non emergono processi di modifica delle differenze che permangono tali durante il periodo considerato;

- processi dinamici caratterizzati dalla riduzione delle differenze. L'analisi del grafico quattro, per esempio, evidenzia che nessuna delle regioni che hanno valori inferiori alla media presentano, contemporaneamente, una scarsa crescita. In altre parole, tutte le regioni che presentano una situazione più critica si caratterizzano anche per uno sviluppo positivo di tali situazioni. Inoltre, delle diciassette regioni che hanno un tasso di crescita del servizio di assistenza domiciliare, ben undici hanno valori di diffusione minori di quelli medi. Questi due elementi portano a considerare che, relativamente al servizio di assistenza domiciliare integrata, si assiste a un processo di riduzione delle distanze fra le regioni:

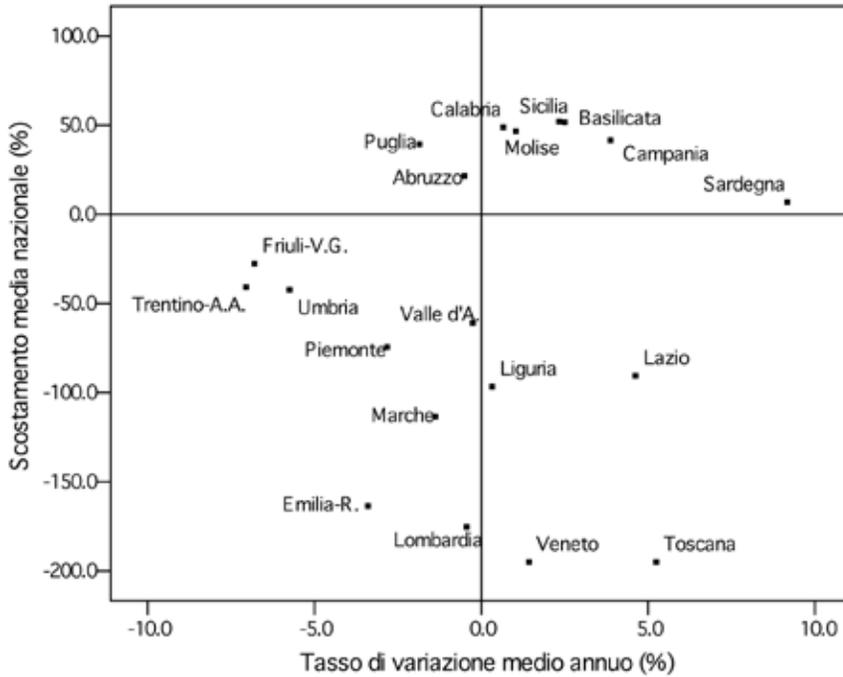
Graf. 4. Esempio di indicatore con riduzione delle differenze (variazione della presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata)



- processi dinamici che tendono a incrementare le differenze. Questa situazione è rilevabile quando, nel grafico, la distribuzione delle regioni tende a concentrarsi nei quadranti uno e tre. Questa situazione rappresenta una crescita maggiore proprio nelle regioni che presentano già valori relativamente più elevati sugli indicatori considerati, ed una crescita relativamente minore nelle situazioni che già manifestano più criticità.

Il grafico 5 evidenzia un esempio di aumento delle differenze. In questo caso emerge come l'incidenza della povertà si manifesti soprattutto nelle realtà che già presentavano una situazione relativamente più critica.

Graf. 5. Esempio di indicatore con aumento delle differenze (variazione dell'incidenza della povertà)



L'individuazione di questi trend non porta automaticamente a giudizi critici sulle situazioni delle singole regioni. Un giudizio valutativo richiede un'analisi complessiva delle politiche in relazione all'evoluzione dei bisogni del territorio ed alle diverse risposte che possono essere messe in campo relativamente ad uno specifico problema. Considerando, per esempio, le politiche rivolte alla popolazione non autosufficiente può essere utile considerare contemporaneamente l'andamento degli interventi di assistenza domiciliare con quelli di tipo residenziale.

Tab. 4. Il processo di differenziazione fra le regioni

| Indicatori | Regioni critiche con bassa crescita | Regioni critiche con forte crescita |
|---|---|--|
| Variazione del numero di cooperative con produzione superiore a 500mila euro | Campania, Molise, Calabria, Basilicata | Lazio, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Abruzzo, Puglia, Sardegna |
| Variazione spesa sanitaria delle famiglie | | Puglia, Molise Lazio, Calabria Sardegna, Basilicata, Sicilia, Campania |
| Variazione tasso di anziani ospitati in presidi residenziali | Calabria, Basilicata, Puglia, Sicilia, Umbria, Toscana, Abruzzo, Molise, Marche | Sardegna Lazio |
| Variazione della spesa sociale pro-capite dei comuni | Calabria | Umbria, Molise, Abruzzo, Sicilia Basilicata, Puglia, Campania |
| Variazione tasso di presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata | | Liguria, Lazio, Abruzzo, Piemonte, Puglia, Campania, Sicilia, Valle d'Aosta, Sardegna, Calabria, Trentino Alto Adige |
| Variazione persone che hanno svolto almeno un'attività sociale | Liguria, Puglia | Sardegna, Abruzzo, Molise, Basilicata, Lazio, Campania, Calabria, Sicilia |
| Variazione dell'incidenza di povertà | Sicilia, Calabria, Molise, Basilicata, Campania, Sardegna | Puglia, Abruzzo |

Analizzando il trend delle singole regioni, relativamente ai servizi residenziali e domiciliari, è possibile evidenziare che le Marche, l'Umbria e la Basilicata, a fronte di valori bassi e stabili per quanto riguarda il ricovero degli anziani, presentano valori elevati e in ulteriore crescita per quanto riguarda i servizi di assistenza domiciliare integrata. Questa compresenza di situazioni fa ipotizzare che queste regioni stiano spingendo verso un modello di politiche per la non autosufficienza basato sulla domiciliarità. In questo caso le differenze rappresentano risposte diverse (residenzialità vs domiciliarità) allo stesso problema e la scarsità di ricoveri non deve essere interpretata necessariamente come un indice di criticità del sistema.

Tab. 5. Variabilità dei trend all'interna dei tipi di welfare

| | | | Variazione numero coop. con produzione superiore a 500mila euro | Variazione spesa sanitaria delle famiglie | Variazione tasso di anziani ospitati in presidi residenziali | Variazione della spesa sociale pro-capite dei comuni | Variazione tasso di presa in carico degli anziani (servizio ADI) | Variazione persone che hanno svolto almeno un'attività sociale | Variazione dell'incidenza di povertà |
|---|--|---|---|---|--|--|--|--|--------------------------------------|
| Residuale e poco diversificato | Lazio Abruzzo | D. Stand | 7,17 | 0,11 | 8,05 | 1,29 | 6,74 | 363,45 | 3,63 |
| | | D.stand _(t1) /D.stand _(t0) | 0,75 | 0,04 | 0,97 | 0,27 | 0,20 | 1,08 | 0,89 |
| Residuale con propensione al societario | Molise Basilicata Sardegna | D. Stand | 20,37 | 1,35 | 7,59 | 8,90 | 33,94 | 212,42 | 4,34 |
| | | D.stand _(t1) /D.stand _(t0) | 2,12 | 0,46 | 0,91 | 1,88 | 1,01 | 0,63 | 1,06 |
| Generoso e generalizzato | Friuli Venezia Giulia Veneto Lombardia Emilia Romagna Toscana | D. Stand | 4,16 | 3,36 | 1,29 | 2,86 | 7,13 | 228,66 | 4,59 |
| | | D.stand _(t1) /D.stand _(t0) | 0,43 | 1,16 | 0,15 | 0,60 | 0,21 | 0,68 | 1,12 |
| Minimale ad elevata criticità sociale | Puglia Calabria Sicilia Campania | D. Stand | 10,93 | 0,31 | 3,48 | 5,16 | 21,78 | 352,93 | 2,45 |
| | | D.stand _(t1) /D.stand _(t0) | 1,14 | 0,11 | 0,42 | 1,09 | 0,65 | 1,05 | 0,60 |
| Mix strutturato | Liguria Umbria Marche | D. Stand | 7,71 | 4,03 | 1,33 | 1,48 | 15,44 | 238,93 | 3,13 |
| | | D.stand _(t1) /D.stand _(t0) | 0,80 | 1,39 | 0,16 | 0,31 | 0,46 | 0,71 | 0,77 |
| Generalizzato con mix societario | Valle d'Aosta Trentino Alto Adige | D. Stand | 2,33 | 1,07 | 24,13 | 2,65 | 96,85 | 107,48 | 4,80 |
| | | D.stand _(t1) /D.stand _(t0) | 1,04 | -0,52 | -1,95 | -0,44 | 2,24 | -0,40 | -0,89 |
| Italia | | D. Stand | 9,59 | 2,90 | 8,33 | 4,74 | 33,63 | 335,26 | 4,09 |

Nel caso, per esempio, di regioni che hanno valori bassi e stabili in entrambe le politiche, invece, è più facile poter parlare di situazione critica (sempre al netto di differenze significative relativamente all'incidenza dei bisogni su cui insistono i servizi).

Risulta interessante, poi, cercare di approfondire se la variabilità mostri una tendenza all'aumento delle differenze fra i tipi individuati o se le differenze si stiano manifestando proprio all'interno dei tipi costruiti e, quindi, sia opportuno considerarli instabili e in via di superamento. A questo proposito è possibile utilizzare gli indici di variazione e verificare se la variabilità nei processi di cambiamento all'interno dei singoli tipi risulti maggiore o minore di quella complessiva.

La tabella 5 consente di affermare che, nella maggior parte dei casi, la variabilità complessiva è maggiore di quella rilevabile all'interno dei singoli tipi. I diversi tipi di welfare nei quali sono state raggruppate le regioni sembrano cambiare al loro interno meno di quanto non sia la differenziazione fra di loro. Questo non significa che la tipologia qui pro-

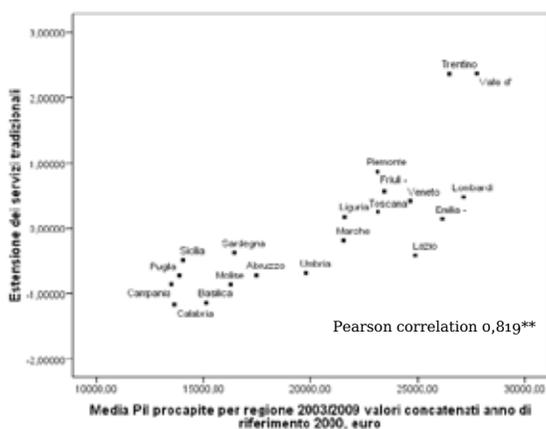
posta possa essere considerata stabile in futuro. La turbolenza indotta dalla crisi e la drastica riduzione delle risorse hanno la capacità potenziale di stravolgere l'attuale configurazione del sistema. Ad oggi, i trend analizzati segnalano la presenza di processi che tendono ad aumentare le distanze relative fra i singoli tipi di welfare individuati.

3. I fattori che influenzano lo sviluppo dei sistemi di welfare

Analizzare i fattori che hanno portato all'attuale diversificazione dei sistemi di welfare risulta utile per tentare di ipotizzare quali possano essere i possibili percorsi di risposta alla crisi. La complessità delle dinamiche, di tipo micro e macro, rendono sicuramente difficile la costruzione di un modello di analisi capace di tener conto di tutti i fattori che influenzano il cambiamento. L'obiettivo di questo paragrafo non è quello di trovare un modello esaustivo, ma semplicemente di individuare alcuni fattori da considerare per studiare la capacità dei sistemi di fronteggiare il cambiamento.

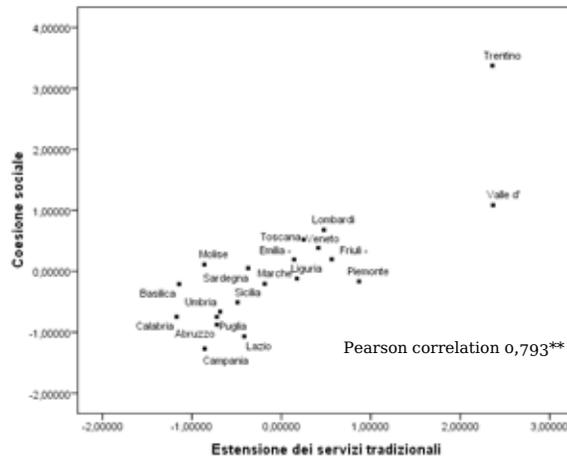
Una prima variabile da considerare riguarda il rapporto fra l'estensione dei servizi tradizionali e la coesione sociale in riferimento alle singole realtà regionali. Il grafico 6 evidenzia la forte correlazione fra queste due variabili (Pearson correlation: 0,819**). Questa correlazione non ci permette di sostenere l'esistenza di una relazione causale fra i due eventi, ma solamente di ipotizzare la presenza di un legame biunivoco e circolare per il quale coesione sociale e sviluppo di servizi di welfare costituiscono un circolo virtuoso che tende ad autoalimentarsi.

Graf. 6. La relazione fra l'estensione dei servizi tradizionali e la coesione sociale



Un secondo elemento importante nell'analisi dei processi di sviluppo dei sistemi di welfare riguarda la relazione fra l'estensione del sistema di offerta e la ricchezza dei territori. Prendendo in considerazione il PIL procapite prodotto nel periodo considerato e mettendolo in relazione con l'estensione dei servizi si manifesta una forte e significativa correlazione fra le variabili (Pearson correlation: 0,793**). Anche in questo caso l'ipotesi da considerare è quella di una relazione biunivoca per la quale livelli alti di ricchezza dei territori portano ad un consistente sviluppo dell'offerta di servizi (e viceversa). Va ricordato che il periodo di consolidamento di questi servizi è antecedente alla riduzione delle risorse statali e quindi tale crescita non trova giustificazione semplicemente nella maggior disponibilità di risorse regionali. Del resto le ricerche che hanno analizzato la relazione fra le politiche di welfare e la condizione economica dei territori hanno evidenziato come tali politiche costituiscano un fattore importante nel consolidamento dello sviluppo locale (BERTIN 2010).

Graf. 7. La relazione fra estensione dei servizi tradizionali e la ricchezza dei territori (PIL)



Anche in questo caso, quindi, possiamo ipotizzare una relazione biunivoca e la presenza di un conseguente circolo virtuoso fra l'estensione dei sistemi di welfare e la ricchezza prodotta in un determinato territorio.

Tab. 6. La correlazione fra sviluppo dei servizi e dinamiche socio-economiche

| | | Estensione dei servizi tradizionali | Estensione dei servizi innovativi | Coesione sociale | Rischi sociali | Media PIL procapite per regione 2003/2009 valori concatenati anno di riferimento 2000 euro |
|---|---------------------|---|---|---------------------|-------------------|--|
| Estensione dei servizi tradizionali | Pearson correlation | 1 | ,000 | ,819** | -,131 | ,793** |
| | Sig. (2-tailed) | | 1,000 | ,000 | ,581 | ,000 |
| Estensione dei servizi innovativi | N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson correlation | ,000 | 1 | ,002 | -,776** | ,502* |
| Coesione sociale | Sig. (2-tailed) | 1,000 | ,994 | ,994 | ,000 | ,024 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| Rischi sociali | Pearson correlation | ,819** | ,002 | 1 | ,000 | ,603** |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,994 | | 1,000 | ,005 |
| Media pil procapite per regione 2003/2009 valori concatenati anno di riferimento 2000, euro | N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson correlation | -,131 | -,776** | ,000 | 1 | -,578** |
| | Sig. (2-tailed) | ,581 | ,000 | 1,000 | | ,008 |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |
| | Pearson correlation | ,793** | ,502* | ,603** | -,578** | 1 |
| | Sig. (2-tailed) | ,000 | ,024 | ,005 | ,008 | |
| | N | 20 | 20 | 20 | 20 | 20 |

Queste due dimensioni (coesione sociale e PIL), per altro, non sono fra loro indipendenti ma presentano una correlazione significativa (Pearson correlation: 0,603**).

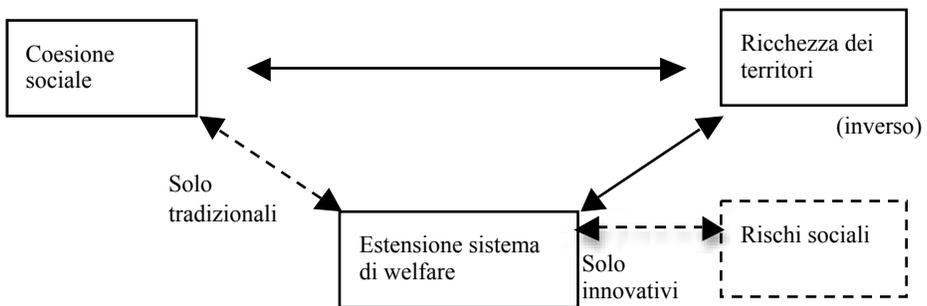
In sintesi, la tabella 6, pur non permettendo di definire relazioni causali capaci di stabilire puntualmente i fattori che hanno prodotto i diversi welfare locali, segnala alcune correlazioni che aiutano a dare una risposta al quesito posto ad inizio del paragrafo. In particolare evidenzia:

- una forte e significativa correlazione fra l'estensione del sistema dei servizi tradizionali con la ricchezza (il PIL regionale) e la coesione sociale dei territori. Non si segnala una relazione significativa fra l'intensità dei rischi sociali e lo sviluppo di questi servizi nei territori corrispondenti;
- una discreta e significativa correlazione fra l'estensione dei servizi innovativi e la coesione sociale. Tale correlazione è fortemente significativa ed in senso inverso fra lo sviluppo dell'innovazione e la presenza di rischi sociali. In altre parole, tali servizi sono più sviluppati proprio laddove i rischi sociali sono meno elevati, ma i territori presentano una maggior disponibilità di risorse economiche.

Conclusioni

Le correlazioni evidenziate inducono a considerare la differenziazione non come l'effetto di una diversa domanda dei territori (rischi sociali), ma da interpretare in riferimento alla presenza di contesti caratterizzati da maggior integrazione sociale e capacità economica. Livelli alti di correlazione fra la diffusione dei servizi e la ricchezza dei territori non indicano semplicemente che società più ricche, integrate e solidali sono più propense a consolidare sistemi di welfare locali, ma testimoniano anche un meccanismo circolare (BERTIN 2010) per il quale lo sviluppo è causa ed effetto del sistema di welfare locale. Del resto la centralità della coesione sociale come fattore di sviluppo locale è entrata nell'agenda politica dei governi (quantomeno europei) come una delle risposte che possono aiutare ad uscire dall'attuale fase di crisi economica.

Fig. 2. Le variabili che influenzano lo sviluppo del welfare locale



In sintesi, il processo di sviluppo dei sistemi regionali di welfare evidenzia una forte correlazione fra la crescita del sistema di protezione sociale con il PIL prodotto dalle regioni e con la coesione sociale, mentre minor intensità sembra avere la relazione con le condizioni di disagio e i rischi sociali dei singoli territori. Anche le appartenenze politiche delle regioni (si veda il caso del sistema più evoluto nel quale troviamo regioni che hanno tradizioni politiche decisamente diverse) sembrano non aver giocato un ruolo rilevante. In altre parole, ciò che ha influenzato i sistemi di welfare è la presenza di un circolo virtuoso fra ricchezza prodotta, una società coesa e solidaristica e lo sviluppo di politiche tese a consolidare questo forte legame. Questa situazione, che ha caratterizzato la fase espansiva dei sistemi di welfare, rischia di mettere in crisi questo processo rendendo più complesso il cambiamento che accompagna l'attuale crisi economica. In altre parole, la compresenza della crisi economica e

della riduzione del sistema di protezione sociale rischia di innescare un circolo vizioso che crea l'effetto opposto di quello che ha permesso la crescita del benessere realizzatosi nel secondo dopoguerra. L'innescarsi di questo circolo vizioso, quindi, può diventare un ostacolo non indifferente all'uscita da questa situazione di crisi. Da ultimo giova ricordare che i sistemi di welfare sono meno evoluti proprio nelle regioni che si caratterizzano per una minor coesione sociale e una minor capacità di produrre ricchezza (PIL più basso). Il meccanismo circolare che connette queste variabili induce a ipotizzare che in questi territori sia ancor più necessario cercare di rompere il circolo vizioso difendendo e sviluppando le politiche di welfare. Questa situazione, per altro, risulta complessa perché richiede un intervento forte capace di modificare radicalmente i processi che hanno portato all'attuale sviluppo dei sistemi di welfare. In assenza d'interventi di questo tipo ci si può aspettare che la crisi induca anche un'ulteriore differenziazione dei sistemi locali di welfare.

Un'ultima considerazione di sintesi va fatta con riferimento ai possibili effetti del processo di differenziazione sulle diseguaglianze sociali. Utilizzando la salute come un elemento fondamentale del benessere di una popolazione, è possibile, per esempio, evidenziare come i sistemi di welfare costituiscano un fattore importante nel contrastare o attivare le diseguaglianze di salute. In una recente ricerca (Braggion, Campostrini, Bertin et al., in corso di pubblicazione) si è analizzata la correlazione fra i tipi di welfare che sono stati qui presentati e l'utilizzo di attività di prevenzione da parte della popolazione femminile.

Tab. 7. Welfare locale e uso dei servizi di prevenzione (Braggion, Campostrini, Bertin, in corso di pubblicazione)

| Sistemi di welfare | Donne che fanno il PAP-test (%) | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------|--------------------|--------|
| | Basso reddito | Medio basso reddito | Medio alto reddito | Totale |
| Generalizzato e generoso | 73.3 | 80.1 | 82.8 | 80.9 |
| Generalizzato con mix societario | 71.0 | 76.8 | 84.4 | 81.2 |
| Mix strutturato | 66.2 | 74.7 | 78.7 | 75.7 |
| Consolidato ma poco innovativo | 70.2 | 78.8 | 83.0 | 79.8 |
| Residuale e poco diversificato | 66.4 | 74.2 | 79.5 | 74.8 |
| Residuale, propensione al societario | 56.5 | 56.7 | 61.9 | 58.4 |
| Minimale ed elevata criticità sociale | 51.1 | 56.6 | 60.0 | 56.3 |
| Totale | 61.4 | 69.9 | 77.4 | |

Questa ricerca evidenzia che le donne con reddito più alto ricorrono alle attività di prevenzione, quali il PAP-test, nel 77,4% dei casi, mentre

quelle con reddito relativamente basso fanno ricorso a questo servizio solo nel 61% dei casi. Si conferma in questo modo una discriminazione nell'uso di questa risorsa sanitaria. L'analisi delle differenze fra i sistemi di welfare, per altro, consente di fare alcune altre considerazioni. Le donne (73,3%) con reddito basso e che vivono in territori serviti da un sistema di welfare consolidato (generalizzato e generoso), fruiscono delle attività di prevenzione in modo maggiore delle donne (60%) che hanno un reddito relativamente elevato ma hanno a che fare con un sistema di welfare meno evoluto (minimale ed elevata criticità). Anche l'analisi della probabilità che le donne con basso reddito utilizzino questo servizio, in relazione al tipo di welfare regionale, mostra un andamento sempre significativo. Nei sistemi di welfare generoso, tale probabilità è più che doppia rispetto a quanto accade nei sistemi di welfare di tipo minimale e ad elevata criticità.

Quest'analisi consente di affermare che i sistemi di welfare costituiscono una risorsa che migliora per tutti la possibilità di rispondere ad un rischio, ma il grado di protezione non è uguale per tutti i cittadini. La probabilità di utilizzare il servizio dipende dalle caratteristiche dell'offerta (la tipologia del sistema di welfare) e dalle competenze sociali degli utenti (legate agli indicatori proxy del disagio). In conclusione, la differenziazione dei sistemi di welfare contribuisce a consolidare le disuguaglianze rilevabili dai confronti di tipo territoriale.

Bibliografia

- A. ANDREOTTI, E. MINGIONE, E. POLIZZI, *Local welfare systems: a challenge for social cohesion*, «Urban Study», 49, 2012, pp. 1925-1940.
- G. BERTIN, *Welfare e sviluppo locale*, «Argomenti», 29, pp. 85-104, 2010.
- G. BERTIN (a cura di), *Piani di zona e governo della rete*, Milano, Franco Angeli, 2012, pp. 1-255.
- M. BRAGGION, S. CAMPOSTRINI, G. BERTIN, *Socio-economic differences and inequalities in healthcare access from a welfare system, perspective, Italy: 2007-2010*, in corso di pubblicazione.
- M. GIOVANNETTI, *Ripensare allo sviluppo del welfare locale*, Cittalia, www.cittalia.it, 2012
- M. NIERO, G. BERTIN (a cura di), *Vulnerabilità e fragilità sociale, una teoria delle disuguaglianze di salute*, «Salute e Società», 3, 2011.
- Y. KAZEPOV (a cura di), *La dimensione delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci, 2009.
- C. RANCI, *Politica sociale*, Bologna, Il Mulino, 2004.

Complessità dei sistemi di welfare mix e processi di regolazione

G. Bertin

Il welfare mix sta assumendo nei diversi paesi caratteristiche diversificate, ma presenta sempre un sistema complesso che richiede l'adozione di strategie di governance coerenti, capaci di indirizzare le scelte e i comportamenti degli attori che contribuiscono alla produzione del benessere sociale. Quest'assunzione deriva dal convincimento che la struttura del sistema e le dinamiche fra gli attori sociali condizionano il tipo di tecnologie utili al governo della complessità. Sistemi di welfare state, per esempio, si caratterizzano per il prevalere di logiche burocratiche e relazioni fra gli attori di tipo gerarchico. Questo tipo di relazioni necessitano di tecnologie di governo centrate sul controllo esterno e la verifica della coerenza fra le decisioni (di pochi, posti al centro del sistema) e le pratiche (di molti, posti alla periferia e chiamati a rendere operative le decisioni prese al vertice). Lo sviluppo del welfare mix deve essere accompagnato da una rivisitazione delle tecnologie, del loro modo di operare e delle strutture concettuali che ne orientano il funzionamento. Questa rivisitazione diventa fondamentale per evitare che si sviluppino due processi di governo paralleli, uno di natura retorica e a valenza simbolica, pur se culturalmente innovativo, e l'altro che gestisce le pratiche quotidiane attraverso le forme consolidate dal welfare state. Fra i due finirebbe per prevalere il secondo producendo un'incapacità di governo della complessità. Nel confronto dialettico fra queste due tendenze (innovazione e resistenze al cambiamento) si vanno definendo le forme di governo locale dei sistemi di welfare presenti nelle regioni italiane. Del resto, questo processo di cambiamento del rapporto fra gli attori che co-agiscono nell'erogazione delle politiche di welfare interessa anche tutti gli altri servizi ritenuti di pubblica utilità. Il cambiamento in atto ha attivato un processo di rivisitazione del ruolo dei soggetti pubblici e conseguentemente delle strutture e dei processi di governo della Pubblica amministrazione. Tali processi di trasformazione hanno caratterizzato il dibattito in tutti i paesi europei fra gli anni ottanta e

novanta del secolo scorso. Il nuovo secolo si è aperto evidenziando la necessità di introdurre logiche innovative nella gestione della Pubblica amministrazione.

A questo proposito Boviard e Löffler (2002, p. 11) sostengono che nuove «sfide sono poste da:

- pressioni politiche dovute alla presenza di gravi problemi non risolti, come la criminalità, il vandalismo, la crisi economica, la scarsa qualità della vita degli anziani e l'isolamento delle persone con problemi di salute mentale;
- l'uso dell'informazione e delle tecnologie della comunicazione (e-government e e-democracy), in riferimento alle dinamiche interne ai servizi pubblici ed anche in rapporto con gli stakeholder esterni, nei processi di pianificazione, gestione e di indirizzo generale dei servizi pubblici;
- le crescenti pressioni dei media locali che sviluppano approcci più sofisticati (pubblicazioni, web) e proliferano attraverso la rapida crescita di giornali, radio e televisioni locali;
- lo sviluppo della globalizzazione che rende l'autorità locale un importante attore economico ma, contemporaneamente, lo espone alla instabilità dell'economia globalizzata;
- una società civile differenziata al proprio interno, portatrice di nuove informazioni, bisogni di comunicare e desiderosa di coinvolgersi nel confronto sugli aspetti che determinano la qualità della vita locale».

Per rispondere a queste nuove sfide si sono avviate alcune riforme della governance locale in paesi come la Germania e la Gran Bretagna e, in modo più settoriale, in molti altri paesi europei. Queste innovazioni contengono alcune tendenze comuni, riconducibili:

- alla ricerca di processi più flessibili e meno burocratici, orientati più dalla tensione all'integrazione dell'azione degli attori che dal rispetto dei ruoli formali;
- alla centralità assegnata alla comunità più che alla realizzazione dei servizi;
- alla valorizzazione dei processi di decentramento e di governance locale;
- alla valorizzazione dei processi partecipativi e al coinvolgimento dei cittadini nei processi decisionali;
- allo sviluppo di dinamiche riflessive che vedono la governance come processo di apprendimento e di confronto delle esperienze fra gli attori;
- all'orientamento all'outcome in sostituzione delle vecchie logiche centrate esclusivamente sulle prestazioni.

La complessità del sistema insita nelle nuove sfide, la crisi delle logiche gerarchiche e la conseguente ridefinizione dei processi di governo, tendono a spostare i processi dalle dinamiche di tipo verticale (top-down) verso relazioni prevalentemente di tipo orizzontale. Questo cambiamento richiede una ridefinizione concettuale dei termini utilizzati per rappresentare il governo delle politiche. A questo proposito il dibattito chiarisce le differenze semantiche sottese ai concetti di government e governance. Tale distinzione è ben chiarita da Stoker (1998, p. 17) secondo il quale: «government è caratterizzato dalla sua abilità di prendere decisioni e dalla sua capacità di sostenerle e realizzarle [...] governance riguarda la creazione delle condizioni per costruire le regole dell'azione collettiva». Più recentemente Bovaird e Löffler (2002, p. 11) riprendendo questa distinzione, sostengono che «good governance is more than good government» e precisano che gli elementi aggiuntivi sono da ricondursi a:

- «la particolare attenzione agli aspetti non compresi nei processi di government, come la trasparenza, l'onestà, la responsabilità, il coinvolgimento dei cittadini, il grado di fiducia nella società, il grado di rispetto dei principi democratici e l'equità (in relazione al genere, la razza, la religione, l'età, gli svantaggi ecc.);
- l'uso di un modello multistakeholder che va al di là dei confini organizzativi;
- il coinvolgimento di tutti gli stakeholder locali nella valutazione, dando considerazione alle loro percezioni della bontà e ai risultati dei processi di governance realizzati a livello locale».

Tab. 1. Fattori di qualità dei processi di government e di governance (BOVAIRD, LÖFFLER 2002, p. 23)

| Government | Governance |
|--|--|
| Organizational leadership Sviluppo dell'organizzazione Assicurare la coerenza delle politiche fra i dipartimenti ed i servizi Creare un insieme di valori e un senso delle scelte direttive che lasciano spazio all'autonomia e alla creatività ai livelli intermedi dell'organizzazione e agli operatori | Leadership of networks Sviluppare la comunità Assicurare la coerenza fra le organizzazioni ed i settori ai confini dell'organizzazione e i livelli di governo anche nel tempo (sviluppo sostenibile) |

| | |
|---|--|
| <p>Policy and strategy Focus sui bisogni dei clienti Separazione fra politica e amministrazione Piani annuali concentrati sulle spese correnti</p> | <p>«Politicking»: balancing strategic interests Attivare la società civile (attraverso informazioni, consultazioni e partecipazione) nelle politiche locali e nel management Public management come processo di interazione fra gli amministratori eletti, i funzionari nominati, consulenti ad hoc, funzionari di carriera e stakeholder esterni Piani di lungo periodo comprendenti piani di comunità, piani di budget e di gestione delle risorse</p> |
| <p>Gestione delle risorse Formulazione del budget come processo top-down (con definizione del tetto massimo su tutte le spese) Misurazione delle unità di costo per lo sviluppo ed il monitoraggio delle risorse Report sulla trasparenza finanziaria Sviluppo dell'efficienza tecnica Rendere disponibile le ICT a tutto la squadra per migliorare l'efficienza Aiutare la squadra a migliorare le conoscenze attraverso l'apprendimento, per migliorare l'efficienza e l'efficacia del lavoro</p> | <p>Gestione delle risorse e delle conoscenze Preparazione del budget locale con l'attiva partecipazione dei consigli comunali e dei rappresentanti della comunità Misurare le risorse ed i tempi delle attività attraverso le esperienze dell'organizzazione e dei suoi stakeholder Trasparenza fiscale per comunicare con gli stakeholder esterni (business, cittadini, media ecc.) sul valore delle attività Sviluppare l'efficienza sociale, includendo l'equa distribuzione del budget e dei servizi Rendere disponibile le ICT a tutti gli stakeholder per migliorare la qualità della vita Generare nuove conoscenze sostenibili attraverso la gestione delle conoscenze per la squadra e per gli stakeholder che interagiscono con l'organizzazione</p> |

Le differenze sottese ai due concetti sono ben evidenziate nel confronto proposto da Bovaird e Löffler (2002). Gli autori connotano il concetto di governance enfatizzando:

- lo sviluppo della comunità;
- il coinvolgimento dei cittadini utilizzando forme diverse di sviluppo dei processi partecipativi;

- l'attenzione al coordinamento e all'integrazione delle politiche;
- il ricorso a piani di comunità costruiti a partire da una visione strategica e contenenti piani per la gestione del budget e delle risorse umane;
- la trasparenza delle scelte e delle implicazioni economiche e fiscali;
- la centralità dei processi di scambio informativo e di costruzione (condivisa fra gli attori) della conoscenza;
- l'equità nella distribuzione e nell'impiego delle risorse.

Le nuove sfide, i problemi sui quali si deve cimentare l'innovazione della Pubblica amministrazione e la nuova definizione del concetto di governance pongono al centro del confronto la dimensione locale, entro la quale si manifestano le specificità dei territori e si realizzano i concreti processi di partecipazione e integrazione delle politiche.

Bevir e Richards (2008) sostengono che la dimensione locale consente di sviluppare la ricerca sui processi di governance perché assume una prospettiva che combina la dimensione top down con quella bottom up. La dimensione locale consente di avvicinare le reali dinamiche di governo delle politiche ai processi concreti. L'enfasi sulla dimensione dei processi decentrati deriva dalla convinzione che le dinamiche della rete sono ancorate ai processi di scambio fra attori che operano orientati da proprie preferenze, coinvolti in processi di tipo simbolico e connessi da interazioni comunicative. Questo insieme di processi interattivi determina il funzionamento delle reti e contribuisce a disegnare i percorsi di sviluppo delle politiche. Questi elementi evidenziano la complessità del sistema, riconducibile alla compresenza di attori diversi ed alle loro dinamiche riflessive. Ne consegue che l'ordine non può essere imposto dai livelli sovrasistemici, ma tali dinamiche gerarchiche si incontrano-scontrano con i processi della rete. Il risultato finale dipende da queste dinamiche interattive, fortemente radicate nel livello locale. Muovendosi in questa stesa logica, Bovaird e Löffler (2007, p. 294) definiscono la governance locale come: «il modo in cui gli stakeholder locali interagiscono fra di loro per influenzare i risultati (outcome) delle politiche pubbliche. La governance è costituita dalle dinamiche, dalle strutture, dai processi e dagli altri meccanismi che legano la rete degli stakeholder». Nella loro definizione di governance locale, partono dall'evidenziare che la dimensione locale si caratterizza per la presenza di una rete di attori sociali che entrano in relazione fra di loro e influenzano (meglio contribuiscono a influenzare) lo sviluppo delle politiche pubbliche.

Och (OCH, PFAU-EFFINGER 2008) propone di analizzare i processi di governance prendendo in particolare considerazione:

- il ruolo delle istituzioni nella governance locale;
- la struttura degli attori pubblici e non pubblici coinvolti nel processo di policy making e le interazioni strutturate che li connettono;
- la distinzione fra lo stato centrale e i livelli locali nella governance, e la via concreta con cui il processo di governance locale è integrato nella cornice dello stato e delle strutture locali» (OCH, PFAU-EFFINGER 2008, p. 4)

La strada indicata sottolinea alcuni elementi importanti che riguardano: la dimensione multilivello dei processi di governo che connettono il centro (lo stato) con i livelli delle amministrazioni locali (nel caso italiano, le regioni, le province, i comuni e le altre forme intermedie in cui sono articolati i processi di realizzazione delle politiche); l'interazione fra soggetti pubblici e privati che co-operano all'interno dei sistemi di welfare; le dinamiche di relazione fra gli attori, la loro struttura; e il ruolo svolto dalle istituzioni nella definizione, implementazione e realizzazione delle politiche. Considerando le forme assunte dalla struttura di interazione fra gli attori e dalle dinamiche che li connettono, risulta utile riprendere un'ulteriore filone di dibattito interno a coloro che studiano i processi di governance. Da questo punto di vista giova ricordare che l'analisi ha utilizzato tre possibili modelli di regolazione, considerati fra loro alternativi, quali: il mercato, la rete e la gerarchia. Ma il dibattito sviluppatosi dalla revisione critica delle prime esperienze, che hanno cercato di spostare il governo delle politiche da logiche di mercato o di tipo gerarchico a dinamiche di rete, indica l'impossibilità di considerare questi approcci fra loro alternativi. Numerosi autori hanno evidenziato che rete, gerarchia e mercato non sono meccanismi in sé capaci di spiegare i processi di coordinamento e integrazione. In questa prospettiva, il concetto di governance intende rappresentare la ricerca dell'equilibrio fra approcci diversi (non più alternativi) alla regolazione, compresenti nelle dinamiche e nelle strutture di relazione fra attori sociali e istituzioni (BERTIN 2009).

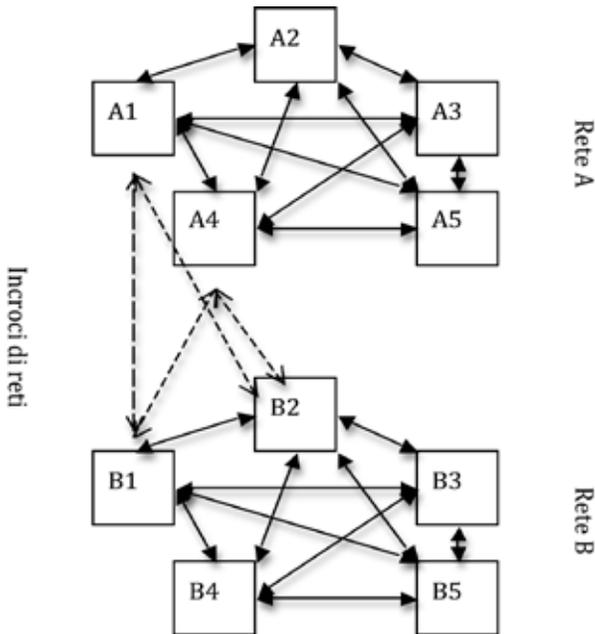
Il dibattito che è stato qui presentato, consiglia di affrontare l'analisi dei processi a partire da: i) gli aspetti che riguardano le connessioni multilivello; ii) le forme assunte dalla governance locale; iii) le dinamiche di sovrapposizione-integrazione attivate dalla compresenza di approcci e meccanismi di regolazione diversi; iv) l'approfondimento di due aspetti centrali nelle dinamiche della governance, vale a dire: i processi di integrazione e di valutazione delle politiche.

1. Le dinamiche multilivello della governance locale

Centrare i processi di governance sulla dimensione locale pone contemporaneamente il problema dei livelli di governo che influenzano la realizzazione delle politiche e le relazioni che connettono tali livelli. In una logica gerarchica, ma anche in quella sistemica, il rapporto fra i livelli è risolto attraverso legami vincolanti e sovraordinativi. In altre parole, ciò che viene deciso ai livelli superiori del sistema costituisce un vincolo per quanto deve essere deciso ai livelli inferiori. Ogni livello decisionale presenta ambiti di autonomia, ma tale autonomia va esercitata all'interno di un insieme di vincoli posti dal livello superiore. Quando i livelli superiori sono diversi e paralleli (si pensi alle politiche che hanno un carattere multidimensionale e che al centro sono presidiate in modo separato e non coordinato) tocca al livello periferico far sintesi e, spesso, approfittare delle possibili ambiguità (legate alle sovrapposizioni possibili) per far emergere una propria prospettiva strategica. Ma questa frequente situazione pone il problema della coerenza fra i livelli di governo. In una prospettiva sistemica, tale problema è fondamentale perché le decisioni sottosistemiche hanno il carattere del mezzo che consente la realizzazione di quanto deciso a livello centrale. La risposta a questo problema è costituita dallo sviluppo di attività di controllo esterno sulla coerenza fra i livelli di governo. Evidentemente questa situazione non è perseguibile in una logica di sistemi a rete che si sviluppano su diversi livelli. A questo proposito, Hooghe e Marks (2001) sostengono che la governance multilivello modella i risultati delle politiche attraverso gli incroci fra le reti che sono presenti nei diversi livelli del governo. Questa descrizione del processo rende la complessità in quanto evidenzia che esistono più reti che agiscono su diversi livelli. L'aspetto interessante che risulta importante nei processi di governance riguarda le relazioni che si sviluppano fra alcuni membri della rete a livello locale con altri soggetti presenti nelle reti a livello centrale. In questo caso si tratta di stabilire se si può parlare di un'unica rete globale o non sia preferibile, come proposto da Hooghe e Marks (2001), considerare che si tratta di reti diverse intrecciate, ma nelle quali i soggetti che le connettono possono usare in modo strategico le loro posizioni per acquisire potere da impiegare negli scambi interni alle reti di appartenenza. Del resto questo problema era ben presente a Granovetter (1985) e Burt (2001) che hanno descritto questi processi utilizzando il concetto di buchi strutturali. Chi presidia le relazioni fra le reti è dotato di capitale sociale bridging e tale risorsa costituisce la base del potere utilizzato nei processi di scambio interno. Queste considerazioni sul cambiamento delle dinamiche multilivello, quando si ha

a che fare con sistemi a rete, diventa centrale nel passaggio da sistemi di welfare state a sistemi di welfare mix.

Fig. 1. Le reti multilivello



Tale passaggio pone la necessità di rivedere anche la struttura delle relazioni multilivello che connettono i sottosistemi del welfare. Sellers e Lidström (2007) sostengono che «il welfare state è stato identificato con lo stato centrale gerarchico». Per questi autori la natura universalistica ed egualitaria a cui tendono i sistemi di welfare porta ad attendersi una maggior concentrazione del potere nel livello centrale del sistema. Questa tensione alla centralizzazione favorisce la costruzione di condizioni di omogeneità nella risposta ai bisogni dei cittadini. Ma i processi di trasformazione dei sistemi di welfare state hanno posto, anche nelle realtà più legate a logiche centralistiche, la necessità di ripensare ai legami fra i diversi livelli in cui si articolano i sistemi. Questi autori propongono due indicatori di classificazione degli approcci alla governance multilivello. Il primo indicatore «Local Government Capacities» rappresenta i livelli di autonomia della governance locale. Tale indicatore si basa su due sottodimensioni relative alle capacità politico-amministrative (in

relazione alla presenza di protezioni costituzionali dell'autonomia e alla rappresentanza delle corporazioni nel governo locale; alla percentuale di occupati nell'amministrazione locale sul totale degli occupati nella Pubblica amministrazione); e alla dimensione fiscale (in riferimento alla proporzione di spese pubbliche locali sul totale della spesa pubblica; alla tassazione locale sul totale della tassazione). Il secondo indicatore «Supervision of Local Government» rappresenta il grado di controllo e supervisione dell'autorità locale sui livelli periferici del sistema. Questo indicatore comprende la supervisione politico-amministrativa (costituito dalla presenza di una funzione di supervisione locale, da incontri locali di supervisione, da controlli sulle forme del governo locale e la presenza di servizi per diverse aree locali) e la supervisione fiscale (che include l'autonomia fiscale dei territori, finanziamenti e indebitamento dei servizi locali e la supervisione all'indebitamento locale). L'analisi dei valori assunti dai singoli stati rispetto a questi indicatori e la loro classificazione rispetto alla variabilità consente di rappresentare gli stati in relazione: alla loro capacità di gestione dei servizi di welfare attraverso processi di decentramento che consentono autonomia ai territori; e/o alla dipendenza dei livelli locali dal controllo degli organismi centrali.

Tab. 2. Sistemi di welfare e governance multilivello (elab. da: SELLERS, LINDSTRÖM 2007)

| | | Supervisione (Supervision of Local Government) | | | |
|-------------------------------|-------------|--|----------------------------------|--|----------------------------|
| (Local Government Capacities) | | Basso | Medio Basso | Medio Alto | Alto |
| | Bassa | Australia | Italia, Irlanda | | |
| | Medio Basso | Svizzera Canada, USA, Nuova Zelanda | | Francia Germania Olanda Gran Bretagna | Belgio Grecia Spagna |
| | Medio Alta | | | Norvegia Portogallo | Austria |
| | Alta | | Danimarca Finlandia Svezia | Giappone | |

La tabella 2 evidenzia la forte diversificazione delle forme assunte dalla governance multilivello dei sistemi di welfare. È interessante notare come le diverse situazioni siano riconducibili solo in parte alle caratteristiche dei sistemi di welfare e alla loro classificazione. Gli autori sviluppano questo confronto partendo dalla presenza di un dibattito aperto sulla classificazione del welfare e, quindi, dalla difficoltà di utiliz-

zare una tipologia unanimemente accettata. Questa difficoltà è stata già evidenziata anche in questo volume, e anche questo lavoro, in qualche modo, consolida la necessità di una rivisitazione di tali classificazioni. Un primo elemento di riflessione sulla governance multilivello può essere dato mettendola in relazione alla natura dei regimi di welfare. Analizzando, per esempio, la situazione degli stati classificati fra i sistemi liberali, emerge come questa impostazione si associ con un governo debole sia nelle sue dimensioni locali, sia nei meccanismi di controllo fra centro e periferia. Del resto questa situazione sembra coerente con la logica di mercato che costituisce il riferimento per le politiche di welfare di paesi come l'Australia, la Svizzera, il Canada, gli Stati Uniti e la Nuova Zelanda. Si differenzia la Gran Bretagna che, pur avendo un regime di welfare di tipo liberale, presenta un sistema di controllo del governo centrale più strutturato. Del resto queste diversità sono anche il frutto della presenza di politiche di welfare che hanno forme decisamente diverse. Se ci si riferisce al Sistema sanitario nazionale, per esempio, la Gran Bretagna ha un sistema nazionale nel quale lo stato ha un forte ruolo di governo con elementi propri dei processi gerarchici, mentre gli USA, per esempio, hanno adottato una logica di mercato. Ancora più diversificata è la situazione dei paesi caratterizzati dal welfare mediterraneo che presentano caratteristiche fortemente disomogenee. A fronte della situazione di Grecia e Spagna che evidenziano un controllo centrale molto sviluppato ma una contemporanea scarsa capacità di governo locale, si trova la situazione del Portogallo che combina una discreta attenzione sia allo sviluppo delle capacità della governance locale, sia del controllo del governo centrale. Particolarmente critica sembra la situazione italiana, che la ricerca considera fra gli stati (con l'Irlanda) che presentano una bassa capacità della governance locale, ma anche deboli meccanismi di controllo da parte del governo centrale. La situazione italiana, per altro, non deriva dalla scelta di riferirsi al mercato come approccio alla regolazione delle dinamiche fra gli attori del welfare, ma piuttosto da una debolezza intrinseca alla Pubblica amministrazione e da un processo di regionalizzazione che non ha ben definito le dinamiche e i ruoli degli attori. Le situazioni che sembrano presentare un'impostazione basata sul controllo degli organismi centrali sono riconducibili ai regimi di welfare di stampo socialdemocratico. Anche in questo caso, però, esistono delle diversità fra gli stati. La Norvegia, per esempio, si caratterizza per un maggior bilanciamento fra capacità autonome e controllo centrale.

Le diversità nei processi di governance multilivello rilevate sono riconducibili, probabilmente, alle diversità interne alle singole politiche (sanitarie vs del lavoro o pensionistiche ecc.), alla storia politico-istituzionale

dei singoli stati e alle caratteristiche che hanno ispirato lo sviluppo delle forme assunte dalla Pubblica amministrazione nei paesi analizzati. A questo proposito Hesse e Sharpe (1991) riconducono la cultura della Pubblica amministrazione alla matrice storico-politica che ne ha indirizzato lo sviluppo. Parlano di matrice «napoleonica» per la Francia e la maggior parte degli altri paesi del Sud Europa (compresa l'Italia); di matrice inglese per la Gran Bretagna, l'Irlanda, ma anche per gli Stati Uniti e la Nuova Zelanda; e di matrice Centro-Nord Europa con riferimento alle politiche di welfare dei regimi socialdemocratici e corporativi.

Pur partendo da punti di vista diversi, tutte le realtà considerate hanno avviato processi di revisione dei sistemi di welfare e presentano una tendenza a consolidare sistemi di welfare mix. La complessità insita nel cambiamento impone alle singole realtà di rivedere il rapporto fra centro e periferia spostando i processi decisionali verso la dimensione locale. Questo processo è difficile perché richiede una redistribuzione del potere fra centro e periferia. Il centro deve ridurre la propria influenza sulle decisioni locali e rivedere i meccanismi con i quali riproduce la propria posizione di potere. Un chiaro esempio di questi cambiamenti può essere osservato analizzando le strategie di finanziamento dei servizi da parte dei soggetti che operano a livello centrale. Finanziamenti specifici assegnati direttamente ai fruitori o a ben definiti servizi riducono l'autonomia decisionale della periferia ed aumentano il potere di chi opera al centro. Al contrario, finanziamenti dati in relazione agli abitanti dei territori con quote procapite, demandando alle realtà locali la definizione specifica del loro impiego, aumentano l'autonomia degli attori che operano a livello locale. Porsi in questa logica significa accettare di ridefinire le regole di consolidamento del potere, visto in modo dialettico e centrato sulla condivisione dei risultati (lo sviluppo della comunità). In un sistema centralizzato, i rapporti di potere fra gli attori si basano sul loro posizionamento nella gerarchia e sugli scambi con i cittadini. In un sistema decentrato il potere risulta legato alla legittimazione dei ruoli degli attori ed alla loro capacità di contribuire al funzionamento della rete (istituzioni e autorità legittimate, per esempio), al ruolo svolto negli scambi informativi, al posizionamento nelle dinamiche di relazione interne ed esterne alla rete, alla partecipazione nei processi di costruzione di senso e all'attivazione di dinamiche riflessive ecc.

In definitiva, le dinamiche multilivello presentano caratteristiche fondamentali anche in contesti interorganizzativi a rete ma, contemporaneamente, richiedono una loro rivisitazione rispetto ai processi propri delle strutture gerarchiche. Il nodo centrale riguarda lo sviluppo delle capacità politico amministrative locali e il rafforzamento del legame fra la dimensione fiscale (locale) ed il governo locale delle politiche sociali.

2. Le forme della governance locale

La centralità della dimensione locale dei sistemi di welfare si combina, per altro, con la necessità di ripensare alle forme della governance come superamento delle dinamiche gerarchiche tipiche dei sistemi sbilanciati verso il controllo centrale delle politiche. Anche in questa direzione la letteratura propone alcuni lavori di ricerca utili all'analisi dei sistemi di governance che caratterizzano le regioni italiane.

Secondo Stoker le politiche pubbliche devono cercare di «dotarsi di una connessione leggera [della società], promuovere comunità sane, assicurare ai bambini positive stimolazioni fin dai primi anni e diritti per un ambiente sano in cui crescere, cercare strade in cui l'economia può crescere e affrontare le sfide della globalizzazione e il bisogno di sostenibilità» (2011, p. 23). Questo orientamento si confronta con la complessità dovuta alla presenza di attori diversi, fra loro autonomi e legati da sistemi di responsabilità non chiari, non sempre ben definiti e talvolta sovrapposti. Lo stesso autore, nella sua analisi sul governo locale, sostiene che le diverse forme di governance possono essere interpretate alla luce della combinazione delle diverse finalità perseguite. In questa prospettiva individua tre finalità riconducibili al consolidamento dell'identità, allo sviluppo economico, al welfare e al coordinamento degli attori che intervengono nello sviluppo degli stili di vita. Le amministrazioni che pongono al centro lo sviluppo dell'identità locale si caratterizzano per logiche politiche di tipo clientelare, da una cultura civica ristretta e legata solo alla comunità locale (parrocchiale, la definisce riprendendo un lavoro di Almond e Verba del 1963), da relazioni multilivello che lasciano una debole autonomia e da un management non sufficientemente sviluppato. Al contrario, l'orientamento al coordinamento degli attori che influenzano gli stili di vita pone al centro lo sviluppo della rete fra gli attori e la centralità dei processi partecipativi. In questo caso i processi multilivello sono integrati (fra capacità autonoma e supervisione) e il management tende ad espandere i propri confini (condivisione). Queste riflessioni confermano la centralità dell'orientamento allo sviluppo della qualità della vita della comunità dei processi di governo locale.

Un'ulteriore prospettiva di analisi è quella suggerita da DiGaetano e Strom (2003), costruita analizzando i processi di governance della città. Questi autori considerano la necessità di combinare le diverse prospettive di analisi che hanno cercato di classificare gli approcci alla governance locale, vale a dire: quello legato alla razionalità dell'attore sociale, quello che enfatizza la dimensione culturale e infine quello che si basa sulle dinamiche strutturali. Cercando di combinare queste tre diverse impostazioni, gli autori propongono di costruire l'analisi a partire da:

le modalità attraverso le quali si sviluppano le relazioni di governo; le logiche sottese a tali processi; gli attori chiave coinvolti; la natura degli obiettivi perseguiti. Combinando queste variabili, gli autori propongono una tipologia basata su cinque diversi ideal-tipi, quali:

- governance clientelare. In questo caso le dinamiche di governo sono legate alle relazioni personalistiche e particolaristiche fra i politici e i portatori di interesse che hanno con loro relazioni di scambio sociale e politico. I politici tendono a portare avanti gli interessi privati dei loro clienti (i *clientes*, nell'antica Roma erano quelli che in cambio di protezione, assistenza giuridica, distribuzione di cibo e denaro, portavano voti e davano sostegno al loro patrono). Questa situazione è caratterizzata da logiche di scambio materiale basate sulla reciprocità (percepita da entrambi gli attori coinvolti);
- governance corporativista. La costruzione delle decisioni avviene attraverso una cooptazione di alcune élite rappresentanti di una parte della società civile. I politici stabiliscono con questi attori processi di scambio e mediazione tesi a cercare un compromesso sulle decisioni da adottare;
- governance manageriale. Le decisioni di governo si basano su «dinamiche formali di tipo burocratico o su relazioni di tipo contrattuale fra gli uffici pubblici e gli interessi del settore privato» (DI GAETANO, STORM 2003, p. 366). I processi concreti assumono la forma dell'autorizzazione pubblica all'agire degli attori privati, o alla ricerca del consenso fra attori pubblici e privati;
- governance pluralistica. Si caratterizza per dinamiche conflittuali fra gli attori del processo decisionale, vale a dire: i politici e i portatori degli interessi privati. I processi si basano sulla gestione dei conflitti fra i diversi interessi in gioco;
- governance populista. In questo caso gli attori principali sono i politici e i leader dei movimenti di opinione locale. Fra di loro si sviluppano processi di inclusione attraverso i quali i politici costruiscono il loro consenso ed il sostegno alle loro idee. La dimensione dello scambio simbolico e della costruzione di linguaggi e strutture cognitive condivise diventa prioritaria.

Nella loro analisi questi autori danno grande rilevanza agli attori sociali, con particolare attenzione al ruolo dei politici e alle dinamiche di interazioni che essi sviluppano con i portatori di interessi privati. Dal punto di vista degli approcci concreti che guidano le interazioni fra attori pubblici e privati, individuano tre prospettive di riferimento che riconducono:

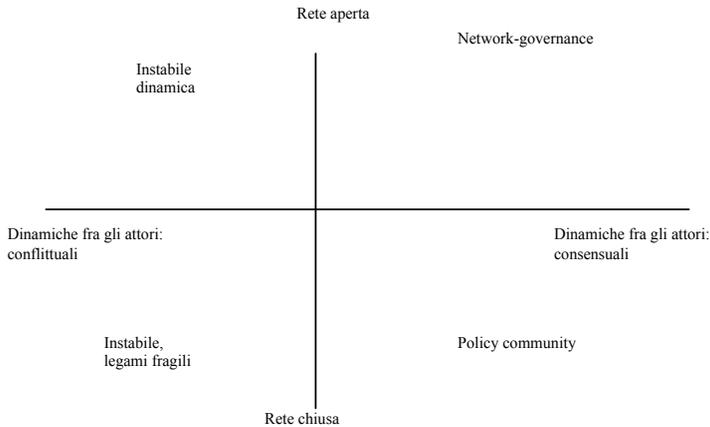
- alla prevalenza delle dinamiche fra gli attori privati. In questo caso si affermano le dinamiche della concorrenza e del mercato. Il caso riferito è quello del governo delle città degli USA;

- alla prevalenza delle dinamiche di tipo statale. Gli attori principali sono i politici che governano i territori attraverso processi di tipo gerarchico. L'esempio portato riguarda paesi come la Francia e la Germania;
- alla compresenza di dinamiche miste di tipo pubblico e privato che si combinano fra loro. Il riferimento è ai tentativi di tenere insieme dinamiche di mercato e di gerarchia. Le esperienze citate in questo caso riguardano lo sviluppo di logiche di rete presenti in Gran Bretagna.

Davies (2005), invece, analizza le forme della governance dal punto di vista della loro coerenza fra le dinamiche che connettono gli attori sociali e il grado di apertura della rete. Secondo l'autore la presenza di dinamiche fortemente conflittuali rende instabili le relazioni fra gli attori e, conseguentemente le dinamiche di governo. Tale condizione sviluppa processi di negoziazione e richiede un intervento determinante dell'autorità. Queste situazioni tendono a evolvere verso una dissoluzione della rete o, alternativamente, verso la riduzione della conflittualità interna. In altre parole, gli attori che appartengono ad una rete tendono a manifestare le loro criticità esercitando l'opzione della voce e stabilendo una rinegoziazione del patto che tiene insieme le coalizioni di governo. Se le contrattazioni non riducono le dinamiche di tipo conflittuale, i soggetti perdono il loro interesse ad appartenere alla rete e cercano di attivare connessioni esterne. Questa instabilità aumenta, quindi, la propensione degli attori ad esercitare l'opzione dell'uscita dalla rete.

Quando, invece, le relazioni fra gli attori sono caratterizzate dal consenso, allora si consolidano dinamiche di governance più costruttive. Reti coese e chiuse non necessitano di processi di governo complessi. Il comportamento degli attori è naturalmente rivolto a perseguire finalità condivise e segue modalità sulle quali, probabilmente, tutti gli attori si riconoscono. Il processo decisionale si basa su connessioni strette (WEICK 1997) e anche i processi di controllo sono prevalentemente di tipo informale e basati sul rispetto di norme sociali condivise. La presenza di reti aperte con forti interscambi con l'esterno rende le strutture cognitive degli attori dinamiche e soggette a cambiamenti. Le aperture portano, infatti, innovazione ed esperienze con le quali gli attori si confrontano. Questa dinamicità richiede un governo del cambiamento per evitare che s'innescino dinamiche conflittuali che richiederebbero di mettere in crisi la stessa rete. È in questa situazione che si sviluppano dinamiche di Network Governance.

Fig. 2. Dinamiche della rete e processi di governance (DAVIES 2005)



Ma nella rete gli attori hanno relazioni di mutua dipendenza perché scambiano continuamente risorse per migliorare la capacità di realizzare i propri obiettivi e per concorrere alla realizzazione degli obiettivi della rete a cui appartengono. Le dinamiche fra gli attori portano a stabilire relazioni di negoziazione attraverso le quali costruire le coalizioni (MARCH 1994) necessarie per far prevalere i propri sistemi di preferenza e per definire le regole utilizzate per sviluppare i processi di scambio.

Il tema della governance locale e delle forme capaci di orientare le reti è stato ripreso più volte da Stoker (2009). Nel suo lavoro del 2009 egli sostiene che gli elementi che caratterizzano la NCG (Network Community Governance) sono riconducibili a:

- il tipo di obiettivi da perseguire, devono essere riferiti all'aumento dell'efficacia nel contrastare i principali problemi di cui si devono occupare le politiche di interesse pubblico;
- la logica di governo, tesa a combinare la logica manageriale con l'enfasi alla dimensione locale;
- la funzione di integrazione, con attenzione al processo d'interazione che riguarda il confronto fra le preferenze individuali e quelle collettive (o pubbliche);
- i processi di accountability che devono coinvolgere i politici eletti, i dirigenti della Pubblica amministrazione e gli attori chiave nell'individuazione dei problemi della comunità e nella progettazione di soluzioni efficaci. Il controllo ultimo è legato alle forme attraverso le quali si possono sviluppare le dinamiche della rappresentanza (diretta e delegata) democratica;

- le priorità di intervento, da costruire analizzando in modo pragmatico alcune (poche) alternative;
- la guida del sistema, che non deve essere riservata agli attori pubblici e deve mantenere le relazioni e la condivisione dei valori fra gli attori della comunità;
- i legami di governo che devono essere multipli e includere il livello europeo, nazionale e regionale, e utilizzare dinamiche flessibili e negoziali.

L'enfasi sulle dinamiche di rete e sui processi partecipativi non deve essere vista in alternativa alle dinamiche di potere che connettono gli attori sociali. Stoker (2009) sostiene che «Il ruolo della Community Governance è vulnerabile perché fortemente legato alla profondità del radicamento sociale. Il suo ruolo (rischia) di essere debole per carenza di potere sia soft che hard» (2009, p. 29). In altre parole, uno sbilanciamento sulle dinamiche partecipative rischia di sottovalutare l'importanza dell'autorità e la necessità di creare le condizioni perché gli attori adottino un comportamento solidaristico e non opportunistico.

Queste considerazioni evidenziano la centralità del concetto di rete, visto però non in alternativa alla gerarchia (dello stato) o al mercato, ma come sistema infra-organizzativo complesso. Anche Bovaird e Löffler (2003) hanno ridefinito il concetto di governance alla luce delle esperienze realizzate nei primi dieci anni di sperimentazione di questo approccio, sostenendo che costituisce «il processo attraverso il quale gli stakeholder entrano in relazione per influenzare i risultati delle politiche pubbliche». Gli autori rappresentano in questo modo il processo di definizione delle politiche pubbliche come un'arena nella quale i diversi attori stabiliscono fra loro dinamiche relazionali orientate a influenzare e indirizzare i processi decisionali. In definitiva possiamo dire che una lettura critica del dibattito consente di evidenziare un uso «connotato» del concetto di governance, intesa come: governo dei processi decisionali che coinvolgono i diversi attori (pubblici e privati, politici o tecnici e cittadini) compartecipi alla realizzazione di politiche che interessano la vita della comunità. Queste considerazioni pongono un'ulteriore chiave di analisi dei diversi modelli di governance in riferimento ai processi reali attivati ed alla loro capacità di tenere in equilibrio le forme del potere hard (autorità e gerarchia) con quelle soft (identità, scambio e partecipazione). In questa prospettiva la governance locale può essere classificata in relazione al grado di mix degli approcci alla regolazione ed alla loro coerenza e potenziale conflittualità. In altre parole si tratta di individuare se, e secondo quali dinamiche, sono compresenti processi che si rifanno alla logica della gerarchia, a quella del mercato o della rete.

Enjolras (2009) nella sua analisi sui processi di trasformazioni della governance delle politiche sociali insiste sulla compresenza di diversi meccanismi di regolazione riconducibili rispettivamente alle dinamiche del mercato e a quelle proprie della società civile. Lo sviluppo di queste dinamiche dipende dalla necessità di sviluppare logiche di efficienza e, contemporaneamente, di coinvolgimento e partecipazione dei cittadini, ma sono anche legate alle caratteristiche dei diversi attori che operano nel sistema. La cultura della partecipazione è sicuramente uno degli elementi che costituiscono l'identità dei soggetti del terzo settore, mentre le dinamiche del mercato e della concorrenza sono proprie dei soggetti che agiscono con finalità di tipo profit. Nei diversi contesti (locali e non solo) queste appartenenze si incontrano alla luce delle caratteristiche e della rilevanza assunta dai soggetti che compongono la struttura del welfare mix. Questi diversi mix attribuiscono al concetto di senso civico diversi significati, e tali concettualizzazioni contribuiscono a definire le caratteristiche dei modelli sperimentati. Il risultato, secondo Enjolras, porta a ipotizzare alcuni ideal-tipi che l'autore riconduce a:

- public governance. In questo caso gli attori istituzionali sono pubblici e gestiscono in modo diretto le decisioni di governo. La costruzione delle politiche segue una logica di tipo tecnocratico. Il senso civico è legato agli interessi pubblici e le regole della governance sono definite dai diritti sociali, dalla carta degli utenti e dall'etica del servizio pubblico. Le dinamiche di voice hanno come riferimento i soggetti politici. Ed infine, i fruitori dei servizi sono visti come soggetti passivi e definiti utenti;
- corporate governance. Anche in questo caso gli attori istituzionali sono pubblici, ma sono coinvolti anche gli attori no profit. L'implementazione delle politiche si basa sulla regolazione delle tutele (garanzie ai cittadini) e sui pagamenti a soggetti di terza parte (erogatori). La definizione delle politiche segue un percorso di tipo corporativo. Il senso civico è messo in relazione agli interessi collettivi. A fianco dei diritti sociali e della carta dei pazienti che li ribadisce, assume un ruolo centrale l'etica del volontariato. In questo caso le dinamiche attivate dai processi di voice s'indirizzano verso i rappresentanti degli interessi in gioco. I fruitori dei servizi, infine, sono visti come beneficiari;
- competitive governance. Gli attori istituzionali sono sia pubblici che privati (profit e non profit). L'implementazione delle politiche si basa sulla costruzione di contratti di erogazione e la regolazione sull'incentivazione. Lo sviluppo delle politiche si basa sulle dinamiche della rete. In questo caso non si manifesta un'idea di senso civico e la regolazione si limita a proteggere il consumatore ed a gestire i reclami;

- institutional partnership. Anche in questo caso gli attori sono pubblici e privati (profit e non profit), ma la regolazione segue strategie diversificate e basate su logiche di quasi mercato centrate sul controllo dei prezzi e dei comportamenti attesi dai partecipanti. Le politiche sono costruite tramite l'istituzionalizzazione dei processi di partnership fra i diversi attori coinvolti. Il senso civico è basato sui processi di partecipazione e di solidarietà fra gli attori. Grande importanza è posta sui diritti di cittadinanza e sull'empowerment dei cittadini.

Infine, un contributo utile all'analisi può essere ricondotto al lavoro di Haveri (2008) che fa un'interessante distinzione fra i processi reali e la retorica della governance in voga nelle realtà locali. L'autore utilizza il concetto di muro della retorica con il quale intende rappresentare «l'ampia distanza fra le intenzioni espresse a livello retorico e ciò che caratterizza i reali processi decisionali» (p. 142). Tale muro dipende da diversi fattori che possono essere ricondotti:

- alla complessità dei processi che non sono sempre ben definiti e finiscono, nella pratica, per far prevalere le logiche tradizionali (gerarchiche) e bloccare i processi di cambiamento. L'innovazione, in questo caso passa per la costruzione della rete e il consolidamento delle relazioni sociali fra gli attori. Il problema nasce quando tali relazioni si devono istituzionalizzare e finiscono per modificare le pratiche e i ruoli consolidati dagli attori. In questa fase le resistenze al cambiamento si sposano con la difficoltà di definire in dettaglio i processi innovativi (che sono permeati da incertezza e richiedono flessibilità);
- alla politica dell'immagine che tende a far prevalere concetti e valori che possono essere considerati di moda. In questo caso la retorica della rete e della partnership rischia di rappresentare un voler essere astratto piuttosto che un elemento culturale sul quale costruire nuove pratiche operative.

Questa distinzione fra retorica e pratiche può essere vista anche come distanza fra il cambiamento normativo e il cambiamento fenomenico che riguarda le pratiche realmente agite dagli attori delle politiche di welfare.

Del resto, anche altri lavori di ricerca hanno posto particolare attenzione alla distinzione fra l'impianto normativo e la pratica, spesso discretamente distanti fra loro. Partendo da questa preoccupazione metodologica Och e Pfau-Effinger hanno proposto di considerare due livelli di analisi delle strutture della governance locale. Tali autori sostengono che il concetto di «strutture della governance locale, nel campo delle politiche sociali, va considerato come guida delle politiche sociali a livello locale e come integrazione dei diversi elementi di governance

delle politiche locali» (OCH, PFAU-EFFINGER 2008, p. 5). L'analisi di questi processi di guida integrati si sviluppa necessariamente a partire dalla ricostruzione degli attori che influenzano lo sviluppo delle politiche in una ben definita area territoriale, dalle dinamiche che li connettono, dalle loro relazioni, dagli scambi di risorse e dai processi di coordinamento attivati. Il processo di analisi si deve articolare in relazione alla:

- *institutional governance structures*. Con questo termine gli autori intendono rappresentare il livello normativo che sancisce i ruoli degli attori coinvolti e le forme che devono assumere i processi di governance. Tendenzialmente questo è definito centralmente e prefigura (o intende promuovere) una situazione omogenea in tutti i territori implicati;
- *actual governance structures*. In questo caso l'attenzione è posta sulle dinamiche concrete che si realizzano a livello locale. Secondo gli autori il livello istituzionale risulta troppo aspecifico e riduttivo per rappresentare le dinamiche reali che determinano i processi di governo. A livello locale si costruiscono dei sistemi di azione concreta che riflettono le specificità dei contesti e attivano dinamiche di reinterpretazione delle decisioni prese a livello della struttura di governance istituzionale.

Questa impostazione ribadisce la complessità dell'analisi che non può essere ricondotta solo al piano normativo, ma richiede una ricostruzione delle reali dinamiche fra gli attori. A questo proposito risulta utile riprendere il concetto di regime. Tale concetto va interpretato in relazione al dibattito politologico che vede la costruzione, ed il cambiamento dei regimi, legato a quattro diversi elementi, quali: gli oggetti delle politiche, le idee ed i valori, gli interessi degli attori e le istituzioni. Questa idea di regimi nasce nell'analisi delle politiche internazionali e parte dal considerare i regimi (KRASNER 1983, p. 2) come un «insieme di principi, norme e ruoli, impliciti o espliciti, e di procedure decisionali attorno alle quali le aspettative degli attori convergono in una data area delle relazioni internazionali». L'enfasi non viene posta sulle dinamiche formali ma sulla costruzione di coalizioni che condividono gli interessi e le regole necessarie al governo delle interazioni sociali utili al perseguimento delle finalità condivise. Il concetto di regimi, del resto era già stato usato anche da Esping Andersen nella classificazione dei sistemi di welfare. Nella sua analisi l'autore connota i regimi in riferimento alla coalizione politica dominante e ai propri valori di riferimento (socialdemocratica, liberale, conservatrice), sottovalutando la dimensione dei processi che si attivano fra gli altri attori sociali. L'attenzione va sicuramente posta anche alle dinamiche che caratterizzano: il sistema socio-economico, il rapporto fra società e comunità, e le relazioni che connettono gli attori

e le formazioni intermedie della società. La complessità sottesa a questa interpretazione del concetto di «regimi» è meglio analizzabile a livello locale. In questo contesto trovano più facilmente interpretazione le dinamiche del sistema di azione concreto che dà senso alle relazioni fra gli oggetti delle politiche, le idee, gli interessi e le istituzioni. In altre parole, tale concetto risulta centrale nell'analisi dei processi di governance, ma va declinato tenendo presente che il livello territoriale è permeato da dinamiche relazionali fra gli attori che non possono costituire la riproduzione di dinamiche centrali, e non sono semplicemente rappresentabili da quanto avviene fra gli attori che operano al centro del sistema. Del resto l'analisi dei processi reali (BOVAIRD 2002) ha evidenziato la presenza di sei gruppi di attori che influenzano i concreti processi di governance, vale a dire: i singoli cittadini; il settore del volontariato; le organizzazioni for profit; le organizzazioni dei media; le forme di rappresentanza politica che operano a livello centrale (come il governo o il parlamento); le autorità locali. Questa specificazione degli attori rende evidente la dimensioni multilivello, ma soprattutto mette in risalto la centralità degli attori locali che hanno fra loro specifiche dinamiche, fortemente ancorate alle caratteristiche del contesto.

La complessità dei processi di realizzazione delle politiche pone anche il problema del governo delle integrazioni e sovrapposizioni nell'azione dei singoli attori. Jochim e May (2010) sostengono, a questo proposito, che la complessità dei processi d'implementazione delle decisioni richiede una particolare attenzione alle sovrapposizioni che si realizzano nelle pratiche. Secondo questi autori la letteratura ha analizzato poco le dinamiche d'interazione fra i sottosistemi e serve una ridefinizione dei quadri teorici di riferimento. Al centro della loro riflessione viene posto il concetto di «Boundary spanning regimes» con il quale si vogliono rappresentare i regimi che estendono (e sovrappongono) i confini. In questa prospettiva risulta fondamentale chiarire il ruolo delle istituzioni per capire se giocano come uno degli attori del sistema, o se ne sono estranei e si limitano a definire le regole che gli attori devono seguire nelle loro dinamiche di scambio. In questo quadro teorico, Jochim e May (2010, p. 373) sostengono che le istituzioni «servono come forza di potenziale integrazione attraverso gli elementi dei sottosistemi delle politiche e come strutture che attivano l'equilibrio e danno stabilità ai sottosistemi. Il grado con cui le istituzioni rinforzano la coesione delle politiche dipende da come sistematizzano le strutture dell'autorità, prestano attenzione, scambiano le informazioni e indirizzano le relazioni (fra gli attori) a supporto di un dato regime». Questa prospettiva assegna alle istituzioni il ruolo di attori di coordinamento e integrazione delle dinamiche interne ai regimi, e collega tale funzione alle dinamiche di

legittimazione e gestione dell'autorità, ai processi di scambio simbolico e materiale fra gli attori e infine alle dinamiche relazionali che caratterizzano le reti. L'abilità delle istituzioni è, quindi, quella di orientare il regime verso gli interessi e i valori condivisi, attivando le risorse che gli attori possono mettere a disposizione e riducendo la frammentazione degli interventi. Come si vede questa prospettiva si allontana dalla logica dei sistemi gerarchici e si focalizza sull'indefinitezza e sovrapposizione dei confini fra le politiche. La governance è vista come l'insieme dei meccanismi che consentono di orientare le dinamiche interne al «Boundary spanning regimes» verso gli interessi e i valori degli attori che vi appartengono. La centralità dei meccanismi ha a che fare con la capacità di utilizzare l'autorità come una risorsa che integra l'azione degli attori riducendo la propensione ai comportamenti opportunistici e consolidando le coalizioni.

La prospettiva di utilizzare il concetto di regime, così come declinato da Jochim e May (2010) come insieme di processi strutturali e cognitivi che connettono gli attori coinvolti nella realizzazione delle politiche, e presenti in diversi sottosistemi parzialmente sovrapposti, pone alcuni interessanti problemi dai quali partire per definire una prospettiva di analisi dei processi di governance. Una prima riflessione va sicuramente posta in relazione ai ruoli degli attori presenti nel regime. In questa prospettiva si assume che le reti non siano fra pari, e che i soggetti che svolgono un ruolo istituzionale non siano gerarchicamente sovra-ordinati ma chiamati a svolgere la funzione d'integrazione e de-frammentazione dei processi individuali. In questo modo si evidenzia la presenza di dinamiche di rete, ma anche la necessità di ribadire che l'autorità, pur pensata come congiunta e fortemente legittimata, non costituisce una risorsa solo nei processi gerarchici ma è fondamentale anche nelle dinamiche che caratterizzano tutti i sistemi complessi. Ma l'integrazione passa soprattutto per la condivisione delle norme sociali e la costruzione di una rete di relazioni sociali densa. In altre parole, per consentire la governance di sistemi complessi servono regimi relativamente stabili e dotati di forza (ma non necessariamente forti in senso gerarchico) d'indirizzo e di coordinamento.

3. La natura ibrida della governance locale

L'analisi dei modelli di governance si va orientando verso logiche multidimensionali che tengono conto della:

- presenza di logiche di regolazione originariamente pensate come alternative, vale a dire: il mercato, la gerarchia e la rete;

- complessità del sistema di azione che connette gli attori all'interno di uno specifico regime;
- forma dell'autorità e del ruolo delle istituzioni nei processi di integrazione delle politiche;
- sovrapposizione dei sistemi che presentano confini sfuocati e sovrapposti.

Kiaer (2004) suggerisce di utilizzare il concetto di meta-governance per intendere un processo più ampio attraverso il quale le politiche pubbliche sono formulate e interpretate coinvolgendo una vasta gamma di attori e organizzazioni per allocare e coordinare l'impiego delle risorse. Nella strada della governance come integrazione di meccanismi di regolazione diversi vanno anche i lavori di ricerca di Halpern (2008, p. 85) che individua diversi aspetti dell'integrazione. «Ci si può riferire a una regolazione che combina la componente governativa [pubblico] con la componente non governativa [privata]. Ci si può riferire alla presenza di livelli di governo diversi, alla connessione della regolazione centrale, regionale ed anche locale. Ci si può riferire al processo di regolazione che coinvolge tutti i partecipanti, includendo i professionisti, i dipartimenti del governo, i difensori degli interessi pubblici, e la rappresentanza dei gruppi che sono regolati».

Il carattere integrato è quindi riconducibile a tre dimensioni legate alla necessità di:

- i. tenere insieme controlli governativi e non governativi (controlli pubblici e privati). La presenza di diversi attori che si auto-organizzano e partecipano allo sviluppo di un sistema più complessivo ha fatto crescere i meccanismi di regolazione. Ogni coalizione o gruppo finisce per definire delle regole di appartenenza (a conferma dell'identità) e dei processi di controllo che consentono al gruppo di verificare la presenza/assenza di comportamenti opportunistici. Questa situazione ha portato al proliferare degli attori che svolgono una funzione di regolazione e di controllo (POWELL 2002). In altre parole esistono processi pubblici di regolazione e controllo, ma parallelamente si sono sviluppati anche processi di regolazione autonomi e del tutto indipendenti. La sfida della governance è cercare di integrare e non sovrapporre i processi di controllo presenti nel sistema;
- ii. combinare autorità locale e centrale. Un altro livello di analisi della complessità della regolazione è dato dalla presenza di processi che si svolgono su livelli diversi del sistema. Parliamo, infatti, di regolazione statale o centrale, di regolazione regionale e di regolazione locale. La presenza di attori e di dinamiche strategiche diverse fa sì che ognuno cerchi di aumentare i propri margini di

autonomia decisionale, riducendo (in modo formale ma soprattutto informale) i vincoli posti dai livelli sovra-ordinati del sistema. Anche in questo caso (come visto precedentemente) il carattere multilivello comporta una riflessione sulla complessità delle relazioni (formali e informali) fra gli attori e le istituzioni presenti ai diversi livelli;

- iii. coinvolgere la molteplicità degli attori delle politiche. L'enfasi è posta sulle relazioni orizzontali e non verticali e sulla necessità di coinvolgere gli stakeholder nei processi di negoziazione fra gli attori sociali.

Lo sviluppo dei processi d'integrazione comporta che le dinamiche di relazione fra gli attori non possano essere ricondotte esclusivamente al ruolo e al potere. Quando le relazioni non sono di tipo gerarchico, il potere posizionale (dato dal ruolo e dalla posizione nel sistema organizzativo) perde la sua capacità di influenzare i comportamenti, e il suo esercizio tende a dissolvere le connessioni. Queste osservazioni portano a considerare la legittimazione, l'identità e le relazioni fra gli attori come motori fondamentali dei processi d'integrazione. Si conferma, così, la centralità dei processi di comunicazione e di costruzione di senso nel consolidamento dei legami fiduciari e nella legittimazione degli attori del sistema. La crisi dei meccanismi di regolazione centrati sui processi gerarchici e i fallimenti dei processi autoregolativi basati sulla concorrenza, rendono evidente l'importanza della capacità (dello stato) di gestire il mix di gerarchia, mercato e rete, per costruire un sistema di regolazione coerente con la complessità del sistema attivato per la realizzazione delle politiche di interesse della comunità (in questo senso pubbliche).

L'importanza di superare le contrapposizioni fra stato, mercato e rete è evidenziata anche dai lavori di Bowles e Gintis (2002). Questi autori affermano che nell'era post-moderna le interazioni proprie del livello locale tendono a crescere d'importanza e con esse cresce la rilevanza dei processi che si sviluppano nella comunità locale. L'appartenenza, l'identità nella comunità e la partecipazione alla realizzazione degli interessi comuni (we interest) si affiancano alle dinamiche orientate alla realizzazione del self-interest. Ma la combinazione di queste prospettive di azione degli attori sociali richiede una compenetrazione delle dinamiche del mercato con quelle dello stato e con le prospettive aperte dall'analisi delle reti e delle relazioni interne ed esterne alla comunità. Assumere che nel sistema sono compresenti dinamiche di regolazione diverse, richiede un'attenta analisi dei meccanismi che sono alla base delle integrazioni e sovrapposizioni che influenzano i processi reali. Da questa prospettiva si cercherà di evidenziare alcune caratteristiche dei processi di regolazione della gerarchia, della rete e del mercato. La rego-

lazione che si rifà alla programmazione pubblica è costruita sull'ipotesi dell'esistenza di una relazione gerarchica fra gli attori coinvolti nella realizzazione delle politiche. Le relazioni si basano sulla costruzione di una dinamica coercitiva per la quale, man mano che si scende la scala gerarchica, si riducono i margini di autonomia decisionale degli attori e, conseguentemente, la loro azione diventa di tipo esecutivo. Ciò che consente di avere una coerenza fra decisione (di pochi) e azione (di molti) è l'esercizio del potere. La natura del potere, in un contesto di dinamiche gerarchiche, è di tipo «posizionale» vale a dire legata al ruolo svolto dall'attore nel sistema. L'esercizio del potere, per altro, richiede un'autorità e il ricorso ai meccanismi del controllo e della sanzione. Tanto più il potere è legittimato e tanto più i processi si basano sul concetto di autorità. La crisi di legittimazione riduce l'autorevolezza del potere e richiede un ricorso sempre maggiore alla coercizione e alla sanzione. Si sviluppa così un circolo vizioso che arriva a mettere in discussione le regole di funzionamento del sistema e le stesse posizioni ricoperte dagli attori. Queste brevi osservazioni non rendono la complessità dei processi gerarchici, ma consentono di evidenziare come la legittimazione del potere e l'autorità siano la risorsa principale per la regolazione delle dinamiche gerarchiche presenti nei sistemi complessi. Le dinamiche della rete (contrariamente a quanto evidenziato nella gerarchia) si caratterizzano per i processi di scambio che avvengono fra attori non legati da rapporti di tipo gerarchico. La stessa appartenenza alla rete è legata alla convinzione, presente negli attori, che essa fornisca delle opportunità di realizzazione delle proprie finalità individuali e degli obiettivi comuni. L'appartenenza alla rete è riconducibile alla condivisione di un insieme di norme sociali che regolano le transazioni fra gli attori. La regolazione si basa sulle negoziazioni che si sviluppano nel processo (continuo) di definizione delle norme sociali condivise e ai legami relazionali sui quali si fondano gli scambi all'interno della rete e con il suo esterno. La regolazione, quindi, si fonda sull'intensità delle relazioni (dimensione strutturale dei processi di rete) e sulla condivisione dei linguaggi, dei valori e delle strutture cognitive degli attori. Queste brevi note consentono di individuare nell'autorità, nel capitale sociale e nella fiducia le risorse fondamentali sulle quali costruire il processo della governance ibrida. Ma queste risorse devono essere integrate e poste in una situazione di equilibrio perché il prevalere di una sulle altre rischia di attivare un circolo vizioso che ne riduce la capacità di governo della complessità.

L'analisi delle dinamiche che si sono sviluppate nei processi di regolazione, in relazione alla compresenza di meccanismi e processi propri di approcci diversi, ha evidenziato come questi presentino aspetti che possono coesistere perché basati su di una coerenza interna (a partire

da una struttura teoretica omogenea), e altri che sono alternativi e finiscono per erodere le risorse necessarie. La coerenza interna è riconducibile alla presenza di processi non conflittuali che consolidano il circolo virtuoso fra le diverse risorse della governance. In questa prospettiva, il termine ibrido (BERTIN 2009) rappresenta la capacità di tener conto della compresenza di dinamiche diverse che valorizzano le possibili sinergie fra i processi di regolazione. Tale condizione si realizza quando i meccanismi della governance utilizzano ma non consumano le risorse necessarie per affrontare la complessità, e favoriscono l'equilibrio e la sinergia fra autorità, capitale sociale e fiducia. Questo si manifesta quando i meccanismi della governance ibrida:

- consolidano i processi di apprendimento basati sulla condivisione di senso costruita in modo riflessivo;
- costruiscono un corpus di norme sociali e buone pratiche condivise;
- consolidano i reticoli sociali e il mantenimento della possibilità di rielaborare le esperienze e gli stimoli ambientali;
- sviluppano processi di costruzione d'identità e identificazione nella rete, e consolidano la legittimazione (reciproca) degli attori;
- valorizzano e sviluppano una cultura solidaristica.

4. Due processi centrali nella governance locale: integrazione delle politiche e valutazione partecipata

L'analisi delle caratteristiche della governance locale ha evidenziato l'importanza di assumere una prospettiva globale, tesa ad assicurare integrazione alle politiche che contribuiscono allo sviluppo della comunità. D'altra parte la logica multilivello e la necessità di coordinare l'azione dei singoli attori e di consolidare un'autorità basata sulla condivisione delle norme sociali evidenzia l'importanza di governare i processi riflessivi che attivano costruzione di senso e integrazione verticale e orizzontale. Questa impostazione porta ad assegnare un ruolo centrale a due processi della governance, riconducibili: all'integrazione delle politiche e alla loro valutazione.

Complessità e integrazione delle politiche

La centralità dell'integrazione delle politiche trova la sua origine nella multidimensionalità dei fattori che influenzano lo sviluppo della qualità della vita. Tutte le ricerche sui legami fra salute, qualità della vita e dinamiche socio-economiche hanno evidenziato gli intrecci fra questi

aspetti. In questa prospettiva possiamo collocare i contributi di almeno tre filoni di ricerca. Il primo può essere ricondotto alla «catena delle avversità» (PEARLIN ET AL. 2005) che interessa i soggetti di status sociale più basso. Questi autori osservano che gli eventi critici, originati nelle diverse sfere della vita delle persone, finiscono per associarsi e rinforzarne gli effetti. Un secondo filone di ricerca indica nell'interazione fra le condizioni psico-fisiche e sociali il motore dei processi che inducono la perdita della salute. Questo filone di ricerca può essere ricondotto alla teoria definita da Bruner e Malmot (1999) come: «Fight or fly response». Questi autori sostengono che i processi di adattamento ai cambiamenti psicologici e sociali producono un effetto diretto sulla salute. La presenza di eventi critici crea discontinuità e rompe l'equilibrio e la routine della quotidianità. A questa discontinuità la singola persona risponde in modo diverso, attivando processi adattivi che possono essere di fuga o di lotta. Tali reazioni producono effetti diretti anche a livello del sistema neuroendocrino. Questa situazione psico-fisica si trasforma in stress che, qualora diventi una condizione cronica, produce effetti sulla salute delle persone. In questo caso l'attenzione è posta proprio sull'interazione fra le dinamiche psico-sociali e fisiche che contribuiscono all'insorgenza delle patologie. Un terzo filone di ricerca ha studiato la capacità delle variabili psico-sociali e relazionali di contrastare o di enfatizzare gli effetti prodotti dall'esposizione ai rischi ambientali. Gli autori del «California Children's health study» (ISLAM ET AL. 2011) hanno realizzato uno studio prospettico, ripetuto negli anni 2002-2003 e 2008-2009, su un gruppo di 1399 bambini. Questo studio riguarda la popolazione ispanica che vive in condizioni di maggior rischio. I loro quartieri, infatti, sono interessati da maggior traffico pesante e da una conseguente maggior presenza d'inquinanti ambientali. La ricerca dimostra che, a parità di esposizione ai fattori inquinanti, i bambini che vivono in un contesto familiare caratterizzato dalla presenza di condizioni di stress psico-sociale, presentano una maggior suscettibilità a esiti negativi degli agenti inquinanti sulla funzionalità respiratoria. Gli autori non specificano le cause ma enfatizzano la relazione di concausa fra eventi di tipo fisico (nel nostro caso l'inquinamento dell'aria) con le condizioni relazionali che caratterizzano l'ambiente di vita. Lo studio ci permette di osservare due aspetti. Il primo riguarda la maggior esposizione al rischio ambientale dei soggetti appartenenti a una comunità etnica che si caratterizza per uno status sociale basso, confermando così l'assunzione della correlazione fra status sociale ed esposizione ai rischi per la salute. Il secondo aspetto interessante sta negli effetti di rafforzamento dei danni da inquinamento prodotti dalla presenza di relazioni di vita familiare caratterizzate dalla presenza di stress. Questi diversi

lavori di ricerca ribadiscono la multidimensionalità dei processi causali che innescano la malattia e la centralità delle dinamiche psico-sociali nell'analisi della vulnerabilità sociale.

Sul fronte della differenziazione degli attori giova ricordare che molto spesso i sottosistemi del welfare sono costruiti in modo non integrato e, spesso, seguendo logiche del tutto indipendenti e poco coerenti fra loro. Anche sistemi adiacenti, appartenenti alle politiche di welfare, presentano caratteristiche fortemente differenziate. Quest'affermazione è facilmente riscontrabile comparando le logiche seguite dalle politiche socio-assistenziali e sanitarie adottate dai sistemi di welfare dei paesi europei. Prendendo in considerazione la letteratura che si è occupata di classificare tali sistemi è possibile farne una comparazione incrociata.

Considerando la classificazione fatta da Reibling (2010) dei sistemi sanitari e quella fatta da Esping Andersen dei sistemi di welfare in generale, si notano alcune incoerenze significative. Nel cluster 1 dell'analisi della Reibling, per esempio, ricadono stati che hanno regimi di welfare di tipo liberale (la Svizzera), conservatore (Austria e Francia), e socialdemocratico (Svezia).

Tab. 3. Classificazione dei paesi europei in relazione al modello di welfare e al sistema sanitario

| Sistemi sanitari (REIBLING 2010) | | | | | |
|---|-------------------|---------------------|-----------|------------------------|-----------------------|
| | | Cluster 1 | Cluster 2 | Cluster 3 | Cluster 4 |
| Sistemi di welfare (Esping Andersen) | Liberales | Svizzera | | Gran Bretagna | |
| | Conservatore | Austria, Francia | Germania | Olanda | |
| | Socialdemocratico | Svezia | | Danimarca, Norvegia | Finlandia |
| | Mediterraneo | | Grecia | Spagna | Italia, Portogallo |
| | | | | | |

Queste analisi ci portano a concludere che non esiste una coerenza fra la natura dei sistemi di welfare (da considerarsi come sovra-sistemi rispetto ai sistemi sanitari) e le caratteristiche assunte dai sistemi sanitari nazionali. Le politiche di welfare hanno dato origine a sistemi differenziati, non necessariamente espressione dei regimi politici entro i quali si sono sviluppate. Le forme assunte rispecchiano la complessità delle dinamiche che influenzano lo sviluppo dei regimi (nel senso indicato da KRASNER 1983) che presidiano la formazione delle politiche pubbliche. Utilizzando il concetto di regimi, visto precedentemente, possiamo ipotizzare che non c'è corrispondenza fra i sottosistemi (segmentati in base esclusivamente alle politiche) di welfare ed i regimi che li caratterizzano.

Gli attori, i loro valori e interessi, i ruoli svolti e le dinamiche di relazioni che li connettono sono diversi e tendono a riprodursi al loro interno con il rischio di aumentarne le distanze. Il rischio è quello di problematiche che presentano confini sovrapposti e non definiti a fronte di risposte segmentate che consolidano regimi forzosamente diversificati e non integrati.

Anche in questo caso la governance può costituire un fattore di profonda trasformazione dei processi di governo. La letteratura concorda nel ribadire che il cambiamento consiste nello spostare l'attenzione dei decisori dalla gestione di servizi di qualità allo sviluppo della comunità, dalla erogazione alla mobilitazione degli attori e delle risorse che possono contribuire a questa prospettiva. Bovaird e Löffler (2007) sostengono che ci si deve occupare in modo integrato di:

- «salute;
- sicurezza e protezione dai rischi;
- prospettive economiche e del lavoro;
- benessere e integrazione sociale;
- divertimento, tempo libero e cultura;
- capitale umano e formazione continua;
- accessibilità e mobilità;
- confort dell'abitare e ricovero temporaneo;
- ambiente vivibile».

Porre la comunità al centro comporta considerare che gli ambiti d'intervento proposti da Bovaird e Löffler presentano caratteristiche e dinamiche specifiche nei singoli contesti territoriali e rendono la dimensione locale centrale nei processi di sviluppo della qualità della vita. Considerare la dimensione locale come luogo privilegiato per l'integrazione, significa dover fare i conti con la complessità (già evidenziata) insita nella natura, spesso diversa, dei processi di regolazione dei sottosistemi da integrare. Questo dibattito è, del resto, ben presente in letteratura e suggerisce di prestare particolare attenzione alla governance multicentrica dei sistemi adiacenti. Questa prospettiva di ricerca è stata rilanciata da McGinis (2011) secondo il quale questa situazione si manifesta ogni qualvolta si realizzano queste condizioni: «un'azione situata in x_i è adiacente a Y se gli outcome prodotti da x_i influenzano direttamente il valore di uno o più delle componenti che agiscono in Y » (MCGINIS 2011, p. 53). La complessità, in questi casi deriva dal fatto che in x ed in Y si sviluppano dinamiche parallele, contemporanee e indipendenti che rendono il contesto decisionale fluido e instabile. Gli autori, riprendendo alcuni lavori della Ostrom (2005), propongono di considerare sei aree che consentono di classificare le dinamiche della governance multicentrica. Tali aree sono ricondotte a:

- la costruzione dei soggetti collettivi e la definizione dei loro ambiti di intervento (jurisdictions). Questi processi partecipano alla definizione delle regole che stabiliscono: il posizionamento, le relazioni fra i confini dei sistemi adiacenti e i processi di scambio informativo;
- la valutazione delle politiche che attiva la definizione delle regole sugli scambi informativi fra gli attori e i sottosistemi;
- le azioni degli altri gruppi che producono effetti diretti sugli outcome e influenzano la definizione di regole sulle finalità e gli obiettivi, interagiscono attraverso scambi informativi e pongono il problema delle regole «aggregate» condivise fra i gruppi adiacenti;
- il mercato o altre forme di assegnazione del valore che influenzano le finalità, gli obiettivi e le regole di scambio (nel fissare le ricompense e le incentivazioni);
- i processi di socializzazione che contribuiscono a definire le norme sociali e le regole di valutazione dei comportamenti degli attori;
- le politiche che definiscono le possibili azioni e le forme di incentivazione. Anche in questo caso si sviluppano dinamiche che influenzano le regole inerenti il posizionamento, la valorizzazione e i processi decisionali.

La governance multicentrica segnala che la strada dell'integrazione delle politiche con margini di sovrapposizione richiede un'attenta analisi delle dinamiche fra i «regimi» che si costruiscono e consolidano nella realizzazione delle singole politiche. Le relazioni fra i regimi non sono solo di coordinamento e nemmeno gestibili esclusivamente tramite processi gerarchici d'indirizzo e segmentazione. Le dinamiche attivate riguardano la definizione delle regole dell'interazione e hanno a che fare con:

- la definizione degli scopi e delle finalità;
- la condivisione delle norme sociali e dei criteri di valutazione degli outcome;
- la definizione dei confini e delle forme di aggregazione;
- i processi decisionali;
- lo scambio informativo.

Queste dinamiche, per altro, permeano i processi di scambio e le interazioni continue che avvengono negli spazi sovrapposti dei sistemi adiacenti. Questo porta a considerare che l'interazione non è governata né governabile attraverso un'interazione ex ante, come sarebbe nella logica dei processi gerarchici, ma richiede un accompagnamento costante delle dinamiche di interazione fra gli attori sociali partecipi alla realizzazione delle singole politiche di welfare.

La valutazione come processo di governance

Il passaggio da logiche di regolazione basate sulla gerarchia a quelle della rete comporta una revisione anche dei processi e delle metodologie utilizzati nella valutazione delle politiche e dei servizi. Gli aspetti lungo i quali rivedere le logiche della valutazione vanno ricondotti alla necessità di: i) combinare in modo coerente i processi di auto ed etero valutazione; ii) sviluppare processi di valutazione partecipata; iii) spostare la valutazione dalle prestazioni all'outcome; iv) costruire la valutazione sul confronto.

i) L'integrazione fra auto ed etero valutazione

Campbell e McClintock (2002) sostengono che la valutazione attivata dall'esterno come rendicontazione formale ha prodotto scarsi risultati concreti. Questi autori sostengono che «quando la valutazione è usata solamente per “rating, classification, sorting” le organizzazioni sono motivate solo a dimostrare agli altri la loro idoneità alla qualità formalmente definita». Quando il controllo del sistema si caratterizza per essere un controllo esterno all'organizzazione, e come tale è vissuto da chi è controllato, si attiva un circolo vizioso che produce una sensibile riduzione dell'utilità ed affidabilità del processo valutativo. La richiesta di un controllo esterno finisce per essere vissuta come un adempimento burocratico inutile, al quale si deve necessariamente sottostare. In questi casi la trasmissione delle informazioni necessarie alla valutazione viene influenzata dal comportamento strategico degli attori che tenderanno a selezionare le informazioni che confermano la coerenza ai modelli ed agli standard definiti dal controllore. Ovviamente questo processo inficia l'attendibilità delle informazioni e, conseguentemente, quella attribuita ai processi di valutazione. Ma tanto meno i processi sono ritenuti affidabili e tanto minori saranno gli sforzi che gli attori sono disponibili a fare per portare avanti la valutazione. Questa situazione è tanto più rischiosa in contesti non gerarchici perché lo sviluppo di processi di adempimento formale finisce per incentivare i comportamenti opportunistici che minano le dinamiche di collaborazione necessarie al buon funzionamento dei sistemi a rete. D'altra parte i processi di autovalutazione, centrati esclusivamente sulle dinamiche riflessive degli attori, rischiano di essere autoreferenziali e consolidare gli stereotipi presenti nel sistema. La valutazione si deve basare su processi riflessivi costruiti anche dal confronto con le esperienze dei diversi attori, sulla condivisione delle regole di trattamento delle informazioni, della rielaborazione ed interpretazione dei dati. L'eteroregolazione deve essere costruita sull'accompagnamento all'autovalutazione e

sulla costruzione delle condizioni che favoriscono lo scambio informativo e il confronto fra i singoli attori della rete.

ii) La dimensione partecipata nei processi di valutazione

Assumere la centralità dei processi valutativi comporta ritenere fondamentale il coinvolgimento degli attori nei processi di costruzione della valutazione. Del resto il dibattito sulla partecipazione nei processi di valutazione trova una lunga tradizione anche nel nostro paese (PALUMBO, TORRIGIANI 2009; ALTIERI 2009). Interessante è sicuramente la prospettiva lanciata da Smits e Champagne (2008) che parlano di *new practical participatory evaluation*. Questi autori indicano alcune piste di lavoro, a partire da: «quattro concetti chiave:

- produzione interattiva di dati. Questo è un processo attraverso il quale i dati sono raccolti in collaborazione fra valutatori e professional (operatori), tenendo in considerazione i valori di ogni attore, con attenzione al rigore scientifico, alla rilevanza (dei dati) ed alla fattibilità del processo all'interno di un dato contesto;
- costruzione delle conoscenze condivise. Questo è il processo attraverso il quale le informazioni sono trasformate in conoscenze in modo riflessivo e dialogico. Gli autori utilizzano il concetto di costruzione della conoscenza in riferimento allo scambio delle informazioni e delle conoscenze attraverso il quale i professional e i valutatori contribuiscono alla costruzione della mappa delle conoscenze condivise;
- contestualizzazione dell'azione. Quest'aspetto riguarda l'analisi delle condizioni ambientali nelle quali si svolge l'azione. Queste condizioni sono esterne al processo di valutazione partecipata, ma riguardano variabili che interagiscono durante il processo;
- l'uso strumentale. Questo è il processo attraverso il quale le conoscenze potenziali sono utilizzate per produrre decisioni e accompagnare l'azione. Queste conoscenze sono definite conoscenze operative» (SMITS, CHAMPAGNE 2008, p. 436).

Il problema della valutazione sta nella capacità di combinare le dinamiche di coinvolgimento degli attori con la riduzione delle distorsioni cognitive prodotte da un confronto legato esclusivamente alle rappresentazioni sulle quali i singoli attori costruiscono il loro processo di comunicazione.

Queste osservazioni evidenziano che anche i modelli di valutazione focalizzati sulle dinamiche relazionali fra gli attori sociali, e sulla partecipazione come elemento cardine, stanno affrontando il problema della combinazione delle dinamiche partecipative con quelle di riduzione delle

distorsioni cognitive e del rapporto fra decisione-azione-valutazione. Questa revisione delle logiche valutative richiede l'adozione di strumenti e tecniche di ricerca differenziate e capaci di supportare il confronto fra gli attori. In questa logica «la valutazione, pertanto, ricerca i metodi più appropriati e accetta che la ricerca sociale produca conoscenze scientifiche incomplete e parziali» (GORE, WELLS 2009, p. 160).

iii) La centralità della valutazione dell'outcome

L'autonomia degli attori e lo sviluppo di logiche proscrittive in sostituzione di quelle prescrittive tipiche delle organizzazioni gerarchiche comporta che gli attori siano liberi nel definire il loro contributo alla realizzazione di obiettivi. Ciò che omogeneizza i comportamenti dei singoli è la comune tensione alla realizzazione di un miglioramento della qualità della vita delle persone che vivono nella comunità. Bovaird e Löffler propongono di spostare sull'outcome il centro della valutazione dei processi di governance. In particolare affermano che:

- «abbiamo bisogno di valutare:
- il livello di sicurezza rispetto agli attacchi esterni percepito dai cittadini, piuttosto che la qualità dei servizi di difesa nazionale;
- il livello di sicurezza della comunità percepito dai cittadini, piuttosto che la qualità della polizia e dei servizi di prevenzione del crimine;
- il livello delle entrate economiche e le condizioni di vita lavorativa, piuttosto che le performance dei programmi di sviluppo economico;
- il grado di salute e di benessere sociale dei cittadini, piuttosto che la qualità dei servizi di cura sociale e sanitaria erogata agli utenti;
- il livello di comprensione dei cittadini relativamente agli aspetti che essi vogliono conoscere, piuttosto che la qualità dei servizi educativi e formativi da loro sperimentati.
- il livello di accesso e la loro percezione delle strutture che desiderano utilizzare, piuttosto che la qualità delle strade o dei servizi di trasporto pubblico che utilizzano;
- la qualità dell'ambiente che le persone sperimentano, piuttosto che la qualità della protezione ambientale;
- il comfort che le persone hanno nelle loro abitazioni, piuttosto che la qualità della costruzione delle case e nella fornitura di servizi di riparazione;
- la qualità del tempo libero e delle esperienze culturali sperimentate dai cittadini, piuttosto che la qualità dei servizi forniti per le attività ricreative, sportive e artistiche» (BOVAIRD, LÖFFLER 2007, p. 319).

iv) Il confronto nella valutazione: dallo standard al benchmark

Un ulteriore percorso di rivisitazione dei processi di valutazione richiesti dalla logica della governance è riconducibile alla scelta delle logiche seguite nella costruzione del giudizio. In una prospettiva prescrittiva vanno definiti e standardizzati i risultati attesi dall'azione dei singoli attori. La bontà o meno di un intervento viene normalmente ricondotta alla vicinanza o lontananza da parametri quantitativi predefiniti (standard). La logica dello standard risulta coerente con logiche organizzative gerarchiche e con processi eterovalutativi. Il cambiamento radicale di rotta proposto dalla governance si associa con logiche di interpretazione dei risultati valutativi che possono essere di tipo qualitativo e/o quantitativo, ma non basati sulla pre-definizione del punto d'arrivo rispetto al quale giudicare i risultati prodotti. Per dare senso alle informazioni raccolte è necessario costruire dei processi di confronto che possono essere di tipo longitudinale (come si cambia nel tempo) o di tipo trasversale (qual è la performance degli altri). In questa prospettiva la valutazione si basa su processi di benchmarking e sulla corretta focalizzazione dei cambiamenti prodotti in relazione al contesto nel quale si sono realizzati.

Conclusioni

Bevir e Richards (2008, p. 132) nella loro analisi sulle forme della governance locale partono dal ritenere che: «va rifiutata la convinzione che sia possibile avere una teoria globale delle reti; la dimensione strutturale non determina la natura delle reti, va rifiutata la visione secondo la quale le reti possono essere definite da qualsiasi proprietà essenziale».

Questa affermazione induce a ritenere che l'analisi deve considerare:

- il grado di integrazione o sovrapposizione di diversi approcci alla regolazione (gerarchia, rete, mercato);
- il grado di coinvolgimento e le dinamiche fra gli attori (attori solo istituzionali o tutti gli stakeholder);
- le relazioni conflittuali o collaborative;
- le caratteristiche delle reti (aperte o chiuse);
- le dinamiche multilivello (sistemiche o tese alla gestione delle sovrapposizioni dei confini);
- l'orientamento del sistema (ai servizi da erogare o alla comunità e all'integrazione delle politiche);
- la valutazione (eterovalutazione, o autovalutazione, orientamento alle prestazioni o all'outcome).

Bibliografia

- G. ALMOND, S. VERBA, *The Civic Culture*, Princeton University Press, Princeton, 1963.
- L. ALTIERI, *Valutazione e partecipazione*, Bologna, Franco Angeli, 2009.
- G. BERTIN, *La governance ibrida*, «Quaderni di sociologia», 2009, pp. 249-280.
- G. BERTIN, L. FAZZI, *La governance delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci, 2010.
- M. BEVIR, D. RICHARDS, *Decentring policy networks: lessons and prospects*, «Public Administration», 87, 1, 2008, pp. 132-141.
- T. BOVAIRD, *Emerging practices in network management at local levels in Europe*, in T. BOVAIRD, E. LÖFFLER S. PARADO DIEZ, (a cura di), *Developing local governance network in Europe*, Baden Baden, Nomos, 2002.
- T. BOVAIRD, E. LÖFFLER, *Moving from excellence models of local service delivery to benchmarking 'good local governance'*, «International Review of Administrative Sciences», 68, 9, 2002, pp. 9-24.
- T. BOVAIRD, E. LÖFFLER, *Evaluating the quality of governance: indicators, models and methodologies*, «International Review of Administrative Sciences», 69, 2003, pp. 313-328.
- T. BOVAIRD, E. LÖFFLER, *Assessing the quality of local governance: a case study of public services*, «Public Money & Management», September, 2007, pp. 293-300.
- S. BOWLES, H. GINTIS, *Social capital and community governance*, in «The Economic Journal», 112, 2002, pp. 419-436.
- E. BRUNER, M. MARMOT, *Social organization, stress and health*, in M. MARMOT, R.G. WILKINSON (a cura di), *Social Determinant of Health*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
- S. BURT, *Structural Holes versus network closure as social capital*, in N. LIN, K.S. COOK, R.S. BURT, *Social capital: Theory and research*, New York, Aldine de Gruyter, 2001, pp. 31-56.
- M. CAMPBELL, C. MCCLINTOCK, *Shell We Dance, Programm Evaluation Meets Organisation Development*, «Noprofit Sector», 34, 3, 2002.
- J.S. DAVIES, *Local Governance and the dialectics of hierarchy, market and network*, «Policy Studies», 23, 3-4, 2005, pp. 311-325.
- A. DIGAETANO, E. STROM, *Comparative urban governance, an integrated approach*, «Urban Affairs Review», 38, 2003, pp. 356-395.
- B. ENJOLRAS, *Between market and civic governance regimes: civicness in the governance of social services in Europe*, «Voluntas», 20, 2009, pp. 274-290.
- T. GORE, P. WELLS, *Governance and evaluation: the case of EU regional policy horizontal priorities*, «Evaluation and Program Planning», 32, pp. 158-167, 2009.
- M.S. GRANOVETTER, *Economic action and social structure: the problem of embeddedness*, «American Journal of Sociology», 91, 1985.
- S. HALPERN, *Hybrid design, sistem rigidity: Institutional dynamics i human research oversight*, «Regulation & Governance», 2, 2008.
- A. HAVERI, *Evaluation of change in local governance: the rhetorical wall and the politics of images*, «Evaluation», 14, 2008, pp. 141-155.
- J.J. HESSE, L.J. SHARPE, *Local Government in International Perspective: Some Comparative Observations*, in J.J. HESSE (a cura di), *Local Government and Urban Affairs in International Perspective*, Baden-Baden, Nomos, 1991.
-

- L. HOOGHE, L.G. MARKS, *Multi-level governance and European integration*, London, Rowman and Littlefield, 2001.
- T. ISLAM, R. URMAN, W.J. GAUDERMAN, J. MILAM, F. LURMAN, K. SHANKARDASS, E. AVOL, F. GILLILAND, R. MCCOLLEN, *Parental stress increases the detrimental effect exposure of traffic on children's lung function*, «American Thoracic Society», July, 2011, pp. 1-30.
- A.E. JOCHIM, P.J. MAY, *Beyond subsystems: policy regimes and governance*, «Policy Studies Journal», 38, 2, 2010, pp. 303-327.
- S. KRASNER, *International regimes*, Cornell University Press, Ithaca, 1983.
- A.M. KIAER, *Governance*, Cambridge, Polity Press, 2004.
- J.C. MARCH, *Decisioni e organizzazione*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- M.D. MCGINNIS, *Networks of adjacent action situations in Polycentric governance*, 39, 2, 2011, pp. 51-78.
- R. OCH, B. PFAU-EFFINGER, *Governance structures in local social policy*, paper for presentation at the annual ESPANet conference, Helsinki, 2008.
- E. OSTROM, *Understanding institutional diversity*, Priceston, Priceston University Press, 2005.
- M. PALUMBO, TORRIGIANI (a cura di), *La partecipazione fra ricerca e valutazione*, Milano, Franco Angeli, 2009.
- L.I. PEARLIN, S. SCHIEMAN, E.M. FAZIO, S.C. MEERSMAN, *Stress, Health, and the life course: some conceptual perspectives*, Journal of health and Social Behavior, 46, 2005, pp. 205-219.
- M. POWELL, *La società dei controlli*, Milano, Edizioni Comunità, 2002.
- N. REIBLING, *Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access*, «Journal of European Social Policy», 5, 2010, pp. 5-18.
- H. ROTHGANG, *Conceptual framework of the study*, in H. ROTHGANG, M. CACACE, L. FRISINA, S. GRIMMEISEN, A. SCHMID, C. WENDT, *The state of healthcare*, Basingstoke, Palgrave MacMillan, 2010.
- P.A. SMITS, F. CHAMPAGNE, *An assessment of theoretical underpinnings of practical participatory evaluation*, «American Journal of Evaluation», 29, 2008.
- G. STOKER, *Governance as Theory: Five Propositions*, «International Social Science Journal», 1, 1998, pp. 17-28.
- G. STOKER, *Was local governance such a good idea? A global comparative perspective*, «Public Administration», 89, 1, 2011, pp. 15-31.
- J.M. SELLERS, A. LIDSTRÖM, *Decentralization, local government and welfare state*, «Governance: an International Journal of Policy, Administration, and Institution», 20, 4, 2007, pp. 609-632.
- SANG-YI LEE, CHANG-BAE CHUN, YONG-GAB LEE, NAM KYU SEO, *The national health insurance as one type of new typology: the case of South Korea and Taiwan*, «Health Policy», 85, 1, 2008, pp. 105-113.
- K. WEICK, *Senso e significato nell'organizzazione*, Milano, Cortina, 1997.

Quale governance multilivello nei sistemi di welfare regionali

Giovanni Bertin

I sistemi di welfare nelle regioni italiane presentano un processo di profonda trasformazione che ha caratteristiche disomogenee fra i diversi territori. Un elemento che unifica tali processi è il rafforzamento di dinamiche di welfare mix. Pur con velocità e caratteristiche diverse, questo sembra un aspetto presente in tutte le realtà. Questo quadro di cambiamento pone il problema della distanza crescente fra pratiche di governo progettate in un contesto culturale ed operativo ispirato al welfare state (anche se da subito con caratteristiche spurie) e la complessificazione del sistema degli attori coinvolti nella gestione delle politiche socio-sanitarie. La crisi dei processi tradizionali (gerarchici) di governo ha aperto un ricco dibattito teorico che ha cercato di introdurre termini e concetti nuovi, capaci di rappresentare la complessità evidenziatasi. Il concetto di governance ha assunto un ruolo centrale ma, come per ogni nuovo concetto, il suo uso nella descrizione, analisi e progettazione dei processi di governo delle politiche, richiede una precisazione dei significati che è andato assumendo nel dibattito. In questo contesto, particolare attenzione va posta sulle dinamiche di connessione orizzontale, fra i diversi attori del sistema, e verticali, fra i livelli in cui si articolano i processi di regolazione. Integrazione orizzontale e verticale diventano i nodi sui quali si devono confrontare i processi di governance. Partendo da queste brevi considerazioni si è cercato di analizzare i cambiamenti nei processi di governo, con particolare attenzione: all'analisi della cultura presente nelle norme e nel dibattito; e alle dinamiche multilivello che connettono i diversi attori dei sistemi di welfare regionali.

1. La cultura della governance nei sistemi di welfare regionali

I sistemi di welfare state sono stati caratterizzati da una logica di governo di tipo gerarchico, pregnata dal paradigma della programma-

zione pubblica. La necessità di introdurre logiche più coerenti con la diversificazione degli attori e con la complessità delle loro relazioni ha spinto a introdurre logiche di tipo pluralistico. In risposta a questa esigenza diversi paesi europei hanno tentato di introdurre logiche di mercato, pur se corrette dalle specificità per la necessità di tener conto della natura dei servizi di welfare. In questa prospettiva si è parlato di quasi mercato. Ma anche questa sperimentazione ha mostrato limiti e incapacità di governo dei sistemi di welfare (LARATTA 2010). Sempre nella prospettiva della pluralizzazione delle dinamiche si è sviluppata una tendenza a porre al centro la comunità e non il mercato, costruendo processi di governo che valorizzano la partecipazione degli attori e della comunità nella progettazione e nella gestione delle politiche di welfare.

Tab. 1. Le parole chiave della programmazione

| Tipo di welfare | Regioni appartenenti | Le pratiche |
|---|-----------------------|--|
| Mix strutturato | Liguria | Coinvolgimento (prevalenza del pubblico) |
| | Marche | Integrazione, partecipazione, coinvolgimento, rete (prevalenza del territorio) |
| | Umbria | Coinvolgimento, condivisione |
| Generalizzato e generoso | Friuli Venezia Giulia | Partecipazione, condivisione, coinvolgimento / Programmazione |
| | Toscana | Coinvolgimento, condivisione, integrazione |
| | Veneto | Confronto, programmazione partecipata |
| | Emilia Romagna | Condivisione (centro-periferia) |
| Residuale con propensione al societario | Molise | Condivisione, integrazione |
| | Basilicata | Coinvolgimento, condivisione |
| | Sardegna | Coinvolgimento, rete |
| Minimale a elevata criticità sociale | Puglia | Programmazione partecipata, concertazione, coordinamento, integrazione |
| | Campania | Programmazione |

Questi diversi percorsi di innovazione dei processi di governance muo-
vono da culture (valori e credenze) e pratiche differenti e non sempre
compatibili. La crisi degli approcci tradizionali (mercato e gerarchia)
non ha significato automaticamente una revisione critica delle logiche di
riferimento e delle pratiche sperimentate, ma ha visto il sovrapporsi di-
sorganico dei riferimenti culturali e scientifici che hanno caratterizzato
i modelli della regolazione (mercato, gerarchia, rete). Questa comples-
sità è presente anche nelle normative e nelle pratiche della regolazione
sperimentate (o in sperimentazione) nelle singole realtà regionali.

Analizzando le parole chiave utilizzate nelle pratiche della regolazione regionale per definire il processo di governance, si può facilmente notare l'assenza di riferimenti alle logiche del mercato. La crisi della programmazione pubblica, non ha significato, come in altre realtà europee, l'introduzione di logiche di mercato, ma la prospettiva di riferimento è piuttosto quella della valorizzazione delle dinamiche della democrazia partecipativa, e della società civile. In altre parole il paradigma di riferimento sembra passare dalla gerarchia alla rete. Le parole chiave più utilizzate sono, infatti: coinvolgimento, condivisione e partecipazione. Il termine programmazione viene utilizzato ma per lo più specificato con il concetto di partecipazione.

Tab. 2. Gli attori del processo di governance

| Tipo di welfare | Regioni appartenenti | Attori chiave (Livello regionale) | Attori chiave (Livello locale) |
|---|-----------------------|--|--|
| Mix strutturato | Liguria | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |
| | Marche | Pubblico, prevalenza del livello territoriale e privato locale | Pubblici regionali Pubblici e privati locali |
| | Umbria | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |
| Generalizzato e generoso | Friuli Venezia Giulia | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |
| | Toscana | Pubblici (regionali e locali) e privato (a livello regionale e locale) | Pubblici regionali e privati sui tavoli regionali Pubblici e privati locali |
| | Veneto | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |
| | Emilia Romagna | Pubblici (regionali e locali) e privato (a livello regionale e locale) | Pubblici regionali e privati sui tavoli regionali Pubblici e privati locali |
| Residuale con propensione al societario | Molise | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |
| | Basilicata | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |
| | Sardegna | Pubblici (regionali e locali) e privato (a livello regionale e locale) | Pubblici regionali e privati sui tavoli regionali Pubblici e privati locali |
| Minimale a elevata criticità sociale | Puglia | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |
| | Campania | Pubblici (regionali e locali) | Pubblici regionali Pubblici locali |

La trasformazione in atto è evidente anche analizzando gli attori coinvolti nel processo di governance. In questa prospettiva emergono due

dinamiche interessanti. Da una parte il tentativo di sviluppare un sistema di governance multilivello non centrato solamente sulle dinamiche gerarchiche che connettono gli attori che agiscono nel sistema (a livello centrale, regionale e locale), dall'altra l'introduzione di logiche di coinvolgimento degli attori non istituzionali aprendo il confronto anche con i soggetti che partecipano alla produzione delle politiche sociali ma non appartengono alle istituzioni pubbliche. Questi segnali di introduzione di logiche di network governance, pur non essendo presenti in tutte le regioni e con la stessa intensità, segnalano l'avvio di un cambiamento significativo. Dal punto di vista delle strutture linguistiche utilizzate, è possibile constatare l'affermarsi di una cultura della governance che tiene conto dell'aumento della complessità e lo affronta cercando di spostare i riferimenti concettuali dalla gerarchia alla rete.

Questo non significa, per altro, che le pratiche abbiano abbandonato i processi gerarchici che avevano caratterizzato i sistemi di welfare state ma, più probabilmente, che le pratiche di governo si trovano in una fase di transizione caratterizzata dalla compresenza di strumenti di regolazione che derivano da approcci e culture diverse.

2. Le pratiche della governance nelle regioni italiane

L'analisi del linguaggio e dei concetti utilizzati nel rappresentare e indirizzare i processi di governo delle politiche di welfare ha evidenziato l'affermarsi del paradigma della rete. Questo orientamento costituisce un cambiamento rilevante che si confronta e forse sovrappone alle dinamiche gerarchiche della programmazione pubblica che hanno caratterizzato la nascita e lo sviluppo dei sistemi di welfare. Il passaggio dalla gerarchia alla rete riguarda la cultura di governo ma ancor più le pratiche della programmazione locale. Prima di affrontare l'analisi dei processi concreti di governance e della coerenza fra i linguaggi, gli aspetti formali e fenomenici del governo regionale, è bene riprendere alcuni elementi del dibattito teorico precedentemente introdotti.

2.1. Dai modelli di regolazione classici (mercato, gerarchia e rete) alla governance ibrida

Il problema della compresenza, non sempre integrata, di logiche appartenenti a culture regolative diverse è, del resto, un tema ben presente nel dibattito scientifico. La revisione delle prime esperienze di sviluppo di logiche di rete nel governo delle politiche pubbliche ha portato a constatare come questo nuovo paradigma non abbia sostituito comple-

tamente i processi gerarchici ma vi si sia affiancato. Secondo Etwistle (ENTWISTLE ET AL. 2007) la partnership che si sviluppa fra gli attori deve basarsi su di un modello organizzativo spurio, che combina tre differenti strategie di coordinamento (regolazione) quali: il mercato, la gerarchia e la rete. Dal punto di vista delle forme assunte dalla struttura di interazione fra gli attori e dalle dinamiche che li connettono, giova ricordare che l'analisi è stata spesso perseguita considerando questi approcci fra loro alternativi. La permanenza delle strutture e dei processi gerarchici anche in presenza dell'introduzione di logiche di mercato o di rete evidenzia che tali approcci non sono in sé capaci di rappresentare e regolare i processi di coordinamento e d'integrazione dei sistemi di welfare. In questa prospettiva, l'analisi dei processi di governance va orientata all'individuazione delle dinamiche di gerarchia, rete e mercato compresenti nella cultura e nelle pratiche di governo e alla verifica dell'equilibrio o del conflitto fra i meccanismi derivati da questi diversi approcci (non più alternativi) alla regolazione. Del resto il dibattito sulle prospettive della governance dei sistemi complessi (e quelli di welfare, come visto, lo sono) si centra sulle dinamiche che possono tenere in equilibrio meccanismi e tecnologie di governo che originano in logiche diverse. Anche Enriolas (2009) punta l'attenzione sulla necessità di superare il modello della programmazione gerarchica attraverso l'introduzione di una cultura della governance di tipo pluralistico. In questa prospettiva prende in considerazione le dinamiche del mercato e quelle che enfatizzano le pratiche della partnership cooperativa. Queste due prospettive, per altro, non possono essere considerate completamente alternative fra di loro e nemmeno antitetico alla programmazione pubblica. La loro contrapposizione può avere una funzione analitica, per riconoscere le caratteristiche dei modelli teorici presenti nelle pratiche di governo, ma non prescrittiva e costituire dei riferimenti alternativi nella definizione dei processi di governance.

La strada da perseguire, in questa fase di profonda trasformazione, è quella di rinunciare a rifarsi ai modelli puri per attivare processi democratici e pluralistici che utilizzano le potenzialità insite nei diversi regimi di governance. In questa prospettiva la governance ibrida risulta un'indicazione metodologica utile al governo della complessità (BERTIN 2009). Rileggendo le caratteristiche degli approcci classici alla regolazione è possibile notare che le dinamiche attivate si fondano su risorse di natura diversa. La programmazione pubblica attiva processi di tipo coercitivo e fa ricorso all'autorità come risorsa fondamentale. Il mercato regola le relazioni fra gli attori attraverso i meccanismi della concorrenza e utilizza la fiducia come meccanismo di connessione e integrazione fra gli attori.

La rete, infine, è regolata dalle interazioni fra gli attori ed il capitale sociale (generalizzato) costituisce la risorsa principale: nelle pratiche concrete è, per altro, facile riscontrare come anche il mercato o la rete necessitino di utilizzare la risorsa autorità. Queste brevi osservazioni consentono di ribadire che le risorse della governance devono essere integrate e poste in una situazione di equilibrio perché il prevalere di una sulle altre rischia di attivare un circolo vizioso che riduce la capacità di governo della complessità. In altre parole, si tratta di specificare il concetto di governance con meccanismi di regolazione capaci di attivare il circolo virtuoso che si può stabilire fra autorità, capitale sociale e fiducia (BERTIN 2009). Questi elementi introduttivi consentono di affermare che l'analisi delle pratiche della governance si deve centrare nel riconoscere la presenza di meccanismi riconducibili agli approcci della regolazione, mettere a fuoco la loro coerenza interna o segnalare le loro possibili incoerenze.

2.2. Verso quale governance multilivello: la situazione delle regioni italiane

La crisi dell'approccio gerarchico alla regolazione pone il problema dell'integrazione degli attori coinvolti nel processo decisionale. La distribuzione dei ruoli e delle competenze che connettono gli attori delle politiche di welfare richiede un'analisi dei processi d'integrazione nelle due direttrici, verticale e orizzontale. In altre parole le dinamiche della rete vanno collocate in un sistema di reti integrate che coagiscono e sviluppano reciproca influenza. La revisione della regolazione che ha accompagnato i sistemi di welfare state si deve centrare sulla ricostruzione e riprogettazione delle dinamiche multilivello e sui meccanismi di coordinamento e coinvolgimento degli attori che agiscono a livello locale.

Un primo elemento di analisi dei processi di governance sviluppatasi nelle regioni italiane può essere ricondotto alla verifica della coerenza fra il modello di welfare e i processi di regolazione che si sono affermati nelle singole regioni. Gradi diversi di apertura alla società civile e di complessità dei sistemi di offerta richiederebbero, infatti, strumenti di governo specifici e coerenti. L'analisi del grado di autonomia consolidato nelle singole regioni, mostra una disomogeneità interna ai singoli cluster e risulta difficilmente interpretabile alla luce delle caratteristiche assunte dai sistemi locali di welfare. Anche l'analisi degli strumenti di regolazione concretamente implementati evidenzia le stesse disomogeneità e incoerenze. Queste brevi osservazioni portano a considerare l'impossibilità di costruire una modellizzazione capace di rappresentare i sistemi di rego-

lazione. Risulta altresì impossibile spiegare le differenze nei processi di regolazione come risposta coerente con le specificità dei sistemi di welfare che si sono andati affermando. L'attuale fase va considerata piuttosto come un processo in fieri, orientato da alcuni convincimenti culturali (la necessità di passare da un approccio di governo basato sulle dinamiche della gerarchica a quelle della rete) che non hanno ancora maturato la produzione di strumentazioni tecniche e metodologiche capaci di sostenere il processo di cambiamento in atto nei sistemi di welfare.

Tab. 3. Sistemi locali di welfare e autonomia dei processi di governo

| Tipo di welfare | Regioni appartenenti | Autonomia: natura obiettivi | Autonomia: modalità trasferimento fondi |
|---|-----------------------|--|--|
| Mix strutturato | Liguria | Proscrittiva, di indirizzo | Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati |
| | Marche | Proscrittiva, di indirizzo | Trasferimenti vincolati e frammentati |
| | Umbria | Proscrittiva, di indirizzo | Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati |
| Generalizzato e generoso | Friuli Venezia Giulia | Proscrittiva, di indirizzo | Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati |
| | Toscana | Proscrittiva, di indirizzo | Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati |
| | Veneto | Prescrittiva e specifica (in parte proscrittiva) | Trasferimenti vincolati e frammentati |
| | Emilia Romagna | Proscrittiva e specifica | Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati |
| Residuale con propensione al societario | Molise | Proscrittiva e specifica | Trasferimenti vincolati e frammentati |
| | Basilicata | Proscrittiva e specifica | Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati |
| | Sardegna | Proscrittiva, di indirizzo | Trasferimenti vincolati e frammentati |
| Minimale a elevata criticità sociale | Puglia | Prescrittiva e specifica | Trasferimenti vincolati e frammentati |
| | Campania | Proscrittiva, di indirizzo | Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati |

Per meglio evidenziare il processo di cambiamento in atto si è analizzata la riduzione delle dinamiche gerarchiche cercando di capire: se, e in che misura, le relazioni fra i diversi livelli della regolazione (con particolare attenzione al rapporto fra le regioni ed i territori locali) sono imperniate sull'autonomia dei territori; e se si stanno costruendo pratiche di governance coerenti con le dinamiche delle reti.

Multilivello e autonomia dei territori

La dimensione multilivello è stata analizzata evidenziando:

- la natura degli obiettivi attraverso i quali le regioni indirizzano le scelte dei territori. Gli obiettivi sono stati classificati con riferimento a due diverse proprietà, vale a dire: la loro natura prescrittiva o proscrittiva; e il grado di definizione (specifici o generici e di indirizzo);
- le modalità di trasferimento delle risorse economiche. In questo caso si è considerata la presenza di una logica vincolante e la loro frammentazione.

Tab. 4. Multilivello, autonomia e meccanismi d'indirizzo delle decisioni

| Autonomia | | Trasferimenti di risorse da regione a territori | |
|------------------|--------------------------|---|-------------------------|
| Natura obiettivi | Natura degli obiettivi | Pochi vincoli, ma frammentati | Vincolati e frammentati |
| | Proscrittivi generici | Liguria, Umbria, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Campania | Marche, Sardegna |
| | Proscrittivi e specifici | Emilia Romagna, Basilicata | Molise |
| | Prescrittivi e specifici | Veneto, Puglia | |

L'analisi presenta una situazione in evoluzione che evidenzia sicuramente elementi di novità, ma anche incongruenze e difficoltà ad abbandonare la logica gerarchica. Una prima considerazione riguarda la scarsa coerenza fra i sistemi regionali di welfare e le logiche di governance adottate. All'interno dei singoli cluster, infatti, permangono differenze significative nei gradi di autonomia dei territori. Confrontando, per esempio la Toscana e il Veneto si può notare che seguono logiche abbastanza differenziate e la Toscana sembra seguire più decisamente la strada del decentramento dei poteri verso i territori. Probabilmente tale situazione deriva dalla scelta della Regione Veneto di spingere molto verso l'integrazione socio-sanitaria e al conseguente prevalere del modello sanitario che vede le aziende sanitarie come strumento operativo di implementazione delle scelte regionali. È interessante anche notare che Puglia e Veneto, pur avendo sistemi di welfare diversi, sembrano seguire logiche di decentramento simili.

Una lettura complessiva dei processi di autonomia dei territori porta a sostenere che si è messa in crisi la logica gerarchica che costruisce il legame fra centro e periferia attraverso processi di tipo prescrittivo e si sta cercando di sviluppare legami basati su logiche proscrittive e di

indirizzo. Questa tendenza a seguire le dinamiche tipiche della network governance risulta meno chiara analizzando le modalità attraverso le quali avvengono i trasferimenti delle risorse economiche. Tali trasferimenti, sono dati in modo vincolato solo da tre regioni, ma anche in tutti gli altri casi avvengono in modo frammentato, legati a singole politiche. Questa situazione riduce sicuramente la capacità di una programmazione territoriale e non sposta nel livello locale la responsabilità dei processi di governo dei territori. Questi elementi inducono a ritenere che il processo di decentramento sia in atto, ma segnalano anche la presenza di resistenze al cambiamento della logica multilivello.

Gli strumenti della governance multilivello

Il superamento della regolazione di tipo gerarchico, intravista analizzando il livello di autonomia dei territori, è stato approfondito mettendo a fuoco i meccanismi concreti sperimentati nelle singole regioni. In particolare si è cercato di analizzare la presenza di:

- logiche di costruzione di senso. Questo aspetto è stato analizzato verificando l'esistenza di processi di costruzione di una cultura dei servizi condivisa e costruita anche a partire dalle pratiche operative. In particolare, si è analizzato se tali processi fossero basati sul coinvolgimento degli attori (multi attore) presenti ai diversi livelli territoriali in cui si articolano i processi di progettazione ed attuazione delle politiche (multilivello);
- pratiche orientate a influenzare i processi decisionali. In questo caso si è verificata l'esistenza di espliciti meccanismi d'incentivazione e di sanzione dei comportamenti difformi dalle indicazioni concordate;
- processi di verifica e controllo. Le dimensioni analizzate riguardano la presenza di verifiche negoziate o meno, e l'integrazione operativa delle diverse strategie di controllo fra il livello regionale e quello territoriale.

L'analisi dei meccanismi di regolazione utilizzati conferma l'avvio di un percorso di spostamento verso processi meno gerarchici, ma segnala anche la difficoltà di superarne la logica adottando strategie coerenti e capaci di governare sistemi complessi. Vanno sicuramente in questa direzione i processi di costruzione di significati condivisi fra gli attori (in senso orizzontale e verticale) avviati, pur con gradi diversi di sistematicità, in quasi tutte le regioni considerate dalla ricerca. La maggior parte delle regioni coinvolte ha anche attivato processi d'incentivazione riducendo la rilevanza dei processi di tipo coercitivo (nove su dodici).

Tav. 5. Meccanismi proscrittivi

| Tipo di welfare | Regioni appartenenti | Costruzione senso | Influenzamento | Verifiche e controlli |
|---|-----------------------|---|---|-----------------------------|
| Mix strutturato | Liguria | Condivisione multi attore e multilivello | Incentivazione | Verifiche negoziate |
| | Marche | Condivisione multi attore e multilivello | Incentivazione | Più modalità. Non integrate |
| | Umbria | Condivisione multi attore e multilivello | Incentivazione e sanzione | Verifiche negoziate |
| Generalizzato e generoso | Friuli Venezia Giulia | Condivisione multi attore e multilivello | Sanzioni per comportamenti opportunistici | Verifiche negoziate |
| | Toscana | Condivisione multi attore e multilivello | Incentivazione | Verifiche negoziate |
| | Veneto | Condivisione multi attore e multilivello (particolarmente locale) | Incentivazione | Più modalità. Non integrate |
| | Emilia Romagna | Condivisione multi attore e multilivello | Assenza strategie specifiche | Verifiche negoziate |
| Residuale con propensione al societario | Molise | Condivisione multi attore (livello regionale) | Incentivazione e sanzione | Più modalità. Non integrate |
| | Basilicata | Condivisione multi attore (livello regionale) | Assenza strategie specifiche | Nessuna modalità |
| | Sardegna | Condivisione multi attore (livello regionale) | Incentivazione | Più modalità. Non integrate |
| Minimale a elevata criticità sociale | Puglia | Condivisione multi attore e multilivello | Incentivazione e sanzione | Verifiche negoziate |
| | Campania | Condivisione multi attore (livello regionale) | Incentivazione e sanzione | Più modalità. Non integrate |

Lo scarso ricorso alla verifica pone il problema della reale efficacia dei meccanismi incentivanti ed evidenzia il rischio che il loro utilizzo sia demandato a dinamiche di negoziazione, prevalentemente di tipo politico. Se le incentivazioni sono fatte prevalentemente attraverso indicazione di obiettivi (generici in 7 casi su 12) o non prevedono chiari meccanismi di verifica i processi di regolazione finiscono per essere deboli (rompendo la continuità fra le reti) e legati alle dinamiche della negoziazione. Alla carenza di processi di verifica (ma soprattutto di valutazione) va probabilmente ricondotto anche lo scarso ricorso a meccanismi sanzionatori (3 su 12 regioni li prevedono) dei comportamenti opportunistici che si possono presentare all'interno delle dinamiche

delle reti. Una lettura complessiva del processo sembra indicare che la critica alle dinamiche gerarchiche ha attivato processi di coinvolgimento fra gli attori. Questa tendenza segnala un passaggio culturale che ha recepito la necessità di utilizzare strumenti di governance più coerenti con le caratteristiche assunte dai sistemi di welfare mix. Sul piano della strumentazione concreta, si segnala, invece, la necessità di sperimentare strategie innovative capaci di sostituire le tecnologie di governo costruite in coerenza con le logiche gerarchiche del welfare state. Costituiscono un segnale di queste criticità lo sbilanciamento verso i processi di negoziazione, la carenza di controlli e verifiche sistematiche ed il carente ricorso ai meccanismi di premio e sanzione legati ai processi incentivanti.

Conclusioni

L'analisi del quadro normativo e fenomenico dei processi di governance interni alle singole regioni ha evidenziato che il passaggio dal welfare state al welfare mix è accompagnato ad una crisi di legittimazione degli approcci razionalistici alla programmazione. La loro natura gerarchica risulta poco coerente con la retorica della rete che accompagna lo sviluppo di sistemi di welfare mix. Dal punto di vista dei paradigmi culturali, infatti, i cambiamenti del sistema di welfare si associano alla centralità del concetto di comunità, di sussidiarietà, di partecipazione, di condivisione. La logica della programmazione pubblica, invece, si associa ad elementi quali la gerarchia dei ruoli, il potere, la coercizione. Questa distanza fra paradigmi culturali ha prodotto il prevalere degli elementi innovativi riconducibili al concetto di rete, oramai centrale nel confronto fra i sistemi di welfare, anche nel dibattito relativo ai processi di governo. Questo cambiamento non ha avuto la stessa capacità di orientare le pratiche che rimangono ampiamente influenzate dalle dinamiche della gerarchia. Attualmente possiamo parlare di due diversi livelli di sovrapposizioni non sempre coerenti, vale a dire:

- una sovrapposizione fra la dimensione formale e quella fenomenica che sono orientate (prevalentemente anche se non esclusivamente) da culture diverse. La rete è il riferimento del dibattito culturale e dei documenti d'indirizzo (anche normativi), mentre la gerarchia influenza ancora le pratiche;
- l'analisi fenomenica evidenzia la compresenza di meccanismi di regolazione che si rifanno a paradigmi diversi, sviluppatasi in modo incrementale e non ridefiniti all'interno di un paradigma nuovo che cerca di integrarli.

Questa mancata ridefinizione dei meccanismi di governo contiene il rischio di una riduzione delle dinamiche di supervisione da parte degli organismi centrali, che già appartengono poco alle pratiche della Pubblica amministrazione italiana, senza la contemporanea attivazione di processi capaci di gestire la regolazione dei sistemi di welfare mix.

I meccanismi della regolazione vanno ripensati all'interno di una cultura ibrida della governance. In questa prospettiva è possibile individuare tre percorsi, quali:

- la valorizzazione della società civile e delle sue forme associative. Il governo delle reti richiede una forte integrazione con le dinamiche della comunità. In questo senso è fondamentale assumere che i cittadini e le loro forme organizzative sono la base della vita sociale della comunità. È in questa dimensione che si sviluppa la produzione di beni relazionali (DONATI 2006) capaci di consolidare il capitale sociale, la reciprocità fiduciaria, la legittimazione del ruolo degli attori sociali (come espressione della comunità) e dell'autorità. In particolare è importante: incentivare il rispetto reciproco e la promozione dei diritti; facilitare le attività dei cittadini basate sull'aiuto reciproco e la responsabilizzazione; riconoscere e sostenere le attività di volontariato; riconoscere e valorizzare il ruolo delle comunità locali; supportare la costruzione di partnership fra cittadini, comunità, agenzie intermedie ed enti di governo; consolidare le norme sociali e i processi di controllo informale;
- il bilanciamento dei meccanismi della regolazione. La complessità dei sistemi richiede l'attivazione di processi capaci di bilanciare la ricerca di autonomia e la coerenza con le finalità generali della rete. La rottura di questo equilibrio attiva comportamenti opportunistici e la disgregazione delle coalizioni. In questo caso l'equilibrio va ricercato dando spazio ai processi di autoregolazione in un quadro di compatibilità e coerenza con le dinamiche generali del sistema. In particolare si tratta di: bilanciare i processi bottom-up e top-down; coinvolgere gli stakeholder nella definizione delle strategie; sviluppare processi di accountability e valorizzare le dinamiche di autoregolazione; usare strategie basate sull'incentivazione; ridurre al minimo ma non abolire il ricorso alla sanzione;
- l'attivazione di processi riflessivi e di creazione di senso. Capitale sociale e fiducia dipendono dall'intensità delle relazioni sociali fra gli attori del sistema, ma tali relazioni si sviluppano anche come confronto d'identità. In altre parole, la dimensione cognitiva che si manifesta nei processi di comunicazione gioca un ruolo fondamentale nelle dinamiche della regolazione dei sistemi complessi.

Tale dimensione è legata a un processo continuo di ridefinizione dei quadri cognitivi costruiti dal confronto fra le conoscenze e la rielaborazione delle esperienze. È questo processo riflessivo che deve guidare la costruzione dei disegni di valutazione (BERTIN 2007; 2010) e la progettazione degli strumenti informativi che connettono i nodi della rete. In particolare si tratta di: sviluppare processi continui di riflessività e creazione di senso; non attivare processi solo formali; fare valutazioni a partire dalla domanda di riflessività degli attori sociali; costruire processi informativi radicati nei processi decisionali degli attori che raccolgono le informazioni.

Questa prospettiva della governance richiede lo sviluppo di un mix equilibrato delle risorse proprie dei diversi approcci alla regolazione. Si tratta di ridurre il ricorso all'autorità e alla coercizione (senza la necessità di rinunciare alle norme e alla minaccia della sanzione) per fare crescere la rilevanza dei processi fiduciari e di scambio generalizzato. Le esperienze maturate in questi anni a livello europeo e l'evoluzione del dibattito scientifico sulle dinamiche sociali innescate dai diversi approcci alla regolazione dei servizi pubblici consentono di aprire una nuova strada, lungo la quale tener conto della complessità del sistema e della natura ibrida dei processi della governance. Questa prospettiva richiede una seria rivisitazione delle tecnologie della governance finora sperimentate nei processi di regolazione, sviluppatasi come espressione della struttura burocratica della Pubblica amministrazione più che in coerenza con la natura e le caratteristiche dei sistemi da regolare. Si tratta di considerare lo stato come espressione della società che si deve integrare con le altre articolazioni della società civile. Le diverse forme della vita sociale di una comunità non possono essere viste esclusivamente come gerarchicamente ordinate, ma interdipendenti e legate da processi di negoziazione che consentono di costruire condivisione e legittimazione.

La necessità di tenere in equilibrio le diverse risorse della governance richiede una ridefinizione dei processi e delle tecnologie su cui basare il governo dei territori.

Sul piano dei processi concreti di governo, in molti paesi europei si sono sviluppati, a partire dalla fine del secolo scorso e l'inizio del primo decennio degli anni duemila, alcuni modelli innovativi di progettazione sociale. Questo processo è stato attivato dalla riforma del sistema dei servizi pubblici e dalla necessità di coinvolgere attori pubblici e privati nell'erogazione dei servizi alla persona. Anche su spinta della comunità europea, si sono sviluppate esperienze riconducibili al MCA (Metodo di Coordinamento Aperto) secondo il quale il livello sovra-ordinato ha il compito di indirizzare e coordinare le decisioni prese a livello locale.

Questa prospettiva costituisce sicuramente un interessante paradigma culturale di riferimento, che ha dato origine a esperienze e modelli concreti molto differenziati. La complessità sta nella necessità di combinare la funzione d'indirizzo che intende orientare l'azione degli attori, e quella di coordinamento che si preoccupa di integrare l'azione autonoma dei decisori. Questo processo di orientamento-coordinamento si caratterizza per la costruzione di un processo dialogico che si basa: sulla condivisione delle conoscenze e dei modelli di analisi della realtà; sulla condivisione dei linguaggi, delle regole e delle informazioni poste alla base dei processi di valutazione che accompagnano il processo decisionale; sulla negoziazione delle finalità condivise da perseguire e del contributo che ogni attore può portare per raggiungere gli obiettivi comuni. Questa prospettiva caratterizza il rapporto fra gli attori che condividono lo stesso campo decisionale a livello locale, ma anche le relazioni che connettono i diversi livelli del sistema.

In questo periodo, per esempio, la Scozia introduce il Community Planning Working Group (CPWG), in Inghilterra si punta sulla necessità di costruire delle Local Strategic Partnership (LSP), ma anche in Galles e nell'Irlanda del Nord si sviluppano processi simili. Queste iniziative portano un profondo cambiamento nei processi di governo delle politiche locali, orientandoli verso: «lo sviluppo dei servizi attraverso un lavoro di coordinamento tra i fornitori dei servizi pubblici locali; la definizione di un processo attraverso il quale le agenzie pubbliche, il volontariato, la comunità e i privati possono condividere una visione strategica per il loro territorio e gli interventi necessari a realizzare tale visione; la costruzione degli strumenti attraverso i quali la visione della comunità possa essere identificata e trasformata in politiche» (SINCLAIR 2008, p. 374). Il concetto di comunità è utilizzato per rievocare due diversi aspetti. Il primo è legato all'importanza di integrare le politiche orientandole a una visione comune dello sviluppo della comunità locale. Il secondo richiama la necessità di un coinvolgimento degli attori in un processo di negoziazione che consente di orientare e coordinare l'azione dei singoli attori coinvolti nella realizzazione di una vision strategica comune.

La visione strategica condivisa trova realizzazione attraverso la costruzione di un PSC (Piano Strategico di Comunità). La costruzione del piano è essenzialmente un processo di confronto fra gli attori del territorio. Attraverso tale processo gli attori integrano conoscenze, informazioni, interessi e priorità. In questo modo arrivano a negoziazione una comune visione della strada da percorrere e del contributo che ogni attore è in grado di apportare per raggiungere le finalità comuni. Questo percorso di confronto non risulta semplice e lineare, ma porta gli attori a confrontare quadri cognitivi e sistemi di preferenze individuali e

collettivi. La ricerca dell'equilibrio è condizionata dalla necessità di tutti gli attori di costruire le condizioni per le quali a tutti conviene resistere alle tentazioni di assumere comportamenti opportunistici e far prevalere gli interessi individuali (o di piccoli gruppi) su quelli collettivi. Perché questo avvenga è fondamentale che il processo di costruzione del PSC costituisca un momento di ingaggio reale degli attori sociali presenti nel territorio e che essi si riconoscano nel documento in termini di orientamento ad una vision condivisa, di impegno comune ed equo, di presenza di processi e strumenti di governo (e di controllo) che garantiscano la compartecipazione ai processi decisionali.

Un elemento fondamentale per la definizione dei processi di costruzione del piano strategico riguarda la necessità di considerare la presenza del sistema multilivello nel quale si articola il processo decisionale. Nel nostro caso, come già accennato, abbiamo a che fare con il livello:

- statale, che svolge una funzione di coordinamento, d'indirizzo e di finanziamento delle politiche;
- regionale, che ha autonomia decisionale in un quadro di compatibilità economica, e che ricopre un ruolo di regolazione del sistema e d'indirizzo delle decisioni locali;
- locale. È a questo livello che si presenta la maggiore complessità, dovuta alla compresenza di diversi attori. Un ruolo centrale è svolto dai comuni che hanno la titolarità delle politiche sociali e si possono integrare fra loro associandosi per la loro gestione congiunta. Ma si vanno prefigurando anche assetti istituzionali, pur diversi, che accentuano la necessità di integrare le politiche sociali e sanitarie. Un ruolo fondamentale nei processi di governo locale delle politiche è poi svolto dalle associazioni del volontariato e dalle organizzazioni no profit che non sono solo produttori di servizi, ma anche attori dei processi di partecipazione dei cittadini.

Queste esperienze d'innovazione propongono di ridefinire le tecnologie della governance centrando i processi di connessione verticale e orizzontale attraverso:

- la definizione di una visione strategica che riguarda l'intero territorio considerato (nel nostro caso la regione). Anche il processo di definizione di questa visione è fondamentale, perché deve essere condivisa e fatta propria dagli attori del territorio che devono poi cercare di ricondurre tale orientamento al territorio nel quale agiscono concretamente e al ruolo che svolgono nel sistema;
- la definizione di un insieme di indicatori che aiutano gli attori a operationalizzare la visione, individuando le specificità dei diversi territori nei quali agire e confrontandosi con le situazioni presenti nel resto del territorio regionale;

- la diffusione di best value, che possono costituire un punto di riferimento rispetto al quale ogni attore può cercare di confrontare le proprie esperienze, rileggere le proprie criticità o potenzialità e migliorare i propri processi operativi;
- la condivisione degli outcome finali ai quali orientare l'azione dei singoli attori. Anche in questo caso la definizione degli outcome di riferimento non costituisce il punto di arrivo di tutti, al quale vincolare i premi o le punizioni, ma devono costituire la definizione concreta dei punti di riferimento ai quali tendere per verificare quanto l'azione collettiva consente di andare verso la visione comune che orienta l'azione collettiva degli attori sociali.

La necessità di integrare l'azione dei singoli attori che operano nei sistemi di welfare pone due ordini di problemi, relativamente al:

- coordinamento dell'azione dei singoli attori sociali. La presenza di attori diversi che erogano in modo autonomo politiche di welfare rischia di essere un ulteriore fattore di disuguaglianza. Si pensi, per esempio al welfare aziendale e agli effetti prodotti in termini di diritti dei cittadini presenti nello stesso territorio. Le persone che lavorano nelle imprese che ricorrono a questa strategia nella gestione delle risorse umane si trovano ad avere un livello di protezione dai rischi sociali maggiore di altri lavoratori. Questa situazione richiede che l'ente locale assuma un ruolo centrale nel governo del territorio, diventi interlocutore fondamentale delle imprese e svolga una funzione di riequilibrio orientando la sua azione verso quanti si trovano discriminati. In particolare si tratta di portare le imprese a investire anche sugli stakeholder esterni all'impresa (la cittadinanza) e declinare la tensione all'universalismo non come premessa formale di uguali prestazioni pubbliche a tutti i cittadini, ma come risultato finale dell'azione dei singoli attori che erogano politiche di welfare;
- la necessità di integrare l'azione dei singoli attori sociali richiede lo sviluppo di un sistema informativo integrato capace di fare sintesi dell'azione complessivamente svolta in un determinato territorio. Questo diventa un problema centrale perché il rischio è quello di avere tanti sistemi informativi, attivati dai singoli attori sociali, che non dialogano e non consentono di monitorare i processi reali. L'ente locale riesce a svolgere una funzione di coordinamento e integrazione dell'azione dei singoli attori se e solo se coinvolge tutti gli attori nella definizione dei flussi informativi che consentono di affrontare la complessità.

Bibliografia

- A. ANDREOTTI, E. MINGIONE, E. POLIZZI, *Local welfare systems, a challenge for social cohesion*, «Urban Studies», 9, 2012, pp. 1925-1940.
- G. BERTIN, *La governance ibrida*, «Quaderni di sociologia», 3, 2009, pp. 249-280.
- G. BERTIN, *Governance e valutazione della qualità nei servizi socio-sanitari*, Milano, Franco Angeli, 2007.
- G. BERTIN, *Welfare e sviluppo locale*, «Argomenti», 29, 2010.
- G. BERTIN, *Complessità e valutazione*, «Rassegna Italiana Valutazione», 45, 2010.
- G. BERTIN, L. FAZZI, *La governance delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci, 2010.
- T. BOVAIRD, *Emerging practices in network management at local levels in Europe*, in T. BOVAIRD, E. LÖFFLER, S. PARADO DIEZ (a cura di), *Developing local governance network in Europe*, Baden Baden, Nomos, 2002.
- T. BOVAIRD, E. LÖFFLER, *Moving from excellence models of local service delivery to benchmarking 'good local governance'*, «International Review of Administrative Sciences», 68,9, 2002, pp. 9-24.
- T. BOVAIRD, E. LÖFFLER, *Assessing the quality of local governance: a case study of public services*, «Public Money & Management», September, 2007, pp. 293-300.
- S. BURT, *Structural Holes versus network closure as social capital*, in N. LIN, K.S. COOK, R.S. BURT, *Social capital: Theory and research*, Aldine de Gruyter, 2001.
- P. DONATI, I. COLOZZI, *Il paradigma relazionale nelle scienze sociali: le prospettive sociologiche*, Bologna, Il Mulino, 2006.
- P. DONATI, *Sociologia della riflessività*, Bologna, Il Mulino, 2011.
- B. ENJOLRAS, *Between market and civic governance regimes: civiness in the governance of social services in Europe*, «Voluntas», 20, 2009, pp. 274-290.
- T. ENTWILSTE, G. BRISTOW, F. HINES, S. DONALDSON, S. MARTIN, *The dysfunctions of markets, hierarchies and networks in the meta-governance of partnership*, «Urban Studies», 44, 1, 2007, pp. 44-63.
- M.S. GRANOVETTER, *Economic action and social structure: the problem of embeddedness*, in *American Journal of Sociology*, 91, 1985.
- J.J. HESSE, L.J. SHARPE, *Local Government in International Perspective: Some Comparative Observations*, in J.J. HESSE (a cura di), *Local Government and Urban Affairs in International Perspective*, Baden-Baden, Nomos, 1991.
- L. HOOGHE, G. MARKS, *Multi-level governance and European integration*, London, Rowman and Littlefield, 2001.
- R. LARATTA, *From welfare state to welfare society: toward a viable system of welfare in Japan and England*, «International Journal of Social Welfare», 19, 2010, pp. 131-141.
- J. KAZEPOV (a cura di) *Rescaling social policies: towards multilevel governance in Europe*, Vienna, European Centre, 2010.
- R. OCH, B. PFAU-EFFINGER, *Governance structures in local social policy*, paper for presentation at the annual ESPANet conference, Helsinki, 2008.
- J.M. SELLERS, A. LIDSTRÖM, *Decentralization, local government and welfare state*, «Governance: an International Journal of Policy, Administration, and Institution», 20, 4, 2007, pp. 609-632.

- S. SINCLAIR, *Dilemmas of Community Planning*, in «Public Policy and Administration», 23, 2008, pp. 373-390.
- G. STOKER, *Governance as Theory: Five Propositions*, «International Social Science Journal», 1, 1998, pp. 17-28.
- C.A. WILSON, *Policy regimes and policy change*, «Journal of Public Policy», 20 (3), 2000, pp. 247-274.

Parte 2
Le regioni a confronto

a cura di Giovanni Bertin

Una classificazione dei sistemi regionali di welfare

Giovanni Bertin, Marco Carradore

La letteratura sui sistemi di welfare è sicuramente ampia, ma non presenta uniformità sui criteri di classificazione e sui modelli che hanno caratterizzato la fase di costruzione dei sistemi di welfare. Il problema si è ulteriormente complicato con l'avvio dell'attuale fase di «ridefinizione», caratterizzata da un'ulteriore diversificazione delle realtà nazionali e sub-nazionali. La costruzione di un sistema di classificazione dei modelli di welfare risulta quindi un'operazione complessa: tale complessità è riconducibile a tre fattori, quali:

- la disomogeneità dei sistemi di classificazione presenti in letteratura;
- il carattere evolutivo dei sistemi, che li rende difficilmente classificabili in «modelli puri»;
- le caratteristiche dei sistemi informativi, fortemente differenziati e spesso carenti di informazioni correnti.

Il sistema di welfare italiano viene classificato dalla letteratura all'interno dei regimi mediterranei o familistici, ma i processi di cambiamento in atto hanno posto il problema della effettiva presenza di un modello nazionale italiano. In questo capitolo si cercherà di analizzare le omogeneità e le specificità dei sistemi di welfare delle regioni italiane.

1. La metodologia dell'indagine

Il problema della differenziazione dei sistemi di welfare delle regioni italiane è stato qui affrontato analizzando una batteria di indicatori che consentissero un confronto fra le regioni nel periodo di consolidamento dei sistemi di welfare e prima dell'inizio della fase di ridiscussione avviata negli ultimi anni. La scelta degli indicatori è partita da una rivisitazione dei principali lavori presenti in letteratura e dall'analisi delle dimensioni utilizzate nella costruzione delle tipologie di welfare.

1.1. La scelta delle dimensioni utili alla comparazione dei sistemi di welfare

In questa parte si cercherà di evidenziare brevemente le variabili utilizzate dai singoli studi, per tentare di individuare alcune dimensioni dei sistemi di welfare capaci di indirizzare il lavoro di ricerca sui processi di trasformazione in atto nelle singole realtà regionali. In tale prospettiva è possibile sintetizzare l'analisi osservando che:

i) il lavoro di Titmuss (1974) focalizza l'analisi su:

- ruolo dello stato nella regolazione;
- tipo d'intervento dello stato;
- criteri di definizione degli «aventi diritto»;

ii) Esping Andersen (1990; 2000), struttura la sua analisi sulle seguenti dimensioni:

- presenza dei diversi attori che erogano prestazioni di welfare (assicurazioni, stato, famiglia ecc.);
- rischi o bisogni su cui si struttura il sistema;
- criteri di definizione dei fruitori delle diverse prestazioni;
- ruolo dello stato nei processi di regolazione;
- de-mercificazione (dipendenza dal mercato);
- de-stratificazione (effetti sulle disuguaglianze e sulla mobilità sociale);
- de-famizzazione (dipendenza dalla rete familiare e, di conseguenza, dal lavoro di cura svolto prevalentemente dalle donne);

iii) da ultimo, Ferrera (1993) semplifica l'analisi concentrando l'attenzione su:

- il grado di copertura degli interventi;
- il tipo di prestazioni ed i criteri di godimento.

L'analisi sui modelli di welfare societario introduce altri elementi, riconducibili:

- alla dimensione umana della progettazione delle politiche sociali;
- alla discussione dei processi d'integrazione fra economia e società;
- alla struttura delle responsabilità (dalla persona allo stato) nella produzione del benessere sociale.

Una lettura trasversale ci consente di scegliere alcune dimensioni che in parte sono presenti in più autori e in parte ci permettono di rappresentare la complessità dei processi di trasformazione in atto. In sintesi la struttura di analisi proposta si può basare su tre assi mediante i quali è possibile classificare i sistemi di welfare in trasformazione. Tali assi sono riconducibili a:

- la titolarità della gestione dei servizi;
- l'estensione del sistema di protezione;
- le caratteristiche del contesto.

Considerata la necessità di analizzare alcune specifiche dimensioni, dal punto di vista metodologico si è proceduto selezionando alcuni indicatori che hanno permesso di descrivere le tre dimensioni considerate.

1.2. Gli indicatori di specificazione delle dimensioni del welfare

La raccolta dei dati e la creazione del database si è basata sulle fonti statistiche ufficiali, (banche dati dell'Istat e dei ministeri) che fornivano informazioni coerenti con le dimensioni scelte e consentivano di comparare fra loro e le regioni italiane.

La scelta dei possibili indicatori è stata guidata da alcuni criteri ben precisi, dai quali si è cercato di discostarsi il meno possibile. Tali regole sono state:

- la coerenza con le dimensioni utili per comprendere il funzionamento dei sistemi di welfare;
- la disponibilità di dati per tutte le unità d'analisi (le ventuno regioni italiane);
- una discreta copertura temporale, quindi rilevazione per più anni;
- l'affidabilità delle stesse (la qualità del dato, con particolare riguardo alla comparabilità territoriale, riconducibile all'omogeneità dei processi di raccolta delle informazioni).

Per ognuna delle tre dimensioni di analisi adottate si è scelta una batteria d'indicatori compatibili con le regole sopra riportate.

Tab. 1. Elenco delle variabili scelte per la dimensione titolarità nella gestione dei servizi

| Variabile | Rapporto | Anno |
|--|---|------|
| Cooperative sociali | Ogni 100.000 residenti | 2005 |
| Personale dipendente e collaboratore di cooperative | Ogni 1.000 residenti (all'1 gennaio 2006) | 2005 |
| Volontari, religiosi e volontari del servizio civile impegnati nelle cooperative sul totale dei lavoratori | Valore percentuale | 2005 |
| Volontari sul totale dei lavoratori delle cooperative sociali | Ogni 1.000 lavoratori | 2003 |
| Volontari e volontari del servizio civile su lavoratori delle cooperative sociali | Ogni 1.000 lavoratori | 2003 |
| Volontari, religiosi e volontari del servizio civile | Ogni 1.000 residenti (al 1 gennaio 2004) | 2003 |
| Volontari nel settore della sanità | Ogni 1.000 residenti (al 1 gennaio 2004) | 2003 |

| | | |
|---|---|-------------------|
| Volontariato nel settore dell'assistenza sociale | Ogni 1.000 residenti (al 1 gennaio 2004) | 2003 |
| Cooperative sociali per costi della produzione superiore a 500 mila euro | Percentuale sul totale delle cooperative | 2005 |
| Spesa media mensile familiare in sanità | | 2007 |
| Numero di posti letto ordinari in istituti provati | Percentuale su numero di posti letto in istituti pubblici | 2004 |
| Associazioni di volontariato | Ogni 100.000 residenti | 2003 |
| Organizzazioni di volontariato che operano nel settore della sanità | Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato | 2003 |
| Organizzazioni di volontariato che operano nel settore dell'assistenza sociale | Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato | 2003 |
| Nidi d'infanzia a titolarità pubblica | Percentuale sul totale di nidi presenti in regione | 2005 ¹ |
| Nidi d'infanzia a titolarità privata | Percentuale sul totale di nidi presenti in regione | 2005 ² |
| Servizio di asilo nido | Percentuale di comuni | 2006 |
| Quantità di ore settimanali di famiglie che si avvalgono di alcuni servizi a pagamento (quale persona che assiste un anziano o disabile). | Percentuale su famiglie residenti | 2003 |
| Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto un aiuto gratuito, quale l'assistenza a persone di adulti, da persone non coabitanti | Percentuale su famiglie residenti | 2003 |
| Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto un aiuto gratuito, quale l'assistenza di bambini, da persone non coabitanti | Percentuale su famiglie residenti | 2003 |
| Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto un aiuto gratuito, quali l'assistenza nell'attività domestica, da persone non coabitanti | Percentuale su famiglie residenti | 2003 |
| Numero di posti letto nei presidi socio-assistenziali pubblici | Percentuale sul totale dei posti letto | 2004 |
| Numero di posti letto nei presidi socio-assistenziali no-profit | Percentuale sul totale dei posti letto | 2004 |
| Numero di posti letto in presidi socio-assistenziali privati | Percentuale sul totale dei posti letto | 2004 |

Per la prima dimensione sono state cercate, e quindi utilizzate, le variabili che indicano in modo chiaro l'istituzione responsabile dell'attuazione del servizio (chi eroga il servizio o la prestazione di cura), vale a dire se attivato dal pubblico, dal privato o dal terzo settore. Le variabili identificate sono riportate in tabella 1.

Sempre adottando il medesimo criterio, si è cercato di individuare un insieme di variabili in grado di rappresentare la responsabilità della protezione sociale e tale elenco è riportato nella tabella 2.

Tab. 2. Elenco delle variabili scelte per la dimensione della responsabilità della protezione sociale

| Indice | Rapporto | Anno |
|---|---|------|
| Giornate in strutture semiresidenziali e residenziali per l'assistenza agli anziani | Per 1000 residenti di età uguale o maggiore a 65 anni | 2006 |
| Presenza in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) | Rispetto al valore percentuale del totale della popolazione con 65 anni o più | 2008 |
| Spesa pro-capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati | Rapporto tra spesa e popolazione residente | 2006 |
| Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza anziani | Rapporto tra spesa e popolazione residente di riferimento dell'area di utenza | 2006 |
| Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza disabili | Rapporto tra spesa e popolazione residente di riferimento dell'area di utenza | 2006 |
| Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza anziani | Valori percentuali | 2006 |
| Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza disabili | Valori percentuali | 2006 |
| Ricettività bambini accolti contemporaneamente nei nidi d'infanzia | Percentuale sull'utenza potenziale | 2003 |
| Comuni coperti dai servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia, micronidi e nidi di famiglia | Percentuale di comuni sul totale dei comuni in regione | 2006 |

1. Per i dati non disponibili dell'ultimo anno si è ricorsi al primo anno antecedente disponibile.

2. Si veda la nota precedente.

| | | |
|---|---|-----------|
| Bambini e ragazzi di 6-17 anni per partecipazione ad attività di associazioni ricreative, culturali, ambientali, boy-scout ecc. | Per 100 bambini e ragazzi di 6-17 anni della stessa zona. | 2005 |
| Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a mammografia senza la presenza di sintomi o disturbi | Tassi per 100 donne | 2004-2005 |
| Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a PAP-test senza la presenza di sintomi o disturbi | Tassi per 100 donne | 2004-2005 |
| Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a controlli di osteoporosi senza la presenza di sintomi o disturbi | Tassi per 100 donne | 2004-2005 |
| Anziani ospitati in presidi residenziali | Per 1000 abitanti di età uguale o superiore ai 65 anni | 2004 |
| Anziani ospiti in presidi residenziali pubblici | Per 1000 abitanti di età uguale o superiore ai 65 anni | 2004 |
| Pensioni di invalidità | Percentuale sul numero complessivo di pensioni in Italia | 2007 |
| Pensioni di vecchiaia | Percentuale sul numero complessivo di pensioni in Italia | 2007 |
| Pensioni sociali | Percentuale sul numero complessivo di pensioni in Italia | 2007 |

Per quanto riguarda il contesto sono state individuate variabili in grado di descrivere le condizioni sociali delle singole regioni, considerando tutti gli aspetti che mettono in luce le caratteristiche sia positive che negative del contesto stesso (vedi tabella 3).

Tab. 3. Elenco delle variabili scelte per descrivere il contesto sociale

| Indice | Rapporto | Anno |
|---|---|------|
| Associazioni di volontariato | Ogni 100.000 abitanti | 2003 |
| Organizzazioni di volontariato che operano nel settore della sanità | Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato | 2003 |
| Organizzazioni di volontariato che operano nel settore dell'assistenza sociale | Percentuale sul totale delle organizzazioni di volontariato | 2003 |
| Volontari, religiosi e volontari del servizio civile | Ogni 1.000 abitanti della popolazione residente | 2003 |
| Indicatore di capitale sociale | Valori su base 100 Italia | 2001 |
| Fiducia istituzionale | Valori su base 100 Italia | 2001 |
| Persone dai 18 ai 49 anni per senso di fiducia verso la maggior parte della gente | Per 100 persone della stessa zona | 2003 |

| | | |
|---|--|------|
| Persone di 14 anni e più che nelle ultime quattro settimane hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti | Per 100 persone della stessa zona | 2003 |
| Persone di 14 anni e più che nelle ultime quattro settimane hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti, come volontari | Per 100 persone della stessa zona | 2003 |
| Indice di Gini | | 2007 |
| Indice povertà famiglie (incidenza) | | 2007 |
| Indice povertà famiglie (intensità) | | 2007 |
| Percentuale di persone povere | | 2007 |
| Speranza di vita a 15 anni priva di disabilità | Valori percentuali | 2006 |
| Tasso di disoccupazione giovanile | | 2007 |
| PIL pro-capite | Statistiche per il paese | 2006 |
| Indice criminalità diffusa | Per 1000 abitanti | 2006 |
| Indice di criminalità violenta | Per 1000 abitanti | 2006 |
| Famiglie che avvertono molto o abbastanza disagio al rischio di criminalità nella zona in cui vivono | Valori in percentuale rispetto al totale delle famiglie | 2007 |
| Condizione di legalità e coesione sociale | Crimini violenti per 10.000 abitanti | 2006 |
| Indice di povertà regionale: popolazione che vive in famiglie al di sotto della soglia di povertà | Percentuale sulla popolazione | 2008 |
| Popolazione 18-24 anni con al più la licenza media e che non frequenta altri corsi scolastici o svolge attività formative superiori ai 2 anni | In valori percentuali | 2008 |
| Indice di povertà regionale (famiglie) | Popolazione che vive in famiglie al di sotto della soglia di povertà (%) | 2008 |
| Persone dai 18 ai 24 anni obese | Valori percentuali | 2007 |
| Famiglie che dichiarano molta o abbastanza difficoltà nel raggiungere negozi alimentari e/o mercati | Valori percentuali sul numero di famiglie | 2008 |

1.3. *L'analisi dei dati*

Una volta individuate le variabili per ogni specifica dimensione e valutato il numero d'indicatori a disposizione per ogni area, si è fatta un'analisi fattoriale. Tale procedura è stata applicata singolarmente per lo studio di ogni dimensione (titolarità della gestione, estensione del sistema di protezione e contesto). Il ricorso all'utilizzo dell'analisi

fattoriale è stato dettato dall'esigenza di sintetizzare l'informazione a disposizione. In sostanza, constatata la numerosità della batteria di variabili per la dimensione della titolarità, dell'estensione del sistema di protezione e del contesto, si è reso indispensabile ridurre il loro numero, senza perdere informazioni conoscitive e concentrare le analisi successive sulle variabili che più discriminavano le realtà regionali. Per questo, per ognuna delle tre dimensioni, si sono cercate e selezionate le variabili che più rappresentavano fattori emersi dall'analisi.

L'analisi della variabilità ha consentito di concentrare la ricerca sui primi due fattori per ogni dimensione. Sono, quindi, risultati complessivamente sei fattori latenti, due per la titolarità della gestione dei servizi, due per l'estensione del sistema di protezione e due per il contesto. La procedura seguita ha garantito, pertanto, una sintesi tra la molteplicità di dati e di conseguenza ha facilitato la rappresentazione grafica delle differenziazioni regionali e la costruzione di una prima classificazione delle regioni secondo i punteggi fattoriali emersi per ognuna delle tre dimensioni analizzate.

2. Le regioni a confronto: la titolarità nella gestione dei servizi

La prima dimensione analizzata è la titolarità della gestione dei servizi, si tratta di analizzare il modo in cui è strutturata l'erogazione delle prestazioni, e verificare quali sono i soggetti attuatori delle prestazioni. Si è cercato di capire se i servizi sono erogati da un solo soggetto o da una pluralità di «attori» e di coglierne la natura (pubblici o provati profit e non).

I primi due fattori emersi dall'analisi spiegano il 55,1%, della variazione del fenomeno. L'analisi degli indicatori correlati ai singoli fattori consente di identificare dei modelli di welfare sufficientemente definiti, rappresentati dalle variabili che saturano i singoli fattori. La natura di tali variabili consente di parlare di sistemi di welfare di tipo: mix strutturato e mix tendente al societario.

Tab. 4. Fattori, variabili e pesi della dimensione titolarità della gestione

| Fattore | Variabili | Peso |
|--------------------------|--|--------|
| Mix strutturato | Numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500 mila euro sul totale delle cooperative | 0,954 |
| | Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito nell'accudire i bambini, da persone non coabitanti | 0,865 |
| Varianza spiegata: 28,8% | Spesa sanitaria media mensile familiare, in euro | 0,762 |
| | Percentuale di posti letto per anziani in servizi residenziali pubblici | 0,591 |
| | Percentuale di posti letto per anziani in servizi residenziali no profit | -0,616 |

| | | |
|----------------------------|--|--------|
| | Numero di cooperative su popolazione residente | 0,787 |
| Mix tendente al societario | Nidi pubblici sul totale dei nidi | 0,700 |
| | Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito, nei lavori domestici, da persone non coabitanti | 0,699 |
| Varianza spiegata: 26,2% | Associazioni di volontariato su popolazione residente | 0,632 |
| | Personale dipendente e collaboratore di cooperative su popolazione residente | 0,612 |
| | Posti letto in ospedali civili privati sul totale dei posti letto | -0,815 |

Il mix strutturato raffigura un sistema caratterizzato dalla presenza di servizi che sono erogati da una molteplicità di soggetti, siano essi pubblici, privati e di terzo settore (ecco per l'appunto il termine mix); inoltre si tratta di un sistema consolidato nel senso che presenta una «pianificazione» ben strutturata e impostata da molto tempo, ne è prova la presenza, in questo fattore, di soggetti di terzo settore con dimensioni considerevoli.³ La dimensione mix tendente al societario fa riferimento, invece, alla consistente presenza del volontariato, nel senso che le relazioni primarie e secondarie sono ritenute fondamentali ed essenziali per i processi di cura. In questo «semi-asse» è presente anche la «risorsa» pubblica,⁴ tuttavia il fattore fa principalmente sintesi dei servizi erogati dal terzo settore. La dimensione privata,⁵ invece, ha un legame negativo, a conferma dell'assenza di dinamiche di mercato.

Nella tabella 4 sono riportati, nella prima colonna a sinistra, i nomi attribuiti alle dimensioni latenti emerse e la relativa percentuale di variazione del fenomeno che i fattori sono in grado di spiegare, le variabili che concorrono a «creare» i due fattori (colonna al centro) e il «peso» che la variabile ha sul singolo fattore. L'effetto che le variabili esercitano sui fattori individuati è differente e ciò è dimostrato, per l'appunto, dal valore dei diversi pesi.

Considerata la diversa importanza che le variabili hanno sui singoli fattori è bene prestare attenzione anche alle differenze che si possono individuare a livello territoriale: per questo motivo è utile esaminare come si caratterizzano, a livello amministrativo regionale, le variabili considerate.⁶

3. Si veda, ad esempio, la variabile: numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500.000 euro sul totale delle cooperative.

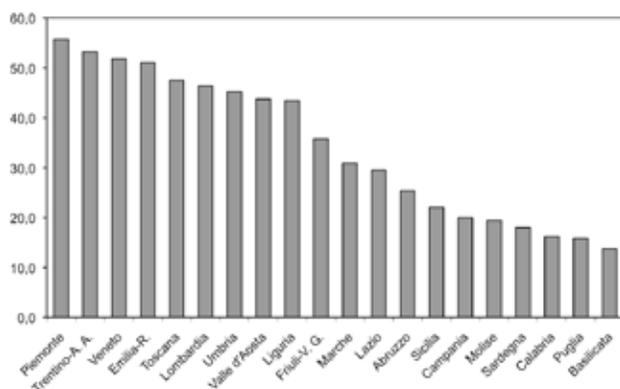
4. Si veda, ad esempio, la variabile che rileva la disponibilità di nidi pubblici.

5. Rappresentata dalla disponibilità di posti letto in ospedali civili privati.

6. In questa sede, si ritiene opportuno esporre solo la distribuzione delle prime due variabili che determinano maggiormente ogni singolo fattore.

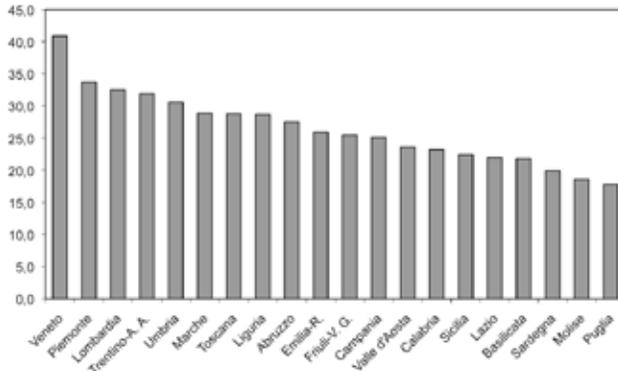
La prima variabile che pesa maggiormente sul fattore mix strutturato si riferisce al numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500mila euro, sparse sul territorio regionale italiano. Prendendo in esame la distribuzione della variabile (grafico 1), si evince una forte disparità nella penisola italiana, in quanto, la maggior parte delle cooperative si trova nell'area Nord del paese e in alcune zone del Centro. Il Sud, comprese le Isole, non sembra essere un terreno fertile per questo tipo di strutture organizzative. Le tre regioni che primeggiano nella graduatoria sono il Piemonte, il Trentino Alto Adige e il Veneto, mentre ai livelli inferiori della classificazione, si collocano la Basilicata, la Puglia e la Calabria.

Graf. 1. Numero di cooperative con valore di produzione superiore a 500.000 euro sul totale delle cooperative (anno 2005)



Per quanto concerne le relazioni di supporto, vale a dire le reti di mutuo aiuto tra le famiglie, ossia i servizi forniti dalla sfera privata del volontariato (seconda variabile che pesa sul fattore, riprodotta nel grafico 2), si nota una presenza maggiore di sostegno «gratuito» in Veneto, Piemonte e Lombardia mentre, in regioni come la Sardegna, il Molise e la Puglia, questo tipo di aiuti è meno diffuso. Osservando il grafico 2 si evidenzia che sebbene si possa individuare una distinzione tra le macroaree della penisola (da un lato le regioni del Nord e dall'altro quelle del Sud), in questo caso è più difficile riscontrare una demarcazione netta. Alcune regioni del Centro (come ad esempio l'Umbria e le Marche) presentano valori che in percentuale si avvicinano ad alcune regioni del Nord, mentre altre regioni di quest'ultima area, (si veda ad esempio la Valle d'Aosta), si «affiancano» maggiormente alle regioni del Mezzogiorno.

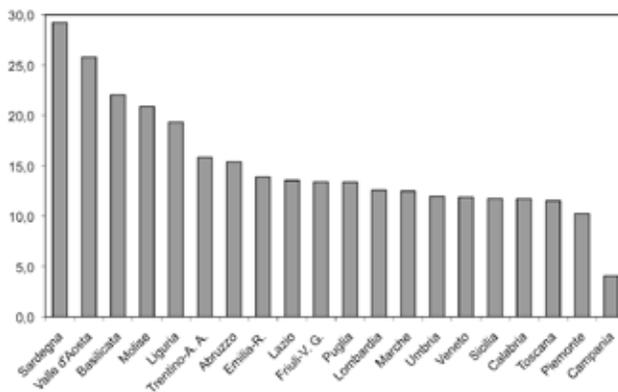
Graf. 2. Famiglie che nelle ultime quattro settimane hanno ricevuto almeno un aiuto gratuito nell'accudire i bambini, da persone non coabitanti (anno 2003)



Le due variabili che contribuiscono in positivo e in modo maggiore alla definizione del fattore che rappresenta la dimensione mix tendente al societario sono la presenza del numero di cooperative (sulla popolazione residente) e l'esistenza di servizi pubblici, quali gli asili nido diffusi nel territorio. Per quanto attiene queste due variabili, si nota come già individuato in precedenza, una disomogeneità del fenomeno, tanto da rendere difficile l'individuazione di macro-aree con simili caratteristiche.

Le regioni in cui il numero di cooperative (grafico 3), su popolazione residente, è elevato sono la Sardegna, la Valle d'Aosta e la Basilicata, mentre quelle in cui è poco diffusa la forma associativa di tipo cooperativistico sono la Campania, che non arriva neanche al 5%, il Piemonte e la Toscana.

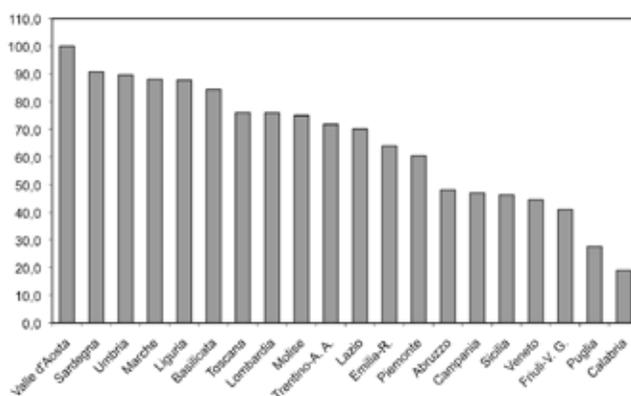
Graf. 3. Numero di cooperative su popolazione residente (anno 2005)



Per quanto attiene, invece, i servizi offerti alle famiglie (grafico 4), quali le strutture per bambini di età pre-scolare, si segnala che, in alcune regioni, la presenza del mercato è irrilevante, è il caso, ad esempio, della Valle d'Aosta, nella quale ci sono solo servizi di asilo nido erogati dal settore pubblico. Questo dato si riscontra, seppur in misura inferiore, anche in Sardegna, Umbria, Marche e Basilicata. La Calabria è la regione che presenta il minor numero di asili nido pubblici, seguita poi dalla Puglia e dal Friuli Venezia Giulia.

Alla luce della distribuzione di frequenza delle variabili riportate sopra è utile evidenziare il posizionamento delle singole regioni su un piano cartesiano costruito partendo dalle due dimensioni latenti emerse dall'analisi fattoriale.

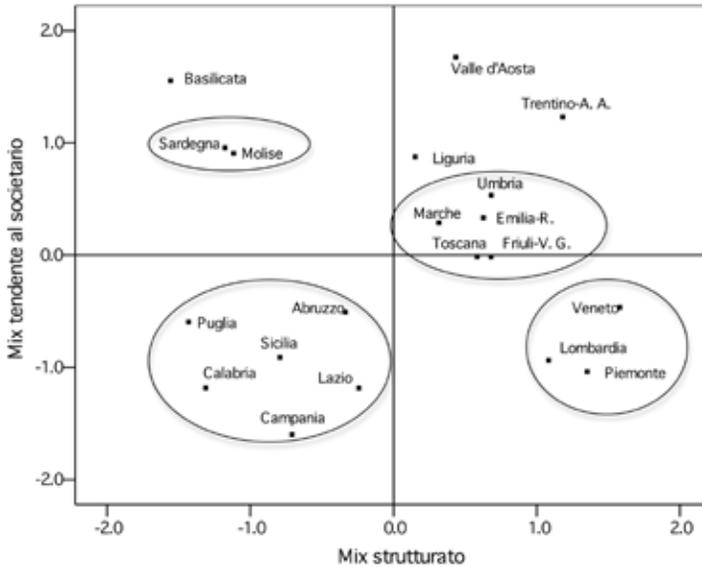
Graf. 4. Nidi pubblici sul totale dei nidi (anno 2005)



In questo modo non solo si riesce a individuare in quali regioni il modello di welfare mix tendente al societario è più, o meno sviluppato, ma è pure possibile confrontare contemporaneamente il «comportamento» delle regioni rispetto le due dimensioni qui considerate. Queste informazioni possono essere ricavate dal grafico seguente, dal quale è altresì possibile individuare dei «raggruppamenti» di regioni che manifestano caratteristiche simili.

Prendendo in esame l'asse orizzontale, denominato mix strutturato, si nota che le regioni Veneto, Piemonte, Lombardia e Trentino Alto Adige si collocano all'estremo positivo (del fattore), quindi con una marcata caratterizzazione di welfare mix strutturato. Sul versante opposto (quindi assenza di welfare mix strutturato) si posizionano la Basilicata, la Puglia, la Calabria, la Sardegna e il Molise.

Graf. 5. La dislocazione delle regioni sugli assi della titolarità



Ai vertici del secondo fattore, rappresentativo del welfare mix tendente al societario, si hanno la Valle d'Aosta, la Basilicata e il Trentino Alto Adige, mentre sul versante opposto, si notano la Campania, la Calabria, il Lazio e il Piemonte. Tra gli estremi di entrambe le dimensioni descritte sopra, si collocano tutte le altre regioni d'Italia. Interessanti sono i casi del Piemonte e della Basilicata i quali presentano dei valori elevati su una dimensione e bassi sull'altra: il Piemonte ha un valore alto di welfare mix strutturato ma basso di welfare tendente al societario; la Basilicata, invece, ha un valore basso sul welfare mix strutturato e valore elevato sul welfare societario.

Un altro elemento interessante è rappresentato dai raggruppamenti, riprodotti nel grafico con figure ovali o a forma di cerchio che racchiudono al loro interno i nomi di alcune regioni. Tali figure hanno il compito di delimitare le regioni che sono maggiormente omogenee tra di loro, vale a dire che presentano caratteristiche simili per quanto riguarda le dimensioni analizzate.⁷

7. Bisogna fare attenzione perché gli accorpamenti rappresentati nel grafico non corrispondono con la classificazione riportata nella tabella numero due, nella quale è elencata la distribuzione delle regioni a seconda del singolo asse.

Tab. 5. Dimensione: titolarità della gestione dei servizi

| Mix strutturato | | | | Mix tendente al societario | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------|------------|----------------------------|----------------|-----------------------|----------|
| Alto | Medio Alto | Medio Basso | Basso | Alto | Medio Alto | Medio Basso | Basso |
| Veneto | Umbria | Lazio | Basilicata | Valle d'Aosta | Sardegna | Toscana | Campania |
| Piemonte | Friuli Venezia Giulia | Abruzzo | Puglia | Basilicata | Molise | Friuli Venezia Giulia | Calabria |
| Lombardia | Emilia Romagna | Campania | Calabria | Trentino Alto Adige | Liguria | Veneto | Lazio |
| Trentino Alto Adige | Toscana | Sicilia | Sardegna | | Umbria | Abruzzo | Piemonte |
| | Valle d'Aosta | | Molise | | Emilia Romagna | Puglia | |
| | Marche | | | | Marche | Sicilia | |
| | Liguria | | | | | Lombardia | |

Nel primo quadrante, s'individuano delle regioni, alcune delle quali confinanti tra di loro (fa eccezione il Friuli Venezia Giulia) che mostrano dei livelli «medi» sia di welfare mix strutturato che di welfare diffuso societario. Nel secondo quadrante, che indica elevata presenza di welfare diffuso societario e scarsa presenza di welfare mix societario, si nota un gruppo composto di due regioni: Molise e Sardegna. Nel terzo quadrante, caratterizzato dalla scarsa organizzazione dei sistemi che possono dare risposte ai cittadini e dall'assenza della sussidiarietà, si accorpano assieme alcune regioni appartenenti all'area del Centro-Sud. Il quarto quadrante comprende tre regioni del Nord ed evidenzia una zona della penisola dove si ha un sistema consolidato di servizi pubblici, privati e di terzo settore ma una carente capacità di fare affidamento sui rapporti primari e secondari di solidarietà.

L'analisi contemporanea delle sottodimensioni della titolarità della gestione dei servizi, ha portato alla luce alcuni «raggruppamenti» di regioni che esprimono un'area amministrativa caratterizzata da medesime condizioni, per i componenti del gruppo ma diverse, ovviamente, rispetto gli altri insiemi. Dal punto di vista di questa dimensione dell'analisi emerge la difficoltà di rappresentare i sistemi di welfare regionali come appartenenti ad uno stesso modello.

3. Le regioni a confronto: l'estensione del sistema di protezione sociale

La seconda dimensione analizzata empiricamente è l'estensione del sistema di protezione, vale a dire il grado di copertura degli interventi rispetto alla popolazione. I due fattori emersi dall'analisi fattoriale spiegano, nel complesso, l'80% della variazione del fenomeno. Sulla base della saturazione delle variabili, i due fattori latenti sono stati definiti: estensione dei servizi tradizionali ed estensione dei servizi innovativi.

Tab. 6. Fattori, variabili e pesi della dimensione estensione del sistema di protezione

| Fattore | Variabili | Peso |
|-------------------------------------|---|--------|
| Estensione dei servizi tradizionali | Anziani ospitati in presidi residenziali su popolazione con 65 anni e più | 0,917 |
| | Anziani ospiti in presidi residenziali pubblici su popolazione con 65 anni e oltre | 0,915 |
| | Spesa sociale pro-capite dei comuni | 0,913 |
| Varianza spiegata: 48,6% | Donne di 65 anni e più che si sono sottoposte a mammografia senza la presenza di sintomi o disturbi | 0,707 |
| | Pensioni di vecchiaia sul totale delle pensioni | 0,700 |
| | Diffusione dei servizi per l'infanzia: percentuale di comuni che hanno attivato servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi o servizi integrativi e innovativi) sul totale dei comuni della regione | 0,598 |
| | Giornate di assistenza residenziale e semiresidenziale per 1000 residenti di età superiore uguale a 65 anni | 0,590 |
| | Pensioni di invalidità sul totale delle pensioni | -0,607 |
| Estensione dei servizi innovativi | Presenza in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata | 0,835 |
| Varianza spiegata: 30,5% | Ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza con riferimento ai nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata | 0,724 |

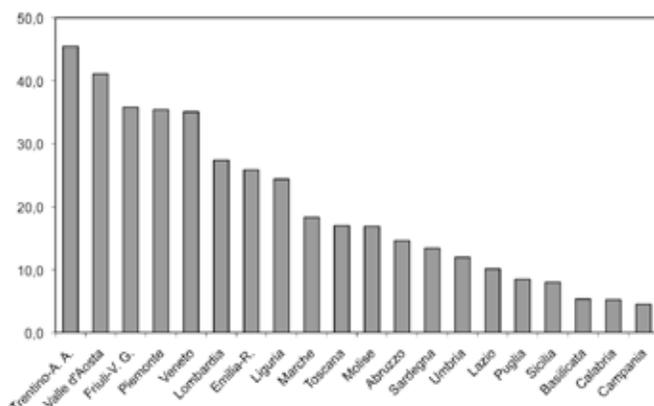
Il primo fattore, come si evince dalla tabella 4, è composto da variabili che rimandano alla diffusione di alcuni servizi che hanno costituito il cuore delle politiche sociali sviluppatesi nella fase espansiva dei sistemi di welfare. Questa forte relazione con la storia dei servizi di welfare spiega la definizione di servizi tradizionali assegnata al primo fattore. La seconda dimensione emersa è definita da variabili che richiamano servizi diffusi più recentemente come evoluzione del dibattito tecnico scientifico, o come risposta alla riduzione delle risorse disponibili. Que-

sti elementi hanno indotto a definire il secondo fattore latente come «estensione dei servizi innovativi». Le due variabili più significative riguardano: l'assistenza domiciliare integrata e gli asilo nido.

Anche in questo caso, è bene procedere esaminando la distribuzione delle variabili che pesano maggiormente sui fattori latenti emersi, al fine di verificare come si «ripartiscono» le singole regioni.

L'analisi degli anziani ospitati in presidi residenziali (su popolazione con 65 anni e più) mostra una «netta» divisione dell'Italia in due parti: da un lato le regioni del Nord, con valori elevati, mentre dall'altro quelle del Sud con percentuali decisamente inferiori. Le unità d'analisi che hanno una maggiore capacità di ospitare gli anziani nei presidi residenziali sono tutte regioni a statuto speciale quali: il Trentino Alto Adige, la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, mentre la minor capacità si riscontra in Campania, Calabria e Basilicata.

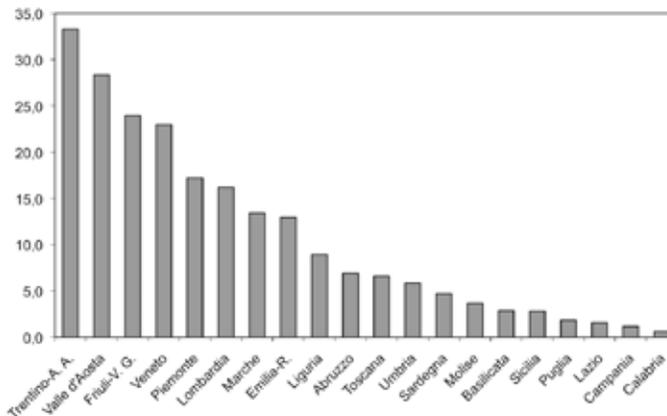
Graf. 6. Anziani ospitati in presidi residenziali su popolazione con 65 anni e più (anno 2004)



La seconda variabile che pesa sul fattore può essere intesa come una «specificazione» della precedente poiché fa riferimento agli anziani ospitati in presidi residenziali pubblici (sempre sulla popolazione con 65 anni e oltre). In questo caso non si riscontrano considerevoli cambiamenti, rispetto la distribuzione precedente, se non per qualche singola regione, riconfermando la differenza dei servizi fra le regioni del Centro-Nord (con buona o per lo meno discreta diffusione di servizi), mentre, altre regioni del Centro, assieme alle regioni del Sud sembrano garantire bassi livelli di diffusione dei servizi.

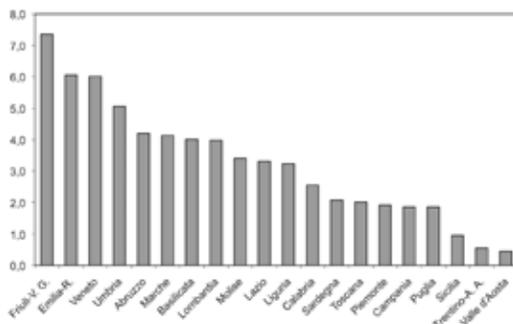
È necessario comunque soffermarsi sui casi specifici che mostrano una variazione fra le distribuzioni di frequenza di queste due variabili, qui considerate, che sono: le Marche, l'Abruzzo, il Molise e il Lazio. Nelle prime due regioni i servizi erogati nelle strutture residenziali pubbliche si mostrano più diffusi rispetto al dato generale e questo significa che i servizi pubblici, con riferimento specifico alla variabile analizzata, sembrano funzionare meglio. Una situazione peggiore, rispetto a quella descritta è presente in Molise e nel Lazio, regioni che, per quanto riguarda la residenzialità nelle strutture pubbliche, offrono servizi poco diffusi fra i potenziali fruitori (non superano il 5%).

Graf. 7. Anziani ospiti in presidi residenziali pubblici su popolazione con 65 anni e oltre (anno 2004)



Per quanto attiene la seconda dimensione latente, ossia la diffusione dei servizi innovativi, si tratta di un fattore creato solo da due variabili: la presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata; e la ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza nei nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata.

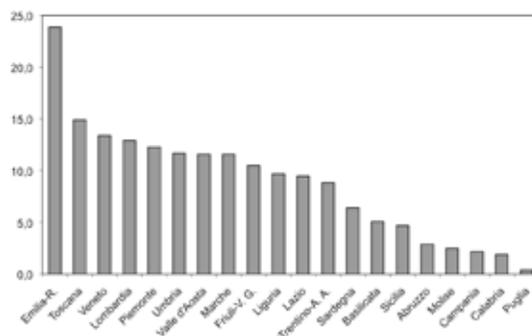
Graf. 8. Presa in carico degli anziani per il servizio di assistenza domiciliare integrata (anno 2008)



L'attività di assistenza domiciliare integrata, come si coglie dal grafico 8 è maggiormente diffusa in tre regioni del Nord tra cui una a statuto speciale (Friuli Venezia Giulia), mentre nel Trentino Alto Adige e nella Valle d'Aosta, regioni che in altre distribuzioni di frequenza qui analizzate hanno valori elevati, ora si collocano a livelli bassi. Di fatto sia il Trentino sia la Valle d'Aosta non arrivano all'1% di assistenza domiciliare integrata.

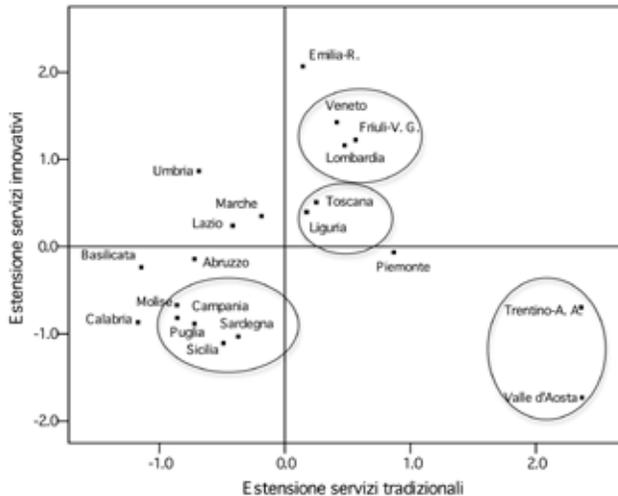
Circa la seconda variabile (ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza con riferimento ai nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata, rappresentata nel grafico numero 9) che pesa notevolmente sul fattore, si possono individuare due «aree»: da un lato le regioni del Centro-Nord (ad eccezione del Trentino Alto Adige) con valori discreti. La regione in cui il servizio di ricettività, in riferimento ai nidi, è maggiormente diffuso è l'Emilia Romagna. Le regioni del Sud presentano valori in percentuale che non toccano il 5% di copertura dei potenziali utenti. Anche in Trentino Alto Adige, come accennato, il servizio non è molto esteso.

Graf. 9. Ricettività, utenza potenziale e percentuale di accoglienza con riferimento ai nidi d'infanzia, a titolarità pubblica e privata (anno 2003)



È interessante, anche per quanto concerne la dimensione dell'estensione della protezione, vedere come si ordinano le regioni rispetto i due «assi» latenti qui analizzati. Le amministrazioni regionali che hanno una maggior diffusione, con riferimento ai servizi tradizionali, sono la Valle d'Aosta e il Trentino Alto Adige, mentre sul versante opposto, si pongono la Basilicata e la Calabria.

Graf. 10. La dislocazione delle regioni sugli assi dell'estensione del sistema di protezione



Sull'asse dei servizi innovativi si segnala la relativamente maggior diffusione dei servizi in Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Lombardia. Sicuramente minore è la diffusione in Valle d'Aosta, Sicilia e Sardegna.

In sintesi, per quanto riguarda la diffusione dei servizi e la loro capacità di rispondere ai bisogni della popolazione, è possibile individuare quattro diverse situazioni, così rappresentabili:

- regioni con un sistema di welfare relativamente diffuso ed esteso. Possiamo raggruppare in questo gruppo le regioni che evidenziano la presenza di servizi diffusi sia per quanto riguarda le prestazioni tradizionali che hanno caratterizzato la fase evolutiva dei sistemi di welfare, sia per quanto riguarda i servizi più innovativi diffusisi più recentemente. In questo gruppo possiamo includere le regioni: Emilia Romagna, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Lombardia. In modo relativamente minore, anche la Toscana e la Liguria;
- regioni che presentano un'offerta di servizi tradizionali relativamente consolidata ed estesa, ma che non sembrano aver sviluppato con

- altrettanta intensità servizi di tipo innovativo. In questo gruppo vanno incluse le regioni: Piemonte, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige;
- regioni che hanno un sistema di servizi tradizionali relativamente meno consolidato e diffuso, ma che sembrano aver spinto particolarmente verso l'innovazione. In questo gruppo possiamo comprendere le regioni: Umbria, Marche, Lazio;
 - l'ultimo gruppo comprende le regioni che presentano un sistema di welfare relativamente meno esteso, caratterizzato da una diffusione relativamente minore di servizi innovativi e di servizi di tipo tradizionale. Questa situazione è tipica delle regioni: Basilicata, Abruzzo, Calabria, Molise, Campania, Sardegna, Puglia, Sicilia.

Tab. 7. Dimensione: estensione del sistema di protezione

| Estensione servizi tradizionali | | | | Estensione servizi innovativi | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-------------|------------|-------------------------------|------------|---------------------|---------------|
| Alto | Medio Alto | Medio Basso | Basso | Alto | Medio Alto | Medio Basso | Basso |
| Valle d'Aosta | Piemonte | Marche | Basilicata | Emilia Romagna | Umbria | Piemonte | Sardegna |
| Trentino Alto Adige | Friuli Venezia Giulia | Sardegna | Calabria | Veneto | Toscana | Abruzzo | Sicilia |
| | Lombardia | Sicilia | | Friuli Venezia Giulia | Liguria | Basilicata | Valle d'Aosta |
| | Veneto | Lazio | | Lombardia | Marche | Trentino Alto Adige | |
| | Toscana | Puglia | | | Lazio | Molise | |
| | Liguria | Abruzzo | | | | Campania | |
| | Emilia Romagna | Umbria | | | | Puglia | |
| | | Campania | | | | Calabria | |
| | | Molise | | | | | |

4. Le regioni a confronto: il contesto del sistema

La terza dimensione che si è scelto di utilizzare nell'analisi dei sistemi di welfare riguarda il contesto entro il quale si sviluppano le politiche di welfare. Tali politiche sono contemporaneamente una risposta ad alcune caratteristiche critiche dei singoli contesti, ma, contemporaneamente sono una delle variabili che possono influenzare la riduzione o il rafforzamento di tali criticità. Si pensi, per esempio, alla povertà o all'abbandono scolastico o anche al capitale sociale di un territorio. È possibile affermare che i valori assunti dagli indicatori utilizzati per rappresentare questi fenomeni sono determinati da un insieme di aspetti

(relativi al sistema economico, quello scolastico e quello culturale, per esempio). Costituiscono l'oggetto d'intervento (la riduzione della povertà o dell'abbandono scolastico) ma sicuramente rappresentano anche gli effetti prodotti dalle politiche di welfare. La difficoltà di isolare tali effetti, in assenza di disegni valutativi e di serie storiche, e la contemporanea rilevanza che hanno nell'analisi dei sistemi di welfare ci porta a raggruppare questi indicatori nella dimensione del contesto entro il quale si devono sviluppare le politiche.

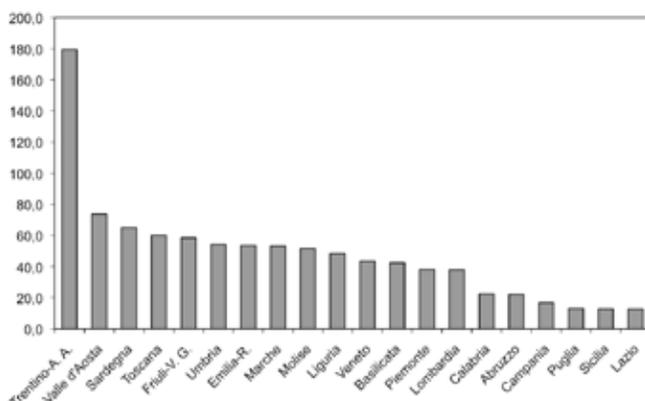
I due fattori latenti, ricavati dall'analisi, arrivano a rappresentare il 67,2% della varianza, e sono riconducibili: alla coesione sociale ed ai rischi sociali. Nella tabella otto, sono specificate le singole variabili che costituiscono le sottodimensioni latenti e i relativi pesi, oltre alla varianza riprodotta da ogni dimensione. Entrambi i fattori hanno una buona capacità esplicativa poiché il primo spiega il 35,6% di variazione del fenomeno, mentre il secondo il 31,6%.

Tab. 8. Fattori, variabili e pesi della dimensione contesto

| Fattore | Variabili | Peso |
|-----------------------------|--|--------|
| Coesione sociale | Associazioni di volontariato su numero di abitanti | 0,923 |
| | Persone di 14 anni e più che hanno svolto, negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista, almeno un'attività sociale (attività gratuita per associazioni di volontariato) | 0,919 |
| | Indicatore sintetico di capitale sociale | 0,845 |
| Varianza spiegata: 35,6% | Persone di 14 anni e più che nelle ultime quattro settimane, hanno dato almeno un aiuto gratuito a persone non coabitanti, come volontari | 0,702 |
| | Fiducia istituzionale | 0,65 |
| | Valutazione, relativa agli ultimi 12 mesi, delle risorse economiche della famiglia come insufficienti | -0,606 |
| Rischi sociali | Indice povertà famiglie (incidenza) | 0,781 |
| | Giovani che abbandonano prematuramente gli studi | 0,775 |
| | Indice povertà famiglie (intensità) | 0,738 |
| Varianza spiegata: 31,6% | Tasso di disoccupazione giovanile | 0,717 |
| | Indice di Gini | 0,696 |
| | Speranza di vita a 15 anni priva di disabilità (maschi) | -0,692 |

La variabile che contribuisce in maniera più incisiva a determinare l'asse della coesione sociale è la presenza di associazioni di volontariato nel territorio. Il dato maggiormente evidente è quello del Trentino Alto Adige che mostra una consistente presenza di associazioni di volontariato, seguita poi dalla Valle d'Aosta, Sardegna e Toscana, mentre in altre regioni, come ad esempio il Lazio, la Sicilia, la Puglia e la Campagna, la numerosità di associazioni non arriva al 20%. Questa variabile, del resto, è stata, usata spesso nell'analisi del capitale sociale generalizzato dei singoli territori.

Graf. 11. Associazioni di volontariato su numero di abitanti (anno 2003)



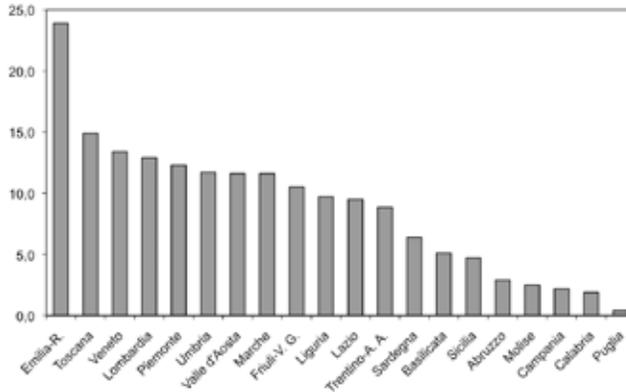
Se si considera ora la seconda variabile che pesa sul fattore in esame, la presenza di persone di 14 anni e più che hanno svolto (negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista) almeno un'attività sociale (attività gratuita per associazioni di volontariato, grafico dodici), si evince che è ancora il Trentino Alto Adige a presentare valori percentuali elevati, seguito poi dal Veneto e dalla Lombardia. Queste ultime due regioni non collocandosi, rispetto alla variabile precedente, ai primi posti, sono caratterizzate da una non consistente numerosità di associazioni ma da un'elevata partecipazione alla vita associativa da parte dei cittadini. Le regioni in cui le persone sono poco partecipi al mondo dell'associazionismo, invece, corrispondono a quelle in cui è poco diffuso l'associazionismo stesso, come ad esempio in Campania, nel Lazio e in Sicilia.

Procedendo ora a esaminare le variabili che hanno contribuito a creare la dimensione dei rischi sociali, la situazione si «capovolge» rispetto alle variabili che abbiamo esaminato fino a questo momento.

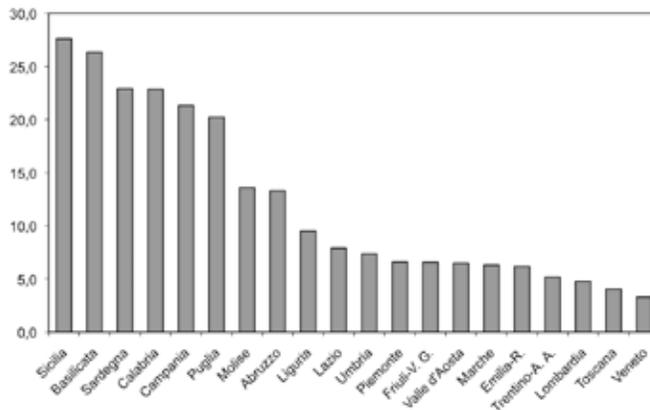
Dal grafico numero tredici si evince che a presentare una situazione di maggior criticità rispetto all'incidenza dell'indice di povertà, sono le famiglie che abitano nelle regioni del Sud, in particolare in Sicilia, Ba-

silicata e Sardegna, mentre la situazione migliore si osserva in Veneto, Toscana e Lombardia.

Graf. 12 - Persone di 14 anni e più che hanno svolto, negli ultimi 12 mesi precedenti l'intervista, almeno un'attività sociale gratuita per associazioni di volontariato (Anno 2003)



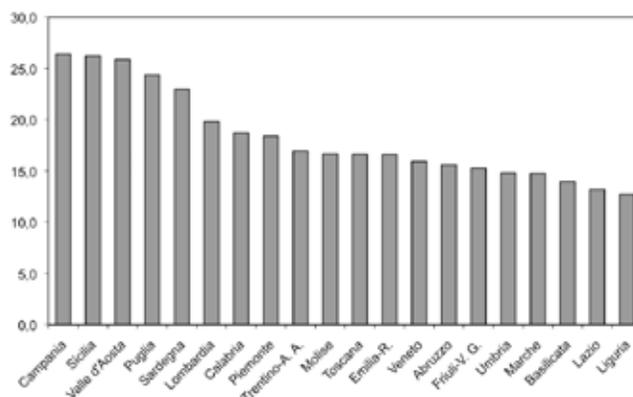
Graf. 13. Indice povertà famiglie (incidenza) (anno 2007)



Per quanto riguarda i giovani che abbandonano prematuramente gli studi, il contesto è molto disomogeneo: in quanto l'abbandono è intenso sia in regioni del Sud, come ad esempio in Campania e in Sicilia, ma anche in regioni del Nord come in Valle d'Aosta e in Lombardia. Il tasso di abbandono scolastico è inferiore in Liguria e nel Lazio. Il dato qui

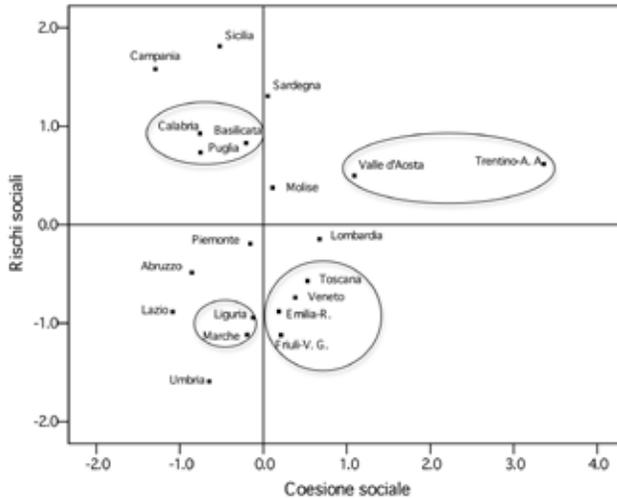
presentato deve far riflettere, poiché le regioni in cui l'allontanamento dalla scuola è maggiore, non sono quelle in cui il tasso di occupazione è elevato, quindi è difficile giustificare l'uscita dal mondo della scuola per l'accesso al mondo del lavoro.

Graf. 14. Giovani che abbandonano prematuramente gli studi (anno 2008)



L'analisi complessiva del modo in cui i sistemi di welfare regionali si strutturano in base alle due dimensioni del contesto fanno emergere quattro gruppi, relativamente omogenei al loro interno. Il primo insieme, comprende le regioni che presentano una coesione sociale relativamente alta, ma anche una consistente presenza di rischi sociali. Troviamo in questo gruppo le regioni: Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta (come visto in precedenza le due regioni sono state raggruppate poiché mostrano omogeneità per quanto concerne una dimensione), ma, pur con una coesione sociale decisamente meno elevata, anche la Sardegna e il Molise.

Graf. 15. Distribuzione delle regioni sugli assi del contesto



La situazione più critica riguarda sicuramente le regioni che sviluppano i loro sistemi di welfare in contesti caratterizzati da una bassa coesione sociale e una contemporanea elevata presenza di rischi sociali. Operano in un simile contesto le regioni: Sicilia, Calabria, Campania, Basilicata e Puglia.

Relativamente più semplice è la situazione delle regioni che si caratterizzano per una coesione sociale relativamente più bassa ma anche da una contemporanea scarsa presenza di rischi sociali. Hanno queste caratteristiche le regioni: Piemonte, Abruzzo, Lazio, Liguria, Marche e Umbria.

Infine la situazione sicuramente più positiva riguarda il contesto in cui operano le regioni Lombardia, Toscana, Veneto, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia. Questi contesti sono caratterizzati da una coesione sociale relativamente alta e da una relativamente bassa presenza di rischi sociali.

Tab. 9. Dimensione: contesto

| Coesione sociale | | | | Rischi sociali | | | |
|---------------------|-----------------------|-------------|----------|----------------|---------------------|-------------|-----------------------|
| Alto | Medio Alto | Medio Basso | Basso | Alto | Medio Alto | Medio Basso | Basso |
| Trentino-Alto Adige | Lombardia | Emilia-R. | Lazio | Sicilia | Calabria | Lombardia | Friuli Venezia Giulia |
| Valle d'Aosta | Toscana | Marche | Campania | Campania | Puglia | Piemonte | Marche |
| | Veneto | Piemonte | | Sardegna | Basilicata | Abruzzo | Umbria |
| | Friuli Venezia Giulia | Basilicata | | | Trentino Alto Adige | Toscana | |
| | Liguria | Umbria | | | Valle d'Aosta | Veneto | |
| | Molise | Sicilia | | | Molise | Emilia-R. | |
| | Sardegna | Calabria | | | | Lazio | |
| | | Puglia | | | | Liguria | |
| | | Abruzzo | | | | | |

Bibliografia e fonti dati

AA.VV., *I nidi e gli altri servizi educativi e integrativi per la prima infanzia, Rassegna coordinata dei dati e delle normative nazionali e regionali al 31/12/2005*, «Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza», 36, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.minori.it/files/Quaderni_Centro_Nazionale_36.pdf

E. Ciccotti e L.L. Sabbadini (a cura di), *Come cambia la vita dei Bambini. Indagine statistica multiscope sulle famiglie*, «Quaderni del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza», n. 42, 2007. Testo disponibile al sito: http://www.minori.it/files/Quaderni_Centro_Nazionale_42.pdf

I. COLOZZI, *Le nuove politiche sociali*, Roma, Carocci, 2002.

P. DONATI (a cura di), *Famiglie e bisogni sociali: la frontiera delle buone prassi*, Osservatorio Nazionale sulla Famiglia, Milano, , Franco Angeli, 2007.

G. ESPING ANDERSEN, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press, 1990.

G. ESPING ANDERSEN, *Foundations of Post-Industrial Economies*, Oxford, Oxford

- University Press, 1990, trad. it., *I fondamenti sociali delle economie postindustriali*, Il Mulino, Bologna, 2000.
- M. FERRERA, *Modelli di solidarietà*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- G. NUZZO, *Un secolo di statistiche sociali: persistenza o convergenza tra le regioni italiane?*, «Quaderni dell'Ufficio Ricerche Storiche», n. 11, 2006. Testo disponibile al sito: <http://www.bancaditalia.it/pubblicazioni>
- ISTAT, *Health for All- Italia. Un sistema informativo territoriale su sanità e salute*, 2006. Testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/sanita/Health/>
- ISTAT, *Le organizzazioni di volontariato in Italia*, periodo di riferimento: anno 2003, «Informazioni», n. 27, Roma, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061127_02/
- ISTAT, *Parentela e reti di solidarietà, Indagine multiscopo sulle famiglie*, «Famiglia e soggetti sociali», 2003, periodo di riferimento: anno 2003, «Informazioni», n. 26, Roma, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061010_00/
- ISTAT, *Strutture familiari e opinioni su famiglia e figli, Indagine multiscopo sulle famiglie*, periodo dati: anno 2003, «Famiglia e soggetti sociali», Roma, 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061127_02/
- ISTAT, *L'assistenza residenziale e socio-assistenziale in Italia*, periodo dati: anno 2004, 2007. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20070504_00/
- ISTAT, *Le cooperative sociali in Italia Settori: Pubblica amministrazione*, periodo dati: anno 2005, «Informazioni», 4, Roma, 2008. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20061211_00/
- ISTAT, *Struttura e attività degli istituti di cura*, periodo dati: anno 2004. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20080206_00/
- ISTAT, *I beneficiari delle prestazioni pensionistiche*, periodo dati: anno 2007. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20090813_00/
- ISTAT, *I consumi delle famiglie. anno 2007*, «Annuari», 14, Roma, 2009. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/catalogo/20090721_01/
- ISTAT, *Interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, periodo dati: anno 2006. Testo disponibile al sito: http://www.istat.it/dati/dataset/20090817_00/
- ISTAT, *Indicatori socio-sanitari regionali*, periodo dati: anno 2004-2005, 2009. Testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/sita/sociosan/>
- ISTAT, *Indicatori di contesto chiave e variabili di rottura*, 2010. Testo disponibile al sito: <http://www.istat.it/ambiente/contexto/infoterr/azioneB.html>
- Ministero della Salute, Servizio Sanitario Nazionale, Dati statistici. Testo disponibile al sito: <http://www.salute.gov.it/>
- Ministero dello Sviluppo Economico, La banca dati obiettivi di servizio. Testo disponibile al sito: http://www.dps.tesoro.it/obiettivi_servizio/servizi_infanzia.asp
- J. RODGER, *From a welfare state to a welfare society: The changing context of social policy in a postmodern era*, Macmillan Press ltd., 2000, trad. it., *Il nuovo welfare societario. I fondamenti delle politiche sociali nell'età postmoderna*, Trento, Erickson, 2004.
- R. TRIMUSS, *Social Policy. An Introduction*, London, Allen&Unwin, 1974.

La governance dei servizi socio-sanitari in dodici regioni italiane

Michele Marzulli, Maristella Zantedeschi*

1. La governance dei sistemi regionali di welfare

Lo studio della governance di un sistema complesso come quello del welfare regionale rappresenta lo strumento per comprendere quali siano, nei processi di governo, gli attori del sistema, e quali le relazioni esistenti tra di essi. Inoltre, il modello interpretativo della governance permette di evidenziare quali attori svolgano un ruolo di decisori chiave, in quale contesto le deliberazioni vengano assunte e quali siano le forme di coinvolgimento degli stakeholder (BERTIN 2009; 2010).

Questa analisi si rende necessaria soprattutto in considerazione delle innovazioni normative che, assegnando una certa autonomia nelle politiche socio-sanitarie, hanno facilitato la configurazione di modelli differenziati di organizzazione. In ognuna delle regioni analizzate, dunque, sono state individuate le forme della collaborazione tra gli attori del pubblico e del privato, ma anche il coinvolgimento del terzo settore e, più in generale, dei cittadini.

Lo studio è stato effettuato analizzando due dimensioni: quella normativa, attraverso l'analisi dei provvedimenti legislativi locali; quella fenomenica in base a quanto riferito dai protagonisti.

Quello di governance è un concetto complesso emerso, per quanto attiene alle scienze sociali, soprattutto nel contesto di un dibattito internazionale volto a comprendere il funzionamento dei processi decisionali nel governo della cosa pubblica in generale (RHODES 1997; 2007), non solo delle politiche sociali, e rimane tuttora oggetto di riflessione e confronto. In questo senso, governance indica le forme di «gestione degli affari comuni», cioè rilevanti per la comunità e per tutti i suoi attori

* Il lavoro è frutto della collaborazione di entrambi gli autori; tuttavia le diverse parti del contributo possono essere così attribuite: i paragrafi 1, 2.1 e 2.4 a Marzulli; i paragrafi 2.2, 2.3, 3 a Zantedeschi, le conclusioni sono frutto di un lavoro integrato degli autori.

(BERTIN 2009), secondo un modello diverso da quello del government che non si limita all'esercizio del principio di autorità e all'uso di sanzioni (STOKER 1998), ma che fa riferimento a processi di governo basati sull'interazione e la negoziazione fra gli attori sociali.

L'analisi della governance permette di far emergere un'immagine del governo poco unitaria, ma piuttosto come insieme di relazioni tra diversi livelli in relazione tra loro (RHODES, MARSCH 1992).

In questo senso, la governance deve essere intesa come l'integrazione fra meccanismi diversi di regolazione, considerando in primo luogo i diversi attori delle politiche. In un sistema in cui sono presenti differenti livelli di governo (nazionale, locale e regionale) si parla, infatti, di governance multilivello (HOOGHE ET AL. 2010), per sottolineare l'importanza dell'integrazione fra processi che non possono essere pensati su una scala gerarchica. Il potere posizionale, relativo alla collocazione nello spazio dell'organizzazione, perde in parte la propria capacità di condizionamento, a favore di una legittimazione basata sui processi identitari, di costruzione di senso e sui processi comunicativi.

In questo senso, si può comprendere per quale ragione la riflessione sulla governance abbia reso esplicito quali siano le diverse forme di regolazione: esse possono essere sintetizzate nei tre modelli teorici della gerarchia, del mercato e della rete (BERTIN 2009). Infatti, accanto alle relazioni «gerarchiche», che tradizionalmente sono state adottate nelle politiche pubbliche, e che fanno capo in genere allo stato, e accanto al mercato, inteso come forma organizzativa capace di autoregolamentazione, emerge il concetto di «rete», come metafora della complessità e dell'interdipendenza tra gli attori dei processi decisionali.

Rete, gerarchia e mercato indicano tre strategie di regolazione dotate di logiche e dinamiche distinte. In considerazione del fatto che nella regolazione gerarchica emergono soprattutto i concetti di potere e autorità come forme di legittimazione delle decisioni, è evidente che si tratta di un modello in crisi sia per la tendenza a irrigidirsi attraverso meccanismi burocratici, che per l'incapacità di coinvolgere attori non istituzionali in processi tendenzialmente partecipativi. Ma storicamente non è risultata una valida alternativa neanche il mercato, fondato sì sul concetto di fiducia (come è esemplificabile da ogni sistema monetario) ma soprattutto sulla presunta capacità autoregolatoria della concorrenza. Infatti, le politiche di New Public Management nella Pubblica amministrazione e di quasi mercato nell'erogazione delle prestazioni hanno generato un ripensamento e una richiesta di cambiamento, basato sulla necessità di un maggiore coinvolgimento di tutti gli attori del sistema e non solo di quelli del privato for profit, in considerazione del rischio sempre presente di comportamenti opportunistici.

La logica della rete, invece, spinge a promuovere come meccanismi di regolazione i legami fiduciari tra gli attori e tende a valorizzare risorse diverse da quelle economiche e autoritative, cioè il capitale sociale, le relazioni e lo scambio di beni relazionali, diversi per definizione da quelli economici o di potere (DONATI 2005; ROSSI, BOCCACCIN 2007).

È, infine, necessario precisare che la ricerca e l'esperienza hanno mostrato come rete, gerarchia e mercato non siano modelli necessariamente alternativi (BERTIN, FAZZI 2010, p. 20), quanto piuttosto logiche capaci di convivere le une alle altre. Per ragioni storiche e culturali, ma anche di sostenibilità dei sistemi, nessuno di questi modelli si presenta in forma pura ma, in quanto processi di regolazione, coesistono normalmente all'interno delle organizzazioni complesse. Tenere conto di essi e comprendere quali logiche prevalgono è, dunque, lo sforzo concettuale richiesto dall'assunzione del punto di vista della governance.

2. Le dimensioni della governance

Il lavoro di analisi sulla governance si è centrato su quattro macro-dimensioni: la concettualizzazione della governance; i decisori chiave; le relazioni tra gli attori e i processi di governance.

2.1. Il concetto di governance

La prima dimensione di analisi riguarda il modello concettuale della governance, cioè la forma che essa assume nella normativa e nelle parole degli attori. Non si tratta di un aspetto secondario ma strategico, in quanto indica l'orientamento culturale prevalente rispetto a cui confrontare le prassi.

Il luogo privilegiato per analizzare questa dimensione dal punto di vista normativo è rappresentato dalle leggi quadro regionali relative ai servizi sociali o socio-sanitari integrati, con particolare riferimento agli articoli che presentano principi e finalità del sistema. Non mancano però analisi relative agli articoli in cui vengono definiti i soggetti sociali - sia in quanto attori del processo di governo delle politiche, sia in quanto destinatari degli interventi - e le forme di governo del sistema. Un'altra fonte documentale è rappresentata dalle parti introduttive dei Piani Regionali di Programmazione. Naturalmente nella normativa non è sempre presente in maniera esplicita una definizione di governance, è però possibile risalire all'area concettuale prevalente per come è espressa nei documenti analizzati basandosi sull'analisi semantica.

Per quanto riguarda gli osservatori privilegiati è stato relativamente

più semplice in quanto la rappresentazione del concetto di governance emerge dalle parole stesse degli interlocutori.

L'obiettivo è quello di capire a quali paradigmi si riferisca il linguaggio prevalente, tanto nella normativa quanto nella dialettica e nella pratica. A titolo d'esempio, si possono citare alcune aree semantiche omogenee:

- quella della rete, che fa riferimento alla condivisione, al coinvolgimento, all'integrazione tra le politiche; in cui gli attori sociali sono presentati come stakeholder, portatori di interesse; in cui, infine, si parla di cittadini;
- quella della gerarchia, in cui prevalgono le forme della pianificazione e della programmazione in capo al settore pubblico; in questa accezione, legata all'immagine tradizionale dei servizi, in genere i cittadini sono intesi come utenti;
- quella del mercato, in cui prevalgono le forme della concorrenza, della legge della domanda e dell'offerta; in essa normalmente i cittadini vengono intesi come clienti (ad esempio nel senso di analizzarne la soddisfazione, secondo il modello della «customer satisfaction») e lo scopo del sistema è quello di garantire la libera scelta dei servizi.

La tabella 1 presenta il risultato dell'analisi del concetto di governance nelle regioni oggetto di studio, discussa analiticamente nei paragrafi successivi.

La normativa analizzata presenta un quadro fortemente omogeneo. La totalità delle leggi analizzate (emanate dal 2000 al 2010) utilizza il linguaggio della condivisione e del coinvolgimento degli attori. Un'altra parola chiave è rappresentata da «partecipazione», solitamente in associazione alle forme di programmazione. In questo panorama fanno eccezione tre casi: il primo è quello del Veneto che, avendo un quadro normativo datato, solo nella normativa più recente fa riferimento ai concetti di programmazione partecipata e concertazione delle politiche. Ci sono poi i casi delle normative di Campania e Friuli Venezia Giulia nelle quali, in diversi passaggi, emergono elementi di governance che fanno riferimento alla cultura della programmazione nel senso dell'area semantica della gerarchia.

Tab. 1. Il concetto di governance nella normativa e nelle prassi: tavola sintetica

| REGIONI | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|-----------------------|--|--|
| Basilicata | Coinvolgimento, condivisione, integrazione, cittadini | Coinvolgimento, condivisione |
| Campania | Coinvolgimento, condivisione; programmazione | Programmazione |
| Emilia Romagna | Partecipazione e comunità | Condivisione (centro-periferia) |
| Friuli Venezia Giulia | Partecipazione, condivisione, coinvolgimento / Programmazione | Partecipazione, condivisione, coinvolgimento / Programmazione |
| Liguria | Programmazione partecipata; co-progettazione | Coinvolgimento (prevalenza del pubblico) |
| Marche | Integrazione, partecipazione, coinvolgimento, rete | Integrazione, partecipazione, coinvolgimento, rete (prevalenza del territorio) |
| Molise | Condivisione, cittadini. | Condivisione, integrazione. |
| Puglia | Programmazione partecipata, concertazione, coordinamento, integrazione | Programmazione partecipata, concertazione, coordinamento, integrazione |
| Sardegna | Coinvolgimento, concertazione, integrazione, cittadini | Coinvolgimento, rete |
| Toscana | Coinvolgimento, condivisione, integrazione. | Coinvolgimento, condivisione, integrazione. |
| Umbria | Coinvolgimento, condivisione (co-progettazione), cittadinanza | Coinvolgimento, condivisione |
| Veneto | Concertazione, programmazione partecipata (normativa recente) | Confronto, programmazione partecipata |

Anche l'analisi comparata della dimensione fenomenica presenta un quadro omogeneo rispetto al tema della concettualizzazione della governance. Sia i responsabili regionali sia gli attori delle politiche sul territorio fanno riferimento esplicitamente a un modello di relazioni reticolare. Tra i diversi attori delle politiche sociali e socio-sanitarie integrate, infatti, prevale il linguaggio della condivisione, della partecipazione, del coinvolgimento di tutti i livelli di responsabilità.

Sembra di poter dire dunque che esiste una cultura comune e condivisa tra i protagonisti delle politiche oggetto di analisi, sia a livello regionale sia locale.

2.2. I decisori chiave nei processi di governance

A partire da tale quadro concettuale, la seconda domanda riguarda quali sono gli attori che partecipano al sistema di welfare locale e in quale modo essi intervengano nel determinare le scelte strategiche. La risposta a tale interrogativo è molto complessa, poiché gli attori che intervengono nei sistemi regionali sono molteplici e ciascuno di essi ha proprie strategie di intervento, è portatore di specifici valori ed ha un peso diverso nel sistema territoriale, locale e regionale.

Per cercare di semplificare l'interpretazione, l'analisi degli attori ha tenuto conto di due dimensioni prevalenti: il ruolo degli attori centrali (livello regionale) rispetto a quelli del territorio (livello locale) e il ruolo degli attori pubblici rispetto a quelli privati.

Oggetto di osservazione particolare è stato il ruolo giocato dal livello regionale in relazione con gli attori del territorio: lo spostamento di competenze dallo stato alle regioni ha riportato entro i confini regionali la definizione degli equilibri di potere tra regione e territorio; il modo attraverso il quale la regione interagisce con i territori, gli spazi di autonomia che ad essi sono riconosciuti (o che gli stessi pretendono), il livello di condivisione tra i livelli nella formulazione delle scelte, sono solo alcuni degli esempi che permettono di comprendere quanto il soggetto regione sia determinante nell'orientare le scelte piuttosto che quanto i territori godano di spazi autonomi di autodeterminazione o siano in grado di orientare le politiche e gli atti istituzionali regionali. Quest'analisi può essere raffinata rendendo più analitica la lettura, sia sul fronte regionale, con particolare riguardo al rapporto tra il livello decisionale politico e quello della struttura tecnica, sia sul fronte territoriale, evidenziando quali siano gli attori istituzionali che hanno un maggiore peso (province? comuni? aziende sanitarie locali? distretti?) e che tipi di relazioni si stabiliscano tra loro. La configurazione degli attori territoriali è infatti un aspetto particolarmente interessante e storicamente differenziato nelle regioni italiane e proprio per questo si è cercato di compiere questa analisi evitando di scendere nel particolarismo locale e cercando invece di comprendere come si sviluppi il rapporto «centro-periferia».¹

La seconda dimensione analizzata si focalizza sul ruolo dei soggetti privati e su come essi intervengano nei processi decisionali, sia a livello regionale che a livello territoriale. Anche in questo caso vanno fatte alcune precisazioni sulle scelte compiute: ci si è riferiti quasi sempre al

1. Nelle monografie costruite per ciascuna regione è possibile ravvisare il ruolo dei diversi attori del territorio e comprendere, nel confronto tra regioni, quanto esso sia diversamente interpretato.

«privato organizzato», intendendo con ciò sia il fronte degli enti gestori dei servizi, sia quello della domanda organizzata, attraverso le diverse forme di associazionismo e rappresentanza. Raramente si sono riscontrati riferimenti al singolo cittadino, quale attore al quale è attribuito un peso significativo nella scelta. Questa considerazione è doverosa poiché il rapporto tra gli attori privati e il soggetto pubblico può cambiare molto a seconda dell'area di intervento cui ci si riferisce (si pensi ad esempio al ruolo dei soggetti privati nel settore dei servizi per anziani o in quello dei servizi per i minori a rischio). Inoltre, poiché a livello territoriale l'oggetto cui principalmente si è fatto riferimento è la programmazione sociale di zona, la partecipazione ai tavoli di zona è stata il focus principale di osservazione: nella maggioranza dei casi essa comprende quasi esclusivamente il privato no profit; in alcuni casi si estende anche al privato for profit, sebbene ciò avvenga solo marginalmente (per alcuni specifici target di intervento e per alcune realtà territoriali). Infine, poiché il rapporto tra soggetto pubblico e privato si gioca prevalentemente a livello locale, una certa variabilità è presente anche all'interno degli stessi confini regionali, tra territori diversi. Allo scopo di permettere una comparazione tra regioni, ci si è concentrati sull'analisi macro del rapporto tra pubblico e privato cercando di individuare se vi siano tendenze principali a prescindere da specificità locali o settoriali.

Ciò premesso, dall'analisi comparata tra regioni emerge che gli attori chiave nei processi di governance possono essere:

- il pubblico a livello regionale (pubblico regione);
- il pubblico, in una logica multilivello (pubblico multilivello);
- il pubblico in una logica multilivello insieme ai soggetti privati (pubblico multilivello e privato);
- il pubblico in una logica multilivello insieme ai soggetti privati, con un forte peso degli attori territoriali (pubblico livello territoriale e privato).

Tab. 2. Gli attori chiave della governance

| ATTORE CHIAVE | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|---|--|--|
| Pubblico multilivello e privato | Basilicata, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria | Emilia Romagna, Sardegna, Toscana |
| Pubblico multilivello | Liguria, Molise | Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Molise, Puglia, Umbria, Veneto |
| Pubblico regione | Veneto | |
| Pubblico livello territoriale e privato | Campania, Marche | Marche |

In quasi tutte le regioni il quadro normativo delinea una dialettica importante tra il livello pubblico regionale e quello territoriale: le competenze nella definizione delle scelte strategiche del sistema di welfare sono in genere orientate al coinvolgimento dei diversi attori pubblici in una logica multi-livello. Vi sono tuttavia molte differenze tra regioni sulla distribuzione effettiva delle competenze tra i diversi attori, con particolare riguardo alla configurazione del territorio e alla presenza/assenza di livelli di governance intermedi tra la regione e i comuni. Alcune regioni (in particolare Campania e Marche) si spingono ad attribuire agli attori del territorio un ruolo predominante rispetto a quello regionale nella definizione delle scelte programmatiche che impattano sul sistema locale di welfare; nelle Marche il livello territoriale locale è il cuore della programmazione, mentre alla regione spetta la regia del sistema, con funzioni di programmazione, indirizzo e coordinamento degli indirizzi strategici (d.g.r. 1276/2009; Piano sociale Regione Marche, p. 29). Altre regioni nei propri atti normativi riconoscono centralità e autonomia al territorio, per esempio l'Umbria riconosce esplicitamente l'autonomia dei territori nel piano sociale regionale, nel quale si legge che la regione pone al centro «il sistema delle Autonomie locali, [...] riconoscendo una centralità e un ruolo al territorio come sistema di relazioni, costruendo una programmazione dal basso con proprie regole e strumenti» (Piano sociale regionale Regione Umbria, p. 24).

In sintesi, e in coerenza con quanto chiarito nel paragrafo precedente, in nove regioni su dodici nel quadro normativo il ruolo degli attori è orientato a una logica di rete, nel quale, a fianco del soggetto pubblico è prevista la presenza diffusa del privato quale attore che partecipa attivamente e interviene nei processi decisionali. Tale relazione tra pubblico e privato si gioca sia a livello regionale, attraverso la previsione nella normativa di luoghi formali di dialogo e confronto tra i diversi soggetti, sia a livello locale, con l'inclusione nei tavoli di zona del soggetto privato quale attore titolato ad intervenire nel processo di programmazione.

Soltanto tre regioni mantengono un impianto normativo nel quale il ruolo del soggetto privato è meno evidente e risulta più forte il ruolo protagonista del pubblico, quale attore chiave dei processi di governance. In particolare, ciò avviene per il Veneto, nel quale il ruolo di centralità attribuito al livello regionale a discapito di quello territoriale è in parte attribuibile all'assenza di un quadro normativo di riferimento recente che disciplini i ruoli dei diversi attori nel sistema di welfare (ad eccezione delle recenti «Linee guida per i PDZ»). Un discorso simile può essere fatto per la normativa sulle politiche sociali del Molise, che risale agli anni novanta: questa regione infatti è stata una di quelle che ha legiferato con una normativa specifica prima dell'approvazione della stessa

legge quadro nazionale, la l.r. n. 328/2000. Infine, la Liguria presenta una normativa che enfatizza il ruolo di regia dell'attore pubblico e la sua responsabilità rispetto a tutti gli altri attori del sistema; in questo modo il ruolo del privato sembra divenire per certi versi secondario.

L'analisi fenomenica ha permesso di avvicinare maggiormente i ruoli agiti dagli attori pubblici e privati nelle diverse regioni. Se, sul piano normativo, molte regioni hanno prefigurato nuovi ruoli ai diversi attori della governance, sul piano fenomenico tali processi di cambiamento stentano a decollare. L'analisi mette in luce, infatti, che soltanto in quattro regioni (Emilia Romagna, Marche, Sardegna, Toscana), rispetto alle nove evidenziate nell'analisi normativa, il ruolo del privato sembra avvicinarsi a quanto previsto dalla normativa, con la presenza dei diversi attori che intervengono, a livello regionale e locale, nei processi decisionali. Va detto tuttavia che, anche in questi contesti, la voce degli attori del territorio non è compatta nel riconoscere tale rappresentazione. La Sardegna, al momento dell'analisi si trovava in una fase di cambiamento che vede un nuovo protagonismo regionale nel ridisegnare funzioni e ruoli degli attori, con conseguente *impasse* a livello locale; la Regione Marche invece, attribuendo un forte peso al territorio nei processi decisionali, si deve confrontare con la richiesta da parte del territorio di maggiore presenza della regione nel definire gli assetti e gli orientamenti.

La presenza del soggetto privato nei processi decisionali è vissuta in modo ambivalente; sebbene la presenza ai tavoli della programmazione sia contemplata, spesso i soggetti privati lamentano di non avere tempi congrui per poter partecipare o di trovarsi a dover ratificare proposte già elaborate, sentendo svuotato di senso il proprio contributo. Il coinvolgimento del privato, soprattutto a livello locale, sembra essere legato alla sensibilità degli amministratori e dei dirigenti pubblici del territorio. Ciò produce di fatto l'esigenza di analizzare i processi di inclusione del privato a livello territoriale e giustifica in parte le voci discordanti raccolte durante i focus group, nei quali i diversi attori pubblici e privati di una stessa regione hanno portato esperienze diverse sul rapporto tra pubblico e privato su base locale.

Rispetto al rapporto centro-periferia, si può affermare che in tutte le regioni si osservano esperienze di condivisione del ruolo di governance del sistema di welfare tra attore regionale e attori pubblici del territorio, sebbene le differenziazioni locali siano rilevanti. Le esperienze sono molteplici: a fianco (e, in alcuni casi, al posto) dei processi formali nei quali i livelli della governance sperimentano la condivisione delle scelte, sono emerse le occasioni più informali (gruppi di lavoro su temi specifici) quali azioni che supportano lo scambio tra regione e territorio. Questa modalità di rapporto tra livelli diversi presenta alcune ambivalenze:

è spesso dichiarata funzionale da entrambi i livelli di governance, sia perché è compatibile con i tempi decisionali, sia perché permette di costruire una relazione basata sui contenuti e sul reciproco interesse a ricercare soluzioni; tuttavia tale modalità è talvolta criticata in quanto poco trasparente, con riferimento alla selezione dei soggetti territoriali convocati ai tavoli regionali o non in grado di dare adeguato peso al punto di vista del territorio (è vissuto come un momento puramente consulenziale).

Sul fronte degli attori territoriali, ogni regione ha una propria caratterizzazione, in quanto è possibile riscontrare come il ruolo di province, comuni, ASL e distretti sia differente e come la presenza di aziende speciali, diversamente costituite, rappresenti un ulteriore livello di governance imprescindibile per leggere i cambiamenti. Per fare alcuni esempi, Emilia Romagna e Sardegna hanno attribuito una significativa rilevanza alle province: la Toscana ha, invece, fatto la scelta di spingere verso la costituzione delle Società della Salute; mentre Liguria e Veneto identificano nell'articolazione dei distretti socio-sanitari, peraltro diversamente connotati, il luogo verso il quale promuovere l'integrazione istituzionale dei comuni per la gestione associata delle funzioni e la realizzazione di un livello di governance intermedio. Questi rappresentano solo alcuni esempi che mettono in luce la differenziazione territoriale sulla quale poggiano i diversi sistemi di governance delle regioni; altre regioni stanno percorrendo strade diverse, più o meno strutturate, quali la costituzione del servizio sociale territoriale come luogo organizzativo di integrazione tra i comuni (Friuli Venezia Giulia); il rafforzamento dell'ambito o della zona sociale (Marche, Molise, Umbria); l'incentivazione alla costituzione di forme associative dei comuni.

2.3. Le relazioni tra gli attori

Una volta individuati gli attori chiave, l'analisi si è concentrata sulle relazioni tra di essi. Per questo, si è scelto di osservare tre elementi. Innanzitutto, l'autonomia del territorio nella definizione degli obiettivi della programmazione, con particolare riguardo alla programmazione locale di zona: l'autonomia è messa in rapporto con le indicazioni regionali poiché, anche nel caso in cui gli obiettivi regionali siano concordati tra regione e territori, la presenza di indicazioni prescrittive (vincolanti) e tangibili (standard operativi) limita di fatto l'autonomia locale nella scelta, più di quanto non faccia la definizione su base regionale di obiettivi di tipo proscrittivo (indicazioni auspicabili) e di indirizzo (con un livello di astrazione maggiore).

Il secondo elemento di osservazione è rappresentato dalle modalità di trasferimento delle risorse economiche: questo aspetto è uno dei segnali di quanto il governo delle decisioni sia gestito a livello regionale e dei margini di autonomia di cui il territorio può godere; l'assunto di base è che tanto più i fondi trasferiti al territorio sono frammentati per provenienza e/o destinazione e vincolati rispetto alle finalità di impiego, tanto minore è il margine del territorio nella gestione delle risorse.

Infine, il terzo elemento riguarda il rapporto tra il soggetto pubblico e quello privato. Su questo fronte ci si è limitati a osservare quanto sia allargato il processo di inclusione dei privati nei luoghi di concertazione delle decisioni, osservando sul piano normativo e fenomenico se tale inclusione sia di tipo selettivo (finalizzata a selezionare a priori i privati da includere in alcuni specifici contesti), o allargato (finalizzata a convocare nei luoghi della concertazione tutti gli attori privati interessati, a livello regionale e territoriale).

Autonomia del territorio nella definizione degli obiettivi

La tabella 3 sintetizza le modalità di definizione degli obiettivi che la regione indica ai territori, sia nella produzione normativa, sia nei processi concreti di governo del sistema.

La doverosa premessa alla presente analisi è l'impossibilità di rappresentare una sintesi di comparazione regionale che tenga conto delle molteplici specificità: quasi mai infatti si riscontra una coerenza completa, sia sul piano normativo che su quello fenomenico, nell'impostazione delle indicazioni regionali; ciò significa che per esempio, nella stessa regione, alcune normative contengono obiettivi puntuali e operativi e altre contengono invece indicazioni generiche. Nella sintesi si è tentato di evidenziare la tendenza principale nei processi di regolazione regionale, avendo come focus prevalente le indicazioni fornite ai territori nei piani socio(-sanitari) e nei documenti per la programmazione sociale di zona.

Tab. 3. Le tipologie di obiettivi della programmazione

| OBIETTIVI | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|-----------------------------|--|---|
| Proscrittivi e di indirizzo | Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Toscana, Umbria | Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Sardegna, Toscana, Umbria |
| Proscrittivi e tangibili | Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Sardegna | Basilicata, Emilia Romagna, Molise |
| Prescrittivi e tangibili | Liguria, Puglia, Veneto | Puglia, Veneto (alcuni anche proscrittivi) |

Sul piano normativo sembra prevalere la tendenza a proporre obiettivi di tipo proscrittivo, finalizzati a dare indicazioni rispetto a ciò che si vuole raggiungere senza necessariamente adottare una logica impositiva. Otto regioni su dodici si pongono in questo modo rispetto ai territori e cinque di esse tendono a fornire ai territori obiettivi di indirizzo generale piuttosto che indicazioni operative. Il perseguimento di uno stesso obiettivo può essere sostenuto con diverse modalità, per esempio indicando ai territori la priorità di aumentare la «diffusione di punti unici di accesso ai servizi socio sanitari» (Regione Friuli Venezia Giulia, d.g.r. 3236/2004 all. A *Linee guida per la predisposizione del Programma delle attività territoriali*, § 9.1, p. 33) oppure definendo che debbano essere previsti: uno sportello di segretariato sociale ogni 20.000 abitanti o una porta unica di accesso per ambito territoriale (Regione Puglia, Piano regionale delle politiche sociali 2009-2011). Pur fornendo indicazioni che muovono nella stessa direzione, nel primo caso la regione si limita a individuare una priorità di cui i territori dovranno tener conto nella propria programmazione locale, nel secondo caso invece è la regione a definire le soglie di risposta da prevedere, riducendo l'autonomia del territorio.

Va ribadito qui ciò che si è dichiarato in premessa, che spesso le normative prese in esame, pur appartenendo a periodi storici vicini, si propongono in modo diversificato ai territori, alternando indicazioni di tipo proscrittivo a indicazioni operative e di tipo prescrittivo.

Dal punto di vista fenomenico si può osservare come, anche nelle regioni che hanno una normativa basata su logiche prescrittive, di fatto le indicazioni regionali verso i territori siano in genere interpretate con logiche di indirizzo. Si afferma anche in questo contesto la compresenza di un livello formale e di uno sostanziale, nel quale le regole vengono di volta in volta negoziate tra gli attori rendendo i processi reali differenti dai dettami normativi e principalmente basati sulla capacità negoziale dei soggetti. In molti casi viene messo in evidenza il ruolo di supporto ed accompagnamento che la regione svolge nei confronti dei territori, anche quando la programmazione locale non si allinea con quella regionale: per esempio, in Campania un dirigente regionale spiega come la normativa preveda che: «a chi non si attiene alle indicazioni del piano sociale regionale non viene riconosciuta la validità del piano sociale di zona e quindi non vengono attribuite risorse; tuttavia ciò non avviene nella realtà in quanto determinerebbe una sospensione dei servizi; ciò che invece accade nel concreto è l'attivazione di forme di accompagnamento tecnico per la modifica della programmazione».

Sembrirebbe quindi che i territori abbiano margini di autonomia nella definizione degli obiettivi di intervento nelle politiche sociali, sebbene in modo diverso in base al livello di definizione degli stessi e di inter-

pretazione del vincolo regionale. Ciò avviene almeno per quanto attiene agli obiettivi indicati nei documenti di programmazione territoriale e va tenuto conto che tale teorico margine di autonomia deve poi confrontarsi con altri livelli di autonomia (come la gestione delle risorse economiche).

Autonomia del territorio nei trasferimenti economici

Le modalità di gestione delle risorse economiche rappresentano una delle dimensioni più rilevanti per interpretare le relazioni tra gli attori: chi decide in merito alla destinazione delle risorse, è la domanda alla quale si è tentato di dare una risposta in questo contesto.

In sintesi, si può dire che per quanto riguarda i processi di trasferimento delle risorse economiche dal livello regionale al livello territoriale ci si trova ancora in una fase di transizione e non mancano esperienze più consolidate (la delega delle funzioni all'ASL) o innovative (il rafforzamento degli Ambiti sociali o la costituzione delle aziende speciali) orientate prevalentemente a spingere il territorio (in particolar modo i comuni) ad aggregarsi nella gestione delle funzioni sociali. Alcune di queste esperienze (Campania, Marche, Puglia, Toscana ecc.), sebbene stiano attraversando momenti di difficoltà nell'implementazione, sono interessanti da analizzare sotto il profilo delle prassi e possono rappresentare un'utile lettura anche per quelle regioni che stanno pensando di modificare i processi di trasferimento. La tabella 4 presenta una sintesi di quanto emerge dall'analisi.

Tab. 4. Le modalità di trasferimento dei fondi regionali verso i territori

| TRASFERIMENTI ECONOMICI | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|--|---|---|
| Trasferimenti con pochi vincoli e unitari | Basilicata, Campania, Molise, Toscana, | |
| Trasferimenti con pochi vincoli ma frammentati | Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Sardegna, Umbria, | Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria |
| Trasferimenti vincolati e frammentati | Marche, Puglia, Veneto | Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Veneto |

Una prima osservazione riguarda il fatto che in tutte le regioni almeno una parte (in genere piuttosto consistente) delle risorse economiche trasferite dalla regione al territorio è soggetta a vincoli di destinazione. Ciò significa che in nessuna delle regioni analizzate possiamo parlare di completa autonomia territoriale nella gestione delle risorse economiche

trasferite e che le regioni mantengono un ruolo di indirizzo sulla destinazione dei fondi e quindi sul finanziamento di almeno parte del sistema dei servizi sociali e socio-sanitari.

Più in dettaglio però, il confronto sul piano normativo mette in luce un alto livello di eterogeneità. In relazione ai vincoli, si può osservare in tabella 3 come nove delle dodici regioni analizzate prevedano in normativa un trasferimento dei fondi ai territori poco vincolato (orientativamente con vincoli posti su meno del 40% dei fondi trasferiti); tuttavia, di queste nove, soltanto quattro (Basilicata, Campania, Molise e Toscana) prevedono un trasferimento unitario dei fondi, mentre in tutti gli altri casi il trasferimento avviene in modo frammentato (per tipologia di fondo o, più spesso, per settore o target di intervento). Bisogna precisare che anche il frazionamento rappresenta un vincolo perché in genere ogni trasferimento ha una destinazione specifica (si pensi, per esempio, al Fondo per la non autosufficienza). Marche e Veneto trasferiscono ai territori i fondi in modo prevalentemente vincolato e frammentato per settore d'intervento, sebbene la Regione Marche abbia recentemente avviato un percorso di rafforzamento degli ambiti sociali territoriali prevedendo un progressivo spostamento delle risorse trasferite verso i comuni in favore degli Ambiti, mediante l'adozione di un Fondo unico di ambito sociale senza vincoli di destinazione. Altre esperienze simili sono presenti in altre regioni, come Friuli Venezia Giulia e Puglia, sebbene in quest'ultima le risorse trasferite siano collegate a obiettivi specifici che ciascun territorio deve raggiungere. Andrebbe inoltre fatta una distinzione tra regioni sul livello di frammentazione dei fondi trasferiti: se in alcuni casi la frammentazione dei fondi corrisponde per esempio a due riparti (Fondo per la non autosufficienza e Fondo per le politiche sociali), in altri casi tale frammentazione è più accentuata e la normativa può prevedere molti riparti frazionati per area di intervento o anche per specifica tipologia di intervento (per esempio il finanziamento per l'assistenza domiciliare). Il grado di frammentazione, in rapporto con i vincoli associati al riparto, non è indifferente nel determinare il livello di autonomia lasciato al territorio.

Un aspetto molto interessante, rilevabile dalla normativa, riguarda il soggetto destinatario dei trasferimenti: si assiste anche in questo caso a una notevole differenziazione, che va dal trasferimento ai comuni, singoli e/o associati, alle province, agli ambiti, alle ASL, alle aziende speciali, fino a un mix di trasferimenti per ciascun soggetto del territorio. È interessante notare come la stessa normativa preveda la possibilità di trasferire i fondi a diversi enti, spesso in base all'esistenza o meno di una forma associata a livello locale. Proprio questo sembra essere il nodo principale della differenziazione: la titolarità del comune quale

ente di governo delle risorse sociali del territorio e la sua disponibilità, nonostante gli incentivi e le forme di vincolo poste nelle leggi regionali, a gestire in modo associato le funzioni sociali e quindi il relativo budget.

Se si assiste a una notevole differenziazione sul piano normativo, dal punto di vista fenomenico va osservato come la frammentazione dei fondi trasferiti dalla regione ai territori rappresenti l'elemento che accomuna tutte le regioni analizzate. In alcuni casi la frammentazione è minima (per esempio si trasferisce un Fondo unico per le politiche sociali e il Fondo per la non autosufficienza, oppure si trasferisce una prima quota complessiva e poi successivamente quote premiali), mentre in altre regioni è molto accentuata la suddivisione dei trasferimenti in quote molto numerose, legate alle aree di intervento o in alcuni casi al finanziamento di specifici servizi/progetti. Spesso la frammentazione dei fondi porta con sé anche la diluizione dei tempi di distribuzione delle risorse economiche, producendo la difficoltà a programmare la gestione delle risorse in tempi non coordinati e portando, in alcuni casi, a una sostanziale impossibilità, per il territorio, di programmare in modo unitario il sistema locale dei servizi socio-sanitari. Va pertanto sottolineato che il tentativo in corso in molte regioni di diminuire i vincoli di destinazione dei fondi si scontra con la loro eccessiva frammentazione. Dove ciò avviene, anche il PDZ, quale espressione del processo di programmazione locale, diventa uno strumento meno incisivo, poiché il territorio non è in grado di collegare a esso gli importi dei trasferimenti che dovrà ricevere ma di cui ancora non conosce l'entità.

Rispetto al vincolo posto sulla destinazione delle risorse trasferite, sette regioni lasciano al territorio la possibilità di definire con discreti margini di autonomia come impiegare tali fondi (circa il 60% dei fondi può essere allocato dal territorio o il territorio ha la possibilità di derogare dalle indicazioni regionali dandone motivazione, come accade per esempio in Liguria). In alcuni casi i vincoli di destinazione sono posti per target di intervento (politiche per la famiglia, giovanili, per la non autosufficienza ecc.), in altri casi invece i vincoli sono posti sul raggiungimento di standard riferibili a specifiche parti del sistema di offerta (centri diurni, servizi residenziali, numero di posti ecc.), vincolando fortemente la programmazione locale.

Alcune regioni inoltre, in virtù della necessità di sostenere gli investimenti comunali nelle politiche sociali, hanno definito una soglia minima di cofinanziamento comunale al fondo regionale delle politiche sociali, che deve essere finalizzata prioritariamente al raggiungimento degli obiettivi definiti su scala regionale. Ciò accade per esempio in Puglia, dove i comuni sono chiamati a cofinanziare il Fondo per le politiche sociali per una quota pari ad almeno il 30% di quanto trasferito dalla Regione.

Relativamente ai soggetti destinatari dei fondi, mentre i vincoli e le forme di trasferimento (unitario o frammentato) delle risorse regionali ai territori sono uguali per tutto il territorio regionale, proprio in virtù delle scelte locali, i soggetti destinatari dei fondi sono diversi anche all'interno degli stessi confini regionali (in un territorio è il comune capofila, in un altro sono i singoli comuni, in un altro ancora l'azienda speciale o l'ASL delegata ecc.). Questo aspetto produce una difficoltà al livello di governo regionale, e infatti emerge l'esigenza di trovare un adeguato bilanciamento al livello di autonomia lasciato al territorio rispetto all'esigenza di garantire servizi uniformi (o almeno simili) alla popolazione della regione. Per raggiungere tale obiettivo, alcune regioni hanno adottato strategie specifiche: la ricerca di meccanismi di coordinamento tra i livelli di governance regionale e locali sembra essere una delle strategie maggiormente adottate per cercare di raggiungere tale obiettivo, soprattutto nelle regioni che lasciano al territorio maggiore autonomia nella gestione delle risorse economiche; anche la riserva di una quota di fondi destinata a riequilibrare situazioni di maggiore fragilità o con risorse insufficienti è un'altra modalità con la quale la regione tenta di usare il riparto delle risorse in una logica di dialogo con il territorio: «stiamo cercando di intervenire riservandoci di destinare una quota intorno al 7-10% del Fondo complessivo per interventi mirati verso quelle zone dove si sa che quei criteri hanno determinato l'erogazione di risorse insufficienti, oppure dove c'è bisogno comunque di interventi su un determinato obiettivo» (dirigente regionale, Toscana). Non mancano anche alcune difficoltà sperimentate in alcune regioni che, tentando di sostenere la gestione associata, hanno iniziato a unificare il trasferimento dei fondi verso un unico soggetto su base locale (per esempio l'ambito in Regione Marche o il Servizio sociale in Regione Friuli): non tutto il territorio ha reagito allo stesso modo e in alcuni casi si è assistito a una redistribuzione dei fondi ai comuni, per la loro richiesta di gestire direttamente la propria quota di risorse regionali.

Forme di concertazione nel rapporto tra pubblico e privato

Le relazioni tra attori pubblici e privati sono state analizzate con riferimento alle forme di concertazione previste, sia sul piano normativo sia sul piano fenomenico. La concertazione è qui intesa in senso allargato: dalla ricerca di coinvolgimento e condivisione, alla partecipazione ai processi decisionali. La distinzione tra questi livelli è complessa e si è cercato di comprendere se il processo di concertazione sia pensato (livello normativo) e praticato (livello fenomenico) in modo *selettivo*, solo nei confronti di alcuni interlocutori in specifici contesti, o come modalità

inclusiva e allargata, con l'intento di coinvolgere nei luoghi di confronto gli attori privati interessati alla realizzazione del sistema socio-sanitario.

Tab. 5. Il rapporto tra attore pubblico e privato

| FORMA DEL RAPPORTO | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|-------------------------|--|---|
| Concertazione selettiva | Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Molise, Veneto | Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Puglia, Umbria, Veneto |
| Concertazione allargata | Campania, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria | Campania, Emilia Romagna, Liguria, Sardegna, Toscana |

Tutte le normative esaminate prevedono modalità di concertazione formalizzate a livello regionale tra soggetti pubblici e privati, includendo tra questi ultimi le rappresentanze del terzo settore (cooperazione sociale e volontariato in primis), dei sindacati e delle associazioni di tutela e rappresentanza degli utenti, in alcuni casi anche delle rappresentanze di soggetti gestori privati. Ogni regione definisce contesti specifici (commissioni, consulte ecc.) per la realizzazione di tali momenti e individua, in genere molto puntualmente, se la partecipazione prevede un parere vincolante o meno.

Diversa è la situazione normativa per il livello territoriale poiché di solito i processi di coinvolgimento dei soggetti privati nella programmazione locale sono demandati agli attori del territorio, come esplicita, per esempio, la normativa dell'Emilia Romagna, che prevede: «il sostegno alla partecipazione delle formazioni del terzo settore nelle articolazioni locali fin dalla fase di elaborazione degli atti di indirizzo e dei PDZ distrettuali per la salute e il benessere sociale», lasciando, «alle conferenze territoriali socio-sanitarie ed ai comitati di distretto il compito di disciplinare, nell'ambito dei propri regolamenti, le modalità di confronto e partecipazione dei soggetti del terzo settore» (l.r. n. 2/2003, art. 20). Anche le «Linee guida per i PdZ» del Veneto muovono nella stessa direzione, definendo come compito della conferenza dei sindaci dell'ambito territoriale di attivare i processi partecipativi di tutti gli attori privati che concorrono alla realizzazione del sistema di welfare locale.

Questi due casi chiariscono come sia definito il processo d'inclusione degli attori privati nella programmazione degli interventi socio-sanitari: in modo formale a livello regionale, attraverso l'inclusione delle loro rappresentanze, in particolar modo del terzo settore, nei luoghi di confronto e coordinamento; su base locale, lasciato all'iniziativa del territorio, in particolar modo ai comuni e delle loro forme di associazione, che sono

chiamate a definire le procedure attraverso cui favorire la partecipazione dei soggetti privati. In qualche caso queste forme sono definite in normativa nei termini di tavoli di concertazione locali.

Se ciò rappresenta la cornice generale, va detto che la spinta all'inclusione degli attori privati è più forte nei contesti dove la partecipazione dei privati, in particolar modo del privato sociale, è riconosciuta e promossa a tutti i livelli e in tutti i luoghi della concertazione: per esempio, il Piano socio-sanitario dell'Emilia Romagna parla esplicitamente di: diffusione della responsabilità sociale, intesa come partecipazione delle formazioni sociali, a fianco delle stesse istituzioni, all'esercizio della funzione sociale nei diversi momenti della programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi del sistema locale, in un quadro chiaro e condiviso di regole, definite e controllate dall'ente pubblico.

Anche il quadro normativo delle Marche è permeato dal richiamo all'inclusione degli attori privati e giunge ad articolare la partecipazione in base alle diverse finalità che persegue (Linee guida ai Piani di Ambito 2005-2007, p. 23 e Piano sociale regionale, p. 43):

- consultazione: finalizzata a sviluppare nel territorio l'ascolto di tutti i soggetti, istituzionali e non, per rilevare domande, individuare bisogni e risorse, sviluppare e consolidare la rete sociale;
- concertazione: finalizzata alla definizione delle scelte, condivisione di obiettivi e strategie per allargare la partecipazione, sviluppare consenso e utilizzare maggiori risorse presenti sul territorio;
- co-progettazione: finalizzata a progettare interventi o servizi;
- co-gestione: finalizzata alla gestione, in forma integrata, di uno o più servizi progettati insieme.

La co-gestione introduce il tema, rilevato come critico in molte regioni, delle procedure giuridico-amministrative per l'affidamento dei servizi al privato, ovvero della compatibilità (sul piano relazionale e su quello giuridico) tra la programmazione partecipata, l'inclusione del privato nei processi decisionali e l'affidamento dei servizi tramite gara d'appalto.

L'analisi del rapporto tra soggetti pubblici e privati sul piano fenomenico rappresenta un nodo ancora aperto, rispetto al quale è oggi possibile dare soltanto alcune prime indicazioni, per almeno due diverse ragioni: la prima riguarda il tema della differenziazione territoriale nell'applicazione della normativa regionale; la seconda, collegata, si basa sui punti di vista raccolti con le interviste ed i focus group, che spesso hanno fatto emergere percezioni diverse non solo tra attori del pubblico e del privato, ma soprattutto, tra soggetti provenienti da diversi territori della stessa regione.

Questo aspetto è probabilmente frutto di più fattori che si è cercato di approfondire nell'analisi: in primo luogo, il quadro normativo regionale

attribuisce ai territori il compito di tradurre in processi concreti e regolamentati la partecipazione dei privati alla programmazione del sistema, stabilendo un quadro di riferimento generale; gli stessi rappresentanti del terzo settore hanno sottolineato come il loro coinvolgimento in sede di attuazione e di valutazione degli interventi sia a macchia di leopardo e, in alcuni casi, solo formale.

La rappresentanza dei soggetti coinvolti resta un nodo spesso irrisolto, perché risulta difficile individuare delle procedure che equilibrino il coinvolgimento diffuso e la loro sostenibilità; dal punto di vista delle regioni: «Noi abbiamo delle situazioni in cui a delle associazioni scarsamente rappresentative [...] riconosciamo un ruolo eccessivo rispetto a quello che poi effettivamente rappresentano» (dirigente regionale, Marche); ma anche dalla voce dei territori emerge l'esistenza di rapporti consolidati solo con alcuni attori del privato, dovuti a una consuetudine che consolida lo status dei soggetti già presenti, piuttosto che aprire il dialogo a tutti gli interlocutori potenziali.

La costanza della partecipazione in rapporto a tempi spesso definiti dal pubblico è un altro aspetto dibattuto poiché, da un lato si richiama il fatto che il privato non sempre è in grado di garantire una partecipazione continua nel tempo, dall'altro i privati si sentono talvolta stretti nei tempi definiti da altri. Il senso della partecipazione è infine uno dei nodi sui quali sono emersi maggiori richiami: da una parte gli attori istituzionali (soprattutto i comuni) lamentano come la partecipazione del terzo settore ai tavoli tematici rappresenti un'occasione per avanzare rivendicazioni particolari, nell'interesse della propria organizzazione più che in quello generale dei soggetti sociali; dall'altro lato, gli attori del terzo settore esplicitano la percezione di scarsa incisività sulle scelte. Per esempio, alcuni sottolineano come il contributo alle politiche si esaurisca nella fase progettuale, mentre è trascurata la partecipazione in fase di realizzazione dei progetti e, soprattutto, di valutazione.

Tali criticità sono riscontrabili trasversalmente nelle regioni, sebbene vi siano situazioni in cui il rapporto tra soggetti pubblici e privati è maggiormente consolidato rispetto ad altre. Anche in questo caso, se il quadro normativo recente spinge verso l'allargamento dei processi partecipativi nel rapporto tra pubblico e privato, le prassi operative non sempre riescono a rispecchiare questo spirito: l'elemento culturale da un lato, che porta con sé le consuetudini di lavoro, e quello personale dall'altro, cioè le modalità con cui gli attori del territorio interpretano e traducono le normative regionali, contribuiscono a rendere diversificato tale rapporto, anche a livello sub-regionale.

2.4. I processi di governance

L'ultima parte dell'analisi riguarda i processi di governance, espressione con cui si intende comprendere, in primo luogo, quali siano i meccanismi della regolazione; se siano attivati processi di riflessione e quindi di costruzione di senso e quale natura abbiano; infine, quali siano le forme del controllo e della verifica degli obiettivi (BERTIN, FAZZI 2010).

In merito alla prima questione, si rileva l'importanza di individuare i processi attraverso cui sono influenzati gli attori, in particolar modo, se la normativa e la prassi prevedono l'uso di incentivi oppure di sanzioni. Per quanto riguarda la dimensione della costruzione del senso si deve rilevare che in un sistema regolato secondo le forme della governance a rete, risulta imprescindibile la presenza di processi che facilitino la comunicazione tra gli attori. Infatti, le dinamiche relazionali costituiscono elemento decisivo per capire se gli attori individualmente e, quindi, il sistema nel suo insieme sono in grado di attivare processi di riflessione critica. Legata direttamente a questo aspetto è anche l'ultima dimensione dei processi di governance e cioè le forme del controllo e della valutazione. Infatti, in presenza di processi riflessivi e condivisi, la verifica sull'operato degli attori è costruita con processi, almeno parzialmente, negoziati.

Processi di influenzamento degli attori

Per determinare la presenza o meno di processi di regolazione tesi a influenzare gli attori delle politiche, sono stati messi sotto osservazione soprattutto la presenza d'incentivi e sanzioni. Nella misura in cui la politica regionale vuole influenzare il comportamento degli attori, la presenza d'incentivi, di natura economica o meno, può essere intesa come segno di un meccanismo attivo di influenzamento. Nello stesso tempo, anche regole di sanzione, in caso di inadempimento alle direttive regionali, possono essere intese come meccanismi di regolazione espliciti, finalizzati a colpire comportamenti di natura opportunistica. Il quadro più articolato è da ritenersi quello in cui sono previsti sia meccanismi di sanzione che di incentivazione. Questo caso, infatti, può essere interpretato come esempio di sostegno concreto alle politiche, specie a livello locale. Possono essere però presenti anche forme di sanzione mirate a ridurre il rischio di relazioni di natura clientelare, basate sul perseguimento d'interessi particolari.

Le forme possibili d'influenza degli attori, possono quindi essere sintetizzate in quattro combinazioni possibili, in base alla presenza o meno di incentivi e alla presenza o meno di sanzioni:

- assenza di strategie di influenzamento degli attori (né incentivi, né sanzioni);
- sanzione di comportamenti opportunistici (sono presenti solo sanzioni);
- incentivazione degli attori (sono presenti solo incentivi);
- incentivazione e sanzione di comportamenti opportunistici (sono presenti sia incentivi che sanzioni).

Tab. 6. I processi di influenzamento degli attori

| | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|--|---|--|
| Assenza di strategie di influenzamento degli attori | Emilia Romagna | Basilicata, Emilia Romagna |
| Sanzione di comportamenti opportunistici (solo sanzioni) | | Friuli Venezia Giulia |
| Incentivazione degli attori (solo incentivi) | Basilicata, Sardegna, Umbria, Veneto | Liguria, Marche, Sardegna, Toscana, Veneto |
| Incentivazione e sanzione | Campania, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Toscana | Campania, Molise, Puglia, Umbria |

Il panorama offerto da questa dimensione risulta molto omogeneo al livello della normativa. Quasi tutte le regioni, con l'eccezione della sola Emilia Romagna, prevedono forme d'incentivazione degli attori: in cinque casi questi sono combinati con le sanzioni.

Le forme di incentivazione fanno in genere riferimento alla possibilità che la regione sostenga le forme associate a livello locale, comunale, per facilitare la presenza di servizi su tutto il territorio.

Tra chi utilizza queste forme d'incentivazione, si può citare il caso della Basilicata che nella l.r. n. 4/2007, Rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale, prevede: «una quota di cofinanziamento minimo che ogni comune è tenuto a impegnare, a partire dal proprio bilancio: questa quota è determinata sulla base della popolazione residente. Tutti i comuni che impegnano una quota superiore a quella minima, riceveranno dalla Regione delle risorse premiali, individuate in un apposito capitolo del bilancio regionale».

Uno degli esempi di presenza forte di regolazione normativa nella forma degli incentivi (premialità), ma anche delle sanzioni, è rappresentato dalla Campania: nella l.r. n. 11/2007 vengono indicate anche le due strategie della premialità, per le progettazioni innovative e per la

capacità di spesa dell'Ambito, e del blocco dei fondi e dell'eventuale commissariamento, per gli Ambiti che nella definizione del PDZ non si attengono alle indicazioni generali regionali.

Un caso simile è quello della Toscana che incentiva l'associazione, anche se con alcune precisazioni: la Regione incentiva le forme di gestione associata attraverso una quota del Fondo sociale regionale. L'art. 45 della l.r. n. 41/2005 sancisce, infatti, che parte del Fondo venga destinato agli Enti locali per «il sostegno delle gestioni associate di cui all'articolo 34 della l.r. n. 41/2005 come incentivo cumulabile alle risorse stanziare ai sensi della l.r. n. 40/2001 e della l.r. n. 39/2004».

È interessante precisare che la stessa Regione prevede anche forme di sanzione, ma risultano marginali rispetto alla normativa nel suo complesso: riguardano, infatti, il Fondo regionale per la non autosufficienza, che può essere ripartito in altro modo nel caso in cui le zone non adempiano ai loro doveri relativamente al debito informativo (l.r. n. 66/2008). Un discorso analogo può valere per il Veneto in cui le sanzioni sono da ritenersi molto deboli.

La regione che fa eccezione in questo panorama è l'Emilia Romagna, che non prevede forme di incentivazione e sanzione nella normativa: questo non significa che la Regione non eserciti alcuna funzione di controllo, ma che basa il rapporto con i territori sui processi di concertazione e sulle azioni di accompagnamento, lasciando ampi spazi di autonomia; si tratta di comprendere se questi due meccanismi di governance, in assenza di incentivi e soprattutto di sanzioni nel caso di comportamenti opportunistici, risultino efficaci per orientare il sistema di attori nel loro complesso verso obiettivi condivisi.

In generale, nel panorama delle regioni analizzate, si può dire che siano più rilevanti le forme di incentivazione, legate alla razionalizzazione dei servizi e alla loro equa distribuzione sul territorio, rispetto alle sanzioni.

Se si osserva il piano fenomenico il panorama perde la sua omogeneità ed emergono differenze notevoli, sia tra le regioni nel loro complesso che in riferimento alla coerenza tra le dimensioni normativa e fenomenica. In particolare le forme di influenzamento degli attori sembrano passare soprattutto attraverso la logica dell'incentivazione, molto più che attraverso la sanzione. Nei tre casi in cui infine sono assenti gli incentivi, le ragioni sono differenti e fanno riferimento a scelte programmatiche (Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia) piuttosto che al ritardo del processo della programmazione (Basilicata).

Processi di costruzione di senso

Per creare processi di partecipazione capaci di coinvolgere tutti i soggetti interessati, è indispensabile partire da alcune precondizioni comuni che fanno riferimento in senso lato alla condivisione. Si tratta cioè di costruire percorsi comunicativi tali da rafforzare la fiducia reciproca tra i soggetti coinvolti.

Un elevato grado di coinvolgimento è capace di produrre una cultura condivisa e quindi un clima organizzativo utile a instaurare proficui processi di riflessione critica. La capacità riflessiva, infatti, è da ritenersi condizione indispensabile per la costruzione di un senso comune in un sistema basato sulla relazione tra tutti gli attori.

Indagare questa dimensione risulta particolarmente complesso e si è deciso quindi di analizzare se vi siano processi di coinvolgimento e a quale livello:

- i assenza di processi di condivisione;
- ii condivisione multi-attore, solo a livello regionale (se per esempio sono attivati solo tavoli regionali, oppure solo leggi e obiettivi regionali sono costruiti con processi di condivisione fra tutti gli attori);
- iii condivisione multi-attore solo a livello territoriale (se solo il livello territoriale vede la costruzione di processi di condivisione);
- iv condivisione multi-attore multi-livello (se i processi di condivisione avvengono sia a livello regionale sia a livello territoriale).

Tra i due casi estremi, del grado massimo di condivisione (iv) e di assenza di condivisione (i), si pongono livelli diversi, distinti più sull'estensione che sull'intensità della condivisione (tabella 6).

Quanto detto in premessa di analisi rispetto ai processi di costruzione di senso può far capire quali siano gli esiti dell'analisi della dimensione normativa. È, infatti, patrimonio comune di tutti gli atti normativi regionali la sensibilità verso il tema del coinvolgimento nei processi di governance di tutti gli attori e l'importanza di farlo a tutti i livelli (condivisione multi-attore e multi-livello). Si tratta di una spinta fondamentale, dovuta sia ai mutamenti normativi nazionali, già citati, sia alla sedimentazione di prassi di condivisione a livello locale.

Tab. 7. I processi di costruzione di senso

| PROCESSI DI COSTRUZIONE DI SENSO | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|---|---|--|
| Condivisione multi-attore livello regionale | | Basilicata, Campania, Molise, Sardegna |
| Condivisione multi-attore multi-livello | Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto | Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Marche, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto (soprattutto a livello territoriale) |

Anche in questo caso l'analisi delle prassi disegna un quadro maggiormente differenziato. In primo luogo emerge che tutti gli attori sono in qualche misura coinvolti, sia quelli pubblici e istituzionali sia quelli del privato, in particolar modo del terzo settore. Si presenta però una differente distribuzione delle regioni, in particolare:

- cinque regioni presentano prassi di coinvolgimento di tutti gli attori a tutti i livelli;
- una regione attiva processi di coinvolgimento soprattutto a livello territoriale (Veneto);
- in due casi, infine, si registrano processi multilivello e multi-attore, che sono percepiti più come formali che sostanziali (Friuli Venezia Giulia e Puglia);
- quattro regioni coinvolgono tutti gli attori ma soprattutto a livello regionale.

Le regioni in cui gli attori sono coinvolti prevalentemente o esclusivamente a livello regionale presentano un quadro di protagonismo dell'ente di livello sovraordinato che, per esempio, può convocare gli attori del territorio presso di sé, magari allargando il tavolo al terzo settore, nei momenti della programmazione regionale. Il limite è rappresentato dal fatto che poi la condivisione a livello territoriale di queste pratiche non è sempre conseguente. La ragione di questo fenomeno può essere legata a diversi fattori:

- processi di programmazione locale interrotti o precari (Sardegna, Basilicata);
- processi di ridefinizione dell'organizzazione territoriale che rendono difficile individuare i referenti locali (Molise);
- il prevalere di alcuni ambiti e dei comuni maggiori rispetto a tutti gli altri (Campania) e la presenza di un modello gerarchico di rapporto tra attori.

Processi di controllo e verifica

L'ultimo aspetto dei processi di governance su cui porre l'attenzione riguarda le forme del controllo e della verifica. In questo caso, esse sono state distinte in base alla titolarità dell'azione di controllo:

- i. controlli centrali;
- ii. verifiche basate sulla negoziazione tra attori (a priori o con verifica a posteriori);
- iii. autovalutazione;
- iv. presenza di più forme di controllo non integrate;
- v. assenza di forme di controllo.

Il controllo centrale è legato all'autorità regionale che assume interamente su di sé l'azione regolatoria (i). Le verifiche negoziate invece costituiscono un modello di controllo in cui i diversi attori, in questo caso regione e territorio, condividono un percorso di definizione delle norme e dei processi che consentono la valutazione: in genere si tratta di processi che avvengono a priori (definizione delle regole) o a posteriori (verifica sugli esiti) (ii). L'autovalutazione è qui intesa come processo di autoregolazione tra pari, in cui ciascun attore definisce i propri processi di controllo e di valutazione rispetto a obiettivi che sono almeno in parte condivisi (iii): in questo caso, si tratta di un percorso scarsamente formalizzato, in cui tutti gli attori insistono sul processo di costruzione dell'identità.

Molto diffusa è la presenza di forme di controllo non coordinate e integrate tra di loro (iv): questa condizione si verifica quando il sistema presenta momenti di controllo e verifica ispirati a principi contraddittori (da quello centrale fino all'autoregolazione), oppure forme diverse in relazione al settore preso in esame o addirittura al singolo progetto analizzato. Spesso accade, infatti, che siano previsti momenti di verifica estemporanei, connessi a singoli progetti, per esempio finanziamenti nazionali o europei, ma che questa prassi non sia allargata a tutti i momenti della programmazione. L'ultima ipotesi presa in considerazione, legata a una logica a rigore mercatista, è rappresentata dall'assenza di ogni forma di controllo (v) che presuppone la capacità regolatoria delle forze degli attori in campo (tabella 8).

Tab. 8. I processi di controllo e verifica

| FORMA DEL CONTROLLO | ANALISI NORMATIVA | ANALISI FENOMENICA |
|--------------------------------------|---|---|
| Controlli centrali | Sardegna | |
| Verifiche negoziate | Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Toscana, Umbria | Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Puglia, Toscana, Umbria |
| Più forme di controllo non integrate | Marche, Molise, Veneto | Campania, Marche, Molise, Sardegna, Veneto |
| Assenza di forme di controllo | | Basilicata |

La forma di controllo prevalente nella normativa regionale analizzata è rappresentata dalle verifiche negoziate (otto regioni su dodici). Solo la Sardegna presenta una normativa in cui giocano un ruolo determinante i controlli centrali, regionali. Altre tre (Marche, Molise, Veneto) presentano un quadro molto differenziato in cui sono presenti forme di controllo e verifica di varia natura, sia legate alla titolarità regionale sia negoziate.

Il modello di verifica negoziata, a priori e a posteriori, può essere esemplificato dalla normativa della Liguria che prevede sia il ruolo di verifica e controllo della Regione, che quello dei territori, in particolare dei comuni. Luogo eminente per la negoziazione è rappresentato dalle Assemblee regionali e territoriali (la Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria regionale e il Comitato dei sindaci del distretto socio-sanitario). Un altro esempio è dato dal PDSS (Piano distrettuale socio-sanitario), il nome assunto dalla programmazione territoriale in Liguria, nel quale i comuni e le ASL costruiscono in maniera paritaria i processi di valutazione a priori (con la costruzione di indicatori di verifica) e a posteriori.

Per quanto riguarda le verifiche negoziate in alcune regioni vi sono specifici strumenti che rappresentano il momento eminente della valutazione condivisa a priori e a posteriori: si tratta del bilancio di missione per l'Emilia Romagna, della relazione valutativa e della cartella sociale per il Friuli Venezia Giulia e della relazione sociale annuale e del controllo finanziario per la Puglia. A proposito del bilancio di missione, è importante capire in che senso esso rappresenti uno strumento per la costruzione di processi di controllo condivisi, capaci di produrre forme di regolazione e quindi assunzione di responsabilità: «Il tema nuovo che deve caratterizzare i rapporti tra istituzioni pubbliche e soggetti privati del terzo settore è quello della diffusione della responsabilità

sociale, intesa come partecipazione delle formazioni sociali, a fianco delle stesse istituzioni, all'esercizio della funzione sociale nei diversi momenti della programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi del sistema locale, in un quadro chiaro e condiviso di regole, definite e controllate dall'ente pubblico» (funzionario regionale, Emilia Romagna). In questo caso, dunque, il ruolo dell'ente pubblico è di garanzia e non solo di controllo.

Il Veneto rappresenta infine un caso diverso, in transizione verso un nuovo modello indicato nelle innovazioni legislative più recenti, ma in cui al momento della rilevazione sono previste forme di verifica negoziate relativamente alla programmazione territoriale e diverse forme di controllo in base al settore/progetto di riferimento, producendo come risultato un sistema con forme di controllo non integrate tra loro.

Dal punto di vista dell'analisi fenomenica, i processi di controllo e verifica sono maggiormente differenziati. Metà delle regioni oggetto di analisi applicano un modello di verifiche negoziate, cinque presentano invece forme non completamente integrate fra loro.

Nonostante una tendenza prevalente verso i processi negoziati, emergono alcuni casi nei quali la funzione di controllo centrale è utilizzata al fine di impedire comportamenti opportunistici, come quello della Campania. Infatti, qui figurano pratiche di controllo poco coerenti che spingono il territorio a richiedere una maggiore presenza della regione: dai focus è emerso che sono gli stessi attori del territorio a chiedere alla regione regole e maggiore controllo. Anche gli strumenti della Carta dei servizi e della Carta di cittadinanza, associati all'istituzione dell'Ufficio di tutela degli utenti (l.r. n. 11/2007, art. 48), diventano centrali in quanto sottraggono i territori dalla logica clientelare e rendono esigibili i diritti.

Anche in questa dimensione, comunque, emerge una forma di governance ispirata sostanzialmente al modello della rete, finalizzata alla responsabilizzazione degli attori. In generale i processi di verifica sono vissuti come momenti facenti parte della stessa attività di programmazione e non come forme di controllo esterno.

3. *Il ruolo dello strumento «Piano di zona» nei processi di governance regionale e territoriale*

3.1. *Analisi comparata degli strumenti per la programmazione locale: dimensione normativa e fenomenica*

A partire dall'approvazione della l. 328/2000 che ha dato impulso alla revisione dei sistemi di welfare regionali, quasi tutte le regioni italiane hanno rivisitato i processi di programmazione del welfare, dando valore al livello locale quale snodo importante per fornire risposta alla domanda dei cittadini. Si è cercato, quindi, di comprendere quali forme abbia assunto la programmazione locale nella normativa (i PDZ come definiti nelle diverse regioni) e se essa sia oggi percepita quale strumento di governance a livello regionale e locale.

Partendo dal piano normativo, si può avere l'idea dell'eterogeneità tra le regioni analizzate anche solo guardando al modo in cui sono chiamati i piani. Si trovano infatti dodici regioni e otto diverse denominazioni (tabella 8), che non possono essere lette come mere differenze di etichetta, bensì racchiudono diversità che fanno riferimento ad almeno tre aspetti: il settore della programmazione (il sociale, il socio-sanitario, il sanitario), il riferimento territoriale (la zona, l'ambito, il distretto) e l'oggetto, inteso come il riferimento principale cui il piano si riferisce (i servizi, la salute, il benessere). Culturalmente e operativamente dovrebbe essere un'impresa diversa realizzare a livello locale un piano dei servizi o un piano della salute, un piano operativo o strategico, un piano che integri tutti gli interventi sociali di un territorio o che includa anche gli interventi socio-sanitari e/o quelli sanitari territoriali. Le domande che affiorano riconducono l'analisi alle politiche che sono oggetto della pianificazione locale e, quindi, al sistema di attori e ai processi che tale pianificazione richiede.

Per cercare di dar conto di tali diversità si possono citare alcuni esempi. La Toscana prevede che il piano si fondi sulla costruzione, a livello locale, dell'immagine di salute della zona. L'immagine di salute viene definita, nelle Linee guida per la realizzazione dei PIS, come «quadro sintetico e connotato dei problemi e delle opportunità che caratterizzano le condizioni sociali, sanitarie e ambientali del territorio e della popolazione e che la comunità riconosce come pertinenti al proprio stato di salute» (Regione Toscana, d.g.r. 682/2004, p. 3, *Linee guida per la realizzazione dei PIS*). Sulla stessa linea si pone l'Emilia Romagna che allarga l'oggetto della programmazione comprendendo non solo gli interventi e le attività rivolte ai tradizionali target di utenza sociale e socio-sanitaria, ma anche azioni tematiche trasversali, connesse a obiettivi e azioni di promozione

del benessere e di stili di vita sani, e di prevenzione (con particolare riferimento alla sicurezza stradale e alla sicurezza del lavoro), oppure a particolari aree problematiche/tematiche.

Tab. 9. Gli strumenti per la programmazione locale

| Regione | Denominazione |
|----------------------------------|--|
| Friuli Venezia Giulia e Veneto | Piano di Zona |
| Campania, Molise, Puglia, Umbria | Piano Sociale di Zona |
| Marche | Piano di Ambito Sociale |
| Liguria | Piano Distrettuale Sociosanitario |
| Basilicata | Piano Intercomunale dei Servizi Sociali e Sociosanitari |
| Sardegna | Piano Locale Unitario dei Servizi |
| Emilia Romagna | Piano di Zona Distrettuale per la Salute ed il Benessere Sociale |
| Toscana | Piani Integrati della Salute |

Il piano costituisce in Emilia Romagna lo snodo delle interazioni tra le problematiche evidenziate dal Profilo di comunità e le scelte d'intervento nell'ambito di altre politiche che impattano su salute e benessere sociale, nel senso sia di tenere conto di tali scelte, sia di essere orientato a condizionarle, in particolare nelle aree delle politiche ambientali, abitative e urbanistiche, della mobilità, dell'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate, della formazione e della scuola, della sicurezza e coesione sociale (cfr. Piano socio-sanitario regionale 2008-2010). Un terzo esempio che muove in questa direzione è quello della Regione Basilicata, nella quale il piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari rappresenta lo «strumento di programmazione integrata delle politiche sociali e sanitarie» e della loro connessione con quelle che hanno influenza sullo stato di salute e di benessere della popolazione (Regione Basilicata, PRSSP, parte seconda, § 5, p. 157). Si tratta quindi di una visione strategica della programmazione locale quale strumento di governance complessivo delle politiche di un territorio, con attenzione all'ambito sociale e sanitario.

Diversa declinazione ne è data in altre regioni, in cui l'accento è posto soprattutto sul sistema di offerta, come in Friuli: «il piano di zona ha una funzione di indirizzo e di governo del sistema integrato di comunità, [...] deve configurarsi come un vero e proprio piano regolatore del sistema dei servizi alla persona» (Regione Friuli Venezia Giulia, d.g.r. 3236/2004, allegato A, *Linee guida per la predisposizione del piano di zona, Premessa*, pp. 2-3); o ancora nella Regione Campania, in cui si evince che il PDZ di ambito è strumento di programmazione e di realizzazione locale del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Questi esempi mettono in luce la complessità che si nasconde dietro la denominazione «Piano di zona», poiché sono diversi i confini della pianificazione sul fronte del loro significato (si programmano politiche e interventi in modo integrato?) e dell'oggetto (verso quali target è orientata la programmazione? Che tipo di interventi si includono nel PDZ?).

Tali scelte incidono anche sui ruoli attribuiti agli attori del territorio e quindi sulle relazioni che gli stessi sono chiamati a stabilire. È palese che laddove la pianificazione includa anche la sfera socio-sanitaria o sanitaria territoriale il ruolo delle aziende sanitarie diventi maggiormente significativo di quanto non accada nei casi in cui il piano sia essenzialmente sociale.

La figura 1 sintetizza gli attori cui è demandato, dal punto di vista normativo, il compito di coordinare e produrre la programmazione locale e gli ambiti di cui il piano si occupa.

L'integrazione tra sfera sociale e socio-sanitaria è prevista in tutti i piani, sebbene il ruolo dei comuni in rapporto alle aziende sanitarie sia differente tra le regioni; quattro regioni (Basilicata, Emilia Romagna, Sardegna e Toscana) prevedono che il piano programmi anche gli interventi sanitari territoriali, mentre altre affiancano al PDZ uno strumento specifico, ma separato, dedicato alla programmazione territoriale sanitaria.

La Regione Basilicata prevede invece che il PISS assolva alla duplice funzione politica e organizzativa dei servizi tanto dell'ambito socio-territoriale quanto del distretto della salute (ex distretto socio-sanitario). Esso è di durata triennale, ma è suddiviso in Piani attuativi di durata annuale, il PAD (Piano attuativo distrettuale) per la parte sanitaria e socio-sanitaria di competenza sanitaria e il PAA (Piano attuativo di ambito) per la parte sociale e socio-sanitaria di competenza sociale; ne consegue che il livello strategico/politico ha una programmazione integrata tra sociale e sanitario che si articola in due distinti documenti di programmazione sul piano operativo.

Fig. 1. Attori e ambiti della programmazione locale



Altrettanto interessante è il ruolo attribuito ai diversi attori del sistema locale: se i comuni sono ovunque i soggetti cui spetta la titolarità principale del piano, la forma che essa assume è molto diversa (Conferenza dei sindaci di zona, Unione dei comuni, organizzazione in ambito a livello distrettuale, costituzione di società miste comuni-ASL ecc.).

Le aziende sanitarie, sempre presenti come interlocutori per la stesura del piano, assumono ruoli differenti in base alle regioni: sono in alcuni casi i pivot della programmazione, come accade in molte aree della Regione Veneto, in altri sono partner (o meglio, socie) dei comuni all'interno delle aziende speciali, come accade in Toscana. Negli altri casi sono chiamate a partecipare alla realizzazione del piano, per la parte di competenza socio-sanitaria e sanitaria, e quindi in genere diventano il principale interlocutore istituzionale dei comuni, direttamente o attraverso l'articolazione distrettuale.

Una specifica riflessione va dedicata alle province: esse assumono un ruolo di particolare rilievo nella programmazione soltanto in tre regioni (Emilia Romagna, Puglia, Sardegna). In Emilia Romagna le province rappresentano il livello di governance intermedio tra regione e ambito sociale: sono chiamate a redigere, in una logica di rete con gli altri attori del territorio, un atto di indirizzo triennale che orienti la programmazione locale di zona in merito al fabbisogno del territorio e alle priorità di intervento. In Sardegna è la provincia chiamata a indire la conferenza di programmazione da cui scaturisce la programmazione locale di zona e ha quindi avuto, almeno fino alla fase di cambiamento in atto, un ruolo centrale nel governo di tutto il processo. In Puglia le province rappresentano nel quadro normativo un livello intermedio di governance, cui è demandato un compito di coordinamento istituzionale, con una funzione mediativa e conciliativa degli interessi, dei ruoli e delle competenze dei diversi attori (Piano regionale per le politiche sociali 2009-2011, parte quinta, *Premessa*). Nelle altre regioni, alle province sono attribuiti sul piano normativo molti ruoli, di cui si riportano alcune esemplificazioni tratte dalle normative regionali:

- realizzazione del sistema informativo territoriale sui fenomeni sociali e di monitoraggio degli stessi (Regione Friuli Venezia Giulia, l.r. n. 6/2006, art. 9, c. 2 e 3);
- concorso all'attuazione dei PDZ nelle materie di propria competenza (formazione professionale, integrazione lavorativa, mobilità in rapporto con i tempi di vita delle famiglie, determinanti ambientali di salute, gestione delle emergenze, interventi per minori e persone non vedenti) (Regione Veneto, l.r. n. 11/2001 e linee guida per i PDZ, 2006);

- supporto alla regione per le attività di aggiornamento e formazione degli operatori sociali (PISR, p. 64);
- concorso alla realizzazione di «progetti integrati nel settore sociale per problematiche riferite ad area vasta» (Piano sociale Regione Marche, p. 36).

Tuttavia, al di là delle funzioni attribuite sul piano normativo, in molte regioni il loro ruolo concreto nel processo di programmazione sembra essere piuttosto marginale e fungere più che altro da elemento aggiuntivo ad una centralità basata, sul piano istituzionale, sull'asse comune-ASL.

Un'ultima nota sugli attori infine va riservata al fronte privato, con particolare attenzione al terzo settore. Si è visto nei paragrafi precedenti come il loro coinvolgimento sia previsto ovunque ma si realizzi concretamente in modo disomogeneo tra regioni e tra territori afferenti alla stessa regione. Un elemento interessante, da questo punto di vista, riguarda la partecipazione degli attori privati alla sottoscrizione degli accordi di programma relativi alla formale approvazione del PDZ. In alcune regioni, per esempio Sardegna, Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna, si prevede che l'accordo di programma sia sottoscritto dal presidente della provincia, dai comuni associati, dall'azienda sanitaria locale, dagli altri soggetti pubblici coinvolti e dai soggetti sociali solidali che partecipano alla Conferenza di programmazione e si impegnano a concorrere, anche con proprie risorse, alla realizzazione di quanto previsto nel PDZ. Più tipica è invece la situazione nella quale l'accordo di adozione del piano su base territoriale è sottoscritto solo dagli attori istituzionali, in particolare da comuni e ASL, mentre sono stipulati specifici accordi o convenzioni con gli attori privati che contribuiscono alla realizzazione delle azioni previste.

Relativamente agli strumenti di pianificazione, tutte le regioni prevedono indicazioni ai territori sulle modalità di stesura dei piani, generalmente attraverso la definizione di apposite linee guida, cui sono collegate schede o strumenti operativi di supporto. Appaiono interessanti da questo punto di vista le esperienze che richiedono ai territori di distinguere la pianificazione pluriennale sulle politiche e sulle strategie d'intervento dalla pianificazione operativa, costruita su base annuale. Muovono in tale direzione le Regioni Basilicata, Marche e Molise, che prevedono a fianco del piano di ambito sociale, centrato sul livello strategico, dei piani attuativi annuali che programmano invece operativamente interventi e risorse. Da questo punto di vista, anche le regioni che esplicitamente non propongono la distinzione tra due diversi strumenti operativi, di fatto richiedono ai territori delle revisioni annuali ai PDZ, sostenendo la ciclicità di un processo programmatorio che essendo pluriennale richiede sul livello dell'attuazione operativa delle rivisitazioni in itinere.

Tutte le regioni aderenti al progetto prevedono piani di durata triennale; fa eccezione la Regione Veneto che nelle recentissime linee guida per i PDZ (d.g.r. 157/2010) prevede una durata quinquennale con revisioni annuali.

3.2. Il ruolo della programmazione locale nei processi di governance

Il Piano di zona (o altrimenti detto) è uno strumento di programmazione che è stato pensato e modulato in modo diverso in base alle specificità regionali relativamente al sistema degli attori presenti ed ai processi che tra di essi si sono sviluppati. In alcune realtà stenta a essere uno strumento significativo nei processi di governance e lo dimostra innanzitutto il fatto che non viene utilizzato da diverso tempo: in Regione Basilicata vige la programmazione 2000/2002, in Sardegna la prima annualità è scaduta nel 2009 e l'avvio di un processo di riforma regionale ha interrotto di fatto la programmazione locale. In altre regioni il PDZ ha avuto fasi alterne di realizzazione, cambiando significato nel tempo.

Si è visto inoltre nel capitolo precedente come il PDZ si collochi in un diverso quadro di programmazione, tra regioni che lo connotano come uno strumento di pianificazione strategica del territorio, nel sistema di relazioni tra politiche sociali, sanitarie e altre politiche che impattano sul benessere della popolazione (ne sono esempi in particolare l'Emilia Romagna, la Toscana, la Basilicata - almeno nell'intento normativo - e, su alcuni fronti anche la Liguria). In altri casi esso ambisce ad essere il piano regolatore degli interventi sociali e socio-sanitari, strumento quindi ampiamente connotato all'interno di specifiche politiche e pensato soprattutto per programmare il sistema di offerta.

Altri due aspetti appaiono particolarmente significativi da osservare per comprendere se il PDZ, nelle diverse forme, assuma un ruolo significativo nei processi di governance: il legame tra piani e pianificazione regionale e il rapporto tra PDZ e la programmazione e il trasferimento delle risorse economiche.

Il primo punto in parte è stato affrontato nei paragrafi precedenti, dove si è messo in evidenza come gli obiettivi regionali influenzino la programmazione locale, ribadendo il forte legame che, in alcune regioni, si è costruito tra la programmazione regionale e quella territoriale. Ne sono esempio l'Emilia Romagna, che prevede una programmazione multilivello su base regionale, provinciale e distrettuale; la regione Marche che individua una temporalità dei processi territoriali collegata alle scelte regionali (sebbene con alcune criticità); la Toscana, che pone il PDZ all'interno di un processo di riordino molto ampio che coinvolge fortemente gli enti locali; la Puglia, che individua un legame molto forte

tra obiettivi definiti a livello regionale e obiettivi della programmazione locale di zona.

Le stesse modalità di raccordo tra programmazione regionale e territoriale possono essere diverse: oltre al raccordo temporale tra programmazione regionale e territoriale, in molte regioni è prevista una revisione del PDZ da parte della regione, quale momento in cui valutare la congruenza tra il Piano del territorio con la programmazione regionale ed eventualmente attivare le azioni necessarie a riallineare i due livelli. In alcuni casi questo passaggio è molto formalizzato: in Puglia se il territorio non produce il piano, la regione attiva prima una diffida, quindi nomina un commissario per l'ambito; di fatto alcuni territori sono stati diffidati e poi hanno presentato il piano. Vincoli di questo tipo sono previsti anche in altre regioni, come i visti di congruità previsti in Umbria e Veneto.

Tuttavia, oltre a tale aspetto, è utile comprendere come i PDZ siano collegati ai piani di riparto dei fondi, poiché ciò permette di comprendere se siano lo strumento attraverso cui il territorio definisce realmente le politiche su base locale, in raccordo con il quadro di riferimento fornito dalla regione.

Su questo fronte va tenuto conto in particolar modo del legame esistente tra i trasferimenti della regione verso il territorio ed il PDZ. Tale rapporto non è di semplice lettura poiché il frazionamento dei trasferimenti dalla regione verso i territori rende complessa l'analisi. Ciononostante è possibile affermare che mentre in alcune regioni il piano è saldamente ancorato alla programmazione delle risorse economiche non solo per la quota immessa dagli enti del territorio ma anche per la quota trasferita dalla regione, in altre tale legame risulta, almeno nell'impostazione generale, assente o piuttosto carente; ciò comporta una maggiore difficoltà per il PDZ a divenire uno strumento di supporto ai processi di governance. Alcuni esempi possono aiutare a comprendere le differenze tra le regioni su questo oggetto. In Basilicata, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Marche, Molise, Toscana e Puglia è previsto un legame diretto tra la programmazione locale e il trasferimento delle risorse regionali, tanto che, almeno sul piano normativo, i trasferimenti sono vincolati alla realizzazione della programmazione. La Puglia differenzia tra piano sociale di zona e dal piano degli investimenti sociali (Regione Puglia, d.g.r. 168/2009, cap. 4) finanziato a ciascun ambito a valere sulle risorse di cui alla linea 3.2 del PO FESR. È previsto che una specifica procedura si concluda nella sottoscrizione di un accordo di programma tra regione e ambito territoriale per il finanziamento del PDZ e del piano degli investimenti. Quest'ultimo è uno strumento che serve per utilizzare i fondi che provengono dal PO FESR 2007-2013: mentre attraverso il Piano sociale si programmano interventi

prevalentemente di tipo immateriale, con il Piano degli investimenti si prevedono interventi di infrastrutturazione socio-sanitaria. In altri casi i piani sono comunque chiamati a programmare le risorse necessarie a realizzare il sistema integrato degli interventi e servizi, tuttavia i trasferimenti regionali non sono strettamente connessi alla loro approvazione o alla loro revisione annuale, sebbene ne sia valutata la coerenza sul piano economico.

Concludendo questa panoramica sulla programmazione locale quale strumento di governance si possono trarre alcune considerazioni utili a una rilettura delle esperienze in corso: il piano risente dello scenario politico-culturale nel quale si colloca, sia rispetto al significato che gli è attribuito (piano strategico o solo operativo), sia in rapporto alle politiche e agli attori che coinvolge (quale integrazione con le altre politiche). Ciascuna regione lo investe di significati differenti, sebbene si possano riscontrare alcune tendenze recenti che attribuiscono alla programmazione locale un ruolo maggiormente strategico nella definizione delle politiche. Ci si deve allora chiedere se lo strumento, così come è stato inizialmente pensato, svolga ancora una funzione efficace o se richieda invece di essere ripensato nelle forme (come programmare e con quali strumenti) e nei processi (come concertare la programmazione). Da questo punto di vista il superamento del concetto di PDZ quale mero strumento di programmazione sociale, al più integrato sul fronte socio-sanitario, potrebbe lasciare il passo a un vero e proprio Piano strategico territoriale, nel quale converga l'insieme delle politiche per il benessere della popolazione e rispetto al quale si possano declinare diversi piani operativi che esplicitino il contributo delle differenti politiche al raggiungimento degli obiettivi strategici. Questa prospettiva, presente in modo embrionale in alcune regioni, apre la strada a diversi processi di cambiamento che le regioni, per diversi motivi, stanno affrontando talvolta in modo segmentato:

- sul piano dell'integrazione organizzativa, attraverso le sperimentazioni che mirano a garantire l'esercizio delle funzioni sociali in un ambito territoriale unitario, coincidente con quello sanitario e possibilmente integrato;
- sul piano dei processi di programmazione, attraverso le sperimentazioni che iniziano a perseguire la logica dell'unificazione degli strumenti di livello strategico e dell'integrazione degli strumenti sul piano operativo che restano, comunque, separati;
- sul piano dell'autonomia dei territori rispetto al livello regionale, attraverso la concertazione degli indirizzi strategici e l'individuazione di margini di autonomia sulle declinazioni operative.

In questa prospettiva di cambiamento va ripensato il rapporto tra gli

attori superando la logica della negoziazione per muovere verso processi di condivisione della vision che richiede tuttavia una forte legittimazione degli attori pubblici.

Questa prospettiva, che può prefigurare il futuro dei PDZ, non può prescindere dal contesto culturale-politico-operativo presente in ciascuna regione e richiederà, a tutti gli attori, di rimodulare i sistemi di relazione e i processi.

4. Conclusioni: quali modelli di governance

Una cultura condivisa

Partendo dalla prima dimensione di analisi, l'immagine che si può ricostruire dal confronto tra dimensione normativa e fenomenica è la presenza di un linguaggio ampiamente condiviso, che associa al concetto di governance il significato di rete, con riferimenti espliciti alla condivisione, alla programmazione partecipata, all'integrazione delle politiche. Si può quindi parlare di una trasformazione avvenuta e di una cultura condivisa. Tuttavia, in alcuni contesti permane una cultura legata al ruolo gerarchico di alcune istituzioni e, in modo ancor più diffuso, della prevalenza del soggetto pubblico rispetto agli altri attori, in particolare al terzo settore. Nelle regioni oggetto di analisi è quasi totalmente assente la cultura del mercato come punto di riferimento per la regolazione delle politiche. Solo in alcuni tratti rimane il riferimento alla libertà di scelta da parte dei cittadini, ma si tratta in genere di indicazioni generiche. È come se al contrario della cultura della rete, quella del mercato (legata tradizionalmente alle innovazioni legate al new public management britannico), avesse lasciato poca traccia di sé.

Sottolineare questo aspetto culturale è particolarmente rilevante con riferimento all'analisi degli altri aspetti, in cui la vision su cui il sistema è costruito dovrebbe trovare attuazione concreta.

Approfondendo l'analisi si è cercato di individuare quali fossero, nelle regioni coinvolte, i decisori chiave, ovvero coloro che hanno un peso maggiore nella definizione delle scelte strategiche sulle politiche e gli interventi socio-sanitari. Sul piano normativo emerge una forte spinta avvenuta nell'ultimo decennio verso un disegno di sistemi di welfare regionali nei quali:

- si prefigura una nuova e diversa relazione tra i livelli di governance del sistema, delineando luoghi formali nei quali il rapporto tra i livelli centrali e periferici di governo sono destinati ad incon-

trarsi e discutere; vi sono inoltre alcune regioni nelle quali si sperimenta, dal punto di vista normativo, uno spiccato protagonismo territoriale;

- si delinea una nuova relazione tra attori pubblici e privati, ampliando anche sul piano normativo il ruolo attribuito ai privati, non più solo di gestione, ma anche di partecipazione formalizzata alle scelte della programmazione regionale e locale.

Confrontando tali orientamenti normativi con le azioni messe in atto, si nota come l'adozione di un processo di governance multilivello, almeno tra attori pubblici, sia relativamente diffuso anche in quelle regioni in cui la normativa non lo prevede (si pensi alla Regione Veneto dove, di fatto, le prassi hanno superato e anticipato il disegno normativo); esso si gioca in modi diversi sia sul fronte del ruolo degli attori territoriali, sia sul fronte delle modalità di contatto e scambio tra regione e territori.

Il rapporto tra pubblico e privato appare invece meno consolidato di quanto la normativa non rappresenti. Sembra essere diffusa una consapevolezza che il principio costituzionale di sussidiarietà porta con sé l'esigenza di includere gli attori privati nel panorama delle «risorse» del welfare societario; tale tendenza stenta tuttavia a individuare modalità concrete di realizzazione, poiché, anche laddove si realizzano azioni inclusive del soggetto privato, quest'ultimo non si sente protagonista delle scelte, ma spesso vive tali esperienze come spettatore di un processo: «al cui interno ci sia scarso margine di possibilità di apportare modifiche, tale per cui la partecipazione ai tavoli rischia di diventare un momento di informazione passiva non incisiva rispetto ai processi decisionali» (dirigente regionale, Emilia Romagna). Infine, rispetto al rapporto tra soggetti pubblici e privati, va ricordato che in molti casi di fronte ad un disegno regionale unitario si assiste a una implementazione territoriale differenziata, se non nelle procedure formali, almeno nei processi reali, per cui i vissuti degli attori del territorio spesso hanno messo in luce visioni non coincidenti.

Le relazioni tra gli attori, pubblici e pubblici-privati, nel sistema di welfare stanno certamente modificandosi. Alcune tendenze generali emergono e risultano evidenti soprattutto nell'analisi normativa, mentre sul fronte delle prassi sembra essere più difficile produrre dei cambiamenti concreti nei comportamenti.

Uno degli aspetti che ha subito un maggior cambiamento è il rapporto tra il livello di governance regionale e quello territoriale: laddove i luoghi formali di concertazione tra regione e territorio non funzionano, essi sono affiancati o sostituiti da occasioni di confronto informali, nelle quali si promuove di fatto la condivisione delle scelte: «lo scambio reale avviene, dunque, attraverso incontri e gruppi informali, costruiti

con una logica settoriale» (dirigente regionale, Veneto). Questo aspetto emerge in modo particolare analizzando le modalità di definizione degli obiettivi della programmazione, poiché anche nei casi in cui le normative regionali prevedano obiettivi molto operativi e di tipo prescrittivo, nelle prassi operative in genere la regione assume una funzione di accompagnamento, piuttosto che di prescrizione.

Un secondo elemento significativo per determinare la relazione tra gli attori riguarda il trasferimento dei fondi verso il territorio: se la definizione degli obiettivi lascia ai territori margini di autonomia e di interpretazione, la distribuzione dei fondi è nella maggior parte delle regioni un processo governato a livello centrale. Le esperienze su questo fronte sono molteplici e prefigurano tendenze che muovono in una duplice direzione: accorpare i fondi trasferiti (Fondo unico) e accorpare gli enti gestori dei fondi a livello territoriale. Su quest'ultimo versante la normativa sembra aprire la strada a prassi che faticano a decollare operativamente, anche in virtù delle sperimentazioni che si sono avviate nella revisione dell'assetto territoriale intra-regionale (la costruzione di zone, ambiti, società speciali ecc.), quasi tutte orientate a incentivare la costituzione di aggregati territoriali e organizzativi in grado di porsi come interlocutori unitari sia nei confronti della regione, sia verso gli attori del territorio. I tentavi che vanno in questa direzione sono molto diversi tra regioni e stanno avendo esiti differenziati.

Infine, un ultimo aspetto rilevante riguarda il rapporto tra pubblico e privato, in particolare nell'ambito dei processi di programmazione locale: su questo fronte si è visto come le normative abbiano acquisito lo spirito promosso da una concezione di welfare societario in cui il concetto di governance è legato ai concetti di condivisione, sussidiarietà, partecipazione. L'apertura al privato nei diversi momenti della programmazione è prevista da tutte le recenti normative ma il grado di inclusione e, soprattutto, la traduzione operativa di tali principi, differisce molto sia tra regioni ma, anche e soprattutto, tra territori sub-regionali.

In merito alle relazioni tra gli attori, sembra essere soprattutto il piano delle prassi operative il terreno su cui le diversità tra regioni sono più ampie e quello su cui, probabilmente, è opportuno ragionare per sostenere concretamente i processi di cambiamento: adottare nuove modalità di governance richiede di incidere sui comportamenti degli attori e sulle relazioni che si stabiliscono tra gli stessi.

Un ultimo focus di analisi riguarda i processi di governance. La costruzione di un linguaggio comune e la condivisione di senso tra livelli di governo e tra attori trovano piena espressione nella normativa. Tuttavia, il confronto con la parte fenomenica fa emergere come solo in metà delle regioni analizzate gli interlocutori interpellati si sentano realmente

parte di un percorso comune, cioè di partecipare effettivamente alla costruzione di un senso condiviso. Laddove ciò non avviene, sembra essere motivato da diversi fattori:

- il ritardo nella programmazione regionale o la mancata realizzazione delle azioni di programmazione territoriale;
- la ridefinizione dell'organizzazione territoriale, che porta con sé la necessità di relazione con soggetti nuovi, senza poter sedimentare pratiche comuni e condivise;
- la necessità di passare da pratiche formali a forme di condivisione sostanziale.

Relativamente alle modalità con cui il livello regionale tende a influenzare l'azione territoriale, la situazione delle regioni analizzate è piuttosto differenziata. Lo strumento usato maggiormente è l'incentivazione (spesso economica) mentre, in pochi casi, si assiste all'adozione di azioni sanzionatorie. La logica prevalente è quella negoziale poiché spesso, anche dove il quadro normativo prevede l'adozione di sanzioni in caso di inadempienze territoriali, di fatto il livello regionale adotta modalità di concertazione, di ri-negoziazione o di supporto e accompagnamento al territorio verso il raggiungimento degli obiettivi.

Coerentemente con quanto sopra, le forme di controllo e verifica sono basate in prevalenza sull'accompagnamento dei processi (verifiche negoziate tra livelli di governo) e sull'apprendimento organizzativo, piuttosto sul mero controllo fondato sul principio d'autorità. Una parte non irrilevante di regioni però presenta un panorama non completamente coerente: la normativa e le pratiche definiscono processi di verifica e controllo scarsamente integrati, legati a specifiche iniziative o comunque ad azioni non diffuse nella maggior parte degli atti di programmazione. Si tratta di una problematica che si intreccia con la parcellizzazione delle azioni di programmazione e del trasferimento dei fondi e che si collega al significato dei processi valutativi nelle politiche socio-sanitarie.

Un cambiamento incompiuto

La ricerca condotta ci permette di analizzare soprattutto la governance multi-livello, ovvero le relazioni ed i processi che si stabiliscono tra gli attori pubblici a livello regionale e territoriale. Secondo tale prospettiva, non si riscontrano modelli puri di governance, riferibili integralmente a una struttura gerarchica, reticolare o basata su logiche di mercato, quanto piuttosto si possono delineare delle tendenze principali verso cui le diverse regioni si stanno muovendo. Permangono infatti in tutti i territori elementi conflittuali che richiamano la presenza di un

processo di cambiamento che non si è ancora pienamente compiuto.

Nonostante ciò, è possibile identificare alcuni elementi caratteristici che consentono di distinguere la situazione delle diverse regioni:

- Emilia Romagna e Toscana hanno sviluppato un modello di governance a rete che prevede la presenza di un rapporto consolidato tra i diversi livelli di governo regionale e include sistematicamente gli attori privati nei processi di programmazione e realizzazione degli interventi; le relazioni tra i livelli di governance favoriscono l'autonomia del territorio, poiché le regioni definiscono obiettivi di tipo proscrittivo e lasciano margini di autonomia ai territori nell'allocazione delle risorse economiche; i processi di governance pongono l'accento sull'accompagnamento, la costruzione di senso, la presenza di verifiche negoziate e, per la Toscana, l'adozione di meccanismi incentivanti che orientano i territori verso obiettivi comuni a livello regionale;
- Friuli Venezia Giulia, Liguria e Umbria stanno adottando modelli molto simili a Emilia Romagna e Toscana, sebbene mantengano una forte impostazione connotata sulla centralità dell'attore pubblico e prevedano un ruolo più ridimensionato per i soggetti privati;
- Puglia e Veneto presentano un quadro in evoluzione, con spinte verso l'adozione di un modello a rete soprattutto nei processi di governance (presenza di verifiche negoziate, forte investimento su processi di costruzione di senso, presenza di incentivazioni) e la presenza di relazioni tra gli attori strutturate secondo una logica gerarchica, in cui sono previsti obiettivi di tipo prescrittivo e i fondi sono ancora vincolati. Anche la Regione Marche presenta un quadro in evoluzione verso un modello a rete ma con la permanenza di modelli di tipo gerarchico, soprattutto per quanto riguarda i trasferimenti economici e le forme di controllo.
- Campania, Molise e Sardegna sono un insieme ibrido di meccanismi gerarchici e spinte verso una governance a rete, sebbene in presenza di relazioni multi-livello piuttosto deboli e fortemente centrate sul soggetto pubblico. Mancano in queste regioni processi di governance che sostengano la fase di transizione in atto, sebbene vi siano delle innovazioni nelle relazioni tra i livelli di governance (minori vincoli nella definizione degli obiettivi e nel trasferimento dei fondi).
- In Basilicata, infine, si riscontra la difficoltà a definire un modello prevalente e una chiara tendenza poiché i processi disegnati sul piano normativo stentano a trovare corpo nelle prassi operative.

Si assiste certamente a una fase di cambiamento in cui alcune tendenze sono chiaramente riscontrabili e muovono nella direzione di diminuire

il peso delle relazioni di tipo gerarchico tra i diversi livelli, riconoscere autonomia e potere decisionale al territorio, pur cercando strade di condivisione sugli obiettivi strategici.

Bibliografia

- G. BERTIN, *Il cambiamento dei sistemi di welfare nella società post moderna*, «Salute e società», 2, 2009
- G. BERTIN, L. FAZZI, *La governance delle politiche sociali in Italia*, Roma, Carocci Faber, 2010.
- P. DONATI, *La sociologia relazionale: una prospettiva sulla distinzione umano/non umano nelle scienze sociali*, «Nuova Umanità», xxvii, 157, 2005, pp. 97-122.
- L. HOOGHE, G. MARKS, A.H. SCHAKEL, *The rise of regional authority: a comparative study of 42 democracies*, London-New York, Routledge, 2010.
- R.A.W. RHODES, *Understanding Governance: Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*, Buckingham, Open University Press, 1997.
- R.A.W. RHODES, *Understanding governance: Then Years on*, «Organization Studies», 28, 8, 2007, pp. 1243-1264.
- R.A.W. RHODES, D. MARSCH (a cura di), *Policy Networks in British Government*, Oxford, Clarendon Press, 1992.
- G. ROSSI, L. BOCCACIN (a cura di), *Capitale sociale e partnership tra pubblico, privato e terzo settore*, I, *Casi di buone pratiche nei servizi alla famiglia*, Milano, Franco Angeli, 2007.
- G. STOKER, *Governance as theory: five propositions*, «International Social Science Journal», 155, 1998, pp. 17-28.

L'integrazione delle politiche con particolare riguardo all'integrazione socio-sanitaria

Paola Di Nicola, Nicoletta Pavesi*

Modelli di welfare locali e integrazione socio-sanitaria

Oggetto del presente contributo è il tentativo di ricostruire, avvalendosi dell'apporto conoscitivo di alcune ricerche, il quadro dei modelli di welfare locale che le diverse regioni italiane hanno prodotto sul terreno dell'integrazione socio-sanitaria. Il lavoro di ricostruzione si giustifica per tre motivi di fondo:

1. nel momento in cui il tema del federalismo è entrato nell'agenda politica, il rendimento delle istituzioni regionali diventa una potente cartina di tornasole per comprendere e prevedere la capacità delle singole realtà territoriali di camminare da sole con una certa autonomia sul terreno dell'organizzazione di servizi sociali e sanitari, che costituiscono il cuore dell'azione redistributiva delle realtà locali. Sul rendimento istituzionale di alcune regioni italiane, prevalentemente meridionali, pesano come macigni i risultati delle ricerche di Putnam (1993) e Ricolfi (2010), che sottolineano, in riferimento a molte delle regioni meridionali, da una parte una sostanziale incapacità organizzativa, gestionale, legislativa e politica e dall'altra un assistenzialismo finanziato da molte regioni del Nord, che rischiano in prospettiva di perdere competitività, schiacciate come sono da una tassazione elevatissima. Fermare l'attenzione sui modelli d'implementazione dell'integrazione socio-sanitaria, può rappresentare un'occasione per sconfessare parzialmente o totalmente i forti giudizi negativi che pesano sul rendimento istituzionale di molte regioni italiane; ma anche

* Seppure il presente report sia frutto di un costante confronto, sono da attribuirsi a Paola Di Nicola il par. 1, a Nicoletta Pavesi il par. 2, ad entrambe le autrici il par. 3.

sondare se in tema di modelli le tracce già segnate sono ormai dei percorsi obbligati o se invece c'è ancora spazio per qualche innovazione;

2. l'integrazione socio-sanitaria è una modalità di erogazione delle prestazioni che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha previsto sin dall'inizio come strumento per promuovere nei cittadini migliori condizioni di salute: una concezione della qualità della vita che contempla sia aspetti sanitari, che psicologici, relazionali e sociali (DONATI 1986). La spesa sanitaria è il capitolo che maggiormente pesa sui bilanci regionali, mentre la spesa sociale costituisce il cuore dei costi che i comuni sostengono per i servizi alle persone: l'integrazione socio-sanitaria, dunque, mettendo in un rapporto sinergico il comparto sanitario con quello sociale, rappresenta la sfida-opportunità che le amministrazioni locali devono raccogliere e sulla quale si gioca la valutazione di aspetti rilevanti del loro rendimento istituzionale;
3. l'integrazione socio-sanitaria intesa come strumento e non come fine a sé stessa, diventa tanto più necessaria quanto più la vita si allunga, la popolazione invecchia, crescono le cronicità e la non autosufficienza, aumentano le patologie da usura del vivere. Crescono, inoltre, le aspettative di elevate performance sociali all'interno di dinamiche sociali che tendono a frammentare e distinguere le sfere di appartenenza e le sfere funzionali: per cui promuovere e realizzare un maggiore benessere e una migliore qualità della vita dipendono dalla possibilità di ricomporre capacità funzionali e relazionali che le dinamiche sociali ed i saperi esperti tendono a frazionare e segmentare. Possibilità, tuttavia, intesa non solo come potenzialità individuale, ma come capacitazione: possibilità resa possibile anche dall'esistenza di una serie di servizi erogati al soggetto individuale dal suo sistema di welfare di appartenenza.

Per prestazioni socio-sanitarie s'intendono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. L'integrazione tra servizi socio-sanitari non è una soluzione tecnica che favorisce rapidità di interventi ed economie gestionali: è una esigenza che rimanda a una precisa concezione della persona, in quanto alla base dell'integrazione vi sono principi e presupposti antropologici ed etici. Dimenticare tali principi significa confondere gli strumenti tecnici con i valori che gli strumenti tecnici dovrebbero realizzare (GUIDUCCI 1988). Se ogni persona si presenta

come un progetto di vita globale e unitario, integrare servizi non significa predisporre un organigramma a incastro, ma un indirizzo operativo che ha come riferimento la persona, la sua storia, il suo ambiente. Ribadire la centralità dell'integrazione significa ribadire la centralità della persona, della sua unicità e non frazionabilità (VILLA 1999).

Integrazione quindi deve essere vista come strumento e non come fine a sé stessa, tanto più necessaria quanto più salute e benessere, malattia e malessere si presentano, nella società contemporanea, come dimensioni di vita in cui gli aspetti sanitari e sociali sono fortemente correlati e interdipendenti.

1.1. Il quadro culturale e istituzionale

Il problema dell'integrazione socio-sanitaria è un problema che viene da lontano: ha preso corpo e spessore nel momento in cui la nostra società, che stava sperimentando un sostanziale miglioramento delle condizioni materiali di vita (boom economico), si è potuta permettere il lusso di rivedere, riformare, il nostro sistema assistenziale e di protezione sociale, nel tentativo di traghettarlo verso un welfare istituzionale di tipo universalistico. In un sistema di welfare prevalentemente occupazionale, si introduce, infatti, nel 1978 uno schema (Servizio sanitario nazionale) universalistico (FERRERA 1993). Il dibattito sull'integrazione socio-sanitaria è concomitante al primo grande mutamento istituzionale che si consuma nell'arco degli anni settanta del secolo scorso, segnato da leggi di riforma profondamente innovative sia sul piano istituzionale che culturale:

- l. n. 382/1975: trasferimento alle regioni delle funzioni assistenziali, con relativo decreto di attuazione 616/1977;
- l. n. 405/1975: legge quadro di istituzione dei consultori familiari;
- l. n. 685/1975: depenalizzazione del reato di uso personale di sostanze stupefacenti;
- l. n. 151/1975: nuovo diritto di famiglia;
- l. n. 180/1978: chiusura degli ospedali psichiatrici e istituzione della psichiatria territoriale;
- l. n. 194/1978: legge sull'interruzione volontaria della gravidanza;
- l. n. 833/1978: istituzione del Servizio sanitario nazionale, che individua nell'unità socio-sanitaria locale il fulcro della organizzazione operativa e funzionale dei servizi;
- l. n. 730/1983: prevede che gli enti locali possano avvalersi in tutto o in parte delle aziende sanitarie locali (ASL) per l'esercizio delle proprie competenze socio-assistenziali;
- l.n. 184/1983: legge su adozione e affidamento familiare.

Con tali leggi si ridefinisce il quadro istituzionale nel campo della ge-

stione ed erogazione dei servizi socio-sanitari in nome di un embrionale principio di sussidiarietà verticale, che conferisce uno spessore politico, giuridico e gestionale alle regioni e ai comuni. Nello stesso tempo si tenta di promuovere un concetto di qualità della vita e di salute ispirato alle dichiarazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità che intende la salute come completo stato di benessere fisico, mentale e sociale (e non solo assenza di malattia o infermità). Affiora inoltre, la centralità della tutela del benessere individuale (si pensi ai minori, ma anche alle donne), i cui diritti vengono riconosciuti, per la prima volta, come di ordine superiore rispetto ai diritti delle istituzioni intermedie, ai diritti collettivi, riferiti alle comunità e ai gruppi di appartenenza (in particolare alla famiglia fondata sul matrimonio e sulla patria potestas del pater familias).

In assenza della riforma del comparto assistenziale, che arriverà solo nel 2000 con la legge quadro n. 328, i contorni istituzionali e i contenuti professionali e gestionali dell'integrazione socio-sanitaria inizialmente sono scarsamente delineati, nonostante essi fossero costitutivi del nuovo modo di intendere salute e malattia. Rimanevano, sul tappeto, come problemi non irrilevanti il fatto di dovere mettere insieme, fare lavorare in maniera coordinata professionisti (medici, psicologi, assistenti sociali, educatori, infermieri ecc.) che dipendono da istituzioni diverse (ASL, comune, provincia ecc.), che hanno profili di carriera con inquadramenti non sovrapponibili e che, soprattutto, rispondono a dirigenti diversi; non secondari, inoltre, apparivano i nodi della definizione degli oneri economici (chi paga che cosa) e della struttura gestionale e amministrativa.

Nei periodi successivi all'istituzione del servizio sanitario nazionale, gli sforzi dei ricercatori si concentrano sui problemi definitivi e sul tentativo di individuare modelli possibili di gestione integrata tra sanitario e sociale di alcuni servizi, nel tentativo di promuovere quantomeno buone pratiche che facessero da battistrada per la sperimentazione di nuove culture gestionali e organizzative. Per alcuni autori (SUTTER 1985) l'integrazione può essere intesa come:

1. coordinamento: comunicazione per rafforzare gli effetti di interventi diversificati sullo stesso soggetto;
2. collaborazione: perseguimento degli stessi obiettivi da parte di strutture con funzioni diverse;
3. integrazione: unico progetto di intervento in un'ottica complessiva (non sommatoria di interventi complementari);

aggiungendo che l'integrazione può avvenire a diversi livelli, come:

- politico-istituzionale: unificazione degli enti erogatori ed eventualmente della contabilità;
- programmazione e bilancio: stesura dei programmi e imputazione di spesa;
- erogazione dei servizi: istituzione del distretto, lavoro multidisciplinare, équipe, unico punto di accesso.

Appare un approccio molto descrittivo e poco tecnico, teso più a puntualizzare alcune possibili soluzioni, all'interno di un quadro poco definito e ancora embrionale.

Zurla (1986) definisce l'integrazione come il tentativo di riportare ad unità, armonizzata al suo interno, componenti precedentemente non armonizzate e coordinate: concentrazione sotto un unico vertice gestionale e possibilmente un unico regolamento organico e patrimoniale di personale, risorse materiali e relazioni sociali consolidate, per servizi di natura e provenienza diverse allocate per la stessa popolazione.

Temi centrali del dibattito sono: unitarietà e globalità dei servizi e degli interventi socio-sanitari, unificazione delle competenze sotto il profilo istituzionale, multidisciplinarietà, interdisciplinarietà (lavoro di gruppo), équipe di operatori di base. Si individua nei progetti-obiettivo lo strumento per conseguire l'integrazione (fase della progettazione) e nella Unità sanitaria locale (USL) l'istituzione che ingloba, dal punto di vista della gestione organizzativa, il settore socio-sanitario o parte di esso. Appare evidente, tuttavia, sin dall'inizio del dibattito che l'integrazione si può giocare su più livelli: a livello politico-gestionale, a livello funzionale, a livello professionale e che i tre livelli non debbano-possano essere necessariamente compresenti. Sin dai primi anni ottanta del secolo scorso si profila l'impossibilità, o quantomeno la difficoltà di creare una sorta di mega istituzione socio-integrata, difficilmente gestibile dal punto di vista politico, amministrativo e funzionale, con un impatto sulla qualità dei servizi difficilmente quantificabile, al di là delle resistenze categoriali, degli interessi costituiti e delle aree di influenza politica che indubbiamente non sempre hanno favorito il confronto, la comunicazione e l'integrazione tra le diverse istituzioni territoriali.

La centralità dell'integrazione socio-sanitaria, nonostante le difficoltà empiricamente rilevate per la sua attuazione, è confermata dal fatto che negli anni successivi all'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il legislatore è ripetutamente intervenuto per meglio definire forme e contenuti dell'integrazione socio-sanitaria. Punti salienti di tale lavoro di precisazione, chiarimento e distinzione sono i seguenti dispositivi legislativi (CEPIKU, MENEGUZZO 2009):

- d.p.c.m. 8/8/1985: le attività di rilievo socio-sanitarie connesse a quelle di tipo socio-assistenziali sono quelle che richiedono personale e tipologie d'intervento proprie dei servizi socio-assistenziali [...] in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti. Categorie di persone interessate a questo tipo di intervento: malati di mente, portatori di handicap, tossicodipendenti e anziani non autosufficienti. Le attività di rilievo sanitario connesse con quelli socio-assistenziali sono a carico della sanità;

- d.lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993: nel sancire la separazione delle risorse materiali, economiche e umane tra ambito sanitario e ambito socio-assistenziale, prevede la possibilità di gestione unitaria attraverso la delega. Si distinguono le funzioni politiche di governo e le funzioni tecniche di gestione.

Funzione di governo:

- stato: funzione programmatrice attraverso il piano sanitario nazionale. Definizione dei livelli uniformi di assistenza e attività socio-assistenziali di rilievo sanitario;
- regione: ridefinizione complessiva del sistema sanitario (aziende sanitarie);
- enti locali: diritto-dovere di farsi carico dei bisogni socio-sanitari della comunità locale.

I tre livelli sono tenuti a perseguire l'integrazione socio-sanitaria, anche se non sono definite le modalità;

- d.p.r. 23/7/1998: Piano sanitario nazionale 1998-2000: delinea i livelli di integrazione socio-sanitaria e individua il distretto come luogo deputato alla sua realizzazione;
- d.lgs. n. 229/1999: ribadisce che le prestazioni sociali di rilevanza sanitaria sono a carico degli enti locali e che l'integrazione deve essere affrontata dalla legislazione regionale con i PDZ dei servizi socio-sanitari, incentivando economicamente la gestione integrata dei servizi tramite delega gestionale o accordi di programma, predisponendo progetti e azioni finalizzate a tale obiettivo.

Sono definite aree d'integrazione: materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenze, patologia per infezione da HIV, patologie fase terminale, inabilità-disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Il decreto distingue tra prestazioni a bassa e prestazioni ad elevata integrazione e mette queste seconde a carico del Servizio sanitario, inserendole tra i LEA sanitari (livelli essenziali di assistenza).

Fasi e strumenti della programmazione (ex 229/1999):

- livello regionale: piano sanitario regionale;
- livello aziendale: (ASL): piano attuativo locale (PAL);
- livello distrettuale: programma delle attività territoriali (PAT).

La regione istituisce la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria alla quale partecipano sindaci, rappresentanti delle associazioni regionali degli enti locali e altri membri definiti dalle regioni. Il comune tramite il sindaco o il comitato dei sindaci collabora alla stesura del PAL e del PAT;

- l. n. 328/2000: legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali: ribadisce la centralità del territorio per la rea-

- lizzazione, tramite i PDZ, della rete dei servizi sociali ed il loro coordinamento e integrazione con quelli sanitari;
- d.p.c.m. 14/02/2001: con l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie, si identificano le prestazioni relative all'area socio-sanitaria, i principi di programmazione e di organizzazione delle attività e i criteri di finanziamento;
 - d.p.c.m. 29/11/2001: definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e, nella parte sulla integrazione socio-sanitaria, indica le percentuali di costo non imputabili al Servizio sanitario nazionale (SSN) per le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non sono distinguibili e stabilisce che rimangono a carico degli enti locali o degli utenti le percentuali di costo relative ad alcune prestazioni;
 - d.p.c.m. 21/04/2008: le cure primarie, in relazione ai bisogni dell'assistito e al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, vengono suddivise in: cure domiciliari prestazionali; cure domiciliari integrate (ADI) di I e II livello; cure domiciliari integrate a elevata intensità (III livello).

In base alla corrente legislazione, è possibile distinguere tra:

- prestazioni sanitarie a rilevanza sociale quelle in cui l'efficacia dell'intervento sanitario dipende dalla capacità di integrazione con altri fattori e responsabilità sociali;
- prestazioni sociali a rilevanza sanitaria quelle in cui l'intervento avviene in presenza di problemi collegati allo stato di salute, che possono trovare soluzione efficace con processi di inserimento e integrazione sociale;
- prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria (rientrano, come visto, nei LEA e sono a carico del SSN): inscindibilità degli apporti professionali sociali e sanitari.

L'ampia produzione legislativa, se da una parte conferma la centralità dell'integrazione socio-sanitaria come strumento principe per raggiungere e promuovere adeguati livelli di qualità della vita a favore, soprattutto, ma non esclusivamente, di soggetti particolarmente vulnerabili (malati mentali, soggetti non autosufficienti, soggetti affetti da dipendenza ecc.), per i quali le risposte devono essere complesse, d'altro canto assolve alla funzione di stimolare, accompagnare le diverse regioni a sperimentare e maturare un peculiare e specifico modello di integrazione. Se, indubbiamente, le leggi di indirizzo sono necessarie anche per dare linee guida e ricondurre le diverse realtà territoriali entro modelli diversi, ma confrontabili, è anche vero che spesso le linee di indirizzo possono supplire a deficit di progettualità e organizzativi a livello periferico.

Tuttavia, se si getta uno sguardo complessivo a tutta l'ampia produzione legislativa che ha accompagnato dal 1975 (trasferimento delle funzioni assistenziali dallo stato alle regioni) al 2000 (approvazione della legge quadro di riforma dell'assistenza), per arrivare alla riforma del Titolo v della Costituzione (l.cost. n. 3/2001), appare evidente come alle soglie del 2000, nonostante sforzi costanti in direzione della promozione dell'integrazione socio-sanitaria, si è completamente consumata la separazione del comparto sanitario da quello sociale, che, appunto, varcano la soglia del terzo millennio poggiando su due gambe molto diverse.

Da una parte abbiamo un Sistema sanitario che nel corso di un ventennio si è consolidato, è stato riformato introducendo elementi gestionali e organizzativi tipici delle imprese (istituzione delle Aziende sanitarie). La sanità in Italia è totalmente regionalizzata, gode di fonti di finanziamento provenienti dalla tassazione regionale (anche se esiste ancora un Fondo di compensazione tra regioni per sostenere i sistemi sanitari regionali in disavanzo); ha esternalizzato alcuni servizi non specificamente riferibili all'ambito medico (ad esempio servizi di pulizia, mensa, lavaggio ecc.); in un'ottica di sussidiarietà ha messo in atto le procedure per l'accreditamento di strutture private e di terzo settore; ha definito il concetto di costo medio delle prestazioni, che quindi sono state quantificate ai fini del rimborso alle strutture accreditate; ha un articolato sistema informativo; ha definito i LEA (Livelli essenziali di assistenza, che quindi diventano diritti esigibili dal cittadino); si regge su profili professionali i cui percorsi formativi sono chiaramente definiti. Con forte corrispondenza tra conoscenze e competenze possedute e livello lavorativo. Esiste inoltre, come riferimento non solo formale, ma anche sostanziale, il Piano sanitario nazionale. A ben guardare, molta della legislazione che ha accompagnato negli anni ottanta e successivi la riorganizzazione dei servizi anche a livello regionale, era ed è riferibile al Servizio sanitario nazionale.

Rispetto al comparto sanitario che si presenta come il Golia della situazione, quello assistenziale sembra un Davide, con poche possibilità non tanto di vincere la sfida, ma quantomeno potersi confrontare. La legge quadro di riforma dell'assistenza è del 2000 (l. n. 328): è una legge molto innovativa, in quanto in essa si parla esplicitamente, e per la prima volta, di politiche sociali e di diritti sociali, si abbandona quindi il vetusto linguaggio assistenziale, si parla di sistema integrato di servizi per la collettività e non più solo per poveri, emarginati, soggetti multiproblematici. Ma in realtà, essendo una legge quadro, gli indirizzi specifici sono rinviati alle regioni e ai comuni. Non c'è una fonte di finanziamento dedicata e ancora oggi molte delle prestazioni assistenziali, in assenza di una definizione dei LEAS (livelli essenziali di assistenza sociale), sono

a domanda e, soprattutto, non si configurano come diritti effettivamente esigibili dal cittadino (DI NICOLA 2011). Tutto dipende dalla capacità gestionale e dalle scelte politiche dell'ente (comune) che eroga la prestazione. Se nell'ambito sanitario si parla di prestazioni, i cui costi sono stati definiti e i cui confini anche temporali sono chiari (durata media di una visita, di un ricovero ospedaliero ecc.), nel comparto assistenziale si parla di presa in carico, i cui contenuti e la cui durata non sono definibili a priori, a tavolino. Nel sociale, inoltre, agisce una molteplicità di figure professionali, i cui training formativi e prestazioni possono variare da caso a caso. Sono presenti: assistenti sociali, educatori, operatori, assistenti domiciliari, mediatori ecc. le cui competenze professionali possono a volte anche sovrapporsi, ovvero, a parità di etichetta, possono essere diverse. L'accreditamento è una procedura pressoché impossibile, spesso l'affidamento a terzi (ad esempio soggetti di terzo settore) di servizi e prestazioni viene fatta secondo la logica della gara di appalto.

La sviluppo, in questi ultimi decenni, di modelli locali di welfare nell'ambito dell'assistenza, è stato più un effetto della l. n. 382/1975 e relativo d.att. 616/1977 (trasferimento delle competenze assistenziali a regioni e comuni) che il risultato di un progetto unitario, quantomeno sul versante delle linee guida e delle scelte politiche di fondo. Su tale sviluppo hanno inciso profondamente le capacità politiche, gestionali, amministrative, le competenze professionali, la cultura dei servizi e la tradizione civica che i singoli territori hanno saputo esprimere, una volta investiti della responsabilità di organizzare un sistema integrato di servizi. Alta dunque appare: 1. la variabilità dei modelli, anche all'interno di uno stesso territorio, e 2. la frammentarietà che la riforma del Titolo v della Costituzione asseconda. Infatti, in nome del principio di sussidiarietà verticale, la competenza esclusiva in ambito sociale è dell'ente periferico, che agisce senza avere come linea di guida un piano assistenziale nazionale.

Nell'analisi dei modelli di welfare empiricamente realizzati a livello regionale, utilizzando come prospettiva di studio l'integrazione socio-sanitaria, è dunque importante avere presente la situazione sopra descritta, per cercare di comprendere e meglio spiegare le caratteristiche dei singoli territori.

1.2. I modelli empiricamente rilevabili nel tempo

Sulla base del quadro legislativo che, come si è visto, si è modificato nel tempo, e alla luce dei problemi sopra enucleati, si vedrà di seguito come le singole regioni si sono attivate e organizzate per implementare i processi di integrazione socio-sanitaria, quali problemi hanno incontrato, quali soluzioni hanno adottato. Nella fase iniziale, a ridosso dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale, si possono individuare quattro modelli (ZURLA 1986):

- la forma associata: USL gestisce tutte le funzioni (sociali e sanitarie): Molise;
- la forma della delega: alla USL vengono assegnate alcune funzioni socio-assistenziali esplicitamente indicate: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Sicilia, Provincia di Trento;
- la gestione associata dei servizi socio-assistenziali da parte dell'ASL solo per quelle che dimostrano una specifica attinenza con i servizi sanitari (Liguria) o contempla deroghe a favore della gestione di tali servizi da parte dei comuni singoli o in via provvisoria (Piemonte) o per valorizzare le circoscrizioni comunali (Toscana);
- la forma della separazione: i comuni singoli mantengono le competenze socio-assistenziali: Puglia.

Permangono una serie di nodi critici che ogni regione cerca di sciogliere sulla base della propria tradizione, cultura e prassi istituzionale. Nodi critici che possono riassumersi nei termini seguenti: definizione del quantum di sociale e del quantum di sanitario, del tipo di prevalenza per aree problematiche, bisogni e/o utenti; modalità gestionali: chi ha la responsabilità gestionale; chi fa i programmi; chi paga; a chi rispondono gli operatori delle équipes multidisciplinari (ente di appartenenza o ente che gestisce il servizio).

Dopo circa vent'anni dall'istituzione del Servizio sanitario nazionale, alla luce di un quadro normativo maggiormente precisato è possibile delineare quelli che sono i prerequisiti e gli strumenti per l'integrazione sanitaria e quindi valutare in che misura le singole regioni hanno recepito e dato consistenza ai requisiti. Su questa linea si sono mossi Cepiku e Meneguzzo (2009) che hanno individuato i seguenti requisiti:

- a) Interventi di coordinamento che si collocano a più livelli:
 - sovraordinato: organismi regolatori che definiscono: obiettivi, modalità di finanziamento degli attori, valutazione dell'operato degli attori;
 - istituzionale: collaborazione tra aziende sanitarie e amministrazioni locali che si organizzano per conseguire obiettivi di salute condivisi;

- gestionale, a livello di struttura operativa (distretto e singoli servizi);
- professionale: gruppi di lavoro. Aspetti dell'integrazione professionale: unità valutative integrate; gestione unitaria della documentazione; valutazione impatto economico delle decisioni; definizione delle responsabilità nel lavoro integrato; continuità terapeutica tra ospedale e distretto; collaborazione tra strutture domiciliari e servizi territoriali; predisposizione di percorsi assistenziali appropriati; utilizzo di indici di complessità delle prestazioni integrate.

b) Strumenti giuridici per l'integrazione istituzionale: convenzioni, accordi di programma, protocolli d'intesa.

c) La dimensione territoriale e gli strumenti operativi: distretto e PDZ (costruito con l'ausilio dei vari strumenti giuridici).

Definiti i criteri, Cepiku e Meneguzzo (2009) hanno condotto una ricerca in cui hanno rilevato, regione per regione:

- l'integrazione strutturale: a livello di assessorati, di strutture tecnico-amministrative, territoriali (coerenza tra ambito sociale e distretto sanitario);
- i meccanismi di coordinamento: programmazione e pianificazione integrata (unico piano socio-sanitario), tavoli di concertazione, gruppi di lavoro interassessorili o interdirezionali; altri strumenti.

Le regioni sono state raggruppate in base a:

- unitarietà o meno degli assessorati e delle direzioni responsabili delle politiche sociali e sanitarie;
- diffusione degli strumenti d'integrazione e coordinamento (gruppi di lavoro infra-dipartimentali, fondi di finanziamento condivisi, piani socio-sanitari integrati, coincidenza tra distretti sanitari e ambiti sociali ecc.).

Sulla base dei criteri-indicatori sopra evidenziati, gli Autori hanno ipotizzato l'esistenza di quattro modelli ideal-tipici, collocabili nel punto di convergenza dei valori estremi della scale di integrazione e di quella del coordinamento:

- politiche integrate strutturalmente (alta integrazione-basso coordinamento);
- buona integrazione delle politiche (alta integrazione-alto coordinamento);
- politiche non integrate (bassa integrazione-basso coordinamento);
- politiche coordinate (bassa integrazione-alto coordinamento).

Sull'asse a-d si collocano le regioni che hanno ritenuto che la sola integrazione strutturale (unico assessorato) fosse sufficiente a conseguire l'integrazione e sul polo opposto le regioni che pur avendo conservato distinti i due assessorati hanno fatto ampio ricorso agli strumenti di co-

ordinamento; sull'asse c-b troviamo le regioni che hanno mantenuto nettamente separati il sociale dal sanitario sia dal punto di vista strutturale che del coordinamento e, all'opposto, le regioni che hanno cercato l'integrazione sia attraverso l'integrazione strutturale che il coordinamento.

Sia la dimensione dell'integrazione che quella del coordinamento sono state graduate al loro interno e dal loro gioco combinato emergono sette modelli di integrazione socio-sanitaria:

1. regioni ad alta integrazione strutturale e poco coordinamento: Basilicata, Calabria, Valle d'Aosta;
2. regioni ad alta integrazione strutturale e medio coordinamento: Provincia di Bolzano, Friuli Venezia Giulia, Sardegna;
3. regioni a media integrazione strutturale e poco coordinamento: Liguria, Puglia, Veneto;
4. regioni a media integrazione strutturale e medio coordinamento: Emilia Romagna;
5. regioni a media integrazione strutturale e alto coordinamento: Toscana, Umbria;
6. regioni a bassa integrazione strutturale e poco coordinamento: Abruzzo, Campania, Molise, Provincia di Trento;
7. regioni a bassa integrazione strutturale e medio coordinamento: Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Sicilia.

Come sottolineano i due Autori (CEPIKU, MENEGUZZO 1999) nessuna delle regioni ha raggiunto obiettivi ottimali in termini di integrazione, in quanto spesso elevati livelli di integrazione strutturale non sono stati accompagnati dall'introduzione di strumenti operativi; rimane tuttavia, come dato di fatto interessante, che la maggior parte delle regioni (soprattutto quelle che si collocano nei livelli intermedi delle due dimensioni esaminate: integrazione e coordinamento) hanno affrontato il tema e alla luce della normativa vigente che non impone un unico modello, hanno sviluppato strategie e fatto specifiche scelte politiche.

Infine, una ricerca più recente, ma condotta su un numero ridotto di regioni, ha comunque riconfermato che le singole realtà regionali hanno imboccato strade parzialmente diverse, se non divergenti in tema di integrazione socio-sanitaria. Avanzini e De Ambrogio (2008) individuano:

- modello partecipativo-controllante: ASL con funzione di partner e di controllo: Lombardia;
- modello partecipativo con rischio di delega: ASL con funzioni di gestione dei servizi e di effettiva regia dei PDZ: Veneto;
- modello partecipativo di nuova fondazione: nuovo luogo dell'integrazione sono le Società della salute, un ente autonomo al quale sono delegate tutte le funzioni sociali e sanitarie, dotato di suo

- personale e risorse che copre un territorio dalle dimensioni sovra-comunali: Toscana;
- modello partecipativo di partenariato: ASL come partner della programmazione per la materia socio-sanitaria: Emilia Romagna, Sardegna.

Tab. 1. Tipi di integrazione socio-sanitaria

| | Regioni | | |
|---|---|---|--------------------|
| Integrazione delle strutture organizzative | Strumenti di coordinamento (*) | | |
| | Poco diffusi | Mediamente diffusi | Ampiamente diffusi |
| Alta Unico assessorato e unica direzione per politiche sanitarie e sociali | Basilicata Calabria Valle d'Aosta | Bolzano Friuli-Venezia Giulia Sardegna | |
| Media Unico assessorato o unica direzione | Liguria Puglia Veneto | Emilia Romagna | Toscana Umbria |
| Bassa Due assessorati e due direzioni | Abruzzo Molise Campania Prov. Trento | Lazio Lombardia Marche Piemonte Sicilia | |

(*) Sono state censite 11 tipologie di strumenti e le regioni sono state classificate in base alla numerosità di quelli adottati. Fonte: Cepiku e Meneguzzo (2009, p. 100)

Non è possibile, ovviamente, mettere a confronto, con l'obiettivo di individuare linee comuni o divergenti, ricerche molto diverse, quanto a impostazione e finalità. Tuttavia appare evidente come, chiusa la fase pionieristica dell'attivazione sul territorio della rete socio-assistenziale così come prevista dal Servizio sanitario nazionale, il tema-problema dell'integrazione socio-sanitaria è stato affrontato dalle singole regioni sperimentando modelli, strategie e pratiche: questa fase di sperimentazione ha fatto sì che si potessero individuare i prerequisiti (minimi e massimi) per un'integrazione sia a livello istituzionale, che gestionale e professionale (BEZZE, VECCHIATO 1997) e su questa base cominciare a verificare le scelte politiche e gestionali delle singole regioni.

La ricerca di Cepiku e Meneguzzo (2009), che ha interessato tutte le regioni, suggerisce interessanti considerazioni. Per facilità di lettura riportiamo i dati nella tabella 1.

Come si può notare, sul versante dell'integrazione, la riga più nutrita è l'ultima: otto regioni più la Provincia di Trento hanno sviluppato pochi strumenti di integrazione istituzionale e altrettanto scarsi strumenti di coordinamento. Sul livello medio dell'integrazione strutturale troviamo sei regioni, di cui tre hanno fatto ricorso a pochi strumenti di coordinamento, che sono diffusi in maniera più significativa nelle restanti tre regioni. Infine sul livello alto dell'integrazione strutturale, vi sono cinque regioni e la Provincia di Bolzano, al cui interno il ricorso agli strumenti di integrazione è poco o mediamente diffuso.

Per quanto attiene al coordinamento, tenendo comunque in considerazione che il livello alto è toccato da solo due regioni, si può dire che le restanti diciotto si dividono quasi equamente tra livello medio (dieci regioni e la Provincia di Bolzano) e basso (nove regioni e la Provincia di Trento). Si rileva, tuttavia, una maggiore difficoltà delle regioni meridionali anche sul tema del coordinamento: infatti, mentre tra le undici realtà territoriali che sperimentano livelli medi di coordinamento, otto sono del Centro-Nord, sui restanti nove ambiti territoriali (livello di coordinamento basso), ben sei sono collocati al Sud. Indubbiamente, sia al Nord che al Sud vi sono delle interessanti eccezioni, tuttavia destano preoccupazione le Regioni Abruzzo, Molise, Campania e la Provincia di Trento che non sono ancora riuscite a fare passi significativi nella direzione dell'integrazione istituzionale e del coordinamento. Così come l'esperienza di Basilicata, Calabria e Valle d'Aosta dimostra che la sola integrazione strutturale non garantisce di per sé l'esistenza di un livello medio di coordinamento. Emilia Romagna, Toscana e Umbria si collocano a livelli intermedi: media integrazione strutturale e medio-alto coordinamento.

In tema dunque di politiche di integrazione socio-sanitarie, si riconferma un dualismo Centro-Nord e Sud che sembra riconfermare le tesi di Putnam (1993) e Ricolfi (2010), anche se si rilevano inaspettate eccezioni, che, nel bene e nel male, sembrano suggerire che la situazione si sta modificando. Si ricorda a tale proposito che, a partire da dati molto diversi e riferiti al 2006, Ricolfi (2010) distingue (nel bilancio dare-avere, in termini di capacità produttiva e spesa per abitante) tra regioni deboli e regioni forti e all'interno delle due categorie, divide tra regioni assistite, aiutate, spogliate e privilegiate. Tra le regioni deboli, Ricolfi dicotomizza tra quelle assistite (in ordine decrescente: Umbria, Sardegna, Molise, Sicilia, Basilicata e Calabria) e quelle aiutate (in ordine decrescente: Abruzzo, Campania e Puglia); tra le forti abbiamo le regioni spogliate (in ordine decrescente: Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana) e regioni privilegiate (in ordine crescente: Liguria, Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige, Lazio e Valle d'Aosta). La natura dei dati (originati da ricerche non comparabili) non consente di ricostruire i modelli d'integrazione

socio-sanitaria delle regioni e loro collocazione tra le regioni forti e deboli, assistite, aiutate, spogliate e privilegiate. Ma molto verosimilmente alcune situazioni polarizzate sull'asse dell'integrazione strutturale e del basso coordinamento potrebbero anche essere influenzate dai modelli d'impiego e gestione delle risorse pubbliche, che possono inibire o incentivare la sperimentazione di nuove strade o il disinteresse per l'introduzione di strumenti più efficienti ed efficaci di erogazione delle risorse.

Il lavoro di Ricolfi sulla giustizia territoriale, suggerisce che l'introduzione di criteri valutativi inerenti la qualità dei servizi socio-sanitari integrati, la loro efficacia ed efficienza, i costi, la soddisfazione degli utenti oltre che la qualità delle cure, la facilità di accesso, l'unitarietà dell'accesso e della presa in carico, la titolarità degli interventi (diretta da parte dell'ente pubblico, in convenzione o per accreditamento) consentirebbe di valutare in maniera puntuale e pertinente quale modello di welfare locale risponde meglio ai bisogni di cura del territorio che di fatto esso governa.

1.3. Per concludere: i modelli « possibili »

Nonostante un quadro legislativo che ha cercato, nel tempo, di dare alcune risposte ai molteplici interrogativi che le politiche d'integrazione socio-sanitaria sollevano, pur nel rispetto delle autonomie regionali, si può dire che ancora si è nella fase della messa a punto di strategie adeguate ed efficaci. Ha lavorato molto nella direzione dell'approfondimento di tutte le problematiche connesse all'integrazione socio-sanitaria la Fondazione Zancan (VECCHIATO 2000; VECCHIATO ET AL. 2008; BEZZE, VECCHIATO 2007) con un'attenzione sia agli aspetti teorici che empirici (di valutazione in specifiche aree territoriali dell'esistente).

Tab. 2. Livelli di integrazione socio-sanitaria

| Livelli di Integrazione | Strumenti | Contenuti |
|-------------------------|--|--|
| Istituzionale | Accordo di programma; Programma delle attività territoriali (PAT), Piani di Zona (PDZ) | Responsabilità istituzionali: funzioni attribuite agli enti locali e alle AUSL; Finanziamenti; Programmazione |
| Gestionale | Deleghe, associazioni, accesso unitario ecc. | Modalità gestionali: associazioni, deleghe; Ambito gestionale: distretto; Aree di bisogno, livelli essenziali di assistenza, prestazioni |
| Professionale | Cartella unitaria, valutazione multidimensionale del bisogno, lavoro per progetti | Gruppi multiprofessionali; Professioni socio-sanitarie |

Fonte: BEZZE, VECCHIATO 2007.

La specificazione sulla carta dei requisiti essenziali per la realizzazione di politiche integrate, quale si evidenzia nello specchio riassuntivo sopra allegato, si scontra spesso con le difficoltà di verificare come dalla teoria si sia passati alla pratica, quando ci si deve confrontare contemporaneamente con temi che riguardano la salute mentale, l'handicap, la lunga degenza, le dipendenze ecc. Quando in altri termini, si deve tener conto dei modelli organizzativi e professionali che i diversi servizi sanitari e sociali hanno espresso (basti solo ricordare che sulla scacchiera dei servizi sanitari sono presenti tante pedine: medicina di base, specialistica, distretto, ospedale, dipartimenti ecc.).

La complessità del quadro aveva indotto alcuni studiosi (ZURLA 1986) ad assumere la prospettiva della strategia inter-organizzativa: formulare un joint program, senza necessariamente prevedere un livello unico di gestione, programmazione ed erogazione di interventi integrati. In tale prospettiva si proponeva il seguente piano di lavoro:

- stesura di un PDZ con funzione di programmazione;
- individuazione di progetti-obiettivi: riferimento obbligato per l'implementazione di politiche integrate in campo sociale e sanitario, alla cui realizzazione concorre un insieme coordinato di risorse appartenenti ad apparati organizzativi diversi;
- localizzazione delle prestazioni nel distretto: erogazione delle prestazioni;
- équipe di distretto: metodologia di lavoro.

L'esperienza delle società della salute maturata in Toscana dimostra che sono possibili altre e nuove strategie di gestione della complessità dell'integrazione socio-sanitaria.

La necessità di introdurre per molti aspetti alcuni elementi di semplificazione che rendano possibile non tanto la stesura di un piano socio-sanitario integrato, quanto la sua valutazione in termini di efficacia ed efficienza è sottolineata da Longo (2009), che tende a precisare che, in termini organizzativi, diventa prioritario definire, sia nella fase della progettazione che in quella dell'esecuzione, a quale livello di integrazione ci si colloca (istituzionale, gestionale, professionale o dal punto di vista dell'utente fruitore). In considerazione della centralità dell'interesse del consumatore finale (l'utente) che in definitiva è quello che giustifica uno sforzo in direzione della integrazione, Longo (2009) propone di assumere la prospettiva di una «rete interaziendale, definita come un insieme di istituti giuridicamente autonomi, con distinti soggetti economici, caratterizzati da interdipendenze organizzate, per generare valori di sistema distribuito tra i nodi».

Costituiscono tratti distintivi di una rete interaziendale:

- presenza di una pluralità di istituti autonomi, ognuno dotato di un proprio soggetto economico;

- interdipendenza dei nodi;
- le interdipendenze sono organizzate;
- capacità delle reti di distribuire equamente tra i nodi il valore aggiunto di sistema generato;
- disponibilità di tutti i nodi a cedere alla rete alcune prerogative di governo, rinunciando ad alcuni gradi di autonomia.

Per il settore socio-sanitario si possono individuare distinti livelli di analisi del concetto di integrazione, a cui abbinare successivamente precisi strumenti manageriali:

- integrazione delle strategie e delle politiche aziendali;
- integrazioni logistico-organizzative;
- unitarietà diagnostico-terapeutica;
- unitarietà del percorso di fruizione.

In tale prospettiva, l'enfasi sui modelli teorici o ottimali di welfare locali perderebbe molta della sua crucialità, a favore di una progettazione dinamica che costruisce il modello attraverso step alternati di progettazione - implementazione - valutazione - riprogettazione.

Nell'analisi dei modelli di welfare locali visti dalla prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria le ricerche e gli studi condotti sul campo dimostrano quanto possa essere fallace la mera integrazione strutturale, che disegna sulla carta un modello privo dei reali strumenti di coordinamento e quanto, invece, la cultura organizzativa, le pratiche sedimentate nei servizi, la prospettiva olistica come modo di guardare alla qualità della vita degli utenti e della collettività, la conoscenza delle reali risorse delle comunità e dei territori possano favorire una reale e buona integrazione socio-sanitaria dal basso. La crescente complessità organizzativa dei sistemi sociali e sanitari non può essere dominata-controllata da una sorta di Panopticon che tutto vede e sorveglia, ma deve essere affrontata con progetti a termine, sperimentali e sperimentabili, valutati in tutte le loro fasi che rispondono ad alcuni dei problemi-fattori che spesso alimentano la complessità.

La ricerca, di cui si presentano i risultati nella parte successiva del presente capitolo, si è mossa nella direzione di individuare i modelli di welfare locale, in rapporto alle politiche d'integrazione, con l'obiettivo di verificare la corrispondenza fra il dato legislativo e le pratiche e le culture organizzative. Consapevoli dell'estrema difficoltà di ricondurre le diverse aree territoriali all'interno di una modellistica semplificata e tenendo conto che in tema di servizi sociali e sanitari le regioni sono chiamate ad attuare il dettato legislativo nazionale, producendo a loro volta uno specifico quadro istituzionale, nella presente ricerca ad un'analisi precisa e puntuale della normativa regionale in tema di integrazione socio sanitaria, ha fatto seguito una serie di colloqui in profondità con

dirigenti regionali e focus group con funzionari e operatori dei servizi con l'obiettivo di verificare il livello e il grado di attuazione della legge regionale, i nodi critici individuati nel processo di implementazione dei servizi, le difficoltà organizzative, le resistenze da parte di operatori che hanno alle spalle diverse culture professionali, a seconda dell'ente di appartenenza (sanitario o sociale), elementi e fattori che hanno facilitato o meno la transizione verso un modello integrato di servizi sociali e sanitari. Il quadro legislativo è stato analizzato per mettere in evidenza come l'integrazione socio-sanitaria fosse coniugata (definita) dal punto di vista istituzionale, organizzativo e professionale; la testimonianza di dirigenti, funzionari e operatori ha consentito di ricostruire tutto il dibattito interno ai servizi che ha accompagnato la tematica in oggetto che, per molti aspetti, ha rappresentato il valore-obiettivo organizzativo intorno al quale si sono costruite professionalità e competenze di una generazione che, forse, quando uscirà di scena, non avrà nessuno a cui passare il testimone.

La necessità di un confronto tra il piano formale (normativo) e quello concreto delle pratiche e delle scelte operative affonda le sue radici nella consapevolezza che il tema dell'integrazione dei servizi socio-sanitari è per molti versi una sorta di cantiere aperto da quasi quaranta anni, come l'ampia produzione legislativa nazionale e regionale conferma. Quindi nei diversi territori regionali si sono sedimentate pratiche, sperimentazioni, abitudini, tradizioni e modalità di organizzazione e gestione dei servizi che in un modo o nell'altro influenzano il modello di integrazione locale, che ha preso forma e che si può rilevare alla fine del 2010.

2. L'interazione delle politiche in pratica

Lo studio empirico dell'integrazione fra le politiche ha preso in considerazione tre dimensioni: la prima, strettamente culturale, riguarda l'idea di integrazione che emerge dall'analisi della normativa e dalle interviste ai testimoni privilegiati. In questo senso si è cercato di capire quale rappresentazione socialmente costruita¹ le diverse regioni intenda-

1. Con il termine rappresentazione sociale facciamo riferimento al concetto elaborato da Moscovici (1961), secondo il quale un gruppo o una comunità elaborano appunto delle rappresentazioni di un oggetto sociale in modo da permettere ai propri membri di comportarsi e di comunicare in modo comprensibile. Esse non sono «opinioni su...» o un «atteggiamenti verso...» ma «teorie» o «branche di conoscenza vere e proprie» utili per organizzare la realtà; non costruiscono il mondo, ma lo ricostruiscono (culturalmente) perché non partono da un dato grezzo, ma da un fenomeno rilevante (nel nostro caso l'integrazione socio-sanitaria) che viene ri-elaborato. Come sottolinea Jodelet (1991) esse sono elaborate dall'interazione

no offrire dell'integrazione stessa. Le altre due dimensioni sono invece pragmatiche e riguardano l'aspetto istituzionale e organizzativo, che sono stati studiati sia a livello regionale che a livello dei territori.

Per realizzare la ricerca sono state indagate alcune dimensioni che nella letteratura risultano essere riconducibili alla dimensione istituzionale, organizzativa e professionale, citate nella normativa stessa e riprese in diverse altre ricerche che hanno studiato questo stesso oggetto.

Nella nostra ricerca abbiamo però incrociato le dimensioni istituzionale e organizzativa con la variabile territoriale (dimensione regionale/dimensione locale), per cercare di comprendere se e come in mondi così diversi viene progettata e agita l'integrazione.

Una prima dimensione di quadro è data dalla vision dell'integrazione, ossia dalla prospettiva culturale attraverso la quale le regioni leggono l'integrazione delle politiche.

Successivamente, sulla dimensione regionale si è approfondita la struttura organizzativa politica e tecnica e si è analizzato lo strumento principe della programmazione dell'integrazione: il piano regionale (sanitario, socio-sanitario, sociale).

Sulla dimensione territoriale si è indagato anzitutto il disegno istituzionale, cercando di comprendere come la regione abbia disegnato la geografia dell'integrazione.

Si sono poi analizzati gli attori dell'integrazione locale: comuni, aziende sanitarie, province, terzo settore, altri eventuali attori, cercando di metterne in evidenza le competenze specifiche, ma soprattutto le relazioni. Ci si è poi dedicati all'analisi degli strumenti di cui si dotano i territori per agire l'integrazione, dedicando una particolare attenzione ai piani territoriali.

Infine, si è analizzata l'integrazione professionale, cercando di comprendere come essa venga disegnata dalla normativa e come invece sia concretamente agita, in quali luoghi e con quali strumenti.

e dai discorsi circolanti nello spazio pubblico, sono iscritte nel linguaggio e nelle pratiche e funzionano come un linguaggio in quanto svolgono una funzione simbolica e di cornice per l'interpretazione dell'«universo di vita». Potremmo dire che esse sono «teorie» che guidano il comportamento.

2.1. *La dimensione di quadro culturale*

L'analisi ermeneutica, a partire dalle monografie, ha consentito di evidenziare alcune categorie di contenuto ricorrenti sia nella normativa che nelle interviste e nei focus.

A livello normativo emerge la necessità di integrare le politiche in quanto esse devono rispondere ai bisogni delle persone, che non possono essere parcellizzate, ma vanno considerate nella loro integrità.

Mettere al centro delle politiche integrate la persona significa allora dare risposta a bisogni che sono per loro natura complessi.

Come si sottolinea nel Piano della Basilicata, dare risposte integrate ai bisogni dei cittadini che vengono posti al centro delle politiche, attraverso una rivoluzione copernicana che elimina la primazia dei servizi e dell'offerta, significa garantire il «godimento effettivo dei diritti di cittadinanza e quindi di un sistema realmente democratico» (l.r. n. 4/2007, Monografia Basilicata, report di ricerca).

Un modello di questo tipo porta a operare scelte - anzitutto culturali e poi strategiche ed operative - che privilegino la dimensione sussidiaria sia in senso verticale che orizzontale, valorizzando la comunità di vita delle persone come luogo prioritario della costruzione del benessere dei cittadini.

Il modello di riferimento è allora quello del welfare comunitario, come indicato dalle Marche e dalla Liguria: «l'ente pubblico ha il compito di valorizzare "il capitale sociale e realizzare la welfare community, ovvero una comunità solidale"» (PSIR, Monografia Liguria).

Appare ovvio che l'integrazione non deve avvenire solo a livello socio-sanitario, ma deve prevedere una integrazione fra tutte le politiche: solo così infatti viene garantita la presa in carico del benessere globale del cittadino.

«Un sistema che armonizza tutti gli interventi di politica sociale in senso lato: socio-sanitario, assistenza, educazione, lavoro, casa, trasporti, ambiente» (l.r. n. 4/2007, Monografia Basilicata).

Dall'analisi fenomenica sono emerse in particolare due dimensioni di grande interesse: anzitutto il fatto che l'integrazione delle politiche sembra essere implementata soprattutto in quei territori dove sia gli attori istituzionali che i cittadini hanno ben chiara l'idea della necessità di dare (ricevere) risposte articolate a bisogni complessi: «diciamo che in Toscana c'è già di fondo una grande cultura dell'integrazione che viene dalla storia. Questo sicuramente è un qualcosa che ha facilitato la Regione e chi lavora sul territorio. Però bisogna promuoverla, incentivarla, perché comunque non è facile mettere insieme professionalità, percorsi culturali diversi. Quindi anche legare qualsiasi tipo di azione a questo concetto di integrazione. Se si valutano dei progetti, valutare anche come indicatore il livello d'integrazione raggiunto; quando si richiede di raggiungere determinati obiettivi,

valorizzarlo sia a livello di programmazione che a livello di strumenti di valutazione. E poi mettere in campo delle azioni specifiche proprio che servono a fare cultura: sia a livello degli operatori - è fondamentale, sia a livello della cittadinanza, che poi è la domanda. In Toscana quello che si è sempre storicamente notato è che c'è una domanda anche piuttosto qualificata delle persone che si aspettano un certo livello di servizi, si aspettano dal sociale una certa traiettoria» (funzionario regionale, Monografia Toscana).

La seconda dimensione emersa riguarda le criticità che i testimoni, sia della Regione che dei territori, fanno emergere nell'implementazione concreta della integrazione come descritta sopra, criticità che vanno ricondotte soprattutto alle profonde differenze culturali che si sono sedimentati negli anni fra ambito sociale e ambito sanitario.

Ci sono inoltre regioni, come la Sardegna, che avevano in passato già raggiunto buoni livelli d'integrazione, ma che sono state interessate da nuovi cambiamenti che, anziché portare verso forme più evolute di integrazione, hanno di fatto rallentato il passo: «è avvenuta una rivoluzione copernicana, perché con la precedente amministrazione questo servizio si chiamava "servizio di integrazione socio-sanitaria" (oggi si chiama Servizio programmazione e integrazione sociale, ndr) [...] quindi i percorsi di integrazione che avevamo già raggiunto da tanto tempo... puff! E non c'è stato verso: le due cose [sociale e sanitario, ndr] sono state separate nettamente» (Monografia Sardegna).

L'esempio della Sardegna appare emblematico di come la dimensione politica possa influenzare processi virtuosi di integrazione in ambito territoriale, rappresentando in senso positivo lo stimolo per l'attivazione e implementazione dei processi, in senso negativo per l'interruzione di processi virtuosi in atto. Questo secondo caso si dimostra problematico su più aspetti: incide ovviamente sul sistema organizzativo, che si andava strutturando in modo integrato e improvvisamente viene scisso; incide sul sistema motivazionale dei soggetti interessati; incide sulla qualità dei servizi al cittadino; incide sul sistema sociale e sanitario che in alcune zone si auto-organizza indipendentemente dal dettato normativo, creando in questo modo pratiche di integrazione che nascono secondo una logica bottom-up, ma che non hanno riscontro a livello politico.

Nonostante le difficoltà, tuttavia, sembra che la dimensione territoriale locale, quella che nella vision dovrebbe essere l'ambito nel quale maggiormente l'integrazione si realizza, perché più vicina al cittadino, goda di un'abitudine al lavoro comune che favorisce l'integrazione:² «A livello ter-

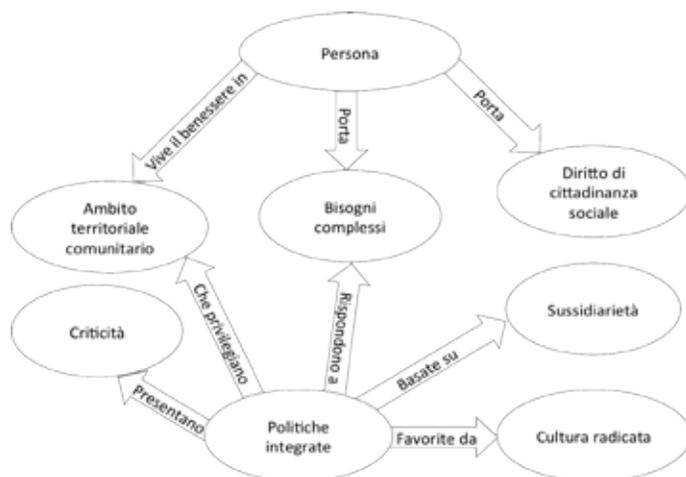
2. Sul tema dell'importanza della risorsa umana per costruire l'integrazione torneremo più avanti.

ritoriale, nonostante le già note difficoltà legate alla carenza di personale da dedicare al lavoro comune, e alle difficoltà legate al fatto di provenire da due ambiti completamente diversi come approccio, emerge una sorta di abitudine al lavoro comune, sviluppata in altri periodi e con altre amministrazioni, che oggi consente di superare, almeno in parte, i problemi maggiori» (Monografia Sardegna).

In sintesi (figura 1) emerge un quadro della «cultura» dell'integrazione in cui la persona, posta al centro delle politiche, è portatrice di un diritto di cittadinanza sociale e insieme di bisogni complessi e articolati, cui solo politiche integrate sono in grado di rispondere in modo organico e non parcellizzato e parcellizzante. Tali politiche sono basate sul principio di sussidiarietà sia verticale (fra i diversi livelli istituzionali) sia orizzontale (fra pubblico, privato sociale, soggetti sociali) e sono favorite dalla presenza di una cultura dell'integrazione e della cooperazione storicamente radicata. Il livello prioritario nel quale creare integrazione è il territorio, in quanto è nell'ambito comunitario che le persone vivono e cercano le risposte per il loro benessere.

La creazione di politiche integrate secondo questa logica si scontra con alcune criticità legate alle culture diverse (soprattutto fra sociale e sanitario) e ai cambiamenti politici.

Fig. 1. La mappa concettuale della vision dell'integrazione



Se dall'analisi della normativa è possibile rilevare due estremi, in merito alle logiche dell'integrazione, che sono rappresentati da una parte dalla logica della distinzione come «necessità di tenere distinto il sociale

dal sanitario ed arginare processi di medicalizzazione del sociale» (Monografia Campania), e dall'altra parte la logica dell'integrazione *ab initio* (Toscana con le Società della salute, Liguria con i distretti socio-sanitari, Basilicata, con la dichiarazione presente nella l. n. 4/2007 che i servizi devono nascere già in modo integrato), esistono poi tutta una serie di indicazioni normative che possono essere riassunte in tre concetti-chiave:

- coordinamento: questo significa che si parte da realtà esistenti separate che devono però lavorare per creare un accordo. Come sottolinea Ferrario (in BISSOLO, FAZZI 2004), possiamo avere coordinamento quando si sviluppano «connessioni tra diverse organizzazioni e professionalità, per rafforzare gli effetti degli interventi sulle persone che richiedono i servizi»;
- concertazione: partendo da posizioni differenti, da politiche/servizi già esistenti e separati, si collabora per trovare soluzioni condivise o armonizzate. È la situazione in cui i soggetti agiscono separatamente, in autonomia, attivando però flussi di comunicazione reciproca. È questa la situazione che potremmo definire di negoziazione classicamente intesa;
- cooperazione: partendo da soggetti diversi si cerca di lavorare in rete, costruendo servizi/progetti/interventi integrati. Questo richiede la messa in atto di comportamenti solidaristici fra attori diversi, accomunati però dalla condivisione di un obiettivo comune.

Dall'analisi della normativa e delle interviste emerge che le tre dimensioni sopra evidenziate non vanno considerate come alternative all'interno della stessa regione o territorio, ma tutte e tre trovano spazio nel dettato legislativo e nella prassi operativa. La discriminante per quanto riguarda il livello d'integrazione sembra essere da una parte la presenza o meno di una cultura cooperativa del territorio, e dall'altra l'ambito di intervento (ad esempio l'integrazione è molto presente nella non autosufficienza, ma meno nell'ambito dei minori, questo anche perché nel settore della non autosufficienza è apparentemente più immediato cogliere il nesso fra sociale e sanitario).

2.2. La dimensione regionale

L'analisi della dimensione regionale dell'integrazione socio-sanitaria è stata realizzata ricostruendo:

- l'organizzazione politica;
- l'organizzazione tecnica;
- gli Strumenti dell'integrazione;
- la Percezione dell'integrazione (ovviamente questa dimensione interessa solo la parte fenomenica).

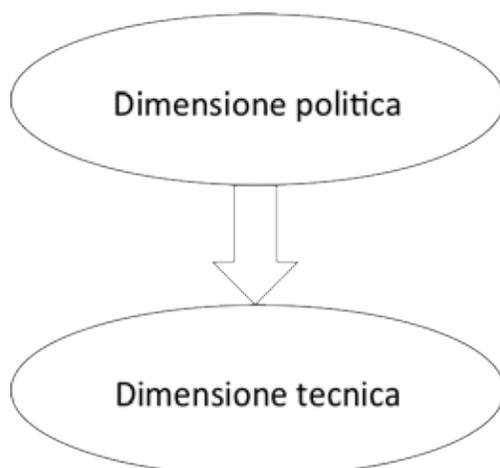
L'organizzazione politica è stata ricostruita attraverso l'analisi dell'organizzazione degli assessorati, verificando - attraverso lo studio dei siti istituzionali delle regioni - l'esistenza di un unico assessorato che accorpa le deleghe sul sociale e sul sanitario (unitarietà strategica) o, viceversa, l'esistenza di più assessorati (negoziato strategica) che incidono sul sociale e sul sanitario. Analogamente si è verificato se dal punto di vista tecnico esistesse una direzione/dipartimento unico che integrasse sociale e sanitario (unitarietà tecnica) o se viceversa fossero separati (negoziato tecnica). Al 31/12/2010 la situazione era la seguente:

Tab. 3. L'organizzazione tecnico- politica

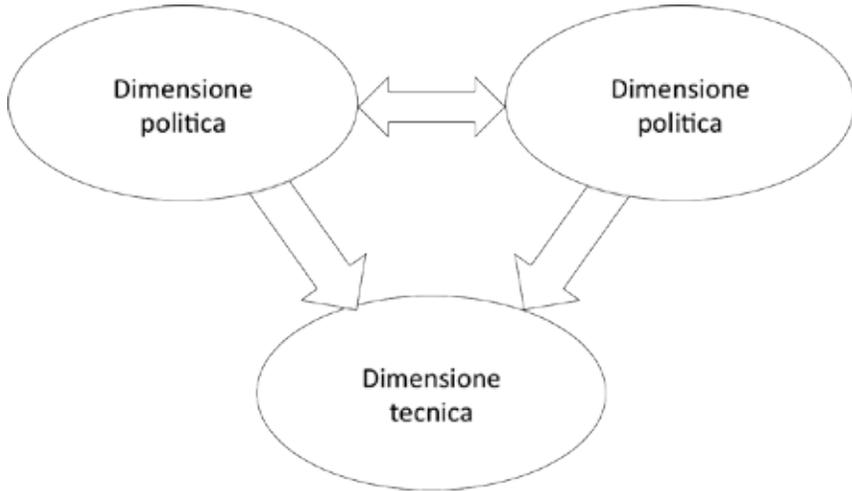
| | Unico Dipartimento/Direzione Unitarietà tecnica | Più Dipartimenti/Direzioni Negoziato tecnica |
|--|--|---|
| Unico Assessorato Unitarietà strategica | Basilicata, Friuli Venezia Giulia | Sardegna |
| Più Assessorati Negoziato strategica | Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Umbria, Veneto | Campania, Marche, Molise, Puglia |

Dalla tabella sopra riportata emergono di fatto quattro tipologie di situazioni strategico-operative.

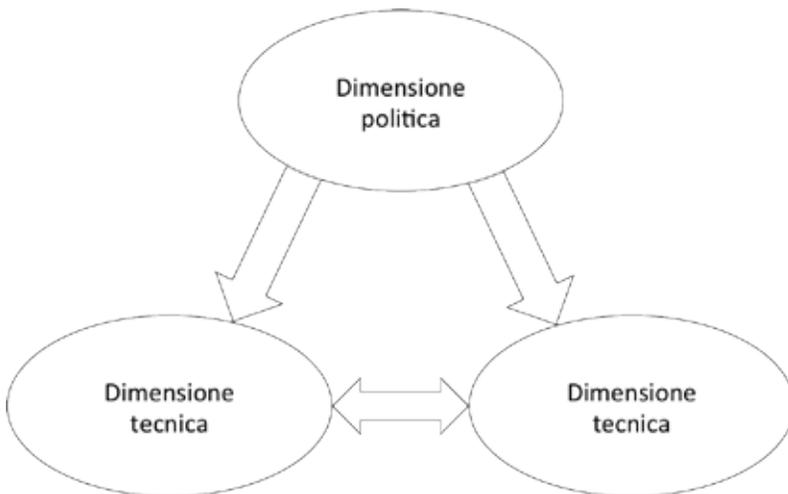
1. La situazione in cui c'è sia unitarietà strategica che tecnica: appare questa una situazione apparentemente di facile gestione in quanto la «filiera» politico-tecnica è lineare:



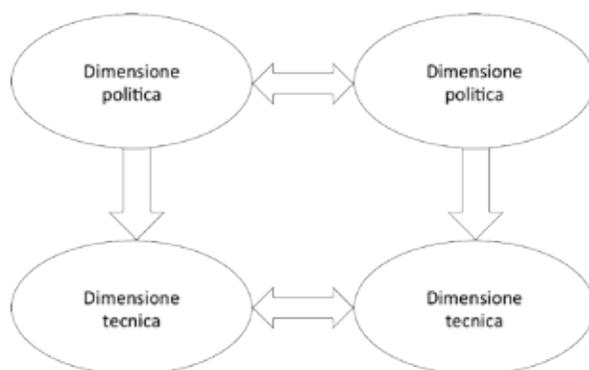
2. La situazione in cui vi sono più assessorati chiamati dunque a negoziare le strategie politiche di integrazione, a fronte di una sola struttura tecnica: il problema qui può essere quello dei processi comunicativi sia a livello orizzontale che verticale:



3. La situazione in cui vi è una unitarietà strategica, ma vi sono più strutture organizzative: apparentemente anche questa sembra essere una situazione non problematica, a patto che le strutture organizzative abbiano sviluppato un habitus di tipo collaborativo-negoziante:



4. La situazione della doppia negoziazione, in cui abbiamo più assessorati e più dipartimenti/direzioni: questo chiede dunque un doppio livello di integrazione, e sembra essere il modello più complesso da realizzare:



Alcune regioni in cui le competenze politiche in materia sociale e sanitaria sono suddivise in più assessorati hanno istituito degli organismi che hanno il compito di favorire l'integrazione attraverso funzioni di coordinamento:

- la cabina di regia regionale per l'integrazione delle politiche sociali e sanitarie nelle Marche e in Emilia Romagna;
- il coordinamento regionale permanente per la programmazione socio-sanitaria in Campania;
- il centro per l'integrazione socio-sanitaria in Molise.

La Puglia ha creato un Servizio programmazione sociale e integrazione socio-sanitaria, che tuttavia sembra interfacciarsi solo con l'ambito sociale. Anche il Friuli Venezia Giulia, pur avendo una struttura unitaria sia a livello politico che tecnico, ha creato una struttura di coordinamento, il Comitato per l'integrazione delle politiche per la cittadinanza sociale.

Dall'analisi della normativa emerge chiaramente che lo strumento prioritario per la programmazione regionale è rappresentato dal piano regionale sociale, o sanitario, o socio-sanitario.

Abbiamo indagato dunque se la normativa prevede³ la stesura di un

3. Sottolineiamo che qui facciamo riferimento a quanto previsto dalla normativa, e non quanto in concreto esiste nelle diverse regioni: questa parte sarà oggetto di studio nella

unico piano o viceversa di piani distinti, assumendo che l'esistenza di un unico strumento programmatico fosse indicatore di una volontà concreta di costruire l'integrazione in un'ottica strategica. Nella tabella di seguito la situazione al 31/12/2010.

Tab. 4. I piani regionali

| 2 piani distinti | Unico piano con parti separate | Unico piano |
|--|--------------------------------|--|
| Ma armonizzati (Marche, Campania, Emilia Romagna, Liguria) | Basilicata | Veneto (1996-1998) |
| Entrambi con una parte sull'integrazione ss (Umbria) | | Toscana |
| Con parte dei LEA condivisa (Puglia) | | Approvata solo la parte sanitaria (Sardegna) |
| Molise, Friuli Venezia Giulia | | |

Dall'analisi delle interviste ai dirigenti regionali si è ricavato un quadro in merito alla gestione concreta dell'integrazione a livello istituzionale.

Alcune regioni hanno evidenziato l'efficacia della struttura organizzativa così come è stata disegnata nella analisi normativa. È il caso della Liguria, dove la presenza di un'unica struttura di coordinamento può facilitare i processi, nonostante alcune difficoltà: «Diciamo che il fatto di essere un unico Dipartimento aiuta sicuramente, anche se poi in realtà noi ci sentiamo sempre un po' i parenti poveri della sanità [...]. C'è un po' di difficoltà a creare questa cultura [dell'integrazione], che in effetti non è così semplice, e poi comunque il fatto di avere un Dipartimento unico ma di avere due assessori, comunque, ci sono i pro e i contro [...] perché per esempio la stessa strategia che si discute a livello tecnico con il direttore e poi va discusso appunto con l'uno e poi con l'altro assessore» (dirigente regionale, Monografia Liguria).

Anche l'Umbria vede facilitata la sua attività di integrazione socio-sanitaria dall'esistenza di un'unica direzione: «avere una direzione sanità e servizi sociali in qualche modo facilita l'integrazione tra le politiche sociali e sanitarie [...] è un elemento che ci permette di lavorare con

parte di analisi fenomenica. È opportuno inoltre tenere presente che alcune regioni sono in fase di cambiamento per quanto riguarda l'applicazione della normativa e dunque il dettato normativo e la prassi non sempre corrispondono.

documenti di programmazione molto aggiornati» (dirigente regionale, Monografia Umbria).

In Emilia Romagna, invece, viene evidenziata l'efficacia della cabina di regia che aiuta a mantenere forti rapporti collaborativi tra l'Assessorato politiche per la salute e l'Assessorato alla promozione politiche sociali educative per infanzia e adolescenza, immigrazione, volontariato, associazionismo, terzo settore.

In alcune regioni, invece, le interviste ai dirigenti regionali hanno permesso di mettere in luce come, seppure previsti dalla normativa, gli strumenti d'integrazione non funzionino, come nel caso della cabina di regia delle Marche, la Consulta regionale in Basilicata o il Centro per l'integrazione socio-sanitaria in Molise (quest'ultimo trasferito dalla Regione all'Azienda sanitaria proprio per potenziarne l'efficacia).

Sono stati rilevati anche altri strumenti formali nei quali l'attività di cooperazione consente di costruire l'integrazione delle politiche, soprattutto fra sociale e sanitario, che non erano emersi dall'analisi della normativa. Tali strumenti possono essere distinti in due categorie: quelli generali, ossia trasversali rispetto agli ambiti nei quali si realizza l'integrazione, e quelli specifici, ossia quelli che riguardano particolari ambiti di intervento (minori, anziani, non autosufficienza ecc.).

Tra i primi è possibile ulteriormente distinguere tra i soggetti dell'integrazione e i processi dell'integrazione: tra i primi indichiamo il Comitato tecnico di revisione (Toscana), la Conferenza di direzione (Umbria), le conferenze di servizio per fornire pareri congiunti su atti; tra i secondi figurano tutta una serie di procedure formalizzate come la diramazione degli atti in Friuli Venezia Giulia, che impone al soggetto che predispone l'atto di diramarlo, ossia di renderlo noto alle altre direzioni e di cogliere il loro parere prima della sua approvazione definitiva, oppure lo scambio di documenti tra le Direzioni per l'integrazione e la condivisione dei contenuti, come accade in Veneto.

Anche gli strumenti d'integrazione settoriale possono essere suddivisi in due categorie: i luoghi e i documenti. Nel primo caso abbiamo i tavoli intersettoriali e i gruppi di lavoro in Toscana, i tavoli di coordinamento su tematiche di settore (Friuli Venezia Giulia), i tavoli integrati e il Co.Co. Asse (Campania), i gruppi tecnici misti e il gruppo tutela in Veneto, i tavoli in Liguria, i gruppi di lavoro in Puglia. I documenti riguardano ad esempio il piano d'azione regionale per la popolazione anziana in Emilia Romagna (nel 2010 è stato introdotto anche quello per le giovani generazioni).

Da molte interviste emerge l'importanza della dimensione informale dell'integrazione, che può essere di sostegno all'integrazione formalmente disegnata, oppure sostitutiva di un'integrazione formale inefficace.

I colloqui con i dirigenti hanno inoltre consentito di mettere in luce una serie di criticità che rendono problematico il processo di integrazione, riconducibili sotto l'etichetta generale di «cultura»: «a mio parere c'è anche un problema di crescita culturale, di contaminare le culture [...] ci deve essere un reciproco riconoscimento, se le culture non si riconoscono, ma c'è la gara alla supremazia l'integrazione non si farà mai. Siccome la sanità è un settore forte e il sociale è un settore debole si rischia questo» (dirigente regionale, Monografia Umbria).

«Resta sullo sfondo una percezione di scarsa valorizzazione dell'attività sociale rispetto ad altri servizi regionali (come notava un dirigente del Servizio politiche sociali: "Siamo [considerati] un peso, siamo una spesa"), accompagnata e in parte contrastata da una maggiore sensibilità da parte del livello politico verso il sociale» (Monografia Marche).

I cambiamenti politici uniti alla dimensione culturale sopra riportata hanno, nel caso della Sardegna, un peso rilevante nell'aver fatto passi indietro nel processo d'integrazione che stava vivendo una stagione di grande vivacità, come abbiamo già segnalato in precedenza.

Interessante è notare come sia presente anche una cultura dell'integrazione che legge l'integrazione esclusivamente in termini prestazionali, senza prevedere alcun disegno unitario a livello istituzionale: «il socio-sanitario non è una forma istituzionale di erogazione ma è una funzione e in quanto funzione si esplica attraverso un'offerta di servizi che, in qualche modo, in sede di intervento sul cittadino, sia unificata. Ma questo non significa che abbiamo bisogno di una équipe unitaria per fare questo. C'è bisogno che ci sia una integrazione della capacità di destinare la prestazione, non della forma erogativa della prestazione stessa» (dirigente regionale, Monografia Campania).

Dall'analisi delle monografie si è cercato di rilevare la percezione dell'integrazione a livello regionale (di istituzione Regione, dunque) a partire dalle parole dei dirigenti stessi.

Tab. 5. Percezione dell'integrazione a livello regionale

| Bassa | Media Tendente al basso Tendente all'alto | Alta |
|----------|---|--|
| Campania | Friuli Venezia Giulia Molise Basilicata Marche Sardegna Puglia Umbria | Emilia Romagna Toscana Veneto Liguria |

La tabella sopra riportata dimostra come buona parte delle regioni analizzate siano percepite dai dirigenti stessi come collocate in una posizione alta o medio-alta dell'integrazione socio-sanitaria.

In particolare Basilicata, Puglia e Umbria, a detta dei dirigenti, stanno operando in modo molto determinato nella costruzione dell'integrazione, sia a livello formale che informale: questo colloca le suddette regioni in una posizione media di integrazione, tendente però verso la piena integrazione.

Le regioni collocate nella dimensione di interazione media tendente al basso risentono talvolta di cambiamenti istituzionali che hanno bloccato processi di integrazione che erano già ben avviati e hanno fatto retrocedere la regione a livelli medio-bassi di integrazione. È ad esempio il caso della Sardegna, del Molise e delle Marche.

La regione Friuli Venezia Giulia sta lavorando in un'ottica di integrazione, ma i risultati sembrano essere ancora lontani: «posto che gli odierni obiettivi tendono tuttora all'integrazione delle politiche non solo della salute e della protezione sociale ma anche di quelle per i trasporti, la casa, il lavoro, l'ambiente ecc., l'organizzazione regionale deve ancora lavorare molto per promuovere e facilitare la realizzazione di interventi multisettoriali. Le strutture e l'organizzazione dei diversi sistemi ed in particolare di quello sanitario e sociale, sono ancora molto diverse in quanto derivano da norme confezionate separatamente per ogni singolo sistema a cui ancora non sempre è facile vengano affidati obiettivi integrati» (Monografia Friuli Venezia Giulia).

Un caso particolare riguarda la Campania: come abbiamo già sottolineato sopra, vi è una visione dell'integrazione di tipo prestazionale, dunque sembra non essere necessario creare integrazione a livello istituzionale, demandando di fatto tutto alla dimensione operativa: «molto spesso rimangono mondi separati anche il sociale e la sanità. Fino a quando viene lasciato tutto sulla base della volontarietà dell'operatore che ci lavora, non può funzionare o può funzionare fino a un certo punto. Gli assessorati sanitari e del sociale si dovrebbero parlare e stabilire delle regole, perché ci sono delle sovrapposizioni, dello spreco di risorse, interventi che ancora oggi non si sa chi deve fare (focus group, Monografia Campania).

C'è da dire che spesso la programmazione sociale e quella sanitaria non vengono integrate, anche per quanto riguarda i tempi di realizzazione. Le linee guida non sono le stesse e, addirittura, fino a qualche anno fa, anche le schede di rilevazione non erano le stesse. Ci sono state queste difficoltà che stiamo cercando di superare» (referente ASL, Monografia Campania)

L'analisi dell'organizzazione (istituzionale e tecnica) e più ancora della prassi dell'integrazione a livello regionale ha messo in evidenza la centralità dei processi di negoziazione sia in termini strategici (dimensione politica) che in termini di coordinamento organizzativo. L'analisi ha consentito di

mettere in luce tutta una serie di strumenti e di prassi che hanno appunto la caratteristica di favorire la negoziazione. Ora, proprio su quest'ultimo concetto è opportuno operare qualche riflessione. Anzitutto emerge come la negoziazione sull'integrazione socio-sanitaria veda coinvolti quasi esclusivamente gli attori istituzionali, tralasciando il terzo settore, i cittadini, le famiglie. Questo appare in contrasto con la vision dell'integrazione dichiarata (e che abbiamo visto poco sopra): se al centro delle politiche c'è la persona, essa va considerata nelle sue relazioni, nel contesto ambientale in cui vive, che rappresenta non solo la cornice della sua esistenza, ma una trama di rapporti significativi (informali e formali) che possono concorrere a garantirne il benessere.

Una seconda osservazione riguarda in modo particolare l'analisi fenomenica: in essa emerge infatti il valore della dimensione informale quale luogo in cui attraverso relazioni fiduciarie legate alla pratica quotidiana vengono affrontati e risolti problemi in merito al tema dell'integrazione. Come ricorda Giddens, «fiducia significa confidare nell'affidabilità di una persona o di un sistema in relazione a una determinata serie di risultati o eventi, laddove questo confidare esprime una fede nella probità o nell'amore di un altro oppure nella correttezza di principi astratti» (GIDDENS 1994, p. 42). Appare allora evidente l'importanza del fattore umano, del clima organizzativo. Meglio, potremmo dire che diventa strategico il livello di capitale sociale emergente dalle relazioni fra gli attori (individuali e collettivi), intendendo per capitale sociale «quelle caratteristiche - di forma e contenuto - inerenti alla struttura delle relazioni sociali che facilitano l'azione cooperativa di individui, famiglie, gruppi sociali e organizzazioni in genere [...] un certo tipo di relazioni sociali, e precisamente quelle relazioni in cui le persone mostrano e praticano al fiducia reciproca e seguono norme di cooperazione, solidarietà, reciprocità» (DONATI 2003, p. 33).

Ma se quanto sopra affermato è vero, ne consegue che con il termine negoziazione non possiamo più considerare soltanto «un insieme di transazioni mediante cui i diversi attori pervengono ad una decisione congiunta inerente un problema la cui soluzione rappresenta un fine comune, ma rispetto alla quale essi posseggono obiettivi divergenti» (PALERMO 2011, p. 103). Sia che si tratti di una negoziazione distributiva, e dunque a somma zero, per cui qualcuno guadagna e qualcuno perde, sia che si tratta di una negoziazione integrativa, e dunque un gioco a somma variabile, in ogni caso ci troviamo davanti ad un processo che non mette in gioco la costruzione di un senso comune, e dunque non va ad incidere sulle rappresentazioni culturali, sul significato condiviso di cosa sia integrazione, del perché vada perseguita, del come vada costruita ecc.

Se invece intendiamo la negoziazione come processo di co-costruzione dei significati, allora appare evidente la portata culturale della negoziazione.

ne, che diventa peraltro intrinseca alla riflessività che deve accompagnare necessariamente le pratiche sociali del postmoderno.

In questo senso appare allora possibile creare una circolarità virtuosa tra rappresentazione culturale e prassi di progettazione negoziata e fenomenicamente ancorata dell'integrazione, perché le due dimensioni (cultura e prassi) non appaiono più sganciate l'una dall'altra, ma si compenetrano generandosi a vicenda.

2.3. La dimensione territoriale

La dimensione territoriale rappresenta, nella nostra ipotesi di lavoro, il vero luogo nel quale l'integrazione trova una sua collocazione strategica, e nella quale è effettivamente possibile valutare il livello di integrazione delle politiche, conoscerne i meccanismi concreti, rilevarne le strategie.

L'analisi della normativa

Un primo elemento di analisi riguarda l'organizzazione del territorio: ci si è chiesti, di fatto, attraverso quale struttura istituzionale deve essere costruita l'integrazione socio-sanitaria a livello territoriale.

L'analisi della normativa ha consentito di rilevare tre idealtipi organizzativi:

- la collaborazione organizzativa, in cui ambiti sociali e distretti sanitari coincidono territorialmente, ma afferiscono a organizzazioni diverse;
- l'inclusione organizzativa, in cui ambito sociale e distretto sanitario coincidono territorialmente ma sono inclusi in una struttura organizzativa sovraordinata;
- l'integrazione organizzativa, in cui esiste un'unica struttura che ricopre le funzioni sociali e sanitarie in modo integrato.

Il primo caso è diffuso in dieci delle dodici regioni oggetto del nostro studio: Basilicata (dove il distretto sanitario prende il nome di distretto della salute), Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Puglia, Sardegna, Umbria (dove gli ambiti sociali prendono il nome di zone sociali), Veneto (dove l'ambito sociale coincide con l'azienda socio-sanitaria).

Il caso dell'inclusione organizzativa è rappresentato dalla Liguria: «Il distretto socio-sanitario è la dimensione territoriale in cui si integrano le funzioni [...] socio-sanitarie (l.r. n. 12/2006, art. 9, c. 1). Per questo motivo, il distretto socio-sanitario coincide con il distretto sanitario e con la zona sociale. Le sue funzioni riguardano, in particolare, la gestione delle funzioni sociali complesse, già affidate alle zone sociali; le funzioni connesse alla non autosufficienza, a partire dalla valutazione multidimensionale, al Piano di assistenza individualizzato (PAI), alla domiciliarità integrata e alla

residenzialità a ciclo continuativo e diurno; le prestazioni sociali a rilievo sanitario (d.lgs. 229/1999)» (Monografia Liguria).

Il caso dell'integrazione organizzativa è rappresentata invece dalla Regione Toscana, che ha avviato la sperimentazione delle Società della salute: «La l.r. n. 40/2005, all'art. 2, definisce la società della salute come la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale e i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate» (Monografia Toscana).

La coincidenza delle zone sociali con i distretti fa sì che questi siano gli ambiti territoriali nei quali concretamente deve essere gestita in termini programmatori e concreti l'integrazione socio-sanitaria. Appare rilevante allora studiare il ruolo che gli attori del territorio (comuni, aziende sanitarie, province) giocano nella costruzione dell'integrazione.

In generale, è possibile ricondurre il ruolo delle province, laddove citato, in due categorie:

- funzione di supporto alla programmazione (Basilicata, Molise, Toscana, Liguria);
- funzione di partecipazione alla progettazione (dei PDZ o altrimenti denominati) (Sardegna, Puglia, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia).

Nel primo caso troviamo che le province, con gli osservatori, forniscono dati e informazioni elaborate; supportano la sperimentazione di servizi innovativi in aree vaste; progettano e gestiscono la formazione degli operatori; fungono da garanti per la correttezza delle carte di qualità dei servizi.

Altre regioni prevedono invece una partecipazione più attiva delle province nell'attività di progettazione/programmazione dell'integrazione: questo avviene in Puglia dove «le province concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, concorrono alla definizione e attuazione dei PDZ ed esercitano le funzioni di coordinamento delle attività di programmazione e di realizzazione della rete delle attività socio-assistenziali art. 17, l.r. n. 19/2006» (Monografia Puglia).

In Friuli Venezia Giulia le province concorrono alla programmazione del sistema integrato, partecipando in particolare alla definizione e attuazione dei PDZ (l.r. n. 6/2006, art. 9, c. 1).

Più complicata è la situazione in Sardegna, dove «L'obiettivo finale è la realizzazione della gestione unitaria dei servizi a livello provinciale, in quanto ambito sovrapponibile con le aziende sanitarie» (Monografia Sardegna).

In realtà in Sardegna è ancora in vigore la l.r. n. 23/2005, che all'art. 7, pur attribuendo alle province una quantità di funzioni, non attribuisce loro un ruolo cardine nella programmazione locale come previsto dal piano sociale regionale, riconducendo la funzione della provincia a quella che sopra abbiamo definito di supporto.

Tab. 6. Il Comune come figura centrale nell'integrazione

| | |
|-----------------------|---|
| SARDEGNA | La l.r. 23/2005 attribuisce ai comuni un ruolo centrale, stabilendo che essi sono, in attuazione del principio di sussidiarietà, titolari di tutte le funzioni amministrative concernenti la programmazione, realizzazione e valutazione del sistema integrato (Monografia Sardegna). |
| FRIULI VENEZIA GIULIA | I comuni sono titolari della funzione di programmazione locale del sistema integrato (Monografia Friuli Venezia Giulia). |
| LIGURIA | Il sistema integrato dei servizi si realizza grazie alla valorizzazione delle risorse del territorio, infatti è nella comunità locale che l'individuo gode dei suoi diritti di cittadinanza (PSIR, parte prima, cap. 4, p. 26). Per questo motivo le amministrazioni locali assumono un ruolo primario (PSIR, parte prima, cap. 3, p. 22) e i comuni diventano il luogo strategico delle politiche integrate (Monografia Liguria). |
| MARCHE | La d.g.r. 720/2007 affida al governo locale della programmazione socio-sanitaria al livello politico locale (il Comitato dei sindaci quale riferimento istituzionale), e ai tavoli territoriali. «Il Comitato dei sindaci governa a livello di ambito sociale la definizione e la regia del Piano di zona, del PSC [Piano comunitario di salute] e del PAD [Piano delle attività distrettuali] e si promuove quale sede in grado di connettere queste politiche con le strategie di sviluppo del territorio» (Piano sociale, p. 38; Monografia Marche). |
| BASILICATA | Il comune è titolare della programmazione ed essa viene gestita a livello di Ambito socio-territoriale. Esso quindi viene riconosciuto come «sede permanente di governo, concertazione e controllo» (l.r. 4/2007, art. 8, c. 1) della rete dei servizi integrati (Monografia Basilicata). |
| UMBRIA | «L'ATI garantisce, fermo restando la titolarità politica e la rappresentanza democratica del Comune, l'unitarietà degli interventi nel settore sociale, la territorializzazione di un sistema di servizi a rete, l'operatività degli Uffici della cittadinanza [...] organizzati nelle Zone sociali. L'ATI fornisce indicazioni al territorio per conferire omogeneità alla pianificazione sociale di zona, per l'equa distribuzione territoriale delle risorse e per l'integrazione con le altre politiche di welfare, attraverso un atto di indirizzo triennale» (PSOCR, p. 31). (Monografia Umbria). |
| CAMPANIA | A livello locale, invece, la l. n. 11/2007 prevede che i comuni associati in ambiti territoriali e ASL di riferimento, raccordino, attraverso opportuni tavoli di concertazione e la sottoscrizione di relativi protocolli d'intesa, i rispettivi atti programmatori (Monografia Campania) |

Tab. 7. Strutture e funzioni dei comuni associati⁴

| | Denominazione struttura | Linee di indirizzo per l'integrazione ss | Promozione del processo per la stesura dei PDZ | Stipula di accordi di programma | Delega alle ASL delle funzioni sociali dei comuni | Altro |
|-----------------------|--|--|--|---|---|---|
| Basilicata | Conferenza istituzionale d'ambito | | Si (PISS) | Si | | |
| Emilia Romagna | Conferenza territoriale sociale e sanitaria | | | Si (Accordi di integrazione sociosanitaria) | Si | Integrazione dei PDZ con i piani della salute |
| Friuli Venezia Giulia | Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale | Si | Si | Si | Si | Individua con ASL le attività per la programmazione congiunta PAT/PDZ; attiva tavoli tematici |
| Marche | Comitato dei sindaci di distretto | Si | Si | | No | Tavoli territoriali di consultazione |
| Molise | Comitato dei sindaci | | | | | Approva il Programma delle attività territoriali di distretto per l'integrazione ss/ Stipula protocolli d'intesa tra ambiti e distretti |
| Sardegna | Conferenza di programmazione dei PLUS | | | Si | | Convenzioni tra comuni associati e ASL |
| Umbria | Conferenza di zona sociale | | Si | Si | | Recependo le proposte del Distretto e della Zona adotta il PAT del Distretto come parte integrante del PDZ |
| Veneto | Conferenza dei sindaci | Si | Si | Si | Si | Fornisce indirizzi programmatici per il piano dell'Azienda USSL che recepisce il PDZ |

4. Quando la casella è vuota significa che il dato non è disponibile nella monografia regionale. Se invece l'elemento è esplicitamente negato nella normativa, in casella si trova il «no».

Assai più rilevante in termini di significatività appare invece la dimensione comunale (per lo più nella forma dei comuni associati, ma non necessariamente): nella maggior parte delle regioni, infatti, la normativa prevede che sia questo il luogo privilegiato dove programmare e gestire l'integrazione, come si evince dalla tabella sotto riportata.

Tre regioni sembrano invece indicare nella normativa il distretto, e dunque l'articolazione dell'ambito sanitario, quale luogo privilegiato in cui programmare e gestire l'integrazione: si tratta dell'Emilia Romagna, del Veneto e del Molise.

Un caso particolare è rappresentato dalla Toscana, che vede nella nuova struttura delle società della salute il luogo nel quale viene progettata e gestita l'integrazione.

In otto regioni sulle dieci che, come abbiamo visto sopra, presentano un'analogia organizzazione territoriale, è stato possibile individuare modalità analoghe di gestione delle pratiche dell'integrazione. In generale, infatti, è possibile trovare - seppure con specificazioni regionali diverse - una struttura simile rappresentata dall'assemblea/conferenza dei sindaci di ambito/distretto che definisce le linee di indirizzo per l'integrazione socio-sanitaria sul territorio, attiva il processo programmatico per la stesura dei PDZ (o altrimenti detti) e promuove gli accordi di programma per l'attuazione di PDZ. Questa organizzazione è stata rinvenuta in Friuli Venezia Giulia, Molise, Marche, Basilicata, Veneto, Emilia Romagna, Sardegna, Umbria, come da tabella sotto riportata.

Campania e Puglia, pur condividendo l'organizzazione territoriale con il gruppo di regioni sopra riportato, presentano però un'organizzazione diversa: nelle monografie non sono state ritrovate infatti strutture organizzative come quelle sopra descritte per le altre regioni. In particolare, per la Puglia viene evidenziato come l'integrazione passi attraverso la coincidenza dei tempi di approvazione dei piani sociali di zona (PDZ) e dei PAT dei distretti, che seguono l'approvazione dei PAL delle ASL. Inoltre si sottolinea la necessità di un raccordo fra PDZ e PAT, ma non vi è la esplicitazione delle strutture organizzative che devono provvedere a garantire tale raccordo.

Tab. 8. Strumenti di integrazione locale

| Unico piano locale | Piani locali separati ma armonizzati | Accordo di programma | Altri strumenti |
|--|--|---|--|
| Emilia Romagna (PDZ) Sardegna (PLUS - Piano Locale unitario dei servizi del distretto) Liguria (Piano di ambito; sperimentazione del Piano regolatore sociale) Toscana (PIS - piano integrato di salute) Basilicata (PISS) | Campania (PAT e PDZ) Friuli Venezia Giulia (PDZ e PAT devono coincidere per la parte delle attività socio-sanitarie) Puglia (PAT e PDZ - reciproca complementarità e coerenza) Umbria (PAL, PAT e PDZ - quest'ultimo adotta il PAT) Marche (PAD - Piano di ambito distrettuale, Piano di ambito sociale e Piano delle attività zonali devono essere armonizzati) Veneto (PDZ e PAT - piano generale dell'azienda ULSS che recepisce il PDZ) Molise (Piano sociale di zona coordinato con il PAT) | Emilia Romagna (per disciplinare interventi integrati relativi a specifiche aree) Friuli Venezia Giulia (Per approvazione dei PDZ - firma del sindaco e del direttore dell'azienda sanitaria) Liguria (per approvare il Piano di ambito) Toscana Umbria Basilicata | Emilia Romagna (delega) Friuli Venezia Giulia (tavoli tematici di lavoro tra distretti e SSC; delega) Liguria (convenzioni tra asl e comuni per la gestione di alcuni servizi) Toscana (il PAL quinquennale dell'azienda sanitaria recepisce il PIS triennale) Marche (i tre piani concorrono a costituire il piano comunitario della salute che ha valenza sovrazonale; prospettiva che Piani di ambito e PAD diventino un unico atto o due ma con parti unitarie) Veneto (Delega) |

In Campania, invece, si indica la necessità di una coincidenza nella programmazione di ambito e distretto e della creazione di strutture/strumenti di raccordo quali i tavoli e i protocolli di intesa fra PAT, PAL e PDZ, senza però entrare nel dettaglio.

Toscana e Liguria, invece, evidenziano nelle strutture specifiche delle SDS e dei distretti socio-sanitari e nei loro organismi di governo e gestione i luoghi di integrazione.

Dall'analisi delle monografie risulta che a livello normativo lo strumento principe per la costruzione dell'integrazione a livello territoriale è rappresentato dai piani locali (PDZ, piani di ambito, piani attuativi ecc.).

Appare dunque interessante provare ad analizzare quali sono le scelte strategiche dei diversi territori regionali per quanto riguarda la stesura dei piani locali e l'utilizzo di eventuali altri strumenti di integrazione a integrazione dei piani.

Dalla tabella sopra riportata è dunque possibile identificare diverse modalità di gestione dell'integrazione a livello locale, riconducibili a quattro categorie (le prime due alternative fra di loro, ma non con le ultime due):

1. l'unitarietà del piano locale che contiene le indicazioni per i due ambiti, sociale e sanitario, garantendone l'integrazione;

2. il raccordo/compatibilità fra piani sociali sanitari distinti, ma armonizzati;
3. gli accordi di programma che possono interessare o l'adozione dell'intero piano, oppure parti di esso;
4. altri strumenti che vanno dall'attivazione di tavoli congiunti sociale-sanitario, all'attivazione di convenzioni fra comuni e ASL per la gestione di servizi ad alta integrazione, allo strumento della delega dai comuni alle ASL delle funzioni sociali.

L'analisi della normativa ha consentito di raccogliere un elenco completo degli strumenti di integrazione professionale previsti dalla legge nelle diverse regioni oggetto di studio. Tali strumenti sono stati raggruppati in tre categorie ideal-tipiche:

- gli strumenti di integrazione tra le professioni, ossia quegli strumenti che consentono di raccordare la dimensione professionale tout court, favorendo quindi un reciproco riconoscimento professionale basato sulla conoscenza ed il rispetto delle diverse professionalità coinvolte nel processo di integrazione, sulla comprensione e la condivisione dei linguaggi, su una formazione culturale orientata in modo omogeneo, sulla condivisione di linee guida in merito alle attività connesse all'integrazione socio-sanitaria;
- gli strumenti di front office, ossia quegli strumenti che consentono al cittadino di accedere direttamente al sistema integrato, evitando così la dispersione fra molteplici punti di accesso;
- gli strumenti di back office, legati alla gestione unitaria e integrata dei casi, attraverso strumenti inerenti la pratica professionale, piuttosto che a sistemi informativi.

Nella tabella sotto riportata sono indicati gli strumenti - suddivisi per categoria di analisi - reperiti nelle normative delle regioni oggetto della ricerca.

Tab. 9. Gli strumenti dell'integrazione professionale

| | | |
|---|--|---|
| Integrazione tra le professioni Formazione congiunta: Emilia Romagna Linee guida comuni: Molise Strumenti di lavoro multi professionali: Sardegna; Friuli Venezia Giulia | Accesso integrato Veneto; Marche (uffici di promozione sociale); Toscana; Emilia Romagna; Sardegna; Friuli Venezia Giulia; Marche; Molise; Campania; Basilicata; Liguria; Umbria; Puglia Punti informativi unitari: Toscana; Friuli Venezia Giulia | Gestione unitaria del caso Unità di valutazione multi professionali: Veneto; Basilicata; Marche; Molise; Toscana; Emilia Romagna; Campania; Sardegna; Friuli Venezia Giulia; Liguria; Umbria; Puglia Case manager/Referente di progetto: Molise; Campania; Friuli Venezia Giulia; Umbria Piano assistenziale individualizzato/Percorso assistenziale personalizzato: Marche; Toscana, Sardegna; Friuli Venezia Giulia; Liguria; Umbria Gestione unitaria della documentazione/Cartella sociale informatizzata: Marche; Molise |
|---|--|---|

L'analisi fenomenica

L'analisi della dimensione fenomenica ha dovuto tenere conto del fatto che - soprattutto per quanto riguarda i focus group, e quindi la voce dei territori, ma in parte anche per quanto riguarda la voce dell'istituzione regione - i materiali a disposizione nelle monografie regionali sono meno ricchi di quanto lo sono per l'analisi della governance.

Dall'analisi delle monografie riguardante l'organizzazione sul territorio non emergono variabili riconducibili a raggruppamenti omogenei e quantitativamente rilevanti di regioni. È possibile tuttavia evidenziare tre categorie di contenuto utili per la comprensione dell'oggetto.

Anzitutto la disomogeneità endoregionale: in modo particolare emerge in Toscana, dove non solo la diffusione delle Società della salute non è omogeneamente diffusa sul territorio, ma dove la stessa forma assunta dalle SDS può variare da zona a zona.

Una seconda dimensione che accomuna tre regioni è il fatto che la fase di cambiamento dell'assetto istituzionale territoriale non è ancora conclusa: è il caso - come abbiamo visto sopra - della Toscana, ma anche della Basilicata, delle Marche e dell'Umbria, che stanno vivendo una intensa fase di trasformazione.

Interessante, infine, è notare come la dimensione del cambiamento (terza categoria di contenuto rilevata) che accomuna più regioni, abbia dato lo spunto a letture contrapposte del cambiamento stesso: da una parte è visto come un problema (caso Campania), dall'altra come una risorsa.

Due sembrano essere gli attori principali dell'integrazione sul territorio, le ASL (con le loro articolazioni territoriali) ed i comuni, rispetto ai quali sono emerse osservazioni positive e quelle problematiche.

Le prime sono sostanzialmente rappresentate dalle esperienze positive d'integrazione che si realizzano concretamente nei territori e dalla percezione che l'integrazione rappresenti una strada obbligata per i comuni, che dunque o si sono già mossi o hanno la consapevolezza che questa è la direzione da prendere.

In Sardegna, Umbria, Liguria e Marche sono testimoniate buone pratiche d'integrazione a livello locale, basate però sostanzialmente sulla buona volontà degli operatori e sull'abitudine di alcuni operatori a lavorare insieme, fattori questi che costruiscono nel quotidiano l'integrazione.

Da questo punto di vista sembra che sia più possibile realizzare l'integrazione nel concreto degli interventi operativi quotidiani, piuttosto che nei luoghi e nei momenti della programmazione strategica, perché il quotidiano mette in contatto con le richieste concrete, con le persone vive ed i loro bisogni, che - come abbiamo visto nell'analisi della vision - diventano sempre più complessi e articolati, e dunque richiedono risposte integrate.

Occorre tuttavia sottolineare come questo elemento di positività possa rappresentare anche un elemento di rischio: se infatti la concreta realizzazione è affidata alla buona volontà dei singoli operatori, alla loro personale motivazione, alle loro personali capacità, piuttosto che a prassi strategiche di sistema, il rischio che - cambiando gli operatori - l'integrazione venga abbandonata è forte.

Numerosi sono invece i nodi problematici ricavati dalle interviste e dai focus, che possiamo sintetizzare nelle seguenti categorie tematiche:

- difficoltà di rapporti tra ASL e comuni;
- differenze territoriali;
- problemi di ordine economico;
- scarsa incidenza sui territori delle indicazioni regionali;
- rischio di muoversi verso la distribuzione delle competenze anziché verso l'integrazione.

Il primo aspetto citato è quello indicato da quattro regioni (Molise, Toscana, Sardegna e Friuli Venezia Giulia). Esso di fatto rinvia a livelli di problemi diversi: anzitutto possiamo evidenziare un problema culturale di rapporto fra sociale e sanitario, che tradizionalmente fanno riferimento a mondi di significato diversi; vi è poi un problema di potere (reale o percepito socialmente) che colloca il sociale in posizione subalterna rispetto al sanitario; vi è infine un problema di definizione di competenze su chi ha la responsabilità di gestire l'integrazione fra sociale e sanitario, anche in termini economici.

Le differenze territoriali endoregionali ritornano anche nell'analisi di questo aspetto e paiono essere uno dei temi ricorrenti in tutte le dimensioni oggetto di studio.

Un'ulteriore nodo problematico riguarda quella che in maniera generica potremmo definire la dimensione economica, e che racchiude al suo interno sia il problema delle scarse risorse che i due attori (comuni e ASL) possono investire nell'integrazione, sia il problema dell'attribuzione della responsabilità dell'investimento di risorse (economiche ed umane) ai comuni piuttosto che alle ASL.

Uno dei nodi fondamentali del rapporto ASL-comuni, dicono gli attori del territorio, riguarda l'individuazione di chi debba pagare gli interventi: a parte alcune eccezioni, le ASL vengono accusate di non voler partecipare alla spesa del sistema integrato, intervenendo esclusivamente con dotazione di personale e delegando il finanziamento degli interventi, non appena possibile, all'ente locale.

Infine, dai focus realizzati nelle Marche emerge il rischio di scegliere una strada alternativa a quella dell'integrazione, che è quella della divisione delle competenze, anche a causa di una programmazione regionale che ha fornito solo delle linee generali, ma non gli strumenti per costruire concretamente l'integrazione.

Poiché l'analisi fenomenica contiene una minor quantità di informazioni rispetto all'analisi normativa, verranno trattati in modo unitario le dimensioni che nell'analisi della normativa erano state invece tenute separate: la gestione dell'integrazione e gli strumenti dell'integrazione, entrambe riconducibili alla categoria più generale della prassi dell'integrazione.

Anzitutto alcune regioni hanno evidenziato la centralità della Conferenza dei sindaci, quale luogo di programmazione strategica delle politiche di integrazione.

La centralità dei piani locali (siano essi unitari o separati ma armonizzati) è stata ribadita in diverse regioni. In particolare, tanto l'Emilia Romagna quanto la Toscana sottolineano come l'esperienza del piano unico integrato abbia di fatto favorito una maggiore partecipazione anche delle realtà di terzo settore e di società civile.

Le interviste hanno poi consentito di verificare la diffusione di protocolli d'intesa fra ASL e comuni in diverse regioni per la gestione di servizi in specifiche aree, come quello della famiglia in Liguria o dei minori in Basilicata, o come in Molise per anziani e disabili.

Alcune regioni richiamano la centralità dell'ufficio di piano quale luogo deputato a garantire l'integrazione. Proprio per la sua centralità se ne evidenziano però le dimensioni problematiche: anzitutto la mancanza di risorse sia economiche che umane da investire nella costruzione dell'in-

tegrazione, a partire dal personale che viene chiamato a fare parte degli uffici di piano, come segnalato nel caso della Sardegna.

Un altro elemento critico che già abbiamo incontrato in più punti è la subordinazione del sociale al sanitario e la completa autonomia che il sanitario ritiene di poter gestire nei confronti del sociale.

La percezione che i territori hanno della programmazione integrata, è infatti che il sociale sconta ancora una certa dipendenza dalla sanità: «Probabilmente le trattative, le programmazioni, vengono percepite quando devi programmare col sociale, però poi è la sanità che determina le reali condizioni. Perché se mette le risorse o non le mette, questo determina una serie di cose» (Focus anziani, rappresentante terzo settore, Monografia Marche).

Altro elemento che ricorre è la differenza territoriale: anche in questo caso all'interno della stessa regione sono testimoniate aree in cui la prassi dell'integrazione e dunque i rapporti fra comuni e ASL sono ben strutturati, altre dove invece sono presenti notevoli difficoltà: questo è testimoniato in particolare in Toscana, Veneto e Sardegna. Non deve stupire troppo se proprio le regioni che abbiamo visto avere livelli alti di integrazione socio-sanitaria, che più hanno sperimentato percorsi di integrazione, siano anche quelle che ne sottolineano gli elementi di criticità. Come bene sottolineano gli studi di Schön sull'intelligenza nell'azione, gli attori riflettono su ciò che fanno, talvolta mentre lo fanno. Dal punto di vista epistemologico occorre considerare la realtà sociale, fatta di attori, di culture, di azioni, di relazioni, come frutto di continue interazioni tra gli elementi che la compongono, non sempre prevedibili: di fatto le interazioni fra gli elementi della realtà assumono talvolta delle forme non del tutto note e prevedibili. In sistemi complessi che si strutturano per dare risposte a bisogni sempre più complessi (come è il caso dell'integrazione socio-sanitaria) ciò che viene prodotto attraverso interazioni sociali è l'elemento strategico e allo stesso tempo flessibile, riprogettabile, talvolta - appunto - imprevedibile delle forme organizzative, ma anche la forza che spinge costantemente i sistemi a interrogarsi su se stessi. All'interno di questi processi l'azione diviene densa d'investimenti (emotivi, cognitivi, strategici, valoriali) ed è in grado di creare i suoi significati e i suoi valori (SCHÖN 1987, MELUCCI 1998). Dunque, è evidente che la riflessività sia più ricca laddove vi è azione sociale ricca, sperimentazione, dibattito, piuttosto che laddove ci si concentra su risposte routinarie, caratterizzate da quella che Schön definirebbe una razionalità tecnica.

Esistono poi problemi più locali, quali quello dell'esistenza di tempi diversi di programmazione fra regione e territori, che creano problemi alla programmazione territoriale (Molise) e la mancanza di indicazioni chiare sulla gestione dell'integrazione a livello territoriale in Sardegna.

Infine, sono segnalate diverse buone pratiche d'integrazione, che riguardano ambiti specifici di intervento: gli interventi sociali per le famiglie nelle Marche, l'area della non autosufficienza in Toscana, l'area anziani e disabili in Molise, il settore adozioni in Liguria, eccetera.

L'analisi delle monografie non ha consentito di verificare in modo puntuale l'effettiva diffusione sul territorio degli strumenti d'integrazione professionali previsti dalla normativa: questo avrebbe, infatti, richiesto un approfondimento territoriale che non era previsto dal progetto di ricerca. È stato però possibile evidenziare alcuni elementi di criticità che possono rappresentare utili stimoli di riflessione per una sempre migliore implementazione dell'integrazione professionale, insieme alla messa in luce di buone pratiche e di strategie vincenti per l'integrazione professionale.

La dimensione che abbiamo ritrovato in diverse monografie riguarda l'ineguale diffusione sui territori all'interno della stessa regione degli strumenti di integrazione professionale: accanto a luoghi dove professionisti del sociale e del sanitario sperimentano pratiche positive, esistono infatti aree che presentano un forte ritardo, così come è emerso dalle interviste e dai focus in Friuli Venezia Giulia, Molise, Emilia Romagna, Veneto, Sardegna.

Il caso della Sardegna consente anche di mettere in luce che la variabile territoriale risenta sia della cultura dei servizi che si è radicata sul territorio, e che quindi può favorire o meno il processo di integrazione professionale, sia di caratteristiche orografiche, che dunque richiedono la messa in campo di strategie particolari.

La categoria della «variabile territoriale» contiene al suo interno due altre categorie, capaci di spiegare queste differenze endoregionali:

- dimensione culturale
- variabile umana.

Nel primo caso facciamo riferimento al rapporto fra mondo sanitario e mondo sociale, intendendo questo rapporto in termini di possibilità di comunicazione, di comprensione, di accettazione reciproca, di riconoscimento professionale reciproco. Sembra che in alcuni casi ci siano differenze insanabili fra i due mondi, che rendono ovviamente problematica la costruzione di équipes multi professionali, di servizi integrati: un intervistato ha sottolineato come sociale e sanitario abbiano di fatto due DNA differenti!

Uno specifico problema di comunicazione e collaborazione fra professioni sociali e sanitaria riguarda i rapporti con i medici di base, che rappresentano un nodo importante nella costruzione dell'integrazione: essi sono (potrebbero essere) un nodo fondamentale della rete di integrazione socio-sanitaria, ma non sempre sono disponibili a lavorare in modo collaborativo con i diversi servizi che nel territorio formano la rete.

Con la tipologia variabile umana intendiamo il fatto che alcuni testimoni affermano come l'integrazione professionale sia di fatto legata alla buona volontà e alla cultura professionale di alcuni operatori.

Ora, se è indubbia l'importanza del fattore umano in qualsiasi organizzazione e a maggior ragione nelle professioni in cui la relazione gioca un ruolo rilevante, è altrettanto indubbio che esso non può essere lasciato in balia della buona sorte, ma occorra lavorare affinché esso diventi un fattore significativo di integrazione in termini sistemici attraverso strumenti formativi, attività di supporto al lavoro in équipe, la creazione di linee guida per l'integrazione professionale.

Un ultimo elemento di criticità riguarda le differenze per area di intervento; di fatto l'integrazione professionale risulta più evidente in alcuni settori che in altri: in particolare, sia dalla monografia della Toscana che da quella dell'Emilia Romagna emergono criticità per il settore minori, mentre risulta ampiamente consolidata l'integrazione sull'area anziani e non autosufficienza.

Accanto agli elementi di criticità sono emerse anche diverse indicazioni in merito ad elementi di positività, che possono rappresentare anche dei suggerimenti per migliorare l'integrazione professionale.

In Toscana, Umbria e Marche è emerso con chiarezza come la prassi quotidiana del lavoro condiviso abbia favorito la comprensione reciproca fra professionisti del sociale e del sanitario, che ora hanno avviato forme di lavoro comune consolidate ed efficaci.

Sembra dunque che l'imparare facendo possa essere una strategia di implementazione dell'integrazione professionale che consente di scardinare stereotipi professionali, di scavalcare le barriere fra sociale e sanitario, di comunicare in modo condiviso.

Il caso della Toscana appare emblematico in quanto consente di sottolineare l'importanza di due elementi nella costruzione dell'integrazione professionale:

- la rilevanza dell'azione politico-amministrativa: «la carta vincente è stata l'insistenza con la quale il legislatore da una parte, e la macchina amministrativa e politica dall'altra, hanno pressato, insistito e hanno cercato di incentivare» (dirigente regionale, Monografia Toscana);
- la rilevanza degli investimenti: la Regione Toscana, al di là delle risorse derivanti dal fondo sanitario nazionale e dalla spesa sociale dei comuni, si è impegnata a garantire un fondo aggiuntivo per la non autosufficienza pari a 80 milioni di euro: «abbiamo anche un fondo aggiuntivo di 80 milioni di euro costituito in minima parte - attorno ai 15-20 milioni - dal fondo statale e il resto da risorse regionali. Il fondo statale di anno in anno viene rimodellato, ma

noi garantiamo la nostra cifra comunque, garantiamo 80 milioni di euro aggiuntivi come fondo per la non-autosufficienza, indipendentemente che vengano o no i soldi dallo stato. Questo fino al 2011, poi vedremo. Nel bilancio triennale 2009-2011 questa cifra è calata.» (dirigente regionale, Monografia Toscana).

Un ulteriore elemento ricorrente è quello della formazione, che in molte interviste e focus viene indicata come snodo necessario per l'integrazione professionale: l'azione integrata e multidisciplinare è possibile se si sviluppa un linguaggio comune, se si condividono le strategie d'azione, se si conoscono le diverse chiavi interpretative. Questa messa in comune di saperi e questa co-costruzione di alcune competenze condivise è resa possibile da percorsi formativi unitari.

3. Un quadro di sintesi

Come prima e rapida sintesi dell'analisi sin qui condotta, si può mettere in evidenza come la maggior parte delle regioni da noi considerate abbiano istituito per la gestione dei servizi socio-sanitari un unico Dipartimento, a cui afferiscono più assessorati. Fanno eccezione Basilicata, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e Toscana che hanno invece individuato un unico Dipartimento e un unico assessorato, e quindi hanno optato per un modello di fortissima integrazione istituzionale. La Campania e la Puglia invece hanno adottato un modello più segmentato, in quanto per la gestione dei servizi socio-sanitari prevedono più dipartimenti e più assessorati. La scelta di una integrazione istituzionale forte fa sì che venga stilato un unico piano socio-sanitario regionale, con l'unica eccezione del Friuli Venezia Giulia che presenta un suo profilo particolare. Infatti il Friuli Venezia Giulia, pur avendo scelto un modello fortemente integrato a livello istituzionale, in realtà a livello organizzativo e professionale ha attivato procedure differenziate a seconda del sociale e del sanitario, differenziazione e distinzione che viene recuperata soprattutto nei rapporti con il pubblico, in quanto in tale regione al dualismo organizzativo fa da contraltare l'esistenza di punti informativi unitari, di strumenti di lavoro multi professionali, esistenza di una unità di valutazione, per ogni procedimento è individuato il responsabile (case manager), così come in questa regione vengono individuati e stilati dei piani assistenziali individuali. Il Friuli Venezia Giulia sembra essere l'unica regione che nei rapporti con il cliente ha attivato tutte le procedure tese a favorire un'accoglienza integrata e completa nei suoi diversi aspetti. Nel panorama delle regioni analizzate dobbiamo fermare la nostra attenzione sul Veneto che pur prevedendo dal punto di vista istituzionale un dipartimento e più assessorati in realtà stila un unico piano socio sanitario, vede nel distretto l'ambito

ottimale di realizzazione dell'integrazione e pur prevedendo due PDZ integrati, in realtà dal punto di vista professionale, al di là dell'unità di valutazione, non prevede altri momenti di raccordo tra sociale e sanitario nel rapporto con il cliente. Da questo punto di vista il Veneto conferma la sua scelta iniziale, che è sempre stata quella della delega del sociale al sanitario in quanto il Veneto ha sempre gestito in maniera unitaria gli interventi socio-sanitari. Dal punto di vista organizzativo, ad eccezione delle regioni che stilano un unico piano, tutte le altre regioni prevedono due piani distinti anche se armonizzati tra ambito sociale e ambito sanitario; a livello locale vengono stilati due PDZ e nella maggior parte dei casi si fanno anche accordi di programma. La maggior parte delle regioni da noi prese in considerazione individuano nel comune l'ambito territoriale di realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, ad eccezione dell'Emilia Romagna, del Molise e del Veneto che invece individuano nel distretto l'ambito ottimale di realizzazione dell'integrazione. Per quanto riguarda il rapporto con il cliente e quindi la gestione delle competenze professionali in riferimento ai bisogni degli utenti, tutte le regioni da noi analizzate hanno previsto l'istituzione di unità di valutazione, è piuttosto diffusa la pratica dei piani assistenziali individuali, meno diffusi sono invece i case manager e gli strumenti di lavoro multi professionale. La regione Emilia Romagna è l'unica che vede nella formazione e aggiornamento unitario fra sociale e sanitario un nuovo strumento d'integrazione, mentre la gestione unitaria delle cartelle in realtà è dichiarata utilizzata soltanto in Molise, in Sardegna e nelle Marche. Nel panorama generale, spiccano le regioni Campania e Puglia, che dal punto di vista istituzionale e organizzativo sembrano ancora distanti dalla pratica dell'integrazione, che a livello professionale recuperano con l'accesso integrato e l'unità di valutazione (che come si è visto sono le due modalità di gestione del rapporto con l'utente più diffuse).

Per quanto riguarda il disegno del territorio emergono con evidenza, rispetto al dettato normativo, due elementi: le forti differenze endoregionali, per cui i modelli trovano declinazioni ineguali nell'ambito della stessa regione, e il tema del cambiamento.

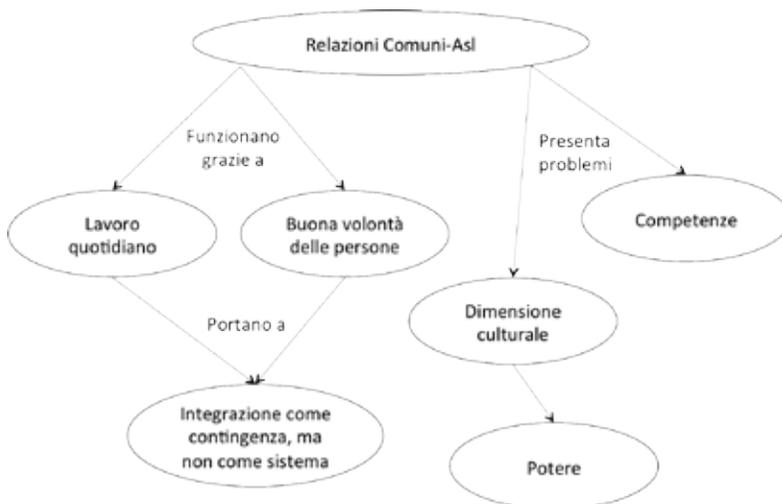
Questo secondo tema trova declinazioni diverse:

- anzitutto la dimensione di problematicità insita nel cambiamento. Laddove il dettato normativo ha introdotto elementi di modifica rispetto al passato è possibile trovare resistenze dei territori ad implementare tale cambiamento, perché richiede di abbandonare prassi consolidate. In altri territori si segnala come i cambiamenti normativi intervenuti abbiano di fatto prodotto un'inversione di marcia rispetto ad un processo di costruzione dell'interazione delle politiche che era già avviato;

- il cambiamento può essere letto anche come una risorsa di crescita e di apprendimento. È il caso evidenziato in particolare da Toscana e Liguria (Regioni che hanno introdotto innovazioni in termini di organizzazione istituzionale dei territori molto significative): in esse l'analisi fenomenica ha consentito di rilevare che, nonostante le difficoltà e la fatica, la fase di cambiamento ha costretto due mondi - quello sociale e quello sanitario - a dialogare, a incontrarsi, a trovare strategie di collaborazione. Da questo punto di vista sembra essere stato rilevante nel motivare i territori al cambiamento il ruolo deciso della Regione che ha accompagnato molto da vicino il processo;
- il cambiamento può anche essere letto come legittimazione di un modello di lavoro organizzativo e professionale che le regioni hanno messo in moto sin dai primi anni dell'istituzione del servizio sanitario (si pensi all'Emilia Romagna, alle Marche e al Veneto), per cui la realtà attuale è il risultato di un processo dinamico ed evolutivo che ha accompagnato in queste regioni l'istituzione del welfare locale.

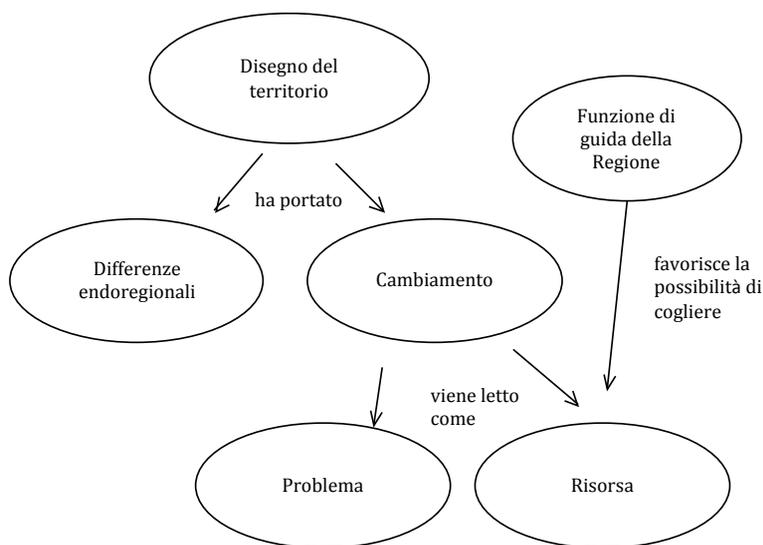
Tanto l'analisi della normativa quanto la ricerca sul campo hanno messo in evidenza come la partita dell'integrazione si giochi nella relazione fra Comuni (per lo più in forma associata) e aziende sanitarie, attraverso strumenti diversi e non necessariamente alternativi: accordi di programma, deleghe, piani integrati o armonizzati ecc.). Su questo aspetto vengono evidenziate tanto le criticità quanto gli elementi positivi;

Fig. 2. Un quadro di sintesi del disegno istituzionale del territorio



- le criticità sono riconducibili ad aspetti di tipo culturale (sociale e sanitario sono percepiti come mondi distanti, impossibilitati a comunicare fra di loro), di potere (il sanitario viene percepito in posizione dominante nei confronti del sanitario), di competenze (a chi spetta il coordinamento delle attività?), di investimento economico (a chi spetta mettere le risorse? Chi ha più risorse ha più voce in capitolo?);
- gli elementi positivi riguardano il fatto che l'abitudine a lavorare insieme da parte degli operatori consente di fatto di costruire sul territorio l'integrazione. Questo aspetto richiede però grande attenzione: ricondurre la possibilità dell'integrazione (che dovrebbe essere un'integrazione di tipo sistemico) alla sola capacità e buona volontà degli operatori significa basarla su elementi contingenti e non necessariamente riproducibili. La sfida, allora, sta nella creazione di luoghi, occasioni strutturalmente integrati all'interno dei quali operano professionisti per i quali la motivazione e le competenze in ottica di integrazione fanno parte del bagaglio professionale e non solo personale.

Fig. 3 - Le relazioni fra gli attori: un quadro di sintesi



Per quanto riguarda la prassi concreta dell'integrazione, emerge sia dalla normativa che dalle interviste e dai focus la centralità dei piani locali, siano essi integrati e unitari o distinti e armonizzati. Dalle in-

terviste emerge anche la centralità degli uffici di piano, quale luogo dove – attraverso un processo d'integrazione – si costruiscono, gestiscono e implementano politiche integrate. Tuttavia, anche in questo caso, emergono problematiche sostanzialmente legate alla variabile umana, oltre che alle risorse (spesso carenti, soprattutto in termini di personale competente) investite o da investire.

Risultati analoghi sono emersi dall'analisi della dimensione d'integrazione professionale: anche qui ritornano i temi della cultura, del potere, della variabile umana.

In estrema sintesi, dunque, si potrebbe affermare che il tema dell'integrazione chiama costantemente in gioco tre elementi: uno culturale, che riguarda la costruzione sociale dei mondi che si devono integrare, uno organizzativo, che riguarda la capacità di pensare strategie organizzative capaci di valorizzare le diverse provenienze e insieme di connetterle, e uno umano, che rappresenta una imprescindibile dimensione da mettere a sistema se si intende offrire effettivamente le gambe ad un sistema che – seppure con differenze territoriali – sembra essere chiaramente disegnato, almeno a livello normativo.

4. Alcuni spunti di riflessione

In conclusione di analisi, è possibile provare a evidenziare alcuni elementi di criticità generali che possono rappresentare lo stimolo per una progettazione strategica futura dell'integrazione delle politiche, in particolare delle politiche socio-sanitarie.

Emerge con chiarezza dalla ricerca come il tema dell'integrazione sia connesso con quello dell'emergere di bisogni complessi, che necessitano di risposte complesse e articolate. Sappiamo bene che la complessità porta con sé la segmentazione/differenziazione: «La complessità sociale cresce nel corso dello sviluppo umano, ossia crescono le quantità e le specie dell'agire e dell'esperire vivente possibile. Questa crescita della complessità non si trova in ogni sistema singolo, bensì nella società nel suo intero, e di qui parte una pressione di adattamento a tutti i sistemi parziali, i quali devono vivere in una società avente maggiore complessità e perciò anche in un mondo più complesso» (LUHMANN, HABERMAS 1973, p. 11). L'ambiente si complessifica, e dunque, per ridurre la complessità, si creano i sottosistemi, ossia la società si segmenta, aumentando però in questo modo la complessità, rischiando così di innescare una spirale viziosa di parcellizzazione estrema.

Riconducendo il discorso generale alle politiche e ai servizi socio-sanitari, è evidente che a fronte di bisogni sempre più numerosi, nuovi, emergenti, nascono sistemi di risposte a questi bisogni, creando in

questo modo un sistema complesso. Se però tali sottosistemi restano slegati gli uni dagli altri, le risposte saranno ai singoli bisogni, e non alle persone che ne sono portatrici: ecco la necessità di trovare strumenti che consentano di integrare i sistemi di risposta.

Dall'analisi della normativa emerge con grande evidenza la scelta personalistica di porre al centro delle politiche e dei servizi la persona nella sua interezza: tuttavia, il rischio che tale affermazione rimanga chiusa nella retorica è reale, soprattutto se si ipostatizza l'integrazione socio-sanitaria (e più in generale l'interazione delle politiche), rendendo essa un fine e non, invece, uno strumento per offrire risposte secondo una logica dell'azione condivisa (GIDDENS 1991; ARCHER 2000).

Dunque, una prima osservazione prospettica può riguardare la dimensione culturale: le politiche integrate non possono essere il fine dell'intervento istituzionale, ma devono invece essere considerate la strada maestra (e dunque un mezzo, uno strumento) che consenta di rispondere ai bisogni complessi delle persone.

Una seconda dimensione evidente nella ricerca riguarda gli attori dell'integrazione: le monografie regionali hanno nella maggior parte dei casi rilevato una netta predominanza di attori istituzionali (le regioni, i comuni, le ASL, talvolta le province). Se talune leggi rilevano come l'integrazione delle politiche debba tenere presenti tutti gli attori coinvolti nella costruzione del ben-essere comunitario (in un'ottica, quindi, di *community welfare*), nella prassi non compaiono quali attori significativi né il terzo settore, né le famiglie, né la società civile organizzata, né la cittadinanza. Si tratta allora di dare le gambe a leggi spesso innovative, ma che non sono supportate da adeguati investimenti affinché diventino prassi: si tratta, in sostanza, di prendere sul serio l'idea di una sussidiarietà che si colloca sulle due dimensioni, verticale ed orizzontale.

L'integrazione prevede poi complessi sistemi di coordinamento fra le tre dimensioni in cui essa si articola: quello istituzionale, quello gestionale e quello professionale. Occorre creare flussi comunicativi efficaci sia nella dimensione *infra* che in quella *intra*. È evidente ad esempio la necessità di coordinamento a livello istituzionale regionale quando le competenze socio sanitarie sono spalmate su più assessorati; ma è anche indispensabile trovare modalità di coordinamento efficaci ad esempio fra le scelte strategiche (politiche) e quelle tecniche (Direzioni generali). Dalla ricerca, peraltro, emerge come l'integrazione politica sia poco significativa, se non supportata da un'adeguata interazione organizzativo-gestionale.

Dall'analisi delle monografie è anche emerso come il luogo concreto nel quale si gioca veramente l'integrazione è rappresentato dai territori, all'interno dei quali abbiamo trovato interessanti sperimentazioni,

esperienze di integrazione diffuse a macchia di leopardo, forti criticità. Laddove si è verificata un'efficace integrazione territoriale, abbiamo rilevato l'importanza dell'esistenza di piani integrati, che, ad esempio, consentono di evitare i problemi legati ai diversi tempi della programmazione sociale e sanitaria.

A partire dalle criticità riscontrate, proviamo a proporre alcune riflessioni che partono dalla evidente differenza fra il mondo sociale e il mondo sanitario: le logiche istituzionali, professionali, organizzative sono diverse; fondi e bilanci di spesa sono separati e guidati da logiche differenti; ci sono diverse modalità di valutazione dei costi. Insomma, si tratta di fare convivere secondo la logica dell'azione condivisa che sopra abbiamo riportato due mondi di fatto lontani. Ma alcune esperienze efficaci hanno dimostrato che questo è possibile, a partire dall'individuazione degli strumenti più adeguati per far sì che le risposte siano integrate. Come abbiamo ricordato sopra, il fine dell'intervento non è l'integrazione in sé, ma il fornire risposte integrate a bisogni complessi. Ecco allora l'importanza di individuare gli strumenti che consentano questo.

Dall'analisi delle monografie ne sono emersi in particolare due, sui quali proponiamo qualche spunto di riflessione: l'accordo di programma e la delega. Con accordo di programma intendiamo uno strumento che «ha lo scopo di coordinare in modo consensuale l'attività di due o più soggetti di Pubblica amministrazione coinvolti, a seconda delle loro competenze istituzionali, nella realizzazione di azioni o di programmi di interventi che richiedano un'attività coordinata e integrata» (CORPOSANTO, FAZZI, SPLENDORE, in BISSOLO, FAZZI 2004, p. 94). In modo particolare la ricerca ha messo in luce l'utilizzo dell'accordo di programma quale strumento d'integrazione fra ASL e comuni (per lo più in forma associata) per l'adozione del PDZ (o altrimenti detto). Tale strumento, tuttavia, per poter essere efficace, e dunque indirizzare in modo adeguato l'integrazione socio-sanitaria, deve rispettare alcune condizioni riguardo ai contenuti:⁵

- le motivazioni e i presupposti giuridico-normativi: questa premessa consente di inserire lo specifico accordo di programma territoriale nel contesto della programmazione socio-sanitaria regionale, evidenziando in questo modo la coerenza fra i diversi livelli di governance. Si tratta, oltre che di un onere formale, di una scelta sostanziale, in quanto evidenzia la dimensione culturale (esplicitata dalla normativa) nella quale ci si colloca;

5. Mutuo queste indicazioni da Corposanto, Fazzi, Splendore, in Bissolo, Fazzi, 2004, pp. 93-102, scegliendo di evidenziare soltanto le indicazioni più pertinenti ai fini della ricerca, rinviano al testo per una disanima completa, e tentando di applicare le indicazioni alle situazioni studiate.

- le finalità e gli obiettivi generali della collaborazione, i sotto-obiettivi e i risultati attesi: da questo punto di vista si tratta di abbandonare la retorica talvolta presente nelle normative di carattere nazionale e regionale, per rendere l'integrazione qualcosa di concreto, incarnato in un territorio specifico, con determinate caratteristiche, bisogni ecc.;
- le risorse a disposizione distinte per centri di costo: è questo un elemento che la ricerca ha evidenziato come problematico. Si tratta allora di esplicitare con grande chiarezza le risorse che ogni attore istituzionale mette in gioco, distinguendo «i centri di costo incaricati di rendere esplicite le quote di compartecipazione alla spesa dei diversi soggetti istituzionali» (BISSOLO, FAZZI 2004, p. 96). È evidente che le risorse non sono solo monetarie, ma comprendono anche immobili, personale ecc.; tuttavia non si può non sottolineare che da diversi attori dei territori sia emerso come problematico il fatto che la compartecipazione dell'area sanitaria si traduca spesso esclusivamente in risorse umane;
- le condizioni organizzative che rappresentano i prerequisiti per l'implementazione delle azioni stabilite per raggiungere gli obiettivi: per garantire soprattutto l'integrazione organizzativo-gestionale può essere necessario introdurre correttivi o innovazioni, che vanno negoziati e specificati nell'accordo di programma a garanzia della loro effettiva realizzazione;
- il personale coinvolto: quella risorsa umana è una questione emersa con grande forza in tutta la parte di analisi dell'integrazione socio-sanitaria e che affronteremo più sotto. Qui occorre però sottolineare che l'integrazione non può essere realizzata con personale recuperato quasi a caso, ma richiede la scelta accurata delle figure professionali coinvolte, con ruoli e compiti specifici ed esplicitati.

Un altro strumento utilizzato nella realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria è rappresentato dalla delega con l'attribuzione di competenze da parte dei comuni alle ASL. Essa rappresenta senza dubbio uno strumento che può consentire l'integrazione, tuttavia potrebbe presentare il rischio di sostituire «la volontà decisoria del delegato a quella del delegante» (PERINO, in BISSOLO, FAZZI 2005, p. 123). Questo problema può essere superato attraverso un processo di delega partecipata in cui viene sì conferita la delega da parte dei comuni all'ASL, ma attraverso un processo di costante collaborazione fra gli attori istituzionali nella valutazione dei bisogni, nella definizione delle azioni, nel monitoraggio. Viene mantenuta, di fatto, una condizione di partecipazione e di corresponsabilità degli attori istituzionali coinvolti.

Sul versante dell'integrazione professionale sono emersi due ordini di problemi: la variabile umana e la dimensione culturale. Analiticamente le due dimensioni sono state trattate in modo separato, tuttavia sono a nostro avviso strettamente correlate.

La variabile umana sta a indicare che l'integrazione professionale si realizza laddove ci sono persone di buona volontà che investono risorse proprie in termini di motivazione, competenze ecc. per costruire luoghi e interventi integrati. La variabile culturale ci dice che esiste una differenza percezione della «cura» fra sociale e sanitario: semplificando, potremmo affermare che il sociale ha già metabolizzato la necessità di un approccio olistico (forse anche per l'abitudine a relazionarsi con altri saperi), mentre il sanitario risente ancora di una visione parcellizzata della cura. Peraltro quest'ultimo gode di un prestigio sociale ben superiore al primo, che rende talvolta difficile la collaborazione paritaria fra professionisti provenienti dai due settori.

I risultati della ricerca e l'approfondimento condotto nelle singole realtà territoriali, con l'obiettivo di mettere a confronto il dettato formale-legislativo e le prassi realmente attuate nel campo dell'integrazione socio-sanitaria, mostrano un quadro molto complesso. Sul versante legislativo-formale tutte le regioni hanno ben delineato obiettivi, finalità e strumenti dell'integrazione, mostrando un notevole approfondimento degli aspetti istituzionali e tecnici, ma dal colloquio con i dirigenti regionali e i focus group condotti con gli operatori, il piano della prassi si fa più complesso. Emerge la centralità degli orientamenti politici che possono, a volte, dare impulso o bloccare i percorsi e l'attuazione di alcune strategie (si pensi al caso della Sardegna); emerge ancora la forte dicotomia (almeno della percezione degli operatori) di potere e di reputazione delle figure professionali mediche rispetto a quelle sociali, che rende difficile non tanto e non solo la collaborazione, quanto anche la messa in comune di linguaggi e saperi, con l'esito che spesso sul sociale prendono decisioni medici e personale sanitario. È una percezione che in alcuni casi (si veda l'Emilia Romagna) è assurda a livello politico e istituzionale, dal momento che in tale regione si prevede di affrontare e superare la dicotomia con percorsi di formazione unificati. In altri termini, dalla ricerca emerge, in maniera chiara, che il tema dell'integrazione socio-sanitaria più che indicatore di un modello specifico di welfare locale, è e rimane (come dal momento dell'istituzione del servizio sanitario nazionale) un banco di prova per il funzionamento e il rendimento delle istituzioni regionali. Su questo piano ogni regione sta giocando la sua parte, mettendo in campo professionalità, capacità politico-progettuali, cultura organizzativa e gestionale, cultura dei servizi e patrimonio professionale che è riuscita a sedimentare in questi

ultimi trenta anni. Sedimentazione che si è confrontata regolarmente e sistematicamente con la quantità di risorse economiche disponibili: quantità di risorse che per alcune regioni virtuose sono state un'opportunità di crescita e di sviluppo, per altre (spesso iper-finanziate) sono state un alibi per non introdurre innovazione e cambiamento, per altre infine, più deboli sul versante del rendimento istituzionale, un'occasione perduta per imboccare la strada di un rinnovamento istituzionale.

Ripercorrendo i risultati della ricerca e prendendo in considerazione due sole variabili (integrazione politica alta e bassa: uno o due assessorati; integrazione gestionale alta e bassa: uno o due dipartimenti), le regioni da noi esaminate si posso inserire in quattro gruppi:

- a) alta integrazione politica (un assessorato) e gestionale (un dipartimento): Basilicata, Friuli Venezia Giulia;
- b) alta integrazione politica (un assessorato) e bassa integrazione gestionale (due dipartimenti): Sardegna;
- c) bassa integrazione politica (due assessorati) e alta integrazione gestionale (un dipartimento): Emilia Romagna, Liguria, Umbria, Toscana Veneto;
- d) bassa integrazione politica (due assessorati) e bassa integrazione gestionale (due dipartimenti): Campania, Marche, Molise, Puglia.

La ricerca conferma quanto emerso da altre indagini, vale a dire la centralità dell'integrazione gestionale, più che quella dell'integrazione politica. Al di là dell'esistenza di uno o due assessorati, ciò che sembra fare la differenza in termini di performance organizzativa è l'esistenza di una integrazione gestionale (un solo dipartimento) che è spesso il risultato e la conferma (si pensi al Veneto e per molti aspetti alla Toscana) di scelte organizzative che le diverse realtà regionali hanno maturato nel corso del loro processo di costituzionalizzazione.

La stesura di un unico piano socio-sanitario ovvero di due piani distinti ma armonizzati, coordinati e condivisi (risultato del lavoro di coordinamento politico-organizzativo fatto a livello di PDZ) e la tendenza a fare coincidere ambiti e distretti, come livello di erogazione delle prestazioni, costituiscono strumenti di lavoro tesi a realizzare un'integrazione socio-sanitaria come risultato più di un lavoro di coordinamento dal basso, su piani e obiettivi specifici, che non come adozione di un modello astratto calato dall'alto. Ma su questa capacità di coordinamento di strutture, saperi e persone dal basso si misura il rendimento istituzionale delle singole regioni.

Bibliografia

- M.S. ARCHER, *Being human: the problem of agency*, Cambridge, Cambridge University Press, 2008.
- K. AVANZINI, U. DE AMBROGIO, *La programmazione territoriale oggi: analisi ed evoluzione dei piani di zona*, in *Prospettive Sociali e Sanitarie*, XXXVIII, 15, 2000, pp. 5-10.
- A.D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- A.D. BARRETTA, *Fattori che possono impattare sulle relazioni interorganizzative in ambito socio-sanitario*, in A.D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- A.D. BARRETTA, C. BUSCO, *Competizione e cooperazione nel sistema sanitario: il ruolo della programmazione e del controllo nella creazione di una «cultura d'area vasta»*, «Azienda Pubblica», 17, 4, 2004, pp. 565-586.
- M. BEZZE, T. VECCHIATO (a cura di), *Tipologie di prestazioni e servizi sociosanitari e valutazione dei relativi costi*, Provincia Autonoma di Trento, Trento, 2007.
- G. BISSOLO, L. FAZZI (a cura di), *Costruire l'integrazione sociosanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci, 2005.
- S. BORJA ET AL., *Un protocollo d'intesa per l'integrazione socio-sanitaria in area infanzia e adolescenza: il percorso della Regione Marche*, «Autonomie locali e servizi sociali», 1, 2008, pp. 69-77.
- D. CEPIKU, M. MENEGUZZO, *Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema sociosanitario*, in Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, Roma, 2005.
- D. CEPIKU, M. MENEGUZZO, *Le scelte delle regioni nel processo di governance del sistema socio-sanitario*, in AA.VV., *Percorsi regionali per il governo delle politiche sociali: scelte organizzative a confronto*, Roma, Formez, 2006.
- D. CEPIKU, M. MENEGUZZO, *Politiche e strategie regionali di integrazione socio-sanitaria: un'indagine empirica*, in A.D. BARRETTA (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- S. CEDOLINA, *I servizi sociosanitari. L'integrazione parte dall'analisi della domanda*, «Mecosan», 11, 42, 2002, pp. 55-68.
- P. DI NICOLA, *Welfare societario e diritti di cittadinanza*, «Autonomie locali e servizi», 2, 2011, pp. 199-211.
- M. DEL VECCHIO, *Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, reintegrazione e relazioni di rete pubblica*, in E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI*, Milano, Egea, 2003.
- P. DEMURU, *I processi di programmazione sociale di zona in alcune Regioni italiane*, «Studi Zancan», 6, 2006, pp. 161-178.
- P. DONATI (a cura di), *Salute e complessità sociale*, Milano, Franco Angeli, 1986.
- P. DONATI (a cura di), *Famiglia e capitale sociale nella società italiana*, Ottavo Rapporto CISF, Milano, San Paolo, 2003.
- M. FERRERA, *Modelli di solidarietà*, Bologna, Il Mulino, 1993.
- F. FOGLIETTA, G. RICCI (a cura di), *Modelli di distretto e integrazione sociosanitaria. Soluzioni di un percorso di ricerca*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova, 2002.
- FORUM P.A., *Integrazione sociosanitaria. Decennale di Ferdersanità*, ANCI, 11 maggio, 2006.

- A. GIDDENS, *The consequences of modernity*, Polity Press, Cambridge, 1990, trad. it., *Le conseguenze della modernità*, Bologna, Il Mulino, 1994.
- A. GIDDENS, *Modernity and self identity*, Polity Press, Cambridge, 1991, trad. it., *Identità e società moderna*, Napoli, Ipermedium Libri, 1999.
- G. GIORNI, *Programmazione regionale e sistemi di governance*, «Prospettive Sociali e Sanitarie», xxxviii, 15, 2008, pp. 2-5.
- K. GRIFO, *Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei comuni: la sperimentazione delle Società della Salute in Toscana*, «Mecosan», 13, 51, 2004, pp. 79-91.
- P.L. GUIDUCCI, *Persona e relazionalità tra desiderio e incontro*, Milano, Franco Angeli, 1988.
- D. JODELET, *Madness and Social Representations*, London, Harvester/Wheatsheaf, 1991.
- F. LONGO, *Servizi sociali: assetti istituzionali e forme di gestione*, Milano, Egea, 2000.
- F. LONGO, *Logiche e strumenti manageriali per l'integrazione tra settore socio-assistenziale, socio-sanitario e sanitario*, «Mecosan», 10, 37, 2001, pp. 59-68.
- F. LONGO, *Governance dei network di pubblico interesse*, Milano, Egea, 2005.
- F. LONGO, *Logiche e strumenti aziendali per l'integrazione socio-sanitaria*, in A.D. BARRETTA, *L'integrazione socio-sanitaria*, Bologna, Il Mulino, 2009.
- G. MARCO, D. ZOLA, *Le politiche sociali partecipative in Italia. Quattro casi e un decalogo di buone pratiche*, «Autonomie locali e servizi sociali», 1, 2008, pp. 531-548.
- A. MELUCCI, *Verso una sociologia riflessiva*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI, *Rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali. Direzione generale per la gestione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali e monitoraggio della spesa sociale*, Roma, settembre, 2005.
- S. MOSCOVICI, *La psychanalyse, son image et son public*, P.U.F., Paris, 1961.
- A. PALERMO, *Il territorio fra «strutture» e «strategie»*, Milano, Franco Angeli, 2011.
- N. PAVESI, *L'integrazione sociosanitaria con particolare attenzione alla dimensione di integrazione professionale. Una ricerca su 12 regioni italiane*, «Salute e società», 2, 2012, pp. 237-247.
- R. PUTNAM, *La tradizione civica nelle regioni italiane*, Milano, Mondadori, 1993.
- L. RICOLFI, *Il sacco del Nord. Saggio sulla giustizia territoriale*, Milano, Guerini Associati, 2010.
- M.L. SANTOLAMAZZA, M. BISIO, *Integrazione socio-sanitaria e Lea*, «Prospettive sociali e sanitarie», 7, 2003, pp. 8-12.
- D. SCHÖN, *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*, New York, Basic Books, 1983.
- D. SCHÖN, *Educating the Reflective Practitioner*, Jossey-Bass, San Francisco, 1987.
- R. SUTTER, *Integrazione tra servizi sociali e sanitari*, in V. Ghetti (a cura di), *La regolazione sociale del sistema socio-sanitario*, Milano, Franco Angeli, 1985.
- F. TESTA, C. BUCCIONE, *Il distretto sanitario: funzioni e potenzialità di governo della domanda sanitaria*, «Mecosan», 11, 44, 2002, pp. 27-59.
- T. VECCHIATO, *L'atto di indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria*, «Studi Zancan», 4, 2000, pp. 7-28.
- T. VECCHIATO, L.L. MAZZINI (a cura di), *L'integrazione sociosanitaria: risultati di*

-
- sperimentazioni e condizioni di efficacia*, Padova, Fondazione Emanuela Zancan, 2008.
- F. VILLA, *Le politiche per l'integrazione tra sociale e sanitario: a che punto siamo?*, in F. VILLA (a cura di), *Percorsi di integrazione tra sociale e sanitario. Una esperienza di assistenza domiciliare agli anziani*, Milano, Vita e Pensiero, 1999.
- P. ZURLA, *L'integrazione dei servizi come sistema di comunicazione*, in P. Donati (a cura di), *Salute e complessità sociale*, Milano, Franco Angeli, 1986.

Governance e processi valutativi

Stefano Campostrini, Elena Menegazzi

Come già riportato nell'introduzione al presente volume, nell'esaminare i processi di governance in atto oggi nelle regioni italiane si è voluto prendere in considerazione come tema di particolare interesse quello della valutazione. I motivi sono abbastanza chiari: la valutazione, cenerentola in Italia fino a qualche decennio fa, si trova a vivere un momento di particolare sviluppo. D'altra parte, anche dal punto di vista teorico, la valutazione è uno dei processi fondanti la governance e, per tanto, tipologie e approcci valutativi influenzano le forme della governance. Il come, quanto e chi valuta necessariamente influenza e definisce il modello di regolazione adottato.

Per questo, si sono messe sotto esame le procedure valutative normative e praticate dalle regioni partecipanti nello studio. L'interesse principale era quello di indagare quale fosse, specificatamente, il ruolo della valutazione nelle diverse regioni, se fosse possibile riscontrare modelli caratteristici e quanto, infine, fosse avanzato il processo di affermazione del ruolo stesso della valutazione.

In queste pagine vedremo che il panorama italiano si presenta alquanto variegato, tant'è che non siamo riusciti a individuare e proporre tipologie nelle quali far ricadere ora una regione ora l'altra. La sensazione, che argonteremo alla luce delle informazioni raccolte, è che si sia in un certo senso alla metà del guado verso l'affermazione di un ruolo preciso e importante della valutazione nei processi regolativi delle regioni italiane verso i propri territori. Certamente alcune regioni presentano esperienze più avanzate di altre, ma nessuna in grado di offrire un quadro organico per tutti i territori e per tutti i settori del sociale.

Per presentare e discutere, guardando soprattutto al futuro, questo quadro certamente in rapida evoluzione (alcune regioni hanno adottato normative e prassi valutative diverse proprio durante lo svolgimento di questo studio o nel periodo intercorso tra la rilevazione e l'elaborazione dei materiali/scrittura dei report) siamo partiti dal riportare brevemente

un quadro teorico per fare da cornice allo studio svolto e spiegarne alcune chiavi di lettura. Presenteremo quindi i risultati, analizzando ciascuno degli aspetti relativi alla valutazione indagati nelle diverse regioni, per poi tentare alcune riflessioni conclusive, più per aprire un dibattito che per offrire una qualche considerazione definitiva o esaustiva.

1. Valutazione e prassi valutative: il dibattito teorico

Abbiamo voluto iniziare questo capitolo sugli aspetti legati alla valutazione nello studio compiuto in diverse regioni italiane sulla governance nazionale, regionale e territoriale delle politiche di inclusione sociale con un breve excursus sul dibattito teorico oggi presente in Italia e internazionalmente sulle tematiche relative alla valutazione. Questo intervento ha finalità evidentemente introduttive e non pretende pertanto di essere né esaustivo, né di fornire nuovi dettagli o particolari letture critiche. Chiarire il quadro di riferimento si ritiene possa invece essere utile ad interpretare quanto riportato dalle analisi compiute sulle regioni, nonché a chiarire meglio i confini e gli oggetti di ciò che si è affrontato nello studio.

1.1. La valutazione come ambito applicativo/disciplinare e i confini della valutazione

Sin dalla nascita della valutazione come specifico ambito applicativo, più che disciplinare (non si ritiene possibile vederla come disciplina a sé), si è discusso in merito ai confini della valutazione e quale sia la metodologia corretta di riferimento. Già una cinquantina di anni fa, quando la ricerca valutativa muoveva i primi passi, si è assistito ad un dibattito tra chi ribadiva per la valutazione un paradigma scientifico (posizione che ha avuto tra i più importanti riferimenti internazionali la scuola di Campbell, si veda ad esempio CAMPBELL 1969, argomentazioni riprese nel recente SHADISH, COOK, CAMPBELL 2002) e chi invece sosteneva un approccio più pragmatico, legato agli ambiti applicativi e a problemi specifici (in riferimento alla scuola più significativa, vanno citati i lavori di Cronbach - si veda per esempio CRONBACH ET AL. 1980). Oggi, tra le diverse discipline che si occupano di valutazione, c'è abbastanza convergenza sulla necessità di combinare aspetti tecnici con aspetti sostanziali per concretizzare una ricerca valutativa qualitativamente rilevante, accettando il fatto che non sia possibile presentare la valutazione come un qualcosa di monolitico, di definitivo, né nei suoi confini teorici, né in quelli applicativi (ROSSI, FREEMAN 1993).

Tentativi di definire una teoria della valutazione sono presenti in letteratura, ma anche chi si è cimentato con questi li riporta come ideali,

utopici (SHADISH, COOK, LEVINGTON 1991), utili più come riferimento che come dichiarazione di confine. Le cause della labilità dei confini della valutazione non possono essere attribuite tanto alla scarsa crescita delle discipline interessate alla valutazione, quanto alla loro natura: la valutazione resta, ed è ipotizzabile che resterà sempre, un ambito multiforme. L'interesse che suscita in consolidate discipline scientifiche profondamente diverse tra loro (sociologia, economia, statistica, psicologia ecc.) porterà necessariamente nella pratica valutativa ad enfatizzare ora un aspetto ora un altro. Questa demarcazione sfuocata della ricerca valutativa non dovrebbe però indurre a pensare che si possa affrontare questo ambito, che si potrebbe definire come luogo d'incontro tra settori scientifici e approcci diversi, senza preoccuparsi di coniugare le sue due anime: il metodo e la teoria, gli aspetti tecnici e gli aspetti sostanziali. Guardando in modo particolare alla valutazione in Italia, si evidenzia come il nostro Paese stia vivendo un evidente ed innegabile processo di crescita di attenzione e di esperienze valutative del tutto nuovo, con proporzioni che solo dieci-venti anni fa sarebbero state inimmaginabili. La congiunzione di novità e crescita crea situazioni di particolare delicatezza. L'improvvisazione ora dei metodologi (carenti di teoria sostanziale), ora dei teorici (carenti di metodologia), ora dei praticanti (carenti di entrambe) potrebbe consolidare prassi valutative scadenti che anni di isolate buone pratiche non riuscirebbero poi a mutare.

Se la molteplicità di approcci e scuole può creare difficoltà nel sintetizzare la teoria della valutazione, apparentemente sembrerebbe facile definire la metodologia e le tecniche di valutazione, affermandone semplicemente lo stretto legame con la statistica e la ricerca sociale. Gli stessi Rossi e Freeman, nelle prime pagine del testo che è da annoverarsi come una delle bibbie dei valutatori, (ROSSI, FREEMAN 1993) danno, come prima definizione della ricerca valutativa, «l'applicazione sistematica di procedure di ricerca sociale per giudicare [...] programmi di intervento sociale». In realtà, la ricerca valutativa vive in un rapporto di interscambio con la statistica, la sociologia e la ricerca sociale, cogliendo ora stimoli da queste discipline, ora stimolandone la crescita per risolvere problemi tipicamente valutativi.

Un termine molti aspetti e accezioni

Una corrente linguistica riteneva che il maggior numero di vocaboli che possiede una lingua per definire un insieme di concetti sia in qualche modo legato all'attenzione posta dalla società verso i concetti stessi. Ora, senza addentrarsi dentro a quella che è diventata una querelle per i linguisti, certamente i primi studi, riviste scientifiche dedicate ecc.

alla valutazione appartengono al mondo anglosassone, nella cui lingua un'attenzione particolare è posta all'utilizzo di diversi termini che noi potremmo tradurre indistintamente con valutazione:

- evaluation, è l'attività di ricerca valutativa con finalità di giudizio o controllo a cui si faceva riferimento poc'anzi citando Rossi e Freeman, in ogni caso applicata ad interventi/programmi/politiche sociali;
- assessment, è la valutazione, spesso applicata a singoli casi, come controllo o verifica, frequentemente ottenuta da un confronto con standard (la valutazione degli allievi di un corso o di singoli casi per decidere il tipo di intervento adeguato);
- monitoring, audit, è la valutazione intesa come attività di controllo, generalmente non interagente con i processi controllati (monitoring) e/o riferita alla corrispondenza a standard/test ben precisi (audit);
- accounting, utilizzato soprattutto in ambito finanziario, ma poi tipicamente usato nella valutazione dei progetti, è un resoconto dettagliato, che nella denominazione originale vorrebbe anche render conto delle cause che hanno portato alla situazione osservata. Spesso quando utilizzato solo per aspetti finanziari in italiano lo si traduce con rendicontazione (solitamente mai intesa come render conto).

Cosa tener dentro e cosa lasciar fuori dalla valutazione? Ogni definizione potrebbe risultare limitata se si volessero dei confini precisi e non si vuole certamente qui proporre o riproporre discussioni accademico-terminologiche. Tuttavia una riflessione va fatta per dichiarare i confini entro i quali ci si è mossi nello studio delle realtà regionali.

Date le finalità della ricerca, certamente quando qui si fa riferimento alla valutazione, si fa riferimento completamente a ciò che viene descritto dall'evaluation e dalla letteratura a questa riferita. Non si fa, altrettanto certamente, riferimento all'assessment, in quanto è il territorio l'oggetto di studio e non singoli cittadini, utenti ecc. Sugli altri aspetti non ci siamo operativamente sentiti di escludere alcunché, pur riconoscendo dal punto di vista teorico la differenza tra monitoring, audit, accounting e evaluation, abbiamo preferito lasciare i confini non stretti comprendendo in valutazione (e d'ora in avanti utilizzeremo solo questo termine) anche attività di controllo o di rendicontazione che abbiano però finalità di espressione di giudizio utile a processi di regolazione e governance dei territori (escludendo dunque audit e rendicontazioni con finalità prettamente amministrativo-contabili).

Non ci soffermeremo qui sugli aspetti metodologici della valutazione, se non per un veloce richiamo utile per meglio comprendere le scelte di indagine compiute e la sintesi qui proposta. Cercheremo invece di

riassumere, sempre con finalità introduttive, il dibattito sorto attorno la valutazione sia a livello internazionale che nazionale.

1.2. Molteplicità di approcci e metodi di valutazione

Non esiste una valutazione scollegata dall'ambito applicativo. Essa deve necessariamente rifarsi alle diverse esigenze valutative espresse dai molteplici stakeholder, da quanti interessati, a qualsiasi titolo, dagli interventi (progetti ecc.) che si vogliono valutare. In modo particolare nel mondo italiano dei servizi, come noto, stiamo assistendo a profondi cambiamenti nella programmazione e gestione, che vanno riconoscendo sempre più all'ente pubblico il ruolo di regolatore del sistema, lasciando la gestione diretta degli interventi a soggetti di natura diversa (privati, del privato sociale, ma anche pubblici) con una complessità che in altre parti del presente studio è stata analizzata. Senza addentrarci nei diversi mix, già le due tipologie (regolatore e gestore), le due funzioni, comportano obiettivi valutativi sostanzialmente diversi. Chi regola, deve preoccuparsi di valutare per selezionare i migliori progetti (e i migliori fornitori) per assicurare qualità al sistema, deve valutare per monitorare che il sistema non si discosti dalla qualità prevista, deve infine valutare per verificare il raggiungimento degli obiettivi posti, per giudicare chi e come produce migliore qualità, per riprogettare il sistema. Chi gestisce ha anch'esso finalità di controllo (anche se non sempre queste si esplicano con modalità valutative in senso stretto) e di valutazione dei risultati, per gestire meglio i propri interventi, ma anche per poter dimostrare, ai propri utenti e ai propri finanziatori, di essere in grado di raggiungere risultati qualitativamente apprezzabili.

La prospettiva valutativa (e pertanto anche modelli, tecniche e strumenti) è quindi certamente diversa se si valuta per gestire o se si valuta per regolare. Per utilizzare una terminologia comune nella letteratura valutativa anglosassone, si passa da una formative evaluation, ovvero una valutazione formativa, tesa a far capire se il progetto che stiamo gestendo sta funzionando nei termini desiderati di efficienza/efficacia ad una summative evaluation, una valutazione complessiva, ovvero, parafrasando il sintetico e intraducibile termine inglese, ottenuta come somma di diversi elementi e che si pone come esterna al processo di programmazione e gestione dell'intervento stesso.¹ Chen (1996), riprenden-

1. Scriven (1991) per spiegare la differenza tra questi due approcci esemplificava dicendo che la formative evaluation è l'operazione del cuoco che assaggia la minestra per capire se è buona, mentre la summative evaluation è quella del cliente del ristorante che giudica la minestra una volta che gli viene portata a tavola.

do la suddetta dicotomia, enfatizza la diversa prospettiva dei differenti stakeholder, proponendo però una classificazione che tenga conto anche dei diversi momenti valutativi. Il risultato di questa combinazione può essere sintetizzato nello schema seguente, che riporta nel senso delle righe i momenti valutativi (del programma) e in quello delle colonne le finalità (funzioni valutative).

Tab. 1. Le diverse tipologie di valutazione, seguendone i momenti e i diversi interessi degli stakeholders (CHEN 1996)

| | Miglioramento | Giudizio |
|----------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Processo | Process-improvement Evaluation | Process-assessment Evaluation |
| Outcome | Outcome improvement Evaluation | Outcome- assessment Evaluation |

Condivisibile è la posizione di Chen nell'affermare che, al di là delle storiche dispute sugli approcci valutativi, non sia possibile riportare affermazioni assolute ma necessariamente approcci e modelli rivestono importanze relative rispetto al punto di vista dei diversi stakeholder. Tant'è che lo stesso Chen riconosce, partendo dai quattro tipi base di valutazione, la presenza di tipi misti, giustificata dalla presenza di diversi stakeholder all'interno del singolo progetto.

Il quadro proposto da Chen, sicuramente aiuta nella semplificazione. Ma se si volesse tener conto della complessità dei processi valutativi e si volesse, ad esempio, introdurre un'ulteriore funzione, quella del valutatore (terzo o meno che sia rispetto alle altre due funzioni, stiamo parlando di funzioni e non di ruoli), il quadro si complicherebbe.

La tabella che segue sintetizza, con un maggior livello di approfondimento, le funzioni ed i diversi oggetti valutativi. Si noti che si è introdotto un terzo punto di vista, oltre a quello del gestore (interessato nello schema di Chen al miglioramento) e del regolatore (interessato al giudizio). Quello del valutatore. Non si fraintenda qui il ruolo esercitato nei processi (che è ciò che qui interessa) con quello della professione. Si è voluto, infatti, qui esplicitare quando è esercitato il ruolo di valutatore come terzo rispetto agli altri due. Terzietà che può essere giocata rivolgendosi, appunto a valutatori professionisti (università ecc.) o a uffici/soggetti a questo deputati (in alcune organizzazioni sono attivi nuclei di valutazione).

Tab. 2. Le diverse tipologie di valutazione seguendone i momenti, gli oggetti e le diverse funzioni dei possibili stakeholders

| | GESTORE | VALUTATORE | REGOLATORE |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| risorse | Verifica | Capacità attivazione | Capacità |
| processo-audit | Audit interno | Audit esterno | Definizione regole |
| processo accountability | Accountability | Verifica | Verifica |
| processo-prime risul- tanze | Evaluation formative | Evaluation summative | Evaluation summative |
| output | Evaluation formative | Evaluation summative | Evaluation summative |
| outcome | Evaluation | Evaluation | Evaluation |
| risultanze complessive | - | Sorveglianza | Sorveglianza |

Si noti come lo schema si complichì rispetto a quanto proposto da Chen, riconoscendo un ruolo più complesso alla valutazione a seconda di come, su che cosa e da chi viene esercitata ed agita. Importante sottolineare che questi non sono modelli valutativi in alternativa o concorrenti. Anzi, nella realtà c'è spesso da attendersi la presenza di più tipi di valutazione applicate allo stesso oggetto (servizio/progetto/territorio), proprio per la presenza di diversi stakeholder. L'impianto valutativo così dovrà tener conto di questa complessità, accogliendo le diverse esigenze espresse (esplicitamente o meno) dai diversi stakeholders.

1.3. La valutazione ex ante ed in itinere: selezione, monitoraggio, controllo

Nel processo di regolazione del mercato dei servizi il decisore (sia esso tecnico o politico) è spesso chiamato a compiere delle scelte relative al finanziamento o meno (o sull'entità dello stesso) di alcuni interventi e sulla scelta di fornitori di servizi² tra loro concorrenti. A prescindere da possibili indicazioni provenienti dalla normativa o da altre fonti, il decisore è chiamato ad attenersi a criteri di trasparenza e, genericamente, a criteri di efficacia ed efficienza, o, in sostanza, a criteri che possano assicurare la qualità dei risultati finali, così come definita nei diversi ambiti applicativi. Da qui la necessità di una forma di valutazione dei progetti che supporti, o meglio, sostanzi la scelta finale. Generalmente si definisce questo momento valutativo come valutazione ex ante.

2. Si farà qui riferimento a «servizi», «progetti» o «proposte» «interventi» come sinonimi; ciò è dato dalle finalità generali del presente lavoro, non dalla mancata volontà di riconoscere le specificità (anche valutative) che questi termini evocano.

Se accettiamo la logica della razionalità limitata, il decisore, per quanto serio e competente, introdurrà elementi di soggettività nel giudizio delle diverse proposte e dunque nella scelta. Alla soggettività dei giudizi si aggiungono, o spesso, inevitabilmente, si intersecano le scelte di carattere politico (di indirizzo) che necessariamente devono ispirare anche la selezione delle diverse proposte. Il decisore si trova a dover compiere la scelta non solo nel rispetto di alcuni criteri tecnici di qualità, ma anche di linee di orientamento (più o meno codificate) che legittimamente sono state esplicitate dai competenti organi politici.

Allora il modello valutativo dovrà essere in grado di tenere in conto di tutto, adottando uno specifico metodo. Apriamo qui una brevissima parentesi relativa al significato e al valore del metodo nella prassi valutativa.

Ciò che differenzia la valutazione come scienza e prassi da altre attività legate a generiche espressioni di giudizio è, in particolare, l'applicazione di un metodo. È il metodo, infatti, inteso come applicazione specifica di una definita e determinata metodologia, che, pur non essendo di per sé garanzia di correttezza o di qualità (queste dipendono dal come questo viene utilizzato), consente la non arbitrarietà e la trasparenza del processo di giudizio e, conseguentemente, dell'espressione valutativa che alla fine viene formulata. Potremmo pertanto affermare che una valutazione è tale solo se prevede, definisce e applica un particolare metodo; una valutazione senza metodo può aver certo valore (come giudizio) ma non sarà una valutazione, ovvero non si ritiene sia corretto definirla, tecnicamente, tale.

La metodologia forse più utilizzata per risolvere i citati problemi (sia metodologici che sostanziali) tipici della fase di valutazione *ex ante* è la valutazione multicriteri, una specificazione di una più ampia famiglia di tecniche a supporto dei processi decisionali che va sotto il nome di Multi Criteria Decision Analysis (MCDA), (si veda, ad esempio, BOUYSSOU ET AL. 1993; CABE, STEWART, VANSNICK 1997; ALSHEMMERI, ALKLOUB, PEARMAN 1997).

L'applicazione di tecniche multicriteri (per una buona presentazione introduttiva si veda EDWARDS, NEWMAN 1982) consente di gestire questi processi valutativi risolvendo due fondamentali problemi metodologici:

- considerare contemporaneamente diversi criteri, che possono fondarsi su misure oggettive e soggettive, utilizzando anche differenti scale di misura;
- risolvere la complessità delle scelte (per arrivare ad un giudizio sintetico finale) rispettando i diversi livelli di importanza che possono essere assegnati dai decisori ai diversi criteri.

Queste tecniche, pur nella diversità di approcci, nel tentativo di dare risposta ai problemi ora citati, seguono un percorso comune che si potrebbe così sintetizzare (BERTIN 1995):

- individuazione della natura della decisione da prendere;
- individuazione dei criteri;
- revisione e scelta dei criteri;
- definizione della struttura formale del modello.

L'aspetto rilevante di questi approcci è il fondarsi su misure in qualche modo affidabili. È questo un tema classico (ma non per questo scontato) della ricerca sociale: la costruzione di indicatori e la valutazione della loro validità, affidabilità, sensibilità.

Su questo fronte va sottolineata l'importanza dell'organizzazione dei dati e delle elaborazioni necessarie per la costruzione di indicatori in Sistemi Informativi in grado di dare ulteriore efficacia ed efficienza ai processi valutativi.

Quella dei Sistemi informativi (SI) ed in particolare dei Sistemi informativi statistici (BELLINI, CAMPOSTRINI 1994; CAMPOSTRINI 1995) è una delle tematiche che emerge sempre con maggior forza, sia per supportare processi di selezione (valutazione *ex ante*) che di monitoraggio (valutazione *in itinere*). È infatti impensabile che enti regolatori governino sistemi di valutazione di dimensioni e complessità sempre crescenti, coinvolgendo migliaia di progetti e centinaia di organismi gestori, senza una logica di sistema che interconnetta i diversi soggetti produttori e utilizzatori di dati e informazioni utili ai processi decisionali. Siano esse interne, ovvero prodotte ruotinariamente dal gestore del servizio o siano esse esterne, raccolte da osservatori, da ispettori o attraverso indagini, puntare sulla loro organizzazione significa recuperare certamente in efficienza, ma talvolta anche in efficacia. Flussi informativi ben definiti e organizzati spesso consentono anche una maggior qualità dei dati scambiati. Scambio che avviene anche tra i diversi momenti valutativi: frequentemente i dati relativi al monitoraggio fanno riferimento al controllo di auto-dichiarazioni rese dai soggetti proponenti in fase di selezione dei progetti o ad altri dati relativi alla valutazione *ex ante*. D'altro canto spesso sono i dati raccolti in fase di monitoraggio a essere utili per la valutazione *ex post*, per la valutazione finale dei risultati. Recuperare in efficacia ed efficienza significa organizzare i flussi informativi relativi a questi diversi momenti in un sistema unico, che colleghi le diverse valutazioni. Dal punto di vista del decisore (regolatore) avere un sistema informativo per la valutazione dei progetti significa operare efficacemente ed efficientemente il proprio ruolo di controllore del sistema di produzione dei servizi. Per tener fede alle osservazioni relative alla necessità di una valutazione cucita addosso alle esigenze espresse

dalle singole realtà, si dovrà però prestare particolare attenzione nella costruzione di SI centrali alle esigenze di controllo e di valutazione espresse ed esprimibili dai diversi soggetti a cui il SI fa riferimento. Per questo si dovrebbe ricercare SI integrati o nidificati, con ampi zoccoli comuni e ramificazioni sempre più particolari e diverse tra loro via via che ci si avvicina a riferimenti e soggetti più locali.

1.4. La valutazione dei risultati: una sfida per gestori e regolatori

Richiamando lo schema ripreso da Chen e sopra presentato, appare evidente come l'attenzione agli outcome, ai risultati degli interventi, sia comune ad entrambe le categorie di soggetti, gestori e regolatori, anche se i primi avranno prioritariamente finalità di miglioramento (dei propri interventi) e i secondi di giudizio (sui singoli interventi e sul sistema nel suo complesso). Se alcuni obiettivi valutativi sono condivisi e se alcune attenzioni e problemi metodologici sono comuni a quelli che Chen chiama outcome improvement evaluation e outcome assessment evaluation, consistenti sono gli elementi di diversificazione.

La sfida certamente comune è quella della definizione di che cos'è risultato. Parlare di sfida significa riconoscere la difficoltà sostanziale che spesso si trova nel riconoscere e isolare alcune misure che bene possano rappresentare i risultati di un intervento sociale. Nell'auspicio che l'intervento sia formulato bene dal punto di vista programmatico, ovvero che siano chiari gli obiettivi, le fasi di sviluppo, ma anche i risultati attesi; resta spesso, comunque, il problema di come misurare questi risultati, raramente affrontato in fase di costruzione del programma. Non sarà da meravigliarsi se nelle prossime pagine troveremo che la valutazione degli outcome è spesso negletta nelle nostre regioni. A problemi di metodo (e conseguentemente di competenze di chi è chiamato ad utilizzarlo) si associano problemi di cultura, nel lavorare non per prodotti, ma per obiettivi e obiettivi costruiti in modo da esprimere chiaramente i risultati attesi. Nonostante le spinte che vengono dall'Europa (nei finanziamenti comunitari si è obbligati ad una programmazione per obiettivi) il mondo di quanti operano nel sociale oggi in Italia sembra essere ancora abbastanza refrattario a definire obiettivi circoscritti, ed è ancora difficile scrollarsi di dosso un'eredità culturale ancora troppo presente negli operatori del sociale che pensano che «meaning good is doing good», ovvero che voler far del bene fa del bene. Purtroppo sappiamo che questo non è sempre vero, ma questa mentalità ovviamente lascia poco spazio a una cultura valutativa che, soprattutto in tempi di crisi economica, obbliga a dimostrare l'efficacia di quanto si sta realizzando per dimostrare non solo che si fa del bene, ma lo si fa bene.

Tornando ad aspetti più di metodo, sempre più limitata sembra la prospettiva di valutazioni che considerano un'unica variabile per verificare il raggiungimento o meno di risultati (anche se si utilizzano modelli di analisi piuttosto sofisticati), come d'altra parte appare sempre più necessario inserire in quella che viene denominata valutazione *ex post* elementi di processo, che consentano di capire non solo se si è raggiunto un risultato, ma come e perché, a quali condizioni (MCGRAW ET AL. 1996). In questa logica va il processo di scomposizione dell'intervento nelle sue fasi (idea forse non nuova e proposta anche da qualche precursore della valutazione in Italia, cfr. BERNARDI, TRIPODI 1981), che sta alla base dello sviluppo della cosiddetta *theory-based evaluation* (si veda ad esempio, CHEN 1990; FITZ-GIBBON 1996; WEISS 1997). Questa vede la valutazione legata alla teoria del programma, ovvero alla rilevazione del se e come si sia rispettata una determinata sequenza di cause ed effetti prevista, che il programma voleva produrre. Nell'evidenziare potenzialità e limiti di questo approccio, è interessante notare come punti critici nella sua applicazione siano individuabili sia nella difficoltà di esplicitare in diversi programmi la loro teoria, sia anche la necessità di sviluppare (meglio sarebbe dire adattare) opportuni strumenti di analisi alle necessità evocate da questa metodologia (BIRCKMAYER, WEISS 2000).

Se la ricerca di una definizione di risultato è qualcosa che accomuna le diverse prospettive e i diversi interessi, la misura dell'effetto netto che il programma ha avuto nel produrre i risultati osservati (impatto), al di là di possibili altre concause ed effetti di disturbo, è un problema certamente di interesse anche per il gestore, ma, verrebbe da dire, istituzionale per il soggetto regolatore. Non si può infatti né orientare, né controllare né, ovviamente valutare (sono queste tre le funzioni che contraddistinguono i soggetti regolatori dei servizi) se non si ha qualche informazione sull'impatto, magari non di tutti i singoli progetti (spesso troppo costoso da misurare), ma almeno di quelli pilota e in ogni caso almeno del complesso dei servizi/interventi sui quali si estende la propria responsabilità di regolazione. I costi spesso associati a questo tipo di valutazioni non possono essere l'unica causa che fa sì che si possano contare, in Italia, il numero di valutazioni di questo tipo sulle dita di qualche mano (e non ne servono molte!). Certamente gioca pesantemente il ritardo nello sviluppo di quella cultura di orientamento ai risultati a cui si faceva accenno poc'anzi, ma l'instabilità del governo di molti ambiti di servizi socio-sanitari contribuisce pesantemente come con-causa. Un fattore necessario per una buona valutazione di impatto è infatti il tempo, ovvero la possibilità di raccogliere informazioni prima della realizzazione dell'intervento, durante e dopo; spesso è stata proprio la mancanza di una stabilità di responsabilità di governo e gestionale a decretare l'impossibilità di applicazione di buoni disegni valutativi di impatto.

Per completare il quadro, va evidenziato come da più parti si deleghi ogni valutazione di risultato a qualche sorta di indagine di customer satisfaction, di rilevazione della soddisfazione dei clienti o degli utenti di un servizio. Va da subito chiarito che anche se queste possono fornire elementi utilissimi anche per una valutazione di risultato, non possono, normalmente, essere considerate di per sé una valutazione di risultato. A seconda infatti del contesto, del tipo di intervento e dei soggetti interessati alla valutazione, la customer satisfaction può rappresentare una valutazione di processo, una valutazione in itinere, o, tutt'al più una valutazione sugli output. Questo per numerosi e diversi motivi, come molta letteratura sulla customer satisfaction ha sempre segnalato (si veda ad esempio TEAS 1994). Non si nega con ciò il valore valutativo dell'applicazione, dove e quando possibile, di una customer satisfaction, né, come si accennava, nel suo valore di offrire spunti per una valutazione di risultato.

1.5. La (difficile) chiusura del cerchio: l'utilizzo della valutazione

Nella pratica valutativa si è giustamente spesso molto attenti nel curare aspetti metodologici e sostanziali relativi al disegno e alla realizzazione della valutazione. In un'epoca matura per la valutazione risulta fondamentale anche verificare che cosa la valutazione stessa ha portato, qual è stato il suo impatto sulla/e organizzazione/i che la hanno promossa e sul sistema complessivo (WEISS 1972; PATTON 1997; JOHNSON 1998). Questa necessità è ancor più evidente in servizi nei quali la valutazione è attività ricorrente: un'opera meta-valutativa si rende necessaria sia per assegnare il giusto ruolo alla valutazione, sia per verificare necessità per una sua taratura, sia, infine, per individuare quali possono essere le condizioni per favorire la realizzazione dei cambiamenti suggeriti dai risultati valutativi e dunque assegnare una miglior efficacia complessiva al processo valutazione - (ri)progettazione.

Dunque un ciclo completo è segno di una valutazione compiuta, che non si limita a proporre processi valutativi dettati solo da esigenze di rispetto di aspetti formali o di facciata, ma che entra nei reali processi di programmazione e ri-programmazione. Quando i processi decisionali sono guidati (anche) dalle risultanze della valutazione, allora si potrà dire che la valutazione ha raggiunto il suo scopo, che si è chiuso il cerchio.

Per molti versi, per capire il grado di maturazione della valutazione in un sistema, non è tanto importante domandare come la fai, quanto che utilizzo ne fai.

2. La valutazione nelle regioni italiane

Il quadro introduttivo ha quindi disegnato le basi teoriche e metodologiche entro le quali si muovono i processi valutativi. In questa seconda parte s'intende dare spazio ai risultati delle rilevazioni condotte presso le regioni che hanno aderito al progetto. I risultati delle analisi condotte verranno presentati dando spazio a ciascuno degli aspetti relativi alla valutazione che sono stati indagati.

2.1. Le dimensioni di analisi dello studio sulla valutazione nelle regioni

La lettura e l'analisi dei processi valutativi nelle regioni aderenti al progetto è stata condotta mediante l'analisi di contenuto di tipo qualitativo. Sono state identificate delle categorie di contenuto che hanno guidato la lettura e l'analisi dei materiali raccolti. Tali categorie concernono:

- ruolo attribuito alla valutazione;
- oggetti della valutazione;
- contenuti della valutazione;
- criteri adottati;
- in quale momento vengono attivati i processi valutativi;
- quali sono gli attori coinvolti nella valutazione e con quale ruolo;
- in che modo vengono utilizzati i risultati emergenti dai processi di valutazione.

Queste categorie sono state impiegate per la ricostruzione delle logiche valutative emergenti dalla dimensione normativa e quelle affiorate nella fase di intervista dei testimoni privilegiati, consentendo il raffronto tra le due dimensioni.

Nei paragrafi a seguire, verrà presentato un confronto tra le regioni indagate alla luce delle categorie concettuali suesposte, con l'obiettivo di favorire una comparazione trasversale sulle diverse dimensioni che articolano i processi valutativi, presentando i punti di scostamento tra la dimensione di contenuto normativo e documentale, e quella invece segnalata dagli attori regionali e territoriali intervistati e che meglio dovrebbe riflettere le prassi valutative attualmente concretamente operanti nelle regioni.

Il raffronto è pertanto, a livello di ciascuna categoria di contenuto, duplice:

- tra le diverse regioni, identificando gli elementi emersi dalla documentazione e dalle interviste condotte;
- per la singola regione, comparando il piano normativo e quello della prassi, onde mettere in luce eventuali incoerenze.

2.2. Perché si valuta? I ruoli attribuiti alla valutazione

Richiamando il quadro storico sopra descritto, pur riconoscendo le diverse tipologie di valutazione (formative, summative ecc.) si può affermare che un ruolo complessivamente più maturo e istituzionalizzato si individua quando le diverse dimensioni coesistono: la valutazione assume le connotazioni di processo circolare, in cui al momento del giudizio segue e si accompagna quello della riflessività orientata alla riprogrammazione e alla revisione dei processi. La valutazione diviene a tutti gli effetti elemento integrante del processo di programmazione e controllo dell'implementazione di politiche, progetti, interventi, e non più un momento esterno di riflessione obbligata. Questo costituisce il ruolo ottimale (maturo) della valutazione, quello cui dovrebbero tendere disegni normativi e prassi.

Gli atti normativi esaminati per le diverse regioni evidenziano come, in linea generale, non sia sempre chiaramente esplicitato l'obiettivo per il quale viene prevista l'attività di valutazione, il ruolo che a questa viene attribuito. Una chiara identificazione del ruolo che la valutazione assume all'interno dei processi di governo delle politiche sociali e nella governance dei rapporti tra regione e territori, può infatti essere condotta solo in presenza di un'altrettanto chiara declinazione delle diverse fasi del processo valutativo e degli utilizzi della valutazione.

La valutazione, negli atti normativi regionali e nella documentazione esaminata, ha prettamente un obiettivo di giudizio laddove si segnalano richiami a processi di verifica dell'impatto degli interventi, monitoraggio degli effetti della programmazione sui bisogni dei territori, verifica del raggiungimento degli obiettivi, controllo di coerenza con la normativa regionale, verifica di appropriatezza degli interventi e delle prestazioni erogate (elementi ad esempio fortemente presenti nella normativa delle Regioni Toscana e Sardegna). Tali elementi evidenziano un richiamo ad una concezione di valutazione riconducibile al controllo esterno, al monitoraggio di parte regionale sulle attività dei territori. La valutazione di giudizio emerge anche con riferimento a processi di controllo e riprogrammazione dei PDZ e con riferimento alla valutazione del sistema dei servizi attivati a livello territoriale rispetto a quanto programmato nei piani stessi (Regione Basilicata; la Regione Molise parla esplicitamente di un giudizio di validità); per regolare i trasferimenti di risorse dalla regione agli enti territoriali e le modalità di impiego delle risorse (Regione Umbria, Regione Marche), nonché relativamente a specifici processi di valutazione, come ad esempio la valutazione sui risultati ottenuti da parte dei territori; la valutazione di esito e d'impatto degli interventi sulla popolazione; la valutazione della domanda socio-sanitaria e la verifica

del suo grado di soddisfacimento. La normativa della regione Campania mette in evidenza un ruolo di giudizio e controllo esterno da parte della regione con riferimento alla valutazione di congruità tra la programmazione regionale e quella locale, nonché una successiva valutazione dello stato di attuazione degli interventi individuati dai PDZ, avvalendosi di strumenti di monitoraggio e controllo di gestione.

Un ruolo a valenza formativa per i processi di valutazione viene invece individuato dagli atti legislativi e documentali con riferimento all'analisi dei bisogni socio-sanitari e della domanda sociale da parte degli organi territoriali (il distretto piuttosto che aziende sanitarie locali e comuni congiuntamente) e da parte delle unità valutative multiprofessionali. È il caso delle Regioni Liguria, Veneto, Marche, Puglia. Stesso ruolo (formativo) concerne anche la valutazione di specifiche sperimentazioni, al fine di definirne in via più puntuale le modalità attuative (ad esempio Regione Marche rispetto alla sperimentazione dei primi piani di ambito sociale; Regione Toscana per la quale la valutazione di specifici progetti/interventi è strumentale al riorientamento dei successivi interventi). L'aspetto formativo emerge altresì con riferimento al controllo sulle attività e le strutture, volto al miglioramento della qualità dei servizi; il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi. Anche per quanto concerne la programmazione regionale e locale si rintracciano riferimenti a processi valutativi di natura formativa, prevedendo in taluni casi procedure di tipo sistematico nonché partecipate, secondo quella che viene definita come una vera e propria clausola valutativa (Regione Basilicata). Una concettualizzazione più esplicita del ruolo formativo assegnato alla valutazione viene suggerita nella normativa della Regione Emilia Romagna, ove si esplicita che «[...] la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie pubbliche che, anche grazie alla valutazione, imparano a governare insieme un sistema locale di servizi» (Regione Emilia Romagna, Piano sociale e sanitario 2008-2010).

Una valutazione più complessa, sia formativa che di giudizio, e inserita nell'ottica del ciclo della programmazione si riscontra negli atti normativi regionali solo in riferimento ai PDZ della Regione Friuli Venezia-Giulia e della Regione Veneto, che prevedono, nelle linee guida ai PDZ, una valutazione sia finalizzata al controllo sia alla riprogrammazione. Simili orientamenti emergono dagli atti documentali delle Regioni Liguria, Sardegna (ove le linee guida per i PLUS identificano nella valutazione lo strumento per orientare la programmazione successiva), Molise e Puglia, dove quest'ultima stabilisce che «In una logica di ciclo di programmazione, il processo proseguirà con le azioni di coordinamento e

di monitoraggio delle programmazioni sociali di ambito territoriale e con le azioni di affiancamento per l'attuazione dei Piani Sociali di Zona» (Puglia, Piano regionale delle politiche sociali).

La normativa presa in esame esprime un ruolo di simile complessità anche per quanto concerne l'Emilia Romagna, dove l'obiettivo emergente è quello di favorire un'ottica progettuale efficace mediante «la progettazione, osservazione, valutazione e riprogettazione che tenga conto delle valutazioni realizzate, degli esiti dei propri interventi e dei processi che conducono a determinati esiti. Il fine ultimo della valutazione quindi è quello di rafforzare l'azione. Esso pertanto mira a mostrare quanto un intervento funziona, migliorare il modo in cui funziona, ridurre i disservizi e le diseconomie, ridurre gli interventi che mostrano scarsa efficacia, sviluppare quelli che viceversa esprimono migliore capacità di risposta, prevedere nuove modalità di intervento.» (Regione Emilia Romagna, Linee guida PDZ). Anche la normativa della Regione Umbria suggerisce l'attribuzione di un ruolo forte ai processi di valutazione, esplicitando che «L'attività di monitoraggio costituisce una funzione propria dell'Amministrazione regionale e rappresenta la fase finale della programmazione propedeutica al riavvio del ciclo. Essa è diretta alla verifica di avanzamento e attuazione del piano sociale mediante il Sistema informativo sociale.» (Regione Umbria, Piano sociale regionale 2010-2012).

Se questo è quanto emerge dagli atti normativi e dalla documentazione delle regioni, sul piano delle prassi portate in luce durante le fasi dell'intervista e i focus group, sembra che il processo sia solo iniziato e il ruolo della valutazione definito solo sulla carta. Ne è un esempio il fatto che venga quasi unanimemente riconosciuta l'esigenza di individuare e costruire dei set di indicatori utili alla formulazione di giudizi sull'intero sistema sociale e socio-sanitario. Difficile che un ruolo sia definito se non sono ancora definiti gli strumenti per esercitarlo... Parallelamente però si rileva l'esistenza di diverse esperienze locali di valutazione (agita, non solo sulla carta), circoscritte però o sul livello territoriale, o su quello degli oggetti considerati. Tra le esperienze citate, si riporta:

- monitoraggio della spesa e dell'utilizzo delle risorse (ad esempio Emilia Romagna dove, a livello teorico, è riconosciuta la possibilità di sanzioni nell'erogazione dei finanziamenti ai territori inadempienti; Puglia; Molise, che lega l'erogazione di parte dei fondi solo a seguito di una rendicontazione sui servizi attivati; Sardegna, dove il controllo è relativo alla conformità della spesa con le indicazioni e le priorità regionali; Basilicata);
- esperienze di attivazione di processi valutativi su specifiche aree d'intervento. Ad esempio nella Regione Emilia Romagna sono stati

prodotti dei report ad hoc per il settore demenze, l'area povertà, esclusione sociale, immigrazione, famiglie e minori, con l'obiettivo di discutere i risultati ed analizzare il processo di erogazione di questi servizi.

La regione effettua anche delle verifiche sull'operato dei territori, in particolare sulla coerente realizzazione degli interventi rispetto quanto concordato a livello di programmazione regionale, e, a monte, nei termini di controlli ex ante di congruenza sugli atti della programmazione locale con gli indirizzi e le direttive regionali (Regioni Liguria, Campania, Umbria, Molise). I giudizi di coerenza sui PDZ non sono però solamente formali, ma possono avere anche un risvolto sostanziale, come esplicitato da un funzionario della Regione Campania: «L'obiettivo della valutazione dei piani non è semplicemente la qualità formale dell'atto, ma la qualità sostanziale della programmazione. La finalità è quella di garantire sostanzialmente che i servizi siano gli stessi su tutti gli ambiti, perché, da un lato, lasci l'opportunità agli ambiti di fare i servizi che ritengono opportuni, dall'altra, però, l'obiettivo è quello di assicurare che vi sia un livello uniforme di servizi, che non ci sia una differenza tale tra ambito e ambito, sia tra risorse dedicate che per tipologia di servizi che si attivano» (Regione Campania, intervista funzionario regionale). Anche per quanto concerne la valutazione delle politiche regionali emerge un ruolo di giudizio sugli esiti e gli impatti (Regione Toscana), che si esprime in alcuni casi nella forma di vere e proprie clausole valutative con riferimento all'attività complessivamente svolta da parte dei diversi servizi (Regione Friuli Venezia Giulia). Infine, processi di tipo summative vengono evidenziati per specifiche leggi settoriali, dove la valutazione tocca gli aspetti finanziari (spesa sostenuta) nonché le modalità di realizzazione del progetto ed risultati raggiunti (Regione Friuli Venezia Giulia). Valutazione complessiva allora, ma limitata ad alcuni aspetti (quello del controllo finanziario è il più frequente, d'altra parte non sorprendentemente, frutto di un'eredità legata all'amministrare, più che al governare).

Tra le esperienze segnalate in fase d'intervista, si possono ricondurre a una valutazione di tipo formative quelle che concernono i servizi e gli interventi attivati dai territori e la loro qualità, volumi di attività e spesa sostenuta per l'erogazione (Regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Campania). La valutazione dei servizi può avvenire sia a opera della regione, sia internamente ai territori, come nel caso del Friuli Venezia Giulia con esperienze di confronto sistematico con i servizi sociali dei comuni e il Comitato dei sindaci di ambito distrettuale relativamente ai singoli casi in carico, l'impatto dei servizi, l'andamento della spesa. Similmente, anche per specifiche progettualità (per esempio

il Fondo per l'autonomia possibile nel Friuli Venezia Giulia; progetto Cittadinanza solidale in Basilicata) la regione procede con attività di monitoraggio sulle modalità di utilizzo dei fondi e sulle attività svolte con l'obiettivo di riorientare parte del programma.

Un ruolo di natura formativa viene conferito anche alla valutazione dei documenti di programmazione locale (PDZ) (Regioni Veneto, Toscana e Liguria, dove per quest'ultima è prevista l'adozione di un set di indicatori - obiettivo statuiti dal Piano sociale regionale). Anche nella Regione Marche è stata svolta nel 2003 un'importante attività di monitoraggio sulla prima annualità di sperimentazione dei piani di ambito, tesa a identificare elementi di forza e di debolezza della prima programmazione sociale regionale e il recepimento di questa a livello territoriale. Da qui è poi derivato il nuovo Piano sociale regionale 2008-2010 e le nuove linee guida per i Piani di ambito. Un simile percorso è stato intrapreso dalla Regione Toscana con la valutazione della sperimentazione delle Società della salute e dei Piani integrati di salute (PIS).

Un ruolo formativo è, per natura stessa dell'oggetto, assegnato alla valutazione dei bisogni, sia rispetto al bisogno individuale del singolo utente ed alla valutazione multidimensionale, che con riferimento ai bisogni complessivi del territorio, finalizzata quest'ultima alla costruzione dei profili di salute e/o di comunità alla base della programmazione locale (per esempio: Regioni Toscana e Marche).

La valutazione è altresì utile al riorientamento della programmazione di specifici progetti o sperimentazioni nonché a riorientare le politiche (Toscana, Sardegna, Campania).

In estrema sintesi, si può affermare che a livello di analisi normativa vi sia una generale tendenza ad attribuire più funzioni alla valutazione, ed in diverse regioni si riscontra anche l'assegnazione di un ruolo complesso ai processi di valutazione, ciò però si scontra con quanto rilevato a livello di prassi da interviste e focus group che invece portano in rilievo esperienze più limitate, che tendono ad assegnare alla valutazione un ruolo talora formativo, con momenti di riflessione sulle esperienze condotte, mentre in altri casi si tratta di una valutazione di tipo complessivo da parte della regione sull'azione del livello locale, ma spesso limitata ad aspetti finanziari.

Adottare la valutazione come strumento di controllo, in senso stretto (e spesso limitato ad aspetti finanziari), sull'azione dei territori, viene sentita dagli attori intervistati come elemento di criticità, da superare, in favore di un maggior accompagnamento e sostegno all'azione dei livelli di governo locali. A titolo esemplificativo, si riporta quanto affermato in un'intervista «In regione abitualmente, per quanto mi riguarda, non si fa una vera valutazione, se con processo di valutazione intendiamo quel

processo di analisi ex ante, in itinere e finale con output e outcome [...] Ecco quello non c'è. La valutazione, diciamo così, passa attraverso la verifica sulla spesa [...] e questo, però, diventa controllo.» (funzionario regionale, Regione Basilicata).

Già a partire da questo primo esame sul ruolo giocato dalla valutazione, soprattutto nel confronto tra norma e prassi, emergono numerosi elementi di debolezza che mostrano come il cammino verso una maturità dei sistemi valutativi sia ancora da percorrere in tutte le regioni analizzate, pur con differenze, che spesso però sono riconducibili ad esperienze virtuose limitate o territorialmente o settorialmente.

2.3. Quali oggetti vengono valutati?

Nell'analizzare i processi valutativi previsti e concretamente messi in campo dalle regioni, una seconda fondamentale domanda che ci si pone concerne il che cosa venga valutato. Per rispondere a tale interrogativo, due sono i livelli da esaminare: ad un primo livello si indaga l'oggetto della valutazione, mentre il secondo livello, che verrà ripreso nel paragrafo seguente, esplora i contenuti della valutazione.

Gli oggetti della valutazione si possono ricondurre a quattro macro-categorie:

- politiche;
- piani (atti della programmazione territoriale e piani settoriali di intervento);
- servizi ed interventi;
- singoli progetti sull'utente.

Una prima considerazione di carattere generale concerne il grado di copertura di questo ventaglio riscontrata nella normativa regionale. Tutte le regioni richiamano almeno tre di questi oggetti all'interno dei propri atti legislativi o negli atti di regolazione del sistema. L'attenzione è dedicata in particolare ai documenti della programmazione locale, ai servizi ed agli interventi. Sul piano delle prassi invece si registra un generale restringimento di campo, sottolineando il carattere talora localistico delle esperienze attivate (ad esempio la valutazione concerne solo determinati servizi).

Entrando più nel dettaglio, l'analisi degli atti di documentazione regionale ha messo in luce come la valutazione delle politiche venga citata da larga parte delle regioni indagate. La valutazione delle politiche rientra nel novero delle competenze della regione, anche nella forma di verifica e controllo dell'attuazione degli indirizzi sul territorio. Ad esempio, nella Regione Basilicata è prevista una valutazione delle politiche regionali, sancita dalla presenza di una clausola valutativa che impegna la giunta

regionale a produrre relazioni periodiche sull'impatto delle politiche attivate.

La valutazione delle politiche sociali e socio-sanitarie, si può estendere anche al livello locale: è quanto si rintraccia nelle linee guida ai PDZ della Regione Veneto, nonché, per la Regione Toscana, con riferimento alla partecipazione dei comuni alla Conferenza permanente per la programmazione socio-sanitaria. Nella Regione Umbria la valutazione dell'impatto delle politiche è demandata ai tavoli territoriali: «L'integrazione passa per il livello dei tavoli territoriali coincidenti con i territori degli ATI/Zone sociali, dove [...] è possibile [...] valutare il possibile impatto delle politiche» (Umbria, Piano sociale regionale, p. 48).

La valutazione dei documenti di piano va vista con riferimento agli atti di programmazione territoriale (PDZ, nelle diverse denominazioni che questi assumono a seconda del contesto³) nonché con riferimento ai piani settoriali di intervento. I PDZ sono citati quale oggetto di processi valutativi in pressoché tutte le regioni indagate, con riferimento a:

- valutazione di impatto della programmazione: Regioni Toscana, Umbria, Molise, Sardegna;
- valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati: Regioni Puglia, Campania (per quest'ultima, il Piano sociale regionale prevede, per ciascuna area di intervento un set di indicatori atti a monitorare il raggiungimento delle priorità individuate);
- valutazione di congruenza con i piani regionali e le linee programmatiche dettate dalla regione: Regioni Toscana, Sardegna, Basilicata, Marche, Campania;
- come momento di rendicontazione formale da parte dei territori alla regione: Regioni Veneto, Sardegna, Marche, Campania;
- valutazione per riorientare la programmazione: Regioni Emilia Romagna, Umbria;
- valutazione per riallocare le risorse: Regione Umbria.

Per quanto concerne la valutazione dei piani settoriali, questa è richiamata dalla normativa della regione Veneto, anche se è sarebbe più corretto descriverla come verifica, dato quanto previsto nelle norme.

Uno degli oggetti sottoposti a processi di valutazione maggiormente richiamati negli atti legislativi regionali sono i servizi e gli interventi attivati e la qualità delle prestazioni (Regioni Veneto e Sardegna). Particolare è il riferimento, nella Regione Toscana, a una valutazione dei ri-

3. Per omogeneizzare il vocabolario adottato, si è deciso di chiamare «piani di zona» tutti i riferimenti alla valutazione riguardanti gli atti della programmazione territoriale, senza riportare la denominazione originale («piano di ambito sociale», «piano integrato», e così via).

sultati conseguiti dai servizi e dagli interventi con riferimento agli obiettivi individuati nel piano attuativo delle aziende sanitarie, valutazione attuata con finalità di riprogrammazione. Una maggior formalizzazione della valutazione dei servizi si rintraccia nel piano sociale della Regione Molise (con criteri e parametri impiegati, strumenti da adottare per la valutazione, indicatori) e anche nel piano sociale della Regione Campania, che identifica, per ciascuna area d'intervento, degli indicatori con cui analizzare il cambiamento. Gli ambiti sociali campani sarebbero quindi chiamati ad inviare delle schede di monitoraggio periodiche sui servizi attivati, in modo da consentire alla regione la verifica dello stato di attuazione rispetto ai parametri indicati.

Si rintracciano nella documentazione analizzata anche riferimenti alla valutazione di specifici progetti, come ad esempio, nella Regione Basilicata il progetto cittadinanza solidale.

Rispetto infine ai progetti individuali sull'utenza, viene a più riprese richiamata l'attività svolta dalle Unità di valutazione multi professionale (Regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Puglia).

Tra gli altri oggetti della valutazione che gli atti normativi e documentali regionali identificano, si possono citare le sperimentazioni (Friuli Venezia Giulia), il bisogno sociale e socio-sanitario a livello globale (Veneto, Marche, Basilicata), la situazione economica, le condizioni di accesso prioritario, la gestione tecnica amministrativa (Emilia Romagna), la verifica dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento (Liguria, Marche, Molise).

Sul piano delle pratiche concretamente adottate, gli elementi della valutazione delle politiche che gli interlocutori intervistati hanno portato in luce concernono la valutazione a livello regionale o una valutazione delle politiche attuate dai territori. La valutazione a livello regionale è rintracciabile in Friuli Venezia Giulia, Toscana, Liguria (con lo strumento dei tavoli di lavoro) e Puglia (valutazione dell'impatto delle politiche attuate).

Viene però sottolineato da alcune regioni come non si possa parlare di veri e propri processi di valutazione delle politiche (Veneto, Marche, Umbria, Molise, Basilicata, Sardegna), imputando tale lacuna ora ad una mancanza di sedimenti culturali a ciò orientati (Regioni Veneto, Umbria) ora ad una carenza di risorse da destinare specificamente a questa attività (Sardegna, Umbria).

Con riferimento alla seconda categoria di oggetti della valutazione, i PDZ e gli atti della programmazione locale, il confronto con la prassi ha messo l'accento sul peso predominante che questi rivestono all'interno del più vasto sistema dei processi valutativi attivati. Per alcune regioni, infatti, la ricostruzione operata dagli attori intervistati permette di affer-

mare che la valutazione dei PDZ rappresenta forse l'unico oggetto della valutazione rispetto al quale si possano ricostruire con un certo grado di dettaglio e di completezza i diversi elementi del processo. Ciò è quanto rilevato all'interno delle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Campania.

La valutazione degli atti della programmazione locale riguarda diversi profili:

- valutazione della coerenza - congruità dell'atto di programmazione locale con gli indirizzi regionali: Regioni Liguria, Toscana, Umbria, Campania;
- valutazione di servizi ed azioni attivate dai territori rispetto a quanto programmato, e quindi della capacità di rispondere agli obiettivi individuati: Veneto, (che dispone di un sistema molto strutturato in via di implementazione), Friuli Venezia Giulia, Umbria, Emilia Romagna, Toscana, Basilicata, Campania (con compilazione periodica di schede di monitoraggio), Puglia (le Conferenze dei servizi di approvazione dei PDZ sono occasione per una valutazione partecipata del precedente ciclo di programmazione). Una valutazione sui Piani sociali di zona è stata introdotta dalla Regione Molise con l'obiettivo di favorire processi di rendicontazione sulle modalità di impiego delle risorse e di attivazione dei servizi.

Alcune difficoltà vengono individuate rispetto alla valutazione dei PIS (Piani integrati di salute) della Toscana, dove i processi sono in fase di definizione, con l'individuazione congiunta, tra regione e territori, di un set di indicatori a tal scopo. Anche da parte della Sardegna viene esplicitata una difficoltà nella definizione di processi formalizzati di valutazione della programmazione dei territori. Tuttavia, con l'annuale verifica dello stato di attuazione dei PLUS la regione attua un controllo sui piani stessi, in particolare sotto il profilo dell'attuazione dell'integrazione.

Valutazione della programmazione locale e revisione delle politiche regionali dovrebbero procedere lungo binari paralleli, cosicché l'output della prima divenga input per le seconde. Questo passaggio non necessariamente si realizza in maniera compiuta, o quantomeno l'attore regionale non attribuisce un peso determinante al quadro ricostruito con l'analisi dei PDZ ai fini del ripensamento degli obiettivi del sistema regionale nel suo complesso (Liguria, Veneto). Altre realtà territoriali invece sembrano evidenziare in maniera più netta e riconoscere un ruolo di supporto ed indirizzo alla valutazione dei documenti di programmazione locale (regione Marche dove tale valutazione sistematica si è avviata nel 2010).

La valutazione dei PDZ. Alcune esperienze a confronto.

Uno degli oggetti della valutazione rispetto al quale le regioni hanno dettagliato maggiormente le esperienze effettuate, concerne la programmazione locale ed i PDZ nella fattispecie. Data la centralità di questo strumento per il governo delle politiche sociali sul territorio, si intende riportare brevemente alcune note relative a esperienze particolarmente significative nella valutazione dei PDZ da parte delle regioni.

Regione Liguria

Vengono realizzati dei tavoli di confronto composti da rappresentanti della Regione, dai Direttori sociali, rappresentanti del Terzo settore e del territorio (tavoli che sono coordinati a livello regionale). L'obiettivo è quello di verificare i Piani di distretto socio-sanitario (PDSS) elaborati da tutti i territori, al fine di comprendere la capacità dei territori stessi di rispettare gli indicatori di offerta dei servizi per le diverse reti integrate (ad esempio: rete non autosufficienza) contenuti nel Piano sociale regionale, pur senza trascurare che gli indicatori contenuti nei Piani sono per la maggior parte indicatori relativi alla disponibilità dei servizi. È stata pertanto valutata la rispondenza dei PDSS con gli indicatori presenti nel Piano sociale integrato regionale.

Tali incontri rappresentano momenti di confronto e valutazione a scopo formativo, per valutare lo stato di avanzamento dei progetti e le difficoltà attuative, e non occasioni per esprimere un vero e proprio giudizio di efficacia sui risultati conseguiti.

Regione Veneto

I PDZ sono soggetti, in fase di presentazione, ad una doppia approvazione: a livello territoriale da parte delle conferenze dei sindaci afferenti all'ambito territoriale corrispondente a quello delle aziende locali socio-sanitarie, per le quali interviene nella fase di approvazione il direttore generale; a livello regionale attraverso la valutazione da parte della Regione che è tenuta a rilasciare il visto di congruità del PDZ rispetto a quanto previsto dalla programmazione regionale, sia in termini di indirizzi, sia in relazione al piano di riparto dei fondi.

I PDZ sono inoltre soggetti ad un processo di monitoraggio annuale, che riguarda sia l'avanzamento delle attività ed il grado di realizzazione degli obiettivi, sia il controllo delle risorse economico-finanziarie. Tale valutazione è effettuata in relazione alle attività incluse nel PDZ, ovvero l'insieme dei servizi e degli interventi per ciascuna area (anziani, disabili, famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizione di disagio, salute mentale, dipendenze, immigrazione, marginalità sociale) gestiti dai diversi attori del territorio (comuni, aziende Socio-Sanitarie, aziende

pubbliche, privato sociale, privato profit). Si tratta di un'azione di auto-valutazione territoriale, che avviene attraverso due principali strumenti: una raccolta dati strutturata e formalizzata attraverso un web regionale dedicato ai PDZ, nel quale vengono raccolti i dati relativi ai soggetti gestori degli interventi, all'utenza servita (numero utenti, posti, giorni di presenza), ai finanziamenti impiegati per le diverse attività in relazione alle diverse fonti (regione, comune, utenza, altro), nonché alla spesa sostenuta (per i Comuni) o ai costi sostenuti (per Aziende Socio-Sanitarie e Enti privati) in riferimento all'anno solare per ciascuna attività.

Tali dati sono quindi utilizzati dai territori per produrre una relazione valutativo-previsionale nella quale dare conto dell'andamento del PDZ rispetto alle previsioni, destinata sia agli stakeholder territoriali, sia alla Regione.

L'analisi dei dati aggregati e delle relazioni valutative previsionali permettono alla Regione di monitorare l'andamento dei Piani e sono utilizzate come stimoli per promuovere il confronto tra i territori facendo emergere elementi di criticità e pratiche utili da diffondere.

Tale lavoro, iniziato nel 2006 con logica sperimentale, si è sedimentato nel tempo divenendo prassi ormai consolidata in quasi tutto il territorio regionale. Resta tuttavia un unico elemento di criticità riguardante l'uso del processo valutativo a fini decisionali, poiché ad oggi la valutazione dei PDZ non ha prodotto un vero e proprio impatto sul processo di programmazione, ma, essendo svincolata dal trasferimento dei fondi, è stata vissuta più come occasione di confronto che di governo reale dei processi di programmazione.

Regione Emilia Romagna

La valutazione dei PDZ coinvolge due livelli: a un primo livello viene operata, da parte della Regione, una valutazione in merito ai contenuti della programmazione e alla capacità dello strumento di rispondere agli obiettivi prefissati. A un secondo livello invece, la Regione opera una rilettura comparata dei PDZ, tenendo conto della relativa distribuzione delle risorse. Le informazioni sui PdZ sono inviate dai distretti alla Regione attraverso la compilazione di una scheda di monitoraggio.

Vengono altresì valutati i singoli Piani attuativi annuali, attraverso la compilazione da parte dei territori di schede di intervento. La Regione opera poi una rilettura complessiva e trasversale delle attività per ciascuna area di intervento.

Regione Campania

I PDZ presentati dai territori sono sottoposti ad una istruttoria preliminare da parte dei funzionari regionali referenti, e poi sottoposti all'esa-

me di un nucleo di valutazione che richiede integrazioni e/o modifiche e infine li approva. Non si tratta di un controllo di mera regolarità formale dell'atto, ma teso a valutare anche la congruenza dei servizi previsti con quanto riportato a livello normativo, e la coerenza tra interventi previsti e risorse a questi destinate. L'obiettivo che la Regione si pone è quello di garantire in maniera sostanziale un livello uniforme dei servizi su tutti gli ambiti, anche in termini di risorse dedicate per tipologia di servizio attivato.

Inoltre gli ambiti debbono periodicamente compilare delle schede di monitoraggio sullo stato di realizzazione delle attività previste dal piano.

Dalla fase di intervista con gli interlocutori regionali e del territorio, servizi ed interventi erogati risultano essere l'oggetto maggiormente valutato per le Regioni Liguria, Friuli Venezia Giulia, Molise. La valutazione di specifici servizi (ad esempio: adozione e affido nelle Regioni Liguria e Marche; settore della non autosufficienza in Toscana) è funzionale alla revisione o alla definizione di linee guida. La valutazione dei servizi e degli interventi si presenta con diversi gradi di maturità e analiticità a seconda della specifica area di intervento, con punti di eccellenza solo in alcune aree (ad esempio nella Regione Umbria la valutazione dei servizi dell'area infanzia è più strutturata rispetto alla valutazione nell'area disabili ed anziani). Quindi la valutazione di area può assumere modalità diversificate di conduzione, senza che necessariamente si adottino rilevazioni uniformi e trasversali.

Interessante rilevare quanto riportato dalla Regione Molise rispetto alla valutazione dei servizi e degli interventi: il complesso sistema disegnato nella normativa regionale, che per ogni azione individua criteri, strumenti e indicatori, si è rivelato non pienamente efficace poiché nella precedente triennalità di programmazione locale si è assistito alla mancata attivazione dei servizi in alcuni ambiti, nonostante l'erogazione dei finanziamenti ai territori. Per ovviare a ciò, è stata introdotta una forma di controllo che prevede l'obbligo di rendicontare i servizi attivati per accedere al saldo dei trasferimenti.

La valutazione di servizi ed interventi può essere avviata in modo autonomo dai singoli territori. Alcuni esempi sono stati proposti durante i focus group con alcuni interlocutori privilegiati del territorio, sottolineando come i territori talvolta si muovano in maniera autonoma, in assenza di precisi indirizzi regionali, avviando processi di monitoraggio e valutazione dei servizi attivati sul territorio di competenza (ad esempio: valutazione dei servizi SAD e ADI attuata da uno degli ambiti sociali delle Marche).

È stato evidenziato a più riprese dalle diverse regioni, il positivo operato di organi come le unità valutative multidimensionali, per la loro valutazione del bisogno dell'utente e la loro capacità di indirizzare i soggetti in modo appropriato alla rete integrata dei servizi. Si tratta di esperienze che oramai assumono contorni generalmente definiti e consolidati, che costituiscono uno dei pilastri dei processi valutativi.

Rispetto quindi agli oggetti della valutazione, il confronto tra elementi emersi dall'analisi normativa e documentale denota una accentuata discrepanza nel ventaglio degli oggetti valutati. Se dalla normativa si registra una tendenza ad indicare come oggetto di valutazione un ampio spettro di elementi da valutare, ciò che poi viene concretamente valutato, come affermato dai soggetti intervistati, sono in larga prevalenza gli atti della programmazione locale (pur con modalità e finalità anche molto diverse tra le regioni) e alcuni specifici servizi od interventi.

È rilevante evidenziare come delle difficoltà più marcate siano emerse con riferimento alla valutazione delle politiche, riconosciuto essere uno degli oggetti rispetto ai quali si rintracciano maggiori criticità nella definizione di procedure sistematiche di valutazione.

Tuttavia anche con riferimento ad uno degli oggetti più consolidati nelle pratiche di valutazione, i PDZ, non sempre i processi sono uniformi. Si rilevano infatti delle disomogeneità a livello sub-regionale in merito alle forme di valutazione e alle effettive modalità di utilizzo dei risultati, anche nel caso in cui siano presenti linee guida per la valutazione. Inoltre, anche su questo oggetto la normativa, le pratiche e le procedure delle regioni risultano fortemente differenziate, pur con qualche caso avanzato degno di nota.

2.4. Quali sono i contenuti della valutazione?

Per rispondere alla domanda che cosa si valuta, esplorato il primo livello, quello degli oggetti valutati, si deve approfondire il secondo livello, relativo ai contenuti valutati. Anche in questo caso sono state individuate le principali categorie in cui si possono riassumere i contenuti della valutazione:

- le risorse;
- i processi;
- le prestazioni;
- gli esiti ed i risultati;
- le percezioni dell'utenza.

Rispetto alla valutazione delle risorse, questa viene richiamata negli atti documentali con riferimenti generali, o rispetto a specifici interventi (ad esempio: interventi socio-sanitari nella Regione Veneto). Le risorse

sono valutate per le politiche, i PDZ, gli interventi (Friuli Venezia Giulia, Puglia), per i servizi (Emilia Romagna, Campania). Innovazioni recenti si registrano nella normativa della Regione Marche che prevede per i Piani di ambito sociale, a partire con il triennio di pianificazione 2010-2012, l'analisi della spesa sociale.

Altri richiami ad una valutazione del corretto utilizzo delle risorse si rintracciano nella normativa delle regioni Toscana (coerenza tra le risorse programmate e gli obiettivi individuati), Umbria («[...] aspetto assai significativo sul piano della valutazione è quello della valutazione di efficienza dei servizi e delle prestazioni [...] occorre garantire modalità realizzative che riducano il più possibile sprechi ed impieghi non ottimali delle risorse pubbliche» (Piano sociale regionale, p. 114), Puglia, Sardegna (valutazione dell'andamento della spesa nell'ambito della più ampia valutazione sullo stato di attuazione dei PLUS).

La valutazione dei processi è richiamata nella normativa regionale in tema di accreditamento (Liguria, Marche, Sardegna), dei processi di presa in carico e risposta all'utente (Marche), ma anche con riferimenti più ampi a: PDZ, ed alla loro costruzione (Marche e Molise); servizi (Friuli Venezia Giulia); politiche sociali e socio-sanitarie (Emilia Romagna); processi di lavoro, pratiche cliniche e professionali (Toscana, Umbria, Sardegna).

La valutazione delle prestazioni concerne i servizi attivati e le prestazioni effettivamente erogate rispetto quanto previsto dalla programmazione dei PDZ. Pressoché tutte le regioni prevedono nei propri atti normativi e documentali la valutazione delle prestazioni effettivamente erogate.

Rispetto ai risultati ed agli esiti, i riferimenti rintracciati riguardano una pluralità di oggetti:

- valutazione di risultato con riferimento agli obiettivi programmati nei PDZ e/o dalle politiche regionali;
- valutazione degli interventi in termini di appropriatezza ed efficacia;
- valutazione degli esiti della gestione integrata tra sociale e sanità;
- valutazione dei risultati conseguiti dalle Aziende sanitarie e dalle Società della Salute nella Regione Toscana.

Una valutazione di esito emerge nei richiami normativi al bilancio sociale di ambito della Regione Marche, e con riferimento ad una valutazione sul livello di salute della popolazione (Toscana; Sardegna). La Regione Campania prevede nei propri atti una forma di valutazione degli esiti degli interventi promossi, poiché la rendicontazione di questi dovrà rientrare nel successivo PDZ. Inoltre triennialmente si riunisce la Consulta del welfare al fine della valutazione degli esiti del triennio di programmazione, finalizzata alla definizione dei nuovi obiettivi.

Tra i contenuti della valutazione figurano infine le percezioni dell'utenza. Si tratta di un elemento presente in molti degli atti normativi delle regioni indagate, che sottolineano l'importanza di misurare il gradimento dei servizi da parte dei cittadini-utenti.

Dalle interviste e dai focus group condotti, viene messo in luce come la valutazione delle risorse abbia confini più circoscritti rispetto alle generiche previsioni normative, e la concettualizzazione che se ne trae andrebbe più correttamente fatta rientrare in forme di monitoraggio e controllo in merito alle modalità di impiego delle risorse, anziché in una valutazione vera e propria (Veneto, Emilia Romagna in particolare).

È valutato l'impiego delle risorse per le politiche (Friuli Venezia Giulia), per l'azione dei territori e l'utilizzo di fondi settoriali (Friuli Venezia Giulia ad esempio con il fondo per l'autonomia possibile), nonché rispetto a specifiche progettualità o settori di intervento (es. monitoraggio sul trasferimento dei fondi per l'area infanzia e per le strutture residenziali per anziani in Umbria). La valutazione relativa alle risorse assume anche la veste di controlli di conformità nell'utilizzo di queste rispetto alle indicazioni regionali (Umbria, Sardegna). Monitoraggi sulla spesa sociale sono previsti per le regioni Molise,⁴ Campania, Basilicata (nella valutazione dei PISS), Puglia, Toscana ed Emilia Romagna, dove un sistema informativo radicato sul territorio permette uno scambio di informazioni tra regione - comuni - soggetti erogatori, consentendo così alla regione un controllo del rapporto tra bilanci preventivi e consuntivi.

Da segnalare come best practice, nella Regione Veneto, uno sforzo è stato compiuto nella creazione di un sistema web che consente ai territori di quantificare tutte le risorse effettivamente impiegate nella realizzazione dei PDZ, rendendo così (forse per la prima volta in Italia) esplicito l'investimento complessivo e le risorse complessivamente attivate nei PDZ (oltre ai meri flussi relativi ai finanziamenti regionali).

Dalle interviste condotte emerge una valutazione dei processi attivati dai territori nell'erogazione dei servizi (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Campania in particolare) e dei processi di costruzione della programmazione locale. La valutazione di processo viene attivata però

4. Qui la valutazione relativa all'impiego delle risorse stanziare ai territori ha condotto ad un ripensamento delle modalità di erogazione dei fondi: «Ci siamo trovati con Ambiti a cui abbiamo dato un sacco di soldi [...], ma ancora non hanno speso oggi le risorse. Per ovviare a questo problema nel nuovo Piano abbiamo previsto delle assegnazioni delle risorse che sono a rendicontazione: nel senso che abbiamo deciso che diamo il 40% del finanziamento all'inizio dei Piani Sociali di Zona, il resto solo a rendicontazione. Quindi anche questo è un sistema di valutazione e monitoraggio [...]. E questo è il primo sistema di controllo che è immediato. (...) Poi dopo, certo, mi dici anche come li hai spesi i soldi, ma prima dimostri che li hai spesi» (Regione Molise, intervista funzionario regionale).

con modalità disomogenee: in mancanza di quadri unitari, possono sorgere processi valutativi connotati da diverso grado di profondità e con una non sempre chiara finalizzazione.

Sul piano delle prassi, in buona parte delle regioni indagate la valutazione delle prestazioni si riflette in una valutazione della capacità di offerta del sistema, nella verifica di disponibilità dei diversi servizi sul territorio regionale. Vengono inoltre messe in evidenza esperienze locali di valutazione delle prestazioni erogate (ad esempio, a livello di ambito, per i servizi ADI delle Marche; su specifiche progettualità, ad esempio la Basilicata).

A livello di prassi adottate, la valutazione di risultati ed esiti si manifesta rispetto agli obiettivi definiti a livello regionale (ad esempio per gli obiettivi e/o indicatori presenti nei documenti di Piano regionale: è quanto realizzato da Liguria e Friuli Venezia Giulia), o con riferimento agli obiettivi definiti a livello territoriale (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Basilicata, Molise, Campania). Ma quanto emerge dal quadro complessivo, al di là delle singole esperienze circoscritte per area o per ambito valutato, è la sostanziale difficoltà nella valutazione di esiti e risultati, come viene messo in luce da parte di più regioni.

La valutazione della qualità percepita dall'utente costituisce invece uno degli elementi rispetto ai quali si sono registrate diverse esperienze durante le fasi dell'intervista. Esso rappresenta un elemento che, a differenza degli altri contenuti, mostra un maggior grado di consolidamento delle procedure attivate, nonché una diffusione superiore.

Emerge pertanto in modo abbastanza chiaro come la valutazione riguardi prevalentemente le prestazioni del sistema, mentre la verifica dei risultati e degli esiti rappresenti per lo più ancora un traguardo cui le regioni sembrano tendere. È in particolare il livello territoriale a prestare la maggior attenzione alla valutazione delle prestazioni. Vale la pena notare che forse una delle cause di queste carenze risiede nella mancanza (sia nella prassi, sia negli atti normativi e di regolamentazione regionale) di una chiara definizione dell'utilizzo che poi si farà delle risultanze valutative, come meglio si vedrà nel dettaglio in seguito.

2.5. Quali criteri sono adottati?

Un ulteriore aspetto da esplorare per ricostruire il quadro dei processi valutativi delle politiche sociali e socio - sanitarie concerne i criteri impiegati nella valutazione degli oggetti e dei contenuti. I principali criteri sono:

- efficienza: intesa come rapporto tra gli input impiegati e gli output prodotti;

- efficacia: intesa come rapporto tra gli output prodotti e gli outcome di salute generati;
- qualità: intesa come insieme delle proprietà del servizio.

Rispetto a questi criteri, particolare attenzione è stata riservata loro per tentare di scindere i riferimenti simbolici ad una valutazione di efficienza ed efficacia del servizio quale terminologia oramai entrata a pieno diritto nel vocabolario delle politiche pubbliche, ed i riferimenti invece ad una valutazione specifica che tenga conto di tali criteri, e le declinazioni che ne vengono date, anche rispetto alla previsione di specifici strumenti (ad esempio: set di indicatori, schede di monitoraggio, e così via).

Accanto a questi si possono rintracciare altri criteri di valutazione, come l'omogeneità, la congruità, l'appropriatezza, e così via, criteri dei quali si è deciso di tener conto in sede di analisi dei riferimenti alla valutazione al fine di completare il quadro della rappresentazione dei criteri che guidano i processi di valutazione delle politiche e dei servizi socio - assistenziali.

I documenti normativi esaminati per le diverse regioni richiamano in maniera prevalente l'efficienza, l'efficacia e la qualità quali criteri da adottare nei processi di valutazione, criteri pressoché unanimemente presenti nella normativa di tutte le regioni esaminate. Va sottolineato che in diversi casi, le normative regionali richiamano questi tre criteri nella medesima perifrasi, dando quindi la percezione di un alto livello di astrazione.

I criteri di efficienza ed efficacia sono indicati per la valutazione dell'intero spettro degli oggetti della valutazione: prestazioni sociali, politiche, piani, servizi ed interventi. In particolare, la valutazione dell'efficacia delle prestazioni è presente come criterio adottato per:

- l'affidamento dei servizi (Regioni Liguria, Basilicata);
- nella valutazione di impatto degli interventi rispetto alle priorità dichiarate, richiamata da 10 delle 12 regioni indagate;
- a livello tecnico, come compito delle Unità multiprofessionali (Regioni Liguria, Marche);
- nella valutazione delle politiche (Friuli Venezia Giulia, Marche);
- nell'utilizzo delle risorse impiegate per l'erogazione dei servizi (Friuli Venezia Giulia, Puglia);
- nella programmazione (Sardegna).

Richiami a una valutazione di efficacia delle azioni sono previsti anche dalla Regione Basilicata (il cui Piano sociale regionale stabilisce che si prevedano standard quantitativi e di efficacia, che non vengono però definiti), Marche (in tema di politiche per la non autosufficienza), e dalla regione Veneto nelle Linee guida ai PDZ.

L'adozione del criterio di efficienza è previsto nella valutazione delle prestazioni e degli interventi (criterio richiamato da metà delle regioni indagate), dei PDZ (Friuli Venezia Giulia, Sardegna), dei processi (Toscana), nella valutazione della spesa e del corretto utilizzo delle risorse (Marche, Puglia, Sardegna, Campania) e nella programmazione (Sardegna).

La qualità è il criterio maggiormente presente nella normativa di Liguria e Marche. Una valutazione che adotta come criterio la qualità viene prevista con riferimento a:

- processi di autorizzazione ed accreditamento delle strutture (rispetto di standard ISO nelle Regioni Liguria; Marche, Basilicata);
- adozione di indicatori di qualità percepita dall'utente (Toscana, Umbria, Marche);
- per giudicare l'attuazione del Piano sociale regionale (Molise) e gli accordi di programma tra Comuni ed azienda sanitaria (Molise); i PDZ (Friuli Venezia Giulia);
- per i servizi e gli interventi realizzati (Friuli Venezia Giulia), la valutazione delle prestazioni (Toscana), della domanda sociale, delle attività e dei risultati (Puglia).

Anche la valutazione del raggiungimento delle priorità individuate nel piano sociale dalla regione Campania avviene secondo criteri di qualità: al raggiungimento degli obiettivi previsti sono poi legati meccanismi di premialità in favore dei territori virtuosi.

Accanto a questi criteri, viene richiamata l'adozione di criteri di appropriatezza (Liguria, Marche, Toscana, Umbria); di quantità (Veneto); correttezza, adeguatezza, congruità e conformità degli atti, in particolare con riferimento alla congruità tra atti di pianificazione regionale e documenti della programmazione locale;⁵ omogeneità (Friuli Venezia Giulia); razionale distribuzione sul territorio dei servizi (Marche); economicità e sostenibilità nella gestione (Toscana); trasferibilità dei servizi attivati, innovatività e coerenza interna dei progetti (Molise, Campania).

Va sottolineato che, in linea generale, non sempre la normativa regionale esplicita per tutti gli oggetti contemplati quali criteri specifici guidino la valutazione, segno di una non completa definizione dei processi valutativi a livello documentale e normativo. Inoltre, anche ove siano esplicitati i criteri generali adottati, la normativa sovente rinvia ad altri atti l'individuazione di indicatori, senza dare una più puntuale indicazione.

5. Particolarmente chiara è su questo punto la normativa della regione Sardegna, che nella l.r. n. 10/2006, art. 29, distingue tra il controllo di legittimità, ovvero di conformità dell'atto a disposizioni legislative, ed il controllo di merito, relativo alla valutazione della coerenza dell'atto rispetto agli indirizzi della programmazione regionale.

Per quanto concerne la definizione degli strumenti di valutazione, si sottolinea il caso della regione Toscana, la cui normativa definisce un set di relazioni e rapporti utili alla valutazione della programmazione sanitaria e sociale integrata (tra cui la relazione sociale regionale, la relazione sullo stato di salute, il rapporto sull'effettiva attuazione del PIS).

Sul piano delle pratiche che concretamente vengono attivate, si denota un generale restringimento del campo di applicazione della valutazione rispetto ai criteri adottati nei processi valutativi. Probabilmente la complessità delle valutazioni concentrate su efficienza ed efficacia spesso lascia spazio all'adozione di altri criteri più facilmente verificabili, come ad esempio la copertura dei servizi, il monitoraggio fisico, la congruenza tra atti.

I criteri impiegati, così come messi in evidenza durante le interviste ed i focus group con gli attori regionali e territoriali, risultano essere:

- efficacia: monitoraggio sul raggiungimento degli obiettivi per progetti specifici o su alcune aree di intervento (Veneto, Emilia Romagna, Campania), auto-valutazione effettuata dai territori (Friuli Venezia Giulia); capacità dei PDZ di rispondere agli obiettivi prefissati (Emilia Romagna); efficacia degli interventi realizzati (Marche);
- efficienza: valutazione sull'azione dei territori (Friuli Venezia Giulia, Campania); monitoraggio e verifica sull'utilizzo delle risorse (Emilia Romagna, Molise); efficienza dei servizi attivati con la prima sperimentazione dei piani di ambito sociale (Marche); efficienza dell'intervento (Basilicata);
- qualità: sperimentazioni nell'utilizzo di indicatori di qualità per il controllo sull'attuazione dei servizi (ad esempio Liguria con gli asili nido comunali; Marche con il SAD-ADI), valutazione delle politiche (Friuli Venezia Giulia); qualità percepita dall'utenza (Toscana per la non autosufficienza);
- altri criteri, come: disponibilità - copertura dei servizi (Liguria, Veneto); adeguatezza delle politiche (Friuli Venezia Giulia); omogeneità dell'azione dei territori rispetto alle indicazioni regionali (Friuli Venezia Giulia); monitoraggio fisico rispetto agli indicatori di attività (Puglia).

Alcune regioni evidenziano una difficoltà nel mettere in campo una valutazione di efficacia dell'azione, a causa della mancanza di batterie di indicatori atti a misurare gli output e gli outcome prodotti. È quanto sostengono gli attori intervistati presso la Regione Emilia Romagna, specificando però che tale situazione vale solo per alcune aree d'intervento (ad esempio minori), e che si sta comunque lavorando per colmare il gap.

Confrontando quindi le prescrizioni del legislatore regionale nelle

realtà indagate con le prassi poi operanti sui territori, si segnala una generale tendenza verso una valutazione che concerne prevalentemente aspetti quali la copertura, il monitoraggio sulle quantità di servizio erogato, spesso svincolata da un raffronto con i bisogni previsti, nonché raffronti di natura formale sulla correttezza degli atti e sulle modalità di impiego delle risorse.

I fattori che ostacolano la realizzazione di studi valutativi capaci di adottare effettivamente criteri di efficienza ed efficacia, si possono ricondurre alla mancanza di strumenti condivisi, di indicatori, in particolare, comparabili e formalizzati. Una mancanza riconosciuta da più regioni e rispetto alla quale gruppi e tavoli di lavoro stanno cercando di sopperire attraverso l'avvio di percorsi formativi o di sperimentazioni.

2.6. Quando si valuta?

L'identificazione del momento durante il quale avvengono i processi valutativi è in stretta continuità con i ruoli che a questi sono attribuiti: tipicamente, una valutazione che avviene solo ex post, come momento finale, identifica forme di controllo esterno sul processo; una valutazione che avviene ex ante invece individua momenti formativi e votati alla costruzione di spazi di riflessività interna propedeutici alla formulazione di obiettivi, priorità, programmi, interventi. Infine, se la valutazione coniuga entrambi gli aspetti e si colloca lungo diversi momenti del processo, si può ravvedere in questa un ruolo più complesso: la valutazione è un momento di riflessione, di apprendimento funzionale alla riprogrammazione, alla revisione e anche all'adozione di meccanismi premianti o sanzionatori. Si è quindi deciso con quest'ottica di indagare in quali momenti si collocassero i processi valutativi all'interno dei più ampi processi produttivi di prestazioni e policy delle politiche sociali regionali, adottando tre categorie basilari: valutazione ex ante, in itinere, ed ex post.

Emerge dalla normativa regionale una valutazione di tipo ex ante per quanto concerne l'analisi dei bisogni e la costruzione dei profili di comunità ad opera dei diversi attori a ciò deputati⁶ in nove delle regioni indagate (Liguria, Veneto, Marche, Toscana, Umbria, Campania, Basilicata, Puglia, Sardegna); la valutazione dei PDZ in termini di risorse necessarie, bisogni del territorio, interventi e politiche previste (Friuli Venezia Giulia, Molise); la valutazione di coerenza tra i PDZ e gli atti della programmazione regionale (Toscana, Umbria, Sardegna); la valutazione tecnica della presenza dei requisiti per accedere alle prestazioni (Basilicata).

6. Si tratta di ambiti, distretti, Aziende sanitarie regionali.

Una valutazione in itinere emerge nei casi di monitoraggio di servizi (Liguria, Campania, Puglia, Sardegna), dei PDZ e di altri documenti della programmazione territoriale, le sperimentazioni e l'avanzamento dei progetti (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Basilicata con il progetto cittadinanza solidale); valutazione sull'attuazione delle politiche (Sardegna); i progetti di presa in carico personalizzata dell'utente (Marche).

Particolarmente articolato è il processo di valutazione dei PLUS (Piani unitari locali dei servizi) disegnato dalla normativa della regione Sardegna. Viene prevista la redazione annuale di un rapporto sullo stato di attuazione dei PLUS, nel quale sono riportati lo stato di realizzazione degli interventi programmati, l'andamento della spesa, i risultati delle azioni promosse, dei progetti e delle sperimentazioni eventualmente attivate e la ricognizione delle eventuali buone pratiche.

È invece ex post la valutazione intesa nel senso di verifica finale relativa all'aderenza tra operato dei territori e politiche ed obiettivi definiti a livello regionale (Liguria, Basilicata); di servizi ed interventi (Friuli Venezia Giulia, Toscana, Umbria, Puglia); dei risultati dei progetti e delle sperimentazioni (Toscana); delle modalità di impiego delle risorse (Marche, Umbria); dei risultati delle politiche e realizzazione di macro - obiettivi (Toscana, Sardegna). Per i PDZ viene prevista una valutazione anche ex post (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Molise, Campania, Puglia).

La logica della valutazione inserita in un ciclo di programmazione emerge nella normativa delle Regioni Emilia Romagna (con riferimento ai PDZ), Friuli Venezia Giulia, Liguria e Puglia. Il Piano regionale delle politiche sociali di quest'ultima afferma: «In una logica di ciclo di programmazione, il processo proseguirà con le azioni di coordinamento e di monitoraggio delle programmazioni sociali di ambito territoriale e con le azioni di affiancamento per l'attuazione dei Piani sociali di zona».

Per dare continuità al processo valutativo, un importante supporto strumentale viene individuato nei sistemi informativi regionali dei servizi sociali e socio-sanitari (Liguria, Emilia Romagna).

Al contrario di quanto definito negli atti di documentazione formale delle regioni indagate, una delle note più rilevanti generalmente emerse durante la fase di ascolto degli interlocutori regionali e territoriali, riguarda la mancata formalizzazione dei momenti della valutazione. A seconda dell'oggetto specifico di valutazione (progettualità, piani ecc.) o dell'area di intervento di politica (minori, dipendenze ecc.), si rintracciano gradi diversi di formalizzazione dei processi e di specificazione di momenti dedicati alla valutazione. Molto viene spesso demandato all'informalità delle comunicazioni, e anche occasioni non strettamente ed esplicitamente dedicate alla valutazione, divengono momento di riflessione. Gli attori ed i testimoni privilegiati intervistati non esitano poi

ad attribuire una valenza valutativa anche a tali occasioni di confronto informale e non istituzionalizzate: vengono citati esempi di seminari (ad es. nella Regione Liguria per il seminario sul punto unico di accesso), dove il confronto tra gli attori sulle criticità riscontrate viene considerato un elemento di valutazione sul servizio.

L'utilizzo dell'espressione *tastare il polso* sull'attività dei territori, utilizzata da parte di più dirigenti regionali intervistati, ben rende il basso grado di formalizzazione che talora hanno i processi valutativi nelle regioni. Si prenda ad esempio quanto riportato in fase di intervista con un funzionario della Regione Friuli Venezia Giulia: «Non abbiamo un disegno di valutazione complessiva, però da un punto di vista informale [...] ci sono gli elementi relativi al ritorno dell'utilizzo del fondo sociale [...] e poi, siccome siamo una realtà piccola, siamo quasi giornalmente in contatto con le responsabili di ambito [...] il polso del territorio in maniera informale[...] senz'altro non all'interno di un disegno valutativo [...] però il polso in qualche modo lo sentiamo».

Sono esplicitate però anche indicazioni più puntuali, di momenti di valutazione maggiormente formalizzati. Per quanto attiene alla valutazione *ex ante*, viene confermato il ruolo di questi processi ai fini della costruzione dei profili di comunità utili alla programmazione distrettuale e all'individuazione degli obiettivi di salute (Liguria, Toscana, Molise, Basilicata). Vi sono inoltre forme di validazione *ex ante* dei documenti di programmazione territoriale, con giudizi di congruità da parte della regione (Umbria, Campania ad opera del Nucleo di valutazione che ha il compito di approvare e richiedere eventuali integrazioni sul documento).

La valutazione è invece in itinere per i PDZ (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Puglia, Sardegna mediante la redazione della relazione annuale sullo stato di attuazione dei PLUS) e per le forme di monitoraggio economico sulle modalità di impiego delle risorse (Emilia Romagna). Attività di monitoraggio sono previste per quanto concerne lo stato di avanzamento di progetti (Toscana, Basilicata), l'implementazione delle attività da parte dei territori (Umbria, Campania), l'implementazione delle politiche (Toscana), l'implementazione della programmazione regionale (Toscana).

Infine, vengono confermati esempi di valutazione *ex post* rispetto ai servizi effettivamente attivati in buona parte delle regioni indagate: la valutazione dei PDZ (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Marche, Molise, Campania, Puglia), e delle politiche (Friuli Venezia Giulia); la valutazione delle modalità di impiego delle risorse erogate ai territori (Umbria, Molise); del raggiungimento degli obiettivi (Toscana, dove i processi sono costruiti di volta in volta dalle singole strutture e per i diversi settori; Umbria). Durante la fase di intervista presso la regione Emilia Romagna, emerge esplicitamente come tuttavia sia proprio in occasione della rifor-

mulazione degli atti della programmazione locale (PDZ e piani attuativi territoriali) che ci si interroga sui risultati prodotti durante il triennio di programmazione in chiusura.

Quindi, rispetto ai tempi della valutazione, gli atti normativi regionali definiscono, seppur non sempre in maniera chiara, quelli che sono i momenti della valutazione, oppure attribuiscono a tali processi un ruolo costantemente attivo nei percorsi di programmazione ed erogazione degli interventi. Al contrario, ciò che i soggetti intervistati sembrano affermare, con una visione fortemente coerente tra le dirigenze regionali e altri attori attivi sui territori, è che non sempre esistono momenti formalizzati per la valutazione, e questa viene talora lasciata al momento di chiusura del periodo di programmazione, come momento di mera riflessione, spesso qualitativa, sul processo passato, o come forma di scambio e confronto informale con l'attore regione.

Come meglio si vedrà in seguito, la chiara definizione dei momenti dedicati all'attivazione dei percorsi di valutazione si lega indissolubilmente con la definizione degli obiettivi che questa si pone, con il modo in cui i risultati prodotti dal processo di valutazione andranno impiegati.

2.7. Chi valuta?

Capire tra quali attori istituzionali e non viene distribuito il compito della valutazione consente di ricostruire il quadro di responsabilità e le relazioni di accountability che si instaurano all'interno del sistema regionale delle politiche sociali, un sistema che si connota sempre più per essere multi - livello sul piano istituzionale, e multi - stakeholder per quanto concerne l'insieme di attori che partecipano alla creazione e distribuzione dei servizi. L'identificazione degli attori coinvolti nei processi valutativi contribuisce quindi a chiarire il quadro della governance e aggiungere un tassello ulteriore alla comprensione del modello che questa assume nelle diverse regioni.

Negli atti normativi esaminati, il legislatore regionale in genere afferma che la valutazione è un compito condiviso tra i diversi soggetti che concertano le politiche regionali, ma pur sempre a regia pubblica (Liguria), oppure identificando una precisa responsabilità dei soggetti pubblici a tutti i livelli (Basilicata).

Dall'analisi documentale emergono poi un insieme di attori strategici coinvolti a vario titolo nei processi di valutazione:

- regioni: ruolo di regia nella definizione di metodi, criteri, strumenti della valutazione (Emilia Romagna, Marche, Toscana, Umbria, Campania, Basilicata); controllo sull'attivazione dei servizi e degli interventi da parte del territorio (Liguria, Umbria, Molise,

- Campania, Puglia, Sardegna); valutazione dei PDZ (Friuli Venezia Giulia, Marche, Umbria, Campania, Sardegna);
- province: monitoraggio e valutazione dei PDZ (Toscana); coinvolgimento nel processo di valutazione (Molise); valutazione sullo stato di attuazione dei PLUS (Sardegna);
 - comuni: valutazione di servizi, interventi e delle prestazioni sociali erogate sul territorio di competenza (Liguria, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Molise, Sardegna); valutazione delle strutture accreditate ed autorizzate (Liguria, Marche, Molise);
 - ambiti territoriali sociali (e uffici di piano) e socio-sanitari: valutazione dei PDZ, dei risultati e dei servizi in quasi tutte le regioni indagate; individuazione di strumenti e monitoraggio dell'offerta, predisposizione di sistemi di valutazione del PDZ (Campania);
 - distretti: valutazione dei bisogni socio-sanitari (Liguria, Basilicata); valutazione dell'impatto sulla domanda sociale (Liguria);
 - supporto di bracci operativi della regione: agenzie sanitarie regionali (ARS), osservatori, centri di documentazione regionale, commissioni tecniche, nuclei di valutazione/monitoraggio (Liguria, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Marche, Toscana, Molise, Campania, Basilicata, Puglia);
 - unità di valutazione multiprofessionale: richiamate da tutte le regioni.

Un coinvolgimento di attori non istituzionali viene altresì previsto con riferimento a:

- terzo settore: partecipazione alla valutazione delle prestazioni (Liguria, Friuli Venezia Giulia; Campania); partecipazione allo scambio di dati e conoscenze per la valutazione della programmazione zonale e regionale (Toscana); consultazione alla verifica dell'attuazione delle politiche regionali (Umbria);
- famiglie e cittadini in forma singola: partecipazione alla valutazione delle prestazioni attraverso la predisposizione della carta dei servizi (Liguria), l'espressione spontanea di richiami, indagini di gradimento, forme innovative di cittadinanza attiva (Emilia Romagna, Umbria);
- istituzioni esterne: enti di certificazione (Liguria).

Emilia Romagna e Umbria dedicano particolare attenzione nei propri atti documentali al coinvolgimento dei cittadini nei processi di valutazione, andando anche al di là del loro ruolo di utenti - fruitori dei servizi (e quindi della rilevazione di qualità percepita).

Tuttavia, se gli atti legislativi dimostrano un elevato grado di completezza su questi aspetti, non sempre viene esplicitato a chi e come spettino specificatamente i diversi processi valutativi, lasciando spesso

la definizione delle responsabilità ad un livello sostanzialmente vago (si parla, ad esempio, di generici coinvolgimenti di tutti gli attori della programmazione).

Sul fronte delle prassi messe in luce in fase di intervista, è stato sottolineato il ruolo ricoperto da:

- regione: ruolo prevalentemente di regia ed indirizzo dei processi (Regioni Liguria, Marche, Umbria, Molise, Campania), ruolo attivo nella valutazione (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Basilicata, Sardegna)
- comuni: coinvolgimento marginale in fase di restituzione dei risultati (Emilia Romagna); valutazione servizi attivati (Puglia, Sardegna);
- ambiti territoriali sociali (e uffici di piano) e socio-sanitari: valutazione dei servizi attivati (Marche, Molise); rendicontazione del raggiungimento degli obiettivi e sullo stato di attuazione dei PIS (Toscana); valutazione dei PDZ (Veneto);
- supporto di bracci operativi della regione e di altri soggetti terzi: osservatori regionali, agenzia sanitaria regionale, istituti di ricerca (Emilia Romagna, Marche, Molise, Puglia).

Il coinvolgimento di altri attori viene sovente ricondotto, nelle affermazioni raccolte, alla partecipazione ai tavoli di lavoro, in cui possono inserirsi momenti dedicati a processi di valutazione.

Le prassi mettono in evidenza orientamenti talora contrapposti nella valutazione allargata, con regioni nelle quali si segnala un coinvolgimento più frequente dei soggetti del Terzo settore (ad esempio: Liguria), e regioni nelle quali ciò non si verifica in fase di valutazione in senso stretto, quanto piuttosto come il coinvolgimento nella produzione di dati e rendicontazioni (Sardegna) o della mera restituzione e presentazione dei risultati finali della valutazione (Emilia Romagna). Emergono tuttavia anche esperienze positive nel coinvolgimento degli attori locali da parte della regione: nella Regione Umbria si afferma: «noi abbiamo condiviso gli strumenti, anche, la formazione di strumenti è stata condivisa [...] abbiamo condiviso tutto» (intervista dirigente regionale, Regione Umbria).

Si segnalano quindi delle differenze nelle modalità di coinvolgimento stessi degli attori deputati a intervenire nei processi valutativi. Il ruolo della regione quale soggetto valutatore dell'azione dei territori viene messo in discussione in più occasioni da parte degli attori territoriali intervenuti ai focus group. Questi hanno sottolineato infatti come non sempre la regione riesca a mettere in campo i processi di valutazione previsti dalla normativa, per problemi relativi alle risorse effettivamente a disposizione o anche per mancanza delle necessarie competenze.

Un secondo elemento enfatizzato è la tendenza all'informalità nella valutazione da parte della regione: i rapporti ed i contatti con gli attori sul territorio sono frequenti ma non sempre formalizzati, e così anche la valutazione sulle azioni del territorio. «Oggi come oggi [...] facciamo un bilancio finale sulla scorta delle lamentele o meno che ci sono» (intervista dirigente regionale, Regione Marche).

Va inoltre sottolineato che esistono ampi margini di differenza nelle pratiche di coinvolgimento degli attori, a seconda dell'oggetto valutato, nonché della specifica area di intervento. Si assiste pertanto ad esperienze fortemente condivise, con momenti di coinvolgimento di attori territoriali istituzionali e non, e ad esperienze in cui il coinvolgimento è estremamente marginale e limitato alla mera restituzione pubblica dei risultati dei processi valutativi. Attori locali e attori istituzionali in particolare, finiscono così col rivestire un ruolo debole nei processi valutativi, come semplici fornitori di informazioni e destinatari finali dei risultati, senza essere coinvolti nel processo di valutazione in senso stretto.

La valutazione sembra quindi essere un elemento di condivisione solo tra i policy maker, lasciando il coinvolgimento degli altri attori solo in fase di restituzione e comunicazione dei risultati, segnale di una valutazione che risulta partecipata più negli intendimenti che nelle prassi e, anche quando lo è, prevale un'assegnazione molto sfumata dei ruoli valutativi e un'informalità che, di fatto, nasconde un'incapacità di assegnare funzioni, responsabilità e compiti precisi rispetto alla valutazione.

2.8. Come vengono utilizzati i risultati della valutazione?

Un ulteriore cruciale aspetto nell'analisi dei processi di valutazione concerne le finalità assegnate alla valutazione stessa. Al di là quindi del ruolo o dei ruoli entro i quali questa viene inquadrata (formative, summative ecc.), in che modo i risultati prodotti durante la valutazione vengono impiegati? Sono semplicemente un output prodotto a scopi di mero adempimento a prescrizioni ora nazionali, ora regionali, con valenza pertanto strettamente simbolica, o i risultati della valutazione vengono destinati a precise finalità, completando in tal modo il quadro entro il quale la valutazione si colloca? Con l'obiettivo di rispondere a questi interrogativi, sono stati identificati alcuni obiettivi di massima rispetto ai quali i risultati prodotti durante i processi valutativi possono essere impiegati:

- per selezionare soggetti, strutture, attori del sistema;
- per attribuire risorse ai territori, agli attori;
- per prendere decisioni sulla programmazione;

- per approvare i documenti di programmazione, con funzione quindi di visto ex ante.

Alla luce di tali categorie, si è cercato di rivedere in che modo la valutazione venisse disegnata negli atti normativi e effettivamente adottata nelle pratiche. Va sottolineato in modo preliminare come non sempre le finalità di utilizzo siano chiaramente identificate nella documentazione e negli atti legislativi regionali, segnale quindi, anche in questo caso, di una non sempre chiara esplicitazione completa di ciò che la valutazione rappresenta per i processi programmatori e decisionali regionali e territoriali.

La finalità che maggiormente emerge a livello di analisi normativa e documentale concerne il rapporto con la programmazione. Ciò è quanto si afferma con riferimento alla programmazione e pianificazione degli interventi da parte regionale (Liguria, Toscana, Umbria, Campania, Sardegna); il controllo sui PDZ a scopi di riprogrammazione territoriale richiamato da quasi tutte le regioni; la valutazione dei servizi e degli interventi (Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Marche, Toscana, Molise, Puglia).

Sul piano dell'analisi della documentazione e normativa regionale, è emersa una funzione di selezione con riferimento alla valutazione dei requisiti e dei servizi erogati da parte di soggetti privati con scopi di autorizzazione ed accreditamento.

La valutazione è definita dalla normativa regionale come funzionale all'attribuzione delle risorse con riferimento ai processi di accreditamento delle strutture e affidamento dei servizi (Liguria, Molise), alla valutazione dei PDZ (Friuli Venezia Giulia, Marche a partire dal 2010, Molise, Puglia). Ad esempio, la valutazione dei PLUS nella regione Sardegna costituisce lo strumento ordinario e adempimento necessario per accedere ai fondi dell'annualità successiva. Anche l'erogazione del fondo regionale può essere vincolata a processi di valutazione tesi a mettere in luce il raggiungimento di determinati obiettivi: è quanto sancisce la normativa delle Regioni Molise e Umbria; forme di incentivazione, nella forma di premialità nei finanziamenti in favore degli ambiti che dimostrino di aver raggiunto gli obiettivi qualitativi statuiti dal Piano sociale regionale sono previsti dalla Regione Campania. Inoltre per quegli ambiti che presentano un PDZ non congruente con le indicazioni regionali, nel caso di mancata modifica entro trenta giorni, l'ambito incorre nel rischio di non ottenere i trasferimenti di risorse da parte della regione, che può anche decidere di commissariare l'ambito stesso.

La normativa prevede altresì che i processi di valutazione siano adottati con finalità di approvazione di specifici documenti, PDZ in particolare, con forme di validazione della coerenza dell'atto con le indicazioni regionali (Toscana, Umbria, Campania, Basilicata, Sardegna).

Altri utilizzi previsti dagli atti documentali riguardano processi va-

lutativi specifici, come ad esempio per quanto concerne le sperimentazioni (Friuli Venezia Giulia) dove i risultati della valutazione sono utili alla predisposizione di modalità definitive di attuazione delle stesse; la definizione del progetto personalizzato di presa in carico dell'utente (Marche); favorire la comunicazione dei risultati alla popolazione (Basilicata), la stesura di documenti di indirizzo, come ad esempio le linee guida ai PDZ (Marche).

Secondo quanto invece emerso durante i focus group, l'utilizzo dei risultati della valutazione a scopi di riprogrammazione emerge, sebbene talora con riferimenti più circoscritti rispetto ai dettati normativi, tanto come input della programmazione, come nel caso della costruzione dei profili di comunità e dell'analisi dei bisogni di salute (Liguria, Marche), quanto in fase di revisione e riprogrammazione (Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Campania, Sardegna) e per la definizione delle azioni correttive da porre in atto con normativa e regolamenti (Friuli Venezia Giulia, Umbria). La valutazione viene usata anche a scopo di riorganizzazione dei servizi (Liguria, Friuli Venezia Giulia) o di specifiche progettualità (Basilicata). In altri casi invece, la valutazione da parte della regione, degli atti di programmazione non ha un effettivo impatto sui processi programmatori, ed i territori evidenziano come la richiesta di dati da parte della regione sia talora strumentale ad un fabbisogno informativo e non utile alla riprogrammazione, in quanto i dati richiesti sono ritenuti poco significativi della realtà territoriale. Questo comporta una definizione autonoma da parte dei territori di strumenti e indicatori più funzionali alla riprogrammazione territoriale.

Rispetto all'attribuzione delle risorse conseguente ai processi valutativi, questa viene segnalata dagli attori intervistati con riferimento al riparto del fondo sociale regionale ai territori (Liguria, Molise, Sardegna) o per rivedere i meccanismi di finanziamento. In alcuni casi, la valutazione è utilizzata anche come criterio per allocare incentivi: è quanto messo in luce dalla regione Toscana con riferimento ad alcuni fondi destinati alle società della salute: «Abbiamo una serie di indicatori [...] per esempio, sulle società della salute la legge prevedeva che venissero erogati i contributi di primo avvio 2008-2009 e 2010. Dal 2009 questi contributi sono stati legati a una serie di indicatori tra cui la diminuzione del tasso di ospedalizzazione, ad esempio. Ci sono dei sistemi incentivanti [...]» (Regione Toscana, intervista funzionario regionale)

I territori esprimono quindi forti perplessità nei confronti di forme di monitoraggio e controllo (processi che i territori non riconoscono come una vera e propria valutazione) attuati dalla Regione, in mancanza di una chiara definizione degli obiettivi da raggiungere e delle modalità con le quali si vogliono impiegare i risultati prodotti. A titolo di esempio

si riporta quanto espresso da un rappresentante dei comuni durante uno dei focus group organizzati presso la regione Sardegna: «Il sistema di valutazione e monitoraggio? Ma queste attività di raccolta che abbiamo fatto nel triennio precedente: a che servono? Io prima stabilisco gli indici a monte, perché se non lo stabilisco a monte, io che ho fatto 11 mila utenti lascia il tempo che trova... sono risultati che non sono raggiungimento di obiettivi. [...] Insomma, noi facciamo monitoraggio, non valutazione. A cosa serve, per la programmazione successiva?».

3. Una sintesi complessiva e le criticità emergenti

3.1 Alcune riflessioni sul confronto interregionale

Abbiamo voluto riportare le analisi svolte nelle diverse regioni per render conto della complessità della situazione. Come accennato in introduzione, la definizione di tipologie di approcci alla valutazione tra le diverse regioni, inizialmente pianificata nel progetto di ricerca, si è resa di fatto impossibile e poco sensata data la presenza a macchie di leopardo della valutazione all'interno delle regioni in quanto a territori, settori, ambiti. Ruoli e funzioni, soprattutto nelle prassi (la normativa in questo appare più chiara), sono spesso sfumate e non indicano (e questo a nostro avviso è già di per sé un risultato rilevante della ricerca) regioni con prassi valutative avanzate, altre meno ecc., ma si riporta un quadro molto variegato sia tra regioni che all'interno della medesima regione, con movimenti a volte bottom up con i territori che fanno da precursori sulle tematiche valutative e a volte top down con la regione che sviluppa (spesso nuovamente in maniera circoscritta ad alcuni ambiti/oggetti) e promuove pratiche valutative.

Ciononostante, riteniamo opportuno offrire una lettura complessiva e, nell'impossibilità di offrire un quadro sinottico, cercheremo di evidenziare alcune problematiche trasversali, prima di tentare un'analisi sintetica regione per regione.

Alla luce del percorso di analisi dei diversi elementi della valutazione, si possono, a nostro avviso, evidenziare tre macro - problemi che affliggono i processi valutativi oggi in atto:

- mancanza di una chiara definizione del processo di valutazione: sul piano normativo spesso mancano riferimenti puntuali ai ruoli ed agli utilizzi della valutazione, e a tutti gli elementi che vengono in gioco durante la valutazione stessa (soggetti coinvolti e loro ruoli, criteri impiegati, strumentazione da adottare, tempi della valutazione);

-
- non vi è una uniforme condivisione con i territori dei percorsi di valutazione, il che si concretizza, nelle prassi, in una serie di esperienze locali rispetto alle quali tipicamente la regione non ha un completo governo e, in assenza di un suo coinvolgimento, si dà vita ad una diffusione disomogenea delle pratiche sul territorio regionale. Inoltre, in assenza di un governo da parte regionale, si assiste alla coesistenza di percorsi di valutazione anche sui medesimi oggetti o contenuti (es. valutazione delle risorse per l'attivazione dei servizi ADI nell'ambito territoriale) che adottano strumenti, criteri, indicatori differenti, impedendo di fatto di effettuare confronti tra i territori;
 - scostamenti tra il dettato normativo ed il reale utilizzo della valutazione: anche dove normativa è più chiara e completa nell'identificare processi di valutazione specifici (si pensi al caso della valutazione dei documenti della programmazione locale), le prassi possono discostarsi in maniera tanto più forte dalle indicazioni regionali, quanto più debole è il ruolo che i processi di valutazione effettivamente rivestono nel governo delle risorse, della programmazione, della gestione dei servizi locali.

Il prossimo paragrafo prenderà quale spunto di riflessione queste prime osservazioni di carattere generale, cercando di evidenziare nel loro insieme i punti di criticità che sono stati rilevati nell'analisi condotta sulle regioni oggetto di ricerca. Lungi però dal voler esprimere un giudizio sull'operato delle diverse regioni, questo lavoro va letto come un tentativo di esplicitazione dei nodi critici di cui gli interlocutori intervistati si sono fatti portavoce consapevoli. Non si tratta pertanto di un nostro giudizio, quanto piuttosto uno stimolo all'avvio/proseguimento di percorsi di innovazione e ripensamento, spesso già attivati.

3.2. La valutazione nelle regioni: un confronto di sintesi

La tabella tre riassume brevemente, per ciascuna regione, gli aspetti peculiari e maggiormente significativi (con le loro criticità) caratterizzanti il sistema della valutazione. Il quadro non ha pretese di esaustività, quanto piuttosto di sintesi rispetto ad alcuni elementi individuati e precedentemente articolati nel confronto puntuale per contenuti.

Tab. 3. La valutazione nelle regioni: quadro riassuntivo

| REGIONE | ASPETTI CARATTERISTICI |
|------------|--|
| Basilicata | <p>La normativa si presenta coerente, con un chiaro orientamento nel definire la valutazione parte del processo di programmazione sociale a tutti i livelli della governance. Particolare spazio viene dedicato alla valutazione della qualità degli interventi e dei risultati. Si sottolinea però il livello di astrazione dei riferimenti, poiché non si rintracciano evidenze relative all'individuazione di indicatori e standard di valutazione. La valutazione assume nella normativa un ruolo mediamente complesso per le politiche, anche se i contenuti valutati sono meramente citati. Indicazioni sommarie si rintracciano sugli strumenti impiegati per la valutazione di esito/risultato nel caso dei piani di zona e per servizi e interventi.</p> <p>A livello delle prassi emergenti, la Regione ha da tempo sistematizzato la verifica relativa alle progettualità attivate. Sui territori, in particolare quelli di dimensioni minori, la pratica della valutazione non costituisce sempre una prassi e spesso si riduce al monitoraggio della spesa. Nella prassi la valutazione è prevalentemente formativa per progetti e interventi. Alcune indicazioni sul ruolo e gli utilizzi della valutazione vengono fornite rispetto alla valutazione delle prestazioni e degli esiti/risultati.</p> |
| Campania | <p>La normativa si presenta coerente, evidenziando un percorso di crescita di interesse riconosciuto alla valutazione. I processi disegnati si orientano verso una valutazione di efficacia, efficienza e qualità, con indicatori previsti all'interno del PSR per ogni area di intervento. Ampio spazio è dedicato alla valutazione di coerenza tra gli atti della programmazione territoriale e regionale. Alla valutazione di politiche e piani la normativa riconosce un ruolo pesante di indirizzo dei processi, definendo in maniera puntuale gli utilizzi nel caso della valutazione delle risorse e dei risultati/esiti. Per processi e prestazioni invece, le indicazioni normative risultano sommarie. Nella valutazione di giudizio dei servizi risultano precise le indicazioni di strumenti e utilizzi della valutazione.</p> <p>Sul piano delle prassi emerge una forte volontà regionale all'attivazione di processi valutativi, condivisa da parte dei territori sul piano ideale, ma che si scontra poi con l'effettiva capacità da parte di questi di attenersi alle numerose richieste regionali. L'attivazione di processi valutativi si rivela disomogenea sul territorio per quanto concerne la valutazione degli interventi attivati. Passi in avanti maggiori sono stati compiuti rispetto alla valutazione dell'utilizzo delle risorse e della percezione dell'utenza. Sul piano delle prassi viene confermato il ruolo complesso nella valutazione dei Piani. Indicazioni precise sugli strumenti da adottare sono presenti per i diversi contenuti contemplati, fatta eccezione per i processi.</p> |

| | |
|-----------------------|---|
| Emilia Romagna | <p>La normativa in materia di valutazione presenta un alto livello di coerenza, con un orientamento culturale forte alla valutazione quale elemento del processo di programmazione, e promuove una diffusa partecipazione alla valutazione dei diversi livelli di governo, ed il coinvolgimento di soggetti non istituzionali. La normativa riconosce un ruolo formativo e di giudizio alla valutazione, seppur mantenendosi ad un livello di astrazione medio-alto: i contenuti della valutazione sono meramente citati.</p> <p>Sul piano delle prassi si evidenzia la difficoltà di creare un sistema valutativo omogeneo tra i diversi territori. Buoni risultati si sono raggiunti sul fronte del monitoraggio economico della spesa, mentre maggiori difficoltà permangono per la valutazione di risultato. La Regione si sta muovendo per la costruzione di batterie di indicatori omogenei, condivisi con gli attori del territorio. La partecipazione degli attori locali è ancora debole e non formalizzata, mentre la Regione assume un ruolo abbastanza forte nel governo della valutazione. Solo per i piani di zona è possibile ricostruire il quadro delle prassi adottate, ed indicazioni sommarie sono fornite in merito agli strumenti impiegati per la valutazione di risorse e processi.</p> |
| Friuli Venezia Giulia | <p>Il processo valutativo che la normativa identifica con particolare chiarezza è quello riguardante i piani di zona, mentre i restanti riferimenti alla valutazione manifestano per lo più degli intendimenti, senza una chiara declinazione di responsabilità e modalità. La valutazione è prevalentemente formativa per progetti e servizi, mentre un ruolo complesso di indirizzo è riscontrabile nella valutazione dei piani. È per questi ultimi che vengono declinati strumenti ed utilizzi delle risultanze della valutazione. Nella valutazione dei progetti, l'elemento cardine è la valutazione di risultato.</p> <p>A livello di prassi si sottolinea la mancanza di processi di valutazione unitari: elevata è la disomogeneità nelle pratiche adottate dai territori, anche con riferimento ai processi di valutazione dei piani di zona. A fronte di ciò, si registrano però esperienze specifiche di valutazione. La valutazione sembra assumere ruolo prevalentemente di giudizio nel caso delle politiche, mentre più formativa per i documenti di Piano ed i servizi. Dalle prassi emergono, seppur sommariamente, gli strumenti da adottare nella valutazione dei Piani con riferimento a risorse, processi e prestazioni.</p> |
| Liguria | <p>Sul piano normativo si rintraccia un buon livello di coerenza tra le disposizioni concernenti la valutazione. Queste coinvolgono pressoché ogni aspetto delle politiche socio - sanitarie, prevedendo il coinvolgimento degli attori principali nei processi, ferma restando la regia pubblica del sistema. La valutazione è parte integrante del processo programmatico quando si tratta di politiche. Indicazioni sommarie relative agli utilizzi sono fornite nel caso si valutino le risorse, le prestazioni e gli esiti, mentre nel caso dei Piani si individuano gli strumenti da adottare per la valutazione delle risorse e delle percezioni dell'utenza.</p> <p>A livello di prassi viene però evidenziato come la valutazione non sia un processo ancora a pieno regime, ferma restando però la positiva percezione, da parte dei territori, di un'attività condivisa e concertata con la Regione. Difficoltà vengono segnalate sul piano della valutazione dei risultati. La valutazione emerge essere prevalentemente di giudizio nel caso delle politiche, formativa invece per i Piani, servizi e interventi. Rispetto alla valutazione dei Piani, vengono individuati gli utilizzi per processi e prestazioni.</p> |

| | |
|--------|--|
| Marche | <p>La normativa si rivela coerente al proprio interno, ma manca un sistema organico di processi valutativi regolati a livello regionale. Importanti innovazioni sono state introdotte a livello normativo per la valutazione dei Piani di ambito. Ruolo prevalentemente di valutazione finale sembra emergere per i Piani, mentre meno chiaramente identificabile è il ruolo nel caso dei servizi. Forte attenzione è dedicata alla valutazione del bisogno dell'utente. I contenuti sono citati nella normativa, senza più precise declinazioni.</p> <p>Il quadro viene confermato sul piano delle prassi, dove i soggetti intervistati sembrano unanimemente sostenere la necessità di diffondere processi valutativi omogenei e standardizzati su tutto il territorio, in particolare per servizi ed interventi. Emergono esperienze locali di valutazione su specifici oggetti. La Regione si sta muovendo per rendere la valutazione un processo sistematico e coerente, soprattutto per i Piani di ambito. È per questi ultimi che emerge un ruolo di aiuto ai processi, così come si registra per i servizi. Alcune indicazioni sugli strumenti adottati per la valutazione dei processi e delle percezioni dell'utenza sono fornite con riferimento alle esperienze di valutazione dei servizi.</p> |
| Molise | <p>La normativa esaminata si presenta coerente al proprio interno. Il PSR fornisce chiara indicazione concettuale della valutazione (nonché dei processi di monitoraggio e validazione), presentando criteri, strumenti, indicatori da impiegare. Un ruolo di supporto ai processi viene previsto per la valutazione dei Piani e dei progetti, mentre nel caso di servizi e interventi essa ha un ruolo centrale nel processo programmatico. Viene data indicazione, seppur non dettagliata, degli strumenti adottati nel caso della valutazione dei contenuti dei servizi.</p> <p>Sul fronte delle prassi, i territori sembrano invece sottolineare la mancanza dello sviluppo di una cultura della valutazione, vedendo una frattura tra le decisioni di politica generale intraprese a livello regionale e la pratica di valutazione sui territori. Il sistema non si può ancora considerare pienamente a regime, e molte delle procedure previste non sono ancora state pienamente formalizzate. Vi sono delle difficoltà nell'individuazione di strumenti uniformi. La prassi evidenzia un ruolo prevalentemente di valutazione finale tanto per le politiche quanto per Piani e servizi. Alcune indicazioni sugli strumenti adottati emergono per la valutazione dei Piani e dei servizi (risorse, prestazioni, percezioni dell'utenza).</p> |
| Puglia | <p>La valutazione nella normativa regionale viene citata prevalentemente come obiettivo verso il quale tendere, senza dare più puntuale declinazione di significati, responsabilità, modalità e strumenti. Fa parziale eccezione la disciplina della valutazione dei piani di zona. Il livello con il quale la normativa declina i ruoli assegnati alla valutazione si rivela mediamente astratto, assegnando a tali processi un ruolo soft nei processi programmatici. Anche l'esplicitazione di strumenti e modalità di impiego dei risultati prodotti si caratterizza per lo stesso livello di astrazione: i contenuti valutati sono meramente citati.</p> <p>Rispetto alle pratiche realmente operanti, emerge a livello concettuale una rappresentazione confusa e poco chiara rispetto alla valutazione dei Piani. La valutazione oggi concerne prevalentemente forme di monitoraggio fisico e finanziario. Vi è una diffusa e condivisa esigenza di migliorare la valutazione, rendendola un processo omogeneo sul territorio. La valutazione delle politiche è nelle prassi di supporto ai processi, mentre la valutazione dei documenti di Piano è di tipo summative. Alcune indicazioni sulle modalità di impiego dei risultati vengono messe in luce per la valutazione dei contenuti dei Piani.</p> |

| | |
|----------|--|
| Sardegna | <p>La normativa in tema di valutazione si presenta coerente, con un quadro abbastanza completo rispetto agli oggetti e contenuti da valutare. Particolare attenzione viene riservata alle modalità di controllo di coerenza tra gli atti di programmazione locale e la programmazione regionale. La normativa presenta la valutazione come momento centrale nel processo programmatico, pur non definendo in maniera sempre dettagliata le modalità di conduzione della valutazione (strumenti da adottare) e di utilizzo delle risultanze prodotte.</p> <p>Le pratiche concretamente operanti vedono una prevalenza di forme di monitoraggio e rendicontazione sui progetti e le attività realizzate. Forme di controllo sono previste per la programmazione locale. Molto viene lasciato all'informalità dei contatti tra gli attori regionali e del territorio. Emerge un ruolo prevalentemente di valutazione finale rispetto ai Piani, progetti, servizi e interventi. Alcune indicazioni sono fornite rispetto agli strumenti da impiegare per la valutazione delle risorse e dei risultati.</p> |
| Toscana | <p>La normativa sottolinea e riconosce l'importanza dei processi valutativi, assegnandole un ruolo centrale nei processi programmatici. La normativa identifica chiaramente gli strumenti da impiegare per la valutazione di risultato con riferimento ai Piani, e altre indicazioni, seppur a minor livello di dettaglio, sono fornite per le prestazioni (interventi), i processi (nel caso delle politiche), i progetti. L'attenzione viene riservata maggiormente alla valutazione di esito e risultato, minori sono le indicazioni per quanto concerne le risorse. Il PISR individua indicatori ed obiettivi per la valutazione della programmazione.</p> <p>Sul piano delle prassi sembra emergere una carenza nelle procedure di valutazione nel settore sociale (i processi sul versante socio-sanitario sembrano poter godere dell'esperienza di valutazione accumulata dal settore sanitario). Gli attori del territorio sottolineano la mancanza di una struttura preposta alla valutazione di Piani e interventi, e ogni settore si organizza in maniera autonoma. Vi è prevalentemente un monitoraggio sugli interventi, ma non una vera e propria valutazione. Un grosso lavoro viene svolto nella valutazione di bisogni e risorse per la costruzione dei profili di salute. Si riscontra quindi l'attribuzione di un ruolo forte alla valutazione, salvo poi non individuare sempre precisi strumenti ed utilizzi delle risultanze, salvo particolari eccezioni (es. per la valutazione dei piani con riferimento alle risorse, prestazioni e risultati; nella valutazione dei servizi).</p> |
| Umbria | <p>La normativa si rivela coerente, anche se ancora non viene definito un set di indicatori per la valutazione della qualità dei servizi. Alla valutazione si riconosce un ruolo incisivo nei processi programmatici, sebbene non vi siano indicazioni precise in merito alle modalità di conduzione della valutazione e sue finalità ultime. I contenuti valutati sono quindi prevalentemente citati nella documentazione regionale.</p> <p>Il sistema, sotto il profilo delle prassi operanti, è in fase di implementazione e progressiva strutturazione. Attualmente prevale l'attività del monitoraggio, adottato con diversi gradi di profondità a seconda della specifica area di intervento. Difficoltà vengono sottolineate rispetto alla possibilità di esercitare un monitoraggio sistematico sull'operato dei territori. Viene riconosciuto alla valutazione un ruolo prevalente di giudizio finale nel caso delle politiche, dei servizi e dei progetti. I contenuti valutati sono stati oggetto di mera citazione, senza ulteriore declinazione di strumenti e modalità attuative.</p> |

Veneto

Pur riscontrando una generale coerenza tra le indicazioni normative, si può affermare che l'unico processo valutativo pienamente disciplinato sia quello relativo ai piani di zona, mentre i restanti riferimenti sono più astratti e poco puntuali. Il ruolo della valutazione risulta essere più di indirizzo per i Piani, mentre questo non è chiaramente individuabile per quanto concerne le politiche ed i servizi. Anche rispetto ai contenuti valutati, non sono precisamente identificabili strumenti e utilizzo della valutazione.

Ciò si riflette sul piano delle prassi: regione e attori locali evidenziano la necessità di strumenti di valutazione, in particolare per la valutazione degli esiti. Viene confermato il buon livello di valutazione dei piani di zona. Delle difficoltà emergono sotto il profilo della condivisione culturale, tra Regione e territori, di cosa si intenda per valutazione. Un ruolo di supporto ai processi viene riconosciuto per la valutazione dei Piani, con identificazione delle modalità di utilizzo dei risultati della valutazione delle prestazioni.

3.3. *Trasversalità emergenti*

L'indagine condotta sulle regioni che hanno partecipato alla ricerca ha permesso di mettere in luce alcune tendenze comuni rispetto ai profili della valutazione. Spinte riformatrici, avvio di momenti di riflessione e miglioramento, riconoscimento dell'importanza della valutazione, esperienze specifiche di valutazione: sono questi alcuni degli elementi riscontrati. Segnali di un comune interesse verso l'istituzionalizzazione e rafforzamento delle pratiche della valutazione nel contesto del governo regionale e locale delle politiche sociali.

Accanto a questi però si sono rilevate anche un insieme di debolezze e nodi critici che le stesse regioni e gli interlocutori locali hanno esplicitato. Il confronto poi tra dettati normativi e risultanze delle fasi di intervista, ha permesso di approfondire ulteriormente la natura di questi aspetti di fragilità del sistema della valutazione. Tali aspetti concernono:

- dimensione culturale: la valutazione non è elemento ancora pienamente condiviso tra regione e territori che poi concretamente operano nell'applicazione delle pratiche. L'origine di questo divario si può rintracciare, a monte, nella definizione che viene formalmente data della valutazione, nel modo in cui la regione disciplina e regola tali pratiche. Stili di governo diversi (che si pongono lungo il continuum tra gerarchia e condivisione) conducono a una maggiore o minore adesione alle definizioni concettuali assegnate, che si riverberano poi sulle modalità di adozione degli strumenti (concetti, tecnologie, metodi) da parte degli attori territoriali e della loro percezione della valutazione;
- grado di astrazione della normativa: le indicazioni regionali sovente si fermano alla mera citazione della necessità di adottare processi di valutazione, con una forte consapevolezza dell'esi-

- genza di avviare tali pratiche, ma resta poco chiara la definizione esplicita degli elementi della valutazione.
- valutazione dei PDZ: sebbene su questo oggetto sembri esservi maggior chiarezza a livello di dettaglio normativo, la valutazione della programmazione locale ha talora i connotati più del controllo di coerenza con gli atti sovraordinati (piano regionale, indirizzi della programmazione definiti dalla regione) che non della valutazione sulla programmazione locale;
 - ruolo della valutazione all'interno dei processi di governo del welfare: la valutazione si scinde nella sua dimensione formale e informale. Sotto il profilo informale si assiste ad un alquanto diffuso orientamento al confronto tra regione e territori, svincolato dall'individuazione di momenti specifici e strumenti standardizzati a ciò deputati. Al contempo si registrano pratiche formalizzate con un prevalente carattere di controllo esterno. Si registrano così degli scollamenti tra aspettative e processi reali: si mira verso processi complessi e completi, ma ci si scontra poi con i territori, dove, in particolar modo per gli ambiti e gli aggregati di minor dimensioni e che dispongono di minori risorse, i processi formali si limitano in larga parte ad un controllo ed una verifica sulla spesa;
 - disomogeneità nell'applicazione dei processi valutativi sia rispetto al territorio di riferimento, che per quanto concerne gli ambiti applicativi. In assenza di una guida forte da parte della regione, e pertanto anche di indicazioni chiare sul tema della valutazione, i territori tendono ad attivare procedure di valutazione in piena autonomia, a scapito della possibilità di confronto, condivisione e integrazione;
 - basso grado di istituzionalizzazione e sistematicità: rilevazioni ed processi di valutazione sono talora legati a specifiche esperienze condotte, che non si trasformano poi in una rilevazione sistematica utile al monitoraggio dell'evoluzione temporale delle politiche sociali.

Un'ulteriore criticità si rinviene nella coerenza che intercorre tra la dimensione culturale, ovvero quelli che sono gli obiettivi che con la normativa la regione pone a sé stessa ed ai territori, e quelle che sono le pratiche attualmente in adozione. In particolare emergono delle evidenze d'incoerenza dove:

- si afferma di attribuire alla valutazione un ruolo pesante di indirizzo dei percorsi della programmazione, salvo poi non definire strumenti da impiegare, modalità di utilizzo delle risultanze emergenti dalla valutazione;

- si afferma di attribuire alla valutazione un ruolo di indirizzo delle politiche, anche se di fatto poi si operano prevalentemente forme di monitoraggio sui servizi attivati o di rendicontazione delle risorse;
- si definisce centrale la valutazione dei servizi e degli interventi, ma si valutano, a livello di contenuti, prevalentemente le prestazioni erogate e non gli esiti ed i risultati prodotti, oppure non si definisce a monte la modalità di impiego delle risultanze di una valutazione della percezione dell'utente rispetto a tali servizi;
- si attribuisce centralità alla valutazione dei piani, ma tra i contenuti principalmente valutati risultano esservi le prestazioni;
- si identifica un ruolo complesso per la valutazione di diversi oggetti (politiche, piani, servizi, progettualità), ma tra i contenuti valutati i processi risultano essere marginali.

Riassumendo, il quadro generale della valutazione nelle regioni indagate vede il disegno dei processi valutativi ancora all'inizio: non si tratta di prassi abituali e omogeneamente diffuse sul territorio. In molti casi si dovrebbe più correttamente parlare, se si esamina l'attuale stato dell'arte, di forme di monitoraggio, di controllo, anziché di vera e propria valutazione.

Le regioni definiscono quindi i propri sistemi di valutazione in fase di implementazione, di definizione e di progressiva strutturazione, riconoscendo e identificando un insieme di obiettivi verso i quali tendere.

3.4. Spunti per lo sviluppo della valutazione

I paragrafi precedenti hanno messo in luce un insieme di problematiche e nodi critici emersi in sede di analisi del materiale documentale ed empirico relativo alle dodici regioni esaminate. Pur con la consapevolezza della limitatezza temporale dell'indagine, tali elementi di trasversalità riscontrati permettono di avviare un insieme di proposte di riflessione sul tema della valutazione, così come questa viene concepita e disciplinata a livello delle politiche sociali regionali.

La valutazione nel panorama delle politiche pubbliche italiane costituisce ancora un elemento di relativa novità, che ha visto momenti di sperimentazione vera e propria di ambiti applicativi, modalità di attuazione, obiettivi preliminarmente definiti. Il sistema però è a questo punto maturo per iniziare ad avviare una fase di verifica di questi momenti di sperimentazione, per capire come la valutazione ha impattato sull'organizzazione che l'ha promossa. Il traguardo verso il quale le regioni debbono ora orientarsi riguarda il superamento della valutazione come

adempimento a una prescrizione formale o strettamente simbolica, e muoversi così verso l'individuazione delle condizioni per promuovere la realizzazione dei cambiamenti nei reali processi programmatici e decisionali messi in campo. Costituisce un presupposto a ciò il superamento degli elementi di debolezza individuati.

Le criticità rintracciate non costituiscono pertanto un elemento di giudizio negativo sull'operato regionale, quanto piuttosto la base di partenza per l'avvio di una nuova fase di ripensamento dei processi di governo. Infatti sono già molte le esperienze evidenziate da parte delle regioni relative all'avvio di momenti di revisione, normativa e di prassi, sul tema della valutazione. Talora queste revisioni concernono progettualità limitate, in altri casi sono invece segno di un ripensamento più radicale e di ampio respiro. Elemento comune è la volontà delle regioni di sperimentarsi e attivarsi per il miglioramento delle pratiche di valutazione.

Le regioni inoltre hanno un terreno fertile sul quale innestare tali riflessioni, poiché numerose sono le esperienze riportate relative alla concreta applicazione, seppur disomogenea sul territorio regionale, di processi di valutazione di specifici oggetti, progettualità, contenuti.

Con l'ottica quindi di favorire una più proficua valorizzazione delle esperienze esistenti, e per superare le criticità a più riprese ribadite, sono state individuate alcune aree strategiche relative agli assetti della valutazione delle politiche sociali:

- la regolazione normativa della valutazione: superamento della mera dichiarazione di intendimenti, in favore di una completa declinazione concettuale ed operativa dei processi da attivare;
- la definizione del ruolo della valutazione nei processi di governo, per il superamento degli orientamenti di controllo esterno, in favore di una condivisione, culturale prima e sostanziale poi, della valutazione come input del processo programmatico;
- l'avvio di una valutazione di risultati ed impatti prodotti, con l'obiettivo di migliorare la riprogrammazione e la valutazione di efficienza ed efficacia del sistema;
- l'istituzionalizzazione della valutazione, sia sotto il profilo della sistematicità temporale, sia per quanto riguarda l'estensione ai contenuti valutati;
- la promozione di una uniforme ed omogenea diffusione dei processi di valutazione su tutto il territorio regionale e di superamento delle barriere tra le diverse aree di intervento.

Il quadro complessivo che viene definito dalla ricerca svolta su più della metà delle regioni italiane è certamente complesso. Riprendendo l'immagine proposta all'inizio del capitolo, la sensazione (speriamo so-

stanziata in queste pagine) è che ci si trovi a metà di un guado: lasciata la sponda del passato che relegava la valutazione a processo sporadico effettuato in poche e selezionate realtà sperimentali, ci si è avviati in un forte processo di affermazione della valutazione, soprattutto (e necessariamente) nella normativa. L'esame delle prassi, tuttavia, mostra che il cammino fatto non ha ancora condotto (pur con notevoli differenze) in nessuna delle regioni esaminate ad una fase matura della valutazione, intendendo con questa un'istituzionalizzazione della stessa con ruoli, funzioni e strumenti chiaramente definiti. In particolare, finché i risultati valutativi non saranno formalmente e sostanzialmente utilizzati, il cammino verso una valutazione matura non potrà dirsi compiuto.

Bibliografia

- T. ALSHEMMERI, B. ALKLOUB, A. PEARMAN, *Model Choice in Multicriteria Decision Aid*, «Journal of Operational Research Society», 97 (3), 1997, pp. 550-560.
- P. BELLINI, S. CAMPOSTRIN, *Sistemi Informativi Statistici: un quadro concettuale*, «Lo statistico», 4, 6, 1994, pp. 6-13.
- L. BERNARDI, T. TRIPODI, *Metodi di valutazione di programmi sociali*, Fondazione Zancan, Padova, 1981.
- G. BERTIN, *Il governo della multidimensionalità del processo di valutazione*, in: G. Bertin (a cura di), *Valutazione e sapere sociologico*, Milano, Franco Angeli, 1995.
- J.B. BIRCKMAIER, C.H. WEISS, *Theory-based evaluation in practice*, «Evaluation Review», 24, 4, 2000, pp. 407-431.
- D. BOUYSSOU, P. PERNY, M. PIRLOT, A. TSOUKIÀS, P. VINCKE, *A Manifesto for the New MCDA Era*, «Journal of Multi-Criteria Decision Analysis», 2/3, 1993, pp. 125-127.
- C. CABE, T.J. STEWART, J.C. VANSNICK, *Multicriteria, Decision Analysis. Some thoughts based on the tutorial and discussion session of the ESIGMA meeting*, «Journal of Operational Research Society», 99 (1), 1997, pp. 28-37.
- D.T. CAMPBELL, *Reform as experiments*, «American Psychologist», 24, 1969, pp. 409-429.
- S. CAMPOSTRINI, *Disegni sperimentali, quasi-sperimentali, non sperimentali per la valutazione nelle politiche sociali*, in G. BERTIN (a cura di), *Valutazione e sapere sociologico*, Milano, Franco Angeli, 1995, pp. 279-299.
- C.T. CHEN, *Theory-driven Evaluation. A comprehensive perspective*, Newbury Park, Sage, 1990.
- H.T. CHEN, *A Comprehensive Typology for Program Evaluation*, «Evaluation Practice», 17, 2, 1996, pp. 121-130.
- L.J. CRONBACH ET AL., *Toward reform of program evaluation*, San Francisco, Jossey-Bass, 1980.
- W. EDWARD, J.R. NEWMAN, *Multiattribute Evaluation*, «Beverly Hills and London: Sage University Paper series on Quantitative Application in the Social sciences», Sage, 1982.
- C.T. FITZ-GIBBON, L.L. MORRIS, *Theory-based evaluation*, «Evaluation Practice», 17, 2, 1996, pp. 177-184.

-
- R.B. JOHNSON, *Toward a theoretical model of evaluation utilization*, «Evaluation and Program Planning», 21, 1998, pp. 93-110.
- S.A. MCGRAW ET AL., *Using process data to explain outcomes*, «Evaluation Review», 20, 3, 1996, pp. 291-312.
- M.Q. Patton, *Utilization Focused Evaluation. The new century text*, Thousand Oaks, Sage, 1997.
- P.H. ROSSI, H.E. FREEMAN, *Evaluation, A Systematic Approach*, Newbury Park, Sage, 1993.
- M. SCRIVEN, *Beyond formative and summative evaluation*, in G.W. McLAUGHLIN, D.C. PHILLIPS (a cura di), *Evaluation and education: a quarter century*, University of Chicago Press, 1991, pp. 19-64.
- W.R. SHADISH, T.D. COOK, D.T. CAMPBELL, *Experimental and Quasi-experimental Designs for Generalized Causal Inference*, Boston, Houghton-Mifflin, 2002.
- W.S. SHADISH, T.D. COOK, L. LEVITON, *Foundation of program evaluation*, Newbury Park, Sage, 1991.
- R.K. TEAS, *Expectations as a comparison standard in measuring service quality*, «Journal of Marketing», 58, 1994, pp. 132-139.
- C.H. WEISS, *How can theory-based evaluation make greater headway?*, «Evaluation Review», 21, 4, 1997, pp. 501-524.
- C.H. WEISS, *Evaluating action programs*, Boston, Allyn & Bacon, 1972.

Abbreviazioni e sigle

| | |
|-----------|---|
| ADI | Assistenza domiciliare integrata |
| ASL | Azienda sanitaria locale |
| ATI | Associazione temporanea d'impresa |
| AUSL | Azienda unità sanitaria locale |
| CPWG | Community planning working group |
| ICT | Information communication technology |
| LEA | Livelli essenziali di assistenza |
| LEAS | Livelli essenziali di assistenza sociale |
| LSP | Local strategy partnership |
| MCA | Metodo di coordinamento aperto |
| NGC | Network community government |
| PAA | Piano attuativo di ambito |
| PAD | Piano attuativo distrettuale |
| PAI | Piano assistenza individualizzato |
| PAL | Piano attuativo locale |
| PCS | Piano comunitario salute |
| PDSS | Piano distrettuale socio-sanitario |
| PIL | Prodotto interno lordo |
| PIS | Piano integrato salute |
| PISR/PSIR | Piano integrato sociale regionale |
| PO FESR | Programma operativo fondi europei sviluppo regionale |
| PRSSP | Piano regionale della salute e dei servizi alla persona |
| PSC | Piano strategico comunità |
| PSOCR | Piano sociale regionale |
| SDS | Società della salute |
| USL | Unità sanitaria locale |