

La programmazione regionale di fronte alla crisi: note a partire da un caso di eccellenza

Massimo Campedelli*

RPS

Le trasformazioni in atto nei sistemi regionali di welfare – sia eterodeterminate, da ultimo dalla «spending review», che autodirette in quanto riconducibili alle specifiche culture sociali e tradizioni amministrative – pongono rilevanti e ulteriori ipoteche su una delle funzioni chiave del governo delle politiche di welfare: quella della programmazione sociale e sanitaria, integrata o meno. E mentre si attivano strategie differenziate di resilienza (con ridimensionamenti, rinvii, revisioni in corso d'opera) la discussione

pubblica tende a concentrarsi su retoriche improntate all'idea di «nuovo», a cui vengono attribuiti significati diversi da contesto a contesto.

Sullo sfondo emerge la discrasia tra la consapevolezza della portata sempre più globale dei problemi da affrontare e il tipo prevalente di strumentazione teorica, sostanzialmente ancora pre-globalizzazione. Il contributo elabora un primo quadro istruttorio in materia, avendo come riferimento un caso di eccellenza qual è quello dell'Emilia-Romagna.

«C'è forse qualcosa di cui si possa dire: ecco, questa è una novità?»

(Qoélet 1, 10)

1. Governare l'ingovernabile?

È difficile individuare negli ultimi due decenni *politiche* che nel nostro paese non abbiano subito revisioni o importanti riforme. Nonostante

* Si ringraziano l'Assessorato alle Politiche sociali, nella persona della dirigente coordinatrice Maura Forni, e l'Agenzia sociale e sanitaria regionale, nella persona del direttore Roberto Grilli, della Regione Emilia-Romagna, per la disponibilità data all'utilizzo di materiali prodotti nell'ambito della collaborazione svolta nel corso del 2011. Un grazie particolare ai colleghi dell'Area Innovazione sociale della stessa Agenzia, in particolare i coordinatori, prima Raffaele Tomba e ora M. Augusta Nicoli, con cui in più di una occasione sono state discusse le idee qui raccolte. La responsabilità di quanto qui sostenuto rimane ovviamente in capo a chi scrive e non coinvolge le istituzioni né le persone citate.

ciò, paradossalmente, l'accelerazione delle trasformazioni societarie ha fatto crescere la convinzione della inadeguatezza dei processi di governance finalizzati a dare un indirizzo a tali cambiamenti. La crisi di legittimazione del sistema politico – al di là di quelle causate da comportamenti illeciti o immorali – trova qui una delle sue cause. Riprendendo Luhmann, la politica, in un quadro di crescente differenziazione, autoreferenzialità, complessità è divenuta un sottosistema al pari di altri e sembra sostanzialmente incapace di determinare obiettivi e priorità generali, nonché modalità per raggiungerli, ovvero di governare¹.

La crisi economico-finanziaria, scoppiata ormai quattro anni fa, ha accentuato tali dinamiche anche nei sistemi regionali di welfare. Dinamiche che pongono rilevanti ipoteche su una delle funzioni-chiave del governo delle politiche di welfare², quella della programmazione sociale e sanitaria, integrata o meno (Eutropia onlus e Dipartimento di contabilità nazionale e analisi dei processi sociali, 2004; Gosetti, 2008; Campedelli, Carrozza e Rossi, 2009), erede della programmazione socioeconomica statale e della sua crisi politica (Cafagna, 2010).

La programmazione, in quanto cifra della storia socioeconomica dello Stato repubblicano, è passata da un'impronta di tipo finalistico-strategica nella fase post-bellica, ad una di sostanziale razionalizzazione gestionale delle risorse negli anni più prossimi alla sua conclusione, gli anni '70 (Lavista, 2010). L'*eredità difficile* che si è sviluppata da allora, in alcuni casi senza soluzione di continuità e per alcuni comparti in modo fortemente interdipendente, si è innestata con notevoli difficoltà³ tra la ridefinizione dell'architettura istituzionale (la nascita e

¹ Emblematiche le problematiche relative alla misurazione e valutazione delle politiche pubbliche, come quelle dello sviluppo regionale finanziate con fondi comunitari (Barca e al., 2004).

² E più in generale sulla ridefinizione della costituzione materiale italiana e non solo (Crouch, 2007).

³ Illuminante l'incipit di una relazione di T. Vecchiato, allora presidente della prima Sezione del Consiglio superiore di Sanità, al convegno «Priorità e prospettive della sanità italiana: il contributo del Consiglio superiore di Sanità», Roma, novembre 1998: «L'esigenza di riflettere su contenuti e metodi per qualificare la programmazione sanitaria nasce da alcuni interrogativi: dalla necessità di capire perché essa non ha dato i risultati sperati, perché è diminuita la fiducia nelle sue possibilità, perché è subentrata una vischiosità istituzionale e tecnica che ha reso poco compatibili i diversi livelli di programmazione, perché è così difficile verificare e valutare i suoi risultati. Negli ultimi anni è invalsa la propensione a ridurre la programmazione, a spenderla per aree specifiche, a ricondurla

l'implementazione del decentramento-federalismo, con al centro le Regioni), la crescente interconnessione con le politiche comunitarie⁴, peraltro portatrici di un *know-how* alquanto sofisticato proprio in tema di programmazione (Aid Delivery Methods Helpdesk, 2004), e l'implementazione dei diversi sottosistemi del welfare. La storia repubblicana della sanità (Taroni, 2011) ne è un esempio eloquente.

Il trasferimento e l'incremento dei compiti programmatori di welfare alle Regioni, lì dove erano presenti specifiche culture *sociali* e tradizioni politico-amministrative di government-governance, come in Emilia-Romagna, sono correlati a una evoluzione positiva delle politiche sociali di pertinenza regionale-comunale⁵. Dire che la programmazione sia stata il fattore determinante dei risultati delle politiche direttamente agite dagli attori della stessa è forse troppo impegnativo (in quanto difficile da dimostrare). Indirettamente si può riconoscere – ad esempio in tema di innovazione dell'offerta, livello di capitale sociale, partecipazione delle formazioni sociali/corpi intermedi, cooperazione istituzionale, qualità dello sviluppo, ecc. – che l'impegno programmatico ha reso comunque più facile il raggiungimento di significativi risultati, quantomeno perché ha permesso di costruire linguaggi, comportamenti, saperi, regole implicite comuni tra gli attori, ovvero

a linee di finanziamento settoriali, rinunciando alle sue potenzialità complessive e privilegiando programmi di azioni monotematica» (Vecchiato, 1999, p. 53).

⁴ Vista la quantità di documentazione disponibile, sul tema si segnalano il sito «<http://www.euronote.it/>» e l'*Osservatorio Europa* pubblicato con regolarità da «La Rivista delle Politiche Sociali».

⁵ Sia su base storica (Vecchi, 2011) che comparata, le performance del suo sviluppo (rapporto crescita-uguaglianza) e, dentro questo, del suo sistema di welfare, collocano l'Emilia-Romagna tra le Regioni italiane a statuto ordinario con i migliori risultati, come le classifiche Pil-Quars-Isu (Bonati e Campi, 2011) confermano. Anche quasi tutte le sue province al top delle varie graduatorie (sulla qualità della vita cfr. «Il Sole 24 Ore», 2011). È altresì la regione a più alto tasso migratorio interno (Cnel, 2012, p. 54). Risultati simili si riscontrano tra i vari settori del welfare: per il sistema sanitario (Laboratorio M&S, 2008; Cecconi, 2012; Ministero della Salute, 2012); per il sistema scolastico e dei servizi pubblici o convenzionati per la prima infanzia (Istat, 2012b, pp. 24 ss.); per le politiche familiari («Oggi Domani Anziani», 2012); per la spesa sociale comunale (Istat, 2012b); per gli interventi nel campo della non autosufficienza (Nna, 2009; 2010; Gori, 2010; Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2011; Del Favero, 2011); in un quadro di complessivo di buon funzionamento di una pubblica amministrazione (Cnel, 2010; 2012, p. 159) dinamica (Campedelli, 2010; Grilli e Tomba, 2011) e cooperativa (Gamberini, 2012).

RPS

Massimo Campedelli

di governarne meglio la conflittualità/competizione, ridurre i comportamenti opportunistici tra gli stessi favorendone le sinergie e consentire (tentare) la verifica sul raggiungimento degli obiettivi. L'incertezza, delle risorse come nelle relazioni istituzionali multilivello, determinata dalle misure adottate per affrontare la crisi⁶, insieme alle trasformazioni in chiave tanto evolutiva che involutiva del cosiddetto federalismo fiscale, sta mettendo a dura prova anche queste esperienze virtuose.

La risposta data dalle singole regioni sembra oggi collocabile in un quadro differenziato di *strategie di resilienza*, di cui la programmazione è al contempo sintomo e oggetto. Ci sono casi, come quello della Regione Toscana, in cui si sta valutando la possibilità di ridimensionare contenuti e prospettive della bozza del primo Piano sociale e sanitario integrato regionale, considerato in dirittura d'arrivo solo prima dell'estate (Regione Toscana - Consiglio regionale, 2012). Altri, come quello della Regione Lombardia, in cui è stato *sterilizzato* – tramite l'approvazione di un sintetico documento (42 pagine) di indirizzi molto generali – il Piano socio-sanitario deliberato nel 2010 (Regione Lombardia - Consiglio regionale, 2010)⁷. O, ancora, il caso della Regione Veneto – il cui Piano improntato sul binomio sostenibilità finanziaria/governance federalista – è stato recentemente approvato, non da ultimo perché il precedente aveva oramai 15 anni di vigenza⁸.

⁶ Per una ricognizione sulle misure prese dal Governo Monti in tema di sanità cfr. Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2012.

⁷ In cui, per la verità, spicca la medicina estetica (p. 18).

⁸ Significative le frasi introduttive: «L'evoluzione dell'assetto istituzionale del nostro paese con l'enfasi sul federalismo fiscale, il quadro economico nazionale e l'analogo contesto europeo caratterizzati da una crescita molto contenuta del Prodotto interno lordo, i cambiamenti demografici ed epidemiologici nel Veneto, la prolungata fase di crisi economica in cui la domanda assistenziale aumenta ma si riduce la disponibilità finanziaria delle famiglie, nonché l'introduzione e la rapida diffusione di nuove tecnologie pongono oggi di fronte a crescenti problemi di sostenibilità del Sistema socio-sanitario regionale (Sssr) e richiedono uno sforzo sinergico ai vari livelli di governo per ridefinire le linee di programmazione essenziali e strategiche dell'offerta e della domanda, tenendo conto dello scenario, della storia e della specificità del Sssr veneto. In particolare, sul versante dell'offerta, occorre puntare a rivedere e perfezionare l'equità allocativa, la produttività delle strutture sanitarie, l'accessibilità dei servizi e la qualità delle prestazioni che si erogano agli assistiti del Veneto, la continuità dell'assistenza. Sul versante della domanda urge lavorare sul piano di una mirata

E il caso della Regione Emilia-Romagna, Regione che ha prorogato il suo primo Piano socio-sanitario scaduto nel 2010, integrando con risorse proprie parte dei tagli nel frattempo determinati a livello centrale e garantendo in questo modo la continuità delle attività in essere. Tale scelta è stata operata all'interno di uno scenario che, seppur con profili di gravità minore, a fianco dei trend problematici di natura sociodemografica che interessano la società italiana nel suo insieme, vede emergere e affermarsi nuove e importanti problematiche. Solo per citarne alcune: una congiuntura destrutturante (Unioncamere Emilia-Romagna e Regione Emilia-Romagna, 2011)⁹; la crescita di «microfratture» sociali¹⁰; il ricorso crescente a un welfare informale, caratte-

appropriatezza clinica e organizzativa, su un più accentuato senso di partecipazione civica degli utenti per una corretta fruizione dei servizi socio-sanitari. La sostenibilità economica del Sssr va, pertanto, perseguita mediante un sistema di governance multilivello, da declinare a livello regionale, aziendale e comunale, atto anche a garantire il massimo equilibrio tra la garanzia dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e il sistema dei finanziamenti. Questa nuova fase della programmazione rappresenta, dunque, una sfida decisiva e comporta un accresciuto livello di responsabilità da parte dell'Amministrazione pubblica, dei professionisti e degli assistiti del Veneto per ridisegnare gradualmente il Sssr, anche in un nuovo quadro di diritti e doveri» (Regione Veneto, 2012, p. 5).

⁹ Per quanto riguarda il terzo settore (Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici - Regione Emilia-Romagna, 2011), e dentro questo in particolare la cooperazione sociale, risultano confermati i segnali di rallentamento, sia sul lato dell'erosione dell'utile di esercizio – azzerato nel 2011 – che su quello della occupazione (Caselli, 2011b). Sulla percezione della crisi da parte del terzo settore cfr. Forum Terzo settore (2011); D'Angella e Marini (2012); Caritas Italiana (2012).

¹⁰ Cfr. Rapporto Istat 2012 sulla coesione sociale. Le tipologie familiari più a rischio (dati 2009) risultano essere quelle monopersonali (21% sul totale), quelle monogenitoriali (quasi il 25% del totale) e quelle numerose, con più di 3 figli a carico (il 15% del totale) (Felice, 2011; Stuppini, 2011). Gli utenti dell'area disagio adulti dei servizi sociali comunali della Regione, nel 2008 erano circa 15-20.000. Di questi: per contributi economici, utenti 1772; per servizio sociale professionale, utenti 7076; per dormitori per senza fissa dimora, utenti 2156; per integrazione sociale soggetti a rischio, utenti 3664; contributi economici per alloggio, utenti 1086. Come si sa, sia la misurazione che la interpretazione di questi fenomeni è cosa complessa (Ardito, 2009). Si tratta di indicatori di disuguaglianza crescente, che colpiscono alcune popolazioni più di altre e che, insieme alle necessarie azioni preventive e di risposta, pongono la necessità di strutturare un vero e proprio sistema epidemiologico di sorveglianza dell'impatto sociale e sanitario della crisi, sulla scorta di quanto a livello internazionale (Taroni, 2012) si sta da tempo dibattendo.

RPS

Massimo Campedelli

rizzato da limiti di equità, sovraccarico e incertezza¹¹; i limiti di riproducibilità del suo ricco capitale sociale¹².

Parallelamente a tutto ciò anche in Emilia-Romagna la discussione pubblica da tempo ha teso a concentrarsi su retoriche improntate all'idea di *nuovo*, un aggettivo a cui vengono attribuiti significati alquanto diversi, anche da un contesto regionale all'altro, cui però sembrano corrispondere declinazioni operative molto meno differenziate. Si potrebbe dire che ad una «regionalizzazione semantica del nuovo» corrisponda una «convergenza strumentale del nuovo»¹³.

¹¹ La condizione femminile (Regione Emilia-Romagna - Gabinetto del presidente della Giunta, 2009) vede un alto livello di scolarizzazione ma una non corrispondente presenza e riconoscimento nel mercato del lavoro, e con una disuguaglianza di genere nel carico di lavoro domestico di 1 a 4. Pur con differenze non secondarie rispetto ad altri contesti, essa fa parte a pieno titolo di un paese che «in casa genera molto Pil al femminile» (Alesina e Ichino, 2009). Se fosse come l'Umbria (Deriu, 2010) si potrebbe stimare che quanto viene svolto dalle e nelle famiglie, attraverso l'equiparazione economica a quanto acquistabile esternamente, è pari al 37% del Pil regionale. Considerando solo la valorizzazione delle risorse impiegate per l'assistenza agli adulti, senza consumi intermedi e spesa sanitaria, la stessa proporzione porta a stimare che si potrebbe arrivare ad un valore pari a 8.455.846.500 €, ovvero l'attuale ammontare del costo del Servizio sanitario regionale.

¹² L'Emilia-Romagna è una regione nota anche per la ricchezza del suo «capitale sociale» (Cartocci, 2007), espressione della sua cultura civica strutturata nel tempo (Cossentino, 2010). Le sue varie definizioni (Catanzaro, 2012) aprono alla possibilità di altrettante misurazioni. Dalle diverse comparazioni tra le Regioni italiane emerge costantemente una rilevante presenza (Unioncamere e Regione Emilia-Romagna, 2006; Degli Antoni in Noicon e Forum Terzo settore Emilia-Romagna, 2006; Sabatini, 2008; Nucleo valutazione e verifica investimenti pubblici - Regione Emilia-Romagna, 2011; Abbafati e Spandonaro, 2011; Botturi e Curcio Rubertini, 2011). In quanto risorsa *nella crisi* (Regione Emilia-Romagna - Tavolo tecnico di monitoraggio, 2011, p. 8), al contempo esso, necessitando di condizioni di riproducibilità, è depauperabile *dalla crisi* stessa e i segnali in questo senso non mancano (Caselli, 2011a; Botturi, Curcio Rubertini e Lavallo, 2011; Botturi e Curcio Rubertini, 2011; Regione Emilia-Romagna, 2011), così come non mancano i segnali di una sua *strumentalizzazione e riconversione a finalità criminali*, come quelli connessi all'infiltrazione mafiosa e, più in generale, alla diffusione di comportamenti illeciti (Frigerio e Liardo, 2011).

¹³ Non è questa la sede per un'analisi comparata del rapporto tra retoriche, significazioni e strumentalizzazioni/operazionalizzazioni dei diversi welfare regionali, basti qui solo richiamare il tema della voucherizzazione della relazione tra domanda e offerta e quello della compartecipazione, sanitaria (Cislaghi, 2012), socio-sanitaria e socio-assistenziale alla spesa.

Sullo sfondo sembra emergere la discrasia tra la consapevolezza della portata sempre più *globale* dei problemi da affrontare e la strumentazione teorica e metodologica, sostanzialmente ancora *nazionale*, con cui si è in grado di affrontarla. Queste retoriche favoriscono, altresì, la ridefinizione della rilevanza, dichiarata o praticata, dei diversi attori coinvolti, sia formali (pubblici, privati e no-profit) che informali (famiglie, assistenza familiare e reti di prossimità) in cui vengono agite soluzioni in parte *antiche* e in parte rinnovate e/o reinquadrate dentro visioni e metodiche finanziariamente compatibili.

2. La Programmazione regionale nella crisi del welfare

Nel 2011 è ricorso il 30° anniversario della deliberazione del primo Piano sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Primo, pure, ad essere stato approvato in Italia in seguito alla riforma sanitaria del 1978. Successivamente ne sono stati approvati altri quattro, compreso il Piano socio-sanitario 2008-2010, in cui sono confluite le diverse programmazioni settoriali del comparto socio-assistenziale e socio-educativo nonché parte della bozza, mai approvata, del piano sociale regionale¹⁴.

Tabella 1 - Atti di programmazione socio-sanitaria della Regione Emilia-Romagna

Piano sanitario regionale	1981-1983	B.U. n. 17 dell'11.2.1981
Relazione sullo stato di attuazione	luglio 1982	
Relazione sullo stato di attuazione	dicembre 1983	
Relazione sullo stato di attuazione	febbraio 1985	
Piano sanitario regionale	1988-1990	Luglio 1987
Piano sanitario regionale	1990-1992	B.U. n. 21 del 13.3.1990
Piano sanitario regionale	1999-2001	B.U. n. 77 del 2.5.2000
Piano socio-sanitario regionale	2008-2010	B.U. n. 184 del 15.10.2007 supp.

Fonte: elaborazione a cura dell'autore.

¹⁴ A seguito dell'approvazione della l.r. 2 del 2003, con cui si aggiornava la legislazione regionale alla luce dell'approvazione della l. 328 del 2000, iniziò un lavoro di costruzione di un piano sociale regionale che però non vide l'approvazione prima della fine della legislatura; in quella successiva, molte delle indicazioni li raccolte divennero parte del Piano socio-sanitario regionale 2008-2010.

L'approvazione del Piano socio-sanitario 2008-2010 si è inserita in una fase di forte iniziativa regionale, vale a dire in un decennio in cui è stata rivista l'intera normativa sociale e sanitaria¹⁵, rafforzandone il carattere integrativo tra le diverse policy; si sono costruite logiche di governance che hanno previsto il coinvolgimento delle parti sociali, del Servizio sanitario regionale e degli enti locali; si è sostenuta a livello operativo l'integrazione socio-sanitaria e il cosiddetto «welfare esteso»; si sono trasformate le Ipab in Aziende per i servizi alla persona – Consorzi intercomunali per la gestione integrata dei servizi sociali e socio-sanitari; si è fondato il fulcro dell'accreditamento socio-sanitario sul produttore finale (spesso coincidente con soggetti della cooperazione sociale); si è arricchita la funzione programmatica integrata a livello distrettuale (socio-sanitaria, ma decisamente plurale dal punto di vista degli attori coinvolti); l'innovazione è stata una delle parole chiave che ha orientato sul piano clinico-assistenziale e gestionale l'operato delle diverse figure tecniche presenti nel sistema socio-sanitario.

Il Piano socio-sanitario non ha però esaurito in sé i processi di definizione, costruzione, approvazione di programmazioni e piani di indirizzo più specifici. Successivamente ad esso sono stati approvati, tra gli altri: le linee di indirizzo per le politiche giovanili (2008-2009); il programma per la prevenzione dell'Aids (2009); il programma di sviluppo servizi educativi 0-3 anni (2009-2011); il programma per l'integrazione dei cittadini stranieri (2009-2011); il piano attuativo salute mentale (2009-2011); le linee di indirizzo per maternità e Ivg (2009-2011); il piano regionale di intervento antitabagismo (2009-2011); il piano regionale della prevenzione nei luoghi di vita e di lavoro (2010-2012). Annualmente, connesse sempre al Piano socio-sanitario, sono oggetto di approvazione: la programmazione per la ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale; le linee di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale; la ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Questa lista, peraltro incompleta, dovrebbe essere sufficiente a deli-

¹⁵ I cui passaggi principali possono essere così sintetizzati: l.r. 2/2003 («Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali»); l.r. 29/2004 («Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del servizio sanitario regionale»); Patto regionale per lo sviluppo 2004; Cantiere nuovo welfare 2005; Pssr 2008-2010; l.r. 3/2010 («Norme per la definizione, riordino e promozione delle procedure di consultazione e partecipazione alla elaborazione delle politiche regionali e locali»).

neare la dinamicità programmatica della Regione Emilia-Romagna. In essa ritroviamo le ricadute delle decisioni prese a livello nazionale, così come gli sviluppi delle dinamiche settoriali, interne e/o integrate, negli e tra gli assessorati coinvolti sulle tematiche toccate (da «welfare esteso»). Dentro questo complesso crocevia sono compresenti sia le impostazioni di natura finalistico-strategica che quelle di razionalizzazione gestionale (Lavista, 2010), il cui confine in questo caso è alquanto difficile da cogliere. L'impressione, almeno per il decennio trascorso, è quella di una *programmazione regionale in costante implementazione*, senza di fatto soluzione di continuità tra un momento – generale o parziale – e un altro.

Punto di sintesi, o quantomeno di una sua ricomposizione, la programmazione integrata distrettuale (Ragazzini, 2011). Anche questa evolutasi nel corso del decennio con il passaggio e unificazione dei Piani di zona e dei Piani per la salute nel Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere (Canu e Rebba, 2009). Ciò, peraltro, ha favorito la ricerca e/o adattamento di strumenti di monitoraggio-valutazione-*accountability* utili a questo nuovo scenario integrato, quali *audit* civico, bilancio di missione, bilancio sociale territoriale, ecc. (Capizzi, Nicoli e Cinotti, 2009; Biocca, 2010; Botturi e al., 2011; Nicoli e Pellegrino, 2011; Tieghi, Tomba e Quargnolo, 2012).

Quanto è avvenuto negli ultimi anni, in particolare negli ultimi 12-18 mesi, ha però cambiato le premesse strutturali che hanno permesso a questo modello di consolidarsi e di operare¹⁶. L'incertezza (o l'azzerramento, come nel caso di alcuni fondi per il socioassistenziale) delle risorse disponibili nel medio periodo, le dinamiche di rideterminazione a livello centrale delle decisioni più rilevanti in tema di policy (in parti-

¹⁶ Il Piano territoriale della Regione Emilia-Romagna, approvato ad inizio legislatura (Regione Emilia-Romagna, 2010), sottolineava che il ruolo del welfare regionale è quello di fattore dello sviluppo delle persone e delle comunità, nonché di crescita economica. Di conseguenza il nuovo Piano sociale e sanitario sarebbe chiamato a costruire comunità attraverso il coinvolgimento e la partecipazione di tutti i soggetti sociali, con il Terzo settore ritenuto il secondo pilastro del welfare di comunità. In altri termini si vorrebbe perseguire un welfare che sia locale, universale e inclusivo, fondato sul principio di sussidiarietà orizzontale e verticale. Per questo, si sottolineava quanto fosse indispensabile consolidare la comunità istituzionale per la programmazione e il governo del sistema, primo pilastro su cui poggia il sistema di welfare, sviluppando un ruolo pubblico di programmazione e garanzia dei servizi, garanzia per la scelta da parte dei cittadini.

colare in sanità), la stessa messa in discussione delle attribuzioni, delle competenze e dei ruoli di Regioni, Province e Comuni (obbligo di unione per i Comuni più piccoli, riduzione/accorpamento delle Province e riforma del titolo V della Costituzione) sono alcuni dei più evidenti indicatori di quanto sta avvenendo.

Ed è all'interno di questo nuovo scenario che si pongono i quesiti del se e del come la funzione programmatrice possa ancora svolgere un ruolo, con stesse modalità o altre, e soprattutto per quali finalità. Se cioè la programmazione può continuare ad essere perno di un buon sistema di governo (Carrozza, 2011), ovvero se la capacità di resilienza dimostrata fino ad ora – anche sul piano della retorica pubblica – possa o meno essere la soluzione per andare oltre il breve periodo.

3. Conclusioni. Il «nuovo» tra *vintage* e *bricolage*

Definire cosa significhi «nuovo welfare» non è cosa semplice. Sia all'aggettivo che al sostantivo vengono oggi attribuiti significati alquanto diversi, se non a volte diametralmente opposti.

Pertinente a queste note è l'idea di welfare come (sotto)insieme di politiche pubbliche, il cui sviluppo ha determinato (o portato a definire) tipologie e modellistiche differenti, conseguenti a modi diversi di concepire i rapporti tra lo Stato e le istituzioni internazionali, tra i diversi livelli della statualità e i suoi rapporti con la società – ovvero il mercato, profit e no-profit, le famiglie e le formazioni sociali – il paniere di beni garantiti dai conseguenti meccanismi di produzione pubblici, privati o misti, le condizioni per l'accesso-fruizione a tali beni (Ferra, 2006).

In quanto elemento caratterizzante la storia di almeno due secoli di molti paesi occidentali (ma anche su questo le posizioni sono diversificate), è difficile immaginare che si possa stabilire con nettezza un prima e un dopo delle sue molteplici forme, implementazioni, fasi, ovvero che si possa parlare di discontinuità piuttosto che di adattamenti evolutivi o di circoscritte trasformazioni settoriali. Rimane il fatto che evidenze e opinioni da tempo impongono di prendere in considerazione che i suoi caratteri costitutivi e/o distintivi sono in discussione.

Ne sono indicatori significativi i termini con cui si cerca di dare soluzioni e prospettive nuove, a cui vengono attribuiti in più di un caso significati plurimi se non contrapposti, quali: «welfare community»

(Folgheraiter e Donati, 1991; Giunta, 2011), «welfare municipale» (Campedelli, 1996; 1997; Ferioli, 2003), «welfare mix» (Fazzi, 1998), «welfare post-fordista» (Crouch, 2007), «welfare dell'ascolto» (Iori, 2008), «welfare delle opportunità e delle responsabilità» (Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2009), «welfare mutualistico e cooperativo» (Alberani e Marangoni, 2009), «welfare aziendale» (Fisascat Cisl, 2009), «stato sociale protettore» (Castel, 2010), «welfare delle capacità» (Paci e Pugliese, 2011), «secondo welfare» (Ferrera e Maino, 2011; Bianchi, 2011), «nuovo welfare» (Zamagni, 2010; De Vincenti, 2011; «La Rivista delle Politiche Sociali», 2011; Gruppo Abele e al. 2010), «welfare subsidiario» (Fiorentini, 2006; Zamagni, 2011), ecc.¹⁷.

Un dibattito molto simile è presente anche nel contesto emiliano romagnolo, sia a livello politico (Pariani, 2011) che di organizzazioni sociali (Golfarelli, 2011; Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici - Regione Emilia-Romagna, 2011; Forum terzo settore Emilia-Romagna, 2012). Dal 2005 la Regione ha avviato il Cantiere per il nuovo welfare e tutt'oggi esso rappresenta lo sfondo del confronto sia politico che tecnico. Nel corso del tempo¹⁸ però le definizioni attribuite al termine nuovo welfare hanno assunto sottolineature, se non significati, alquanto diversi: da garanzia dell'esistente a ripensamento dell'offerta e della governance tra gli attori; da ridefinizione

¹⁷ Questi diversi approcci si «ritrovano» anche nelle proposte più operative in tema di riforma dell'assistenza – di realtà come il Forum del terzo settore nazionale, l'Istituto per la ricerca sociale (Irs) di Milano, la Fondazione Zancan di Padova, il cartello «Cresce il welfare, cresce l'Italia» –, sollecitate dalla crisi ma frutto di confronti di ben più lungo periodo, poi in parte superate dalle decisioni del Governo Monti.

¹⁸ Di seguito si fa riferimento ai seguenti atti o documenti della Regione Emilia-Romagna, in parte ad uso interno e in parte recuperabili nei siti della Regione Emilia-Romagna o della Agenzia sociale e sanitaria regionale sempre dell'Emilia-Romagna: *Cantiere nuovo welfare* (2005), *Piano sociosanitario regionale 2008-2010*; l.r. 3/2010; Assessorato Politiche sociali, *Bilancio di fine mandato* (2010), *Lista Errani presidente Programma di mandato 2010-2015* (2010), *Assemblea legislativa regionale del 3.6.2010*, *Relazione presidente Errani* (2010), *Assemblea legislativa regionale d.p.e.f. 2011-2015 - schede programmatiche* (2011), Assessorato Politiche sociali e Diritto alla salute/Assr, *Valutazione Pssr 2008-2010* (2011), Regione Emilia-Romagna e al., *Patto per la crescita intelligente, sostenibile e inclusiva* (2011), *Assemblea legislativa regionale d.p.e.f. 2012-2015* (2012), Assr/Rer-Area Innovazione sociale, *La legislazione sociale della Regione Emilia-Romagna* (2012).

delle basi strutturali del welfare regionale a fattore di integrazione delle politiche o a welfare della centralità della persona, ecc. In parte questo è esito delle caratteristiche della comunicazione politica, notoriamente più evocativa che indicativa, in parte è conferma, anche nel contesto emiliano-romagnolo, del travaglio sopra richiamato.

In tema di sanità-assistenza, una possibile sinossi di questi diversi approcci (tra principi, interessi tutelati, obiettivi, regolamentazioni, modalità attuative) più che manifestare soluzioni effettivamente nuove, mette in luce aggiornamenti – qualora si tratti di strumentazioni di policy già praticate – o adattamenti – quando invece le strumentazioni appartengono a tradizioni/sistemi di altri modelli/ paesi – di quanto già si conosce. L'analisi delle politiche sanitarie, sia nazionali in senso storico (Taroni, 2011) che comparato (Maciocco, 2009), è emblematica. Non senza qualche forzatura, sembra di essere in presenza di un mix tra vintage e bricolage.

Visioni, architetture e dinamiche della statualità, concezione e politiche del lavoro e confini tra politiche di welfare formale e informale, rappresentano il perimetro di una ricerca-intervento che interpella anche le programmazioni regionali. Ovvero, così come il vecchio welfare poteva essere considerato un pilastro del modello di sviluppo capitalista pre- e post- bellico, il nuovo welfare sarà tale solo se riesce a fare i conti con le fibrillazioni che il cosiddetto capitalismo tecnonichilista (Magatti, 2009), impostosi a partire dagli anni '80, sta manifestando e i cui scenari sono quanto mai incerti. Centrale, dentro questo, la parabola che ha sancito le trasformazioni del lavoro, principio ordinatore del primo modello di sviluppo, ben sintetizzata da Colin Crouch: «se una volta la legislazione del lavoro aveva a che fare con i diritti umani, oggi ha a che fare con le risorse umane» (Crouch, 2007, p. 18).

Se è vero che tre sono le questioni principali che si stanno imponendo nei contesti istituzionali regionali: programmare per quando? (i limiti del perimetro temporale); programmare per quanto? (come efficientare il non sprecare nel/con il processo programmatorio – risorse economiche, di capitale sociale e motivazione degli attori, di consenso, ecc.); programmare quanto? (quali risorse materiali e immateriali a disposizione per fare che cosa); il combinato disposto, ovvero la difficoltà/possibilità di rispondere contemporaneamente a questi tre interrogativi, se da una parte è il fattore determinante delle diverse strategie di resilienza, dall'altra è altresì il terreno per un loro superamento nell'ottica di ricerca appena enunciata. La temporalità, si sa, oltre che

(meta) risorsa finita è funzione imprescindibile della programmazione. Non si programma se non dentro un tempo stabilito, per l'appunto il perimetro del ciclo programmatico, dalla elaborazione alla decisione, alla realizzazione, alla valutazione. Così come una certa definizione della temporalità diviene la scelta prioritaria per rafforzare la capacità di resilienza, una diversa definizione della stessa determina la possibilità di una programmazione temporalmente plurale, dis/continua e vincolante, capace di rispondere all'oggi, di pensare il domani e di (non rinunciare a) immaginare il dopodomani.

Riferimenti bibliografici

- Abbatati C. e Spandonaro F., 2011, *Capitale sociale e qualità dei sistemi sanitari. Una prima ipotesi di causalità*, «Mecosan», n. 78, pp. 57-74.
- Aid Delivery Methods Helpdesk, 2004, *Project cycle management guidelines*, European Commission, EuropAid Cooperation Office, Brussels, disponibile all'indirizzo internet: <http://europa.eu.int/comm/europaid>.
- Alberani A. e Marangoni L. (a cura di), 2009, *Cooperazione sociale Legacoop in Emilia-Romagna. Il posizionamento attuale e le prospettive future*, Maggioli, Rimini.
- Alesina A. e Ichino A., 2009, *L'Italia fatta in casa. Indagine sulla vera ricchezza degli italiani*, Mondadori, Milano.
- Ardito V., 2009, *Le disuguaglianze sociali in Emilia-Romagna: le soglie di povertà*, Servizio Controllo Strategico e Statistica Regione Emilia-Romagna, ppt, Bologna, 16 novembre 2009.
- Barca F., Brezzi M., Terribile F. e Utili F., 2004, *Misurare per decidere: utilizzo soft e hard di indicatori nelle politiche di sviluppo regionale*, Roma, Materiali Uval, n. 2, Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento per le politiche di sviluppo, Unità di valutazione degli investimenti pubblici, Roma.
- Bianchi P., 2011, *Secondo welfare e universalismo. Visioni e sfide dal punto di vista giuridico*, «Oggi Domani Anziani», n. 4, pp. 9-20.
- Biocca M. (a cura di), 2010, *Bilancio di missione. Aziende responsabili si raccontano*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Bonati M. e Campi R., 2011, *Dati economici e dati sanitari: prove ed errori per andare oltre il Pil*, disponibile al sito internet: <http://lec.negrisud.it>.
- Botturi D. e Curcio Rubertini B., 2011, *Il capitale sociale, la salute e i servizi pubblici sociosanitari nelle regioni italiane: un'esplorazione*, «Ricerca & Pratica», 27 (161), pp. 188-200.
- Botturi D., Curcio Rubertini B. e Lavalle T., 2011, *Capitale sociale e strategie per la salute: un'esperienza sul campo*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 2, pp. 355-370.
- Botturi D., Stiassi R., Tieghi M. e Biocca M., 2011, *Contributi per la programmazione e la rendicontazione distrettuale*, Agenzia sociale e sanitaria regionale -

- Regione Emilia-Romagna, Dossier 206.2011, Bologna, disponibile all'indirizzo internet: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss206/link/doss206.pdf.
- Cafagna L., 2010, *Prefazione*, in Lavista F., *La stagione della programmazione. Grandi imprese e Stato dal dopoguerra agli anni settanta*, Il Mulino, Bologna.
- Campedelli M., 1996, *Verso pratiche di welfare municipale*, in Aa.Vv., *Il lavoro di comunità. La mobilitazione delle risorse nella comunità locale*, Quaderni di Animazione e Formazione, Ed. Gruppo Abele, Torino.
- Campedelli M., 1997, *La rete e la dote: appunti sul welfare municipale*, in Cerio V. (a cura di), *Welfare municipale e mutualismo popolare*, Ed. Cens, Melzo.
- Campedelli M., 2010, *La governance delle politiche per la salute e il benessere in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e miglioramento*, Agenzia sociale e sanitaria regionale - Regione Emilia-Romagna, Dossier 192, Bologna.
- Campedelli M., Carrozza P. e Rossi E. (a cura di), 2009, *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*, Il Mulino, Bologna.
- Canu R. e Rebba V., 2009, *L'esperienza dei Piani per la Salute in Emilia-Romagna*, in Muraro G. e Rebba V. (a cura di), 2009, *Nuove istituzioni per l'assistenza socio-sanitaria. Principali esperienze nazionali e straniere*, Franco Angeli, Milano.
- Capizzi S., Nicoli M.A. e Cinotti R., 2009, *La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive*, Assr - Regione Emilia-Romagna, Dossier 180, Bologna.
- Carrozza P., 2010, *Riforme istituzionali e sistemi di welfare*, in Campedelli M., Carrozza P. e Pepino L., *Diritto di welfare. Manuale di cittadinanza e di istituzioni sociali*, Il Mulino, Bologna.
- Carrozza, 2011, *La programmazione regionale e territoriale integrate quale perno di un buon sistema di governo*, paper per Scuola superiore di Studi universitari e di perfezionamento Sant'Anna, Pisa.
- Caritas italiana, 2012, *I ripartenti. Rapporto sulla povertà e l'esclusione sociale in Italia*, disponibile sul sito internet: www.caritasitaliana.it.
- Cartocci R., 2007, *Mappe del tesoro. Atlante del capitale sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Caselli G., 2011a, *Verso la fine di un modello? «...Se potessi mangiare un'idea avrei fatto la mia rivoluzione»*, ppt, Unioncamere Emilia-Romagna, Bologna.
- Caselli G., 2011b, *20 anni della cooperazione sociale in Emilia-Romagna. I numeri*, ppt, Agci, Legacoop sociali, Confcooperative-Federsolidarietà Emilia-Romagna, Bologna.
- Castel R., 2010, *Nella «società degli individui». Note sulla dimensione socio-antropologica della protezione sociale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 4, pp. 11-30.
- Catanzaro R., 2012, *Spirito civico e fiducia nelle istituzioni. Il ruolo della politica nella creazione (o distruzione) del capitale sociale*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 1, pp. 135-152.

- Cecconi O., 2012, *Il quadro italiano della mobilità regionale*, Quaderni di Monitor, *La mobilità sanitaria*, 9° suppl. al n. 29, disponibile al sito internet: www.agenas.it.
- Cislighi C. (a cura di), 2012, *Progetto di ricerca sul co-payment in sanità. Note del seminario interno di Agenas*, aprile, Roma, disponibile al sito internet: www.agenas.it.
- Cnel - Comitato per l'attuazione dei compiti previsti dall'art. 9 della legge n. 15 del 2009, 2010, *Rapporto preliminare*, disponibile al sito internet: www.cnel.it.
- Cnel - Commissione speciale per l'informazione, 2012, *Rapporto sul mercato del lavoro 2011-2012*, 19 settembre 2012, Roma, disponibile al sito internet: www.cnel.it.
- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2012, *Dossier di documentazione. La sanità nelle manovre finanziarie 2012 (Governo Monti)*, Centro interregionale studi e documentazione, Roma, disponibile al sito internet: www.regioni.it.
- Crouch C., 2007, *La governance in un mercato del lavoro incerto: verso una nuova agenda di ricerca*, «La Rivista delle Politiche Sociali», n. 4, pp. 11-37.
- Cossentino F., 2010, *Il welfare e l'erosione del modello emiliano*, in Boarelli M., Lambertini I. e Perrotta M. (a cura di), *Bologna al bivio. Una città come le altre?*, Edizioni dell'Asino, Milano.
- D'Angella F. e Marini D., 2012, *Le imprese sociali alla prova della «grande crisi»*, «Animazione Sociale», vol. 42 (259), pp. 23-33.
- Del Favero A.L. (a cura di), 2011, *Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia*, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma.
- Deriu F. (a cura di), 2010, *Lavoro di cura e crescita economica in Umbria*, Quaderno 46, Fondazione G. Brodolini, Roma.
- De Vincenti C. (a cura di), 2011, *Manifesto per un nuovo welfare*, Associazione Nuova economia nuova società, Roma, disponibile al sito internet: www.nens.it.
- Eutropia onlus e Dipartimento di contabilità nazionale e analisi dei processi sociali (Università La Sapienza Roma) (a cura di), 2004, *Manuale operativo per l'integrazione delle politiche sociali locali*, Progetto Equal, Nodi territoriali per la formazione manageriale e sviluppo dell'impresa sociale It-G-Pug-0110.
- Fazzi L., 1998, *Il welfare mix in Italia: primi passi*, Franco Angeli, Milano.
- Felice G., 2011, *La povertà in Emilia-Romagna. Le fonti statistiche per l'analisi di povertà*, Servizio Controllo strategico e Statistica Regione Emilia-Romagna, Bologna.
- Feroli E., 2003, *Diritti e servizi sociali nel passaggio dal welfare statale al welfare municipale*, Giappichelli, Torino.
- Ferrera M., 2006, *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna.

- Ferrera M. e Maino F., 2011, *Il «secondo welfare» in Italia: sfide e prospettive*, «Italianieuropei», *L'economia sociale ci salverà*, estratto n. 3, disponibile al sito internet: www.italianieuropei.it.
- Fiorentini G., 2006, *Impresa sociale e sussidiarietà*, Franco Angeli, Milano.
- Fisascat Cisl nazionale (a cura di), 2009, *L'assistenza sanitaria integrativa in Italia nell'ambito del welfare contrattuale*, «Laboratorio Terziario», III, 1/2009, supplemento n. 2.
- Forum Terzo settore, 2011, *Quale futuro per il welfare? Le politiche sociali tra delega assistenziale e prospettive di sviluppo. Un'analisi a partire dai dati*, disponibile al sito internet: www.forumterzosettore.it.
- Folgheraiter F. e Donati P. (a cura di), 1991, *Community care. Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Erikson, Trento.
- Forum terzo settore Emilia-Romagna, 2012, *Il contributo del terzo settore per un nuovo welfare. Dalla crisi alla riprogettazione del welfare. Un percorso di condivisione*, settembre, Bologna, disponibile al sito internet: www.terzosettoreemiliaromagna.it.
- Frigerio L. e Liardo G., 2011, *Mafie senza confini, noi senza paura. Dossier Emilia-Romagna*, Fondazione Libera Informazione, Bologna 17.12.2011, Assemblea legislativa regionale.
- Gamberini E., 2012, *Gestioni associate e unioni dei comuni: aspetti organizzativi e potenzialità*, Azienditalia I Corsi 2012.
- Giunta G., 2011, *Nuovi paradigmi interpretativi e policy per lo sviluppo umano*, in Delegazione regionale delle Caritas della Sicilia e EcoSmed, *Le conseguenze della crisi viste da Sud*, Ed. Gruppo Abele, Torino.
- Golfarelli L., 2011, *Bisogni delle famiglie, caregiver e servizi alla persona: una sfida sociale e imprenditoriale*, Bologna 7-8 ottobre 2011, Confederazione nazionale artigiani Emilia-Romagna, disponibile al sito internet: www.cnaemiliaromagna.it.
- Gori C., (a cura di), 2010, *Il sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti. Prospettive, risorse e gradualità degli interventi*, Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, Roma.
- Gosetti G., 2008, *Qualificare la pianificazione in senso unitario: elementi per leggere la relazione fra integrazione e unitarietà*, in G. Pilati (a cura di), *Programmazione unitaria delle politiche per la salute*, Fondazione Emanuela Zancan, Padova.
- Grilli R. e Tomba R., 2011, *Alcuni elementi caratterizzanti della esperienza della regione Emilia-Romagna*, in C. De Vincenti, R. Finocchi Ghersi e A. Tardiola (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Il Mulino, Bologna.
- Gruppo Abele e al., 2010, *La carta di Terni per un nuovo welfare*, «Strada facendo», n. 4, 7 febbraio, disponibile al sito internet: www.gruppoabele.org.
- Iori V., 2008, *Cura*, in Isfol, *Quattordici voci per un glossario del welfare*, I libri del fondo sociale europeo, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali - Unione europea, Roma.
- Istat, 2012a, *Rapporto sulla coesione sociale 2012*, disponibile al sito internet: www.istat.it.

- Istat, 2012b, *L'offerta comunale di asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia*, report 25 giugno 2012, disponibile all'indirizzo internet: <http://www.istat.it/it/archivio/65371>.
- Laboratorio Management & Sanità, 2008, *Il sistema di valutazione delle performance dei sistemi sanitari. Primi indicatori ministeriali*, Ministero della Salute, Roma.
- Lavista F., 2010, *La stagione della programmazione. Grandi imprese e Stato dal dopoguerra agli anni settanta*, Il Mulino, Bologna.
- Maciocco G., 2009, *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico editore, Roma.
- Magatti M., 2009, *Libertà immaginaria. Le illusioni del capitalismo tecno-nichilista*, Feltrinelli, Milano.
- Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, 2009, *Libro bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva*, Roma, disponibile al sito internet: www.welfare.it.
- Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, 2011, *Rapporto sulla non autosufficienza 2010*, Roma, disponibile al sito internet: www.welfare.it.
- Ministero della Salute, 2012, *Adempimento «Mantenimento dell'erogazione dei Lea» attraverso gli indicatori della griglia Lea. Metodologia e risultati dell'anno 2010*, marzo, disponibile al sito internet: www.salute.gov.it.
- Nicoli M.A. e Pellegrino M. (a cura di), 2011, *L'empowerment nei servizi sanitari e sociali. Tra istanze individuali e necessità collettive*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Nna - Network non autosufficienza (a cura di), 2009, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Rapporto 2009*, Maggioli, Rimini.
- Nna - Network non autosufficienza (a cura di), 2010, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti. Secondo Rapporto*, Maggioli, Rimini.
- Noicon e Forum Terzo Settore Emilia-Romagna, 2006, *Azione sperimentale Noicon 2006*, mimeo.
- Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici - Regione Emilia-Romagna, 2011, *Un altro welfare. Esperienze generative*, Bologna, disponibile al sito internet: www.regione.emilia-romagna.it.
- «Oggi Domani Anziani», 2012, *Regioni e territori alla ricerca di una bussola per la famiglia*, vol. 25 (1).
- Paci M. e Pugliese E. (a cura di), 2011, *Welfare e promozione delle capacità*, Il Mulino, Bologna.
- Pariani A., 2011, *Un nuovo welfare di comunità in Emilia-Romagna*, Partito democratico, Gruppo Consigliare Regione Emilia-Romagna, Bologna 15 aprile 2011, disponibile al sito internet: www.gruppopdemiliaromagna.it.
- Ragazzini F. (a cura di), 2011, *L'analisi dei piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale 2009-2011: Valutare l'integrazione della programmazione nei documenti e nei processi*, Bologna, disponibile al sito internet: www.emiliaromagnasociale.it.
- Regione Lombardia - Consiglio regionale, Piano sociosanitario regionale 2010-

- 2014, Allegato «A», Deliberazione IX/0088 del 17 novembre 2010, disponibile al sito internet: www.regionelombardia.it.
- Regione Emilia-Romagna - Gabinetto del presidente della Giunta, Servizio Controllo Strategico e Statistica, 2009, *Le donne in Emilia-Romagna. Quadro conoscitivo per la costruzione di un punto di vista di genere*, Clueb, Bologna.
- Regione Emilia-Romagna, 2010, *Piano territoriale regionale dell'Emilia-Romagna. Una Regione attraente. L'Emilia-Romagna nel mondo che cambia*, Assemblea legislativa regionale, del. 276, 3 febbraio.
- Regione Emilia-Romagna, 2011, *Politiche e problemi della sicurezza in Emilia-Romagna. XIV Rapporto annuale 2011*, «Quaderni di Città Sicure», vol. 17 (38), nov.-dic., disponibile al sito internet: www.regione.emilia-romagna.it/sicurezza.
- Regione Emilia-Romagna - Tavolo tecnico di monitoraggio, 2011, *Patto per attraversare la crisi*, ppt, 20 giugno.
- Regione Emilia-Romagna e al., 2011, *Patto per la crescita intelligente, sostenibile e inclusiva*, 30 novembre, Bologna.
- Regione Toscana - Consiglio regionale, 2012, *Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015*, copia lavoro per la quarta commissione del 15/3/12, mimeo.
- Regione Veneto, 2012, Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23: *Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016*, Bollettino ufficiale della Regione Veneto, XLIII, n. 53, 6 luglio, Venezia.
- «La Rivista delle Politiche Sociali», 2011, *Manifesto per un welfare del XXI secolo*, disponibile al sito internet: www.larivistadellepolitichesociali.it.
- Rossi G., 2010, *La rivoluzione finanziaria e il furto*, in Prodi P. e Rossi G., *Non rubare*, Il Mulino, Bologna.
- Sabatini A., 2008, *Capitale sociale, imprese sociali, spesa pubblica e benessere sociale in Italia*, in Pelligra V. (a cura di), *Imprese sociali. Scelte individuali e interessi comuni*, Bruno Mondadori, Milano.
- «Il Sole 24 Ore», 2011, *La qualità della vita*, Dossier del lunedì, 5 dicembre.
- Stuppini A., 2011, *La povertà e l'esclusione sociale nella programmazione regionale*, Rer, Direzione generale sanità e politiche sociali, Servizio politiche per l'accoglienza e l'integrazione sociale, 1° luglio.
- Taroni F., 2011, *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del Ssn in una prospettiva storica*, Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Taroni F., 2012 (di prossima pubblicazione), *Salute e politiche sanitarie ai tempi della crisi*, «Politiche sanitarie».
- Tieghi M., Tomba R. e Quargnolo E. (a cura di), 2012, *Linee guida per la predisposizione del bilancio sociale di ambito distrettuale*, Agenzia sociale e sanitaria regionale - Regione Emilia-Romagna, Bologna, Dossier 22.2012, disponibile all'indirizzo internet: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss222/link/doss222.pdf.

- Unioncamere Emilia-Romagna e Regione Emilia-Romagna, 2011, *Rapporto 2011 sull'economia regionale*, Bologna, in proprio, disponibile al sito internet: <http://www.ucer.camcom.gov.it>.
- Vecchi G., 2011, *In ricchezza e povertà. Il benessere degli Italiani dall'unità a oggi*, Il Mulino, Bologna.
- Vecchiato T., 1999, *Nuovi contenuti e metodi della programmazione comunitaria*, «Annali della Sanità Pubblica», vol. 4 (1-3), pp. 4-12.
- Zamagni S. (a cura di), 2010, *Il terzo settore nel nuovo welfare. Dieci anni delle giornate di Bertinoro per l'economia civile*, Diabasis, Reggio Emilia.
- Zamagni S., 2011, *Dal liberalismo welfarista al welfare sussidiario: la sfida dell'economia civile*, Aicoon, Forlì.

RPS

Massimo Campedelli

