

Le basi istituzionali del *welfare* locale

di **Marcello Fedele**¹

dicembre 2004

1. La logica del cambiamento

E' ormai diffusa a livello internazionale la consapevolezza che i modelli di welfare ereditati dal XX secolo, i quali rappresentano uno dei più indicativi elementi di differenziazione dell'Europa rispetto al mondo anglosassone, sono ormai sempre meno "sostenibili" e perciò destinati ad essere al più presto riformati (Pierson 2001- Ascoli e Ranci, 2003). Nel caso italiano questo orientamento si è a sua volta alimentato grazie ad alcuni limiti consolidati del nostro welfare nazionale, ormai chiaramente individuati e riassumibili in pochi tratti come: la prevalenza di strumenti di protezione a favore del lavoratore piuttosto che del cittadino; il ricorso a prestazioni monetarie piuttosto che a servizi; la estrema frantumazione degli interventi di tipo categoriale e, da ultimo, l'emergenza di nuovi rischi sociali i quali, come accade nel caso della vecchiaia, non trovano più riscontro e soluzione nelle politiche avviate a partire dal secondo dopoguerra.

Proponendo il passaggio dal welfare state ad un nuovo modello di welfare locale articolato in un insieme di interventi diretti a garantire un protezione di tipo universalistico piuttosto che occupazionale, la legge quadro 328/2000 per l'integrazione dei servizi sociali rappresenta la principale risposta che il legislatore nazionale ha sinora approntato per avviare una riforma del settore, peraltro in larga sintonia con le numerose e differenziate sperimentazioni sinora già emerse a livello legislativo, sul piano europeo e nelle amministrazioni locali.

Sotto il primo profilo, negli anni '90 numerosi interventi legislativi come quelli a favore dei minori (L.285/1997), a sostegno dei portatori di handicap (L.162/1998) o a contrasto delle tossicodipendenze (L.45/1999), prevedevano già una ripartizione tra centro e periferia in nome della quale i servizi erano assicurati dagli enti locali, mentre allo stato mettevano capo i compiti di valutazione delle prestazioni, distribuzione delle risorse e coordinamento degli interventi. La stessa idea del Fondo Nazionale, che rappresenta una delle novità della legge quadro, si ritrova inoltre sin dal 1977 nella disciplina a favore dell'infanzia e viene istituita all'interno delle amministrazioni centrali competenti, "in attesa dell'entrata in vigore della legge generale di riforma dell'assistenza" (L.449/1997), proprio per favorire una prima rimodulazione della spesa, indipendentemente dai vincoli imposti dai dispositivi legislativi settoriali, destinati ad essere ben presto superati.

Sul piano europeo, con il Consiglio di Lisbona del 2000 la Commissione prendeva a sua volta atto delle molteplici iniziative avviate dai diversi stati nel campo dell'assistenza. Per contrastare i processi d'esclusione sociale attraverso la previsione di nuove forme di protezione, ad esempio per gli anziani o i poveri; o, anche, per offrire una rete di sicurezza per tutti i cittadini, ad esempio attraverso schemi di reddito minimo garantito. Benchè in Italia i livelli di spesa siano notoriamente più bassi, va detto che l'importanza anche economica degli interventi destinati all'assistenza sociale è andata progressivamente crescendo nel corso degli anni, sino a raggiungere il 10% circa dei costi complessivi

¹ Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

dedicati alla protezione sociale (Eurostat, 2002). I singoli stati nazionali oggi sono perciò impegnati a definire obiettivi e metodologie comuni di valutazione sulla base del "Programma di azione comunitaria 2002-2006" per combattere l'esclusione sociale, che a sua volta ha dato vita a piani nazionali come quello approvato dal governo italiano (2003-2005), al cui interno si fanno esplicitamente proprie le finalità comunitarie di affiancare "dinamismo economico e giustizia sociale".

Resta infine da ricordare la sperimentazione che, in assenza di una nazionale, a partire dagli anni '80 si è manifestata in diversi contesti regionali. La riorganizzazione del settore dell'assistenza prende ad esempio avvio in Veneto e poi in Campania e in Emilia (1985), in Lombardia (1986), nelle Marche (1988). Nel decennio successivo lo stesso processo si ritrova in Toscana e in Umbria, sino ad arrivare alla legge regionale della Basilicata nel 2000. Questa progressiva localizzazione delle funzioni socio-assistenziali si innesta inoltre, e si rafforza, grazie al processo di regionalizzazione nato negli anni '70 e alla legislazione sul decentramento che si afferma nei due decenni successivi, mettendo capo a una crescente centralità dell'ente locale, individuato come il principale livello di erogazione territoriale delle prestazioni.

Una impostazione del genere era del resto già presente nel D.P.R. 616/1977 che, insieme alla prima riforma sanitaria (L.833/1978), rappresenta il momento in cui viene superato il precedente assetto centralistico e si creano invece le premesse per una prima riarticolazione del sistema assistenziale. Prevedendo una gestione su base intercomunale delle unità sanitarie locali, si gettano infatti le premesse per l'erogazione di altri servizi sociali comunali all'interno della stessa logica. La legge 142/1990 sul riordinamento delle autonomie ribadirà poi sia la centralità dei comuni, sia la possibilità di forme associative tra gli stessi, finalizzate a superare l'elevato frazionamento degli enti locali di piccolissime dimensioni e come tali inadeguati ad assicurare i necessari servizi. Più in generale, è però tutto un nuovo orientamento politico che negli anni '90 tende ad affermarsi, attraverso la previsione dell'elezione diretta dei sindaci prima (L.81/1993) e dei presidenti delle regioni dopo (l.cost.1/99), senza dimenticare l'approvazione del decentramento amministrativo promosso con la "riforma Bassanini" (L.127/1997), che rappresenta il punto di arrivo di un processo il quale, con la riforma del titolo V della Costituzione, di lì a pochi anni metterà capo a forme di vero e proprio federalismo, quali quelle che oggi iniziano ad affermarsi.

Al momento della introduzione della L.382/2000, le regioni e gli enti locali avevano dunque già maturato delle significative esperienze di programmazione, anche se il tratto caratteristico di quella fase restava rappresentato dalla forte differenziazione sia nei modelli amministrativi, che nel livello e nella qualità dei servizi presenti sul territorio nazionale. In Toscana (Feroli,2003,252), che per molti versi rappresenta una significativa esperienza a cui la 328/2000 implicitamente si richiamerà in seguito, la gestione associata dei servizi risale già agli anni '70-80. La creazione di un apposito Fondo in cui confluiscono i finanziamenti statali settoriali, insieme a quelli regionali, avviene invece nell'82, così come il primo piano regionale per i servizi socio-assistenziali viene approvato nel 1984. Più in generale però, questa diversificazione nelle strutture e nei servizi messi in campo nel corso di due decenni, che naturalmente vede il sud più arretrato rispetto al nord, così come i piccoli comuni più arretrati rispetto ai capoluoghi e alle aree metropolitane, da una parte si afferma all'ombra dei ripetuti interventi sul sistema sanitario che in quegli anni vengono promossi e, dall'altra, è fortemente condizionata dall'assenza di criteri guida nazionali, in grado di orientare gli interventi o bilanciare le risorse.

Per superare anche questi ritardi e in coerenza con le ormai consolidate linee di decentramento, la 328/2000 ribadirà perciò la centralità dei comuni come enti titolari delle funzioni amministrative legate agli interventi sociali; la necessità di integrare sotto il profilo istituzionale, organizzativo e gestionale politiche sanitarie e politiche sociali; e, da ultimo, indicherà nel Piano di Zona, con qualche enfasi definito come uno strumento di "tutela

della popolazione", il punto di incontro tra la sussidiarietà verticale maturata attraverso i diversi livelli istituzionali e la sussidiarietà orizzontale che gli enti locali saranno in grado di promuovere sul territorio, mobilitando intorno alla costruzione del sistema di protezione sociale le risorse dell'intera collettività.

Naturalmente una legge quadro quale quella che stiamo esaminando presenta numerosi aspetti che meriterebbero di essere discussi e che invece in questo terreno sullo sfondo, concentrando la nostra attenzione su due aree di indagine sembrano centrali per meglio capire il difficile rapporto che si è venuto costituendo, tra la riforma del welfare e i diritti di cittadinanza sociale che a degli stessi sono legati. Perché infatti possa affermarsi un nuovo modello di welfare, è necessario che sul piano istituzionale maturino due diversi processi: di fusione, grazie al quale vengono smantellati privilegi categoriali e differenziazioni territoriali, creando in tal modo uno spazio omogeneo al cui interno può acquistare un senso la nuova cittadinanza sociale, in questo caso promossa dalla 328/2000; e di separazione o, come noi preferiamo chiamarli, di fissione, grazie al quale vengono costruiti nuovi livelli di autorità, nuove istituzioni che attraverso forme di sussidiarietà orizzontale e verticale assicurino quella "rete di servizi", mancando la quale viene meno anche ogni forma di protezione sociale.

Utilizziamo i termini di fissione e fusione/separazione nel senso proposto a suo tempo da Marshall (1992) nel caso inglese e di recente ripreso da Ferrera (2004) nel caso europeo, per una ragione di fondo che risulta centrale nella formazione dei nuovi sistemi di solidarietà sociale: la debole presenza di alcuni processi istituzionali oggi sta infatti facendo venir meno alcuni prerequisiti essenziali anche nel caso del welfare locale nazionale ed è proprio questo il livello di analisi che noi vorremmo invece approfondire. L'argomentazione che svilupperemo, può a sua volta essere così riassunta. La legge quadro ha avviato sinora un graduale processo di ridefinizione del welfare, senza tuttavia riuscire a superare la frantumazione esistente tra le diverse aree di policy e, prima fra tutte, quella che ancora oggi opera tra sanità e assistenza sociale, perlomeno in alcune importanti aree territoriali del paese. Questa mancata ritematizzazione del rapporto esistente tra le prestazioni sanitarie e quelle assistenziali, si è accompagnata poi con un processo istituzionale povero sotto il profilo dell'innovazione, perché circa la metà delle regioni non hanno dato seguito alle indicazioni del legislatore e perché lo stesso centro non ha sinora promosso le azioni necessarie ad assicurare l'esercizio effettivo della sussidiarietà verticale e orizzontale.

Le incertezze emerse nella applicazione della legge, si sono a loro volta riversate in un cattivo funzionamento dei piani di zona i quali, pur rappresentando il vero strumento di governo del territorio, non sono tuttavia ancora adeguatamente diffusi, oppure hanno un carattere soltanto formale. Va detto infine che, a differenza di quanto si sta verificando nella attuale legislatura, il riconoscimento di nuovi diritti sociali "multilivello" richiederebbe un forte impegno politico del governo centrale nell'assicurare il "coordinamento delle interdipendenze"(Saint Martin, 2004), ma tutto ciò non si sta verificando perlomeno in questa legislatura(XIV), per delle ragioni sulle quali, in conclusione, ci soffermeremo.

2. La fusione delle politiche sociali

E' stato spesso sottolineato come la prospettiva di integrazione dell'assistenza sanitaria, l'istruzione o il lavoro, sia uno dei caratteri più specifici della riforma. Vera in linea generale, questa impostazione per ora è comunque limitata sul rapporto con la sanità, che peraltro rappresenta il nodo al momento più difficile da sciogliere all'interno della riforma. Da una parte il modello sanitario di tutela della salute affermatosi in passato e incentrato sulle malattie infettive acute, viene infatti ormai messo in discussione dagli sviluppi socioeconomici come l'aumento di malattie croniche legate

all'invecchiamento della popolazione, la crescita di nuove disabilità a carattere permanente o anche la contrazione dei nuclei familiari che spesso indicano un alto numero di persone sole. Dall'altra l'applicazione data alle tre leggi di riforma sulla sanità intervenute a partire dal 1978 (Maino 2001 e Moini 2001), non ha modificato di molto la distanza esistente tra sanità e assistenza sociale, con una presunta superiorità tecnica della prima, a fronte di una maggior capacità relazionale della seconda.

In realtà tanto l'Atto di indirizzo e coordinamento per l'integrazione sociosanitaria presentato dal governo (D.P.C.M. 14 febbraio 2001) quanto il decreto sui livelli essenziali di assistenza emanato in accordo con la Conferenza Stato-Regioni (D.P.C.M 29 novembre 2002) prevederebbero forme di integrazione, ma poi ipotizzano anche la totale competenza sanitaria solo per degenze con periodi molti limitati di tempo, relegando invece all'area delle prestazioni sociosanitarie tutti gli interventi caratterizzati da forte cronicità o da non autosufficienza del paziente e tutto ciò è avvenuto con l'implicito avvallo delle regioni, oggi sempre più orientate a ripianare in ogni modo i deficit del bilancio sanitario.

Nessuna meraviglia dunque se, mentre buona parte delle regioni hanno già definito gli ambiti territoriali di riferimento per i piani di zona così da poter comunque usufruire dei fondi aggiuntivi nazionali previsti dalla L.328/2002, una recente studio (Carrera - Teselli 2002, 146) segnala come siano invece "del tutto assenti" a livello regionale gli atti legislativi di integrazione tra gli ambiti sanitario e sociale che, come vedremo, sono in realtà una premessa essenziale al buon funzionamento dei piani di zona. In poche parole, la tendenza sinora prevalente ha assegnato competenze e costi alla area sanitaria nella fase acuta e post acuta delle malattie, trasferendo la titolarità e i costi degli interventi agli enti locali nei casi di soggetti non autosufficienti.

Nell'esperienza degli enti locali, tra le cause che si oppongono all'integrazione sarebbero perciò: il perdurare di una cultura sanitaria professionale che si basa sulla specializzazione; una concezione organizzativa dei servizi "a canna d'oca" che produce fenomeni di sottoutilizzo delle risorse; la scelta di una "mission" basata sull'autosufficienza e organizzata intorno a un'ampia offerta di prestazioni possibili. E' però anche vero che, in questo come in altri campi, gli orientamenti regionali sono spesso differenziati, come dimostra per tutti un confronto tra Lombardia e Toscana.

Andando all'essenziale, possiamo dire che nel corso degli anni '90 la Lombardia si è orientata sia verso una gestione associata delle competenze sociosanitarie, sia verso una loro delega da parte degli enti locali alle Aziende sanitarie, fermo restando naturalmente a carico dei primi gli "oneri relativi". Si è consolidata in tal modo una tendenziale attrazione dei servizi socioassistenziali nell'ambito delle prestazioni sanitarie. Preso atto della "sostanziale leggerezza della rete dei servizi sociali", il recente Piano socio-sanitario 2002-2004 si configura perciò come "uno strumento unico integrato" che assicura la programmazione di entrambi i settori, prevedendo tra l'altro la progressiva applicazione all'assistenza di quella separazione tra funzioni di programmazione e controllo e gestione dei servizi, che già operano nel campo sanitario.

Sviluppando coerentemente e da tempo questa impostazione diretta a "libertà di scelta" dell'utente, in tal modo la Regione Lombardia va per la prefigurazione di una partnership pubblico-privato come quella prevista dalla legge e si orienta invece verso una chiara opzione a favore del mercato, prevedendo nel settore sociale una "aziendalizzazione" non diversa da quella che in questi anni ha presieduto all'organizzazione del comparto sanitario. Un ultimo esempio? Una delibera della Giunta Regionale (2001) la quale stabilisce che i piani di zona dovranno essere finalizzati al mantenimento a domicilio dei soggetti fragili, attraverso l'erogazione nel corso di un triennio di buoni o voucher per una quota non inferiore al 70% delle risorse assegnate, laddove solo il restante 30% potrà invece essere utilizzato per il potenziamento

di alcuni servizi, in particolare il pronto intervento sociale o i ricoveri di sollievo (Maino, 2001).

Per capire l'altro lato della questione, è interessante a questo punto tratteggiare i caratteri che l'integrazione tra le due politiche ha assunto invece nel caso toscano. Già alla fine degli anni '90 la legislazione regionale (L.R. 72/1977) prevedeva una disciplina di principio di quelle che vengono definite "politiche sociali integrate" e che riguardano non soltanto gli anziani o i minori, ma anche le politiche per la casa, il diritto allo studio o l'occupazione. Si tratta di una impostazione che a volte anticipa e comunque poi asseconda una logica programmatica basata su forti elementi di sussidiarietà verticale verso gli enti locali e orizzontale nei confronti del Terzo settore, senza tuttavia rinunciare all'esercizio di una funzione complessiva del settore pubblico nella governance del settore. Emerge dunque un nuovo elemento di responsabilità, diciamo non organizzativo ma politico, relativo al ruolo dello stato nei confronti delle politiche sociali.

Nel recente Piano Integrato Sociale Regionale (2002-2004) la Toscana ha avviato inoltre, attraverso diversi passaggi, un processo di definizione dei livelli minimi di assistenza possibilmente adeguato a "fondare un sistema di diritti di cittadinanza che eroghi risposte certe", distribuite sul territorio, accessibili e capaci di offrire soluzioni per quegli individui o quei nuclei familiari che presentano maggiori rischi di esclusione sociale. Nel caso della Regione Lombardia la consapevolezza che il criterio dei "costi sostenibili" non debba essere il solo da adottare nella definizione dei livelli essenziali, non ha impedito invece di concludere che i "livelli garantiti/finanziati" vadano alla fine definiti attraverso una serie di criteri, il principale dei quali è quello del loro costo economico.

Giustamente si osserva dunque che l'impostazione lombarda non si concentra tanto su i diritti e su i livelli, quanto sulla libertà di scelta degli utenti e sulla libertà di azione dei soggetti impegnati nella erogazione dei servizi (Ferioli, 2003, 248-9): "l'apertura del settore sanitario e sociale alle logiche del mercato e della libera concorrenza, sembra quindi spostare l'attenzione del sistema lombardo dai diritti sociali ai diritti degli utenti". Diversa è invece la prospettiva che anima la sperimentazione delle "Società della Salute" in Toscana, al cui interno l'integrazione tra settore sociale e settore sanitario viene assicurata sia attraverso la presenza delle aziende sanitarie, sia attraverso gli enti locali, che in tal modo diventano cogestori del sistema di servizi integrati in cui si articolano i diritti sociali e sanitari.

Questa impostazione del rapporto tra il comparto sanitario e quello socio-assistenziale si riflette inoltre nelle modalità di finanziamento previste per le Società della Salute, a cui le Asl contribuiscono attraverso una quota capitaria del Fondo sanitario corrispondente ai servizi che si concorda di erogare, non diversamente dagli enti locali che a loro volta ricorrono ai fondi interni previsti per le prestazioni sociali.

La asimmetria delle soluzioni possibili a cui mettono capo i processi di integrazione nei casi della Lombardia e della Toscana documentano, non deve comunque essere sopravvalutata anche perchè la tendenza generale resta piuttosto quella di ancorare l'offerta di servizi sociosanitari ai caratteri e alle logiche della rete sanitaria regionale. Un esito del genere è peraltro favorito da numerosi processi. Intanto la rete sanitaria, a differenza di quella socio-assistenziale, è ormai ben radicata nel paese e dà vita a un sistema di interessi degli utenti, professionali e finanziari, che non sono nemmeno lontanamente comparabili a quelli promossi dalle politiche sociali. Il Fondo Nazionale di queste ultime per il 2004 ammontava ad esempio a 1884 miliardi di Euro, di cui 1 miliardo destinato alle Regioni senza vincoli di destinazione, a copertura delle attività promosse dagli enti locali all'interno dei piani sociali regionali. Ancorchè in deficit, nello stesso anno l'importo previsto nella legge finanziaria 2005 per il Fondo sanitario nazionale supera invece gli 80 miliardi di Euro, segnalando in tal modo come nel processo di integrazione la

sanità impersoni probabilmente il ruolo del gatto e la assistenza quella del topolino. Si è mai visto un topo acchiappare un gatto?

La presenza di comuni troppo piccoli per poter sostenere l'erogazione di servizi socio-assistenziali spiega inoltre una tendenza che, oltre ad essersi affermata in passato, continua ad essere confermata, soprattutto nel sud del paese. Pur di assicurare delle prestazioni di base ai propri cittadini, gli enti locali delegano infatti alle Asl la erogazioni dei servizi, rinunciando in tal modo di fatto a esercitare una propria funzione di indirizzo. Naturalmente l'approvazione della legge quadro sta lentamente modificando questo orientamento, sia perchè i servizi sociali oggi presentano agli occhi degli amministratori una loro centralità che è anche politica; sia perchè la difficoltà di incidere sulle scelte delle Asl controllando le prestazioni, va spingendo numerosi enti locali a revocare le deleghe per passare a una gestione diretta dei servizi, o anche per dar vita a una gestione associata degli stessi all'interno degli accordi di programma sottoscritti con altri comuni (Battistella-De Ambrogio-Ranci Ortigosa, 2004).

La complessità delle relazioni interistituzionali che comunque si presentano sul territorio, è ben riassunta nel primo Piano Nazionale per i servizi sociali (2001-2003), il quale prevede che l'offerta di servizi sanitari all'interno del distretto, debba essere compatibile con il Piano di zona attraverso il quale si definiscono le attività socio-sanitarie. L'idea condivisibile che questi due strumenti istituzionali debbano essere "gestiti in un'unica strategia programmatica", nei fatti ha però comportato soprattutto una conseguenza: nella generalità dei casi, le regioni hanno fatto coincidere l'ambito territoriale dei servizi socio-assistenziali con i distretti sanitari, riproponendo in tal modo una asimmetria nelle relazioni interistituzionali, che peraltro ha anche delle motivazioni di ordine legislativo. Mentre il DLgs 502/ 2002 stabilisce che sulla programmazione sanitaria vada richiesto dalle Asl soltanto il "parere" del Comitato dei sindaci di distretto, la legge quadro prevede invece che la programmazione delle attività sociosanitarie vada definita anche di "intesa" tra Comuni e Asl, le quali partecipano perciò di diritto all'Accordo di programma da cui prendono vita i Piani di zona.

Se i due comparti presentano però una tendenza alla autoreferenzialità che a una bassa integrazione nella progettazione dei servizi, inevitabilmente gli ste vita a effetti disgiunti, oltre che a limiti e confini i quali certo non sono nello legge quadro. La riforma del welfare procede dunque lentamente e differenziazioni territoriali, perchè la stessa fa leva su processi di "integrazione tra politiche" diverse, piuttosto che sulla promozione di "politiche integrate" (d'Albergo, 2004,21), distinzione questa che va tenuta ben presente nel caso del welfare locale. Culture professionali, problemi finanziari, modalità organizzative e scelte gestionali vengono perciò declinate di volta in volta anche in nome degli interessi ad essi sottesi, secondo gerarchie che registrano il diverso punto di equilibrio tra le due community interessate.

A sancire la debolezza istituzionale del processo di integrazione può del resto essere richiamata la scelta con cui si aperta la XIV legislatura di modificare la legge di riforma dei ministeri, separando la sanità dagli affari sociali, che originariamente erano invece stati accorpati anche alla luce di alcune tendenze europee. Nei paesi scandinavi, ad esempio, il welfare è governato da un'unica amministrazione, lasciando al lavoro le competenze sulle politiche attive o sulle prestazioni previdenziali. In Inghilterra esiste invece una gestione pressochè paritetica tra il Dipartimento per la sicurezza sociale e il Dipartimento per la salute, mentre Francia e Austria presentano un modello simile a q originariamente dal legislatore, perchè tutte le politiche sociali e sanitarie sono in un unico ministero.

Per quanto il modello a "una testa" sia ancora in Europa più un'eccezione che la regola, lo stesso è stato inoltre caldeggiato al momento della sua approvazione in Italia, perchè

ritenuto più adeguato alla necessità di gestire le interdipendenze tra i diversi settori di intervento, anche in maggior sintonia con le strategie di coordinamento ormai presenti nella lotta alla esclusione sociale (M.Ferrera,1999). Il diverso grado di istituzionalizzazione tra un settore sanitario maturo e un comparto assistenziale che nel nostro paese ha invece solo di recente avuto una sua sistematica regolazione, offrivano del resto un ulteriore argomento a favore di una soluzione unitaria, venuta meno la quale la integrazione si è rivelata anche più difficile di quanto la sua originaria complessità comunque lasciava intuire. Rallentato, se non proprio fermato il processo di fusione, la riforma si è dunque trovata senza uno dei due volani essenziali per assicurarne una efficace implementazione. Il secondo volano, che adesso esamineremo, riguarda invece la fissione/separazione di nuove istituzioni locali.

3. La fissione di istituzioni territoriali

Prima dell'entrata in vigore della legge quadro, il sistema socio- assistenziale si caratterizzava in Italia per la forte incidenza di prestazioni puramente monetarie e per il basso peso a cui mettevano capo i servizi sociali territoriali. Con la creazione del Fondo Nazionale per le politiche sociali, per la prima volta le risorse stanziare con le diverse leggi di settore sono state invece riunite a livello centrale e rese annualmente disponibili alle regioni per la creazione di servizi integrati a base territoriale. Dopo aver previsto stanziamenti aggiuntivi, le Regioni provvedono a distribuire gli stessi in relazione ai propri obiettivi di politica sociale non più ai singoli enti locali, bensì ai comuni associati negli ambiti territoriali i quali debbono comunque contribuire con risorse proprie, sulla base della programmazione stabilita all'interno degli ambiti.

Resa nota nel 2001 la prima ripartizione finanziaria del Fondo Nazionale, la stessa ha dovuto però ben presto misurarsi con gli effetti determinati dall'approvazione del nuovo Titolo V della costituzione (L.3/2001) il quale, assegnando alle regioni la competenza esclusiva in materia di assistenza, in buona parte rende obsolete alcune delle prerogative previste a favore dell'amministrazione centrale, perché la disciplina della intera materia è diventata ormai interamente regionale. Questa ripartizione di competenze trova di certo dei correttivi nella previsione di strumenti come i livelli essenziali di assistenza sociale, grazie ai quali lo stato può ugualmente intervenire con finalità perequative su i possibili differenziali territoriali. E tuttavia segnala anche la possibilità che lo stato si ritiri dalle politiche sociali, perché queste sono ormai diventate oggetto di programmazione e finanziamento regionale e municipale.

Gli elementi che confermano questa seconda interpretazione, quantomeno con riferimento alla attuale legislatura, sono numerosi. L'iniziale contenzioso tra stato e Conferenza delle regioni sull'esistenza o meno di un vincolo di destinazione per gli importi assegnati attraverso il Fondo Nazionale, ormai sembra essersi risolto a favore delle regioni, le quali richiedono di poter scegliere come investire le somme che si rendono disponibili. E' però anche vero che questi trasferimenti non sono aumentati nel corso degli anni secondo i parametri previsti dall'art. 20 della L. 328/2000, mentre con la legge Finanziaria 2003 si è modificato piuttosto l'impianto regolativo, prevedendo il "concerto" del Ministero dell'economia non solo sugli atti del Ministero del welfare finalizzati a ripartire le risorse del Fondo Nazionale, ma anche nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza. In tal modo però le prestazioni socio-assistenziali, che pure sono veri e propri diritti individuali di natura non monetaria, dalla costituzione assicurati a tutti i cittadini sull'intero territorio nazionale, ritornano ad essere subordinati a decisioni di spesa, configurandosi perciò come diritti cedevoli, perché "finanziariamente condizionati" (Astrid, 2004, 43).

Certo, oggi le regioni possono legittimamente mettere in discussione sia l'esistenza di eventuali vincoli di destinazione dei fondi, sia la legittimità del Piano nazionale e finanche la tendenza degli apparati centrali a condizionare o conformare l'azione amministrativa e i modelli organizzativi degli enti locali. E' però anche vero che il passaggio da un modello di welfare statale al welfare municipale presuppone la capacità di valorizzare le risorse culturali, sociali e economiche che esistono nei territori e non è detto che, in questo caso, la differenza preesistente tra i diversi sistemi regionali non possa venire accentuata, ad esempio tra le regioni del sud e quelle del centro nord. A commento del fatto che appena la metà delle regioni hanno recepito, peraltro spesso parzialmente, la normativa nazionale in materia di gestione dei servizi, in una delle poche indagini dedicate a questi temi il Formez (2003, 98) suggerisce ad esempio una tipologia dei comportamenti regionali, che merita di essere richiamata. Vi sono regioni che stanno promuovendo innovazione, ma queste coincidono con realtà istituzionali che avevano già anticipato nei propri ordinamenti principi e modalità di gestione dei servizi che poi la legge quadro ha generalizzato facendoli propri. Generalmente, sono le regioni del centro nord. Vi sono poi regioni "recettrici di innovazione" e un esempio è la Campania, che si vanno adeguando ai nuovi indirizzi nazionali con più o meno tempestività, a seconda dei casi. E vi sono infine le "regioni passive", quasi tutte nel sud Italia ma non solo, che non manifestano né un progetto originario di intervento, né una volontà di far propri in tempi rapidi le riforme di settore promosse a livello nazionale.

Sempre la stessa ricerca segnala inoltre come la normativa di recepimento della legge quadro sia presente solo in sette regioni, i piani regionali socio assistenziali siano stati approvati da 17 consigli regionali, mentre le linee guida per l'attuazione di un sistema integrato di servizi sia stato approvato soltanto da tre regioni. E' ragionevole ipotizzare che, in questo contesto, lo sviluppo del welfare locale rischi di accompagnarsi a ulteriori processi di differenziazione che consentiranno agli enti locali più ricchi di finanziare prestazioni migliori e più complete, mentre le aree più depresse difficilmente riusciranno ad andar oltre la ormai obsoleta logica assistenziale di tipo monetario? Probabilmente lo è perché, anche se la riforma costituzionale del Titolo V ha portato a compimento un processo che era già in atto da tempo, tutto ciò oggi sta avvenendo in un contesto politico che si è profondamente radicalizzato perché spesso viene messa in discussione la stessa concezione del welfare, le cui responsabilità gestionali e finanziarie sono ormai in larga misura trasferite agli enti locali, soprattutto nel nome di possibili benefici dei conti nazionali.

Superata la stagione delle competenze concorrenti come quella in cui è nata la legge quadro, il welfare si trova perciò nel mezzo di un guado, stretto come lo stesso risulta tra un passato di istituzioni centrali che non sono più responsabili del suo andamento e un futuro di istituzioni locali che esistono solo laddove già presentano una tradizione, mentre tardano a comparire o non ci sono affatto proprio in quelle realtà come il mezzogiorno dove maggiore sarebbe invece il bisogno. Mentre lo stato avvia una ritirata sia sotto il profilo finanziario, che sotto quello gestionale e amministrativo, il territorio locale non si arricchisce dunque con nuovi livelli istituzionali, pur necessari per promuovere il welfare locale. Un esempio? Lo sviluppo dei piani di zona, che adesso esamineremo.

4 I piani di zona

Se c'è un organismo, una sede o un livello istituzionale che più degli altri riassume la capacità operativa del nuovo welfare locale, di certo questa va individuata nel Piano di zona, inteso come " lo strumento fondamentale attraverso cui i comuni, con il concorso di tutti i soggetti attivi nella progettazione, possono disegnare il sistema integrato di interventi e servizi sociali con riferimento agli obiettivi strategici, agli strumenti realizzativi e alle

risorse da attivare"(Piano Nazionale).Nel Piano di zona si ritrova dunque, in filigrana, un tema centrale della riflessione sulle trasformazioni del welfare a suo tempo segnalato da Ota de Leonardis (1999,137): queste ultime si intrecciano infatti con la questione organizzativa rappresentata dalle modalità con cui viene offerto il servizio, oltre che dal tipo di servizi che diventano disponibili . Il richiamo alle " risorse da attivare", segnala inoltre sia l'esigenza di ritrovare all'interno delle comunità locali forme di capitale sociale che valorizzino il sistema territoriale, sia un tratto più generale del welfare locale, che dovrebbe orientarsi al recupero e alla valorizzazione delle capacità individuali, piuttosto che a interventi compensatori sui deficit o sulle incapacità dei destinatari.

Il rinvio esplicito che in questo contesto viene suggerito dalla L.328/2000 (modalità di partnership tra pubblico e privato sociale grazie allo sviluppo di sussidiarietà orizzontale, impatta tuttavia con quella che è la divisa socioeconomica del paese. Il modello organizzativo del piano di zona può infatti risultare più facilmente realizzabile laddove esistono un Terzo settore e un sistema associativo ben radicati mentre, laddove questo tipo di dinamica non è attiva, l'ente locale inevitabilmente si trova a dover gestire i servizi secondo modalità più tradizionali ora perchè mancano i partners adeguati, ora perchè c'è un deficit di competenze rispetto ai processi di innovazione che si intende introdurre. Queste considerazioni già offrono una prima motivazione al dato, alquanto preoccupante, messo recentemente in luce da una indagine condotta dall' Ires-Cgil (2004,16). Sull'insieme del territorio nazionale soltanto 11 regioni presentano ambiti territoriali che hanno elaborato piani di zona, mentre non vi è alcuna traccia degli stessi non solo in gran parte delle regioni meridionali, ma anche in Piemonte, nel Veneto o in Val d'Aosta.

Più in generale, però, è tutto il processo di progettazione della rete dei servizi all'interno dei piani di zona che risente sia della debole integrazione con le altre politiche sociali, sia delle incertezze che hanno sino ad oggi accompagnato il processo di sussidiarietà verticale, caratterizzato da una crescente deresponsabilizzazione dello stato e da una adesione fortemente differenziata delle regioni. Sotto il primo profilo, la scelta tendenzialmente generale di far coincidere l'ambito territoriale dei piani di zona con i distretti previsti per la sanità, non si è rivelata ad esempio felice perchè spesso ha dato vita alla riproduzione burocratica di nuovi organismi, con poca attenzione ai problemi funzionali o operativi. Regioni con una popolazione sostanzialmente equivalente come il Friuli e l'Abruzzo hanno diviso il territorio rispettivamente in 19 ambiti sociali nel primo caso e in 35 nel secondo (Pesaresi, 2003). L'Emilia si articola invece in 42 ambiti mentre il Veneto, pur avendo una popolazione solo leggermente superiore, ne prevede 60. Tenuto conto che tra le finalità dei piani di zona vi è anche quella di superare la divisione legata a realtà territoriali troppo frammentate, la dinamica segnalata evidenzia l'esistenza di una inerzia burocratica che di certo ha pesato nell'avvio dei processi e che inevitabilmente depotenzia la possibile ottimizzazione del legame che dovrebbe esserci tra la progettazione del piano e l'area territoriale della sua applicazione.

Sotto il secondo profilo, mentre alcune regioni hanno assunto nei confronti della zona una funzione di supporto che ne ha facilitato la progettazione, in altri casi sono promossi invece orientamenti più prescrittivi, con finalità di controllo piuttosto che di partnership. La ricerca Formez al riguardo richiama la Regione Campania e la Lombardia come esempi dei due possibili modelli. Nel primo caso vi è stato un forte sostegno alla sperimentazione, da cui sono emerse alla fine anche indicazioni per la programmazione regionale. Nel secondo caso la regione Lombardia ha invece reso nota una circolare con indicazioni specifiche, come quella di attribuire un ruolo di controllo alle Usl, perchè considerate garanti delle scelte regionali. In tal modo però la cooperazione interistituzionale così essenziale per la programmazione non solo non viene agevolata, ma

può addirittura esserne scoraggiata, anche per la estrema fragilità dei meccanismi di formazione degli accordi.

Perché il piano di zona possa decollare, è necessario infatti che vi sia un'intesa sulle responsabilità dei diversi soggetti, sulla ripartizione delle deleghe nella gestione dei servizi e sulle modalità di contribuzione alla copertura dei costi previsti per l'erogazione dei servizi. Questo diverso tipo di problemi naturalmente trovano soluzioni diverse a seconda delle sensibilità degli attori coinvolti, degli interessi in gioco e anche delle competenze disponibili per affrontare innovazioni che non possono essere realizzate ricorrendo soltanto alle routines organizzative. A ciò va aggiunta la complessità del processo decisionale che all'interno del piano si stabilisce una volta definito l'accordo di programma, per equilibrare il rapporto tra decisioni politiche e scelte operative. Per la stessa natura dell'atto sottoscritto, l'accordo si configura infatti soprattutto come una manifestazione di volontà politica e raramente è in grado di stabilire un confine, di per sé già estremamente labile, come quello tra indirizzo e gestione.

Chi ha ricostruito questi processi parla perciò di tre possibili modelli (B. Ambrogio-Ranci Ortigosa, 2004). Il primo modello assegna ai sindaci firmatari del programma tutte le decisioni gestionali, con il comune capofila che si assume le funzioni operative e con un organo tecnico quale spesso è l'Ufficio di Piano, il quale svolge funzioni di staff. Si tratta di una soluzione alquanto convenzionale che, nei fatti, tende a mantenere un forte controllo politico soltanto in maniera virtuale, perché se la divisione dei compiti funziona effettivamente, il comune capofila inevitabilmente diventa il titolare di tutte le decisioni operative. Nel secondo modello il livello politico, per così dire, si sdoppia e accanto all'assemblea dei sindaci con funzioni di controllo nasce un secondo organismo a cui partecipano alcuni sindaci e gli assessori competenti, che assicurano una funzione di indirizzo nella gestione assicurata dal comune capofila, grazie al coinvolgimento dei decisori pubblici che hanno deleghe in materia sociale. Il modello più coerente, ma non per questo più frequente, con lo spirito dei piani di zona è probabilmente il terzo, il quale prevede un organo tecnico rappresentato dall'Ufficio di Piano, a cui viene affidata delega nell'accordo di programma per la gestione dei servizi, i quali vengono comunque assicurati dal comune capofila.

Questa complessa struttura organizzativa inoltre si semplifica o si complica a seconda del numero e del tipo di attori che danno vita all'accordo. Non ci sono grandi problemi quando nell'ambito è presente un solo grande comune o una sola comunità montana, che in tal caso gestiscono in proprio il sistema socio-assistenziale. Lo stesso si può dire allorché nell'ambito sono presenti alcuni piccoli comuni e un comune di grandi dimensioni, che in tal caso si vede generalmente affidare la gestione, evitando in tal modo di ricorrere a forme di associazionismo. I problemi invece nascono negli altri casi e cioè quelli rappresentati da tanti piccoli comuni che si associano per ottimizzare la gestione delle rispettive reti di servizi altrimenti sottodimensionate, oppure individuano un comune capofila secondo una logica che dovrebbe essere funzionale e che invece spesso è soprattutto politica. Poiché mancano le competenze, le risorse e a volte anche le finalità non sono chiare, in questi casi si manifestano forme di adesione passiva, oppure di opportunismo politico legato all'aspettativa di ottenere nuovi finanziamenti.

In questo contesto il diverso peso giocato dalla rete sanitaria rispetto a quella assistenziale naturalmente contribuisce a irrigidire i ruoli. I linguaggi sono diversi, così come l'impatto finanziario degli interventi. Anche la pianificazione delle attività a volte assume ora il carattere di una semplice dichiarazione d'intenti, ora la frammentarietà che deriva dalla sovrapposizione di diverse iniziative, legate tra loro solo formalmente. Lo stesso ruolo programmatico dei comuni si dissolve rapidamente se l'ente che svolge la funzione di capofila non è in grado o non è interessato ad alimentare nel tempo la rete di relazioni e di esperienze, necessarie per portare avanti processi di coprogettazione nel

territorio. Debole sotto il profilo istituzionale, il piano si rivela spesso inadeguato anche sotto il profilo organizzativo e perciò mette capo a un tipo di "autorità astratta" (Scortegagna, 2004, 6) priva di una dimensione organizzativa vera e propria e concepita come una norma o un insieme di regole. C'è insomma qualcosa di "effimero" in questo tipo di sperimentazione, perché spesso "si ricomincia daccapo ogni giorno" (O. de Leonardis, 1999), riproponendo in tal modo delle incertezze che sono tipiche dei processi di innovazione e che in questo caso hanno origine negli stessi assetti istituzionali degli enti locali.

Dietro l'uniformità propria dei modelli amministrativi continentali, i differenziano inoltre tra loro secondo una logica che è legata sia alle demografiche, sia ai contesti socioeconomici di riferimento. Di fatto in Italia ab dieci città metropolitane, un centinaio di comuni capoluogo con una popolazione tra i 50 e i 100 mila abitanti e circa 7 mila piccoli comuni che rappresentano intorno all'86% di tutti gli enti locali, pur raccogliendo una popolazione di poco superiore al 32%. In tutti questi casi la centralità del territorio assume un carattere "ambivalente", soprattutto perché i confini amministrativi hanno poco a che fare con l'aggregazione delle domande sociali, anche se gli stessi si rivelano decisivi per stabilirne rigidamente l'applicazione (d'Albergo, 2003, 163). Il radicamento sociale degli enti locali, che in altri contesti si rivela come una caratteristica positiva del caso italiano, spesso si manifesta perciò come un ostacolo alla spinta verso l'associazionismo non solo per motivi legati al localismo, quanto anche per la debole attrezzatura professionale che caratterizza la gran parte delle istituzioni territoriali.

Nella implementazione dei modelli di welfare mix, la crescente tendenza ad affidare al privato la realizzazione dei servizi non è infatti accompagnata da una adeguata capacità di progettazione, controllo e valutazione dei risultati, perché questo tipo di competenze generalmente non esistono all'interno delle amministrazioni e tutto ciò mette capo a risultati paradossali che Pavolini (2003, 392) riassume in questi termini nel caso dell'ente pubblico: "sia che coprogetti o che ricorra a meccanismi competitivi, sia che non lo faccia, finisce comunque per affidarsi a organizzazioni private, avendo poco disposizione per valutare quanto effettivamente prodotto". E tutto ciò mette problema più generale rappresentato dai caratteri dei processi di innovazione e nel welfare locale. Perché la svolta che sicuramente è stata rappresentata quadro si sta diffondendo in maniera così differenziata sull'intero territorio nazionale. La legge quadro e il nuovo riparto delle competenze tra stato e enti locali rappresentano la struttura istituzionale comune di un modello sostanzialmente unitario valido per tutti i sistemi socio-assistenziali delle regioni, oppure indicano soltanto il punto di partenza dal quale si svilupperanno nei prossimi anni ventuno sistemi di assistenza, a seconda del diverso grado di articolazione dei sistemi sociali regionali, oltre che della diversa capacità amministrativa di promuovere, sviluppare e valutare la realizzazione di una rete di servizi territoriali?

5. Il welfare locale tra costi e diritti

A conclusione di una indagine analitica intorno alle "ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa", Paci (2004, 370) segnala la difficoltà di andare oltre alcune tendenze generali, perché "i dettagli del welfare che avanza sono ancora difficili da decifrare", sicché oggi non sarebbe più il caso di parlare di "sistema" di welfare, ma piuttosto di un nuovo "assetto" in grado di stabilizzarsi solo quando matureranno i diversi processi necessari alla sua affermazione. Condivisibile nelle linee generali, questo tipo di considerazioni diventa peraltro irrinunciabile nel caso italiano, per la divaricazione che abbiamo sinora più volte segnalato tra le aspettative sollevate dalla legge quadro e i risultati molto differenziati a cui la stessa ha dato vita.

Benchè si tenda generalmente a vedere nella Legge Crispi del 1890 l'antecedente più significativo alla regolazione legislativa proposta dalla L.328/200, in realtà nel XX secolo abbiamo avuto una lenta ma continua espansione delle finalità delle politiche sociali, sia perché le stesse sono state comunque ribadite nella carta costituzionale (art.38), sia perché sin dalle prime normative regionali degli anni '80 gli interventi sociali sono stati ricondotti alla necessità di assicurare il " benessere della popolazione", "il libero sviluppo della personalità" e la sua partecipazione alla vita della comunità o, anche, " il rispetto della dignità umana".

Giustamente Elena Ferioli (2003,1) vede perciò nel dispositivo della legge quadro il punto di arrivo di un processo sociale e culturale il quale ha sempre più decisamente cercato di separare l'assistenza sociale dal mero stato di bisogno, per inserirla in un contesto di interventi che la L.328/200 finalizza a "garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza". Un'impostazione del genere naturalmente ridefinisce la stessa previsione costituzionale sul diritto alla assistenza, ampliandone le aree di applicazione e facendo dello stesso un diritto soggettivo esigibile sull'intero territorio nazionale, la cui azionabilità tuttavia continua a dipendere dalle capacità e dalle risorse che gli enti locali sono in grado di investire in questo settore. A differenza delle prestazioni aventi un contenuto economico come le pensioni o le indennità d'invalidità, sino ad oggi le azioni socio-assistenziali non hanno mai avuto uno statuto giuridico forte, anche per la complessità degli interventi in cui le stesse si articolano. Un tale andamento dunque spiega perché, nonostante la previsione legislativa, l'assistenza continui a oscillare tra un diritto soggettivo perfetto e un diritto finanziariamente condizionato.

Nel momento in cui il nuovo welfare si incrocia con le culture politiche locali, queste tendono infatti a reinterpretarlo in funzione delle rispettive tradizioni politiche, oltre che delle diverse esperienze amministrative sinora maturate. Al sud la rete dei servizi rimane di tipo distributorio e categoriale, al centro del paese c'è una forte attenzione ai problemi di coesione sociale, mentre le aree del nord più che ai diritti guardano alla possibilità di assicurare una effettiva libertà di scelta da parte dell'utente, grazie alla partnership stabilita con il mercato. Si delinea in tal modo un processo che inevitabilmente porta a dar vita a sistemi di cittadinanza sociale tra loro differenziati, rispetto ai quali lo stato può intervenire in nome della uguaglianza tra cittadini soltanto promuovendo delle direttive su i livelli essenziali di assistenza che debbono essere assicurati su tutto il territorio nazionale. E qui nasce un problema che innanzitutto è politico, anche se poi si trasferisce sulle modalità di implementazione della legge quadro, la cui caratteristica principale non è tanto quella di dover promuovere scelte "integrate" ma , piuttosto, di prefigurare "politiche di scopo"(Fedele, 2002, 35-42), andando in tal modo oltre l'erogazione di prestazioni e servizi tipizzati nei confronti della cittadinanza.

E' indubbio infatti che il nuovo governo abbia sinora dimostrato la tendenza a deregolare il sistema di welfare e comunque a modificare l'impianto della legge-quadro in aspetti non secondari. Intanto è stata sospesa la sperimentazione del reddito minimo, che pure svolge una funzione essenziale negli altri welfare europei(Saraceno, 2004) e che in Italia sarebbe stato complementare alla legge quadro e alla idea di "cittadinanza sociale" che la stessa promuove. Ma anche nel Libro Bianco sul welfare, quest'ultimo è tendenzialmente inquadrato in un regime di mercato perchè, come si legge in apertura, "la concorrenza rende obsoleta qualunque politica sociale e salariale di tipo egualitaristico".Questa impostazione segnala una cultura politica, nel governo rappresentata soprattutto dalla Lega Nord, che tende a porre in seconda linea qualunque intervento egualitaristico minacciando in tal modo le possibilità di costruzione di una cittadinanza sociale nazionale e prefigurando nei fatti una sussidiarietà verticale nel cui nome le aree ricche del paese vanno avanti per la loro strada, possibilmente senza dover

sostenere costi legati alla "solidarietà". In assenza di interventi riequilibratori che sarebbero vanificati dalla "concorrenza", le aree deboli dovranno invece fare con le loro forze, attingendo attraverso la sussidiarietà orizzontale alle risorse del territorio, naturalmente quando queste ci sono!

Il punto d'arrivo a cui questa impostazione mette capo, è rappresentato dalla interpretazione che viene data dei livelli essenziali, alla cui individuazione solo recentemente il governo ha incominciato a dedicare un maggior impegno. Nella discussione e approvazione della legge-quadro, questa idea era stata mutuata dalla analoga situazione della sanità la cui offerta, pur andandosi differenziando sul piano territoriale quanto a qualità e completezza, ha comunque raggiunto anche una uniformità nazionale attraverso la previsione di livelli essenziali delle prestazioni. In altre parole, se il sud è più povero mentre il nord è meglio organizzato, non per questo non vengono assicurate su tutto il territorio alcune prestazioni che, nel caso della sanità, sono indicate in tre aree: assistenza sanitaria in ambiente di vita e di lavoro, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, al cui interno vengono realizzate comunque delle prestazioni.

Ricostruendo entrambi i modelli di regolazione, Astrid segnala tuttavia la diversità che i Liveas presentano, una volta messi a confronto con i loro corrispondenti nel sistema sanitario. Nel caso della legge-quadro ci troviamo infatti davanti a una politica che si giustifica per la capacità di modulare e anche personalizzare nuovi assetti di welfare, comunque unificati dalla condivisione di un progetto politico e istituzionale il quale impone un "vincolo di scopo" (Astrid, 2004, .50) che magari può essere realizzato gradualmente nel tempo, ma che in ogni caso impegna le istituzioni a seguire un determinato percorso di attuazione. La legge-quadro propone infatti un sistema multilevell di formazione dei diritti sociali, che per essere mantenuti tali non possono però dipendere da decisioni annuali di spesa, ma vanno piuttosto sostenuti attraverso una strategia istituzionale, così da poter superare la classica distinzione tra uniformità e eguaglianza, oppure tra stato sociale e federalismo.

Anche per queste ragioni, il Rapporto Astrid propone perciò di abbandonare la impostazione sanitaria tipica dei Lep intesi come "elenchi di prestazioni" e di passare invece a un modello multidimensionale" articolato in una molteplicità di componenti, uno solo dei quali è dato dalla "prestazione" (ivi, 58). Riconducibile al diverso carattere che il comparto della sanità presenta rispetto a quello della assistenza, questa distinzione corrisponde peraltro allo spirito della legge quadro, che si propone di rendere esercitabili una nuova generazione di diritti, anche grazie all'avvio di processi di scopo.

In un documento di discussione destinato alle regioni, il governo ha tuttavia fatto propria una diversa impostazione. Pur concordando sul fatto che la determinazione dei livelli essenziali "può includere un versante di tipo programmatico", Il Ministero del Welfare tuttavia afferma che la individuazione di livelli essenziali non comporta che gli stessi siano di per sé "esigibili", quantomeno nel quadro di un futuro sostenibile. Fanno perciò parte del primo elenco delle prestazioni rientranti nei Leas innanzitutto l'area dei trasferimenti monetari e il sistema dei congedi, così come potrebbe essere inserita ben presto l'informazione nei confronti dei cittadini sui loro "diritti". Perché l'originale nucleo dei Liveas basato su i trasferimenti economici possa essere ampliato, bisognerà avviare invece – conclude il documento- un processo basato su "un criterio di sostenibilità economica dell'espansione dell'esigibile". In tal modo le prestazioni sociali cessano però di essere un diritto perfetto, perchè vengono subordinate alle disponibilità finanziarie del momento.

Non è detto che l'ipotesi prefigurata sinora sarà anche quella sulla quale verificherà un accordo finale. Va ricordato infatti come il ruolo che lo stato potrà in futuro svolgere nel comparto assistenziale, resta fortemente legato all'interpretazione che del diritto verrà dato, una volta completato il ciclo di riforme oggi in corso. Il centro potrebbe ad esempio svolgere una funzione di forte riequilibrio, come nel modello tedesco, ma in

questo caso le regioni vedrebbero di sicuro ridursi gli spazi di innovazione territoriale. Di segno opposto sarebbe un modello di federalismo competitivo, perché le regioni sarebbero spinte a entrare in conflitto tra loro piuttosto che a co-gestire. Il terzo modello che Bordignon e Cerniglia (2004,17), in mancanza di meglio, chiamano di "decentramento amministrativo", dovrebbe invece accentuare la separazione tra funzioni legislative e funzioni amministrative, affidando le prime a stato e regioni e le seconde agli enti locali o agli altri livelli di organizzazione sub-territoriale, che in tal modo assicurerebbero la implementazione delle politiche, compreso le relative attività di spesa.

Mettendo da parte qualunque possibile scenario previsionale, va però ricordato come esista una debolezza istituzionale più profonda del welfare locale, che abbiamo cercato sinora di documentare e che, in conclusione, forse può essere così riassunta. Innanzitutto l'integrazione del comparto assistenziale con quello sanitario è ancora molto di là da venire e, considerate le ben diverse dimensioni dei due settori, un processo del genere comunque richiederà in futuro un forte investimento politico delle regioni. Inoltre, perché si possano attivare dei nuovi attori istituzionali organizzati intorno ai piani di zona, le regioni dovranno a loro volta modificare gli approcci prescrittivi che ostacolano l'organizzazione dei servizi a livello territoriale, separando ancora più decisamente la funzione programmatica da quella gestionale. Centrale resterà infine il ruolo dello stato perché, attraverso il tipo di attuazione scelto per i Liveas, lo stesso potrà ostacolare o meno la tendenza oggi già evidente a accentuare le distanze esistenti nel comparto dell'assistenza tra i diversi sistemi territoriali locali.

Per fare dei significativi passi avanti, bisognerà dunque valorizzare quei processi di fusione e fissione istituzionali che abbiamo già esaminato e che, insieme a una diversa presenza dello stato, forse meglio di altre considerazioni spiegano le ragioni del difficile percorso che in Italia sta accompagnando il passaggio dal vecchio modello del welfare statale ai nuovi assetti del welfare municipale.

Bibliografia

- A.A. V.V., L'Amministrazione del welfare fra pubblico e privato, Astrid, 2004
- Ascoli U.-Ranci C. (a cura di), Il welfare mix in Europa, Carocci, 2003
- Astrid, L'amministrazione del welfare fra pubblico e privato, marzo 2004
- Battistella A.-De Ambrogio U.- Ranci Ortigosa E., Il Piano di Zona, Carocci, 2004
- Bordignon M. - Cerniglia F., I nuovi rapporti finanziari fra Stato e Autonomie Locali alla luce della Riforma del Welfare, Carocci, 2004
- Carrera F.- A. Teselli, Fra territorialità e integrazione. Il ruolo delle governances locali nel processo di riforma del welfare, Carocci, 2004
- d'Albergo E., a cura di, Oltre la Frammentazione. Istituzioni, Welfare e Politiche Urbane a Roma e Madrid, Officina di Studi Urbani, 2004
- de Leonardis O., In un Diverso Welfare, Feltrinelli, 1998
- E. d'Albergo, L'integrazione delle politiche settoriali: la prospettiva dei governi locali, paper presentato alle Giornate Europee del Welfare, Roma, 2002
- Eurostat, The social situation in the European Union, 2002
- Fedele M., Il Management delle Politiche Pubbliche, Laterza, 2002
- Feroli E., Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale, Giappichelli, 2002
- Feroli E., Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale, Giappichelli, 2002, pp. 1-10
- Feroli E., Liveas: dalla discrezionalità alla esigibilità?, in Prospettive Sociali e Sanitarie, 21, 2003
- Ferrera M. In Europa welfare a due teste, in Il Sole 24ore, 16 giugno 1999,
- Formez, L'attuazione della riforma del welfare locale, p. 1-10
- Ires-Cgil, Il Monitoraggio dei Piani Sociali di Zona, Rapporto finale, 2004
- Maino F., La politica sanitaria, Il Mulino, 2001; Moini G., Welfare e salute. Verso nuove forme di regolazione del welfare, Carocci, 2004
- Marshall T.H., Citizenship and Social Class, T.H.Marshall-T.Bottomore, Citizenship and Social Class, Pluto Press, 1950
- Paci M., Le ragioni per un nuovo assetto del welfare in Europa, in La Rivista delle Politiche Sociali, 1,2004
- Pavolini E., Le Nuove Politiche Sociali, Il Mulino, 2003
- Pesaresi F., La governance dei piani sociali di zona, in Prospettive sociali e sanitarie, 20, 2003
- Piano nazionale
- Pierson P.(a cura di), The new politics of the Welfare State, Oxford University Press, 2000
- Saint Martin D., Coordinating interdependent. Governance and Social Policy Redesigning in Britain, the European Union and the United States, Carocci, 2004
- Saraceno C (a cura di)., Le dinamiche Assistenziali in Europa, Il Mulino, 2004
- Scortegagna R., La dimensione organizzativa dei piani di zona,, Forum degli Assessorati, 3, 2004